



# DESAFÍOS Y AVANCES EN LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS

PROYECTO HOMBRE

RESPONSABLE EDICIÓN

Lino F. Salas  
Director Comunicación y Marketing

EDICIÓN Y REDACCIÓN EN ESPAÑOL

Isabel García

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Rosaura Marquínez y Francisca Bonet

FOTOS PORTADA

Nicolás Terrasa, Alejandro Vanrell, archivo Proyecto

COLABORADORES

Albert Sabatés  
Presidente Asociación Proyecto Hombre

Elena Goti  
Consultora drogas.

Modesto Salgado  
Presidente Comunicación y Marketing

Isabel García  
Departamento Comunicación y Marketing

Francisca Bonet  
Departamento Comunicación y Marketing

Ángela Dale Phipps  
Voluntaria Projecte Home Balears

Andreu Company  
Voluntario Asociación Proyecto Hombre

© ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE

Declarada de utilidad pública el 29/12/1993

C/ Osa Mayor, 19. 28023 Aravaca (Madrid)

Tel.: 91 357 09 28

[www.proyectohombre.es](http://www.proyectohombre.es)

ISBN: 84-88930-10-

Depósito legal:

Marzo 2004

## ÍNDICE/INDEX

### **GEOPOLÍTICA/GEOPOLITICS**

- NARCOTRÁFICO, DELINCUENCIA ORGANIZADA Y TERRORISMO .....11  
DRUG TRAFFICKING, ORGANISED CRIME AND TERRORISM  
Garzón Real, Baltasar
- LA GUERRA CONTRA LAS DROGAS Y LOS INTERESES DE LOS GOBIERNOS .....17  
THE WAR AGAINST DRUGS AND THE INTERESTS OF GOVERNMENTS  
Labrousse, Alain
- RETOS DE LA INFORMACIÓN SOBRE DROGAS EN EL SIGLO XXI .....25  
CHALLENGES OF INFORMATION ON DRUGS IN THE 21ST CENTURY  
Pueyo Ruiz, Begoña del

### **TRATAMIENTO/TREATMENT**

- CUIDANDO EL JARDÍN DEL CORAZÓN. LAS MUJERES EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA .....33  
TENDING THE HEART'S GARDEN. WOMEN IN THE THERAPEUTIC COMMUNITY  
Arbiter, Naya
- TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEPENDENCIA A SUSTANCIAS:  
ESQUEMA DE TERAPIA CON DOBLE FOCO. ....43  
TREATMENT OF PERSONALITY DISORDERS WITH CO-OCCURRING SUBSTANCE  
DEPENDENCE: DUAL FOCUS SCHEMA THERAPY  
Ball, Samuel A
- LA PERSONA ADICTA Y LOS FUNDAMENTOS ANTROPOLÓGICOS DE SU REHUMANIZACIÓN .....69  
THE ADDICTED PERSON AND THE ANTHROPOLOGICAL APPROACH TO REHUMANIZATION  
Cañas, José L.
- EL ESPÍRITU DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA. TRASCENDENCIA Y  
ESPIRITUALIDAD EN EL SENDERO DE LA HUMANIZACIÓN .....89  
THE SPIRIT OF THE THERAPEUTIC COMMUNITY. TRANSCENDENCE AND  
SPIRITUALITY ON THE PATH TO HUMANISATION  
Carvajal Posada, Jorge Iván
- LOS RIESGOS DE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS .....95  
THE RISK OF HARM REDUCTION  
Castaño Pérez, Guillermo Alonso
- PSICOTERAPIA INTEGRATIVA EN TRASTORNOS ADICTIVOS: INTROVISACIÓN A TRAVÉS  
DE LA AUTOBIOGRAFÍA, TÉCNICA PARA EL REPROCESAMIENTO DE LA FUNCIÓN  
DE SIGNIFICACIÓN DEL SELF .....101  
INTEGRATIONAL PSYCHOTHERAPY IN ADDICTIVE DISORDERS: INTROVISATION THROUGH  
THE TECHNICAL AUTOBIOGRAPHY FOR REPROCESSING OF THE FUNCTION OF  
THE SIGNIFICANCE OF THE SELF  
Guajardo Sáinz, Humberto y Kushner Lanis, Diana
- COMUNIDADES TERAPÉUTICAS: RECIPROCIDAD INVESTIGACIÓN-PRAXIS .....113  
THERAPEUTIC COMMUNITIES: RESEARCH-PRACTICE RECIPROCITY  
Leon, George De

ENFOQUE DE GÉNERO EN EL TRABAJO CON MUJERES RESIDENTES EN NUESTRAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS ESTÁNDAR PARA TOXICÓMANOS .....	157
GENDER APPROACH IN THE WORK WITH FEMALE RESIDENTS IN OUR STANDARD THERAPEUTIC COMMUNITIES FOR DRUG ADDICTS. Martens, Johanna	
PREVENCIÓN DE RECAÍDAS DESDE UNA PERSPECTIVA LOGOTERAPÉUTICA .....	135
PREVENTION OF RELAPSES FROM A LOGOTHERAPEUTIC PERSPECTIVE Martínez Ortiz, Efrén	
LAS FRONTERAS VARIABLES EN LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS .....	157
THE CHANGING BOUNDARIES IN THERAPEUTIC COMMUNITIES Mereki, Portia	
EL ROL DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA PARA DROGODEPENDIENTES EN EL CAMBIO DE CONDUCTA DEL DELINCUENTE .....	177
THE ROLE OF THE THERAPEUTIC COMMUNITY (TC) FOR ADDICTION TREATMENT IN CHANGING OFFENDER BEHAVIOR Muehlbach, Britta; Mattina, Dominick	
RESULTADOS POSITIVOS EN LA INICIATIVA PARA EL TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS DEL DEPARTAMENTO CORRECCIONAL DE CALIFORNIA .....	191
POSITIVE OUTCOMES FROM THE CALIFORNIA DEPARTMENT OF CORRECTIONS SUBSTANCE ABUSE TREATMENT INITIATIVE Mullen, Rod	
ÉTICA Y COMUNIDAD TERAPÉUTICA: EN BÚSQUEDA DE UNA AUTOCRÍTICA .....	197
ETHICS AND THERAPEUTIC COMMUNITY: IN SEARCH OF SELF-CRITICISM Palacios Herrera, Juan	
EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE PROGRAMAS DE PROYECTO HOMBRE .....	207
THE EFFICIENCY OF THE 'PROYECTO HOMBRE' PROGRAMMES Proyecto Hombre: Deben, Ofelia et al	
CONSTRUCCIÓN DE UN PROCESO INTERNO DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE TRATAMIENTO DE ADICCIÓN A LAS DROGAS .....	223
CONSTRUCTION OF AN INTERNAL ASSESSMENT PROCESS FOR DRUG ADDICTION TREATMENT PROGRAMME Proyecto Hombre: Yubero Fernández, Arantza	
ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO DE PROYECTO HOMBRE EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS ..	229
'PROYECTO HOMBRE' ALTERNATIVES FOR TREATMENT IN PENITENTIARY CENTRES Proyecto Hombre: Comisión Jurídica	
LA FUNCIÓN DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA, AYER Y HOY .....	239
THE FUNCTION OF THE THERAPEUTIC COMMUNITY, PAST AND PRESENT Roldán Intxusta, Gabriel	
UN ENSAYO ALEATORIO QUE COMPARA LOS TRATAMIENTOS DE TOXICOMANÍAS EN RÉGIMEN DE DÍA Y EN RESIDENCIA: RESULTADOS DE 18 MESES .....	255
A RANDOMIZED TRIAL COMPARING DAY AND RESIDENTIAL DRUG ABUSE TREATMENT: 18-MONTH OUTCOMES Sorensen's, James L. et al	

RESULTADOS DE LA GESTIÓN . . . . .	.265
OUTCOME MANAGEMENT Walburg , J.A.	
PROGRAMAS DE TRATAMIENTO DE TOXICOMANÍAS EN CORRECCIONALES DE CALIFORNIA: UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA . . . . .	.277
CORRECTIONAL SUBSTANCE-ABUSE TREATMENT PROGRAMS IN CALIFORNIA: A HISTORICAL PERSPECTIVE Wexler, Harry K. y Prendergast, Michael L.	
<b>PREVENCIÓN/PREVENTION</b>	
EL MITO DEL CONSUMIDOR INTELIGENTE . . . . .	.301
THE MYTH OF THE INTELLIGENT CONSUMER Calafat, Amador	
UNA PERSPECTIVA CONTEXTUAL PARA LA COMPRESIÓN Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL / SIDA ENTRE ADOLESCENTES . . . . .	.311
A CONTEXTUAL PERSPECTIVE FOR UNDERSTANDING AND PREVENTING STD/HIV AMONG ADOLESCENTS DiClemente, Ralph	
EVALUACIÓN Y DIFUSIÓN DE RESULTADOS . . . . .	.325
ASSESSMENT AND DIFFUSION OF RESULTS Gil Carmena, Enrique	
EL NIÑO MALTRATADO . . . . .	.337
THE MALTREATED CHILD Mele, Francisco	
¿QUÉ ESTILOS DE VIDA GLOBALIZADOS SON IMPORTANTES PARA LA PREVENCIÓN? . . . . .	.343
WHAT GLOBAL LIFESTYLES ARE OF IMPORTANCE FOR PREVENTION? Pérez-Gómez, Augusto	
“ENTRE TODOS”: DEL TRATAMIENTO A LA PREVENCIÓN . . . . .	.351
“ENTRE TODOS”: FROM TREATMENT TO PREVENTION Proyecto Hombre: Comisión de Prevención	
EL VOLUNTARIADO EN DROGODEPENDENCIAS: LA EXPERIENCIA EN PROYECTO HOMBRE . . . . .	.359
VOLUNTEERS IN DRUG DEPENDENCIES: THE EXPERIENCE OF PROYECTO HOMBRE Proyecto Hombre: Comisión de Voluntariado	
COMPORTAMIENTOS RESILIENTES Y DE RIESGO. CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES LATINOAMERICANOS . . . . .	.363
RESILIENT AND RISK BEHAVIOURS. CONSUMPTION OF PSYCHO-ACTIVE SUBSTANCES IN LATIN AMERICAN ADOLESCENTS Rojas Valero, Milton J.	
PREVENCIÓN TEMPRANA EN NIÑOS DE 4 A 6 AÑOS: MODOS DE INTERVENCIÓN . . . . .	.377
EARLY PREVENTION IN CHILDREN FROM 4 TO 6 YEARS OF AGE: FORMS OF INTERVENTION Salazar Ascencio, José	

PARA PROYECTO HOMBRE ES MOTIVO DE SATISFACCIÓN CONTAR CON LA COLABORACIÓN DE UN SELECTO GRUPO DE EXPERTOS A NIVEL INTERNACIONAL PARA LA EDICIÓN DE ESTE LIBRO. CON SU PUBLICACIÓN TRATAMOS DE OFRECER UN "MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS", REFLEJO DEL TRABAJO QUE MUCHAS ORGANIZACIONES ESTÁN LLEVANDO A CABO EN EL ABORDAJE DE LAS DROGODEPENDENCIAS Y EN EL CAMPO DE LA PREVENCIÓN.

LA GLOBALIZACIÓN DEL FENÓMENO DE LAS DROGAS NOS OBLIGA, CADA VEZ MÁS, TANTO A LAS ORGANIZACIONES PÚBLICAS COMO A LAS ONGs, A COMPARTIR LOS ÉXITOS Y FRACASOS, LOS AVANCES Y RESULTADOS, ASÍ COMO A TRAZAR ESTRATEGIAS COMUNES A MEDIO Y LARGO PLAZO. POR ESTE MOTIVO, HEMOS DIVIDIDO EL LIBRO EN TRES APARTADOS: LA GEOPOLÍTICA DE LAS DROGAS, LOS MODELOS DE TRATAMIENTO Y LAS INTERVENCIONES EN PREVENCIÓN.

DESDE DIFERENTES FRENTEs, ACADÉMICOS Y ASISTENCIALES, CADA UNO DE LOS COLABORADORES TRASMITE SUS REFLEXIONES Y EXPERIENCIAS. DE ELLAS PODEMOS SACAR ENSEÑANZAS QUE NOS ORIENTEN Y FACILITEN NUESTRO TRABAJO DIARIO. ESPERAMOS QUE SIRVA, ADEMÁS, PARA CONOCER QUÉ SE ESTÁ HACIENDO Y CÓMO SE ABORDA ESTE FENÓMENO EN OTROS LUGARES Y PAÍSES.

FINALMENTE, EN ESTE AÑO QUE PROYECTO HOMBRE CELEBRA EL VIGÉSIMO ANIVERSARIO DE SU IMPLANTACIÓN, DESEAMOS REFORZAR LA UNIÓN Y COMUNICACIÓN DE TODOS LOS QUE DEDICAMOS NUESTROS ESFUERZOS A LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE DROGODEPENDIENTES.

ALBERT SABATÉS

PRESIDENTE ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE

WE AT PROYECTO HOMBRE ARE PLEASED TO HAVE THE COLLABORATION OF A SELECT GROUP OF INTERNATIONAL EXPERTS FOR THE EDITING OF THIS BOOK. IN PUBLISHING IT WE HOPE TO OFFER A “GOOD PRACTICE MANUAL”, REFLECTING THE WORK MANY ORGANISATIONS ARE CARRYING OUT IN THEIR APPROACH TO DRUG DEPENDENCIES AND THE FIELD OF PREVENTION.

THE GLOBALISATION OF THE DRUGS PHENOMENON INCREASINGLY OBLIGES THOSE OF US IN BOTH PUBLIC ORGANISATIONS AND NGOs TO SHARE SUCCESSES AND FAILURES, PROGRESS AND RESULTS, AND TO TRACE OUT MUTUAL STRATEGIES FOR THE MEDIUM AND LONG TERM. BECAUSE OF THIS, WE HAVE DIVIDED THE BOOK INTO THREE SECTIONS: THE GEO-POLITICS OF DRUGS, MODELS OF TREATMENT AND INTERVENTIONS FOR PREVENTION.

FROM DIFFERENT FRONTS, BOTH ACADEMIC AND IN CARE, EACH OF THE COLLABORATORS TRANSMITS HIS OR HER REFLECTIONS AND EXPERIENCES. FROM THEM WE CAN EXTRACT TEACHINGS TO GUIDE US AND MAKE OUR DAY-TO-DAY WORK EASIER.

WE ALSO HOPE THAT IT HELPS US DISCOVER WHAT IS BEING DONE AND HOW THIS PHENOMENON IS BEING APPROACHED IN OTHER COUNTRIES.

FINALLY, THIS YEAR, WHEN PROYECTO HOMBRE IS CELEBRATING THE TWENTIETH ANNIVERSARY OF ITS INTRODUCTION, WE HOPE TO REINFORCE THE LINKS AND COMMUNICATION BETWEEN THOSE OF US WHO DEDICATE OUR EFFORTS TO THE PREVENTION, TREATMENT AND REHABILITATION OF DRUG ADDICTS.

ALBERT SABATÉS

PRESIDENT ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE





## **GEOPOLÍTICA/GEOPOLITICS**



## **NARCOTRÁFICO, DELINCUENCIA ORGANIZADA Y TERRORISMO**

## **DRUG TRAFFICKING, ORGANISED CRIME AND TERRORISM**

**Garzón Real, Baltasar**

Magistrado. Audiencia Nacional. Madrid. España

Las organizaciones terroristas y las organizaciones mafiosas (como el narcotráfico), con estructuras y objetivos similares, ponen en peligro, desde distintos frentes, la estabilidad de los sistemas democráticos y cuestionan las instituciones básicas del Estado. Por tanto los esfuerzos para la erradicación de ambos deben emprenderse bajo un mismo prisma. Para ello sería necesario un organismo superior que aglutinara tales esfuerzos a nivel internacional y la suficiente ambición para abordarlo globalmente con el esfuerzo coordinado de todos.

Terrorist organisations and mafias (like the drug trafficking mafia), with similar structures and objectives, endanger the stability of democratic systems and question the basic institutions of the State on different fronts. Therefore efforts to eradicate both must be embarked on using the same perspective. In order to carry this out a superior organisation would be necessary, grouping together efforts on an international level and with sufficient ambition to deal globally with the coordinated efforts of all those involved.

Es preciso establecer inicialmente que aunque las organizaciones terroristas no van a constituir el punto central de mi exposición, no es menos cierto que, en gran medida el terrorismo ha dejado de tener un móvil exclusivamente político y, aunque a veces está relacionado con reivindicaciones políticas, es cierto que en los últimos años ha pasado a ser una forma más, las más violenta y terrorífica, del crimen organizado. En efecto, no es extraño encontrar casos de narcoterrorismo, como asociaciones de la mafia con organizaciones terroristas a través del suministro de armas, material nuclear o de la venta y compra de droga y blanqueo de dinero para financiarse; o bandas armadas o de mercenarios que actúan guiados por estímulos estrictamente económicos al servicio de organizaciones criminales. En otro sentido, las organizaciones de corte mafioso no dudan en utilizar medios de destrucción propios de organizaciones terroristas (bombas, subfusiles, granadas, etc.), es decir, métodos cada vez más eficaces que aseguran el resultado y, además, a veces, buscan fines netamente políticos.

Por lo demás y si bien no pueden equipararse o identificarse absolutamente bajo una misma rúbrica todas las organizaciones terroristas y las organizaciones mafiosas, es lo cierto que unas y otras hoy por hoy, y salvo determinadas excepciones, tienen una estructura parecida; y utilizan medios similares, persiguen objetivos comunes que sirven a su propia supervivencia y engrandecimiento. Asimismo ambas atacan, desde distintos frentes, a la estabilidad de los sistemas democráticos y ponen en cuestión las instituciones básicas del Estado. Por todo ello la forma de actuar frente a ambos tipos de delincuencia debe ser similar dentro del ámbito de la investigación y represión y emplear similares medios y técnicas policiales y jurídico-procesales asimismo homogéneas, y, hacerlo precisamente bajo un mismo prisma de coordinación

superior tanto en el área de la información como en el de la actuación operativa de alcance internacional.

Entre el día 12 y 15 de diciembre de 2000 más de un centenar de países firmaron en Palermo (Italia) la Convención sobre la delincuencia transnacional organizada. (España la ha ratificado el día 29 de septiembre de 2003). Sin embargo y a pesar de que la misma supone un avance fundamental y necesario, se muestra insuficiente en algunos puntos en los que aborda, en una forma más remisa que el Convenio de Asistencia Judicial en Materia Penal de la U.E. firmado el 29 de mayo de 2000, las cuestiones objeto de regulación.

Es preciso ir más lejos. Es el momento de apostar por iniciativas más ambiciosas pero que resultan imprescindibles. Un Sistema compacto de comunidad de inteligencia que aglutine y recoja toda la que se produce en los diferentes países, para elaborarla y explotarla operativamente, extrayendo su máximo rendimiento para la comunidad internacional, exige un Organismo Superior que dirija dicha coordinación y que implemente los medios necesarios para hacerla realidad.

Hoy por hoy, es cierta la afirmación de que en el inicio del siglo XXI si bien es cierto que se ha alejado el riesgo de confrontación nuclear y que las guerras actuales tienen un alcance más bien local, aunque no por ello menos cruentas, no lo es menos que el peligro que amenaza con más insistencia a la comunidad internacional es el del Crimen Organizado entendido en sentido amplio, de ahí la necesidad vital que existía de una Convención Internacional en la materia como la que se firmó en Palermo.

Hoy, tres años y pocos meses después de su existencia y aplicación se ha hecho mas necesaria. Los terribles atentados terroristas del 11 de septiembre de 2001 han evidenciado que el tiempo perdido en la elaboración de los tratados internacionales que regulan

las relaciones jurídicas y judiciales entre los países ha sido demasiado largo y las interminables incompreensiones e intereses de unos y de otros han causado demasiado daño a la propia humanidad, que asiste inerte a una deriva difícilmente justificable.

Y esto sucede en los diferentes ámbitos a los que se expande la criminalidad y sus mil formas que cada vez más fagocitan nuestra convivencia.

Es verdad que la mayoría de los Gobiernos de los países han reaccionado en los últimos años, mucho más desde aquella fecha, y se han dado cuenta de aquella realidad contradictoria, pero todavía existen demasiadas reticencias entre las diferentes naciones y auténticos enfrentamientos a la hora de definir los conceptos y de establecer las pautas sobre las cuales ha de versar el discurso, por ejemplo en lo relativo al tráfico de armas. Mereciendo un apartado especial las cuestiones derivadas de la interpretación y aplicación del principio de soberanía.

En el marco de la ONU se han suscrito varios convenios para perseguir el narcotráfico y el lavado de dinero, con menor o mayor ámbito territorial de aplicación; se han realizado reuniones para hablar de la criminalidad organizada y de la peligrosidad de la misma; insistentemente se aboga por la creación de espacios más amplios que los estrictamente nacionales para combatir más eficazmente el fenómeno y su manifestación principal, aunque no la única, (véase la criminalidad asociada a la inmigración y al tráfico de seres humanos para su explotación sexual, cuyos beneficios anuales, según la ONU se aproximan e incluso sobrepasan a los del narcotráfico).

Por todo ello es preciso tener la suficiente ambición para abordar, quizás en forma revolucionaria, todos estos temas y así y tomando como punto de partida el espíritu universal, por encima del localismo clásico, tal como se ha indicado en la Unión Europea, a partir de la Cumbre de Tampere (octubre del 99) y

del Convenio de Asistencia Judicial en Materia Penal de 29.05.00 donde se tomó la iniciativa que conduce la situación por buen camino:

- a)** Apostar por la Unificación Legislativa, tanto en la definición de las conductas como en el diseño para su persecución e investigación, resulta esencial para afrontar eficazmente el fenómeno.
- b)** Perseguir la desaparición de los paraísos fiscales, o cuando menos reducir seriamente su ámbito mediante severas restricciones a los sistemas jurídicos que lo profesen, es absolutamente necesario. En este sentido la resolución del Parlamento Europeo. Aquellos constituyen focos de delincuencia permanente.
- c)** Iniciar el diseño de una política de investigación criminal y asistencia política en el seno de unas Naciones Unidas radicalmente renovadas, que la haga una organización operativa y que sirva para este nuevo desafío, daría sentido a ese organismo.
- d)** Conseguir un espacio judicial único, universal en este campo, como se acoge en el Estatuto de la Corte Penal Internacional de 1998, sería la meta mínima.

Es cierto que la ONU se creó y diseñó como consecuencia de una Guerra Mundial y pensando en un mundo dividido en bloques de presión política y, por tanto, con la vista puesta en la única amenaza que se presumía posible para el mundo en ese momento: la guerra. Sin embargo, la situación mundial producida como consecuencia de la caída del Muro de Berlín, las grandes masacres y violaciones de derechos en la década de los 90 y los atentados del 11S han configurado un panorama totalmente diferente, de modo que la única amenaza capaz de poner en peligro la estabilidad de los países es el crimen organizado y el terrorismo. No verlo así es desear estar ciegos ante una realidad meridiana y, de hecho, favorecer el desarrollo e implantación de las organizaciones criminales o terroristas.

Es cierto que la mayoría de estas Organizaciones existían antes, pero también lo es que sus entramados se han ido extendiendo y afirmándose a la par que se han relajado los controles políticos y jurídicos para favorecer el libre mercado, la libre circulación de personas, mercancías, o la desaparición de fronteras interiores.

Frente a esta eclosión de organizaciones criminales la única ventaja que de momento existe por parte de la Comunidad Internacional de Naciones representada por Naciones Unidas, es que aquéllas todavía no han llegado a estructurarse globalmente y en forma permanente y generalizada. Si esa mínima ventaja se pierde asistiremos en un futuro no muy lejano a una situación de desestabilización permanente fruto de la acción del crimen organizado.

A primera vista esta visión parece un tanto apocalíptica. No obstante, si se analiza la situación existente hace 10 años y se la compara con la actual, se comprobará el cambio sustancial experimentado y cómo ha evolucionado el fenómeno no sólo en el aspecto cuantitativo, sino especialmente en el cualitativo; utiliza el fenómeno de la delincuencia organizada con nuevas técnicas, nuevos ámbitos de iniciativa, blindajes mucho más sofisticados, tecnologías más avanzadas, utilización de todos los adelantos cibernéticos e informáticos.

Cualquier organización criminal, ya se dedique al tráfico de drogas o al tráfico de armas, ya al lavado de dinero o al fraude, ya al terrorismo o a todas ellas a la vez, no respeta ni normas legales ni derechos de las personas, ni tampoco períodos de sesiones o períodos de vacaciones oficiales y, desde luego, no va a cumplir requisitos burocráticos interminables y absolutamente inútiles, ni va a discutir indefinidamente sobre qué hacer, sino que precisamente va a aprovechar todas esas disfunciones y deficiencias del sistema legal para que actúen en su favor facilitándole la

obtención del fin perseguido y consiguiendo de paso el descrédito de las instituciones. Este dinamismo es el que hace necesario no descansar en la adopción de medidas nuevas partiendo de las actuales que traten de interpretar y colocarse a la altura de las nuevas técnicas de la empresa criminal.

Expuesto lo anterior, y además de llamar la atención sobre la incidencia internacional del crimen organizado y la necesidad de tomar medidas en el ámbito del tráfico de drogas, lavado de dinero y crimen organizado en forma permanente, para acomodarnos a las formas cambiantes de este tipo de delincuencia, era necesario un instrumento legal de actuación. En este escenario es en el que los diferentes países y en especial la Unión Europea, y Naciones Unidas, sin olvidar EEUU, han desarrollado una serie de normas para tratar de remediar el caos existente. Sin embargo, y a pesar del trauma del 11 S, lo cierto es que todavía se está muy lejos de hacer efectiva esa legislación. Es decir falta voluntad política, y desarrollo judicial de este tipo de iniciativas.

Si se establece que las organizaciones delictivas buscan, como fin de su existencia la obtención de pingües beneficios, y que utilizan para ello sistemas de defraudación transnacionales en detrimento de los presupuestos nacional y comunitario. Se precisa, como antes se decía, la aproximación de legislaciones, adopción de instrumentos jurídicos que fomenten la cooperación judicial con el fin de llegar a una represión homogénea y una coordinación eficaz para obtener las pruebas necesarias. (En este sentido el Convenio de 29 de mayo de 2000).

Cualquier sistema de este tipo tiene que partir, para su éxito, de una serie de premisas imprescindibles:

- 1.** Que el fenómeno del crimen organizado ha de ser abordado globalmente, sin perjuicio de las peculiaridades de sus manifestaciones concretas, y que toda acción contra el mismo ha de apuntar a

la estructura de la organización o empresa criminal y no tanto a los hechos delictivos concretos que se cometan, en el sentido marcado por la Convención de Palermo sobre el Crimen Organizado y otros instrumentos internacionales que dan forma al nuevo concepto universalización de las formas de luchar contra la delincuencia transnacional organizada que supone una previa unificación de criterios sobre el crimen organizado, labor asumida por la Convención de Palermo y también en forma avanzada por la Unión Europea, que ha creado no sólo nuevas instituciones como EUROJUST, para coordinar las diferentes acciones policiales y judiciales, sino también la Orden de Detención Europea, que ha supuesto la desaparición de la Extradición y la interferencia política en la relaciones entre jueces a través de la cooperación jurídica internacional.

Nótese que cuando hablamos de este tipo de delitos, como por ejemplo, el tráfico de drogas, habrá un país en donde se cultiva la materia prima, otro que fabrica los precursores, otro a través del que se transporta y otro a donde llega la sustancia estupefaciente ya elaborada para su distribución. En estos casos de delitos complejos, al menos territorialmente hablando, resulta esencial que aquella coordinación exista, so pena de que la ineficacia se adueñe una vez más de la situación. Por eso resulta extraño que a veces se constate como determinadas legislaciones, con una visión bastante miope de la realidad se inclinen por una visión nacionalista absurda. Nadie está a salvo de la acción de la delincuencia organizada, de ahí que los esfuerzos deben ser facilitadores y respetuosos con los derechos de los ciudadanos, pero a la vez protectores de la víctimas. El hipergarantismo, cuando se trata de este tipo de formas complejas de delincuencia organi-

zada, terrorismo, tráfico de drogas, lavado de dinero, puede ser tan pernicioso como la ausencia de garantías. En todo caso se impone una reflexión en profundidad sobre este tema.

- 2.** En la lucha contra la delincuencia transnacional organizada resulta muy conveniente, la desaparición del principio de doble incriminación, como planteamiento positivo para facilitar la cooperación jurídica internacional. Es más, dicho principio se convierte en una necesidad (sólo se mantendría si es el país del imputado y no existe en él el delito que éste cometió), como también lo es que en la cooperación jurídica internacional se aplique la legislación del país requiriente y no del requerido.
- 3.** Debe existir la conciencia de que las Instituciones se enfrentan a un problema de muy difícil y compleja solución. Por ello el esfuerzo coordinado de todos, en la forma aquí expuesta, o en cualquiera otra, es vital para ofrecer una alternativa coherente que permita tomar la delantera y prevenga los efectos del problema, y la conciencia de que si no se consigue, se habrá perdido la última posibilidad de controlar y encauzar el fenómeno dentro de unos cauces razonables o, lo que es lo mismo, aceptables por la comunidad internacional.





**LA GUERRA CONTRA LAS DROGAS  
Y LOS INTERESES DE LOS GOBIERNOS**

**THE WAR AGAINST DRUGS AND THE  
INTERESTS OF GOVERNMENTS**

**Labrousse, Alain**

Sociólogo. Asociación de Geopolíticas de las Drogas (AEGD)

### **Contenido**

- Límites de la Guerra contra el Tráfico
- Actividades Mafiosas y Corrupción Policial
- Las Drogas en un Conflicto Global
- Europa, el Plan Colombia y los EE.UU.
- La Lucha contra las Drogas, un Arma Política y Económica
- Conclusiones

In the introduction to the last reports<sup>1</sup> of the Office for Drug Control and Crime Prevention (ODCCP)<sup>2</sup>, the organization's Director, Pino Arlacchi writes that "the psychology of despair has gripped the minds of a generation" [in the area of drugs]. There follows a series of facts and figures intended to support the idea that substantial progress has been made in the fight against the production and trafficking in these drugs. Mr. Arlacchi further notes: "The end of the Cold War and the emergence of real processes for peace in a number of hitherto insoluble conflicts have softened these tensions within the international system; making cooperation a more practical enterprise."<sup>3</sup> We think that in fact the end of the Cold War fostered the appearance of pseudo-states within which political corruption became institutionalized, it also triggered new local conflict. Lastly, the fight against the drug trade is complicated by the economic and geopolitical interests of states, particularly rich countries which establish themselves as leaders in the war against drugs and are inclined to be indulgent with their allies or clients.

### **LIMITS OF THE WAR AGAINST DRUG TRAFFICKING**

The claim made in the ODCCP report that illicit drug production is declining appreciably is based on a selective use of data. For example, the ODCCP reports that coca cultivation declined in Bolivia and Peru between 1995 and 2000 (from approximately 150,000 hectares to 50,000 hectares), but fails to mention that this reduction was offset by a virtually equivalent increase in areas under illicit cultivation in Colombia (from 40,000 h to 160,000 h)

---

<sup>1</sup>World Drug Report 2000 Published early this year.

<sup>2</sup>Which absorbed the United Nations International Drug Control Programme (UNDCP).

<sup>3</sup>World Drug Report 2000 P~ 4.

In the case of opiates, the increase in world production (from 4 000 t to 5,000 t between 1998 and 2000) is so high that mafia themselves have probably asked for a freeze in Afghanistan for fear of a price collapse. In July 2000, Mulla Omar, leader of the Taliban, ordered the complete eradication of poppy crops, in a country which was hitherto the world's number one opium producer ahead of Myanmar. In October, when poppy seeds are planted, technicians from European NGOs observed that emissaries of the Emir<sup>4</sup> were touring the villages spreading the message that the terrible drought that had struck the country was a punishment from heaven for cultivating that impious plant. Uncooperative peasants were imprisoned in Djelalabad, capital of the province of Nangahar. A field survey conducted in the eastern part of the country among Pakistani and Afghan opium traders suggests that the central Asian Mafia paid the Taliban in order the market was not to be flooded with enormous amounts of opium and heroin accumulated from the record harvests of 1999 and 2000.<sup>5</sup> It is said they offer financial compensation to the Taliban for halting production for one or more years. My field contacts confirmed that part of the Shinwari tribe which resisted the Taliban decree received money from them in order not to cultivate. The production of cannabis derivatives is constantly growing to supply markets where their consumption is becoming commonplace. In 1999, Spain alone seized more than 400 tonnes of hashish from Morocco, where crops may cover 120,000 hectares in the Rif mountains and beyond. Around the world, authorities are also seizing large quantities of hashish from Pakistan,

---

<sup>4</sup> Title adopted by Mulla Omar.

<sup>5</sup> 4,500 t in 1999 and 3, 200 in 2000.

Afghanistan and Nepal, as well as marijuana exported by Mexico, Colombia, Jamaica, Trinidad y Tobago, Cambodia and all the countries of sub-Saharan Africa. Although the replacement of natural drugs with synthetic substitutes is not yet on the agenda, the production of and trafficking in synthetics are growing exponentially. One can only observe that, in Europe, the number of seizures increased by 38% between 1997 and 1998, with an annual average of nearly three tonnes of pills in the United Kingdom, 1.5 tonnes in the Netherlands. France is the hub for amphetamine and ecstasy exports to the United States which are controlled, in particular, by Israeli rings. Several eastern european countries like Poland, Ukrainia are also important producers.

In the United States, where annual seizures reached 1.7 tonnes in 1997-1998, the number of admissions to treatment centres rose spectacularly between 1992 and then stabilized in 1999 and 2000. However, in Southeast Asia and the Far East in particular, the phenomenon is constantly on the rise.

### **MAFIA ACTIVITIES AND POLITICAL CORRUPTION**

Since no other illegal activity is as lucrative, drug trafficking has increased the ability of criminal organization to penetrate the economic and political structures of certain states. Economically, they have followed the globalization movement, when they have not anticipated it. However, faced with an offensive by various states, the major organizations (so called "Colombian cartels", Italian and Chinese "Mafia", Pakistani and Turk godfathers) first decentralized their structures in the mid-1990s to be less vulnerable to law enforcement. Where there were three or four major "cartels" in Colombia, there are now at least 40 medium-size organizations in that country. Similarly, in the 1980s, there were a

dozen groups of the Camorra in Naples; the number is now approximately 100, with 6,000 affiliates. These organizations simultaneously diversify their activities (trafficking in human beings, diamonds, protected species and so on) and delocalize them while strengthening their business ties with their counterparts on other continents. When the Turkish government forbad casinos, the babas (godfathers) began to delocalize them to the Caribbean (Saint-Martin in particular) and in Africa<sup>6</sup> in a country like Tanzania.

The Sicilian Cosa Nostra which has been hard hit by the law in the past decade, has stepped up its international presence, in particular in Brazil, Canada, Eastern Europe and South Africa. According to South African anti-Mafia services, the Sicilian Mafia is solidly established in Cape Town and Johannesburg. Its operations range from money laundering - dummy corporations, real estate dealings - to cocaine trafficking, in cooperation with Colombian groups and aiding escaped Italian mafiosi. In the Cape Town region, the most prominent godfather is Vito Palazzolo, former banker for the Pizza Connection. Having escaped from Switzerland and sought refugee status in South Africa, where he first put his abilities to work for the apartheid regime before rendering services to the Mandela government, he remains one of the Cosa Nostra' s leaders and an important business man in this country. He is currently under house arrest on the sole charge of obtaining a South African passeport falsifying its nationality. Probably other speakers will deal with the presence of Russian mafia in Latin American countries.

---

<sup>6</sup> On this point see "La maffia diversifie ses activités" in La Lettre Internationale des Drogues no. 4, March 2001, published by the Association de géopolitiques des drogues (AEGD).

These activities are fostered by the relationships which criminal organizations maintain with the political powers. This is true not only in "banana republic dictatorships" (Myanmar and Equatorial Guinea) and non-states such as Afghanistan, Paraguay and Liberia, but also in countries that play a key geopolitical role in their region such as, for example, Turkey in Europe and Mexico in North America: I don't insist on them, because both countries are going to be considered by other speakers. I just want to mention that in Turkey 16% of the popular vote, the MHP, the presentable façade of a not so presentable organization, the Grey Wolves, of which a lot of members are incarcerated for criminal activities across Europe, has filled the positions of Deputy Prime Minister and Minister of the Interior after the April 99 election.

### DRUGS IN A LOCAL CONFLICT

The third element in the current situation is the effect of increasing local conflicts on criminality and drug trafficking, a by-product of the end of the Cold War and of the turbulence caused by the collapse of the Soviet Union.<sup>7</sup> During the Cold War, the major powers whom nuclear deterrence prevented from confronting directly, did so through their Third World allies. The drug money used by the belligerents thus enabled certain countries to avoid drawing on secret funds to finance their allies. Far from putting an end to these local conflicts, the end of the Cold War merely revealed that in most of the cases they lacked ideological basis, thus triggering ethnic, national, religious and other confrontations. As the belligerents could no longer rely on financing from their powerful protectors, they had to find alternative resources in various forms of trafficking, including drug traffick-

---

<sup>7</sup>Alain Labrousse ; Michel Koutouzis, *Géopolitique et géostratégies des drogues* Paris : Economica, 1996, pp. 23-32

ing.<sup>8</sup> In some 30 conflicts, open, latent or in the course of being resolved, the presence of drugs in various forms and levels is apparent:<sup>9</sup> Half of them are taking place in Africa.

Some of these conflicts—in Colombia, Afghanistan and Angola— pre-date the Cold War, but, with the withdrawal of sister parties and powerful protectors, they changed character, gradually sliding into predatory activities. In addition, the downfall of communist regimes was at the origin of the conflicts in Yugoslavia, Chechnya, Azerbaijan-Armenia and of the Georgian civil wars.<sup>10</sup> The combatants in these conflicts dabble in all areas in their search for funding, trafficking in oil, drugs, strategic metals and so on. Spiralling profits make drugs<sup>11</sup> a particularly promising source of financing. The amount of taxes which the Taliban collect annually on drugs was estimated at \$100 million."<sup>12</sup> This figure may be multiplied by three or four in the case of the FARC in Colombia. In a micro-conflict such as that of Casamance, in Sénégal, the cannabis taxes levied in 1995 by the Mouvement des forces démocratiques de Casamance (MDFC) amounted to several millions of dollars."<sup>13</sup> This helps explain why these several hundreds of barefoot combatants have acquired increasingly sophisticated weapons

---

<sup>8</sup>Jean Christophe Ruffin [ed], *Économie des guerres civiles* Paris : Hachette, 1996, 593 pp.

<sup>9</sup>13 See OGD, "Conflicts, Drags and Mafia Activities", communication to the Hague Pence Conférence, May 11 to 15, 1999. On most of the countries cited, the last three annual reports of the OGD may also be consulted.(www.ogd.org).

<sup>10</sup>Michel Koutouzis, "Drogues à l'Est : logique de guerres et de marché", *IFRI politique étrangère* 195, pp. 233-244

<sup>11</sup>From producer to consumer, prices are multiplied 1,000 to 2,500 times. See Alain Labrousse, *Drogue un marché de dupes* Paris : Éditions Alternatives, p. 78.

<sup>12</sup>16 OGD, "Afghanistan" chapter in "World Geopolitics of Drags 1998-1999".

<sup>13</sup>1' OGD, "Senegal" chapter in "World Geopolitics of Drags 1995-1996" and "World Geopolitics of Drags 1997-1998", op.cit.

over the years, and, despite the peace accord signed with the government, groups continue to confront the army and fight against them, particularly in the cannabis harvesting season. One of the most significant recent examples of the use of drugs in a triggering conflict and in the obstacles raised to its resolution is that of Kosovo. In April 1999, *The Times* of London reported that Europol was preparing a report for European ministers of the Interior and justice emphasizing the connections between UCK and drug traffickers. Those links are regularly confirmed by Italian police and justice.

#### **EUROPE, THE "COLOMBIA PLAN" AND THE UNITED STATES**

In the context of contemporary local conflicts, The "Colombia Plan" should be carefully considered because it marks a very appreciable difference in approach between Europe and the United States. AU the elements of a lasting crisis are found in Colombia: internal conflict between Marxist guerrillas and extreme right wing militia members whose control of drug production is one of the reasons; a state attempt to restore civilian peace and resume control of the territory; the U.S. desire to intervene to put an end to drug trafficking at the risk of jeopardizing peace negotiations. The official objective of the "Colombia Plan" is to combat drug trafficking, support the peace negotiations which began in 1998 with the main guerrilla movement, the Revolutionary Armed Forces of Colombia (FARC),<sup>14</sup> and more recently with the National Liberation Army (ELN),<sup>15</sup> and to promote the country's economic development, in particular for

---

<sup>14</sup>Approximately 15,000 men. No cease fire was reached with this organization and military operations thus continue during the negotiations.

<sup>15</sup>1,500 to 2,000 combatants.

the most modest segments of the population. The overall cost of the plan is \$7.5 billion. The Colombian government's contribution should amount to \$4 billion. The United States has decided to contribute \$1.3 billion. The rest is expected to come from bilateral cooperation (Spain, Japan) and multilateral cooperation, in particular with international financial organizations (World Bank, International Development Bank, Andean Financial Community, BIRR, etc.) and from the European Union.

In Colombie, the plan has come under criticism, not only by guerrillas, but also by development NGOs and human rights defence organizations. The criticism is based on the fact that approximately 70% of U.S. financing (\$1 billion) will go to reinforce the military potentiel of law enforcement forces. In particular, 60 helicopters, including 18 Blackhawks, were purchased from the United States. The FARC and ELN thus believe that, under the guise of fighting against drug trafficking, the U.S. government, by reinforcing the Colombian army, in fact aims to sabotage the peace process and that it is the target of a genuine "act of war". The Colombian and international NGOs (Amnesty International, American Watch, WOLA and others) denounce what they consider "a logic of war", which can only exacerbate the unsafe circumstances in which the population is living. The plan is also disturbing and dividing Colombia's neighbours, which cannot help likening it to a plan —for which the United States flew trial balloons while officially denying it— to create a multilateral Latin American army to intervene in Colombie where the guerrillas and drug traffickers jeopardize regional security. Such a plan, which had been approved by Peruvian former President Fujimori, has met with strong opposition by Venezuela (whose nationalist President Hugo Chavez does not conceal his sympathies for the

FARC), Panama and Brazil, which takes a dim view of any initiative that might compete with its role as a regional power.

The countries bordering on Colombia (Ecuador, Peru, Brazil, Venezuela and Panama) fear that a violent offensive against drug production in that country will scatter not only the population, but also guerrillas and drug traffickers across the Amazonien regions along their borders with Colombia. At a meeting of the countries supporting the fight against drugs held in Bogota on October 24, 2000, the European Union, upon completion of a process in which France played a decisive role, clearly distanced itself from the "Colombia Plan". The EU's financial contribution of \$871 million will essentially be allocated to the "institutional reinforcement" and "social development" program. However, this financial assistance is clearly outside the framework of the "Colombia Plan". The Unions spokesman, Renaud Vignal, from the French Department of Foreign Affairs, informed the meeting, "European aid is different from the Colombia Plan," and added, to avoid all ambiguity: "European assistance includes no military component " For the European Union, there is no alternative to the peace process; there is no military solution to restore a sustainable peace." The Unions official responsible for Latin America, Francisco de Camera, hammered the message home: "We want to contribute to peace, not increase tension." On March 8, 2001, a meeting was held between the diplomate of 26 states and the FARC in the demilitarized zone conceded to the guerrillas. The United States refused to attend,<sup>16</sup> even though the new administration affirmed its "unequivocal support" for the peace process and that it "does not ride out taking part"

in the second round of talks with the guerrillas. The European Union and most of the countries of the Schengen Area were represented, as were the Vatican, Switzerland, Canada, Japan, Mexico, Brazil, Venezuela and others. Following the meeting, a communiqué signed by all the countries present reiterated their support for the peace process. In addition, since May 2000, five countries —Cuba, Spain, France, Norway and Switzerland— have been members of the group of countries that are "friends" of the peace process together with the other guerrilla group of the National Liberation Army (ELN). The European Unions rising opposition to the "Colombia Plan" facilitated the change in strategy of the FARC, which was previously opposed to the presence of any international commission in the demilitarized zone and put the seriously compromised negotiations back on the rails.

#### **THE FIGHT AGAINST DRUGS, AN ECONOMIC AND POLITICAL WEAPON**

The various types of compromises which the rich countries make with drug trafficking states are so widespread that their characteristics can be modelled. The most widespread stems from economic interests. During the 1990s, China and Poland readily agreed to be paid for the weapons they sold to Myanmar with heroin money. Rangoon in particular spent nearly \$1 billion to purchase combat aircraft from China at a time when its currency reserves did not exceed \$300 million.<sup>17</sup> Members of the intelligence services of the French Embassy in Pakistan I met, did not rule out the possibility that drug money might at that time have been involved in the payment of France 's weapons sales to that country.

<sup>16</sup>The pretext used is that the FARC did not deliver up the guerrillas who had murdered three American cooperants in February 1999 to the United States.

<sup>17</sup>This affair in particular was covered by Bertil Lintner, a journalist with the Far Easter Economic Review, whose articles were reprinted in *gurma* in Revoit, *Opium and Insurgency Since /948* Boulder, Westview Press.

The World Bank and International Monetary Fund ask no questions about the origin of the funds enabling certain countries—in particular, Colombia during the 1980s—to pay their foreign debt. Certain European states and the Union itself close their eyes to the official protection granted for cannabis cultivation in Morocco because it contributes heavily to that country's economic equilibrium and it would be extremely costly to replace it.<sup>18</sup>

However, drugs may also be used as a diplomatic weapon to destabilize or discredit a political adversary. An example of this attitude is the U.S. drug policy towards Iran. Throughout the 1990s, despite its efforts against the transiting of Afghan heroin (Iran lost nearly 3,000 men in these fights over 20 years), Iran was "decertified" by Washington. When I questioned a State Department representative he simply answered that Iran had been placed on the list just because it was a terrorist state. In December 1998, President Clinton announced that he would remove Iran from the list of "decertified" countries. The reason given was that "Iran is no longer a significant opium and heroin producer and that it had stopped being a transit country for drugs destined for the United States." There was general understanding that this was a goodwill gesture in response to the policy of openness displayed by President Mohamed Khatami since 1997.

The U.S. use of drugs as a political weapon has its imitators. Many Third World countries now use it to fight their political opponents or ethnic and religious minorities living within their borders. The situation of Timor has received extensive media coverage, but there is at least one other Timor in Indonesia, and that is the province of Aceh, where fierce repression of the population of that region of northern Sumatra has given rise to a movement of armed revolt over the past 20 years. In the early 1990s,

---

<sup>18</sup>Eradication without any development alternative would result in an increased flow of migrants in Europe.

the Indonesian army's pretext for intervening massively in that region was to conduct cannabis eradication campaigns supported by the United States. It is true that the region was a traditional producer of drugs, but this in no way justified the deployment of such significant military resources, which proved to have murderous effect. Another example is that of the Sudan, where the fight against cannabis, this time supported by the UNDCP, has enabled the Islamic government at Khartoum to intervene in recent years against the animist Beja tribe.<sup>19</sup>

The last factor concerning the manipulations in which drugs are an issue is diplomatic in nature. In this instance, a country conceals another state's involvement in drug trafficking in order to blackmail it into putting an end to it or to force it to comply with a policy desired by the first state in another area. [The United States<sup>20</sup> has simultaneously pursued these two objectives in the case of Syria, whose troops were deeply involved in hashish and heroin trafficking in Lebanon. In this way, the United States forced eradication campaigns on illicit drug crops on the Bekaa plain and Syrian participation in the Middle East peace negotiations]. The same strategy is currently being used by Washington with General Hugo Banzer, elected president of Bolivia, whose military dictatorship (1971-1978) not only engaged in serious human rights violations and the assassination of opponents in foreign countries as part of the "Condor Plan", but also contributed to Bolivia's specialization in cocaine production.<sup>21</sup> The virtually complete eradication of illicit coca crops by the end of last year, was indeed obtained through the blackmail (and silence) of the United States

---

<sup>19</sup>See on this subject the "Sudan" chapter in OGD, "World Geopolitics of Drugs 1997-1998"

<sup>20</sup>The Israeli secret service also had files on Syrian military involvement in hashish and heroin trafficking

<sup>21</sup>Alain Labrousse, *La drogue, l'argent et les armes* Paris : A. Fayard, 1977, pp. 366-370.

and the international community. Now, every Latin American dictator will now be able to think, on the basis of this example which is well known across the continent, that he can engage in drug trafficking today and will need only become a drug eradicator for everyone to forget the source of his wealth and power.

## CONCLUSION

The United States has just lost its seat on the board of the International Narcotics Control Board (INCB). This reverse is probably the result of a combination of various interests. But one of the reasons might be the vote of Latin American countries which have always opposed the U.S. "Colombia Plan" and "certification" process. In addition, isolated phenomena such as the virtual disappearance of opiate production in Afghanistan, or more structural phenomena such as the development of synthetic drug production in the developed countries, will undermine some of the United States' arguments in its crusade against the producer countries. With regard to substance abuse, the advance of "harm reduction" policies, to which France, in particular, has rallied since the late 1990s, to the detriment of policies in favour of the U.S. policy of a "drug-free world", of which Sweden remains one of the last European supporters,<sup>22</sup> is another sign of change.

But the United States retains as allies two major specialized U.N. organizations in the fight against drugs ODCCP and INCB which has developed under their influence. Also the position of developing country in Asia and Africa are at times even more extreme than those of the United States with regard to national policies on substance abuse and the international fight against drugs.

There are a number of reasons for this attitude. For some, it stems from the fact that these are non-

democratic societies –China, Malaysia, Saudi Arabia and Iran– which punish all visible deviants very harshly. For others, this is simply the consequence of the fascination exercised by the "American model" or of an opportunism which pushes them to join in what is perceived as the dominant position of the richest countries. An other motive is through punitive measures, they raise a smokescreen to trafficking activities engaged in by their leaders. These countries are prepared to support all anti-drug crusades, as long as they or their elite are not, the target of them. It's the reason why I consider as very positive the European position not to support the "Colombia Plan". But the attitude of European countries is not always so clear, for example in relation with money laundering centres such as Jersey for the United Kingdom and Saint-Martin/Sint Marteen for France and the Netherlands. These ambiguities and contradictions are not only a barrier to the fight against serious drug crimes, but they can also be the cause of new threats, as suggested by the U.S. attitude in the case of Colombia.

---

<sup>22</sup>See "Suède : infléchissement de la politique anti-drogues" in OFDT Drogue Trafic International no. 2, March 2001.



## RETOS DE LA INFORMACIÓN SOBRE DROGAS EN EL SIGLO XXI

## CHALLENGES OF INFORMATION ON DRUGS IN THE 21<sup>ST</sup> CENTURY

**Pueyo Ruiz, Begoña del**

Periodista. Coordinadora de "Todos contra las Drogas". Protagonistas "Onda Cero".  
Cruz al Mérito del Plan Nacional sobre Drogas.

En los años 80 del siglo XX los primeros periodistas que intentaban hacer información sobre drogas en España se encontraban con escasez de fuentes de información: el 90% de las noticias las proporcionaba la policía y hablaban de incautaciones y robos protagonizados por toxicómanos. En el aspecto social, había pocos interlocutores fiables. En cambio, los escasos profesionales que trabajaban con rigor, recelaban de los medios de comunicación, acusándoles de banalizar la problemática de las drogas en aras de la espectacularidad. Esa desproporción de noticias policiales y sociales creó el ambiente de alarma social que propiciaba la imagen de drogo-dependiente-delincuente.

El acceso poco a poco a los medios de comunicación de profesionales multidisciplinares para explicar a la población este fenómeno ha ido difuminando ese tópico. Actualmente, uno de los retos fundamentales para el periodista está, paradójicamente, en contrastar la avalancha de informaciones procedente de fuentes muy diversas (el caso del Dr. Ricaute publicado por "Science" es el paradigma de esa falta de contraste informativo).

Más difícil todavía es mantener el rigor a la hora de abordar cuestiones relacionadas con drogas legales como el alcohol y el tabaco.

El mayor reto, sin embargo, está en conseguir que la normalización social de las drogodependencias que ya no provocan alarma, no haga caer a este colectivo en el olvido informativo.

La fórmula más eficaz para conseguir una información contrastada y de calidad está en la estrecha colaboración entre los profesionales de las drogodependencias y quienes elaboran esas informaciones que permite ganarse mutua confianza. Pero no basta con el esfuerzo de los periodistas, hay que exigir el compromiso de las empresas de medios de comunicación para formar profesionales especializados en este problema, cuya magnitud social así lo exige.

Esa es una demanda, que tienen que hacer suya también los colectivos que trabajan en drogodependencias.

In the 1980s the first journalists who tried to inform on drugs in Spain found that there were few sources of information available: 90% of the news was provided by the police and spoke of confiscations and thefts carried out by drug addicts. There were few reliable interlocutors with regards to the social aspect. Moreover the few professionals who carried out rigorous work were suspicious of the media, accusing them of turning the drug problem into a banal news item in the interests of spectacular reporting.

This disproportion between police and social news created an atmosphere of social alarm which led to the image of the delinquent-drug addict.

Little by little the access of multi-disciplinary professionals to the media to explain this phenomenon to the population has gradually helped the cliché fade.

Currently, one of the fundamental challenges for the journalist is, paradoxically, to contrast the avalanche of information from extremely diverse sources (Dr. Ricaute's study case published by "Science" is the paradigm of this lack of information contrast).

And it is even more difficult to maintain a rigorous approach when dealing with matters related to legal drugs such as alcohol and tobacco.

The greatest challenge, however, lies in achieving a situation where the social standardisation of drug dependencies which no longer give rise to alarm does not lead to this group of persons being forgotten by the media. The most efficient formula for achieving contrasted, quality information is the close collaboration of drug dependency professionals and media professionals, enabling mutual trust to grow up between them. But the effort of journalists alone is not enough, we must also ask for a commitment from the media companies, who should train professionals specialising in this problem, something its social magnitude demands.

This demand should also be made by groups working on drug dependencies.

Ya en 1972, cuando las drogodependencias comenzaron a constituir un problema social generalizado, la UNESCO señaló que *“los medios de comunicación representan un poderoso medio de acción para fomentar actitudes y transmitir conocimientos en materia de drogas”*. Pero también advirtió que *“una información transmitida inadecuadamente puede llegar a propagar el uso de las drogas o agravar la reacción de la sociedad para con los drogodependientes, traumatizar a los padres y provocar el aislamiento de los individuos dependientes”*.

Afortunadamente, más de tres décadas después, el panorama es esperanzador en cuanto a la aceptación social de los drogodependientes, aunque sobre los periodistas pende todavía la asignatura pendiente de transmitir una información veraz que se ajuste a la auténtica magnitud del fenómeno.

Hace tiempo ya que los colectivos sociales han asumido que *“lo que no aparece en los medios de comunicación es como si no existiera”*. Por eso demandan de los periodistas que contribuyan a la prevención, también a denunciar situaciones injustas y a crear estado de opinión. Por otra parte, se critica de los medios la tendencia a primar las informaciones negativas sobre las positivas, de magnificar la realidad y de fijar estereotipos respecto a las drogas y sus consumidores.

Para contrarrestar estas distorsiones del mensaje informativo es imprescindible que los colegios de periodistas y asociaciones de prensa asuman en sus códigos deontológicos la necesidad de producir mensajes contrastados. Pero lo fundamental es que el colectivo interdisciplinar de profesionales que trabajan en drogodependencias (terapeutas, psicólogos, sociólogos, educadores, antropólogos, etc.) colaboren estrechamente con los informadores.

## **LA PRESENCIA EN LOS MEDIOS NO PUEDE SER A CUALQUIER PRECIO**

En los años 80-90, el mayor hándicap al que tuvieron que enfrentarse los periodistas para informar sobre drogas fue la escasez de fuentes. La mayoría de las noticias provenían del ámbito policial, referidas a alijos o delitos cometidos por drogodependientes. Eso contribuyó a crear alarma social, al fijar el estereotipo de drogodependiente – delincuente.

A eso se unió el recelo mutuo entre los escasos profesionales rigurosos que trabajaban en drogodependencias y los periodistas. Los terapeutas rehuían aparecer en los medios de comunicación por la amenaza de que se vanalizara su trabajo, dada la espectacularidad de algunas informaciones, en tanto que los periodistas tampoco acababan de encontrar los interlocutores válidos, ante la proliferación de centros cuyo origen se asociaba con sectas que eran justo los que mayor disposición tenían a aparecer en los medios.

La complicidad actual que existe entre la mayoría de los periodistas que informan asiduamente sobre drogas y los profesionales de las drogodependencias corre el peligro de romperse ante la proliferación de estudios que no siempre pasarían los más escrupulosos controles. Ver reflejada una investigación, un estudio o una terapia en los medios de comunicación garantiza subvenciones o la confianza necesaria para conseguir el apoyo en un proyecto. En este sentido, no sólo ONGs, sino instituciones y quienes trabajan en investigación al más alto nivel han pecado en algunas ocasiones de precipitación a la hora de publicar conclusiones de sus resultados, prematuramente, para verlos reflejados en la prensa.

Por parte de los periodistas la premura de tiempo y la escasa especialización de los informadores hace que, a menudo, se publiquen estas informaciones sin contrastar. Uno de los casos recientes más esclarecedores de esta decepcionante realidad es el estudio del

Dr. Ricaute de la Universidad John Hopkins, a propósito del daño neurológico irreversible provocado por el MDMA. Dos años después de difundida la investigación, el propio autor reconocía que las conclusiones eran falsas, por un defecto en las muestras de laboratorio. La publicación de esta investigación en la prestigiosa revista “*Science*” dio la vuelta al mundo, sin mayor contraste informativo por parte del resto de los medios de comunicación. En la mayoría de los casos, los periodistas se limitaron a informar sobre esas desmesuradas conclusiones, sin solicitar la opinión de otros expertos. Un fenómeno que se repite a menudo cuando se trata de poner de manifiesto el peligro del consumo de drogas, a veces, con resultados excesivamente alarmistas.

Otro de los retos más importantes a los que se enfrenta la prensa del siglo XXI es a la obligación de crear mensajes que no resulten contradictorios, en torno a dos drogas legales como el alcohol y el tabaco.

### **LO QUE SE DICE Y LO QUE SE ENTIENDE**

Las reglas de la comunicación, en ocasiones, pueden provocar indeseadas distorsiones del mensaje.

- El primer impacto es el que se fija con mayor intensidad. Eso explica, aunque no justifica, por qué todavía la heroína sigue siendo la manifestación gráfica con la que se representan las drogas, cuando en estos momentos el consumo de hachís y cocaína ha superado al número de consumidores de heroína y sus consecuencias resultan igualmente destructivas para el individuo.
- El efecto magnificador de los m.c. puede provocar alarma social al advertir de un fenómeno, amplificando su importancia y minimizando los efectos de otro. Una muerte por consumo de éxtasis en una fiesta adquiere un protagonismo que no alcanzan las 13.000 víctimas por accidente que se atribuyen al alcohol.

- La heterogeneidad de los receptores de los mensajes puede provocar que una misma noticia sea percibida con preocupación por los padres y al tiempo fomentar el espíritu trasgresor de los jóvenes.
- La necesidad de transformar el lenguaje para que sea accesible a toda la audiencia, especialmente cuando se trata de informar sobre conceptos científicos, puede provocar distorsiones como la que se produce al explicar las propiedades terapéuticas de los principios activos del cánnabis, que algunos jóvenes acaban simplificando con la sentencia de que “el porro cura”.
- Los testimonios que se asoman a los medios de comunicación no siempre reflejan la auténtica dimensión del fenómeno. Es frecuente que en radio y televisión aparezcan sólo víctimas de las drogas que provienen de ambientes desestructurados. Es su modo de echarle en cara a la sociedad que no les ha ayudado. En cambio, las experiencias de los socialmente integrados difícilmente pueden ser recogidas.
- El fenómeno de “los padres coraje”, popularizados por los medios de comunicación, pueden provocar la frustrante sensación de ineficacia de la justicia y al tiempo acomplejar a los familiares de un drogado dependiente que no asume una postura beligerante contra las drogas. Otro tanto sucede con los “barrios escenario”, donde la denuncia de los puntos de venta puede llegar a estigmatizar a todos sus habitantes.
- Ofrecer el precio en mercado de las drogas incautadas puede inducir a los más jóvenes a plantearse una ilusoria manera de conseguir dinero fácil.
- El lenguaje verbal y gráfico no son inocentes. Una simple fotografía de jóvenes acodados en una barra para ilustrar una información sobre las fiestas de un pueblo o denominar a las drogas de síntesis como “drogas de diseño o droga del amor” distorsionan el mensaje.

- Es imprescindible que los periodistas entiendan programas como los de reducción del daño y reducción del riesgo (folletos para consumo responsable, intercambio de jeringuillas, narcosalas, etc.) para evitar que fuera de contexto puedan ser percibidas como una amenaza, en lugar de transmitir su función normalizadora.

### **LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS NO TIENEN QUE SER LA ÚNICA VÍA DE COMUNICACIÓN CON LOS JÓVENES**

Un reciente estudio sobre jóvenes realizado por la FAD revela que los adolescentes tienen una progresiva tendencia a la homogeneización. Su estereotipo de “ser joven” significa necesariamente ser rebelde y vivir el ocio a veces de una manera extrema, consumir determinados productos, incluidas las drogas. Los medios de comunicación a menudo recogen las ideas preconcebidas de los jóvenes y las devuelven a la sociedad, reforzadas e institucionalizadas. Eso explica que pese mucho más en el imaginario de adultos y adolescentes el 2’6% de jóvenes que consumen éxtasis que el 97’4% que no las emplean en su tiempo de ocio, por ejemplo.

Es importante resaltar la tarea de los medios de comunicación como altavoz al servicio de los profesionales que pueden dar pautas de comportamiento a los padres respecto a sus hijos. En otras ocasiones la prensa permite apelar a la responsabilidad que tienen los adultos en su educación, tal como sucedió con el Congreso sobre Jóvenes y tiempo Libre que realizó el PNSD en el año 2001. Lamentablemente, no resulta igual de sencillo conseguir que los jóvenes accedan a los medios de comunicación convencionales para explicar su visión del fenómeno.

Sabiendo que los jóvenes son más sensibles a teleseries, radiofórmulas e Internet se corre el riesgo de excluirlos de los medios de comunicación convenciona-

les, sin darnos cuenta que estamos cerrando la puerta a un instrumento útil para facilitar la comunicación intergeneracional. No podemos obviar que Internet ha crecido un 370% en los últimos años y se ha convertido en el segundo medio de comunicación, sólo superado por la televisión. Es cierto que se están haciendo magníficos programas destinados a adolescentes a través de la red, pero también debemos recordar que es precisamente a través de Internet como se refuerzan muchos de los tópicos sobre legalización de drogas, formas de elaborar sustancias sintéticas, *smart shops*, etc.

Otra asignatura pendiente para los medios de comunicación es advertir a la sociedad y más concretamente a los jóvenes, sobre los peligros que entraña el abuso de las nuevas tecnologías, sin por ello demonizar unos instrumentos útiles a la sociedad como Internet o los móviles, que ya figuran a la par que las drogas entre las adicciones juveniles.

### **LA NORMALIZACIÓN SOCIAL UN ARMA DE DOBLE FILO**

Cuando en los años 80-90 los profesionales que trabajaban en drogodependencias luchaban, con la complicidad de los medios de comunicación, por acabar con la alarma social que generaron las drogas, poco podían imaginar que esa normalización podía poner en peligro su tarea.

Los drogodependientes ya no provocan vergüenza en las familias, ni intranquilidad en el resto de los ciudadanos, pero se corre el peligro que esa normalización se torne indiferencia. El barómetro del CIS del mes de febrero de 2.004 fue suficientemente esclarecedor: las drogas no figuraban entre las diez máximas preocupaciones de los españoles, que atribuyen al paro, el terrorismo y la violencia de género los máximos problemas a los que enfrentarse.

A pesar de que las estadísticas nos revelan que cada vez hay un mayor número de afectados por drogas

que precisan tratamiento, la normalización del fenómeno acarrea el peligro de que desaparezcan paulatinamente de la prensa. Y como decíamos al comienzo “lo que no aparece en los medios de comunicación es como si no existiera”, con todo lo que comporta: disminución de la conciencia social, reducción de recursos por parte de los organismos públicos y de iniciativas privadas...

Cuando en 1993 nació el Comité “Drogas No” y organizó una fiesta del fútbol a favor de Proyecto Hombre, bajo la presidencia de honor de Su Majestad La Reina e impulsado por el juez Baltasar Garzón, el periodista Luis del Olmo y por el actor Emilio Aragón (inicialmente estaba también el entrenador Johan Cruyff), el objetivo fundamental de estos encuentros deportivos fue aportar calor humano a las familias que sufrían en silencio un problema del que se culpaban y frente al que no encontraban respuesta social satisfactoria. En esa época en la que las drogas causaban alarma social, reunir a más de un centenar de personas de todas las edades y profesiones en el césped del estadio, para llenar los graderíos de solidaridad, fue un hito relevante para la integración de los drogodependientes en nuestra sociedad. En pleno siglo XXI es más necesario que nunca mantener un acontecimiento que llame la atención, aunque sea una vez al año, sobre la necesidad de seguir luchando por este objetivo. Una tarea que no se lleva a cabo sin los recursos económicos y humanos que, a falta de difusión, podría parecer a los ciudadanos que ya no es necesario preocuparse porque el problema está resuelto.

Resulta paradójico constatar que los mismos medios de comunicación que se vuelcan a la hora de transmitir el mensaje de solidaridad del Partido “Drogas No”, con inserción gratuita de la campaña publicitaria de promoción del partido, no resulten tan activos a la hora de buscar sus propias informaciones sobre drogas. Por eso, HAY QUE APROVECHAR ESA BUENA DISPOSICIÓN

DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN AUNQUE EXIJA UN DOBLE ESFUERZO POR PARTE DE LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN DROGODEPENDENCIAS. Con estudios rigurosos y contrastados, con sus sugerencias a los periodistas más concienciados, se puede mantener viva la llama de la información sobre drogas.

## BIBLIOGRAFÍA

- “Medios de comunicación y drogodependencias”. Actuar es posible. PNSD 2000. Isabel M. Martínez Higuera/ Miguel A. Nieto / Begoña del Pueyo
- “Jóvenes y Medios de Comunicación”. FAD – INJUVE 2001. Elena Rodríguez / José Navarro / Ignacio Megías
- “Tratamiento periodístico de las drogas y las drogodependencias”. Coordinadora de ONGs que intervienen en drogodependencias. 1996
- “Los medios de comunicación social y las drogas: entre la publicidad y el control social”. Revista Especial Drogodependencias 1995. Amando Vega Fuente.



## **TRATAMIENTO/TREATMENT**





## **CUIDANDO EL JARDÍN DEL CORAZÓN. LAS MUJERES EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA**

## **TENDING THE HEART'S GARDEN. WOMEN IN THE THERAPEUTIC COMMUNITY**

**Arbiter, Naya**

Amity Foundation & Extensions, LLC

La invisibilidad de las mujeres

- ¿Cómo obtenemos las experiencias de nuestros participantes que se hallan fuera de las experiencias de los profesionales de las CT?
- El acuerdo tácito para excluir aquello que no comprendemos, o aquello que es demasiado perturbador para ser tratado por el personal y los participantes.
- Denominar, reivindicar, utilizar e integrar experiencias. Hallar valor en experiencias consideradas como degradantes.

Eliminar el rol discriminatorio; abuso, violación, prostitución, encarcelamiento

Desarrollo del rol frente a parálisis del rol.

Hacerse más grande que la herida.

Ir más allá del estado de supervivencia.

El acuerdo social para sobre-mediciar (silencio) a las mujeres.

El testimonio fundado, utilizando el paradigma de Alice Miller

- Redefiniendo el grupo de encuentro como un complemento del testimonio fundado.

Utilizar el currículo.

- Currículo basado en la comunidad y en el individuo en su integridad
- La CT en torno a las inquietudes de las mujeres da cuenta tanto de hombres como de mujeres.
- El desarrollo de un léxico de refugio, donde la adecuada confrontación y otras herramientas tradicionales de la CT puedan utilizarse.

La relación entre la recaída crónica y la auto-revelación.

La Historia de la "Handless Maiden".

- Compresión de la alfabetización emocional.
- Autenticidad frente al cumplimiento de las normas de la CT.
- Proporcionar una oportunidad a las personas para influir en otras, lo que ofrece auténtica curación interna.

Desarticulación y Rememoración de China Galland.

Hallarse en el proceso de conducir frente a la orientación hacia la meta. Comunidad viva frente a conformidad.

The Invisibility of Women.

- How do we elicit the experiences from our participants that are outside the experiences of the TC practitioners?
- The unspoken agreement to exclude that which we do not understand, or that which is too upsetting to deal with for the staff and participants.
- Naming, claiming, utilizing, and integrating experiences. Finding value in experiences seen as degrading.

De-rolling from victimization; abuse, rape, prostitution, incarceration

Role development vs. Role parálisis.

Growing larger than the wound.

Moving beyond survival status.

The Social contract to over-medicate (silence) women.

The informed witness-using Alice Miller,s paradigm.

- Redefining the encounter group as an adjunct to the informed witness.

Using Curriculo.

- Curriculum that is community & whole person based.
- The women centered TC provides accountability for both women and men
- The development of a vocabulary of sanctuary, within which appropriate confrontation and other traditional TC tools can be used.

The Relationship between chronic relapse and self-disclosure.

The story of the Handless Maiden.

- Understanding emotional literacy.

- Authenticity vs. meeting norms of the TC.

- Giving people an opportunity to make a difference for others which offers real internal healing.

Dismemberment and Re-membering China Galland.

Being on the road process vs. goal orientation. Living Community vs. conformity.

In Native American lore, there is the story of the Black Lodge, a holy and most sacred place. When a man has acquired all the masculine skills, and has fulfilled the expectations that the tribe has of a man according to the ways of his people, then and then only, he may be invited by the elders of the tribe to enter the Black Lodge. He enters the Lodge as an accomplished warrior, hunter, husband, father; he is skilled in all the masculine ceremonies and rituals of the tribe. But when he enters the Black Lodge he dresses as a woman, he learns the lore, the customs, and the skills of women. He lives in the Lodge with woman as a woman until he has acquired their knowledge and their ways. When he emerges from the Black Lodge, there is a great ceremony and he is recognized by the tribe and the elders as having obtained his true and authentic masculine self. For a woman to obtain her true womanhood, she too, having fulfilled the common expectations of woman, must enter the Lodge and live as a man.

Daisy Utemorra, an elder of the Wandjina people of the Kimberleys in Northwest Australia is reported to have said that after men have obtained the highest degrees of male initiation “only then do they become eligible for initiation into women’s law.” It was said that oftentimes a man’s hair was gray before he was ready and it was the same for women. These tribal people were ancestors of today’s world.

The teachings of people who understood the heartbeat of community are teachings that the Therapeutic Community movement would be wise to heed. For these ancient cultures lived community and wholeness and authenticity were their highest values. If we profess to provide whole person education for wounded women and men today, our path is not honest without striving for understanding, acceptance and compassion amongst all of us. How many TC practitioners today would be eligible to enter the Black

Lodge? How many men and women would be eligible for initiation into the ways of the opposite gender?”

In the “dreamtime” of the therapeutic community (before funding, bureaucratic interference, clinical oversight, and risk management) there was a love story; a love that was as politically incorrect as it could be. 1958 in the United States; a love between a white man and a black woman. He was educated but a hopeless alcoholic, and she a prostitute, a criminal addict. They both had strong voices and dreams. They are our ancestors in this work.

He said:

*None of the accredited professions have been successful with addicts. They don't address the whole person. The pharmacologist and the physiologist will deal with the chemical nature of addiction, the internist will supervise the withdrawal, the psychologists will measure mental and emotional capabilities; the psychiatrists will try to unearth the resolve the traumatic events that brought on the addiction; the anthropologists will study cultural factors; and sociologists will try to determine a social setting that will contribute to recovery. We propose something new: is a program for wholeness. The purpose of this is to give everyone who comes into it a glimpse of the vision that life is a gift not to be wasted.*

His partner the tall, proud, elegant, African America woman with Cherokee blood in her veins looked at his processes, his ideas and the early encounter groups. She said:

*“We have a great vocabulary for hostility; but we need more ways to say ‘I love you.’ Receiving affection throws people into more of a crisis than being yelled at. People need both, it is the sound of two hands clapping.” “We need to teach,” She said, “teaching is an act of love, it is the most important function of the adult human being. To communicate your own truth, THAT is the act of love.”*

And so they both dreamed.

He developed structure and accountability and self-supporting businesses, and spun webs of ideas that spilled out into the world, and she developed encounter groups based on affirmation, ceremonies and rites of passage. She created hope and that hope spilled out into the world and his ideas floated on the hope that she made.. She entered his lodge, and he entered hers they crossed the barriers of race and class, religion and experience. She included children and made special places for women and families. Together with their circle of castaways; alcoholics, convicts, addicts, Muslims, Jews, and gentiles, they created a new foundation. It was a garden of the heart. It was the first Therapeutic Community. After time passed men began to come from all over the world to see this place and the circle of people that stood in it; but the men who came could only hear what He said because they were men, and they had only learned to hear men's voices. And so it came to pass that her voice faded and the wind took her voice back and blew it away. When her voice was blown away she died, and his heart cracked with regret knowing that he had not helped her voice be heard. He returned to his madness, his alcoholism until he died. It was a love story. And so the Therapeutic Community grew and grew without the feminine vision. The history was written, like most of our histories, as "His Story," written and told by men about men and for men.

China Galland writes:

*Fierce compassion is the transformation of anger into compassion. The divine feminine can rise up when the world is in danger, help can come from forgotten quarters, from what has been cast out, lost rejected and marginalized... and what we have cast out is what saves us and what becomes the cornerstone for a new foundation.*

Women and their children remain lost, rejected and underserved internationally. The anger, revulsion and fear women have for themselves, and that society has for them must be transformed into "fierce compassion" should we wish to improve the pathway for women from degradation to dignity. Stigma remains greater for the fallen women than for her male counterpart; it is more acceptable to be a male ex-convict than a female ex-whore. Voices representing the addicted, alcoholic and incarcerated woman have emerged yet there remains resistance to full disclosure by women of their experience. Both clinical and political arguments abound regarding why the addicted woman doesn't "need to go into detail." The TC practitioner confronts the unnamed experiences of the woman herself; the customs and policies unfriendly to women; and the astounding denial that has been maintained supporting the silence of both male participants and male practitioners in the TC regarding the reality of the impact of men on women and vice versa.

Twenty years ago in the United States, the National Institute on Drug Abuse published a survey taken from U.S. treatment programs for women. Many were TCs. Although most of the women reported severe abuse prior to and during their addiction, less than 10% of the programs addressed these issues. The hue and cry was raised that women's issues; rape, molestation, childbirth, domestic violence, abortion, prostitution must be addressed. Yet no one raised the issue that the male participants in the Therapeutic Communities were the counterparts to these feminine experiences. It has seemed that those men who raped, abused, sold, bought and tormented women as well as those men who were themselves molested, raped, beaten, and abused, who prostituted, served as prostitutes or pimp were elsewhere. If we are to do the work of authentic healing for women, the men must do their work as well.

For thirty years women have maintained the status of a “special population” with “special issues” in hundreds of conferences, and thousands of academic pages. The drug-using prostitute panders to the least exalted needs of the men that buy and sell her a transaction which metaphorically travels through all of the manifestations of a woman’s addiction. Yet, if women were to universally state their experience in detail; would that not lead us to examine the reality of men’s lives? Does not the silencing and separation of the women’s experience ultimately support the repression of the men who have come to the TC to be healed?

The “recovered role model” is one of the fundamental concepts upon which the TC has been built, consistent with its Alcoholics Anonymous heritage. Yet many male recovered TC practitioners have not, as part of their own recovery, dealt with the issues of pornography, adultery, sexual abuse, molestation, child abuse, prison sexuality, homosexuality and prostitution in their own lives. Thus they both wittingly and unwittingly serve as a significant barrier to opening the TC to be an informed witness to the feminine experience and they continue to relegate the feminine to a “special population”. If the ideal that we strive for in our TCs is “whole person education,” then we must transform anger into compassion for our own and each other’s experiences and create dialog to understand each other’s suffering. Gender responsive treatment is not gender exclusive treatment. As we learned a generation ago during the civil rights movement, separate is inherently unequal.

## **1. ACCOUNTABILITY TO GENDER**

“Accountability.” Every one of our TCs has it; miles of structure boards, millions of pull-ups, endless distractions over the often-mundane details of here and now behavior. Our own accountability systems frequently obfuscate our ability to be accountable as practitioners to those issues, which wound our souls.

How accountable are our Therapeutic Communities to gender; starting with our workplace and our practitioners? It is a lie to pretend that we are promoting whole person education if we develop projects that are gender responsive for women: but within our same agencies do not provide arenas for men to address these same issues. Men and women need their own space, place and time; but after being in their own Lodge they need some time together in sanctuary, facing each other before leaving the TC. Men and women need to practice using their voices to tell their truths.

## **2. ACKNOWLEDGING A CULTURE OF DEGRADATION**

The culture of addiction for women is a culture of degradation that exists beyond ethnicity. It is a culture of sexuality divorced from relationship, of motherhood without nurturing, association without friendship, childbirth without celebration, rape without comfort and infection without medication. It is a culture of manipulation, being used and using others cycling through shades of despair. Regardless of socio-economic background it is a culture whose seeds flourish through silenced experiences of sexual abuse. It is a culture of pornography rather than erotica the story of female slavery rather than romantic love. It is a culture of exploited children, shattered dreams; industrialized crisis nurseries’s and foster care; a culture that maintains the emotional climate of lonely hours in the abortion clinic. It is a culture divorced from our most common mythology: this is no period of sowing wild oats; girls will be girls, or proving womanhood through sexual prowess and numerous partners. There are no celebrations and feasts when the prodigal daughter returns from the street corner after servicing thousands and renounces prostitution.

In the end, the culture of the addicted woman, she who has been soundly rejected, rejected herself, been

shuffled between programs, prisons, psychiatrists, who has been ridiculed, arrested, urine tested, hair tested, breathalyzed, evaluated, and dually diagnosed, this culture may hold a special meaning for us. In the cracked and dirty mirror that bears her reflection if we have the courage to look we may, as the great Jungian Helen Luke has stated, see *“the suffering that contempt to the feminine values has brought to all women through the ages, a contempt to which not only many men have been guilty but also large numbers of women, we may see the most despised and repellent things in our own psyches, that we refuse to acknowledge, and in which we turn often in disgust.”*

Evidence that we have turned in disgust from these women can be seen in a 230% increase in the women’s prison population in the U.S. in the past decade. Most of those incarcerated were alcoholic and drug addicted women most of them mothers. Their status as a “special population” continues the mythology of stigma.

### **3. CREATING SANCTUARY: EMOTIONAL CLIMATE AND PHYSICAL ENVIRONMENT**

Cultures through the ages have had spaces, places and ceremonies that represent sanctuary; a prerequisite for vision, celebration, transition, and healing. From the dreamtime of the aborigines, to Asklepios’s temenos in Epidaurus; from the dances of the Kalahari bushman to “soul catching,” the sweat lodge, and the rites of passage of the American Natives, we find spaces created for sanctuary followed by ceremony. We cross centuries to industrialized nations where thousands of us seek sanctuary in obsessions, relief in behavior modifying drugs, therapy for anxiety disorders; we study meditation, practice yoga often alone. Our global “progress” has decimated and degraded sanctuary, and this has contributed to the wounded feeling function

of our time. The woman who comes to us has sought sanctuary and found her synthetic version in a bottle, pill, spoon or pipe. We need to teach her how to reach sanctuary authentically.

Sanctuary is not without boundaries, rather a psychological space supported by physical environment wherein boundaries are created with the intent of repelling lower forces of our nature, and inviting that which is sacred to enter. With the entry of the sacred comes transformation. It is sacred to learn to “know thyself”. It is sacred indeed to come home to ones own heart after a long and arduous journey.

To develop the vocabulary of sanctuary we must start with ourselves and acknowledge in our own lives what constituted our sanctuary as children, as adolescents, as adults. What are the elements that we need to be able to disclose, to feel safe? The climate of sanctuary starts with the TC practitioners; for a staff without sanctuary amongst themselves is one without authentic community. Practitioners cannot indulge in sloppy emotional habits of gossip, backbiting, and resentment. For the woman in the TC the physical and emotional climate needs to present a dramatic contrast to the world from which she comes. It must be safe enough to name her experience, to discover who she is, safe enough to change her sexual preference without shame if she wants to, safe enough for her to declare all of herself. The physical environment sets an example of self-expression, creativity and comfort. We are not teaching a woman to live in our TC; rather our TC should serve the role of teaching her to live in the world and to have the ability to create a world for herself and those she loves.

### **4. WOMEN’S CIRCLES**

Women are guardians of the feeling function of the heart. To validate the feminine experience is to validate the quality of connection, of feeling, of intuition. Women’s circles need to be small enough

to fully name experience; develop different roles, reform street relationships, grieve, laugh and form relationships that will last beyond the treatment episode. Circles should foster community rather than destroy it. Participants in circles need to serve the role of both “helping witness” and “informed witness” as Alice Miller eloquently describes in her work. The process of witnessing is critical allowing each woman not only to teach but also to serve and comfort. Sanctuary circles accelerate growth needed around trauma; they are not re-traumatizing. She has survived the experience talking about it enables her to overcome it, to integrate it. Hope starts with a story, and when told in detail, hope becomes contagious. The teller grows beyond the wound and the listener can find a path for herself out of a circle of despair. Sanctuary circles foster real “meeting” between participants and they are able to find both forgiveness and humor in the human condition.

## **5. CREDIBLE MENTORS/TC PRACTITIONERS**

The practitioners need to be credible to the women and operate from the position that every woman entering the community has an inherent strength for having survived no matter how long the winter of her addiction. Mentors need to have the emotional literacy to help women face not only their victimization but ways in which they have been predators. That she has survived indicates that a springtime, a flowering possible. Too often practitioners, horrified by the feminine experience lower their expectations for women, inadvertently supporting an attitude of learned helplessness, it is the dark side of empathy. Women need credible female mentors who are willing to talk about obstacles they have overcome, who are not frightened of hearing pain, who are willing to serve as midwife and mentor to the reawakening feeling function; to the emergence of voice.

## **6. CEREMONY**

When life has lost its grace one way of regaining it, and the attendant dignity we all need is through ceremony. Ceremony creates the pause that gives our life's dance beauty. It is a method for honoring and recognizing connections to all life through the expression of gratitude with ritual, talk, sharing, dance, writing, and gifts. Ceremony can acknowledge a woman's anniversary dates of grief and celebration; her transitions. How each group is opened and closed can be a ceremony; the formation of an authentic friendship, the anniversary of a death of a loved one, the birthday of a child one has lost, the knowledge of discovering that one is HIV positive, the reunification with children, the divorce long awaited, or the courage of self disclosure that constitutes a rite of passage. To take the time to acknowledge and affirm the movement that occurs in each of our lives with authentic community participation restores grace, and allows dignity to replace false pride.

## **7. PROCESS RATHER THAN STRUCTURE**

Women do not need yet another experience of being in a male paramilitary, overly structured environment. Women need an opportunity to experience other women and develop their voice. They need to hear their own experiences through voices of other women so they can begin to put their experience in context. Our effort towards whole person education should give as much credence to the feminine values of connectedness, to the feeling function, to hearth, home and relationship as it does to structure. Where there is conflict, process prevails over structure. Structure is the masculine contribution to the Therapeutic Community; process is the feminine contribution. Let us resist the temptation to replace process, and spontaneous community building with cognitive re-structuring and other curriculums not friendly to feminine values.

## 8. OPPORTUNITY TO WORK

Women are frequently the sole caregivers of their children and need to be exposed to opportunity's to develop marketable skills. In many countries women are co-opted into the drug trade through economic need. There is no opportunity to develop natural talent, or even to discover ones talent. This is as true for the wealthy as for the destitute, those who are born into a set of expectations that do not fit their talent or personality. The TC needs to be an arena of exposure for the woman. As she grows she will be able to feel what she resonates to, she will create or rediscover her dreams and move towards them.

## 9. AFFIRMATION

We have become proficient at catching people doing the wrong thing and "holding them accountable" The societies from which we come are adept at it as well. Do we have the courage and the fortitude to develop the skill to catch people, starting with women, doing something right? Are we able to acknowledge what is right about a woman, her life, her strength, her ability to survive and reinforce that message giving her a chance to grow into herself? Oftentimes the inherent quality of affirmation leads us to the intimacy of real friendships and we become afraid. To be critical is to create distance, to maintain appropriate professional space, to create isolation. As TC practitioners get licensed, improve their counseling techniques; are we becoming more emotionally literate? Or are we starting the process of fragmentation that will prevent us in the end from providing whole person education?

## 10. NAMING, CLAIMING AND USING EXPERIENCE

"If you can't name it, you can't claim it; if you can't claim it, you can't use it." Women need to name their experiences if they are to understand how they

responded; understand the coping skills they developed, and understand how they can use the energy from these experiences for transformation. Each woman needs to discover for herself the importance of story, her story, her pilgrimage; and the thresholds she has crossed. Within each wounding is a seed of the larger story into which she can grow. If she is not given an opportunity to name her wounds and the wounds she has inflicted we are cheating her out of her larger story.

As you read the vignettes below, ask, "what was the larger story?"

- For the woman stuffed into a trash can in New York City, beaten for 10 years, all of her teeth pulled in the interests of prostitution, her parental rights severed from all three children when she served 7 years in prison doing time for a male partner?

- For the woman held by her mother and raped by her stepfather, who ran away, had a baby. and then spent years in prison for aggravated assault against the man who turned her on to heroin, beat her and tried to kill her child? The woman who gave birth to two more children and lost them?

- For the woman in the large city addicted to heroin covering herself with dirty laundry as a blanket in a tenement, waking up to the boyfriend holding a loaded gun to her head and then shooting her up with more heroin so she would be "nice"?

- For the woman who was brutally raped and then was arrested by the police for aggravated assault because she had a criminal record and her rapists did not they were allowed to go free?

- For the woman first dumped out of a moving car then chased, captured, and urinated on in a public street under the street lamp by her pursuer?

- For the woman whose first rape was by her family doctor, subsequently she spent years on the streets homeless, keeping in the winters warm by hiding in

elevators and subway stations, shooting dope with dirty needles in public bathrooms?

Today one is a highly respected director of a TC in one of the most notoriously violent men's prisons in the United States; another has her PhD, married to a prominent professional and a loving mother of three children; another a successful musician with many albums to her credit; another an acknowledged expert at family reconstruction work, having rescued hundreds of families; Another found her children got them out of the system and today they have college educations and one wrote this paper for you.

### **THE LARGER STORY**

The story then develops when "that which is cast out saves us and becomes the cornerstone for a new foundation." When we cease to participate in the creation of shame, when we rebuild what we have destroyed, sew what we have torn, plant where we have set fire, embrace that which we have scorned and scorn that which we embraced. Love is needed to create authentic community. We desperately need community in our world today, people who are willing to love when it is not politically correct, to sacrifice when no one notices. We need to embrace feminine values.

What will be the larger story for the Therapeutic Community? Will we be able to metaphorically create the Black Lodge where men and women begin the process of understanding each other after they understand and accept themselves? Will the elders in our communities continue their own process of growth and initiation? Or will they devote themselves entirely to the corporate side of the TC? Will we be able to fulfill the vision of whole person education? Will the TC's be able to develop new roles for itself instead of just the job of self-perpetuation? What is the role of the Therapeutic Community in today's world? What is our larger story? Will all practitioners over time cease to

personally participate in community will the tools that we have developed be relegated for use only when someone is "in treatment"? Will we be able to continue to notice and include those who have been cast out and learn from them how to continually create new foundations? The larger story, to be able to see women, who need help and to remind ourselves that they are representatives of younger brothers and sisters, children born and yet to be. Can we provide them with whole person education, so they can be honorable ancestors? Can we extend a strong hand to those amongst us who have been discarded, or who have thrown ourselves away? The fallen woman: may we have the courage to console her, the patience to understand her, the strength to love her and the generosity to include her so we can all grow into our larger story.



### THE ROSE ENDURES:

Fossil evidence dates the rose at 35 million years

Roses were depicted in Egyptian texts, revered in Greece and Rome, and referenced in the most ancient literature of Buddhism and Confucianism.

Muslims believe that the rose was born of a drop of sweat from Mohammed;

They considered roses symbols of perfection. In 1187 Saladin defeated the Crusaders, and ordered 500 camel loads of roses distilled into rose water to cleanse the Mosque of Omar from the infidels.

Jewish lore states that Mount Sinai was covered with roses when the Torah was received;

Many still decorate the Torah with rose wreaths and sprinkle rose water on congregants.

Jews associate roses with mitzvot, humility and the ability to cope with adversity. The scent of the rose was thought to call God's attention to Jewish rituals.

Christians saw the five wounds of Christ in the five petals of the Rosa Sancta, and consider red roses symbolic of martyr's blood. The Rosary derived its name from rose

hips strung as prayer beads by monks. In 1485, after the War of the Roses, England adopted the rose as its national flower. Since that time giving white and red roses together symbolizes unity. In Europe the rose was so valued, for a time it was used as legal tender.

In December of 1531, the Virgin Mary appeared to the indigenous Juan Diego in Mexico. To prove the authenticity of her appearance, she gave him Castilian roses to show the Spanish Bishop. Since that day Our Lady of Guadalupe has been the Patroness of the Americas.

The rose was adopted as the national flower of the United States of America in 1987.

Would that all persons and cultures that have embraced the rose find ways now to embrace each other.



**TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE  
LA PERSONALIDAD Y DEPENDENCIA A  
SUSTANCIAS: ESQUEMA DE TERAPIA  
CON DOBLE FOCO.**

**TREATMENT OF PERSONALITY  
DISORDERS WITH CO-OCCURRING  
SUBSTANCE DEPENDENCE: DUAL  
FOCUS SCHEMA THERAPY**

**Ball, Samuel A**

Yale University School of Medicine. Department of Psychiatry

**Contenido**

Los pacientes duales —Trastornos de la Personalidad y Abuso de Drogas— son atendidos frecuentemente en los Programas de Tratamiento de Drogas donde consumen una cantidad desproporcionada de tiempo del personal y tienden a responder menos favorablemente a las intervenciones habituales para Abuso de Drogas.

Este capítulo resume 5 años de un nuevo Programa de Investigación cuyo foco ha estado puesto en la evaluación de las implicaciones del Tratamiento de Trastornos de Personalidad y Abuso de Drogas.

*Some sections of this chapter are abstracted or reprinted from previously published work and reprinted by permission of the publishers: Ball and Young (2000), copyright by the Association for Advancement of Behavior Therapy; Ball (1998), copyright by Elsevier Science Ball and Cecero (2001), copyright by Guilford Press. Research summarized in this chapter was supported by a National Institute on Drug Abuse behavioral therapy development grant (R01 DA05592) to me and diagnostic (R01 DA05592) and psychotherapy center grants (P50-DA09241) to Bruce Rounsaville. I acknowledge the mentoring I have received in diagnostic and psychotherapy research by Bruce Rounsaville and Kathleen Carroll specifically as to therapist training procedures and the development of treatment manuals and adherence/competence rating systems. I also acknowledge the invaluable guidance and encouragement of the originator of the schema therapy model, Jeffrey Young, who also trained all therapists in the research to date and consulted on my adaptation, development, and implementation of the Dual Focus schema Therapy manual. Correspondence concerning this article should be addressed to me at: Yale University School of Medicine, VA CT Healthcare (151D), 950 Campbell Avenue, West Haven, CT 06516 Or by electronic mail (samuel.ball@yale.edu).*

## **THE SPECIFICATION OF PSYCHOTHERAPY MODELS FOR PERSONALITY, DISORDER**

RECENT REVIEWS OF the empirical literature (Perry, Banon, & Ianni, 1999; Sanislow & McGlashan, 1998) indicate that individuals with personality disorders improve over time and benefit substantially from intensive psychosocial interventions. Clinical reports and uncontrolled study designs suggest that cognitive-behavioral therapy may be effective for some personality disorders, but controlled outcome studies are very limited (Shea, 1993). Several cognitive-behavioral therapy models have been described (A. T. Beck, Freeman, & Associates, 1990; J. S. Beck, 1998; Young, 1994) that focus specifically on the problematic beliefs, assumptions, or schemas that underlie the symptoms of personality disorder. As with most approaches described in this volume, these treatment models have been developed and actively disseminated but have never been subjected to the rigors of a controlled, empirical study of their efficacy, and none have developed detailed, time-limited treatment manuals necessary for such an investigation. Treatment manuals and training programs have become a virtual requirement in the technology of psychotherapy research (Carroll, 1997) because they allow for the specification of therapeutic ingredients, therapist behaviors, and intervention strategies so therapists can deliver treatments as intended by the developer. By far, the most developed, promising, and popular manual-guided approach has been dialectical behavioral therapy (DBT) for Borderline Personality Disorder by Linehan (1993). However, no well-specified treatment manuals exist for the wider range of personality disorders, and no individual therapy has been fully articulated that integrates a dual focus on the diverse personality disorders and their commonly cooccurring Axis I disorders, such as Substance Abuse and Dependence. This is an important limitation

because personality-disordered individuals rarely seek psychotherapy specifically for their personality disorder. Typically, it is a co-occurring Axis I disorder or strong environmental pressure that provides the motivation to seek help.

This chapter describes dual focus schema therapy (DFST; Ball, 1998; Ball & Young, 1998, 2000), a manual-guided individual cognitive-behavioral therapy that integrates a schema-focused approach (Young, 1994) with symptom-focused relapse prevention coping skills interventions (Kadden et al., 1992; Marlatt & Gordon, 1985; Monti, Abram, Kadden, & Cooney, 1989) to treat the interrelated symptoms of substance abuse and personality disorders. After providing background on the important link between personality disorder and substance abuse, the treatment model is summarized, ongoing research is reviewed, and important training and dissemination issues are considered.

## **THE PERSONALITY DISORDER-SUBSTANCE ABUSE CONNECTION**

Over the past 50 to 60 years, theoreticians have attempted to conceptualize the complex association between personality disorder and substance dependence. Psychoanalytic conceptualizations of addiction influenced the first and second editions of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM; American Psychiatric Association [APA], 1952, 1968) and classified drug addiction and alcoholism under the category of "Sociopathic personality disturbance" or the broader category of personality disorders." Substance use disorders: achieved differentiation from antisocial and other personality disorders only with the shift to a multiaxial system in the last three DSM revisions (APA, 1980, 1987, 1994). Once this diagnostic distinction occurred, it became meaningful to evaluate the Cooccurrence of these disorders.

### **Rates of Cooccurrence**

As a broad diagnostic group, the Axis II personality disorders are the most common co-occurring disorders in treated substance abusers. Median prevalence rates of Axis II are especially high among treated opiate (79%) and cocaine (70%) dependent patients and somewhat lower in alcohol-dependent samples (44% see reviews by DeJong, van den Brink, Harteveld, & van der Wielen, 1993; Verheul, Ball, & van den Brink, 1998). Although studies that evaluate all Axis II disorders indicate that Cluster B disorders are the most prevalent (Antisocial, Borderline, and, less often, Narcissistic and Histrionic), both Cluster C (Avoidant and Dependent and, less often, Obsessive-Compulsive) and Cluster A (Paranoid and, less often, Schizoid and Schizotypal) disorders also seem to be highly prevalent among substance abusers. The wide range of prevalence rates seen in more than 100 comorbidity studies seems to be related to differences in the substance abused, the setting, and the method of assessment.

An important feature of the program of research on personality disorders and substance abuse at Yale Medical School's Division of Substance Abuse has been the simultaneous attention to characterizing this substantial, complex dually disordered group of patients and developing and testing a promising treatment approach. Early work (Kosten, Kosten, & Rounsaville, 1989; Rounsaville, Kosten, Weissman, & Kleber, 1986) determined high rates of DSM-III personality disorders and their association with worse prognosis among methadone maintained patients. More recently, the prevalence, reliability, and validity of DSM-III-R and DSM-IV personality disorders and the major dimensions of personality were evaluated in a sample of 370 opiate, cocaine, and alcohol-dependent outpatients and inpatients and 187 community controls. The majority of substance

abusers (70%) met criteria for one or more personality disorders. Cluster B disorders were the most prevalent (61%) followed by Cluster C (34%) and Cluster A (22%). Antisocial (46%), Borderline (30%), and Avoidant (20%) were the most common specific, personality disorders (Rounsaville et al., 1998)

In addition to finding substantial rates of personality disorders in the treatment samples of substance abusers, Rounsaville et al. (1998) established guidelines for distinguishing between personality disorder symptoms that are related to substance abuse versus symptoms independent from substance abuse. This diagnostic approach helps identify individuals whose Axis II conditions may be more likely to endure even when the substance use disorder is in remission and thus require additional intervention for better long-term outcome. The interview method involves allowing a two- to three-week stabilization period following treatment entry and then inquiring into each positive personality disorder symptom to determine whether it should be considered independent from the acute or chronic effects of substance abuse (e.g., intoxication, withdrawal, drug craving or seeking behavior). Symptoms are counted as positive only if they persist during drug-free periods. This more conservative diagnostic approach resulted in a 13% decrease in the rates of overall personality disorders (i.e., from 70% to 57%). Cluster B disorder prevalence was particularly reduced by the exclusion of substance-related symptoms (from 61% to 46%). Of the specific personality disorders, Antisocial (from 46% to 27%) and Borderline (from 30% to 18%) were more affected than Avoidant (from 20% to 18%).

### **Symptom Severity and Outcome**

As to treatment response, the impact of reduction of substance abuse was evaluated on baseline-to-one-year follow-up remission rates of mood, anxiety, and

personality disorders (Verheul et al., 2000). Reduction in substance abuse was associated with improvement and recovery from mood and anxiety disorders, but not with significant changes in personality disorder symptoms. The failure of Axis II pathology to diminish with abstinence from drugs and alcohol suggests that personality disorders are independent entities requiring additional therapeutic intervention. Other investigators have found that the co-occurrence of substance abuse and personality disorders is associated with greater substance abuse and psychiatric symptom severity (Brooner, King, Kidorf, Schmidt, & Bigelow, 1997; Rounsaville et al., 1986; Rutherford, Cacciola, & Alterman, 1994) and increased risk for suicided hospitalization, repeated treatment admissions, overuse of medical care, employment and legal problems, victimization or perpetration of abuse, and HIV infection (Links, 1998; Target, 1998). These dual disordered patients appear to be more susceptible to relapse in the presence of craving, negative physical and emotional states, and interpersonal conflict (Kruegelbach, McCormick, Schulz, & Grueneich, 1993; Nace, Davis, & Gaspari, 1991; Smyth & Washousky, 1995).

Studies have found that personality disorders are usually associated with worse outcomes when provided routine or less intensive addiction treatment (DeJong et al., 1993; Griggs & Tyrer, 1981; Kofoed, Kania, Walsh, & Atkinson, 1986; Kosten et al., 1989; Nace & Davis, 1993; Rounsaville et al., 1986). At one year following standard inpatient treatment, 94% of patients with personality disorders relapsed in comparison to 56% of those without personality disorder (Thomas, Melchert, & Banken, 1999). However, Borderline Personality Disorder patients benefit at least as much as non-Borderline patients when provided an intensive, psychiatrically oriented inpatient alcoholism treatment (Nace & Davis, 1993; Nace, Saxon, & Shore, 1986).

Although Antisocial Personality Disorder (ASPD) is widely considered to be a robust predictor of negative outcome, several studies find little evidence of worse prognosis when psychotherapy, potent behavioral incentive contingencies, or at least moderately intensive psychosocial treatments are provided (Alterman & Cacciola, 1991; Brooner, Kidorf, King, & Stoller, 1998; Cacciola, Alterman, & Rutherford, 1995; Cacciola, Rutherford, Alterman, McKay, & Sluder, 1996). Alcohol-dependent individuals with greater sociopathy tend to have better outcomes with cognitive-behavioral coping skills treatment than with an interactional group therapy (Kadden, Cooney, Getter, & Litt, 1989; Longabaugh et al., 1994). Woody, McLellan, Luborsky, and O'Brien (1985) have shown that methadone patients with ASPD and a lifetime diagnosis of Major Depression were able to benefit as much from individual psychotherapy as patients without ASPD.

#### **Type A and B substance abusers**

Research evaluating the validity of multidimensional addiction typologies has integrated personality traits and disorders with other dimensions relevant to the etiology, symptom presentation, and prognosis of substance use disorders. Type B substance abusers are characterized as having an earlier age of onset of substance abuse and greater family history, childhood conduct problems, impulsivity or sensation seeking, addiction symptom severity, polysubstance use, and co-occurring psychiatric disorders (especially depression and Antisocial Personality Disorder; Ball, 1996; Ball, Catroll, Babor, & Rounsaville, 1995). Type As have a later onset and less severe form of substance abuse. Type B substance abusers also have higher rates of diagnosed personality disorders than Type As and seem to exhibit general personality pathology and secondary psychopathy (Ball, Kranzler, Tennen, Poling, & Rounsaville, 1997). This finding has relevance to the treatment development process

because Type B (i.e., personality-disordered) substance abusers have more severe problems, higher psychological distress, relapse faster, and seem to benefit more from a cognitive-behavioral coping skills approach (Litt, Babor, DelBoca, Kadden, & Cooney, 1992). These subtypes are strongly related to outcome and to the major dimensions of normal personality that contribute significantly to the prediction of personality disorder severity above and beyond substance abuse and depression symptoms (Ball, Rounsaville, Tennen, & Kranzler, 2001; Ball Tennen, Poling, Kranzler, & Rounsaville, 1997; Ball, Young Rounsaville, & Carroll, 1999). Through this work, a psychotherapeutic focus on personality trait dimensions (temperament and coping) was conceptualized that has informed the developing treatment approach (Ball, 2001; Ball & Schottenfeld, 1997; Ball & Young, 2000 Verheul et al., 1998).

## TREATMENT CONSTRUCTS AND MODEL

Dual Focus Schema Therapy hypothesizes that two broad cognitive-behavioral constructs interact and form the core pathology observed in personality disordered individuals. These two constructs (early maladaptive schemas and maladaptive coping styles) are the primary targets for a series of interventions designed to lessen the intensity of the schemas and develop more adaptive coping strategies. The overarching goal of DFST is to help individuals achieve behavioral control and fulfil their core human needs. Various psychoeducational, cognitive, experiential, behavioral, and relational techniques are employed to accomplish these goals via Axis I and II symptom reduction.

### Early maladaptive schemas

A. T. Beck et al. (1990) and Young (1994) have defined maladaptive or dysfunctional schemas as enduring, unconditional, negative beliefs about oneself, others, and the environment that organize an individual's experiences and behaviors. These schemas are very

broad, pervasive themes that are learned early in life and then reinforced, elaborated, and perpetuated in adulthood. Over time, these mental structures become dysfunctional to a significant degree and highly resistant to change in persons with personality disorders (Young, 1994; Youngl Klosko, & Weishaat, 2003). Early maladaptive schemas share the following characteristics:

- . Develop from the interaction between temperament and repeated early negative experiences with parents, siblings, and peers.
- . Generate high levels of affect, self-defeating Consequences, or harm to others. Interfere with meeting core needs for autonomy, connection, and self-expression.
- . Are deeply entrenched, central to self, self-perpetuating, and difficult to change.
- . Are triggered by everyday schema-relevant events or mood states (Young, 1994; Young et al., 2003).

In contrast to Beck's approach, Young (1994) does not connect specific schemas to each DSM-IV personality disorder but rather describes 18 core schemas, one or more of which is present in personality-disordered patients. The 18 early maladaptive schemas (listed in parentheses) are grouped into five broader domains of:

- 1 - Disconnection and rejection** (abandonment/instability, mistrust/abuse, emotional deprivation, defectiveness/shame, social isolation/alienation).
- 2. Impaired autonomy and performance** (dependence/incompetence, vulnerability to danger, enmeshment/ undeveloped self, failure to achieve).
- 3- Impaired limits** (entitlement/domination, insufficient self-control/self-discipline).
- 4. Other directedness** (subjugation, self-sacrifice, approval-seeking).

5. Overvigilance and inhibition (vulnerability to error/negativity, overcontrol/emotional inhibition, unrelenting standards, punitiveness (Schmidt, Joinet, Young, & Telch, 1995; Young, 1994; Young et al., 2003).

### **Maladaptive coping styles**

Because the thoughts, feelings, impulses, and memories associated with early maladaptive schemas are distressing to the individual or others, the individual typically develops strategies to cope. These long-standing, overlearned, usually unrecognized, cognitive, affective, interpersonal, and behavioral responses to the triggering of a schema are called maladaptive coping styles. Although these behaviors may effectively reduce the negative affect associated with schema activation, they are self-defeating and impede the meeting of basic needs and the change process (Young, 1994; Young et al., 2003)

Coping styles are categorized as schema surrender, schema avoidance, or schema compensation. Schema surrender represents a complying or giving in to the person or situation (or the associated affect) that evokes the schema. Schema avoidance includes various forms of escape or avoidance from people, situations, or mood states that activate the schema, for example, social withdrawal, excessive autonomy, compulsive stimulation-seeking, addictive self-soothing, and psychological withdrawal. Schema compensation involves different forms of fighting off or counterattacking the schema-triggering stimuli and includes aggression or hostility, dominance, excessive self-assertion, recognition or status-seeking, manipulation, exploitation, passive-aggressive rebellion, and excessive orderliness (Young, 1994; Young et al., 2003).

Dual focus schema therapy (Ball, 1998; Ball & Young, 1998, 2000) recognizes active addiction as a primary disorder, but also conceptualizes schema activation and maladaptive avoidance as heightening the

ongoing risk for relapse among individuals with significant personality problems. The model hypothesizes that substance use can occur as a direct behavioral expression of the activation of impaired limits schemas (entitlement, insufficient self-control) or when an other-directedness schema (subjugation, self-sacrifice, approval-seeking) gets triggered within a substance-abusing or otherwise dysfunctional relationship. Another potent relapse risk factor is the patient's overreliance on avoidance as a maladaptive means of coping with the affect or conflict associated with the activation of schemas (and associated memories) around themes of disconnection and rejection (abandonment, mistrust/abuse, emotional deprivation, defectiveness, social isolation) or impaired autonomy/performance dependence/incompetence, vulnerability to danger, enmeshment, failure to achieve.

### **Dual focus schema therapy (DFST) model and manual**

As described in this chapter, DFST (Ball, 1998; Ball & Young, 1998, 2000) is a 24-week, manual-guided individual therapy consisting of a set of core topics, the specific content and delivery of which are determined by an assessment and conceptualization of the individual's early maladaptive schemas and coping styles. Session topics are shown in Table 18.1. DFST includes symptom-focused relapse prevention coping skills techniques for interpersonal, affective, and craving experiences (Kadden et al., 1992; Marlatt & Gordon, 1985; Monti et al., 1989) and schema-focused techniques for the maladaptive schemas and coping styles (Young, 1994; Young et al., 2003). Cognitive-behavioral therapy appears to be an excellent choice for developing an integrated treatment strategy that has a dual focus on substance abuse and personality disorders. It was developed initially and found to be effective for the treatment of depression and, later, substance abuse, which are the two most common Axis I disorders in



personality-disordered patients. DFST interventions are focused on addictive behaviors and personality disorder symptoms through an integrated series of core techniques. For example, functional analysis is used to understand recent episodes of substance use and craving as well as maladaptive schemas and coping and their triggering events. Self-monitoring, problem-solving, and coping skills training occur similarly for both the addiction and personality problems.

**Assumption of dual focus schema therapy**

Dual focus schema therapy hypothesizes that a broad range of the patient's difficulties can be subsumed by a single or few early maladaptive schemas and coping styles. Targeted change in substance use and core schemas can have a significant impact on a broader range of behaviors by disrupting some of the behavioral and interpersonal chain of events that perpetuate the dual disorder in adulthood. DFST does not have the unrealistic goal of curing a chronic, life-defining personality disorder through a 24-week manual-guided treatment. Realistic goals are extremely important, such as improving self-esteem, relationships, work, and symptoms through improved retention and exposure to a substance abuse treatment that explicitly addresses the personality functioning of the patient. The model assumes that the treatment of personality disorders is best viewed ultimately as a longterm process of controlling substance use and other coexisting Axis I disorders through the combined approaches of psychotherapeutic, psychosocial, pharmacological, and self-help experiences.

Another important assumption of the treatment model is that a therapist's ability to promote cognitive-behavioral change and symptom reduction depends on his or her empathic understanding of the origins and reasons for maladaptivity, the confrontation of the patient's addiction and personality (schemas, coping)

**TABLE 1**  
**List of Core and Elective Topics for the Dual Focus Schema Therapy Manual**

<b>Core Topics</b>	
Topic A	Identification and analysis of current problems.
Topic B	Understanding historical patterns.
Topic C	Defining personality, schemas, and coping.
Topic D	Schemas education.
Topic E	Schema assessment through imagery.
Topic F	Early origins.
Topic G	Maladaptive behavioral and coping patterns.
Topic H	Problem conceptualization and focus.
Topic I	Schema evidence and coping pros and cons.
Topic J	Schema confrontation and disputes.
Topic K	Flashcards.
Topic L	Confronting past/parents through imagery.
Topic M	Schema reattribution through imagery.
Topic N	Writing letters-
Topic O	Changing relationships.
Topic P	Skill building and behavior change.
Topic Q	Termination and continuing change.
<b>Elective Module Topics-Axis I Relapse</b>	
Topic 1	Internal and external triggers.
Topic 2	Coping with high risk situations.
Topic 3	Coping with craving.
Topic 4	Activity planning.
<b>Elective Module Topics-Mode Work</b>	
Topic 5	Schema modes.
Topic 6	Vulnerable child and detached protector.
Topic 7	Confronting the punitive parent.
Topic 8	Coping with the angry or impulsive child.
<b>Elective Module Topics- Therapy Interference</b>	
Topic 9	Therapeutic relationship.
Topic 10	Traumatic memories of abuse.
Topic 11	Self-injury.
Topic 12	Managing boundaries and limits.
<b>Elective Module Topics-Community Adaptation</b>	
Topic 13	Introduction: Upsetting and uplifting situations.
Topic 14	Understanding current and historical problems and patterns.
Topic 15	Problem solving.
Topic 16	Personality; Conflicts and opportunity within a new community.

problems, and the quality of the therapeutic relationship (Linehan, 1993; Young, 1994). Attempts at cognitive disputes or rapid behavior change will be ineffective if they fail to appreciate the historical origins of these problems, the reasons certain coping styles developed, and the rationality of the self-defeating behavioral cycle that forms the core of personality pathology and the resistance to change. A therapist can push for significant behavior change and recovery after the patient feels that his or her resistance to change is empathically understood

### **Stages of dual focus schema therapy**

In the first stage of PFST, the therapist integrates early relapse prevention work with an identification and education about early maladaptive schemas and coping styles and their association with substance use and other presenting life problems. This educational stage is meant to accomplish at least three important goals;

- 1.** Initiating abstinence or significantly reduced substance use.
- 2.** Establishing a strong therapeutic alliance.
- 3.** Developing a detailed case conceptualization.

The development of a strong therapeutic alliance is dependent on both the patient's experience of the therapist's limit setting and focused attention on addictive behaviors as well as the therapist's interest in understanding the patient's personality (temperament, schemas, coping style) and its origins (reactions and behaviors of significant others).

The first few months of therapy include a discussion and analysis of the patient's presenting problems and life patterns, particularly as they are related to substance dependence. Maladaptive schemas and coping styles are assessed through the completion of four questionnaires developed by Young and associates to measure: (1) schemas; (2) parental origins; (3) avoidant coping, and (4) compensatory coping. Reactions to

homework readings, in-session behaviors and discussions of schemas, imagery exercises, and the nature of the therapy relationship provide additional information to identify those schemas and coping styles that are central to the patient. As such, the assessment process is complex and relies on several different sources of data. Patients develop a sense of trust and collaboration through the therapist's interest in obtaining and providing information and personality feedback and developing a highly individualized conceptualization of their past and current problems.

Once the therapist completes this detailed assessment and develops an empathic appreciation and conceptualization of the history of the patient's current life problems, the stage is set for changing the maladaptive schemas and coping styles that contribute to the personality and addiction problems. The individualized case conceptualization guides the development of a technically eclectic, but theoretically integrated, series of change strategies for the schemas and coping styles (Young, 1994):

- 1.** Cognitive (schema validity, disputes, and dialogues, flash cards for healthier internal voice, reframe past to create distance, identify and confront validity of schemas and usefulness of coping style, substance abuse as avoidant coping).
- 2.** Experiential (imagery and inner child work, role play, ventilation about past and toward caregivers, work on schema origins, letter writing).
- 3.** Behavioral (change self-defeating behaviors maintaining the schemas, identify life change and overcoming avoidance, in-session rehearsal, graded task assignment, individualized schema relevant coping skills training, empathic confrontation).
- 4.** Therapy relationship (confront in-session schemas and coping styles, limited re-parenting).

During either the first (assessment or education) or second (change) stage of treatment, other elective module session topics may be used to address persistent, treatment-interfering substance use; extreme avoidance; boundary violations and limit setting in the therapeutic relationship; working with traumatic memories of abuse; managing suicidal crises and self-injurious behavior and working with schema modes. Although the focus on initiating or maintaining abstinence from substances is continually integrated within the framework of DFST, therapists may shift to a primary focus on relapse prevention when clinically indicated. This work includes identification of intrapersonal and interpersonal relapse precipitants, coping skills training for high-risk situations, resisting social pressures to use, assertive communication, coping with cravings, and developing pleasurable activities. Over the course of treatment, the depth of focus and relative emphasis (i.e., substance use versus maladaptive schemas and coping) in any single therapy session are guided by clinical judgment, supervision, and an ongoing evaluation of substance use.

Other special problems frequently occur in the treatment of personality-disordered patients. When intractable avoidance of the therapeutic work is encountered, the therapist may shift to a focus on schema modes. A mode may consist of several linked early maladaptive schemas combined with a predominant affect and coping style and is experienced and expressed as broader (typically unintegrated) components or sides of the patient's personality (i.e. similar to an ego state). In mode work, these various sides or states of the patient are identified and labeled (e.g., detached protector, vulnerable child, punitive parent), and their origin and functions are explored and targeted for change through cognitive disputes, empathic confrontation,

imagery, and empty chair techniques. Mode work appears to be especially useful when working with borderline or highly avoidant, overcompensating, or self-critical patients. The concept of modes seems to be easily grasped by substance abusers who may have split off an "addictive, antisocial, acting-out" personality from their "recovering, vulnerable, emotional" identity.

### **DUAL FOCUS SCHEMA THERAPY FOR PERSONALITY-DISORDERED OPIATE ABUSERS**

Through the collaborative effort of several individuals, most notably Jeffrey Young who created the original schema therapy model, we have successfully developed a detailed treatment manual and are in the process of evaluating its efficacy in four different projects and a planned fifth project. Much of this treatment development and evaluation work has been funded through the National Institutes of Health.

#### **Manual development pilot project**

Ten individuals participated in the pilot testing phase of a behavioral therapy development project funded by the National Institute on Drug Abuse (NIDA), which focused on the development and refinement of a treatment manual for personality-disordered substance abusers. Study inclusion criteria were: (1) DSM-IV diagnosis of opioid dependence, (2) receiving a stable dose of methadone at least one month, (3) not participating in additional psychotherapy other than drug abuse counseling at the methadone clinic, and (4) no evidence of acute psychosis or suicidality/homicidality. Outpatients were recruited from The APT Foundation's Orchard, Park Hill and Women in Treatment methadone programs New Haven, Connecticut.

Two patients dropped out after four months of therapy, and two were highly symptomatic and chaotic at baseline and dropped out after one appointment. The o

outpatients with the best attendance were both employed full time. It is interesting that the three patients with the lowest retention or attendance all had a primary Axis II diagnosis of Avoidant Personality Disorder (with secondary Antisocial). Because the two patients who dropped out after one appointment were discharged soon thereafter from the methadone treatment program and could not be located, these monthly follow-up assessments could not be completed. Although the monthly assessment results are biased because they exclude the two poor outcome patients, they do provide a gross estimate of the effect of the psychotherapy being developed on those eight who received an adequate "dose." An inspection of the aggregate data indicated that patients had decreases in the frequency of their substance use, the severity of their psychiatric symptoms, and ratings of dysphoria. An observed increase in primary substance use frequency at six months was accounted for primarily by one of the patients who dropped out of the study after four months and had resumed daily benzodiazepine use by the time of the termination assessment. Ratings of dysphoria (depression, anxiety, hostility) creased by the fourth month to the point of equaling positive affect ratings (which remained fairly stable across the study). Finally, although subjective in nature, all eight patients reported at study termination that they found the therapy very useful and were disappointed that it could not continue.

#### **Randomized controlled pilot trial**

Through this NIDA funding, a group of therapists were trained and a randomized pilot study was completed involving 30 methadone-maintained patients comparing individual manual-guided DFST to 12-step facilitation therapy (12FT; Nowinski, Baker, & Carroll, 1992). Urines and self-reports of substance use were collected weekly. Measures of addiction-related psychosocial impairment, psychiatric symptoms, affect states, and the therapeutic alliance were

assessed monthly, and various personality indicators assessed at baseline were repeated at treatment termination.

**Study Sample Characteristics.** The trial sample was predominantly Caucasian (85%, 13% African American; 20% Hispanic) men (46%) and women (54%) with a mean age 37.4 (SD = 5.9). Patients were mostly single (46%; 32% separated or divorced; 22% married or cohabitating) and high school educated. Patients met structured interview criteria for an average of 3.3 personality disorders with Antisocial Personality Disorder present in more than 70% of the cases, and Borderline and Avoidant Personality Disorders present in more than half of the cases. Paranoid and Dependent were present in more than 10% of the cases, and the remainder of the Axis II disorders were less prevalent (Ball et al., 1999; Ball & Cecero, 2001). At the time of screening for study eligibility, approximately one-third of the sample self-reported significant symptoms of depression, anxiety, violent behavior, suicidal ideation or attempts in the past 30 days, and the majority had experienced these symptoms in their lifetime. One-half of the sample reported engaging in at least one HIV-related risky behavior in the past three months, and 15% reported being HIV positive. The majority (85%) reported experiencing emotional abuse as children, and a significant number reported past physical (49%) and sexual (27%) abuse.

As to their addiction, patients averaged more than 10 years of substance abuse, with polydrug abuse common. The length of patients' current methadone treatment episode was varied with a mean of 23.1 (SD=42.1; range 1 to 180) months in treatment. Patients were mostly injection drug users by history (71%; intranasal 27% oral 2%), and 47% of the sample reported using heroin in the 30 days before assessment (37% used alcohol, 34% cocaine, 27%

tranquilizers, 6% cannabis in the prior 30 days). Multiple treatments in substance abuse (Mean= 7.5) and psychiatric (Mean = 5.0) programs and criminal arrests (Mean = 16.2) and incarcerations (Mean = 25.2 months) during adulthood provided further evidence for considering this a chronic, difficult-treat sample of dual-disordered individuals.

As to the assessment of maladaptive schemas and coping styles, avoidant coping was highly common, and the mistrust/abuse schema was related to 8 of the 12 personality disorders assessed and seemed to be common to all except the Cluster C disorders, which often had subjugation and self-sacrifice schemas (Ball & Cecero, 2001). Personality and trait affect dimensions and specific interpersonal problems (e.g., vindictiveness, domineering, nonassertiveness, exploitable) provided further differentiation of the personality disorders. Neuroticism or negative affect appears to serve as a common risk factor for most Axis II disorders whereas the traits of extraversion agreeableness, conscientiousness, and sensation-seeking differentiate specific disorders (see also Ball, 2001; Ball, Kranzler, et al., 1997).

**Treatment Outcomes.** The principal analyses for the effects of study treatments were: (1) analysis of variance for continuous summary variables at termination (e.g., retention measures, urines, abstinence) and (2) random effects regression for continuous outcome variables, which were measured monthly. Significant Treatment (12FT versus DFST) x Time (six monthly assessments) effects were found for the percent of days per week of primary substance use; dysphoria ratings, and strength of the therapeutic alliance. Patients assigned to DFST reduced substance use frequency more rapidly over the 24-week treatment than did patients assigned to 12FT. Further inspection of the data suggested a difference beginning to emerge at the third month, which

corresponds to a point in the manual where the treatment is shifting from an assessment and education focus to an active change focus (Ball et al., 1999).

Analyses of the dysphoria ratings favored the 12FT condition in which patients exhibited steady decreases in this summary measure of negative mood (as distinct from psychiatric symptoms) over time in comparison to DFST patients who showed no change in dysphoria. As it turned out, however, this sustained dysphoric mood was not related to relapse or drop out. In fact, the reverse seemed to be true, that is, substance abuse symptoms decreased and the working alliance strengthened despite the lack of change in negative mood over time. This very preliminary finding was consistent with a longstanding clinical belief that mobilizing negative affect may be critical to sustain productive work and effect change in personality disordered patients.

As stated, DFST patients reported an increase from a good early therapeutic alliance to a very strong alliance over the subsequent months of treatment whereas 12FT patients demonstrated no such increase. Consistent with this finding, DFST therapists reported feeling as though they had a stronger working alliance with patients than did 12FT therapists. There were no treatment-related adverse events involving the randomized pilot patients, and there were no retention differences between the treatment conditions. The mean number of weeks completed was 13.5 for DFST and 14.7 for 12FT (nonsignificant), suggesting that any outcome differences could not be attributed to the confounding influence of one group receiving more treatment.

#### **Proposed stage II study in methadone-maintained patients**

Having accomplished all of the major goals for a behavioral therapy development project (see Rounsaville, Carroll, & Onken, 2001), a more ambitious

randomized clinical trial of this promising psychotherapy for personality-disordered drug abusers has been proposed, specifically to: (1) conduct a definitive comparison of the efficacy of the two 24-week manual-guided individual therapies (DFST versus 12FT) in 120 methadone-maintained patients with personality disorders; (2) evaluate changes in primary and secondary outcomes from baseline, monthly during treatment, at treatment termination, and 3, 6, 12, and 18 months posttreatment. Secondary analyses will: (1) evaluate post hoc whether the presence or absence of the more common personality disorder categories (Borderline, Antisocial, Avoidant) are related to differential response to the two treatment conditions and (2) evaluate process dimensions related to discriminability of treatments and treatmentspecific changes. Primary outcomes will be: (1) frequency and severity of substance use (cocaine, alcohol, marijuana, benzodiazepines) as measured by both self-report and urine testing and (2) severity of psychiatric symptoms as measured by the self-report and interview assessments. Secondary outcomes include: (1) changes in personality dimensions that may be associated with changes in personality disorder. (personality traits, affective states, interpersonal problems, HIV risk behaviors) and (2) general (therapeutic alliance) and treatment specific (schemas or coping styles, 12.step meeting attendance) measures of therapy process.

Although most of the manual development work occurred with the first 10 pilot patients of the earlier study, several minor changes were incorporated based on experience with the subsequent 30 methadone patients. Several of the DFST experiential and relational change techniques seemed to heighten affective distress (self-reported sadness, anger, anxiety) and the use of avoidant coping (i.e., missed appointments,

resistance to imagery or role play) by several patients. These reactions were not a complete surprise given the theory that DFST would work by targeting painful past and current emotional and relational themes while also trying to remove substance abuse as the patient's dominant method of avoidant coping. However, several adjustments were made because of concerns about heightening risk for relapse or decompensation:

1. Shifting the more affect mobilizing techniques to later in the manual and implemented only after several months of abstinence.
2. Movement of coping skills sessions earlier into the manual during treatment and incorporating a 5- to 10-minute "decompression" period into the more affectively charged sessions.
3. Development of the special problem modules for the manual discussed previously.

#### **Dual focus schema therapy in a drug.free therapeutic community**

Premature dropout remains the major problem undercutting the effectiveness of drug-free residential therapeutic community (TC) treatment, and this problem has been exacerbated as TCs have admitted individuals with higher levels of psychopathology. Personality disorders are the most common psychiatric conditions in inpatient addiction programs, and TCs view significant personality disturbance as common to all patients and a core component of addiction. In this ongoing study, I hypothesize that retention in a TC (The APT Foundation's Residential Services Division in Bridgeport, Connecticut) will be enhanced by the application of DFST because it targets the maladaptive cognitive, behavioral, interpersonal, and emotional processes that interfere with the accommodation and assimilation of the patient to the processes and core elements of a TC. In a therapy model adapted to the controlled residential environment of a TC, DFST first focuses on

improving engagement in a therapeutic process through psychoeducation on the patient's personality (symptoms, traits, schemas, coping) and the suitability, relevance, and utility of a TC for addressing these individual differences and needs. Early dropout risk is assumed to be high because the TC immediately expects behaviors (e.g., self-disclosure, delay of gratification, rulebreaking, accepting strong feedback, sociability, cooperativeness) that are contrary to the patient's personality style and addictive behavior. The patient's reaction to this stressful experience is normalized, coping with this challenging treatment environment is emphasized, and potentially problematic personality traits are identified. Thus, this first stage of DFST treatment provides a form of psychological inoculation for why the TC may be a difficult form of treatment (given the interaction of the patient's core issues and themes with the program's confrontational atmosphere). In such a situation, the impulse to escape, avoid, or act out can be viewed as normal but must be restrained to achieve benefits from the TC model.

The behavior change techniques used in the second phase of DFST (two to six months) are conceptualized as working synergistically with the TC methods, processes, or elements. For example, schemas and maladaptive coping are triggered through job (adult patients) or school (adolescent patients) responsibilities, community incidents, rules, consequences, and groups and the TC is a specialized, safe, and therapeutic learning laboratory in which this can be worked through more adaptively. Enhanced by such a psychotherapeutic context, a TC can be viewed as a milieu in which the patient's personality problems can be expressed, contained, and confronted by the peer community, but with acceptance and support of the person-as-a-whole. Patient acting out can be viewed as an expected

method of communicating internal conflicts that can be addressed with firm support and confrontation. Reactions to the TC rules, techniques, group experiences, or structure are used as opportunities for observation, discussion, understanding, and confrontation. Here-and-now confrontation of patient's maladaptive patterns of coping and relating to others is considered one of the Cornerstones of the TC resocialization and rehabilitation process (Chiesa, 2000) and are consistent with DFST.

The purpose of this recently funded NIDA study is to: (1) compare the efficacy of two manual-guided individual behavioral therapies (DFST versus individual drug counseling [IDC]) delivered to 100 adult and adolescent substance abusers as an enhancement to the first 24 weeks of the standard TC treatment program; (2) evaluate differences in retention on a monthly basis as the primary outcome of interest; and (3) evaluate changes in psychological indicators related to personality disturbance (personality disorder symptoms, Axis I psychiatric symptoms, interpersonal conflict, negative affect, HIV risk, maladaptive schemas, and coping styles) and treatment processes related to the TC (therapeutic alliance, perceived TC suitability, value of TC core elements, treatment atmosphere) as secondary outcomes at 6 (therapy termination), 12, 18, and 24 months postenrollment. In addition, exploratory analyses will evaluate several Attribute (patient characteristics) x Treatment (DFST versus IDC) interactions. For example, there will be an evaluation of whether baseline severity of Axis I and Axis II symptoms predicts differential response to the two treatment conditions concerning both primary (retention) and secondary (psychological and treatment process indicators) outcomes. It is hypothesized that severe personality disturbance causes significant problems with an individual's initial adjustment and effective utilization of TC processes and techniques and that a therapy that targets personality

pathology will result in better early retention, engagement and symptom reduction than will the more general or standard addiction counseling approach.

#### **Dual focus schema therapy for homeless personality-disordered substance abusers**

In another randomized clinical trial currently underway, DFST is being compared to a standard drug counseling group for homeless drop-in center clients with substance abuse and personality disorders (Langeloth Foundation; Patricia Cobb-Richardson). Like many urban homeless social services program, the Neighborhood Coalition for Shelter in New York City historically has been unable to engage a large number of individuals who constitute their long-term homeless population. This population has a history of substance abuse and psychiatric symptoms that significantly impede their ability to access social services. Members of this population also appear to have lower success rates in housing and vocational placements because their personality disorders compromise their ability to develop positive living and working relationships with peers, co-workers, and supervisors and, consequently, significantly hinder the development of functional independent living skills.

Sixty homeless clients meeting structured diagnostic interview criteria for substance abuse and personality disorder at the drop-in center are being randomly assigned to one of two on-site 24-week treatment conditions: (1) substance abuse counseling (SAC) group and (2) individual DFST. It is predicted that this population will experience improved outcomes when a targeted psychotherapeutic intervention is combined with case management, vocational training, and educational services. It is predicted that therapeutic attention to the symptoms (personality disorder will reduce behaviors such as relapse, depression, anxiety, and disruptive behaviors that lead to drop out or removal from homeless programs and

substance abuse treatment. It is also predicted that clients who participate in DFST will be more likely to remain in treatment and increase their ability to follow through successfully with other social services referrals than clients who participate in the SAC group. Substance abuse, attendance, retention, psychiatric symptoms, employment, housing eligibility, and interpersonal problems will be assessed at baseline, throughout 24 weeks of treatment, and at a three-month posttermination assessment.

Both therapy conditions are delivered by licensed social workers with more than 10 years' experience in the field of substance abuse. The DFST therapist received two weeks (beginner, advanced) of training in the schema therapy model by Jeffrey Young and is employed at Young's Schema Therapy Center in New York. In addition, he receives weekly supervision facilitated by my weekly review of session audiotapes. Although outcomes of these two trials are not yet available, preliminary impressions confirm impressions from the prior methadone study. Although DFST is not a standard form of treatment in these settings, clients report finding it acceptable and comprehensible. In fact many of these chronic, treatment refractory patients report that it is the first of many therapeutic experiences they have found relevant to their specific struggles related to addiction.

#### **Dual focus schema therapy for depressed women with childhood sexual abuse histories**

There are a number of effective pharmacological and psychosocial treatments for major depression, but a substantial number of patients do not respond to these treatments either through insufficient response, noncompliance, or frequent relapse. Research suggests that depressed individuals with poor treatment response are most often those with histories of childhood sexual abuse, post-traumatic stress, and personality disorders. Childhood sexual abuse is



significantly associated with major depression in adulthood, especially in women, and is believed to be associated with a more chronic course of depression (Brown & Moran, 1994), including lower initial recovery rates and higher subsequent relapse rates (Brown, Harris, Hepworth, & Robinson, 1994; Zlotnick, Ryan, Miller, & Keitner, 1995).

In an exploratory treatment research project, DFST is being modified for depressed women with histories of childhood sexual abuse and compared to pharmacotherapy and clinical management (National Institute of Mental Health; C. Zlotnick). The major goals of this outpatient study conducted at Butler Hospital in Providence, Rhode Island, are to:

1. Modify the DFST manual for patients with current major depression and histories of sexual abuse and pilot its use on 11 women.
2. Implement a therapist training program.
3. Conduct a randomized controlled pilot study of the efficacy, feasibility, and acceptability of schema therapy plus clinical management / pharmacotherapy in comparison to clinical management, pharmacotherapy alone in a sample of 24 women.

Primary outcomes are treatment retention and depression symptoms.

A schema-focused therapy is hypothesized to be useful for this population because of its careful use of exposure techniques (i.e., controlled activation of schemas and childhood events through imagery), emphasis on coping skills, and targeting of the maladaptive schemas believed to underlie the depressive symptoms. It also targets for change cognitive and affective avoidance as defenses against overwhelming memory-driven affects and specifically addresses schemas of mistrust/abuse and vulnerability to harm and their reenactment in current relationships. It focuses on dysfunctional cognitions originating in traumatic childhood

experiences, emphasizes safety and stability within the therapeutic relationship; and emphasizes the development of self-care, affect stabilization, and stress management skills. Zlotnick has developed an affect management module that is integrated into the early stage treatment process. Rather than using experiential techniques to elicit intensely painful affects and memories, early emphasis is placed on the management of negative affect (e.g., through distraction, self-soothing, distress tolerance, crisis planning skills) without resorting to maladaptive behaviors such as self-harm or dissociation.

### **TRAINING AND IMPLEMENTATION ISSUES**

Attendance at schema therapy workshops conducted by Dr. Young and requests for the DFST manual suggests that there is significant interest among clinicians in the field. Most practitioners appear to be attracted to the approach because of its integration of different therapeutic techniques, its skill sets for managing and treating complex psychopathology, and its coherent theory of personality disorder which clinicians appear to grasp more readily than some other models. However, there is a big difference between understanding an approach through workshop participation or manual reading and delivering the therapy with skill and fidelity to the model. At this point in the development of DFST, I recommend that it be delivered within the context of another treatment modality (e.g., pharmacotherapy, partial hospital, and inpatient/residential) by a skilled clinician who has received intensive training and supervision.

### **Dual focus schema therapy as a treatment enhancement**

Unlike many of the psychotherapy models described in this volume, DFST has not been conceptualized as

a standalone therapy. Undoubtedly, this reflects the obvious differences between the patients from the series of studies discussed here and those seen in the office-based practices of other personality disorder therapy models. Given the complicated, severe, and long-standing problems associated with personality disorders and cooccurring Axis I conditions, the optimal delivery of this manual-guided psychotherapy may be within the context of a structured, longer term or open-ended treatment experience. In all studies conducted or being conducted, DFST is being added as an enhancement to standard services that range from moderate to intensive. In New York City, DFST is being added to a drop-in center that provides meals, emergency housing, case management, psychiatric consultation, and vocational and educational activities. In New Haven, DFST is added to methadone programs, which provide this highly effective agonist medication in addition to group counseling, primary medical care, case management, and psychiatric consultation. In Bridgeport, DFST is added to a residential therapeutic community that provides this powerful milieu treatment in combination with group counseling, education, vocational training, case management, and medical and psychiatric care. In Providence, the model is being adapted and integrated with clinical management and pharmacotherapy provided by a psychiatrist. All of these treatment programs are conceptualized along a long-term or chronic care model for the presenting Axis I condition.

Implicit in this model is the assumption that a certain level of psychological containment and psychiatric symptom stabilization is optimal for DFST to be administered with a level of efficacy and fidelity to the original schema therapy model as developed by

Young (1994; Young et al., 2003). The background treatment helps provide this as well as the ostensible reason for treatment for a personality disorder for which the patient would be unlikely to seek treatment if not so distressed. From a research integrity perspective, this level of standard treatment platform also helps retain patients in treatment and reduces the likelihood of differential attrition between the treatment conditions that might confound the interpretations of findings. The receipt of these concurrent services by all patients does represent a potential confound for determining specific treatment efficacy. However, regular individual psychotherapy is rarely provided in these settings so that the addition of this service can be evaluated and the receipt of other services can be controlled for in analyses.

#### **Appropriate comparison conditions for clinical trials**

A critically important issue when evaluating psychotherapy for personality disorders is the treatment condition to which it will be compared in a clinical trial. Given the number of competing treatments now being marketed for these disorders, it is no longer sufficient to present a model with a few illustrative cases. Instead, the treatment needs to be specified in a manner in which it can be evaluated against another credible form of treatment. In all of the previously described studies, the use of placebo or delayed treatment controls was considered unethical because of the level of acute problems these patients experience. In addition, the empirical question of whether (any) treatment is better than no treatment has been answered, and the field should now compare innovative treatments to some standard form of care. Such comparisons are also important because they control for nonspecific factors (e.g., general support, empathy, advice, attention) that contribute to positive outcome and must be controlled

to conclude that a treatment being developed provides some specific (and added) benefit.

Another option considered was to compare DFST to treatment-as-usual however the patient chose to pursue this. This was the approach used by Linehan in her original DBT study, but it has some serious problems, not the least of which is that the powerful effects of one condition receiving significantly more treatment can never be ruled out. It is no longer considered a contribution to the literature to find that treatment is better than no treatment or that intensive treatment is better than minimal treatment. The standard now should be higher than what has been used in DBT studies, and newer treatment models should have the burden of proving themselves superior to some standard active reference treatment either in the management of the primary (e.g., substance abuse) or secondary (e.g., depression) Axis I symptoms or in the management of these problems in patients with more severe personality pathology. Ultimately, a complex psychotherapy model for complex patients should not be adopted in standard clinical practice unless it demonstrates its superiority over more easily trainable or already popular models. This is obviously a fairly stringent test of DFST.

For this reason, DFST is being compared to standard forms of counseling (individual or group drug counseling, 12-step facilitation, psychiatric case management) to evaluate whether an individual therapy that targets personality problems leads to better outcomes for personality-disordered drug abusers than a standard active reference therapy. For example, individual drug counseling (Mercer, 2000; Mercer & Woody, 1999) is a common synthesis of many recovery topics used in standard inpatient and outpatient addiction treatment programs across the country, and its manualized version is one of the first

three treatment manuals In the NIDA "Clinician Toolbox" series. Thus, IDC provides a credible psychotherapy control and allows an evaluation of the efficacy of adding DFST therapeutic content to the standard treatment content while controlling for time and attention provided by individual sessions. In comparison to the equal emphasis DFST places on personality dysfunction and addiction, IDC remains more narrowly focused on addiction as a disease and views personality dysfunction as secondary manifestation and not a major focus of treatment. The primary role of the IDC therapist is to help patients admit their addiction, teach recovery tools, motivate patients, encourage the development of drug-free social supports, promote abstinence, review self-help philosophy, and encourage meeting attendance. Likewise, DFST has been compared to 12-step facilitation treatment because this is a standard form of counseling with little theoretical or technical overlap with DFST. Some of the other manualized comparison treatments considered (e.g., standard cognitive-behavioral coping skills, interpersonal psychotherapy, supportive-expressive therapy) have too many areas of overlap with DFST .

The studies in Providence and New York City also make use of a comparison condition employing a standard reference therapy. In the drop-in center study, DFST is being compared to a substance abuse counseling group available on-site several times per week that includes addiction psychoeducation, 12-step principles, and relapse prevention concepts. In the study of depressed women with childhood histories of sexual abuse, the comparison is to regular clinical management provided by a psychiatrist who is prescribing an antidepressant. Thus, DFST is being evaluated as an enhancement to what has become the standard form of psychiatric treatment for depression in the United States.

### **Therapist selection and training procedures**

Although therapist training for Axis I disorders requires time and effort, effective training for a personality disorder psychotherapy such as DFST and the other treatment models developed by many of the contributors to this volume is best described as burdensome. Developing treatment manuals greatly facilitates the process of working with very challenging patients, but it cannot substitute for an intensive training period followed by close supervision of some ongoing cases. DFST therapists typically receive two to three full days of training by Jeffrey Young for schema therapy; then I provide an additional day of training specifically in the use of the DFST manual. The training material and procedures have been developed through Young's extensive training series and through the original FST study. Didactic material is integrated with videotaped case demonstrations and role plays. The review of the therapy manual is intended to allow therapists to understand the demarcation between the internal and external boundaries of the treatment approach and specific therapist behaviors that are prescribed and proscribed as a means of reducing overlap between approaches. After the training workshop, therapists treat one or more pilot patients, and videotapes of these sessions are reviewed and rated. I provide detailed guidance and feedback as well as evaluate the therapist's adherence, competence, and readiness to participate as a therapist. In addition to supervising the DFST therapists in the NIDA methadone study, I have served as a consultant to the other studies described in this chapter, listen to and rate audiotapes, and hold phone or in-person supervision sessions weekly.

Another important issue is the training criteria for selecting who is qualified to deliver DFST. Regardless of level of education, therapists must be highly

competent because the training and treatment manuals are not designed to teach basic skills to novice therapists, but rather to augment existing skills for the treatment of this specific dual-disordered population. The treatment development study used a more select group of doctoral-level clinical psychologists specializing in therapy with substance abusers with advanced training in cognitive-behavioral or psychodynamic therapies. It was believed that highly trained clinicians were needed to provide therapy because of the complex, challenging psychopathology that is often found in this population and the negative reactions these patients often elicit in clinicians without advanced training in psychotherapy and exposure to theories of psychopathology and personality. Adherence or competence measures indicated that the training and ongoing supervision plan was effective in transmitting the skills and techniques to therapists who were able to both adhere to the DFST manual as well as perform it with adequate skill.

The degree to which less educated or experienced clinicians can provide this approach with the fidelity necessary for a clinical trial is an empirical question currently being addressed. All three ongoing studies are using masterslevel clinicians, but in all cases these are individuals with substantial clinical experience working with their respective target populations. A more sophisticated question is whether clinicians of diverse professional backgrounds and levels of education and experience are able to provide all components of the treatment model with equal fidelity or whether only some components can be delivered by a broad range of clinicians (e.g., psychoeducational material, but not cognitive or experiential change strategies). Until research can answer these questions, it is recommended that clinicians considering use of this model have formal education and advanced training in theories of

psychopathology, psychotherapeutic techniques, and, specifically, experience in treating the commonly cooccurring Axis I conditions. Clinicians should have several years of experience treating individuals with substance abuse, severe mental illness, or dual diagnosis. Clinicians should be familiar with cognitive-behavioral approaches, willing to learn and follow a manual-guided approach, and participate in an intensive training and supervisory process.

### **SUMMARY AND CONCLUSIONS**

Patients with cooccurring personality disorders and substance abuse are frequently seen in treatment programs (Verheul et al., 1998), consume a disproportionate amount of staff time, and may be less likely to respond favorably to standard substance abuse treatment interventions (Griggs & Tyrer, 1981; Kosten et al., 1989; Nace & Davis, 1993). This chapter summarizes a new program of research that has focused over the past five years on the assessment and treatment implications of personality disorders in substance abusers. During this time, our research team has developed considerable expertise in the complexities of diagnosing personality disorders in substance abusers, particularly the ability to separate drug-related behaviors from personality disorders and to evaluate the reliability and validity of personality disorder diagnoses. A diagnostic procedure has been established that minimizes the likelihood of finding spurious changes in personality disorder symptom severity. Diagnostic research has mapped out the association between categorical personality disorders and underlying personality trait, cognitive, affective, and interpersonal dimensions. These dimensional constructs, and especially maladaptive schemas and coping styles, are thought to translate better into more specific interventions for personality-related problems than the Axis I categorical constructs

Through both diagnostic and therapy development research, the ability to recruit sufficient numbers of patients with personality disorders has been established. A cognitive-behavioral approach has excellent potential for integrating the treatment for substance abuse and the diverse range of personality disorders, and a NIDA-funded treatment development study has:

- . Determined the feasibility, safety, and acceptability of DFST .
- . Developed a detailed session-by-session treatment manual with prescribed and proscribed techniques.
- . Developed comprehensive, effective training packages for therapists.
- . Conducted a small randomized pilot trial demonstrating the promise of DFST.
- . Developed adherence/competence scales and a rater guide and established treatment discriminability.

The success of this project has led to three (and, it is hoped, a fourth) separately funded clinical trials evaluating DFST in different clinical populations.

The individual therapy model described in this chapter and elsewhere (Ball, 1998; Ball & Young, 2000) is only one of a growing number of promising, time-limited treatment approaches for personality disorders. The field of personality disorder treatment has been separated historically into groups that questioned the existence of personality and its disordered expression (behavioral), had developed short-term, symptom-focused techniques that seemed ineffective for "difficult-to-treat" patients (cognitive), or had viewed treatment as a very long-term process with unclear outcomes for a fairly narrow functional range of character disturbance (psychoanalytic). Limited clinical success combined with major shifts in the delivery of psychotherapy under managed care stimulated each of these major individual therapy

models to adapt their traditional methods to respond better to the needs of this complex population in a challenging health care environment. Shorter term psychodynamic approaches were developed, which focused increasingly on conscious thought processes, core conflicts or relational themes, and confrontive techniques, whereas longer term cognitive-behavioral approaches began to focus on the origins of maladaptive behavioral patterns and cognitive themes, their expression in the therapeutic relationship, and the importance of empathic understanding. These are major theoretical and technical changes. Although the language used to describe psychopathology and psychotherapy remains different, the underlying similarities of constructs and approaches is evident in the different theoretical and clinical writing and videotaped demonstrations of cases.

Although there is now some excitement about conducting personality disorder treatment research, it is not a time for unrealistic optimism. Although many approaches appear promising, empirical support for their efficacy is almost non-existent. The major exception to this is Linehan's (1993) DBT, which shows targeted effects on reducing parasuicidality and hospitalization (Linehan Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991; Linehan, Heard, & Armstrong, 1993) and for which there are few efficacy studies. For the field to continue to advance, it will need to value these improvements in focal life areas rather than expect deeper, structural change as the major outcome of interest. Realistic goals are necessary when treating severe personality disorders and substance dependence (e.g., improving self-esteem, emotional functioning, relationships, psychiatric symptoms) through improved retention and outcome in a treatment that explicitly addresses the Axis I and II problems of the patient. For an empirically supported

treatment literature to develop, clinicians and theoreticians will need to articulate their approaches in ways that permit independent investigators to replicate promising single case studies through controlled clinical trials.

As previously discussed (Ball, 1998), research in this area struggles with a number of practical problems, including:

- . Diagnostic reliability and stability of DSM-IV personality disorders.
- . Recruitment of sufficient sample sizes
- . Need to address the Axis I symptoms that typically motivate the individual to seek treatment.
- . Controlling for additional treatments.
- . Training therapists in a complex psychotherapeutic approach.
- . Treatment time frame.

As to the last point, six months is probably an inappropriately short period within which to expect change in this population, yet it stretches the duration beyond that of most clinical research and managed care plans. It is hoped that relatively short-term approaches such as DFST will show enough promise that a more extended course of therapy may be justified on the basis of longer term cost-effectiveness or as an effective means to prevent relapse of a presenting Axis I disorder. From the standpoint of personality disorder treatment, even one year is probably an unrealistically short time for addressing longstanding, maladaptive patterns of viewing self and relating to others and severe addiction. Metaanalytic (Perry et al., 1999) and literature reviews (Sanislow & McGlashan, 1998) suggest that symptomatic improvements must be measured over a long follow-up period when evaluating change in a chronic condition such as personality disorders (and drug dependence).

The originator of cognitive-behavioral therapy for personality disorders (A. T. Beck et al., 1990), the

theorist and investigator of the only empirically supported treatment for a specific personality disorder (Linehan, 1993), and the author of a meta-analysis (Perry et al, 1999) all argue that separate treatments are needed for the different DSM-IV personality disorders. In fact, the developer of schema therapy (Young) now believes that the original model may be less appropriate for some personality disorders (especially Borderline, Narcissistic, and Avoidant patients) than a mode-focused approach. However, the evaluation of separate manuals for each disorder is impractical in clinical trials and in clinical practice, especially because the number of mixed, "not otherwise specified," or co-occurring cases of personality disorders greatly outnumbers the "pure cases." Such approaches also afford these categorical diagnoses a status that is unjustified based on reliability and validity research. Rather than using a different approach for each of the 10 personality disorders, DFST consists of a series of core topics, the specific content and delivery of which are determined by an assessment and conceptualization of the individual's maladaptive schemas and coping styles. DFST focuses on theoretical constructs with treatment implications that cut across and below the surface of the syndrome and symptom-focused DSM system. Although the clinical conceptualization (e.g. schemas, coping styles) necessarily varies from case to case, use of a common core of cognitive, experiential relational and behavioral techniques for all disorders should facilitate a more efficient evaluation of the therapy's effectiveness by other investigators in the substance abuse field as well as for other Axis I disorders commonly seen in personality-disordered individuals (e.g., depressive, anxiety, eating, somatoform, trauma-related disorders). Nonetheless, the issue of treatmentspecific focus (i.e., categories or dimensions) may be resolved only through empirical study. Although results using a single, integrative DFST

manual were promising, such smallscale studies do not permit an analysis of outcome for patients who meet different categorical personality disorders. In the larger scale study proposed in the methadone program, exploratory analyses will be conducted on the basis of the presence or absence of Borderline, Antisocial and Avoidant Personality Disorder.

Because this group of individuals rarely present for treatment for their personality disorders *per se*, researchers invariably study and treat these disorders in the context of alleviating a presenting Axis I disorder or significant pressure in the patient's environment. For this reason, a treatment manual for personality disorders should be integrated with an Axis I symptom-focused approach. One advantage of DFST is that it targets both overt symptoms (e.g., substance use, depressed mood, interpersonal problems) and underlying themes (e.g., schemas, coping styles) and transitions from behavioral symptoms to internal and external determinants of psychopathology in a manner that is theoretically consistent for the therapist and, more importantly, comprehensible to the patient and responsive to his or her needs.

Several factors may limit the adoption in clinical practice of many of the innovative psychotherapy models that have been developed for the personality disorders. First, with rare exception (Linehan's DBT being the best known), none have been evaluated in a clinical trial and are many years away from achieving recognition as an empirically supported treatment. In fact, many either do not hold this as a goal or are conceptualized at a level of complexity that makes such a goal unachievable. Second, and again with DBT as the exception, few if any of these approaches have developed a sufficiently detailed treatment manual to facilitate effective training and dissemination. Third, most models are based on work with Borderline, Narcissistic, and, occasionally, Avoidant patients, and the techniques used for these

individuals may not always be relevant to the broader range of specific or mixed/unspecified personality disorders or their co-occurring Axis I conditions encountered in clinical practice. DFST is a promising approach on all three counts. Although research support is still preliminary, ongoing or planned randomized clinical trials should have an answer to the efficacy question in five years. DFST has a highly detailed therapy manual, and the feedback by providers who have reviewed it after completing an intensive training has been very positive. In addition, the approach cuts across the current Axis II categories (and thus would not be affected by inevitable changes to the DSM nomenclature) and is flexible in its ability to incorporate a treatment focus on the common presenting Axis I conditions.

Stone (2001) has raised the important (related concern that very little has been written about the multiply disadvantaged borderline and other personality-disordered patients existing on the margins of society for example, the poorly educated, unemployed, substance abusing, traumatized, homeless individuals with histories of repeated hospitalization and incarceration. Although the higher functioning personality-disordered patients on whom most current models were developed are certainly troubled and deserving of treatment, they are not necessarily representative of the kinds of chronic patients that most practitioners encounter in mental health clinics, hospitals, or another nonpsychiatric settings (addiction treatment programs, social service agencies, shelters, vocational programs). The growing number of professional and lay books for personality disorders may be less relevant to lower functioning patients because they fail to account for the significant additional Axis I, case management, and ancillary service needs that must be integrated with the personality disorder therapy. In contrast,

DFST (like DBT) has been developed, initially tested, and is currently being evaluated on a variety of lower functioning patients with difficult-to-treat Axis I and II disorders and often severe problems with daily living.

## REFERENCES

- Alterman, A. I., & Cacciola, J. S. (1991). The antisocial personality disorder diagnosis in substance abusers: Problems and issues. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 179, 401-409.
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC; Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Ball, S. A. (1996). Type A and B alcoholism: Applicability across subpopulations and treatment settings. *Alcohol Health and Research World*, 20, 30-35.
- Ball, S. A. (1998). Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: Dual Focus Schema Therapy. *Addictive Behaviors*, 23, 883-891.
- Ball, S. A. (2001). Big five, alternative five, and seven personality dimensions; Validity in substance dependent patients. In P. T. Costa Jr. & T. A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (2nd ed., pp. 177-201). Washington, DC: American Psychological Association.



- Ball, S. A., Carroll, K- M., Babor, T. F. & Rounsaville J B. J. (1995). Subtypes of cocaine abusers: Support for a Type A-Type B distinction. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 63, 115-124.
- Ball, S. A., & Cecero, J. J. (2001). Addicted patients with personality disorders: Symptoms, schema, and traits- *Journal of Personality Disorders*, 15, 72-83.
- Ball, S. A., Kranzler, H. R.J Tennen, H., Poling, J. C., & Rounsaville, B. J. (1997). Personality disorder and dimension differences between Type A and Type B substance abusers. *Journal of Personality Disorders*, 12, 1-12.
- Ball, S. A., Rounsaville, B. J., Tennen, H., & Kranzler, H. R. (2001). Reliability of personallity disorder symptoms and personality traits in substance dependent inpatients. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 341-352.
- Ball, S. A., & Schottenfeld, R- S. (1997). A five-factor model of personality and addiction, psychiatric, and AIDS risk severity in pregnant and postpartum cocaine misusers. *Substance Use and Misuse*, 32, 25-41.
- Ball S. A., Tennen H., Poling, J. C., Kranzler, H. R.J & Rounsaville, B. J. (1997). Personality, temperament, and character dimensions and the DSM.IV personality disorders in substance abusers. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 545-553.
- Ball S. A.J & Young, J- E. (1998). Dual focus schema therapy: *A treatment manual for personality disorder and addiction*. Unpublished treatment manual.
- Ball S. A., & Young, J. E- (2000). Dual focus schema therapy for personality disorders and substance dependence: Case study results. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 270-281.
- Ball, S. A., Young, J. E. Rounsaville, B. J. & Carroll, K. M. (1999, September). *Dual focus schema therapy vs. 12-step drug counseling for personality disorders and addiction: Randomized pilot study*. Paper presented at the 6th International Congress of the Disorders of Personality, Geneva, Switzerland.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (1998). Complex cognitive therapy treatment for personality disorder patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 62, 170-194.
- Brooner, R. K., Kidorf, M., King, V. L., & Stoller, K. (1998). Preliminary evidence of good treatment response in antisocial drug abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 49,249-260.
- Brooner, R. K., King, V. L. Kidorf, M., Schmidt, C. W., & Bigelow, G. E. (1997). Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Archives of General psychiatry*, 54, 71-80.
- Brown, G. W., Harris, T. O., Hepworth, C., & Robinson, R. (1994). Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes. II: A patient enquiry. *British Journal of Psychiatry* 164,457-465.
- Brown, G. W., & Moran, P. (1994). Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes. I; A community survey. *British Journal of Psychiatry*, 165,447-456.
- Cacciola J. S., Alterman, A. I., & Rutherford, M. J. (1995). Treatment response and problem severity of antisocial substance abusers. *Journal of Nervous and Mental Diseases*. 183, 166-171.
- Cacciola, J. S., Rutherford, M. J.J Alterman, A. I.J Mckay, J. R., & Snider, E. C. (1996). Personality disorders and treatment outcome in methadone maintenance patients. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 184,234-239.
- Carroll, K- M. (1997). Manual guided psychosocial treatment: A new virtual requirement for pharmacotherapy trials. *Archives of General Psychiatry*, 54 , 923-928.

- Chiesa, M. (2000). Hospital adjustment in personality disorder patients admitted to a therapeutic community milieu. *British journal of Medical Psychology*, 73, 259-267
- DeJong, C., van den Brink, W., Harteveld, F. M., & van der Wielen, G. M. (1993). Personality disorders in alcoholics and drug addicts. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 87-94.
- Griggs, S. M., & Tyrer, P. J. (1981). Personality disorder, social adjustment and treatment outcome in alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 42, 802-805.
- Kadden, R. M., Carroll, K. M., Donovan, D., Cooney, N. L., Monti, P., Abram, D., et al. (1992). Cognitive-behavioral coping skills therapy manual; A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. In M. E. Mattson (Ed.), *NIAAA Project MATCH Monograph Series* (Vol. 3, DHHS Publication No. ADM 92-1895). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Kadden, R. M., Cooney, N. L., Getter, H., & Litt, M. D. (1989). Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: Post-treatment results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 698-704.
- Kofoed, L., Kania, J., Walsh, T. & Atkinson, R. (1986). Outpatient treatment of patients with substance abuse and co-existing psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, 143, 867-872-
- Kosten, T. A., Kosten, T. R., & Rounsaville, B. J. (1989). Personality disorders in opiate addicts show prognostic specificity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 163-168.
- Kruegelbach, N., McCormick, R. A., Schulz, S. C-1 & Grueneich, R. (1993). Impulsivity, coping styles, and triggers for craving in substance abusers with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 7, 214-222.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavior therapy for borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.
- Links, P. S. (1998). Developing effective services for patients with personality disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 251-259.
- Litt, M. D., Babor, T. F., DelBoca, F. K., Kadden, R. M., & Cooney, N. L. (1992). Types of alcoholics. II: Application of an empirically derived typology to treatment matching. *Archives of General Psychiatry*, 49, 609-614.
- Longabaugh, R., Rubin, A., Malloy, P., Beattie, M., Clifford, P. R., & Noel, N. (1994). Drinking outcome of alcohol abusers diagnosed as antisocial personality disorder. *Alcoholism; Clinical and Experimental Research*, 18, 410-416.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention*. New York: Guilford Press.
- Mercer, D. E. (2000). Description of an addiction counseling approach. In J. J. Boren, L. S. Onken, & K. M. Carroll (Eds.), *Approaches to drug abuse counseling*. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Mercer, D. E., & Woody, G. E. (1999). *An individual counseling approach to treat cocaine addiction: The collaborative cocaine treatment study model*. Therapy Manuals for Addiction (manual 3). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.

- Monti, P. M., Abram, D. B., Kadden, R. M., & Cooney, N. L. (1989). *Treating alcohol dependence; A coping skills training guide*. New York: Guilford Press.
- Nace, E. P., & Davis, C. W. (1993). Treatment outcome in substance abusing patients with a personality disorder. *American Journal of Addictions*, 2, 26-33.
- Nace, E. P., Davis, C. W., & Gaspari, J. P. (1991). Axis II comorbidity in substance abuser. *American Journal of Psychiatry*, 148, 118-120
- Nace, E. P., Saxon, J. J., & Shore, N. (1986). Borderline personality disorder and alcoholism treatment. A one-year follow-up study. *Journal of Studies on Alcohol* 47, 196-200.
- Nowinski, J., Baker, S., & Carroll, K. M. (1992). Twelve-step facilitation therapy manual; A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. NIAAA *Project MATCH Monograph Series* (Vol-1, DHHS Publication No. ADM 92-1893). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Perry, J. C., Banon, E., & Ianni, F. (1999). Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1312-1321.
- Rounsaville, B. J., Carroll, K. M., & Onken, L. S. (2001). NIDA's stage model of behavioral therapies research; getting started and moving on from Stage 1. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 133-142.
- Rounsaville, B. J., Kosten, T. R., Weissman, M. M., & Kleber, J. H. D. (1986). Prognostic significance of psychopathology in treated opiate addicts. *Archives of General Psychiatry*, 43, 739-745.
- Rounsaville, B. J., Kranzler, H. R., Ball, S. A., Tennen, H., Poling, J., & Triffleman, F. (1998). Personality disorders in substance abusers: Relation to substance abuse. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 186, 87-95.
- Rutherford, M. J., Cacciola, J. S., & Alterman, A. I. (1994) Relationship of personality disorders with problem severity in methadone patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 35, 69-76.
- Sanislow, C. A., & McGlashan, T. H. (1998). Treatment outcome of personality disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 237-250.
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 295-321.
- Shea, M. T. (1993). Psychosocial treatment of personality disorders. *Journal of Personality Disorders* (Special Suppl.), 167-180.
- Smyth, N. J., & Washousky, R. C. (1995). The coping styles of alcoholics with Axis II disorders. *Journal of Substance Abuse*, 7, 425-435.
- Stone, M. (2001). Natural history and long-term outcome. In W. J., Livesley (Ed.), *Handbook personality disorders* (pp. 259-273). New York: Guilford Press.
- Target, M. (1998). Outcome research on the psychosocial treatment of personality disorders. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 62, 215-230.
- Thomas, V. H., Melchert, T. P., & Banken, J. A. (1999). Substance dependence and personality disorders: Comorbidity and treatment outcome in an inpatient treatment population. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 271-277.
- Verheul, R., Ball, S. A., & van den Brink, W. (1998). Substance abuse and personality disorders. In H. R. Kranzler & B. J. Rounsaville (Eds.), *Dual diagnosis and treatment: Substance abuse and comorbid medical and psychiatric disorders* (pp. 317-363). New York: Marcel Dekker.
- Verheul, R., Kranzler, H. R., Poling, J., Tennen, H., Ball, S. A., & Rounsaville, B. J. (2000). Axis I and Axis II disorders in alcoholics and drug addicts: Fact or artifact? *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 101-110.

- Woody, G., McLellan, A. T., Luborsky, L.J & O'Brien, C. P. (1985). Sociopathy and psychotherapy outcome. *Archives of General Psychiatry*, 42, 1081-1086.
- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Zlotnick, C., Ryan, c. E., Miller, I. W., & Keitner, G. I. (1995). Childhood abuse and recovery from major depression. *Child Abuse and Neglect*, 19, 1513-1516.

## LA PERSONA ADICTA Y LOS FUNDAMENTOS ANTROPOLÓGICOS DE SU REHUMANIZACIÓN

## THE ADDICTED PERSON AND THE ANTHROPOLOGICAL APPROACH TO REHUMANIZATION

Cañas, José Luis

Universidad Complutense. Madrid

Se presenta aquí una visión antropológica de la persona que hace posible superar el fenómeno de las adicciones y fundamenta el fenómeno de su rehumanización posterior. Desde el método fenomenológico, pretendo mostrar las claves filosóficas, psicológicas y educativas que subyacen en la persona adicta y en la persona rehumanizada. Sustituyo los conceptos de “sujeto”, “individuo”, “usuario”, etc., empleados en el lenguaje de la *ciencia objetivista*, por el concepto de “persona” (persona adicta o persona rehumanizada) más propio del lenguaje empleado en la *ciencia humanista*. Por último, planteo la necesidad de superar la actual *Comunidad Terapéutica Rehabilitadora* mediante el ideal de una *Comunidad Terapéutica Rehumanizadora*.

An anthropological vision of the person is presented that makes it possible to overcome the addiction phenomenon by inspiring the rehumanizing process. From a phenomenological approach I attempt to show the philosophical, psychological and educational underpinnings of the life of addicted and rehumanized persons. Instead of the concepts of “subject”, “individual”, “user”, etc., appearing in the language of *objectivist science*, I use the concept of “person” (addicted person or humanized person) more appropriate to the language of *humanist science*. Finally, I state the need of going beyond the present notion of a *Rehabilitating Therapeutic Community* by adopting the ideal notion of a *Rehumanizing Therapeutic Community*.

En este artículo presento en síntesis las conclusiones a las que he llegado sobre el fenómeno de las adicciones y la rehumanización, ideas desarrolladas y fundamentadas en mi reciente obra *Antropología de las Adicciones* (Dykinson, Madrid, 2004). Mi propuesta empieza y finaliza en una premisa sencilla: sólo una antropología esperanzada puede fundamentar a la persona adicta en la esperanza. Para alcanzar este objetivo no estamos solos, contamos con la poderosa luz de la antropología filosófica y con el peso específico de la amplia tradición humanista a lo largo de la historia.

Estas conclusiones las recojo ahora en diez postulados:

**1.** La persona adicta no es el “sujeto” (mucho menos el “objeto”), ni el “individuo”, ni el “paciente”, ni el “usuario”, ni el “consumidor”, etc., tal como se la trata no ya en el plano coloquial sino en el discurso académico y en los manuales científicos. Ciertamente puede querer decir todo eso, pero desde luego es mucho más que eso: la persona adicta ante todo, y antes que adicta, es *persona*. Y en esta afirmación encontramos ya que el mundo de las adicciones es una *des-personalización*, y que para salir de este mundo y provocar un cambio de vida definitivo no basta con utilizar unas técnicas del modo adecuado, es necesario una visión integral de la persona esperanzada. Y eso, en principio, no lo pueden aportar las ciencias particulares por sí solas. Necesitan de un fundamento antropológico previo.

**2.** Buscando las causas de los fenómenos adictivos llegamos a la conclusión de que sobre todo son causas existenciales que *están* en la persona adicta, pero *no son* constitutivas de su ser íntimo. Las adicciones están de muy variadas formas instaladas en las personas esclavas de sí mismas, por ejemplo como enganche a la realidad virtual, como trabajo adictivo o como ortorexia, como sectadependencia y/o sexodependencia, como adicción al alcohol, al tabaco o a

psicofármacos, o sobre todo como drogadicción, etc., pero no forman parte de la estructura constitutiva de la persona fatal e inexorablemente. Antes bien, son los efectos visibles del vacío existencial y de la falta de recursos personales y de estancamiento del desarrollo personal.

**3.** Si la persona no está condicionada en su ser de forma absoluta ni determinada irremisiblemente, ello nos lleva a afirmar la existencia de *procesos evolutivos* de maduración o perfección, por un lado, y de regresión o imperfección, por otro, en su estructura constitutiva. Sólo partiendo de la afirmación de la *libertad esencial* podemos entender que la persona elija construirse (procesos de madurez), o destruirse (procesos de regresión). Pero no puede elegir no ser persona: a este nivel de fundamento, por ejemplo elegir ser animal sólo sería una metáfora literaria. Se es persona, se quiera o no serlo. Se sea adicto o no.

**4.** Además, ser persona también equivale a ser para las otras personas, lo cual quiere decir que ser persona es lo mismo que ser *relacional*, o ser-de-encuentro, consigo misma y con los demás.

4.1. Una primera nota constitutiva del ser relacional es el *amor*: ama y desea ser amada. La persona puede no amar, como de hecho hace la persona adicta, pero eso demuestra que es libre no que no sea un ser-para-el-amor.

4.2. Igualmente podemos afirmar de la *comunicación*, que la persona es un ser-para-la-comunicación no para la in-comunicación. Es decir, puede incomunicarse o encerrarse en sí misma porque es libre, pero su constitución revela que está hecha de y para la apertura comunicativa.

4.3. De la misma forma, la persona también es un ser-para-la-esperanza, está orientada constitutivamente por un principio radical de *esperanza* en lo más profundo de su yo. La esperanza sería el fundamento existencial que la mantiene viva en la

existencia, aunque libremente pueda optar por caminos de desesperación como cuando se entrega al mundo de las adicciones, lo cual no hace sino confirmar de nuevo su libre albedrío.

**5.** Estas notas constitutivas esenciales de la persona nos llevan a dibujar el siguiente perfil *tipo de la persona adicta*: persona joven encerrada en sí misma que no ha conocido antes el amor ni el auténtico afecto en su vida, ni tiene razones para la esperanza, a quien se le ofrecen y acepta las adicciones para olvidar su drama íntimo existencial.

**6.** Para ayudar a la persona adicta a explicarse a sí misma primero, y a salir del fenómeno adictivo después, necesitamos acercarnos a sus fundamentos antropológicos desde las tres perspectivas clásicas de las Ciencias Humanas: la filosófica, la psicológica y la educativa. Desde la Filosofía, la Psicología y la Pedagogía llegaremos a comprender, por ejemplo, que lo visible de la persona adicta no es la totalidad de su persona.

6.1. Al echar una ojeada *filosófica* a los comienzos de la filosofía contemporánea (siglo XIX), nos encontramos con dos grandes pensadores con dos modelos de persona polarmente opuestos, que van a marcar dos estilos o tendencias contrarias de vida: la persona trascendente de S. Kierkegaard, por un lado, y la persona inmanente según F. Nietzsche, por otro. Después, de entre las grandes corrientes del pensamiento actual, particularmente útiles para nuestro propósito serían la Fenomenología, el pensamiento existencial —con sus dos grandes tendencias: la filosofía de la existencia y el existencialismo—, y la filosofía dialógica y el Personalismo. Todas estas Filosofías aportan la visión más universal y global del fenómeno adictivo y de su superación posterior.

6.2. La segunda perspectiva, la *psicológica*, aporta las claves del comportamiento de la persona adic-

ta y, sobre todo, las técnicas psicoterapéuticas más eficientes en orden a la re-estructuración de su "paisaje del alma", que diría Unamuno. Después de acercarnos a los problemas epistemológicos de la psicología, entre los aspectos psicológicos de la personalidad adictiva nos fijamos en su complejo mundo consciente e inconsciente, en su mundo emocional y en su dolor y sufrimiento, así como también distinguimos entre su placer adictivo y el placer personal. Para ello pasamos revista a las principales escuelas psicológicas y a los grandes abordajes o psicoterapias, estableciendo una división clara entre *psicoterapias más excluyentes*, como los abordajes de psicología profunda y los abordajes conductistas-cognitivos, y *psicoterapias más integradoras*, como los abordajes sistémicos y los abordajes humanistas.

6.3. Y en tercer lugar, las *ciencias de la educación*, que nos ponen ante la perspectiva de la *prevención*. Los distintos modelos y programas de prevención de las adicciones hacen posible una tarea específica tanto por parte de la Comunidad Educativa, como por parte de la familia como primera y principal sociedad preventiva. La perspectiva educativa-preventiva, en fin, entre otros perfiles nos va a mostrar al terapeuta-educador-voluntario, una figura coherente con el modelo de persona que revela una antropología personalista.

**7.** En efecto, una *antropología* personalista explica no sólo el fenómeno de las adicciones, sino que sobre todo hace posible su superación total, lo cual se explica muy bien mediante el concepto de *rehumanización*. Este concepto nos permite superar la actual Comunidad Terapéutica (CT) *Rehabilitadora* por una CT *Rehumanizadora*, como situación educadora ideal no sólo para la persona adicta, sino también para las personas en general y la sociedad en la que todos vivimos inmersos.

**8.** De todo ello surgiría un supraparadigma integrador en la actualidad, apuntado ya por distintos autores desde mediados del siglo pasado como Viktor E. Frankl, Ken Wilber —el paradigma holográfico—, o más recientemente Martin E.P. Seligman con su Psicología Positiva, supraparadigma que denomino *Filosofía de la Rehumanización*. Sería ésta una línea investigadora fecunda para establecer unas sólidas bases esperanzadoras de dejar de ser persona adicta o esclava y llegar a ser persona rehumanizada, o persona sin más. Si consideramos que la persona adicta es una persona des-humanizada, la lógica evolutiva de la perfección que supone dejar de ser dependiente y esclava nos permite concluir que, si lo consigue, es una persona nueva re-humanizada.

**9.** Además, esa persona nueva no sólo se construye a sí misma sino que también, de algún modo, construye la historia. Igual que la persona adicta no sólo se destruye a sí misma sino también a la sociedad, porque ayuda a des-estructurar la comunidad social en la que está inserto, la rehumanización se la puede ver también desde una perspectiva historiológica esperanzadora para el futuro de la Humanidad. Entre otras razones, porque la persona adicta está incrustada en la cultura actual como nunca antes lo había estado en la historia.

**10.** Finalmente, estas ideas tan utópicas como posibles sirven de corolario a una antropología filosófica de las adicciones con decidida vocación prospectiva. Mediante la *educación para la rehumanización de la persona*, ponemos de relieve que el ser humano es un ser orientado hacia la esperanza, constituido hacia la esperanza de llegar a ser persona en un mundo contradictorio capaz de generar, a la vez, las adicciones y su posible superación. Incluso en las circunstancias más adversas y en las situaciones límite, a la persona adicta siempre le será posible hacer la experiencia de la esperanza y “forzar” a su propio destino.

Si, como dijo el poeta alemán Friedrich Novalis, “las teorías son redes y sólo quien lance cogerá”, en último término mi propuesta intenta lanzar una red para ayudar a las personas esclavas de sí mismas a hacer posible el sueño de su rehumanización total y, por añadidura, el sueño de una sociedad venidera en la cual al menos siempre nos quepa la utopía de soñar.



A continuación presento brevemente las principales coordenadas del fenómeno adictivo integral, es decir a la persona adicta y su posible rehumanización, así como algunas claves metodológicas que hacen posible acercarnos a sus fundamentos existenciales.

Apoyándome en mi libro *De las drogas a la esperanza* (San Pablo, Madrid, 1996), donde ya intenté desbordar los límites de la rehabilitación a favor de la rehumanización a través de la Comunidad Terapéutica Proyecto Hombre (España), ahora intento fundamentar el fenómeno de las adicciones y el trabajo terapéutico para ayudar a salir de ellas. Como continuación de aquel primer ensayo propongo ahondar en la quemadura del fenómeno adictivo desde planteamientos más académicos, pero igual que entonces tampoco ahora presento un método más para prevenir y curar. Trato de construir un trabajo teórico con decidida vocación terapéutica, que propone como fundamento un modelo de persona humana con profundos valores, únicos capaces de llenar la vaciedad de la existencia. Precisamente por ser persona, el ser adicto, antes y después de ser adicto, está revestido de esa dignidad única que le viene de su propia condición o razón de ser. Vengo proponiendo (Cañas, 1997, 2002) la idea de que los actuales Centros universitarios de Drogodependencias y los Institutos de Investigación y Formación sobre Drogas<sup>1</sup> pasen a llamarse “sobre

---

<sup>1</sup> El Instituto de Investigación y Formación sobre Drogas (PND) en España. El National Institute on Drug Abuse (NIDA) en EE.UU. Los Centros dependientes de La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). Etc.



Adicciones”, y no sólo “sobre Drogas” o “de Drogodependencias”, porque el fenómeno adictivo es bastante más amplio y más real que sólo la dependencia de las drogas. Uno de los objetivos prioritarios de estos Centros que imparten títulos profesionales (Experto, Master en Drogodependencias, etc.) debería ser una sólida formación humanista que permita conseguir cambios duraderos en las personas adictas respecto de actitudes y de convicciones profundas. La compleja estructura de la personalidad adictiva es tan arcana que difícilmente se logran resultados duraderos en su rehumanización si no se apunta a lo más profundo y a lo más alto de la persona, es decir a su fundamento existencial y a su esencial dignidad y finalidad.

En los Institutos y Centros sobre drogas efectivamente se estudia con detenimiento todo tipo de teorías y de instrumentos terapéuticos más eficaces, pero no siempre se tiene una visión de conjunto de a quién van dirigidos dichos instrumentos, esto es, una visión humana global del *ser-en-el-mundo-adictivo*. Hasta llegar a descubrir que en la problemática de las adicciones el principal problema no es *prioritariamente* la adicción sino la persona adicta, y después ser coherente con este principio fundante en las terapéuticas que se apliquen, en primer lugar hace falta un conocimiento teórico antropológico previo que explique esencial y existencialmente quién es el ser adicto, y cuál es la lógica interna de los procesos de su regresión y de su maduración, y en segundo lugar hace falta ejercitar una terapéutica que rehumanice de verdad y a la vez respete la libertad de la persona adicta. Si podemos distinguir entre la persona y su adicción ello es posible porque la persona es un ser más real, más profundo y más íntimo, visto desde un conocimiento típicamente humano, que el ente objetivo de su adicción, con lo cual estamos priorizando a la *persona* frente a su *objeto* de deseo adictivo merced a un

fundamento antropológico previo. Y ello nos pone bien en claro que el mero-objeto-adictivo es una tentación de la persona adicta de *reducir* toda su rica y compleja realidad personal a algo dominable, algo posible de verificación y control, y, por tanto, *manipulable*. Al contrario, toda persona posee características propias que superan las condiciones de lo espacio-temporal que ostentan los objetos, tal y como han puesto de manifiesto las mejores corrientes filosóficas existenciales y humanistas contemporáneas como el personalismo y la filosofía dialógica, entre otras.

Esta visión humanista inicial de las adicciones, que se fija primero no en qué es la adicción sino en *quién* es la persona adicta, podemos llamarla “visión antropológica personalista” porque prioriza a la *persona* y no al *objeto* droga. Diríamos que las ideas de la antropología personalista más actual (Burgos, 2003, 19 ss.) estarían perfectamente adaptadas para explicar la realidad de la persona adicta hoy día porque ya no podemos dudar de que “el problema es la persona y no la droga” (De Leon, 2000, 35). Priorizar la conducta adictiva, y las perturbaciones psíquicas o el deterioro físico que la adicción puede originar, al poner el objeto-droga (sustancia o conducta) en el centro de la problemática lo que hace es dar lugar a una visión reduccionista de la persona adicta invirtiendo el enfoque cultural y profesional del problema, entre otras cosas porque es más fácil de adoptar. La gran mayoría de la investigación experimental sobre las adicciones que se lleva a cabo actualmente en las Universidades y Centros Superiores de Investigación no sale del unívoco método empírico sin tener en cuenta la grave parcelación de las personas y del ámbito personal del mundo adictivo que ello implica.

Ya en el año 1935 Edmund Husserl, sin duda una de las mejores inteligencias del siglo XX, advirtió a la comunidad científica de su tiempo que “meras ciencias de hechos hacen meros hombres de hechos, porque exclu-

yen por principio precisamente las cuestiones relativas al sentido o sinsentido de la entera existencia humana" (1991, 6)<sup>2</sup>. El resultado de esta exclusividad analítica tan extendida en la investigación y en la práctica psicoterapéutica contemporánea es fruto de una *visión antropológica reduccionista* de la persona (adicta o no). El problema no es que en la actualidad no exista una visión antropológica previa, es que la que existe está generada por una concepción de la persona mutilada de raíz. La *visión antropológica* personalista de las adicciones, al contrario, la eleva hasta lo mejor de sí misma porque es una visión de totalidad y de unidad y, por tanto, es la visión más realista de la persona precisamente porque está fundada en aquello que la trasciende.

Cierto que las personas estamos inclinadas por una parte irracional que vive en nosotros, y que la ciencia y la literatura universal se encarga de amplificar. El gran escritor húngaro en lengua inglesa Arthur Koestler pensaba que el cerebro consta de dos mitades, una pequeña parte ética y racional, y otra enorme trastienda animal y territorial, cargada de miedos, de irracionalidades, y de instintos sexuales y violencias<sup>3</sup>. Pero ello, aparte de ser magnificado en la creación literaria y la cultura audiovisual actuales, a lo sumo indica que la persona que quiera dar prioridad a su ser racional tiene que realizar de entrada un esfuerzo mayor que si elige priorizar su ser irracional, pero no que una de las dos mitades *siempre e irreversiblemente* prevalezca necesaria y fatalmente sobre la otra, o dependa de la otra, ni que por sí sola y de por vida haga *dependientes* a las personas.

---

<sup>2</sup> *La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental*, publicada postumamente en 1954 proviene de una conferencia escrita en el año 1935 con el título de "La filosofía en la crisis de la humanidad europea" (Husserl, 1991, 323-358).

<sup>3</sup> Cf. *El loto y el robot* (The lotus and the robot, 1960), *El fantasma en la máquina* (The ghost in the machine, 1967), *Las call-girls* (The Call-girls, 1972), etc.

Y cierto que todas las personas tenemos fantasmas. El miedo, por ejemplo, no es más que el fantasma de la simple anticipación anímica de un mal posible o probable que, ateniéndose a las estadísticas, pocas veces llega a cumplirse de verdad. Pero al miedo, como a la adicción, se le puede y se le debe plantar cara. ¿Qué son el susto y el terror, sino fantasmas virtuales que, en definitiva, sólo existen en nuestra imaginación? Toda persona, por muy equilibrada que sea en los tres dominios de cuerpo, mente y espíritu, tiene miedos, fantasmas que Freud acertadamente situó en el inconsciente.

Quizá el miedo más característico de la persona adicta sería el "miedo a toda verdad", según la acertada expresión de Gianni Vattimo en *El Pensamiento débil*, que no es sino el miedo a enfrentarse a su realidad adictiva. El miedo sería el sustrato de su esclavitud existencial, y lo evidencia la destrucción de su personalidad a la que se ve sometida. Por este camino, enseguida concluiremos que todos somos susceptibles de seguir alguna conducta de tipo adictivo. Pero la diferencia entre dejarse llevar y autodominarsé estriba en saber someter los fantasmas que nos obsesionan al crisol de la razón y espantarlos. Toda persona alguna vez en su vida siente el miedo del instinto adictivo, pero cuando no lo consiente es porque de hecho prevé que lleva enroscado en sus entrañas una radical desesperanza. De igual modo, la persona adicta en vías de rehumanización experimenta que puede luchar y vencer a sus fantasmas más íntimos cuando se posicionan sobre ellos los destellos de la esperanza. El miedo, en definitiva, dibuja el proteico mundo del fenómeno adictivo, entre otras razones porque pertenece al mundo humano. Nuestras vivencias cotidianas, desde la satisfacción de las necesidades básicas como comer o dormir hasta las más complejas como las relaciones personales, en general varían poco, y desde que nacemos dependemos de estímulo

los internos y externos que en su mayoría son predecibles porque se repiten con regularidad. El psiquiatra Luis Rojas Marcos (2000) repara en que las personas somos por naturaleza *dependientes* de muchas cosas y que la mayoría de nuestros hábitos nos aportan una cierta dosis de seguridad en nuestra vida cotidiana y representan dependencias y usos constructivos y benignos, a la vez que nuestra naturaleza nos proporciona la capacidad para aprender, para cambiar, para adaptarnos a circunstancias diferentes y para superar los contratiempos de la vida. El problema estaría cuando esas dependencias se convierten en compulsivas o adictivas.

La frontera entre la dependencia adictiva y la dependencia no adictiva o la no-dependencia estaría en hacer girar *todo nuestro ser* en torno a algo o a alguien que nos anula como personas. Vistas las cosas bajo este prisma podemos sostener que en potencia todos podemos llegar a ser adictos, en mayor o menor grado. Hemos sido adictos de alguna forma por ejemplo cuando hemos experimentado el vértigo de una *ambición económica* desmedida, o de alcanzar poder para manipular a los demás, o el deseo de obtener un *placer irracional compulsivo*<sup>4</sup>. Cualquier situación incitadora de placer autonomizado puede acabar generando dependencia, y la mayor parte de las conductas compulsivas nacen de hábitos de comportamiento de los que la persona es responsable en última instancia. Las características psicosociales de cada persona son las que determinan y modulan la vía concreta y particular hacia un tipo de adicción.

---

<sup>4</sup> Podemos imaginar lo que puede ser estar obsesionado continuamente día tras día por un mismo tema, porque pasamos por momentos en la vida en los que parece que no podemos dejar de pensar en algo o alguien que nos llega a quitar el sueño. La raíz del comportamiento adictivo sería entonces la enajenación mental y física propia de esa esclavitud existencial.

De la vivencia particular de estas experiencias adictivas se desprende ya una idea antropológica clave, que se nos irá apareciendo cada vez más clara, de considerar *la libertad personal* mayor de lo que normalmente se le atribuye, o al menos en la misma proporción que normalmente se le atribuye al fatalismo. Efectivamente, desde la experiencia del ejercicio de la libertad personal estamos en mejores condiciones reales de poder llegar a establecer los fundamentos de las personas adictas, y sobre todo de conocer los procesos de su rehumanización. La humanidad comparte la misma tierra (*humus*), y ello nos permite comprender por qué “bajo ciertas condiciones biológicas psicológicas y sociales patológicas que interfieren con nuestras cualidades adaptativas y nuestros instrumentos naturales de defensa, una proporción de hombres y mujeres pierden la capacidad de controlar su comportamiento y desarrollan dependencias adictivas. Independientemente que el objeto de adicción sea la droga, el alcohol, la comida, el hambre, el juego, el sexo, el poder, la televisión, el trabajo, internet, una relación, o incluso la violencia sádica, los adictos se sienten movidos por una fuerza compulsiva, irracional e irresistible de satisfacer una necesidad inmediata” (Rojas Marcos, 2000, 29). Esto son las adicciones. Con el añadido de que, pasado cierto tiempo inicial, la persona adicta se lanza por la pendiente autodestructora de su hábito adictivo en busca de adormecimiento más que de placer.

Socialmente la más escandalosa de todas las adicciones es la *drogadicción*, aunque para cada persona particular la adicción más grave siempre es la suya. Ahora bien, lo mismo que podemos afirmar con absoluta seguridad que no se sale de las drogas hablando de las sustancias que las producen sino de las personas que las padecen, y que sólo se cambia de verdad atajando las causas existenciales profundas de las personas y no centrándose en la sintomatología

gía, eso mismo debemos sostener respecto de cualquier tipo de adicción. Muchas personas siguen pensando que una adicción es el resultado “inevitable” de consumir alguna sustancia -una droga-, pero tal concepción limitadora es peligrosamente errónea dado que un proceso adictivo puede sustentarse sólo en la repetición de una conducta sin que medie ningún consumo de sustancias.

El fenómeno de la drogadicción ciertamente es un mal particularmente grave porque muchos jóvenes han muerto o van morir por su causa, pero en el resto de las adicciones también es muy grave porque los jóvenes se hallan muy disminuidos en su ser íntimo, y esto en principio no se ve. En los momentos más delicados del crecimiento de los jóvenes la adicción es el síntoma de un malestar existencial, de una dificultad para encontrar su lugar en la sociedad, de un miedo al futuro y al compromiso de la vida adulta, y de una fuga hacia una vida ilusoria y ficticia: “Numerosos jóvenes piensan que todos los comportamientos son equivalentes, pues no llegan a distinguir el bien del mal y no tienen el sentido de los límites morales” (Pontificio Consejo, 2002, 175).

En todo caso, las adicciones (de todo tipo) no deben ser tratadas como un problema exclusivo y preferentemente sanitario ni psiquiátrico. El “dependiente” no es sólo un enfermo que padece una enfermedad física y mental: su tratamiento únicamente sanitario-psicológico está abocado al fracaso si se renuncia a la rehumanización de su persona, que es la verdadera perspectiva global aportada por la antropología filosófica sobre la condición humana. Ya F.G. Schelling, desde su romanticismo, intuyó perfectamente que “el enfermo, como todo hombre, es inagotable” (Jaspers, 1955, 322), lo cual quiere decir que el ser adicto no es sólo una “entidad patológica” es ante todo una *persona* y, por tanto, un ser con posibilidades de cambiar el rumbo de su existencia en cualquier momento merced

a su libertad. La terapéutica actual más valiosa generalizada demuestra que las adicciones son un problema existencial, pedagógico y preventivo antes que sanitario, judicial y policial, y que se ha de afrontar prestando más atención al sufrimiento de cada persona adicta, de su familia y de su entorno próximo, antes que a la intervención paliativa aunque lógicamente esta sea necesaria. Dicho de otro modo, si de verdad se quiere atajar la raíz del problema se han de aplicar tratamientos farmacológicos, sanitarios y psicológicos de *forma rehumanizadora*.

La persona (el hombre) era definida por Gregorio Marañón como una unidad estructural y funcional, ser vivo racional que siente, padece, sufre y quiere más que odia; y la enfermedad como una anomalía que altera dicha unidad y el equilibrio físico-psíquico. Por eso diríamos que la “cura” —en sentido heideggeriano— de la persona adicta —y de todas las personas desestructuradas en general—, hoy día atañe a todos los terapeutas (padres y tutores en primer lugar) y a todos los *profesionales* (médicos, psicólogos y profesores, principalmente) *que trabajan rehumanizando* a quienes han caído, y educando y haciendo prevención, o sea ayudando a no caer, a los demás.

Aquí está la clave de por qué los Estados no avanzan en este terreno proporcionalmente a los enormes recursos y esfuerzos que ponen en marcha de todo tipo. Si no se tienen en cuenta los fundamentos antropológicos y existenciales que se encuentran en el principio y en el final de las personas adictas, como mínimo no se capta la complejidad del fenómeno adictivo. Lo expresa poéticamente Mario Picchi (fundador de *Progetto per l'uomo* en Italia, y pionero en Europa de una terapéutica humanista de las personas adictas), cuando nos invita a “contemplar a la persona en su integridad y en sus infinitas posibilidades de rescate y de riqueza interior, en clave preventiva y de rehabilitación [rehumanización], [lo cual] resulta ser la única

estrategia que permite hacer continuas opciones en función del amor a la vida” (Picchi, 1998, 74). Perspectiva que es la más eficaz y, desde luego, la más humana. Y, además, la más rentable.

Esta visión antropológica personalista de las adicciones se apoya en las filosofías humanistas y en las psicologías integradoras, lo cual proyecta una fundamentación existencial que lleva a conclusiones del tipo “teoría, prevención y terapéutica de las adicciones”. El título lo tomo prestado de Viktor Frankl, quien en 1956 presentó a la sociedad de su época una sistemática de su pensamiento, confirmada con una amplia casuística terapéutica ya entonces (Frankl, 1992<sup>5</sup>). A la búsqueda del placer (*Luststrebigkeit*) que Sigmund Freud estimó como el principal motor del ser humano, opuso Frankl la voluntad para encontrar sentido a todas las situaciones humanas (*Wille zum Sinn*), incluidas la enfermedad, la depresión y la muerte, así como en la trágica situación de las adicciones. Lo cual, entre otras consideraciones, inicialmente quiere decir que también la persona adicta tiene más participación en su destino de lo que a simple vista se la quiera atribuir, como un ser que crea el mundo y determina lo que ella es y lo que ella quiere que sea.

A mi juicio, lo que destilan las mejores teorías humanistas filosóficas, psicológicas y pedagógicas de las últimas décadas, es un “nuevo giro antropológico” respecto del llamado giro antropológico de los pensadores antihumanistas del XIX. ¿Estamos ahora en los umbrales de una nueva época para que el pensamiento dé el auténtico giro? ¿Está por hacer el auténtico giro antropológico? Es posible que esta pregunta, largo sueño acariciado por tantos humanistas a lo

largo de los últimos cien años (la filosofía fenomenológica, la filosofía de la existencia, el pensamiento dialógico-personalista,...), aún no halle respuesta definitiva. Pero una cosa es segura, la tremenda realidad actual del ser adicto nos pone en la pista cierta de la necesidad de una re-humanización si la Humanidad quiere tener futuro.

Efectivamente, para entender a la persona adicta es preciso una inversión de la visión antropológica determinista y desesperanzada por una concepción antropológica de la libertad y la responsabilidad personal fundada en la esperanza. Eugenio Fizzotti, discípulo de Frankl, escribe: “visto en la dimensión noética, el hombre trasciende el plano biológico, psicológico y sociológico. No es determinado; más bien determina todas las cosas, se determina a sí mismo. La existencia es, pues, subjetiva, única, singular e individual” (Fizzotti, 1977, 179). Dicho de otro modo, sólo una concepción de la persona esperanzada puede fundamentar a la persona adicta en la esperanza. Nadie puede dar lo que no tiene.

Una persona, por lo demás, que es libre y autónoma porque puede, dentro de sus limitaciones personales, escoger y ordenar los derroteros de su propia existencia. Las condiciones genéticas y sociales están ahí, pero están ahí generalizadas, después cada quien las jerarquiza a su modo. Diríamos que la persona adicta no es una persona *especial* por sus genes heredados o por su marginalidad familiar o ambiental. Estar influenciado genética o materialmente no quiere decir estar determinado inexorablemente, entre otras razones porque también influyen a otras muchas personas que en las mismas circunstancias no derrotan adictivas. Y, en todo caso, una predisposición genética no anula la capacidad última personal e intransferible de acercarse o distanciarse de la realidad. Sólo visto desde la perspectiva de la rehumanización de las personas adictas podemos llegar a

---

<sup>5</sup> Theorie und Therapie der Neurosen: Einführung in Logotherapie und Existenzanalyse (*Teoría y terapia de la neurosis: iniciación a la logoterapia y al análisis existencial*).

saber por vía de experiencia que en última instancia la conducta adictiva es una grave inmadurez personal, fruto del ejercicio de la propia libertad y la propia (i)responsabilidad personal.

Si nos preguntamos qué consecuencias se derivan de considerar a la persona adicta como un ser esencialmente libre en su decisión radical podemos ver, desde este principio, muchas más ventajas y posibilidades explicativas que de la otra forma. Por ejemplo, la persona adicta desde la inicial libre elección de su adicción es esclava de sí misma porque enajena su libertad en algo o alguien que le tiraniza al extremo de no poder controlar su yo mental y personal.

Independientemente del tipo de adicción que le someta podemos encontrar en todos los adictos el denominador común del tipo de persona que ya en 1849 Kierkegaard llamó "el hombre inmediato" (1969, 110), y que hoy se correspondería perfectamente con "la persona adicta". La visión del mundo del "hombre inmediato" sería una clave de interpretación muy válida para explicar la conducta del buscador de placeres continuos y compulsivos, no sólo en el presentismo de una vivencia que necesita ser satisfecha ya, sino en el sentido de quien no es capaz de ganar distancia de perspectiva alguna de su vida, ni pasada ni futura. Comprender al hombre-inmediato y la "inmediatez existencial" en la que vive el ser adicto nos va a aclarar sobremanera su estructura personal y vivencial.

Al avanzar un poco más en estas indagaciones podemos preguntarnos: ¿De dónde le viene a la persona el deseo de ser adicta? Los dos procesos globales más opuestos de la libertad humana, las "experiencias de vértigo" y las "experiencias de éxtasis" —como los denomina el profesor A. López Quintás (1981)—, se producen al salir de sí la persona para trascenderse a su propio yo. Merced a las experiencias de vértigo que lleva a cabo la persona adicta, difumina las fronteras de su yo, rompe los límites de la conciencia para en-

trar en un más allá por la vía rápida de la anulación personal, e incluso de la muerte anticipada. El vértigo le tiende una trampa existencial que la devuelve a la caverna desnuda de su realidad, una y otra vez, con dolorosa obstinación. Despertar para volver a dormir, alargar el sueño artificial para volver a lo real, para volver a empezar un ciclo sin solución de continuidad.

Las personas así condicionadas a menudo siguen llevando con naturalidad su vida diaria, aunque desarrollen una práctica adictiva más o menos frecuente o pasajera, hasta el día en que caen en la situación límite de una única realidad obsesiva: vivir para la adicción. La persona adicta irá ordenando progresivamente su existencia hacia la búsqueda de esa obsesión y, en cierto sentido, vivirá casi exclusivamente para ella. Aunque al principio comience por curiosidad, para evadirse o para eliminar un malestar de la vida, la adicción llegará a ser el único centro de interés de su existencia. Es decir, un círculo en el que la falta de proyectos y la ausencia de ideales hacen que la persona se encierre en sí misma.

La "voluntad de sentido" de que nos habla Viktor Frankl se trueca, en el caso de la persona adicta, en "voluntad de adicción" por la necesidad de autotranscendencia que, en última instancia, necesitamos experimentar todos los seres humanos sea como sea. Es tan fuerte ese deseo de "desaparecer" de lo real que, cuando no enajena a la persona, la pone en contacto con la trascendencia mediante un proceso no de *vértigo*, sino de éxtasis. Tanto las experiencias "vertiginosas" como las "extáticas" sólo cabe entenderlas cabalmente desde el *deseo de trascendencia* que toda persona lleva dentro de sí misma, y que eminentes autores actuales como George Steiner llaman "nostalgia del Absoluto", o "auténtica felicidad" (Martin Seligman), que no sólo se da en las experiencias religiosas o místicas sino que también puede ser traducida en términos de "hambre de lo trascendente, que

observamos en las mitologías, en las metáforas totalizadoras de la utopía marxista, de la liberación del hombre, en el esquema de Freud del sueño completo de Eros y Tánatos, en la punitiva y apocalíptica ciencia del hombre de Lévi-Strauss” (Steiner, 2001, 22), etc. Es decir, estamos ante un fundamento existencial que explica la estructura de los seres personales.

En Viktor Frankl encontramos una explicación filosófica de las neurosis, que se puede aplicar perfectamente a las adicciones, cuando descubre que las neurosis se dan no tanto en una esfera psíquica sino en una esfera noética o espiritual, debidas a problemas espirituales o conflictos existenciales y morales. Es más coherente pensar que no existe una inclinación específica en la persona a la adicción, sino que existen situaciones y ocasiones propensas que conducen a caer en ella. Lo cual nos lleva a la imposibilidad de trazar una línea nítida entre el ser “normal” y el ser “adicto”, entre otras razones porque todos podemos caer en la adicción.

El deseo adictivo de la persona sería explicable por una voluntad de ser feliz pero sin reconocerse a sí misma, algo así como si el yo no fuera el propio yo, sino el yo de otros yo. La paradoja está en que la persona adicta al afirmar el yo mediante su acto libre de elegir ser *dependiente*, precisamente porque quiere ser yo, está negando su yo porque lo destruye al hacerlo depender, no del yo, sino de algo (un objeto, una conducta) o alguien (otro yo) que no es su yo. La persona no adicta, al contrario, sería la persona *independiente* que sigue un proceso de crecimiento personal, como fundamenta muy bien el esquematismo kierkegaardiano: “el yo es una relación que se relaciona consigo misma, [...] que en tanto se relaciona consigo misma, está relacionándose a otro, [...] y que al autorrelacionarse y querer ser sí mismo, el yo se apoya de una manera lúcida en el Poder que lo ha creado” (Kierkegaard, 1969, 47-49).

Otra hermenéutica que explica muy bien el modo existencial de vivir de la persona adicta la encontramos en el ser humano que dibujan la literatura y la filosofía del absurdo, con obras desarrolladas originalmente hacia la mitad del siglo XX<sup>6</sup>. El “hombre absurdo”, en efecto, desemboca también en el tipo de ser humano inmediato que elige entregarse a toda clase de vértigos existenciales que desembocan en la pérdida del sentido de la vida. En última instancia sería esta, la pérdida del sentido de la vida lo que desemboca en lo absurdo de la existencia, claves que explican el ser profundo del adicto y su des-estructuración esencial personal como veremos.

Pero la persona nunca puede dejar de ser persona. Convertirse en animal, por ejemplo, sólo sería una metáfora literaria como hace magistralmente Franz Kafka de Gregorio Samsa, el protagonista de *La metamorfosis*. Como tampoco puede elegir la vida infrahumana del ser vegetal, según desea por ejemplo Calígula al final de su vida en la obra homónima de Albert Camus<sup>7</sup>. Ni siquiera deja de ser persona Gregorio Samsa cuando toca la sima de la nada, como da a entender Max Brod comentando el hecho de que Kafka rebaja a la persona a la condición de animal: “El hombre debe hundirse más profundamente aún, allí donde sólo exista el *todo o nada*” (Kafka, 1977, 11), porque incluso en esa situación Samsa es capaz de pensar

---

<sup>6</sup> A mi juicio son paradigmáticas tres obras: *El extranjero*, de A. Camus (L'étrangere, 1942), *La cantante calva*, de E. Ionesco (La cantatrice chauve, 1950), y *Esperando a Godot*, de S. Beckett (En attendant Godot, 1952).

<sup>7</sup> A propósito de la soledad, Camus hace exclamar a Calígula en diálogo con Escipión el deseo de una vida vegetal subhumana: “¡La soledad! ¿Acaso tú conoces la soledad? [...] ¡Tú no sabes que propiamente solo no se está nunca! Y que a todas partes nos acompaña el mismo peso de porvenir y de pasado. Los seres a quienes uno ha matado están con nosotros [...] ¡Solo! ¡Si al menos en lugar de esta soledad envenenada de presencias que es la mía pudiera gustar la verdadera, el silencio y el temblor de *un árbol!* Mi soledad está poblada de un crujir de dientes y en toda ella resuenan ruidos y clamores perdidos” (Camus, 1957, 90, s.n.).

en los demás, es decir ser persona es lo mismo que ser *relacional*, como lo ve muy bien la filosofía contemporánea a partir de Sören Kierkegaard. La persona es específicamente un ser-de-encuentro.

Por todo ello, las mejores ideas para la práctica terapéutica (médica, psicológica y social) provienen del análisis de los fundamentos de las adicciones desde las perspectivas holistas y globales. Desde la Filosofía, la Psicología y la Pedagogía, los grandes paradigmas teóricos clásicos de las ciencias humanas que nos llevan al conocimiento profundo del ser personal, nos acercaremos al núcleo de ideas que siempre están ahí y que lo único que cambia con los años son las estrategias de las terapias. Ese núcleo humanista es el fundamento antropológico de la persona.

Desde estos enfoques teóricos, en fin, ya se atisba cómo emergen modelos que ejemplifican desde la práctica diaria y la acción concreta la amplia perspectiva filosófica, psicológica y educativa humanistas. Una de las máximas preferidas de Spinoza, siguiendo a Platón, repite que “la cosa excelente ha de ser muy difícil”, lo cual proyecta hacia lo alto la *teoría de la rehumanización* y sus consecuencias terapéuticas y educativas prácticas, porque hoy casi todas las terapias son terapias de facilidad, que terminan en terapias-placebo, no de superación real de las dificultades. Y sin embargo, educar en la lucha por la superación de la dificultad es enseñar a las personas adictas a luchar por resolver sus problemas cotidianos de manera efectiva y real.

Es decir, que para trabajar en la rehumanización de las personas desestructuradas por las adicciones se necesita tener una idea previa antropológica *de excelencia*, porque es la más ajustada a la realidad existencial del ser adicto, igual que toda psicoterapia válida tiene que apoyarse forzosamente en una concepción antropológica previa fuertemente arraigada en la consecución de un ideal, el ideal de la persona

“sana”, que es la postura más real. James Hillman, director del Instituto Carl G. Jung en Zúrich, en su obra *El mito del análisis (2000)*, muestra cómo la psicología ya nació desde un principio como psicopatología, es decir como ciencia de la mente enferma, pero ese perfil es el que presenta la persona adicta, no la persona sana en general ni en primer lugar. De ahí que la rehumanización, como paradigma de la persona sana, nos lleva sin pretenderlo a una antropología filosófica aplicada al abordaje psicológico de las adicciones.

Es momento, por tanto, para dar pasos adelante en psicoterapia. Yo vengo proponiendo sustituir el gastado concepto de *rehabilitación* por el de *rehumanización* (Cañas, 1996). Rehabilitarse se confunde con abandonar el hábito o el consumo de sustancias adictivas, mientras que rehumanizarse, además de dicho abandono, se vincula a transformar conductas personales y ámbitos de sentido asociados a esa esclavitud existencial. Bajo el concepto de *rehumanización* pretendo abrir líneas de investigación que establezcan fundamentos claros y seguros para comprender las adicciones en todos sus aspectos teóricos, y en sus correspondientes prácticas terapéuticas esperanzadoras.

Por la misma razón, si la rehumanización plena de la persona se perfila como el objetivo específico y prioritario de la intervención en las Comunidades Terapéuticas (CT) de autoayuda para adictos, entonces sería preferible hablar ya de *Comunidades de Rehumanización*, en vez de *Comunidades de Rehabilitación*, pues en el momento presente debemos pensar con M. Picchi “que ya no se puede hablar de lucha contra la droga [y las adicciones] si cada uno de nuestros gestos no tiende a promover la dignidad humana, el derecho a la existencia, un reparto más justo de los bienes, la fidelidad a unos deberes ciudadanos, la solidaridad, la responsabilidad compartida” (1998, 85). Esta perspectiva educadora global, apo-



yada en las mejores teorías antropológicas humanistas desarrolladas a lo largo de la historia sería hoy, a mi juicio, la más realista, la más efectiva y la única que posibilita un programa completo de rescate de la persona des-humanizada capaz de abrir perspectivas esperanzadoras para la humanidad venidera.

Quizá la conclusión más optimista de la rehumanización es que hay esperanza en la humanidad. La afirmación de que el ser-persona-en-el-mundo puede salir de la esclavitud existencial de las adicciones, y llegar a ser libres de verdad. La rehumanización, en definitiva, respondería a las más altas aspiraciones utópicas del ideal de la unidad de todas las personas en la historia, y, como ya escribió Karl Jaspers, la "Historia no es más que el movimiento orientado por la unidad mediante representaciones e ideas de la unidad" (Jaspers, 1994, 321 y 339).



Si volvemos ahora la vista a las cuestiones metodológicas, observamos que las conclusiones alcanzadas en el presente trabajo han sido posibles gracias a una *fenomenología de las adicciones y de la rehumanización*, tal vez la aportación teórica más personal al estado de la cuestión<sup>8</sup>. Con el doble objetivo de fundamentar todo tipo de adicciones, por un lado, y de explicar la rehumanización de la persona adicta, por otro, a lo largo de la obra aplico el *método fenomenológico* mediante el cual se pretende describir objetivamente esas dos experiencias contrarias y llegar a comprender que estamos ante fenómenos humanos polarmente opuestos.

Este método iniciado por Edmund Husserl hace casi un siglo, y desarrollado posteriormente por sus continuadores de la escuela fenomenológica (A. Reinach, E. Stein, E. Conrad-Martius, R. Ingarden, M. Scheler, M.

---

<sup>8</sup> Aunque espero que no contenga nada fundamentalmente nuevo, según la advertencia de Robert Spaemann: "cuando se trata de la vida recta sólo lo falso puede ser realmente nuevo" (1989, 9).

Heidegger...), se nos presenta aquí y ahora como un camino actualizado para comprender el mundo de las adicciones y, sobre todo, para conocer la estructura de la persona adicta en su esencia. Dicho brevemente, este método nos va a permitir eliminar todo tipo de prejuicios –y el mundo fenoménico de las adicciones y de la rehumanización está saturado de ellos– para intentar ver lo que la realidad personal adictiva y la realidad personal rehumanizada presentan sin más, anulando los aspectos irrelevantes del fenómeno tal y como se presenta a la conciencia de la persona, y así hasta llegar a su fundamento, es decir, a la intuición de su esencia como diría Husserl.

El método fenomenológico de momento revela, por un lado, que nuestro conocimiento de la vida (teórico y práctico) siempre es intencional, es decir que conocemos porque tenemos una intención previa de conocer, y por otro que es esencialmente similar para todos, lo cual constituye un fundamento válido para un conocimiento de la vida personal objetivo y universal. Husserl, que llama al método "fenomenología trascendental", lo concibe como una tarea de clarificación para poder llegar a la esencia de las cosas mismas partiendo de la propia subjetividad, pero no como una descripción empírica o meramente psicológica, sino trascendental, es decir constitutiva del conocimiento-de-sentido de lo experimentado, porque se funda en los rasgos esenciales de lo que aparece a la conciencia de la persona. Después de Husserl, muchos de sus seguidores del Círculo de Göttingen emplearon el método fenomenológico para emprender una "vuelta a las cosas mismas" (*zu den Sachen Selbst*), que será a partir de entonces el mejor camino para hacer filosofía partiendo de la experiencia<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Adolf Reinach destaca de la fenomenología su aspecto metódico como la aportación definitiva husserliana a la historia del pensamiento: "la fenomenología no es un sistema de proposiciones y verdades filosóficas -dice- sino un *método de filosofar* que viene exigido por los problemas de la filosofía" (1986, 21, s.n.).

Y tanto las adicciones como su posterior superación de las mismas, comparten el simple y primordial estatuto de ser, ante todo, experiencias personales.

Hoy por hoy a mi juicio la fenomenología, con sus desarrollos posteriores y los complementos de otras teorías, se posiciona como el mejor método -no un método más-, el más válido para captar la esencia de fenómenos personales tan complejos como los fenómenos adictivos. Porque además de poder fundamentar *objetivamente* los fenómenos adictivos en general y alcanzarlos en teoría, el método fenomenológico tiene una aplicación práctica inmediata *subjetivamente*, es decir puede ser aplicado por la persona tanto en fase adictiva como en fase rehumanizadora, porque en definitiva lo que se posibilita mediante la comprensión del fenómeno es un camino válido para que la persona se vuelva hacia su realidad, mire dentro de sí misma, y reflexione sin juicios preconcebidos sobre su vida y su ser personal real, y pueda por último prever su destino futuro. Así, la persona entra en contacto directo con su experiencia íntima, con sus vivencias en el “aquí y ahora”, única forma de que no se evada de ellas (ni de sus pensamientos, ni sensaciones reales) mediante una especulación inútil.

Comprender la realidad partiendo de esta *experiencia universal*, una experiencia que la pueden hacer todas las personas, eso es algo que se puede erigir en fundamento, es decir, en saber teórico y práctico científicos. Algún ejemplo de categorías rehumanizadoras de la persona que intenta dejar de ser adicta nos ilustra ahora estos comienzos metódicos. La vivencia de la categoría de *la verdad* por parte de un exadicto, por ejemplo, surge del análisis fenomenológico de la experiencia ética de una persona que encuentra ante sí valores de honestidad (no mentir, respetar a los demás...) y estos valores la mueven a la acción práctica para llegar a ser persona veraz y honesta. La categoría de *la relación*, otro ejemplo, surge de la expe-

riencia de la intersubjetividad o encuentro interpersonal a través de la palabra o de cualquiera de los lenguajes humanos, o del *amor* que, como bien subraya Ferdinand Ebner, procede de una relación que no se establece entre un sujeto y un objeto, sino entre dos seres personales. Estas categorías teóricas (verdad, relación...) sólo se entienden cuando se viven como experiencias prácticas (de amor, de respeto, de fidelidad a una palabra dada, etc.) a las cuales sólo cabe *aproximarse concretamente*, como descubrió Gabriel Marcel también por esta época de entreguerras<sup>10</sup>.

Observemos que se trata de experiencias personales, en plural. Para autores personalistas contemporáneos como Maurice Nédoncelle, el punto de partida de toda filosofía sería la experiencia (fenomenológica) de la conciencia de sí misma percibida por la persona *en comunión* con otras conciencias de otras personas. Según esto no se puede concebir a la persona como una entidad aislada y luego se le añade la relación interpersonal, porque esa relación estaba ya dada desde el principio como fundamento esencial. En *La reciprocidad de las conciencias*, la obra principal de Nédoncelle, afirma que el “yo pienso” tiene antes que nada un carácter recíproco y que “la comunión de las conciencias es el hecho primitivo” (1942, 310), de modo que la persona tomaría conciencia de sí misma precisamente teniendo presente la existencia de otras conciencias, es decir, que se encuentra desde el inicio en *relación* con los demás.

Todo esto indica que la idea de *ser persona* surge esencialmente no deducida de una teoría o teorías, sino de la experiencia radical de verse a sí misma como *un ser al que se le puede calificar de personal*.

---

<sup>10</sup> Puede verse su importante obra metodológica del año 1933 “Position et approches concrètes du Mystère Ontologique” (*Aproximación al misterio del ser*. Encuentro, Madrid, 1987, trad. J.L. Cañas).

En efecto, desde que el ser humano piensa por vez primera en sí mismo, tiene conciencia de ser-yo-mismo, es decir desde que tiene memoria de la primera vez en su existencia en que se capta como *ser único* existente, en torno a los tres años de vida, su idea de ser persona le surge del análisis fenomenológico de una experiencia personal radical. Entonces, el ser humano encuentra en sí, no frente a sí, la razón esencial de su ser-en-el-mundo mediante la experiencia de *unicidad*, esto es ser persona, experiencia de sí unívoca y fundamental que ya no le abandonará jamás a lo largo de su existencia.

Esta experiencia radical, pues, se convierte en punto de partida de la filosofía, esto es, de la reflexión fundamental y universal que lleva a cabo cada persona sobre los hechos de experiencia, por ejemplo de los hechos adictivos, hechos que encuentra sin dificultad dentro de sí misma mediante la toma de conciencia de sí, de los demás y del mundo que le rodea.

De todo ello podemos concluir que a la realidad del ser personal se accede no tanto desde un pensamiento subjetivista que se encierra en sí mismo, ni desde un planteamiento objetivista-cientificista incomprometido, pues la persona no es un objeto y "sólo se definen los objetos exteriores al hombre y que se pueden poner ante la mirada", como bien escribió Emmanuel Mounier (1962, 6), sino desde la *experiencia del misterio de ser persona*, como reducto último de su ser. Por consiguiente, la fundamentación del fenómeno adictivo encuentra un suelo firme de partida en la tematización de la primera vez que la persona adicta se experimenta a sí misma como persona, y a partir de entonces conoce que ese yo, que permanece esencialmente invariable y que la permite establecer y fundar la identidad y continuidad de su ser persona, es el sello de la unidad y la singularidad que la acompaña siempre, no de forma estática antes bien en continua evolución cre-

adora, como señala Bergson, hacia la perfección y a lo largo de su existencia.

Así, pues, mediante la aplicación de esta metodología fenomenológica ponemos a las personas adictas ante su experiencia radical de *ser-persona-adicta* y ante la reconsideración de su posicionamiento en el mundo y su autodestructivo modo de acceso a la realidad, así como su posible rehumanización posterior o *ser-persona-rehumanizada*. Para ello he seguido de cerca el desarrollo del método fenomenológico llevado a cabo por el filósofo personalista A. López Quintás a través de los que denomina "triángulos hermenéuticos", una metodología de comprensión de las experiencias personales mediante el análisis de la interacción de las categorías de inmediatez (vértice a), distancia (vértice b) y presencia (vértice c) plasmadas en forma de distintos triángulos<sup>11</sup>. Pueden parecer al principio conceptos difíciles de captar, pero siguiendo con atención su despliegue vemos cómo efectivamente sirven para explicar los fundamentos de las experiencias personales de todo tipo, es decir tanto de las conductas adictivas como de las de rehumanización. En efecto, esta metodología "triangular" intenta mostrar que la realidad es dinámica y flexible y que para cada fenómeno o experiencia personal existe una presencialidad bien de tipo cerrada o bien de tipo abierta, y cómo los diversos tipos de experiencias que la persona tiene o puede tener han de ser matizados convenientemente según su modo peculiar de ser. Así, combinando los diversos modos de inmediatez y

---

<sup>11</sup> "Hay tres categorías decisivas en todo análisis filosófico relativo al proceso humano de conocimiento: inmediatez, distancia y presencia [...] De la interacción mutua de cada forma de *inmediatez* con cada forma de *distancia* surge un modo específico de *presencialidad*" (López Quintás, 1971, 59-60, s.n.). Mediante los triángulos que podemos llamar *cerrados* (pp. 77-86) matizamos las distintas experiencias que subyacen en la vida de las *personas adictas*, mientras que los triángulos *abiertos* (pp. 87-109) nos permiten comprender las experiencias básicas de las personas en vías de *rehumanización*.

distancia a que puede situarse la persona adicta o la persona rehumanizada respecto a su mundo, se explican los diversos modos de experiencia o presencialidad cerrada o abierta.

Hemos de tener siempre muy presente que la realidad personal está repleta de hondura y flexibilidad en su estructura, y como tal es necesario estudiar estas categorías y verlas en interacción dinámica. Se necesita entonces hacer orfebrescos análisis metodológicos de estas experiencias adictivas cerradas y, sus contrarias o experiencias abiertas rehumanizadoras. Ello nos va a permitir distinguir y matizar las relaciones básicas que se dan de modo superficial sensible o, por el contrario, de modo profundo o suprasensible, tanto con las cosas como con las personas. Por ejemplo, en las experiencias adictivas la persona se relaciona de modo superficial *inmediato* (vértice a) fusionado con su objeto adictivo, mientras que en las experiencias rehumanizadoras se relaciona de modo profundo a la *distancia* (vértice b) ajustada con su realidad personal.

La *inmediatez*, primera de las tres categorías de los triángulos hermenéuticos, ayuda sobremanera para comprender las experiencias llevadas a cabo por las personas adictas. La “inmediatez de fusión” es el modo de unión más intenso de dos realidades pero el menos perfecto: justamente lo que le pasa al adicto con su adicción, que ambos se funden —adicción y adicto— como dos trozos de cera y entonces la persona termina confundándose con una cosa. De forma indirecta captamos que esa “inmediatez fusional” entre dos realidades tan distintas degrada a la persona de nivel, la cosifica. Es decir, que la persona adicta se queda reducida a su vertiente cosificable.

La experiencia del encuentro personal que acontece en la rehumanización, por el contrario, responde a la *presencia* ganada merced a la *distancia* personal oportuna, es decir que potencia a la vez a los seres personales y no los disuelve fusionalmente en una

nueva suma cuantitativa. Según la filosofía existencial, y las filosofías personalista y dialógica, hacer la experiencia del encuentro interpersonal implica en esencia un *compromiso* (engagement), como hace la persona en vías de rehumanización que experimenta que su realidad personal está constituida más bien por “ámbitos” que se interrelacionan con otros seres personales, por ejemplo en una CT, que por “cosas” que se manipulan, por ejemplo en el mundo adictivo.

Lógicamente concluimos que no se pueden dar auténticas experiencias de encuentro entre las “cosas” o los meros objetos. Lo meramente objetivo permanece exterior a la persona y en este sentido no puede haber creatividad. Lo mismo sucede cuando la atracción interpersonal es muy fuerte: la forma de unidad entonces es la de fusión y, por tanto, de la indebida distancia de respeto. Ello, llevado al extremo anularía la autonomía propia de los seres personales y, al contrario, “vistos los seres [personales] más como *ámbitos* que como meras *cosas*, puede afirmarse que el Infinito se patentiza *en* el espíritu humano y que éste queda sobre-cogido por Él y elevado a un nivel de plenitud” (López Quintás, 1971, 270). Lo cual nos lleva a concluir, entre otras perspectivas, que el descubrimiento colosal de la estructura esencial de la persona se debe a su posibilidad de poder hacer la experiencia singular y única de la trascendencia.

Previo al análisis de las experiencias concretas del ser adictivo o del ser-rehumanizado, interesa analizar las experiencias constitutivas de la estructura del ser humano en general, y por tanto describir los fundamentos antropológicos esenciales como la libertad y la responsabilidad, la verdad y la mentira, o como el lenguaje y la incomunicación, experiencias propias de los fenómenos del encuentro personal relacionadas con el rico mundo de los sentimientos como el amor o la esperanza. Todas ellas, en fin, experiencias clave para comprender todo tipo de relación “persona-objeto”, o

como se relaciona por ejemplo la persona adicta con su droga, y "persona-persona", o como se relacionan por ejemplo las personas en vías de rehumanización con los demás compañeros de una CT, etc.

Estas y otras conclusiones metodológicas propias del campo de las ciencias humanas o "ciencias del espíritu", serían complementarias a las aportadas por la investigación básica de la ciencia empírica o "ciencias de la naturaleza", según la clásica distinción diltheyana. Pero no siempre se hace ni se ha hecho este esfuerzo integrador, antes bien hoy día asistimos a muchos desenfoces científicos por culpa de esta radical escisión metodológica. A mi juicio, para avanzar de verdad en la teoría y en la terapéutica de las adicciones es necesaria la integración de ambos paradigmas, y ello sólo lo consiguen el científico y el humanista de talante abierto que saben apoyarse en el contraste y no en la contradicción de sus respectivas metodologías, entre otras razones porque son conscientes de sus propios límites.

A modo de ejemplo nos puede servir ahora la siguiente investigación neurobiológica sobre una determinada conducta adictiva: "A partir de la existencia de un *sistema* cerebral propio donde interaccionan los principios activos de la marihuana, y en especial el Tetrahidrocannabinol (THC) los neurobiólogos han identificado *piezas* que participan en la adicción a cannabinoides y opioides, con dos visiones del mismo fenómeno: si varias adicciones confluyen en unos puntos comunes del sistema cannabinoide se produce la vulnerabilidad adictiva, es decir el consumo de una droga altera las *piezas* que son utilizadas por el *mecanismo* de otra droga. Esos puntos de confluencia pueden representar *dianas* farmacológicas mediante las cuales diseñar estrategias paliativas y terapéuticas" (Navarro y Rodríguez, 1999, 28-29, s.n.). Hasta aquí este tipo de discurso científico. Podemos comprobar con facilidad cómo este modelo, en este

caso aplicado al campo de la neurobiología, no sale del estrecho reducto del lenguaje mecanicista: *piezas, sistema, mecanismo, "dianas"*... Lo interesante es comprobar cómo partiendo de este paradigma tan mecanicista los mismos científicos concluyen que las sustancias actúan en el cerebro a través de los mismos sustratos bioquímicos, y aunque todas las "drogas de abuso" tienen sus particularidades, el "mecanismo" por el cual modifican el llamado sistema de recompensa es la base neurobiológica común del *fenómeno adictivo*.

Subrayemos el concepto de fenómeno adictivo del párrafo anterior, porque parece que este científico tiene "necesidad" de dar el salto a la universalidad de un fenómeno que es mucho más complejo que lo meramente neurobiológico, según hemos apuntado mediante el método fenomenológico. Pero inicialmente su objetivo es *sólo* comprender los mecanismos celulares y moleculares implicados entre los estados que provoca el consumo de una droga, así como de los estados transitorios a los que dan lugar entre ellos mismos.

Ante este modelo explicativo es evidente la ventaja del modelo antropológico personalista porque aporta la visión total o global de la persona, no sólo de una parte, por muy fundamental que sea, como en este caso la bioquímica o la somática. De modo que el científico-humanista (con guión), apoyándose en esos mismos datos que le suministra la neurobiología, no tardará en concluir que el fenómeno adictivo no es cambiante, como pudiera parecer por ejemplo si se piensa que los cannabinoides ya desplazaron a los opioides, y que la tendencia es que las anfetaminas y las drogas sintéticas desplacen a la cocaína y el cannabis. Pero esto son variables sociales aleatorias, es decir igual que vienen se van para después volver, etc. En realidad lo que cambian son las sustancias, no la experiencia adictiva de las personas, y esto es lo relevante para el científico humanista tal y como le

muestra el método fenomenológico. Lo relevante, en suma, para poder hacer una fundamentación aquilata del fenómeno de las adicciones.

Desde un modelo antropológico personalista, en fin, llegamos a la certeza de que se puede salir del mundo adictivo para volver a encontrar el camino de la confianza en la vida. Eso es, en esencia, la rehumanización. Abordar la rehumanización de la persona adicta desde el esfuerzo de conocerla y comprender su mundo interior es llevarla al descubrimiento o al redescubrimiento de su propia dignidad, “mediante una confiada reactivación de los mecanismos de la voluntad orientada hacia ideales seguros y nobles” (Pontificio Consejo, 2002, 32). La “novedad” de una antropología rehumanizadora consiste en ver que la persona es un ser que busca perennemente el significado de la propia vida en la autotranscendencia.

Todo esto encierra el emergente *paradigma de la rehumanización*. Un paradigma, en fin, que tiene la doble garantía de recibir la herencia de la filosofía desde la antigüedad, por un lado, y de la ciencia más actual, por otro. Quizá el modelo que más le convendría es el *paradigma holográfico*, en la propuesta integradora de filosofía y ciencia (psicología y religión) que vienen haciendo desde hace dos décadas autores como Ken Wilber, David Bohm, Fritjof Capra, Marilyn Ferguson, Renée Weber, Karl H. Pribram, etc. “Mi punto de vista es éste: se esté o no de acuerdo con el (los) nuevo(s) paradigma(s), hay una conclusión clara: como mucho, la nueva ciencia requiere espíritu; como poco, deja un amplio espacio para el espíritu. En cualquier caso, la ciencia moderna ya no niega el espíritu. Y eso es lo que hace época” (Wilber, 1987, 11).

Espíritu y ciencia, a la vez, se aúnan espléndidamente en la actualidad en el paradigma de la rehumanización. No olvidemos que las adicciones tienen un gran poder esclavizante del corazón y de los sentimientos humanos, y que, en definitiva, no pueden dar la felici-

dad. Esta sería, a mi juicio, la gran aportación al futuro de la humanidad: que una parte importante de la *felicidad personal* puede venir a la sociedad actual indirectamente a través del mundo de la rehumanización de las adicciones.

## REFERENCIAS

- BURGOS, J.M. (2003) *Antropología: una guía para la existencia*. Palabra, Madrid.
- CAMUS, A. (1957): *Teatro. “Calígula”* (4ª ed.). Losada, Buenos Aires. (Calígula, 1945).
- CAÑAS, J.L. (1996) *De las drogas a la esperanza*. Una filosofía de la rehumanización. Ed. San Pablo, Madrid.
- CAÑAS, J.L. (1996a) “El hombre adicto: una hermenéutica del sentido existencial”. En *Cuadernos de Pensamiento* 10 (1996), 193-209.
- CAÑAS, J.L. (1997) “Educar para rehumanizar”. En *Boletín del Colegio Oficial de Doctores y Licenciados*, 82, 33-35.
- CAÑAS, J.L. (2002) “Antropología de las adicciones”. En *Revista Proyecto*, 41 (Dossier nº 41, 27-38).
- CAÑAS, J.L. (2003) *Soren Kierkegaard. Entre la inmediatez y la relación*. Trotta, Madrid.
- DE LEON, G. (2000) *The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method*. Springer Publishing Company, New York. (Trad. *La Comunidad Terapéutica*, Desclée de Brouwer, Bilbao, 2004).
- FIZZOTTI, E. (1977) *De Freud a Frankl. Interrogantes sobre el vacío existencial*.
- FRANKL, V. (1979) *El hombre en busca de sentido*. Herder, Barcelona. (*Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager*, 1946).
- FRANKL, V. (1992) *Teoría y terapia de las neurosis: iniciación a la logoterapia y al análisis existencial*. Herder, Barcelona. (*Theorie und Therapie der Neurosen: Einführung in Logotherapie und Existenzanalyse*, 1956).

- HILLMAN, J. (2000) *El mito del análisis*. Siruela, Madrid. (*The Myth of Analysis, Three Essays in Archetypal Psychology*, 1992).
- HUSSERL, E. (1991) *La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental*. Crítica, Barcelona. (*Die Krisis der europäeischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie*, 1954).
- JASPERS, K. (1955) *Schelling, Grösse und Verhängnis*. Piper Verlag, München.
- JASPERS, K. (1994) *Origen y meta de la historia*. Altaya, Barcelona. (*Vom Ursprung und Ziel der Geschichte*, 1949).
- KAFKA, F. (1977) *La Metamorfosis* (Versión de A. Reyes). Prisma, México D.F. (*Die Verwandlung*, 1915).
- KIERKEGAARD, S. (1969) *La Enfermedad Mortal o de la desesperación y el pecado* (Trad. D. G. Rivero). Guadarrama, Madrid. (*Sygdommen til døden*, 1848).
- LÓPEZ QUINTÁS, A. (1971) *Metodología de lo supra-sensible II. El triángulo hermenéutico*. Editora Nacional, Madrid.
- LÓPEZ QUINTÁS, A. (1981) *La juventud actual entre el vértigo y el éxtasis*, Narcea, Madrid. (2ª ed. ampliada en Ed. Public. Claretianas, Madrid, 1993).
- MARCEL, G. (1987) *Aproximación al misterio del ser* (Trad. J.L. Cañas). Encuentro, Madrid. (*Position et approches concrètes du Mystère Ontologique*, 1933).
- MOUNIER, E. (1962) *El personalismo* (Trad. A. Aisenson & B. Dorriots). Ed. EUDEBA, Buenos Aires. (*Le personalisme*, 1949).
- NAVARRO, M. y RODRIGUEZ, F. (1999) "Estudio de la adicción. El cánnabis como droga de abuso". En *Revista Proyecto*, 29, 27-38.
- NEDONCELLE, M. (1977) *La reciprocidad de las conciencias: ensayo sobre la naturaleza de la persona* (Trad. de J.L. Vazquez y U. Ferrer). Caparrós, Madrid. (*La réciprocité des consciences*, 1942).
- PICCHI, M. (1998) *Un proyecto para el hombre*. PPC, Madrid. (*Un progetto per l'uomo*, 1994).
- PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE LA SALUD (2002) *Iglesia, droga y toxicomanía*. Ed. EDICE, Madrid. (Città del Vaticano, 2001).
- REINACH, A. Von (1986) *Introducción a la fenomenología*. Encuentro, Madrid.
- ROJAS MARCOS, L. (2000) "La sociedad y el fenómeno de las dependencias". En *Revista Proyecto*, 34, 27-38.
- SPAEMANN, R. (1989) *Glück und Wohlwollen. Versuch über Ethik*. Klett-Cotta, Stuttgart.
- STEINER, G. (2001) *Nostalgia del Absoluto*. Siruela, Madrid. (*Nostalgia for the Absolute*, 1974).
- WILBER, K. (1987) *El paradigma holográfico: una exploración en las fronteras de la ciencia* (Trad. D. González). Kairós, Barcelona. (*The holographic paradigm*, 1982).





**EL ESPÍRITU DE LA COMUNIDAD  
TERAPÉUTICA. TRASCENDENCIA Y  
ESPIRITUALIDAD EN EL SENDERO DE  
LA HUMANIZACIÓN**

**THE SPIRIT OF THE THERAPEUTIC  
COMMUNITY. TRASCENDENCE AND  
SPIRITUALITY ON THE PATH  
TO HUMANISATION**

**Carvajal Posada, Jorge Iván**

Hogares Claret, Colombia.

La comunidad terapéutica es una escuela de vida, un espacio de humanización. La droga es señal de una crisis cuya lección permite reconocer la vía que va desde la dependencia hasta la autonomía, la autoaceptación, la autogestión y la libertad. La dependencia puede ser considerada como un déficit de humanización. La espiritualidad está relacionada con la formación del carácter. Y para que este sea instrumento del espíritu habrá que trabajar el control, compromiso y autogestión.

Se concibe la espiritualidad en el tejido de relaciones. En primer lugar, las relaciones que uno mantiene consigo mismo, cuyos componentes clave serán la transparencia, levedad, consagración, capacidad de distinguir la cualidad de las apariencias y una decidida devoción. En segundo lugar, las relaciones con los otros que llevan a involucrar la totalidad del ser en cada interacción.

The therapeutic community is a life school, a space for humanisation. Drugs are the sign of a crisis, and the lesson it provides enables us to recognise the route that leads from dependency to autonomy, self-acceptance, self-management and freedom. Dependency may be considered as a deficit in humanisation. Spirituality is related to the formation of the character. And to enable the character to become an instrument of the spirit, we have to work on control, commitment and self-management.

Spirituality is conceived in the tissue of relationships. Firstly, the relationships one has with oneself, the key components of which will be transparency, lightness, dedication, capacity to distinguish the quality of appearances and determined devotion. Secondly, the relationships with others, which lead us to involve our whole being in each interaction.

Urdimos la vida sobre una trama de relaciones, en la que vínculos y reciprocidades conforman los elementos claves de un tejido de soporte, en el que tenemos nuestra vida, nuestro movimiento y nuestro ser.

La esencia de la comunidad terapéutica es ese algo intangible que se infiltra como agua en el campo de las relaciones humanas, para llenar silencios, interacciones y palabras de un poder terapéutico que no posee ningún medicamento.

Esa inmersión total en un espacio de comprensión amorosa, permite reconstruir el tejido de la humanidad en cada quien. A esa reconstrucción la llamamos proceso de humanización, cuya esencial esencia es espiritual: Es la esencia de la auto-ayuda y de la ayuda mutua, una espiritualidad cotidiana que se teje en la relación del residente consigo mismo y con los otros, que reconstruye vínculos y despierta reciprocidades para descubrir el territorio sagrado del nosotros. En esa dinámica de humanización, la transparencia, la humildad, la honestidad, la alegría, el perdón, la reconciliación, la tolerancia y la paz se revelan en cada residente como facetas del diamante del Ser.

Ser de nuevo humanos, pertenecer a la humanidad, asumir la responsabilidad de la propia libertad y, en el liberarse de toda dependencia, descubrir el mayor don, aquel de dar que libera en el hombre una infinita capacidad de amar. Es la comunidad terapéutica una escuela de vida, en la que se nace cada día al compartir; es un espacio de humanización, en el que se recrea el embrión de una nueva cultura de relaciones humanas, de la que surge la experiencia existencial de la hermandad.

### **LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA: UNA VISIÓN HUMANA DE LA ESPIRITUALIDAD**

La espiritualidad no es religiosidad, ni tiene que ver sólo con algún tipo de confesión religiosa. A escala humana, espiritualidad es aquello que humaniza la

política, la educación, la economía, el arte, la terapéutica, todos esos campos relacionales que cualifican nuestra vida. La espiritualidad es la esencia misma del vivir humano. En la comunidad terapéutica, esta espiritualidad asume la dimensión de puertas abiertas para entrar o salir; se expresa asumiendo el riesgo de la libertad; se va hollando en el sendero de la responsabilidad; se convierte en inclusividad que elimina todo tipo de discriminación racial, política o religiosa; en fin, a nivel de la comunidad terapéutica, la espiritualidad se traduce en un proyecto de humanización, generador de esa milagrosa participatividad que involucra individuos, familias y sociedades víctimas de la dependencia, en una refrescante corriente de libertad con responsabilidad.

La espiritualidad es aquello que llena de vida el comportamiento y da sentido a la rutina del cotidiano vivir. Aunque la espiritualidad ha sido mirada en general como si sólo fuera un capítulo de la religión, es en realidad el más importante de los constituyentes de la vida humana. Está inmersa en la economía, en el arte de vivir la vida, en la fe, en la confianza, en la responsabilidad y la alegría. La espiritualidad es el común denominador de todo aquello que da sentido a la vida y podríamos decir que la espiritualidad es el sentido mismo de la vida humana. No han alcanzado su humanidad los hombres y las mujeres que no ejercen su propia humanidad desde su esencia espiritual.

Vivir espiritualmente es posible cuando se comprende que aun las cosas más sencillas y elementales están constituidas de la materia prima invisible del espíritu; cuando comprendemos que todo, materia, energía e información son distintas vibraciones del espíritu; cuando en la profundidad de la crisis se revela el potencial constructivo y regenerador del alma. Lo trascendente es inmanente al espíritu y el espíritu es inmanente al hombre. El hombre es trascendente porque es espiritual, y tal descubrimiento podría poner fin

a ese nihilismo suicida en el que negamos hasta el presente, porque hemos perdido la visión de futuro. Al mismo tiempo, al vivir espiritualmente –o más humanamente- deshipotecamos la vida anclada a un futuro sin presente: ya la salvación no es sólo en otra vida y se es salvado en cuanto se descubre la más íntima realidad en la unión con Dios adentro. En uno mismo.

Más allá del poder, del placer o los sentidos físicos, la vida humana tiene un sentido espiritual en el constante ejercicio de aprender, para ascender en el proceso de humanización. Este proceso es, en sí mismo, una poderosa corriente espiritual que, en la hermandad, nos aproxima a la unidad. (Y esta interdependencia de la hermandad en la unidad es la condición de una libertad responsable, característica de la más excelsa de las libertades).<sup>1</sup>

#### PREMISAS PARA VIVIR ESPIRITUALMENTE

**1-** Vivir espiritualmente es a la vez un derecho y un atributo esencial de la humanidad del ser humano. (Teniendo aquí en cuenta que los humanos tienen atributos previos al desarrollo de la humanidad como un componente estructural o mineral, vegetativo o animal e instintivo o animal).

**2-** La espiritualidad se despliega en el marco de las relaciones consigo mismo y con los demás. Estas relaciones constituyen la trama de la vida, que está tejida sobre una urdimbre de naturaleza espiritual.

**3-** Este tejido de relaciones está hecho de vínculos y reciprocidades, los cuales constituyen las fuerzas de tensión y de comprensión que dan a la vez solidez y adaptabilidad al campo existencial.

**4-** El vínculo trascendental del hombre es su propia alma. A través del alma se proyectan relaciones humanas fundadas en la hermandad, en las que todos los seres humanos son células del cuerpo de la humanidad.

**5-** Espiritualizar la vida es humanizarla (En una connotación cristiana el mismo Dios se humaniza para redimirnos).

**6-** La caída y el dolor forman parte del proceso de humanización. Ambos permiten revelar el amor, proyectado en la relación como comprensión. (Y ésta es amor con claridad o discernimiento, un amor que nos hace sensibles a la necesidad del otro. Un amor que nos convierte en “Hijos de la necesidad”).

En el marco de estas premisas, la droga, más que una enfermedad en sí, es un señalador de una crisis, cuya lección permite reconocer la vía que va desde la dependencia hasta la autonomía, la auto-aceptación, la autogestión y la libertad. Y todos estos son peldaños en el camino hacia la propia humanidad.

*En síntesis, trascender es humanizarse y la humanización es la experiencia existencial de la espiritualidad. En tal sentido la dependencia es déficit de humanización. Y el ejercicio responsable de la libertad —libre albedrío— es la mayor evidencia espiritual de nuestra humanización. Las comunidades terapéuticas son surcos donde germina —en la paz de la hermandad— la semilla de una nueva humanidad. Son campos de una nueva conciencia, en la que el florecer de nuestra humanidad es amor incondicional, y su fruto maduro es libertad con responsabilidad.*

#### LA ESPIRITUALIDAD Y LA FORMACIÓN DEL CARÁCTER

La conquista de esa libertad personal, que excluye automáticamente toda forma de dependencia, pasa por el reconocimiento de la búsqueda de un equilibrio relacional que contribuye a la formación del carácter.

---

<sup>1</sup> Es esta una unidad que no homogeniza, que reivindica la individualidad y las diferencias; una unidad que de todos modos conserva los dones preciosos de unicidad e interdependencia. Y éstos son requisitos de la auténtica libertad: aquélla en la que podemos vivir la paradoja de unirnos desatándonos, para hacernos interdependientes. Libres.

Tal vez no haya nada más espiritual para nuestra actual humanidad que el desarrollo de todo aquello que pueda contribuir a la formación de un buen carácter, es decir un carácter que sea tan firme como tolerante, tan sólido como flexible, tan auto-afirmativo como humilde, tan disciplinado como armonioso.

Si pudiéramos vislumbrar el carácter como un diamante que puede tanto dejar pasar como reflejar la luz del espíritu, aceptaríamos que el error, la caída o el fracaso, pueden convertirse en preciosos instrumentos para pulir nuestras aristas y revelar la preciosa esencia, escondida bajo la apariencia de la oscura piedra de nuestra personalidad.

En el seno de la comunidad terapéutica es esa esencia humana que permite catalizar la reacción hacia la liberación del fuego interior del amor, lo que permite derretir el hielo de la insensibilidad y la indiferencia y eliminar las barreras de complejos y temores, para subir a nacer a la esencia humana de la hermandad, esa evidencia existencial de la espiritualidad del hombre. Humanizar la vida es avanzar existencialmente, por el sendero de la hermandad, hacia la afirmación del amor, un fuego transmutador que ha eliminado el no ser, para nacer al ser que vive en nuestro interior.

Al construir un buen carácter permitimos la expresión del alma en el ser humano. Y en el alma todos somos hermanos, porque somos hijos del mismo padre: El Espíritu.

La propuesta para la construcción de un carácter, que sea instrumento del espíritu en nosotros, supone la capacidad de *control, compromiso y autogestión*, que están en relación con la capacidad de aceptar la vulnerabilidad y la incertidumbre cuando aprendemos las lecciones del pasado. El **CONTROL** nos lleva a la dinámica interior de la paz y la serenidad que no se pierden frente a las turbulencias externas. Es la genuina paz del corazón que lleva al

auto-control. Este se afirma en una constante capacidad de aprendizaje, lo cual no es posible sin una buena dosis de humildad.

EL COMPROMISO se expresa en la intensa vivencia de un presente que llena la vida de pasión, o de ardiente aspiración. Supone la consagración a una causa que involucra, sin cálculos ni separaciones, todo nuestro ser. Es bien importante en el caso de la drogodependencia, puesto que buena parte de las drogas desencadenan artificialmente —y con todos los efectos destructivos a la vez— la excitación que no se ha podido conseguir en la vida. Si no es apasionante, la vida no merece la pena ser vivida.

LA AUTOGESTIÓN es la tercera condición de un buen carácter y se refiere a la capacidad de auto-recrearse. Retenemos la palabra recrearse que hace alusión al tiempo libre y creativo — tiempo de la libertad— un tiempo interior que nos humaniza, al conducirnos a la libertad de ser nosotros, con todos los otros, un TODO humano, en el seno del cual el hilo de nuestro tejido existencial se llena de sentido.

Veamos ahora, en el marco de la construcción de un buen carácter a través del autocontrol, el compromiso o consagración y la autogestión creativa, la adaptación de una antigua propuesta, que constituye un mínimo común denominador para asumir en nuestras relaciones con nosotros y los otros, para llevar una vida espiritual. Esta propuesta trasciende aquí en su alcance el marco de las comunidades terapéuticas, si bien en ellas encuentra la plenitud de su vigencia.

## LA ESPIRITUALIDAD EN EL TEJIDO DE LAS RELACIONES

Uno se relaciona con uno y con los otros. Sin el uno no hay dos. Sin el yo no existen ni el tú ni el nosotros. Un viejo aforismo o mandato dice: "...Y al prójimo como a ti mismo". Ese "tú mismo" se construye de relaciones interiores, a través de las cuales se elabora una

imagen de sí. Esta es la primera desestructuración en la personalidad adicta: la de la propia imagen. Y el primer objetivo terapéutico es en consecuencia reconstruir la imagen de sí<sup>2</sup>.

### **Las relaciones consigo mismo.**

Sus componentes claves son:

1- **Transparencia**, sinónimo de trans-apariencia. Ser el ser que se es sin complejos de inferioridad ni de superioridad. Se refiere al justo sentido de las proporciones y supone, en principio, la conquista de la propia identidad esencial, más allá de toda máscara o apariencia. Supone en la vida la desidentificación de formas ajenas y externas al ser, y el reconocimiento de sus cualidades internas. Es una forma de economía de la vida que impide el desgaste innecesario producido por la desalineación y la fricción que llevan a la incoherencia. En la transparencia surge una coherencia que permite enfilar todos los aspectos de la vida en la misma corriente del ser esencial que cada quien es.

2- **Levedad**, sinónimo de alegría. Se refiere a la elasticidad, adaptabilidad, fluidez y tolerancia de una personalidad que sabe reconocer en su vulnerabilidad, más que una carencia, una fortaleza real. La levedad viene de la permanente disposición a la aceptación de la incertidumbre y de las crisis existenciales, como maestros (que sólo son reconocidos desde la actitud humilde —leve— del aprendiz). Levedad se refiere a abandonar el lastre de lo no esencial para emprender en alas de lo esencial el vuelo de la propia vida. Levedad es alegría, es gracia, es gratuidad, es aquello que en nosotros está siempre presto para

darse; es lo que hace de la vida un don, un presente, un regalo a través del cual damos y recibimos la Presencia. En la levedad se experimenta la presencia de la paz como un don interior que permite fluir sin resistencia y aceptar lo que somos, con nuestras sombras y dudas, para revelar en nuestro propio centro la levedad de la luz interior. Allí tenemos un permanente punto de referencia, a partir del cual podemos emprender cada día de nuevo el sendero de la vida. La levedad es aquello que en nosotros siempre se renueva porque no se apega ni se congela en el pasado. Cuando de veras podemos disfrutar la vida es porque vamos ligeros de equipaje.

3- **Consagración**. Obsesión y compulsión se convierten en disciplina y dedicación, guiados por una ferviente vocación que da sentido y dirección a la vida. La vida tiene sentido en la consagración, pues una dirección y un propósito iluminan su camino. La consagración transmuta adicción y dependencia en participación libre y responsable en un proyecto de vida, que trasciende la individualidad del pequeño ego, para descubrir el propósito del verdadero Ego o Yo: El alma. Cuando se puede salir de la prisión de la rutina, a través de la dedicación libre y consciente a un proyecto de vida, nuestro campo de relaciones se vuelve sagrado como el más sagrado de los templos. Entonces el lugar del hogar, el lugar del trabajo, todos los lugares de nuestras relaciones humanas se convierten en lugares sagrados, pues en ellos oficiamos con devoción el ritual que nos consagra como discípulos de esa sabiduría que mora al interior de cada ser humano.

4- La capacidad de distinguir la cualidad de las apariencias. Supone la capacidad de distinguir el placer de la felicidad, los sentidos del sentido, la realidad de la apariencia. Se adquiere la capacidad de ver más allá del mundo del consumismo y de la ilusión, la capacidad de vencer el espejismo de un pequeño yo

---

<sup>2</sup>Esta imagen de sí es la clave del auto-reconocerse y auto-recrearse. Tiene relación con procesos tan aparentemente distantes como la calidad del sistema inmunológico y la madurez o inmadurez del "afrentamiento" —la manera positiva o negativa en que nos proyectamos al mundo—, que a su vez es un precioso indicador del riesgo de morir o enfermar.

egoísta y separado del universo de relaciones humanas que puede liberarnos.

5- Una decidida devoción por esa sabiduría interior que utiliza el instrumento de nuestros pensamientos, sentimientos y comportamientos. Es devoción al alma, la expresión de Dios en cada uno.

### **Las relaciones con los otros**

Consecuencia de las relaciones con nosotros, las relaciones con los otros constituyen un espejo para reconocernos, y un colchón de seguridad afectiva que amortigua las caídas. Estas relaciones, que pueden darse en múltiples niveles, tienen especialmente una connotación emocional, que nos lleva a involucrar la totalidad del ser en cada interacción.

1- Inofensividad. Es el *primum non nocere* tan caro a la medicina. Es total inocuidad, incapacidad de ofender o de dañar tanto por acción como por omisión. Es producto del haberse perdonado y es sinónimo de una paz interior en cuya presencia todas nuestras acciones se llenan de sentido.

2- Verdad. Es la total transparencia en la relación con otros.

3- Utilizar el poder como un instrumento de la vida y no convertir a la vida —que es sagrada— en un instrumento del poder.

4- No permitir que nadie se vaya de nosotros peor de lo que llegó. Supone amor exigente, confrontación comprensiva, capacidad de escucha y acompañamiento exento de juicios y prejuicios.

5- Darle a la vida ritmo y colorido, encontrando tiempos y lugares apropiados para llenarla de sentido con nuestra acción. Vigente en el aforismo “Cada cosa tiene su tiempo bajo el sol”, un vivir rítmico lleva a la armonía de la continencia, en la que dosificamos sabiamente nuestras acciones. Así, sin sequías ni inundaciones en nuestro territorio, podemos mantener la fluidez de la reciprocidad y sostener vínculos sólidos y flexibles que nos permitan adaptarnos a los retos de

la vida. Todos los procesos en nuestro cuerpo están sujetos a cantidades y cualidades, que parecen dosificar la corriente misma de la vida. También en la dimensión psíquica, el ser humano encuentra en el vivir rítmico una oportunidad de dar y recibir en las proporciones correctas para conservar la armonía.

## LOS RIESGOS DE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS

## THE RISK OF HARM REDUCTION

**Castaño Pérez, Guillermo Alonso**

Magíster en Drogodependencias. Coordinador Nacional Postgrado en Farmacodependencia  
Fundación Universitaria Luis Amigó

Los programas de reducción de riesgos y de daños están plenamente asentados e impulsados en la actualidad. Considerados como parte integral y complementaria de las políticas que buscan reducir y controlar la demanda de sustancias psicoactivas, es necesario conocer los riesgos que pueden surgir al desarrollar y proponer propuestas de disminución de daño. A lo largo de esta intervención y para evitar que ocurran muchos de esos riesgos se exponen diversas consideraciones y recomendaciones que se deberán tener en cuenta. Unas van dirigidas al enfoque como una etapa intermedia, de modo que posibilite mayor adherencia a los dispositivos asistenciales mientras decide el cambio; dirigida a un perfil preciso de usuarios. Los fundamentos sobre los se debe construir la práctica serán el pragmatismo, la ética profesional, el humanismo y el principio de salud pública. Controles jurídicos y administrativos. En cuanto a los programas que incluyen tratamientos de sustitución deberán ejercerse con control, selección objetiva de sus posibles beneficiarios, con asistencia médica, psicológica y social. Seguimiento global.

Los programas de reducción de daño cuando están enmarcados dentro de acciones que definen muy bien los perfiles de la población de usuarios, tomados como parte de un proceso intermedio e integrados a los demás servicios de atención, aportan una alternativa eficaz y no antagónica sino complementaria a los programas de rehabilitación donde la abstinencia total sea la meta y todo ello a pesar de los riesgos expuestos.

Harm reduction programmes are currently fully established and receive a great deal of impetus. Considered an integral and complementary part of policies that seek to reduce and control the demand for psychoactive substances, it is necessary to be aware of the risks that may arise from the development and proposal of harm reduction proposals. Diverse considerations and recommendations which must be taken into account are put forward during this speech, with the aim of avoiding avoid many of the risks. Some are aimed at the focus as an intermediate stage, to make adherence to the care devices possible whilst the route is being decided; directed towards a precise user profile. The base on which the practice must be constructed is pragmatism, professional ethics, humanism and the principle of public health. Judicial and administrative controls. As regards programmes including substitution treatments, these must be used in a controlled fashion, through objective selection of the potential beneficiaries, with medical, psychological and social care. Global monitoring. When harm reduction programmes are taken as part of an intermediate process, integrated into the other care services and within a framework of actions that defines the user population profile well, they provide an efficient alternative which is not antagonistic but rather complementary to rehabilitation programmes whose aim is total abstinence, in spite of the risks exposed.

Al igual que las mejores y más probadas técnicas y medicamentos para atender los males del hombre tienen sus riesgos e incluso provocan reacciones adversas no deseables, los programas y estrategias de Disminución de Riesgos y de daños no están exentas de ello.

Los nuevos paradigmas propuestos para comprender e intervenir las diversas problemáticas que plantean los viejos y nuevos problemas que afectan al hombre y a la sociedad post-moderna, muchos de ellos adecuadamente probados e incluso impulsados por gobiernos y organizaciones.<sup>1</sup> (1), plantean también peligros que deben ser tenidos en cuenta y reflexionados para ser consecuentes con la premisa Hipocrática universalmente ética de *primum non nocere*.

Entre algunos de los **POSIBLES RIESGOS** que se puede incurrir al proponer y desarrollar propuestas de Disminución de Riesgos y de Daños se encuentran:

1. Proponer los programas y políticas de Reducción de Daño como “panacea”.
2. Considerar la Disminución de Riesgos y de Daños como el objetivo principal de los Programas de Intervención y Prevención de las Drogodependencias.
3. Instrumentar políticamente, los programas de Reducción de Riesgos y Daños como acciones para enfrentar los problemas de seguridad y orden público, olvidando los intereses sanitarios y sociales de los consumidores.
4. Crear climas de aceptación social al consumo de drogas, a riesgo de ser interpretados incluso como estar a favor de la legalización.
5. Englobar las acciones en torno a un objetivo mínimo, no inscritas en estrategias integradas a objetivos

---

<sup>1</sup>Es el caso de las recomendaciones hechas por la Unión Europea, quienes han sugerido que los países que estén afectados de modo grave por el problema de VIH/SIDA asociado al uso de drogas por vía intravenosa, estudien la posibilidad de implementar este tipo de programas.

más amplios, enmarcados en el control y reducción de la demanda.

6. Riesgo de caer en una especie de identificación con los consumidores, incluso en una especie de “convivencia”.
7. Entrar en conflictividad con el marco legal.
8. Reducción del número de usuarios que optan por la abstinencia.
9. Erosión de lo atractivo de los programas libres de drogas.
10. Transmisión de mensajes de desesperanza y “deshauccio” a los consumidores de drogas y sus familias.
11. Reacciones adversas no deseadas y daños provocados por sustancias substitutas, empleadas en algunos programas de Reducción de Daños.

Para **EVITAR LA APARICIÓN** y ocurrencia de muchos de estos **RIESGOS** es necesario tener en cuenta las siguientes consideraciones y recomendaciones:

1. El Enfoque de Reducción de Daños en los programas de tratamiento de las drogodependencias deben entenderse como un paradigma que le da mayor flexibilidad a los procesos terapéuticos, que hasta hace unos años sólo se centraba en la abstinencia total como objetivo, permitiéndole al consumidor pasar de una modalidad a otra, según la situación individual en que se encuentre, tomando entonces esta etapa —Reducción de Riesgos y Daños— como una etapa intermedia, de modo que se le posibiliten diferentes alternativas y mayor adherencia a los dispositivos asistenciales, mientras decide el cambio.
2. La propuesta “Reducir Daños”, dentro del marco de la “identificación y manejo de riesgos”, no puede ni debe sustituir a la “Reducción de la Demanda”. Esta debe ser complementaria del objetivo principal de toda intervención y la Reducción de Daños debe ser considerada como uno de los objetivos específicos(2), e integrarse a



los programas de prevención primaria y secundaria, atendiendo integralmente lo bio-sico-social de los consumidores, sin olvidar los aspectos psíquicos, pues la gran mayoría de las acciones se encargan de atender lo biológico y lo social.

**3.** Los programas de Reducción de Daños deben establecer y definir claramente los perfiles de los usuarios que se beneficiarán de las acciones. No hacerlo posibilita la emisión de dobles mensajes como “las drogas no hacen daño”, pudiendo caer además en la descalificación de los programas “libres de drogas”. Sólo en la medida que se establezca un perfil preciso de usuarios, se logrará que los mensajes y las acciones las reciba quien las tenga que recibir.

**4.** El enfoque de Reducción de Daños debe rechazar cualquier definición estereotipada y debe entenderse como una política y una práctica, construida en torno a cuatro principios fundamentales:

- a.** El pragmatismo que se opone al idealismo, y que rompe con el paradigma de la curación (abstinencia total), versus la atención-cuidado, que busca mejorar las condiciones de vida y acompañar al usuarios, mientras decide abordar objetivos más exigentes.
- b.** La ética profesional, basada en la total aceptación del consumidor de drogas como un ser humano con todos sus derechos.
- c.** El Humanismo, comprendiendo y aceptando que el consumidor es un ser humano que sufre y que necesita y busca ayuda.
- d.** El principio de la Salud Pública, a través de la cual se busca preservar el bienestar bio-sico-social de las comunidades.

**5.** La Reducción de Riesgos y de Daños no se debe interpretar como una posición derrotista, induciendo a pensar que la batalla contra las drogas y las adicciones está perdida. Estas estrategias deben presentarse como programas complementarios a aquellos que bus-

can controlar y reducir la demanda de sustancias psicoactivas (programa de prevención primaria y de tratamiento y rehabilitación).

**6.** Definidos claramente los perfiles de la población beneficiaria de los programas de Reducción de Daño, deben también establecerse controles jurídicos y administrativos, sobre todo para aquellos programas que proponen estrategias con sustancias sustitutas y/o dispensación controlada de las mismas drogas, para evitar que esos consumos afecten a terceros.

Respecto a los programas de Reducción de Daño que incluyen tratamientos de sustitución (Metadona, buprenorfina, hojas de coca<sup>2</sup>, heroína, marihuana)<sup>3</sup>, si son desarrollados sin control, sin una selección muy objetiva de sus posibles beneficiarios, sin suficiente asistencia médica, psicológica y social, pueden no justificarse por los riesgos y daños que pueden producir.

Cuando los tratamientos de sustitución son ejecutados y dirigidos por equipos con una seria y sólida formación y disponen de los medios adecuados para asegurar un seguimiento global durante un largo período de tiempo, los beneficios para el usuario y para la salud pública son importantes; pero cuando dichos programas son manejados sin un marco estructurado e integral, el riesgo que se corre, es el de obtener una respuesta pasiva que apenas deja espacio a una relación interpersonal entre consumidor y su asistente (5), donde puede ser peor el remedio que el problema que se pretende remediar.

Tampoco quiere decir esto que los programas de sustitución y/o dispensación controlada de sustancias deban reservarse únicamente a acciones de alto umbral de exigencia. No obstante para poder ser utilizados en el marco de programas de bajo umbral de exi-

---

<sup>2</sup>Hurtado J., Institute Research of Drug (Bolivia). Coca Interventions. Simposium Coca. IX Conferencia Mundial de Reducción de Daños. Sao Paulo, Brasil, 1998.

<sup>3</sup>Lambriaglian

gencia, necesitan la creación de un entorno muy preciso y de perfiles de usuarios muy definidos, con el objetivo de lograr que el usuario avance hacia metas más exigentes, buscando siempre mejorar su situación y calidad de vida.

**7.** La implantación de Políticas y programas de Reducción de Daños plantea la necesidad de “despenalizar los consumos”, idea ésta muy diferente a la de Legalizar las Drogas.

Una vez resuelto el problema de la criminalización del consumo, la teoría del comercio pasivo de Francis Caballero(3) y la dispensación controlada de drogas<sup>4</sup>, puede ser una alternativa eficaz que permita prescribir sustancias psicoactivas a los drogodependientes, sin entrar en disquisiciones con las propuestas más liberales como la legalización.

**8.** Uno de los riesgos en que pueden caer los programas de Reducción de Daños y quizás el más peligroso de todos, es que, a través de las prácticas, se

caiga en la “pasividad” y se transmita un mensaje de “desesperanza” y de “deshaucio” a los consumidores de drogas y a sus redes sociales más cercanas.

Aunque los programas de Reducción de Daños plantean una atención que por principio cuenta con la libertad y voluntad del usuario, respetando su dignidad y sus derechos por degradada que se encuentre su condición, por recriminables que sean sus acciones, los programas de Reducción de Daños deben tener en cuenta el grado de conciencia y la salud mental real y concreta de los usuarios de drogas con respecto a su estado y a su problemática.

Desde el punto de vista ético, una característica de importante consideración en este tipo de estrategias es la integración que deben tener los dispositivos de atención a los otros modelos y programas de rehabilitación. Una actitud responsable ante el que consume drogas, especialmente ante aquel que lo hace de manera compulsiva y destructiva, ha de consistir en motivarle permanentemente para el cambio, ayudarle a alcanzar metas más ambiciosas, apoyarle cuando quiera abandonar el consumo y ayudarle a que quiera y puede hacerlo, desarrollando acciones para que sea capaz de lograrlo.

La motivación para el mejoramiento de las condiciones de vida cada vez más ambiciosas, deben cobrar fuerza a medida que pasa el tiempo y se vayan alcanzando metas intermedias.

Junto al concepto de Integración de modelos, es importante también tener en cuenta el concepto de integralidad. Este concepto tiene que ver con la necesidad de considerar los aspectos bio-psico-sociales y transcendentales en la atención, en donde además de brindar atención sanitaria en los aspectos bio-psíquicos y atención social, también se les eduque en salud, se les eduque para la vida y se les trate de aliviar su desesperanza, a través del fortalecimiento de sus potencialidades.

---

<sup>4</sup>Según Francis Caballero, los sistemas de distribución controlada se sitúan a medio camino entre el rigor de los sistemas prohibicionistas y las amplias tesis libertarias. Ellos se caracterizan por medidas diversas tendentes a encuadrar estrechamente el comercio y el consumo de las drogas “autorizadas”. Las técnicas de control son variables en función de las categorías de las sustancias —haciendo una reglamentación sobre medida—.

Respecto al Comercio Pasivo, el mismo autor para construir esta teoría se pregunta: ¿Cómo reglamentar las sustancias susceptibles de engendrar toxicomanía respetando las libertades individuales y salvaguardando los intereses de la sociedad? Él mismo responde afirmando que esto es difícil de resolver a través de una teoría general, ya que cada droga presenta una particularidad que exige una reglamentación especial.

Entre los principios fundamentales del comercio pasivo se reconoce que las drogas no son mercancías como las otras. Ellas no estarían sometidas, entonces, al derecho común de la competencia que tiene por objeto activar la oferta y estimular la demanda. Ellas no podrían tampoco beneficiarse de todas las ventajas de la libertad de comercio y de industria, ni tampoco, de los medios clásicos de promoción y ventas. Igualmente, un comercio pasivo de Drogas tendría como principios anexos fundamentales: un principio de información a los consumidores (prevención), un principio de tasación de los costos sociales de las drogas, y un estatuto del usuario.

**9.** Todo programa de Reducción de Daños que se pretenda llevar a cabo y que directa o indirectamente involucre a la comunidad debe ser conocido por esta. En concreto la comunidad debe conocer y comprender el alcance de los objetivos de los programas.

La implicación de la sociedad en los procesos de Reducción de Daño, sensibilizándola y educándola, favorece y desarrolla la responsabilidad y solidaridad colectiva, potencia el pluralismo, le permite conocer mejor la realidad, comprender el problema y buscar su transformación, contribuyendo a la educación social y cívica de los ciudadanos, fortaleciendo las redes y relaciones sociales (4).

Otro aspecto muy importante para conseguir que la sociedad comprenda y entienda las políticas de Reducción de Riesgos es lograr que ésta modifique su visión sobre el consumo y los consumidores de drogas. Una de las necesidades más inmediatas y necesarias es lograr la convicción social, sensibilizándola y manteniéndola objetivamente informada, de que las drogodependencias son un hecho originado en y por la propia sociedad; que no es un castigo divino, ni una determinación fatal del destino, y que tampoco es un rasgo maligno de la personalidad humana. Se trata por el contrario, de un fenómeno con hondas raíces sociales, sobre el que se puede incidir para buscar su modificación (5).

Este es un primer paso para conseguir que la sociedad adopte posturas objetivas y promueva actividades racionales ante estos programas. Por el contrario la información parcial o la desinformación sobre lo que se pretende hacer, deriva de la inseguridad y promueve una serie de respuestas viscerales, deformadas por la angustia y la presión del temor, de pensar que está fomentando el consumo (1).

Seguramente todos estos riesgos se corren si los programas no son responsables, éticos y llevados a cabo por profesionales debidamente capacitados.

Mientras los programas de Reducción de Daño se enmarquen dentro de acciones que definan muy bien los perfiles de la población de usuarios a los que van dirigidos, se tome como parte del proceso de tratamiento y rehabilitación, entendiendo esta etapa como una etapa intermedia —mientras el usuario asume objetivos más ambiciosos— sean integrales y estén integrados a los demás servicios de atención, no hay por qué descalificarlos pues vistos de esta manera pueden representar una alternativa eficaz y no antagónica, sino complementaria a los programas de rehabilitación donde la abstinencia total sea la meta, contribuyendo a dar una respuesta integral, plural, pragmática y más realista a la problemática del uso indebido de drogas y sus problemas conexos.

## CONCLUSIÓN

Es innegable que a pesar de los riesgos y de los obstáculos, la Reducción de Riesgos, considerada como parte de una política integral, integrada y complementaria a las Políticas que buscan reducir y controlar la demanda del consumo de sustancias psicoactivas aporta nuevas perspectivas y nuevas prácticas al tratamiento y rehabilitación de los drogodependientes y una visión más integral, comprensiva y humanista del fenómeno de las drogas y sus problemas conexos. Estos programas agregan valor al trabajo con los drogodependientes al brindarles esperanza, motivarles para el cambio, acompañarles y estar ahí no sólo en su rehabilitación; sino también en su sufrimiento.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Cano P, L., Mayor M, L., Acción mediadora de la Comunidad en los Programas de Reducción de Daños con Drogodependientes. *Revista Española en Drogodependencias*. Vol. 23. No. 2, 1998. páginas 149-160.

- (2) Velasco, R., ¿Reducción de la Demanda Vs Reducción del Daño? *Revista Proyecto Hombre* Nº. 13, Marzo de 1995, páginas 21-24.
- (3) García, J. Una Escuela de Padres hacia la Participación. *Información Psicológica*, páginas 63, 54, 57, 1997.
- (4) Atutxa, J. La Eficacia de las Normas y el Compromiso de la Comunidad ante las Drogodependencias. *Jornadas de Drogas. Desarrollo y Estado de Derecho*. Universidad de Deusto. Gobierno Vasco, 1994.

**PSICOTERAPIA INTEGRATIVA EN  
TRASTORNOS ADICTIVOS:  
INTROVISACIÓN A TRAVÉS DE LA  
AUTOBIOGRAFÍA, TÉCNICA PARA  
EL REPROCESAMIENTO DE LA FUNCIÓN  
DE SIGNIFICACIÓN DEL SELF**

**INTEGRATIONAL PSYCHOTHERAPY IN  
ADDICTIVE DISORDERS: INTROVISATION  
THROUGH AUTOBIOGRAPHY TECHNI-  
QUE FOR REPROCESSING THE FUNC-  
TION OF THE SIGNIFICANCE OF THE SELF**

**Guajardo Sáinz, Humberto**

Médico Psiquiatra. Profesor Titular de Adicciones, Facultad de Ciencias Médicas Universidad de Santiago de Chile. Subdirector Revista Eradicaciones.

**Kushner Lanis, Diana**

Antropóloga Social. Profesora de Adicciones, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Santiago de Chile.

Se presenta la técnica de introvisación a través de la autobiografía, la cual está orientada a reconocer los principales elementos de significación del Self que el paciente construyó en sus etapas tempranas. Esta técnica permite comprobar la funcionalidad de la droga generada a través del proceso de significación y el condicionamiento de la droga a la realidad construida por el paciente.

Se relata un caso clínico tratado por los autores en el Centro Integrativo de Adicciones (CIAD) de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Santiago de Chile.

The introvisation technique is presented through the autobiography, which is orientated towards recognising the main elements of significance of the Self that the patient constructs in his or her early stages. This technique enables us to confirm the functionality of the drug generated through the significance process and the conditioning of the drug to the reality constructed by the patient.

A clinical case treated by the authors in the Centro Integrativo de Adicciones (CIAD – Integrated Addictions Centre) of the Medical Science Faculty of Santiago de Chile University is presented.

## INTRODUCCIÓN

Desde hace algunos años los autores hemos venido trabajando con un enfoque integrativo en el tratamiento y análisis de los trastornos adictivos (5, 12).

Este enfoque postula que no hay un solo factor que lleve al proceso adictivo y que los diferentes subsistemas de la personalidad pueden estar afectados en la adicción. Estos subsistemas son: el ambiental-conductual, el biológico, el cognitivo, el afectivo, el inconsciente y el sistémico. Las bases de este enfoque fueron descritas por los autores en un artículo anterior de la revista *Eradicciones* y están en prensa para ser publicadas en el *Journal of Psychotherapy Integration*. El desarrollo de estos subsistemas confluye en el desarrollo del Self (Sí mismo) que es el eje central de la personalidad que convierte en estímulos efectivos los diferentes estímulos que impactan al individuo. Se han descrito 5 funciones que integrarían los elementos centrales del Self: identidad, organización, significación, control de impulsos y últimamente los autores hemos incluido la función de espiritualidad para efectos del trabajo en adicciones.

La función de identidad involucra la autoimagen y autoestima determinando una respuesta a la pregunta: ¿Quién soy yo? Pacientes que tengan altos niveles de Neuroticismo o de inestabilidad emocional verán muy interferida su función de identidad. Una persona con mucha inestabilidad emocional tendrá frecuentes cambios en su autoimagen afectando su función de identidad.

Las diferentes experiencias nos impactan y tienden a desorganizarnos. La función de organización del SELF nos permite reconstituarnos después de cada experiencia. La resiliencia en cierta medida está mostrando la capacidad del individuo para "resistir" a experiencias de alto impacto.

La función de control de impulsos tiene que ver con poseer un repertorio conductual asertivo que nos per-

mita satisfacer nuestras propias necesidades, pero respetando el derecho de los demás. En nuestros pacientes adictos es frecuente el deterioro de esta función lo que lleva a comprometer la realización personal y a generar importante frustración a la persona.

La función de espiritualidad (2, 3, 6, 8) no tiene que ver en absoluto con factores de tipo religioso, más bien tiene que ver con capacidad de trascendencia, búsqueda del sentido, aprender del dolor, capacidad de experimentar vivencias culmines y meseta y aprender a desarrollar el sentido de atribución de causalidad. Como se puede observar el adecuado desarrollo de estas funciones en el paciente influirá directamente en la calidad de vida del mismo.

Hemos dejado para el final y comentaremos ampliamente la función de significación del Self que es el objeto de este artículo y la comentaremos más en extenso en las siguientes líneas.

## BASES TEÓRICAS DE LA FUNCIÓN DE SIGNIFICACIÓN DEL SELF

Desde una perspectiva epistemológica, nuestro Modelo en Adicciones adscribe a un Constructivismo Moderado en cuanto al acercamiento a la realidad por parte del paciente lo cual difiere de las aproximaciones idealistas en las cuales la realidad sólo es producto de nuestros sueños y pensamiento, y del realismo que plantea que generamos un acceso directo a la realidad la cual es única y captada como verdaderas fotocopias por nuestro sistema biológico (4, 10, 12).

Desde una perspectiva constructivista diremos que las características de nuestro sistema nervioso determinan la forma en que percibimos los diferentes estímulos que nos impactan. Experiencias tempranas que en el embarazo o parto impacten al sistema nervioso pueden determinar formas particulares de "experimentar". Hay que recordar que un alto porcentaje de los pacientes en tratamiento en adicciones tiene antecedentes de proble-

mas en el embarazo y en el parto, los cuales aunque pequeños pueden determinar diferentes sensibilidades en el sistema nervioso.

A medida que el individuo va creciendo y desarrollándose las diferentes experiencias que generan el desarrollo evolutivo cognitivo y afectivo van determinando las particulares formas en que cada persona va construyendo su significación personal y otorgando una explicación a sus diferentes vivencias.

El significado creado va siendo puesto a prueba por el individuo y buscando siempre comprobarlo a través de sus actos y conductas. Se forman así verdaderos argumentos de vida que se van cumpliendo con el pasar del tiempo.

Cada experiencia de vida va siendo integrada a este proceso de significación de la experiencia y cuando se producen experiencias violentamente opuestas o contrarias al significar de la persona se generan crisis emocionales y existenciales que afectan violentamente al individuo.

### **Algunos principios de la construcción de significados**

De acuerdo entonces a lo señalado diremos que la construcción de significados involucra una síntesis continua de información. Este significado subjetivo da el sentido subjetivo de la realidad y la evaluación del significado de los acontecimientos (5).

Esto determina que constantemente estamos creando y generando significados y por lo tanto la construcción del sí mismo es continuo, creándose por la interacción del organismo y el medio. De lo anterior se desprende que estamos influidos por nuestros esquemas y experiencias pasadas.

Si aceptamos lo anterior significa que podemos utilizar la atención en terapia focalizando y significando en forma diferente la experiencia interna.

Esto nos permitiría señalar que si atendemos adecuadamente el flujo de la experiencia, podemos crear es-

tructuras esquemáticas que generen formas automáticas positivas en el procesamiento de nuevas experiencias. Es decir podemos generar reflexiones sobre la experiencia y crear nuevos significados.

### **Elementos de significación en Psicopatología**

Diferentes son las experiencias que se han mencionado como posibles productoras de una significación que genere patología.

Las experiencias de apego percibidas como desatención o rechazo (por ejemplo la pérdida de un progenitor) pueden generar una tendencia automática a experimentar dolor y a bloquear la expresión emocional de la persona. Esto desde luego genera menos refuerzos, lo que puede ser interpretado como desatención.

Experiencias de pérdida, abandono o rechazo, generan rabia o tristeza automática y el mundo es interpretado como poco fiable e incontrolable. La experiencia de soledad lleva sólo a confiar en uno mismo.

Los acontecimientos incontrolables son atribuidos al sí mismo en forma estable y global lo que da coherencia interna a la psicopatología.

### **Aspectos cognitivos de la construcción de significados**

Un primer aspecto cognitivo que influye en la construcción de significados es que la atención es un primer elemento que limita los procesos que se experimentan y controlan. Esto ya produce un cierto sesgo en la información que el organismo utiliza para la construcción de significados.

Es indudable que existen procesamientos automáticos no dirigidos por la persona y que por lo tanto hay un procesamiento paralelo de la información fuera de la conciencia. Desde esta perspectiva el subsistema inconsciente tendría una importancia fundamental en la función de significación.

El subsistema cognitivo determina que existan procesamientos esquemáticos que controlan la memoria. Los

esquemas se caracterizan por ser un conjunto almacenado de conocimientos con el que interactúa la información entrante; son modulares y la activación de una parte activa el todo y actúan fuera de la conciencia guiando la percepción, la memoria y la experiencia. Terapéuticamente podemos facilitar la memoria centrándonos en las características específicas de un acontecimiento. Esta característica será utilizada en la técnica que describiremos posteriormente.

### **Aspectos afectivos de la construcción de significados**

La emoción resulta un elemento muy importante en la construcción de significado ya que gobierna los objetivos de las personas e influye en sus intenciones. Influye rápidamente en la conducta muchas veces sin un procesamiento conceptual.

Los afectos se integran con la cognición para producir la experiencia e influyen en el procesamiento cognitivo. Las emociones complejas incluyen evaluaciones cognitivas del sí mismo. Por tanto emoción y cognición están en un juego permanente en la construcción de significados del individuo.

### **¿Cómo la construcción de significados genera disfunciones?**

Los significados de la experiencia pueden determinar una conducta inadaptada y patológica. Por ejemplo, un individuo que experimenta falta de apoyo tenderá a hacer emerger la experiencia “nadie me quiere” procediendo a aislarse, sentirse desolado, experimentar vacío y deseo de ser consolado.

La atención selectiva de la información lleva a buscar confirmar los esquemas disfuncionales: “quien se considera indigno de ser amado busca minuciosamente signos de rechazo” de manera que el apoyo es visto como falta de apoyo o crítica. Los individuos estamos autodeterminados por los significados que hemos entregado a nuestras experiencias tempranas.

### **Principios de cambio generados en la técnica que proponemos**

La técnica que proponemos se realiza cuando se ha generado un fuerte vínculo terapéutico lo que determina que una relación terapéutica segura permita incrementar la capacidad de procesamiento y cambiar esquemas.

La técnica busca dirigir la atención hacia los rasgos reales de la experiencia. Busca evocar los esquemas de significación a objeto de ofrecer nuevas significaciones o interpretaciones.

Por otra parte se busca enseñar a contactar con experiencias nuevas que se evitaban por ansiedad. Cuando la persona logra expresar lo que siente genera nuevas experiencias. La interacción con el grupo terapéutico permite generar nuevas experiencias interpersonales que permitan modificar las estructuras nucleares de significación.

Nuestro objetivo terapéutico será facilitar la construcción de un nuevo significado personal.

### **IMPORTANCIA DE LA FUNCIÓN DE SIGNIFICACIÓN DEL SELF EN EL PROCESO ADICTIVO**

El trabajar con un Modelo Integrativo en Adicciones implica asumir que la alteración de la función de significación es una causa más en la etiopatogenia de los cuadros adictivos, pero que su trabajo en la terapia puede resultar fundamental para controlar el cuadro adictivo y en especial en el trabajo de prevención de recaídas.

Los pacientes que presentan alcoholismo y/o adicción a drogas tienen por lo general historias y experiencias de vida intensas y dolorosas que en la mayoría de los casos tienen mucha importancia en el desarrollo del proceso adictivo.

Los autores pensamos que hay al menos dos elementos fundamentales que considerar en la relación que se establece en la relación de la droga con la función de significación del paciente:



- a)** La droga es funcional a las experiencias de construcción de significados del paciente (1).
- b)** En algunos pacientes existiría un condicionamiento entre la función de significación y el uso de drogas de manera que la evocación de la significación requeriría el inmediato consumo de drogas para cumplir con el significado otorgado al consumo. Este elemento a nuestro juicio resulta fundamental en el trabajo de prevención de recaídas en el tratamiento de las adicciones.

De lo anteriormente expuesto podríamos señalar que, por ejemplo, pacientes con significación de evitación al dolor podrían tender a consumir drogas relajantes que disminuyen ansiedad como alcohol o benzodiazepinas, en cambio pacientes con significación de características enfrentadoras (“ser exitoso”) o agresivas podrían tender a estimulantes como cocaína.

Creemos que trabajar con la significación y las experiencias tempranas del paciente adicto tendrá un efecto importante no tan sólo en el manejo de la adicción, sino también en el desarrollo de un Self más armónico en el paciente (11).

### **TÉCNICA DE INTROVISACIÓN A TRAVÉS DE LA AUTOBIOGRAFÍA**

Los pacientes trabajan con esta técnica luego de aproximadamente un mes de haber ingresado al proceso terapéutico (13) y una vez que en opinión del equipo clínico se ha estructurado un buen vínculo terapéutico (7) y el paciente ha eliminado totalmente el consumo de drogas. Esto es fundamental para asegurar una capacidad de análisis cognitivo más racional.

El término introvisación lo definimos como un “mirarse dentro de sí mismo”, no utilizamos el término instrospección porque significa inspeccionarse desde una función cognitiva y esto lo dejamos para ser realizado por el grupo y el terapeuta, sólo nos interesa que el paciente se observe.

Se deja en claro que para los propósitos de la terapia no es importante si el recuerdo es un recuerdo de un acontecimiento real. En la primera etapa se solicita al paciente que trabaje escribiendo una historia de los hechos dolorosos más importantes que recuerda entre sus 0 y 10 años de vida. Sólo debe enfocarse en sus hechos dolorosos, ya que los acontecimientos felices se trabajan en las últimas etapas del tratamiento. Los acontecimientos felices grabados tienden a ser muy similares en la mayoría de las personas. Como se trata de su construcción de significado se le solicita al paciente que no le pregunte a nadie sobre lo ocurrido (los aportes de los padres y familiares están contaminados por sus propias significaciones personales). Cuando el paciente informa que ha terminado esta autobiografía de sus diez primeros años, en forma solemne debe exponerla al grupo, tras realizar alguna experiencia de relajación, motivación o de concentración para el trabajo. Una vez terminada la exposición, el terapeuta ofrece la palabra a los miembros del grupo, los cuales generan durante un rato una ronda de preguntas que buscan aclarar y focalizar la atención en los elementos más relevantes de la experiencia.

Terminado el proceso de aclaraciones, el equipo clínico destaca los elementos de construcción de significados observados y las creencias y mandatos que se observan. Estos elementos son registrados por el coterapeuta y entregados al final de la sesión al paciente para que los guarde consigo.

Posteriormente en la sesión los miembros del grupo entregan al paciente diferentes alternativas u opciones que estiman pueden ayudarlo a modificar su significación.

La exponencia termina con un abrazo que cada uno de los miembros del grupo entrega al compañero que expuso como una muestra de afecto y refuerzo por el trabajo realizado.

A medida que el paciente continúa en el proceso terapéutico debe ir trabajando su autobiografía por períodos cada 5 años hasta llegar a la etapa actual de la vida. Una vez terminado este proceso se indica realizar introspecciones dirigidas a ciertos aspectos del desarrollo personal, de la relación familiar, de pareja u otros que se consideren de interés para comprender la significación del paciente.

### **CASO CLÍNICO**

Se trata de un paciente de sexo masculino de 37 años, soltero con estudios universitarios incompletos. En la actualidad es comerciante. Tiene antecedentes de un tratamiento en una Comunidad Terapéutica hace cuatro años. Recaído hace un año. Es poliadicto con consumo de alcohol, cocaína y marihuana. Inicia su consumo a los trece años con marihuana.

A su ingreso está consumiendo 3 gramos diarios de cocaína. Asume que ha perdido la alegría, el dinero y la responsabilidad. Sus motivaciones para tratarse son sus problemas económicos, sus problemas físicos, su familia y resolver su identidad sexual ya que tiene un travestismo. Está muy angustiado por cuanto en su tratamiento anterior se le instó a asumir una condición Gay.

Su grupo familiar consta de padres separados, una hermana mayor de 40 años, un hermano de 34 y una hermana por parte de su padre que tiene 24 años.

Refiere a su padre como dictador, avaro, frío y autoritario. Su madre es descrita en forma contradictoria como protectora, preocupada y cariñosa, pero por otro lado como maltratadora. Estuvo casado durante un año.

El paciente tiene antecedentes de un déficit atencional, con hiperactividad, e impulsividad no tratados. Delinque entre los 12 y 14 años, es detenido y va 20 días a una correccional de menores.

En el examen se ve lúcido, orientado y un poco ansioso.

### **Resultados de la Ficha de Evaluación Clínica Integral de Adicciones (FECIAD)**

La aplicación de esta ficha entregó resultados alterados en las escalas de: Neuroticismo, Extroversión, Psicoticismo, Autoimagen, Autoeficacia, Ansiedad, Alexitimia, Intolerancia a la frustración, irracionalidad cognitiva, Perfeccionismo, Perturbación emocional y Repertorio conductual. A los seis meses de tratamiento al ser pasada la ficha había corregido y normalizado todos estos valores.

Llama la atención lo alterado de los valores en un paciente que había hecho un tratamiento completo en Comunidad Terapéutica.

#### **Primera exponencia de 0 a 10 años de vida**

“Me castigaban por comerme las uñas. Me sentía extraño por una conducta que no sabía por qué tenía. Me ponían ají en los dedos, guantes y me golpeaban las manos si las llevaba a la boca. Tenía dolor en los dedos y sentimientos encontrados por no saber por qué me las comía.

Recuerdo largos castigos porque no quería comer, me amarraban a la mesa con silla incluida, sentía que estaba con personas déspotas ya que si no comía al ritmo del reloj y no terminaba a la hora indicada, me enviaban a una pieza por un par de días sin comer. Quizás en esos momentos aprendí a masturbarme.

En esa etapa sentía ganas de mirarme al espejo y mirar todo mi cuerpo.

Sentía una profunda desolación por esas horas interminables de castigo y hambre, donde mi padre era mi salvación de los pesados suplicios que me hacía pasar mi madre.

Siento una etapa muy castigadora, no me escuchaban y la respuesta era un grito acompañado de un golpe. Escuchaba que era muy rebelde y travieso a tal extremo que no escuchaba y era muy desobediente. Dormía en la pieza con mi hermana. Debíamos estar en silencio, si nos escuchaban mi madre sacaba una

correa del closet y golpeaba mi espalda en medio de gritos y dolor, me sentía muerto.

Mi hermana curaba mis heridas y llantos del alma, algo indescriptible y de mucha agresión. Mi hermana era bella, hermosa y alta. Mis padres nunca la tocaban.

No tengo recuerdos de mi madre acogedora. Mi padre compartía sus decisiones, pero en una posición más flexible y conservadora.

Sentía ausencia total de mi madre con una presencia que no quería ante sus maltratos e histeria. Mi padre trataba de justificarla con la más "top" y repetida de sus frases: "Tu madre es una histérica".

Recuerdo que si nos orinábamos en la cama, al día siguiente mi destino sería un largo consumo de mi misma medicina: El Pichí. Tuve que asumir que era una ficción e irrealidad lo que estaba pasando.

En un lugar de mi infancia conocí el silencio de mi familia cuando mis padres no se hablaban y se mandaban mensajes que me caían muy desagradables. Tuve que aprender que esta era mi realidad y que no me importaba ni dolía.

Vagamente recuerdo haber tenido una relación del mismo sexo cuando invité a un niño al baño de mi casa para enseñarle a masturbarse. Hay detalles que no recuerdo bien".

### **Elementos de significación en esta primera exponencia**

- Soy malo por algo me abandonan.
- No soy querido.
- Las mujeres mamás son malas tienen poder y mandan.
- Hay mujeres intocables, son lindas, te calman el dolor y nunca sufren.
- Los hombres son como mi padre poco definidos.
- Frente al dolor puedo producirme placer (autoestimulación).
- Con un amigo se puede compartir ocultamente.

- Mandatos: No mostrar emociones. No te equivoques, hacerlo cuesta caro.

- Creencia: Las mujeres bellas no sufren. Los hombres son protectores y las mujeres autoritarias. Vivir en pareja no resulta.

Se observa que ya en estos primeros elementos de significación hay factores que serán facilitadores del futuro proceso adictivo. Por ejemplo, "Soy malo", ante el dolor puedo autoestimularme y producirme placer. Se hace dependiente del placer para combatir el dolor, compartir ocultamente, etc.

Su travestismo se asocia con la visión de su hermana calmándole el dolor, cada vez que consumía o recaía en drogas se vestía de mujer. Al hacer la autobiografía y ver su significación, el paciente hizo un "awareness" en el sentido de que no era gay y tuvo una fuerte sensación de alivio. Nunca más ha vuelto a vestirse de mujer. Conversando con su hermana posteriormente, ella no recuerda situaciones tan difíciles ni que ella curara ciertas heridas, no obstante lo importante para la significación es lo que el paciente grabó.

### **Exponencia de 10 a 15 años**

"En medio del caos familiar, no sabía qué ocurría. Los recuerdos de maltrato y violencia se tornaron en el pan de cada día. El último episodio que me dejó muy confundido fue ver a mi madre golpeando a mi padre y junto a ello actitudes histéricas de mi madre.

Sin justificación mi madre anunciaba cambios de casa y de ciudad. Con mi hermana nos preguntábamos por qué, nadie sabía, "secreto", "prohibido comunicar". No había respuesta de mis progenitores, sólo "porque sí". Los primeros días de colegio tuve buena recepción de mis compañeros, me sentí muy bien. Sin embargo llegaba a mi casa y todo cambiaba.

Aunque mi padre ya no estaba, mi madre lo traía con sus quejas. La queja que se repetía eran sus pagos atrasados, en esos minutos me sentía muy mal. Mi vieja amenazaba con prostituirse si mi padre no le

mandaba dinero. Cada día me alejaba de casa, abandonaba todos los buenos amigos y comencé a juntarme con “malos”, ellos se la jugaban por mí.

Comencé a delinquir y no lo pude parar, formé parte de una banda de robos, asaltos, estafas y falsificaciones. Siento poder y la posibilidad de obtener mucho dinero.

Comencé a vivir una vida de promiscuidad, siempre de noche con alcohol, drogas y sexo, veo a homosexuales teniendo relaciones. Termino en la cárcel de menores, me siento indefenso, “yo no conocía esto”, me amenazan y me quieren violar, sufrí mucho.

Me envían a vivir con mi padre, pero lo que más recuerdo es un subterráneo lleno de zapatos y un espejo muy grande. Allí empecé con el juego de usar los zapatos y mirarme al espejo, sentí nerviosismo, dolor y alivio, casi placer.

A mi madre la sentí lejana, lo que me producía mucho dolor, pero la marihuana me hacía sentir bien y se me olvidaba mi madre”.

#### **Elementos de significación**

- El caos produce angustia y desconcierto
- La casa (el hogar) es desagradable
- El poder me resuelve muchos problemas, yo escojo, nadie me hace sufrir y me otorga dinero.
- Soy malo, el mundo es malo, me castigan y sufro.
- Las drogas alivian la pena
- Imitando a las mujeres alivio mis dolores, me siento bello, limpio e intocable.
- Soy malo y no querido
- Soy distinto y raro
- Tengo sentimientos de abandono

Es importante notar cómo en esta exponencia se van repitiendo y confirmando elementos de significación de la primera de 0 a 10 años. Además es notorio cómo se establece el nexo y condicionamiento con la marihuana como droga que le alivia el dolor. Se repite constantemente el sentir ser malo y no querido.

El paciente genera poca discriminación valórica entre lo bueno y lo malo. Tiene baja autoimagen y empieza a generar problemas en su identidad sexual, la cual se torna difusa. Los dolores le llevan a una alta alexitimia y como un paliativo el deseo de buscar emociones (la cocaína llegará como consecuencia).

#### **Exponencia de 15 a 20 años (resumida)**

“Sigo siendo un fracaso, nada me resulta. No quiero volver a delinquir, pero hago muchas cosas indebidas, no veo a mi madre, el consumo continúa, ya no le intereso a nadie.

Me transformo en un ser muy solitario, con mucho odio al éxito de mi padre, siempre quiero desafiarlo. Cuando me voy a enfrentar a la Universidad me fugo y no quiero saber si fui aceptado. Me voy al extranjero, mi objetivo es sólo ganar dinero y lo consigo. Al regresar trabajo con mi padre y estudio, pero soy un explotado por mi padre”.

#### **Elementos de significación**

- Soy malo y un fracaso
- Nadie me quiere
- Necesito poder y dinero
- Mi padre me explota
- La droga me da poder, obtengo dinero y puedo competir con mi padre.

A pesar que hemos resumido esta exponencia por razones de espacio, podemos observar que se mantienen los elementos de significación y la justificación para el uso de drogas.

#### **Resumen de exponencias de 20 a 30 años**

“Me caso sintiéndome muy enamorado, pero nada funciona. Una persona que conozco y es gay me sentencia que yo llegaría tarde o temprano a lo mismo. Esta idea me asusta y no me deja tranquilo.

No dejo de consumir drogas, parece que estas me hacen vivir en otro mundo, más tranquilo, sin miedos ni problemas, me hacen olvidar todo.

Hago negocios y fracaso, cada fracaso es recordado dolorosamente por el exitoso y avaro de mi padre.

Me enredo en negocios sucios, estafando. Establezco una relación laboral con un homosexual que me acosa, pero yo lo domino y sigo el juego con la finalidad de obtener beneficios económicos. Aquí me comienzo a enganchar con la cocaína. Ya no sé quién soy ni qué quiero. Veo a mi madre y no soporto el dolor que me produce”.

### **Elementos de significación**

- Los matrimonios no funcionan.
  - Indefinición sexual.
  - Las drogas me alivian.
  - Mi padre es poderoso y debo desafiarlo.
  - Soy malo.
  - Las mujeres madres son malas y producen dolor.
- Es importante mencionar que se siguen repitiendo significaciones de otras exponencias. Su matrimonio era casi esperado que fracasara dado su significación. Por otra parte cabe mencionar que su padre no es un hombre exitoso ni poderoso económicamente, incluso hoy depende de su hijo, todo fue una construcción del paciente.

### **Exponencia final**

“Mi relación con la droga es intensa y de mucha locura. Vestirme con zapatos y tacos de mujer me hacen sentir placer, con episodios de fetichismo y locura, siempre bajo los efectos de la droga. Ya no puedo andar por la calle sólo pienso y miro a las mujeres, “no sé si quiero sentirme ellas”.

Fracaso y fracaso, todo lo hago mal, estafar me angustia y me da miedo, pero tengo que conseguir dinero, “tengo que mostrarle a mi padre que soy mejor que él”. No puedo más, me internan en una clínica y vivo un proceso de tratamiento por cuatro años”.

### **Elementos de significación**

- Soy malo
- La droga me proporciona placer
- Sentirme mujer y vestirme de mujer me da placer
- Debo superar a mi padre

El paciente durante todo el proceso fue resignificando sus experiencias y tomando conciencia que mucho de los elementos de significación fueron desarrollándose a partir de su propio análisis de realidad, que no siempre fue coincidente con la verdad de lo que ocurrió.

Hoy el paciente ha establecido una nueva relación sentimental con una mujer y está planificando comprar un departamento para establecer su hogar, concepto que hoy es visto como deseable y apetecible.

### **Constructos que se repiten durante todo el proceso**

- Soy malo por algo me abandonan.
- No soy querido.
- Las mujeres mamás son malas, tienen poder y mandan.
- Hay mujeres intocables, son lindas, te calman el dolor y nunca sufren.
- Los hombres son como mi padre poco definidos.
- Frente al dolor puedo producirme placer (autoestimulación).
- Con un amigo se puede compartir ocultamente.
- No muestres emociones.
- No te equivoques, hacerlo cuesta caro.
- Las mujeres bellas no sufren.
- Vivir en pareja no resulta.

### **Carta final a sus compañeros de grupo**

“Los tacos de zapatos de mujer me han hecho sentir un placer muy extraño, con episodios fetichistas, de lujuria y lujuriosa elegancia. Para mí, entre otras cosas han representado el medio de ver cómo la mujer puede sobresalir, por destreza y altura, cautivando la atención y la mirada de mi persona frente a un gran grado de erotismo y placer.

Lo fastuoso, tal vez comience por sentir la desnudez a flor de mirada, la fragilidad de andar en puntas caminando hacia la vida, el dolor de espanto por terminar el día y bajarse de los altos, la suciedad del cami-

no que se te pega en las plantas, y a modo de huella, las marcas de los hilos que te amarran por todo el día, eso es sentirse mujer.

Tal vez comience, por tener un parto y vivir el dolor que trae la vida, dolor que sin duda, yo he querido pertenecer, aferrado como si no existiera la otra cara de la moneda, o el otro sexo de la vida.

No sé ni cuando, ni cómo comenzó, lo que sí sé, es que en algún rincón de mi vida pasada, adopté lo femenino, quizás, como una manera de relacionarme a oscuras, de descargar lo que no era capaz, de enfrentar tal vez aquello que tuvo relación con los falsos miedos a desarrollarme en un mundo intenso, quién sabe. Lo que sé hoy, es que me doy cuenta y me hago responsable de esos tiempos de terror y confusión, movido supongo por una frustración o imitación, por un reto o una alegría. Sin embargo hoy, sigo con penas y alegrías y frente a mis fantasías, no tengo esa herramienta de hervir como mujer pretendiendo adormecer la vida y de rechazar mi cuerpo, ensuciando mi alma, sin que me permita disfrutar de mi sangre y de mis venas masculinas.

El señor se me hizo hombre, casi sentí no tener silencio o instancia para escuchar y ver lo que soy. Tardé muchos años para concientizar los roles y responsabilidades de un hombre y los de una mujer. Hoy siento que la vida me tomó y me tocó este tema, como la causalidad de los momentos y que a partir de hoy nunca me dejarán de impresionar.

El sentir los espejos del pasado, revelan cuanto me veo diferente y que los tiempos han pasado y que no todo ha de continuar he aprendido que a ciertas cosas se les ha de poner fin.

Hoy siento que mi fortaleza es sentir el presente asumiendo las responsabilidades del ayer, y como consecuencia aliada, me olvido de los llantos del pasado y del niño mimado. Siento que es la oportunidad de ver lo que deseo ver, pues ya tengo in-

cubadas las ganas de caminar descalzo, entregarme a mis pies y el señor sabrá qué hacer con ellos.

Obsesión, adrenalina, pudor, fantasía y algunos significados más me han hecho sentir estar ciego, encerrado en una irrealidad de ver lo que no soy, y que en palabras y sentidos, me han tenido bastante confundido. Por muchos años he sentido una falsa percepción, de extremas fantasías corporales; de la piel a las piernas, del pelo a la cara, de la voz a la palabra, del dolor a la calma, de la pintura a la luz, de la mujer al hombre, de lo personal a la identidad, de lo poco a lo mucho, de lo mucho a lo mucho más, y más que varios trastornos, asociado a una búsqueda personal y a sentir placer, emanado quizás, de una adrenalina desubicada.

Hoy me siento ubicando mis fuerzas, orientando desplegar mis emociones, tras el encuentro de esa libertad de estar cómodo, de sentir que poco a poco estoy nadando entre calma y tormenta, en ese mar de emociones; tengo fe de que mi pasado pase a ser sólo un recuerdo que tuve alguna vez.

....Cuando duele el alma y el cuerpo, siento que es el momento, dentro de otros, para el cambio”.

#### **Comentario final**

La carta final del paciente ahorra muchos comentarios, puede apreciarse su comprensión respecto a muchas de las significaciones ya comentadas y destacando una nueva construcción de significados.

Es muy importante señalar que se observan en la carta muchos elementos de terapia espiritual (9), en especial factores de causalidad que esperamos comunicar en próximos artículos.

Hoy el paciente en una sólida abstinencia ha dejado atrás todas sus significaciones de identidad sexual ambigua y está desarrollando un trabajo honesto, ayudando a su padre económicamente dado que está muy enfermo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bateson, Gregory. *Espíritu y Naturaleza*. Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis. Amorrortu Editores. Argentina, 1997.
2. Frankl, Victor. *Logoterapia y Análisis existencial*. Editorial Herder. Barcelona, 1994.
3. Frankl, Victor. *El hombre en busca del sentido último*. Editorial Paidós. Barcelona, 1999.
4. Greenberg L, Rice L y Elliott R. *Facilitando el Cambio Emocional*. Editorial Paidós. España, 1996.
5. Guajardo H, Bagladi V, Kushner D. Evaluación de Trastornos Adictivos en Sistema Terapéutico Comunitario. Revista *Eradicciones* N° 4 Marzo/Junio 2001. Santiago de Chile.
6. Guttman, David. *Logoterapia para profesionales*. Editorial Desclée de Brouwer. España 1998.
7. Kleinke, Chris L. *Factores comunes en Psicoterapia*. Editorial Desclée de Brouwer. Bilbao. 1998.
8. Kushner, Harold. *Dar sentido a la vida*. Emecé editores Argentina, 2002.
9. Maslow, Abraham H. *La amplitud potencial de la naturaleza humana*. Editorial Trillas. México, 1999.
10. Maturana, H. *El Sentido de lo Humano*. Dolmen Ediciones. Santiago Chile, 2000.
11. Moreau, A. *Ejercicios y técnicas creativas de gestaltterapia*. Editorial Sirio. Argentina, 1999.
12. Opazo, R. *Psicoterapia Integrativa*. Ediciones Icpsi. Chile, 2001.
13. Yalom Irvin. *El don de la terapia*. Emecé Editores. Argentina, 2002.





## COMUNIDADES TERAPÉUTICAS: RECIPROCIDAD INVESTIGACIÓN –PRAXIS

## THERAPEUTIC COMMUNITIES: RESEARCH-PRACTICE RECIPROCITY

**Leon, George De**

Doctor en psicología. Director del Centro de Investigación de Comunidades Terapéuticas (CTCR), profesor de Psiquiatría en la Universidad de Nueva York.

### Contenido

La Comunidad Terapéutica (CT) ha probado ser un abordaje poderoso para el tratamiento del abuso de drogas y sus problemas asociados. Siendo fundamentalmente un abordaje de auto-ayuda, la CT ha evolucionado hacia una modalidad sofisticada de servicios humanos, como lo evidencia el amplio rango de sus servicios, por la diversidad de la población asistida, y por el volumen de Investigaciones que las sustentan. Actualmente, las CT atienden en los EE.UU. a miles de individuos y a sus familias anualmente. Las CT han sido implementadas en varias modalidades diferentes, residenciales y ambulatorias (por Ej. hospitales, prisiones, escuelas, casas de medio camino, clínicas con centros de día y clínicas ambulatorias). La CT ofrece una amplia variedad de servicios: social, psicológico, educacional, médico, legal y social.

### Partes del Artículo

#### 1- La CT Residencial Tradicional

¿Quién viene buscando Tratamiento?

¿Son las CT Efectivas?

¿Qué se sabe sobre la Retención en los tratamientos en CT?

Reciprocidad Investigación-Praxis:

¿Son las CT contemporáneas Efectivas y Costo / efectivas para el Tratamiento de la Diversidad Actual de Abusadores de Drogas?

#### 2 - Qué es el Abordaje Actual de Tratamiento de las CTs y por qué da resultados?

Reciprocidad Investigación- Praxis

Datos de la Ciencia

Tratamiento y Datos sobre Políticas

Retención

Práctica Clínica y una nueva Agenda de Investigación

*Some of the material in this chapter is drawn from George de Leon (in press), "The Research Context for Therapeutic Communities in the USA", and is adapted with permission from the copyright holder, Jessica Kingsley Publishers. The work involved in developing this chapter was supported in part by National Institute on Drug Abuse Grant P50-DA07700*

The therapeutic community (TC) has proved to be a powerful treatment approach for substance and related problems in living. Fundamentally a self-help approach, the TC has evolved into a sophisticated human services modality, as is evident in the range of its services, the diversity of the population served, and the substantial body of supporting research. Currently, TC agencies in the United States serve thousands of individuals and families yearly. TC programs have been implemented in various other settings, both residential and nonresidential (e.g., hospitals, jails, schools, halfway houses, day treatment clinics, and ambulatory clinics). TCs offer a wide variety of services, including social, psychological, educational, medical, legal, and social/advocacy.

### **THE TRADITIONAL RESIDENTIAL TC**

Much of what is known about the TC approach and its effectiveness is based on the long-term residential model, also termed the traditional TC. Traditional TCs are similar in planned duration of stay (12-15 months), structure, staffing pattern, perspective and rehabilitative regime, although they differ in size (30-600 beds) and client demography. Staff are composed of TC-trained clinicians and other human services professionals. Primary clinical staff are usually former substance abusers who themselves were rehabilitated in TC programs. Other staff consist of professionals providing medical, mental health, vocational, educational, family counseling, fiscal, administrative, and legal services.

The TC views drug abuse as a deviant behavior, reflecting impeded personality development or chronic deficits in social, educational, and economic skills. Thus, the principal aim of the TC is a global change in lifestyle: abstinence from illicit substances; elimination of antisocial activity; and development of employability, prosocial attitudes, and values.

The quintessential feature of the TC approach may be termed *community as method* (De Leon, 1998, 2000). What distinguishes the TC from other treatment approaches (and other communities) is the purposive use of the peer community to facilitate social and psychological change in individuals. Thus, in a TC all activities are designed to produce therapeutic and educational change in individual participants, and all participants are mediators of these therapeutic and educational changes.

Although the TC emerged outside of the medical-scientific mainstream, its evolution has been advanced by the reciprocal contributions of both research and practice. This chapter illustrates this reciprocity across some 30 years of TC research. During this period, policy and practice issues shaped research agendas, which in turn influenced treatment practice and programming.

The main lines of TC research in the United States are organized into two eras, or phases: (a) the early phase (circa 1970-1989) and (b) the current phase (1990-present). For each phase, I summarize the key treatment and policy questions and research conclusions and offer examples of practice-research reciprocity. In the last section of this chapter I explore some of the insights of both research and practice learned from the evolution of science in the TC.

### **PHASE 1 (1970-1989)**

Beginning in the 1960s, the heroin epidemic and its crime consequences launched an expansion of drug treatment resources and research activities. TCs had emerged as alternatives to conventional medical and mental health treatments for opioid abusers, but their doors were open to alcoholics and other substance abusers. The TC perspective of the disorder, the client, and recovery different from that of other major treatment modalities (see De Leon, 2000, part 2). The

residents in TCs were usually the most severe substance abusers, with wide-ranging personality problems in addition to their drug use, and many displayed histories of antisocial behavior. Thus, treatment focused on the whole person and on changing lifestyle and identity rather than simply achieving abstinence. These broad goals could be achieved only through an intense, 24-hour-a-week treatment in a long-term residential setting.

The TC approach was not well understood but, more important, it was viewed as expensive, particularly compared with outpatient counseling and pharmacotherapy such as methadone maintenance. Furthermore, dropout was the rule, suggesting that the broad impact of the TC was limited when defined in terms of the number of clients completing treatment. These issues were fundamental to the survival of the TC as a bona fide health care modality that deserved continued public funding. They framed three key lines of inquiry in Phase 1: (a) the description of the social and psychological profiles of TC admissions, (b) documentation of the effectiveness of TC treatment, and (c) illumination of the phenomenon of retention in treatment. The main issues and conclusions in each line of inquiry are summarized next.

#### **Who Comes for Treatment?**

The broad issue underlying this line of inquiry was the validation of the TC perspective of the disorder and recovery, that is, that the individuals served required long-term residential treatment. Studies describing the social and psychological characteristics of admissions to TC programs documented that substance abuse among TC admissions is a disorder of the whole person (e.g., de Leon, 1984, 1985; Hubbard, Rachal, Craddock, & Cavanaugh, 1984; Simpson & Sells, 1982). In addition to their substance abuse, the drug abusers who enter TCs reveal a considerable degree of psychological disability, which

is further confirmed in diagnostic studies. Despite the TCs' policy concerning psychiatric exclusion, the large majority of adult and adolescent admissions meet the criteria for coexisting substance abuse and other psychiatric disorders (De Leon, 1989, 1991; Jainchill, De Leon, & Pinkham, 1986)

#### **Are TCs Effective?**

The unique recovery goal of the TC is changing lifestyle and identities. Thus, it was essential to document the effectiveness of long-term residential TC particularly as compared with other treatment modalities. A particular issue was the clarification of outcomes among individuals who do not complete treatment, as dropout occurs in the majority of admissions.

The main findings from outcome studies document that long-term residential TCs are effective in reducing drug abuse and antisocial behavior, particularly in opioid abusers (De Leon, 1984; De Leon & Jainchill, 1981-1982; Hubbard et al., 1989; Simpson & Sells, 1982). The extent of social and psychological improvement is directly related to retention in treatment. In the studies that have investigated psychological outcomes (e.g., depression, anxiety, self-concept), results uniformly showed significant improvement at follow-up (e.g., Biase, Sullivan, & Wheeler, 1986; De Leon, 1984; De Leon & Jainchill, 1981-1982; Holland, 1983).

#### **What Is Known About Retention in TC Treatment?**

Length of stay in treatment is the largest and most consistent predictor of positive post-treatment outcomes. However, as with other drug treatment modalities, most TC clients leave long-term treatment prematurely. Thus, understanding retention was, and remains, crucial for improving the impact and cost-benefit of TC treatment. Studies show that temporal overall levels of retention vary, but the temporal pattern of dropout is uniform across TC programs (and other modalities). Dropout is highest in the early days of

treatment and characteristically declines thereafter. Thus, the probability of remaining in treatment increases with time in treatment itself (e.g. De Leon & Schwartz, 1984). For example, approximately 60% of all admissions to community-based, long-term TC residential programs remain 90 days; of these survivors, 60%-70% will complete 12 months of residence<sup>1</sup>.

There are not reliable client characteristics that predict retention, with the exception of severe criminality and severe psychopathology, that are correlated with earlier dropout. Studies point to the importance of dynamic factors in predicting retention in treatment, such as perceived legal pressure, motivation, and readiness for treatment (e.g., Condelli & De Leon, 1993; De Leon 1988, De Leon, Melnick, Kressel, & Jainchill, 1994; Hubbard, Collins, Rachal, & Cavanaugh, 1988; Simpson & Joe, 1993).

The main conclusions from this research indicate that although retention is a legitimate concern, it should not be confused with treatment effectiveness. TCs are effective for individuals who remain long enough for treatment influences to occur. Obviously, a critical issue for TCs is maximizing holding power to benefit more clients.

### **Research-Practice Reciprocity**

Overall, Phase 1 research confirmed that TCs were serving the most difficult substance abusers. Moreover, findings consistently supported the validity of the TC perspective on addiction and recovery, namely, that substance abuse is a disorder of the whole person and that long-term treatment is needed to achieve the TC recovery goals of changing

lifestyles. The Phase 1 research also contributed to changing practices in several ways.

First, TCs now focus on retention: TCs were (and to some extent still are) criticized for their high dropout rates, particularly early in treatment. Critics viewed this as an evidence of the limited impact of this treatment approach. The TC view of dropout was complex: It made the individual primarily responsible for getting ready for treatment. TC staff defended this view on the basis of clinical experience, arguing that dropout were simply not ready to change, that motivational and readiness factors changed only as a result of the negative life experiences associated with addiction. Dropouts had to have another “run” and “hit bottom”, which would lead to death or readiness for change. Moreover, TC programs accepted high dropout rates as an inherent selection process that was necessary to sustain a healthy program. This view resulted in little systematic effort to modify the treatment approach to reduce dropout, much less enhance motivation.

Based largely on the Phase 1 research, staff no longer “blame the client” for early dropout, recognizing that motivational/readiness factors should be assessed and enhanced as part of the treatment plan. Many TCs currently incorporate strategies within the basic TC regimen to sustain motivation in treatment (e.g., family involvement, individual counseling and senior staff seminars, medications; see De Leon, Hawke, Jainchill, & Melnick, 2000).

Second, TCs also focus on assessment. Admission practices have become elaborated to address clients’ psychological suitability for the TC as well as risk for early dropout, and an increasing number of programs monitor clinical progress and motivational changes. There is an increased awareness of the importance of client-treatment matching. Multisetting TC agencies attempt to assess which clients are appropriate for longer and shorter term TC residential treatment as

---

<sup>1</sup>Retention (and outcome) comparisons with other modalities such as detoxification or 28 day rehab centers are invidious for various reasons. These modalities reflect wide differences in the clients served (e.g., social-psychological-health profiles, their sources of referral and treatment history), and the diversity of the treatment approaches (e.g., setting, source of funding, philosophy and goals of treatment).

well as for TC-oriented day care and outpatient treatment. Matching strategies have been primarily conducted by clinical assignment. However, as described in the subsequent discussion of Phase 2, researchers have developed client-treatment matching protocols as tools to assist in these assignments (e.g., Melnick, De Leon, & Thomas, 2001).

The shortening of residential treatment for some clients has encouraged the use of continuing care programs in non-residential settings. This has reflected clinical and research experience that underscored the need for sufficient involvement in treatment, regardless of setting, to maximize effectiveness. To date, however, TC programs, and the drug treatment field in general, await convincing research documenting the impact of client-treatment matching on both retention and outcomes.

An indirect effect of Phase 1 research has been increased affirmation and morale. Research has confirmed the perspective of the TC and its advocates' clinical views with respect to outcomes and retention. This has generally strengthened perceptions of the credibility of the TC approach. As a result, TC clinical staff and program management articulate with confidence what they do and how well TCs work.

## **PHASE 2 (1990-PRESENT)**

Phase 2 witnessed a considerable increase in federal support for TC research. This reflects not only the scientific gains in Phase 1 but also the persistence of the drug problem and the evolution of the TC itself. The fact that drug treatment works does not necessarily solve society's drug problem. Substance abuse and related problems remain pervasive in terms of the diversity of populations and drugs of abuse. In response to this, TCs have modified their practices and adapted the approach for special populations, settings, and funding requirements.

Illustrations of these modifications and adaptations have been described elsewhere (De Leon, 1997, 2000, chapter 25).

Current applications include TC programs for adolescents (Jainchill, 1997), homeless substance abusers, mentally ill chemical abusers in community-based and institutional settings (Sacks, Sacks, & De Leon, 1999), inmates in correctional settings (Inciardi, Martin, Butzin, Hooper, & Harrison, 1997), women and children (Coletti et al. 1992; Stevens & Glider, 1994), and methadone-maintained clients (De Leon, Stainess, Sacks, Brady & Melchionda, 1997). Patient differences, as well as clinical requirements and funding realities, have encouraged the development of modified residential TCs with shorter planned durations of stay (3, 6, and 12 months) as well as TC-oriented day treatment and outpatient ambulatory models (e.g., Guydish et al., 1999).

Current modifications of the TC practices are those that can be incorporated into the TC model itself. Family services approaches include family therapy, counseling, and psycho-education. Primary health care and medical services are offered for the growing number of residential patients with sexually transmitted and immune-compromising conditions, including HIV seropositivity, AIDS, syphilis, and Hepatitis C. Screening, treatment, and increasing health education have become more sophisticated, both on site and through linkages with community and primary health care agencies. Aftercare services involve linkages with other service providers. Relapse prevention training (e.g., Lewis & Ross, 1994) has been incorporated into the TC day. Twelve-step components may be introduced at any stage in residential treatment but are considered mandatory in the re-entry stages of treatment and in the aftercare or continuance stages of recovery after the client has left the residential settings. Mental health services

include psycho-pharmacological adjuncts and individual psychotherapy (see De Leon, 1997, for illustrative adaptations and modifications).

The evolution of the TC caused basic policy issues, such as the feasibility, effectiveness, and cost-benefits of its various adaptations, to resurface. In particular, managed care pressures to reduce the cost of treatment have challenged the necessity for long-term residential treatment. However, a second issue that emerged from the adaptations and modifications of the TC concerned the fidelity of the approach itself. The wide diversity of TC-oriented programs has raised a variety of theoretical and quality assurance questions. These issues associated with the diversity of clients served and the fidelity of the TC adaptations have directed two main lines of inquiry in Phase 2 : (a) evaluation of the effectiveness of standard TCs serving the new generation of drug users as well as modified TCs for special populations and (b) conducting studies to clarify the essential elements of the TC approach. Federal funding of research on these questions has included support for studies conducted at the Center for Therapeutic Community Research on special populations and large-scale multimodality surveys such as the National Treatment Improvement Evaluation study ("Preliminary report", 1996) and the Drug Abuse Treatment Outcome Study (Simpson & Curry, 1997). The following section summarizes the findings and conclusions of the main Phase 2 questions.

#### **Are Contemporary TCs Effective and Cost-Effective for Treating the Current Diversity of Substance Abusers?**

Studies have addressed the client admission profiles of both standard and modified TCs. These have focused on psychiatric comorbidity, retention characteristics, short- and long-term outcomes, and cost analyses. Special populations that have been studied are mentally ill chemical abusers,

adolescents, the homeless population, criminal justice clients, and mothers with children, as well as methadone-maintained clients. The findings and conclusions regarding the admission profiles and the effectiveness of standard and modified TCs are briefly summarized in Exhibit 2.1.

The weight of the evidence from the Phase 2 studies indicates that current standard and modified TCs provide effective treatment for the current generation of substance abusers who reveal a wide range of social and psychological problems. Based on their unique self-help perspective, TCs provide a favorable cost-benefit alternative to traditional institutional-based treatments in mental health, hospital, correctional, and community-based settings.

#### **What is the TC Treatment Approach, and Why Does It Work?**

TCs are complex programs that are considered difficult and costly to implement relative to other treatment modalities. Specification of the "active ingredients" of the method and an understanding of the treatment process are critical to substantiate the validity of the TC approach, to justify its costs, and to improve the approach itself through research and training. Studies clarifying the treatment approach have mainly been conducted by the Center for Therapeutic Community Research at the National Development and Research Institutes, Inc. These have focused on elaborating the theory and method of the TC approach, developing instruments for assessing client motivation and readiness for treatment and clinical progress, defining and validating the essential elements of the TC model, identifying TC treatment environments that relate to risk for client dropout, and providing a conceptual formulation of the treatment process. The main findings and conclusions from these studies are briefly summarized in Exhibit 2.2.

## EXHIBIT 2.1

### Phase 2 Research: Effectiveness of Standard and Modified Therapeutic Communities (TCs)

#### Standards TCs

- National, multimodality survey studies uniformly show that community-based standard TC residential programs were serving the most severe substance abusers compared with other treatment modalities (Simpson & Curry, 1997). Client admission profiles indicate that contemporary TCs are serving individuals who reveal a considerable degree of social and psychological dysfunction in addition to their substance abuse.
- Long-term residential programs obtain positive outcomes in drug use, criminality, employment, and psychological adjustment that are comparable or superior to other modalities that treat less severe substance abusers ("Preliminary report" 1996; Simpson & Curry, 1997). Also, cost-benefits for long-term residential treatment exceeded those of other treatment modalities, particularly benefits associated with reduction in crime (Flynn, Kristiansen, Porto, & Hubbard, 1999).
- The planned duration of residential treatments is generally shorter than in earlier years; however, outcomes are still favorable among the clients who complete or stay longer in treatment. The differential effects of longer and shorter planned durations of residential stay remain to be clarified. In initial studies that have attempted to match clients to settings (residential-outpatient), evidence points to improved retention.

#### Modified TCs

- Drug use and criminality declined along with improvements in employment and psychological status for various special populations (De Leon, 1997; De Leon, Sacks, Staines, & McKendrick, 2000; Simpson, Wexler, & Inciardi, 1999). Again, improvements were correlated with length of stay in treatment (Inciardi et al., 1997; Jainchill, Hawke, De Leon, & Yagelka, 2000; Melnick, De Leon, & Thomas, 2001; Simpson, 1981). Aftercare—services beyond primary treatment in the residential TC— is a critical component of stable outcomes. Thus, regardless of planned duration of primary treatment, individuals must continue in the treatment process for some undetermined time beyond the residential phase.
- Aftercare models must be integrated with the primary treatment model in terms of philosophy, methods, and relationships to provide effective continuity of care (e.g., De Leon, Sacks, et al., 2000). Studies in progress on samples leaving prison-based modified TC treatment suggest the superiority of TC-oriented vs. non-TC-oriented aftercare (Sacks, Peters, et al., in press).
- Fiscal studies indicate that TC-oriented programs reveal favorable cost-benefit gains, particularly in reduction of expenditures associated with criminal activity in mental health services (e.g., French, Sacks, De Leon, Staines, & McKendrick, 1999; French, Sacks, McKendrick & de Leon, 2000).

*Note.* From "The Research Context for Therapeutic Communities in the USA", by G. De Leon, in press, London : Jessica Kingsley Publishers. Copyright by Jessica Kingsley Publishers. Reprinted with permission.

#### Research-Practice Reciprocity

Phase 2 research has documented the fact that standard TCs continue to serve the most serious substance abusers as compared to outpatient and other residential modalities. More important, it has provided empirical evidence for the feasibility and effectiveness of implementing modified TC programs into various institutional settings (e.g., mental hospitals, homeless shelters, prisons, methadone

clinics). These scientific gains have advanced initiatives to extend TC-oriented programs further into mainstream human services.

The Phase 2 witnessed how the reciprocity between practice and research unfolds. TC agencies initially responded to the diversity of clients entering treatment by modifying and adapting the model. Evaluation research followed practice in providing empirical data as to effectiveness and cost-effectiveness. In turn, these

## EXHIBIT 2.2

### Phase 2 Research: Clarifying the Therapeutic Community (TC) Approach: Findings and Conclusions

#### Program Diversity

Empirical studies have identified the essential elements of the TC program model. TC programs have been differentiated in terms of standard and modified types and with respect to environmental factors that relate to dropout (e.g., Jainchill, Yagelka, & Mesina, 1999; Melnick, De Leon, Hiller, & Knight, 2000).

#### Motivation

The role of motivational and readiness factors in entry and retention in TC treatment has been assessed (e.g., De Leon, Melnick, & Hawke, 2000; Simpson & Joe, 1993), and initial studies have measured the contribution of these factors to the treatment process in the TC (Melnick, De Leon, Thomas, Wexler, & Kessel, 2001).

#### Clinical assessment

An array of related instruments has been developed to measure client progress in the TC assessed by the clients, staff, and peers (e.g., Kressel, Palij, & De Leon, 2001; Kressel, Palij, De Leon, & Rubin, 2000).

#### Theoretical Framework

Research has contributed to the development of a comprehensive theoretical framework of the TC approach. This framework is used to guide clinical practice, program planning, and treatment improvement as well as empirical studies of treatment processes and client-treatment matching (De Leon, 2000).

*Note. From "The Research Context for Therapeutic Communities in the USA", by G. De Leon, in press, London: Jessica Kingsley Publishers. Copyright by Jessica Kingsley Publishers. Reprinted with permission.*

scientific gains have advanced initiatives to extend TC programs further into mainstream human services. An impressive illustration of these advances in the expansion of TC-oriented programs in the correctional system and, to a lesser extent, into community residences for people with mental illness and homeless shelter settings. Finally, research confirmation of the adaptation of the TC for special populations and settings encouraged the cross-fertilization of clinical practices among TC and traditional mental health, correctional, and human services professionals.

The second line of inquiry to clarify the essential elements of the treatment approach has had important practice and policy effects. The elaboration of the theoretical framework of the treatment approach and the supporting research have facilitated significant to improve TC treatment through quality assurance and clinical practice training. National standards for prison and

communitybased TC treatment have been developed and promulgated. Efforts are underway to establish a process for program accreditation and staff training based on these standards and grounded in theory (e.g., Therapeutic Communities of America, Criminal Justice Committee, 1999, 2001).

#### SOME INSIGHTS AND ISSUES

In the fields of conventional medicine and mental health, research generally precedes the widespread implementation of evidenced-based treatments or clinical practices. For example, in addiction treatment randomized, controlled trials launched methadone detoxification and maintenance. Contingency contracting, cognitive-behavioral approaches, and motivational interviewing were borrowed from mainstream psychological treatment research, modified for addiction treatment, and evaluated under controlled designs.



In the evolution of the TC, however, research has generally followed practice, as has the formulation of its theoretical underpinnings. In turn, theory and research have informed changes in TC program management and clinical practice. This unique reciprocity of research and practice in TCs over the years contains insights for both science and treatment.

### **Science Insights**

#### **Self-Selection**

For drug treatment research in general, and TC studies in particular, the issue of selection has clouded the interpretation of treatment effectiveness. Length of stay in treatment has been identified as the most consistent predictor of post-treatment success. However, self-selection factors may influence those who seek, remain in, and complete treatment. In the past 10 years, field-effectiveness studies have confirmed a long-held clinical understanding that selection factors, such as motivation and readiness, contribute to treatment retention and outcomes (De Leon et al., 1994; Joe, Simpson; & Broome, 1998; Melnick, De Leon, Hawke, Jainchill, & Kressel, 1997). This body of work supports a perspective outlined in other writings in which self-selection is viewed as a prerequisite for treatment effectiveness (e.g., De Leon, 1998; De Leon, Melnick, & Hawke, 2000). Clients who are more highly motivated are more likely to use treatment differently than clients with less motivation to change themselves.

Such an interactional view of self-selection in the treatment process has important clinical and research implications. For example, “good” treatments and clinical practices are those that identify, increase, and sustain motivational factors for change. With respect to research, client motivational/readiness factors must be routinely measured and their contribution to retention and outcomes assessed in studies of treatment effectiveness. Moreover, comparative treatment designs must assure that motivational/readiness

factors are equally distributed across treatment conditions<sup>2</sup>.

#### **Practice, Research and Theory**

Since its inception, TC treatment was grounded in its own native theory, consisting of the TC's common practices, beliefs, and assumptions concerning self-help recovery. However, the cumulative knowledge base from the reciprocity between research and practice over the years has recently fostered the elaboration of a more formal theory of the TC. The latter reframes the TC its essential elements, practices, beliefs and assumptions into a unique social-psychological treatment approach (see De Leon, 2000). The validity of this theoretical framework is currently being explored in studies that focus on improving treatment effectiveness through process oriented research (e.g., De Leon, 2001; Kressel, 2000).

#### **Treatment and Policy Insights**

##### **Retention**

Time in program has been the most consistent predictor of successful outcomes. However, TC clinicians have emphasized that time alone is a proxy for dosage of treatment: Individuals must remain in a program long enough for time-correlated interventions to work and for treatment benefits to occur. Thus, present cost pressures to reduce planned durations of residential treatment must consider client factors in relationship to treatment intensity.

##### **Policy and Research Paradigms**

Effectiveness studies, such as those conducted on TC treatment as it is practiced in the field, have established the benefits of TC treatment before efficacy studies, that is, those conducted in controlled conditions. The

---

<sup>2</sup>A sample assessment tool to measure motivational/readiness for TC treatment is reflected in the CMRS scales (De Leon et al., 1994). The increasing use of these scales illustrates a useful dissemination of knowledge from research to practice.

evidence from the field studies remains compelling based on the numbers of clients studied and the replication of findings across years, samples, and investigative teams. From a policy perspective, the field-effectiveness studies have provided the main empirical justification for continued federal funding for drug treatment expansion and for treatment services research. Moreover, the field-effectiveness studies constitute a knowledge base to guide efficacy studies of treatment improvement. This point is illustrated in the National Institute on Drug Abuse's (NIDA's) current emphasis on controlled studies of why and how TCs work rather than on whether they work.

#### **A Research–Practice Utilization Model**

A key insight emerging from the years of reciprocity between TC research and practice underscores the need for appropriate models of technology transfer. Successful reciprocity depends on how effectively programs use research to improve treatment. The experience in TCs indicates that involvement in research projects, the use of scientific information, and the value of research itself must be reinforced through its application to program needs.

However, the use of research in human services settings in general, and in TCs in particular, has typically been impeded by the communication difficulties and perceptual distortions that often exist between research and nonresearch people (De Leon, 1979, 1980). For example, program evaluation may be viewed as hidden threats to the funding or survival of treatment agencies. Data systems are viewed as remote substitutions for face-to-face interactions rather than as technological extensions that could facilitate human services. Service program staff often perceive “data people” as removed from the realities of delivering day-to-day treatment. Research activities (such as completing forms) are seen as uncompensated burdens that are not relevant to service delivery. Researchers may view program

people as inflexible in their beliefs and lacking objectivity concerning the work. Often they find line workers recalcitrant to participating in research-dictated boundaries, such as random designs, or not open to learning research-relevant skills (such as record keeping) that will increase accountability. Researcher-clinician communication is often impeded by different vernaculars—an issue that is critical to translating the meaning and value of research for practice.

These issues have shaped an approach to maximize research use that has evolved over the years of reciprocity in TC programs. The premise of the approach is that the use of research for clinical practice and programming is optimized when treatment programs themselves are completely involved in the purpose, design, and conduct of research. In Exhibit 2.3, key components of the approach that illustrate the theme of research-practice integration in relation to use are outlined.

#### **CLINICAL PRACTICE AND A NEW RESEARCH AGENDA**

The evolution of the scientific knowledge base has gradually shifted the research question from whether TCs work to how they work. To a considerable extent, this shift reflects both policy and scientific issues. TCs “work” for serious substance abusers, for special populations, and in various settings. The weight of the outcome research accumulated over 30 years has established the TC as an evidenced-based treatment, researches must isolate the components of the approach that are critical to its effectiveness. Identifying the active treatment ingredients of the TC approach remains a compelling question for improving treatment, funding policy as well as science. Reducing the costs of treatment—by limiting its planned duration, for example— can be rationally implemented only if the necessary and sufficient TC interventions are known.

## EXHIBIT 2.3

### Maximizing Utilization of Research for Practice

#### Assessment

Treatment agencies are more likely to use research for practice when they are ready to change their customary administrative or clinical practices. Thus, before research projects or findings are introduced into treatment settings, evaluations are essential to assess agency (organizational) readiness to engage and use research to change its practices.

#### Preparation

Treatment agencies (and practitioners) need to be prepared to engage in research efforts, and use findings for clinical practice. This involves planning sessions that represent a cross-fertilization of research, clinical, and administrative staff in the purpose, conduct, relevance, and impact of the research project. Clinical and administrative input are essential to define the questions and address the issues of design and data collection. Project personnel should be composed of agency-based research and externally based research teams, and funding should be sufficient to support agency participation in research.

#### Dissemination

A variety of strategies and products are used to advance research use. These include research-practice-management seminars in which all participants contribute to the interpretation of the findings, recommendations, and limits of a study. Appropriate written, audio, and video formats are developed for describing findings, conclusions, and implications. Research personnel are effectively used as educators in translating scientific findings into curricula for training in program management and clinical practices.

These issues are shaping a current focus of research on the treatment process in therapeutic communities. Illuminating the treatment process in the TC, however, underscores the necessity for continued practice-research reciprocity. In contrast with evaluation of treatment outcomes, which involves minimal intrusion into the activities of the treatment program, studying the treatment process in the TC often requires research strategies that perturb the process itself. Program management and, in particular, clinical staff, must be completely supportive of research activities that can alter standard procedures, practices and, possibly, the treatment environment. Such support is particularly compelling considering the unique nature of the TC treatment approach.

The TC is a global treatment that consists of management and clinical practices that are embedded in the program's daily regimen of formal activities (e.g., planned meetings, groups, work assignments) and informal activities (unplanned, spontaneous peer-peer and peer-staff interactions).

Each activity is potentially an intervention, and all activities are interrelated to produce individual change (De Leon, 2000, see chapter 24).

Research strategies that attempt to study the active ingredients of this global approach may be "deconstructive" or "enhancive". Deconstructive strategies attempt to isolate the necessity or sufficiency of a hypothesized ingredient (e.g., peer groups) by subtracting it from the treatment regimen. Enhancive strategies intensify a specific activity or practice (e.g., formal training of residents in the factory of peer roles) to improve their treatment impact.

The intrusive character of both strategies requires an extraordinary cooperation among researchers, program management, and clinical practitioners as to the goals, significance, and conduct of the research itself. Indeed, the success of this cooperation may generate innovative strategies for studying treatment process as well as improve treatment practices. Finally, the maturation of the reciprocity between research and practice in TCs is dramatically illustrated

in two cooperative initiatives between NIDA and the Therapeutic Communities of America, the North American association of TCs. One initiative addresses the elaboration of a TC treatment process research agenda, as discussed previously. This has resulted in a recent NIDA request for research applications dedicated to understanding and improving TC treatment. The second initiative focuses on disseminating a NIDA project that is in preparation and that outlines TC principles and practices grounded in clinical theory and supported by research (NIDA, 2002). These products reflect the cross-fertilization of the TC treatment field workers (practitioners and program managers), researchers (program based and independent), and the federal funding agency. They also signify an evolutionary landmark in how reciprocity assures the success of both research and treatment objectives.

## REFERENCES

- Biase, C.V., Sullivan, A.P., & Wheeler, B. (1986). Daytop Miniversity –Phase 2 college training in a therapeutic community: Development of self –concept among drug free addicts. In G de Leon & J.T. Ziegenfuss (eds.), *Therapeutic communities for addictions* (pp. 121-130). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Coletti, D.S., Hughes, P.H., Landress, H.J., Neri, R.L. Sicilian, D.M., Williams, K.M., et al. (1992). PAR village: Specialized intervention for cocaine abusing women and their children. *Journal of the Florida Medical Association*, 79, 701-705.
- Condelli, W.S. & De Leon, G. (1993). Fixed and dynamic predictors of client retention in therapeutic communities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10, 11-16.
- De Leon, G. (1979). People and data systems. *In Management information systems in the drug field* (National Institute on Drug Abuse Treatment Research Monograph Series, DHEW Publications No.ADM-79-836, pp. 107-120). Rockville, MD: National institute on Drug Abuse.
- De Leon, G. (1980). *Therapeutic communities: Training self evaluation*. Final report of project activities (National Institute on Drug Abuse Grant No. 1H81-DAO). New York: National Development and Research Institute.
- De Leon, G. (1984). *The therapeutic community: Study of effectiveness* (National Institute on Drug Abuse Treatment Research Monograph Series ADM-84-1286). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- De Leon, G. (1985). The therapeutic community: Status and evolution. *International Journal of Addictions*, 20, 823-844.
- De Leon, G. (1988). Legal pressure in therapeutic communities. In C.G. Leukefeld & E.M. Tims (eds.), *Compulsory treatment of drug abuse: Research and clinical practice* (NIDA Research Monograph 86, DHHS No. ADM-88-1578, pp. 160-177). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- De Leon, G. (1989). Psychopathology and substance abuse: What we are learning from research in therapeutic communities? *Journal of Psychoactive Drugs*, 21, 177-188.
- De Leon, G. (1991). Retention in drug-free therapeutic communities. In R.W. Pickens, c:g: Leukefeld, & C.R. Schuster (Eds.), *Improving drug abuse treatment* (NIDA Research Monograph 106, pp. 218-224). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- De Leon, G. (Ed.). (1997). *Community as method: Therapeutic communities for special populations and special settings*. Westport, CT: Greenwood.
- De Leon, G. (1998). Commentary: Reconsidering the self-selection factor in addiction treatment research. *Psychology of Addictive Behaviors*, 12, 71-77.

- De Leon, G. (2000). *The therapeutic community: Theory, model, ad method*. New York: Springer.
- De Leon, G. (Principal Investigator). (2001). *Treatment process: Enhancing peer mentor performance*. Unpublished grant proposal, Center for Therapeutic Community Research, National Development and Research Institutes, New York.
- De Leon, G. (in press). *The research context for therapeutic communities in the USA*. In J. Lees, N. Manning, D. Menzies, & N. Morant (Eds.), *Researching therapeutic communities*. London: Jessica Kingsley.
- De Leon, G., Hawke, J.; Jainchill, N., & Melnick, G. (2000). Therapeutic communities: Enhancing retention in treatment using "senior professor" staff. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 375-382.
- De Leon, G., & Jainchill, N. (1981-1982): Male and female drug abusers: Social and psychological status 2 years after treatment in a therapeutic community. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 8, 465-497.
- De Leon, G., Melnick, G., & Hawke, J. (2000). The motivation/readiness factor in drug treatment research: Implications for research and policy. In D. McBride, R. Stephens, & J. Levy (Eds.), *Emergent issues in drug treatment: Advances in medical sociology* (Vol. 7, pp. 103-129). Greenwich, CT: JAI Press.
- De Leon, G. Melnick, G., Kressel, D., & Jainchill, N. (1994). Circumstances, motivation, readiness and suitability (the CMRS scales): Predicting retention in therapeutic community treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20, 495-515.
- De Leon, G., Sacks, S., Staines, G., & McKendrick, K. (2000). Modified therapeutic community for homeless mentally ill chemical abusers: Treatment outcomes. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26, 461-480.
- De Leon, G., & Schwartz, S.(1984). The therapeutic community: What are the retention rates? *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 10, 267-284.
- De Leon, G., Staines, G.L., Sacks, S., Brady, R., & Melchionda, R. (1997). Passages: A modified Therapeutic community model for methadone-maintained clients. In G. De Leon (Ed.), *Community as method; Therapeutic communities for special populations and special settings* (pp.225-246). Westport, CT: Greenwood.
- Flynn, P.M., Kristiansen, P.L., Porto, J.V., & Hubbard, R.L. (1999). Costs and benefits of treatment for cocaine addiction in DATOS. *Drugs and Alcohol Dependence*, 57, 167-174.
- French, M.T. Sacks, S., De Leon, G., Staines, G., & Mclendrick, K. (1999). Modified therapeutic community for mentally ill chemical abusers: Outcomes and costs. *Evaluation and the Health Professions*, 22, 60-85.
- French, M.t., Sacks, S., Mckendrick, K., & De Leon, G. (2000). Services use and cost by MICAs: Differences by retention in a TC. *Journal of substance Abuse*, 11 (2), 1-15.
- Guydish, J., Sorensen, J.L., Chan, M., Werdegaar, D., Bostrom, A., & Acampora, A. (1999). A randomized clinical trial comparing day and residential drug abuse treatment: 18 month outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 428-434.
- Holland, S. (1983). Evaluating community based treatment programs: A model for strengthening inferences about effectiveness. *International Journal of Therapeutic Communities*, 4, 285-306.
- Hubbard, R.L., Collins, J.J., Rachal, J.V., & Cavanaugh, E.R. (1988). *The criminal justice client in drug abuse treatment* (NIDA Research Monograph No. 86). Research Triangle Park, NC: Research Triangle Institute.

- Hubbard, R.L., Marsden, M.E., Rachal, J.V., Harwood, H.J., Cavanaugh, E.R., & Ginzburg, H.M. (1989). *Drug abuse treatment: A national study of effectiveness*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Hubbard, R.L., Rachal, J.V., Craddock, S.G., & Cavanaugh, E.R. (1984). Treatment Outcome Prospective Study (TOPS): Client characteristics and behaviors before, during and after treatment. In F.M. Tims, & J.P. Ludford (Eds.), *Drug abuse treatment evaluation: Strategies, progress, and prospects* (NIDA Research Monograph No. 51, DHHS No. ADM-84-1329, pp. 42-68). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Inciardi, J.A., Martin, S.S., Butzin, C.A., Hooper, R.M., & Harrison, L.D. (1997). An effective model of prison-based treatment for drug-involved offenders. *Journal of Drug Issues, 27*, 261-278.
- Jainchill, N (1997). Therapeutic communities for adolescents: The same and not the same. In G. De Leon (Ed.), *Community as method: Therapeutic communities for special population and special settings* (pp. 161-178). Westport, CT: Greenwood.
- Jainchill, N., De Leon, G., & Pinkham, L. (1986). Psychiatric diagnoses among substance abusers in therapeutic community treatment. *Journal of Psychoactive Drugs, 18*, 209-213.
- Jainchill, N., Hawke, J., De Leon, G., & Yagelka, J. (2000). Adolescents in TCs: One-year post-treatment outcomes. *Journal of Psychoactive Drugs, 32*, 81-94.
- Jainchill, N., Yagelka, J., & Messina, M. (1999). *Development of a Treatment Environmental Risk Index (TERI): Assessing risk for client dropout*. Unpublished manuscript, Center for Therapeutic Community Research, National Development and Research Institutes, New York.
- Joe, G.W., Simpson, D.D., & Broome, K.M. (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. *Addiction, 93*, 1177-1190.
- Kressel, D. (Principal Investigator). (2000). *A protocol to improve therapeutic community training*. New York: Center for Therapeutic Community Research, National Development and Research Institutes.
- Kressel, D., Palij, M., & De Leon, G. (2001). *The predictive validity and clinical utility of instruments measuring client progress in therapeutic community treatment*. Unpublished manuscript, Center for Therapeutic Community Research, National Development and Research Institutes, New York.
- Kressel, D., Palij, M., De Leon, G., & Rubin, G. (2000). Measuring clinical progress in therapeutic community treatment: The Client Assessment Inventory (CAI), Client Assessment Summary (CAS) and Staff Assessment Summary (SAS). *Journal of Substance Abuse Treatment, 19*, 267-272.
- Lewis, B:F., & Ross, R (1994), *Therapeutic community: Advances in research and application, NIDA Monograph 144* (NIH Publication No. 94-3633). Washington, DC: Superintendent of Documents, U.S. Government Printing Office.
- Melnick, G., & De Leon, G. (1999). Clarifying the nature of therapeutic community treatment: The Survey of Essential Elements Questionnaire (SEEQ). *Journal of Substance Abuse Treatment, 16*, 307-313.
- Melnick, G., De Leon, G., Hawke, J., Jainchill, N., & Kressel, D. (1997). Motivation and readiness for therapeutic community treatment among adolescent and adult substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 23*, 485-507.
- Melnick, G., De Leon, G., Hiller, M. L., & Knight, K. (2000). Therapeutic communities: Diversity in treatment elements. *Journal of Drug Use and Misuse, 35*, 1819-1847.
- Melnick, G., De Leon, G., & Thomas, G., (2001). A client-treatment matching protocol (CMP) for

- therapeutic communities: First report. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 119-128.
- Melnick, G., De Leon, G., Thomas, G., Wexler, H. K., & Kressel, D. (2001). Treatment process in therapeutic communities: Motivation, progress and outcomes. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 633-650.
- National Institute on Drug Abuse. (2002). *Therapeutic community* (Research Report Series, NIH Publication No.02-4877). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health.
- Preliminary report: The persistent effects of substance abuse treatment –One year later. (1996, September). Rockville, MD: U.S. Dept. of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment.
- Sacks, S., Peters, J., Sacks, J. Y., Wexler, H. K., Roebuck, C., De Leon, G. (in press). Modified therapeutic community for MICA offenders: Description and interim findings. *Criminal Justice and Behavior*.
- Sacks, S., Sacks, J. Y., & De Leon, G., (1999). Treatment for MICAs: Design and implementation of the modified TC. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32, 19-30.
- Simpson, D. D. (1981). Treatment for drug abuse: Follow-up outcomes and length of time spent. *Archives of general Psychiatry*, 38, 875-880.
- Simpson, D. D., & Curry, S.J. (Eds.).(1997). Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS) [Special issue]. *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4), 211-337.
- Simpson, D. D., & Joe, G.W. (1993). Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy*, 30, 357-368.
- Simpson, D. D., Sells, S.B., (1982). Effectiveness of treatment for drug abuse: An overview of the DARP research program. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 2, 7-29.
- Simpson, D. D., Wexler, H.K., & Inciardi, J.A. (Eds.). (1999). Drug treatment outcomes for correctional settings, Parts 1 and 2 [Special issue]. *Prison Journal*, 79(4).
- Stevens, S., & Glider, P. (1994). Therapeutic communities: Substance abuse treatment for women. In F. M. Tims, G. De Leon, & N. Jainchill (Eds.), *Therapeutic community: Advances in research and application* (NIDA Research Monograph No. 144, NIH No. 94-3633, pp. 162-180). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Therapeutic Communities of America, Critical Justice Committee. (1999). *Therapeutic Communities in Correctional Settings: The prison Based TC Standards Development Project, Phase II* (final report prepared for the White House Office of National Drug Policy [ONDCP]. Washington, DC: Author.
- Therapeutic Communities of America, Critical Justice Committee. (2001). *Therapeutic Community Standards Development Project, Phase III American Correctional Association Version* (final report prepared for the Center for Substance Abuse Treatment). Washington, DC: Author.





## **ENFOQUE DE GÉNERO EN EL TRABAJO CON MUJERES RESIDENTES EN NUESTRAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS ESTÁNDAR PARA TOXICÓMANOS**

## **GENDER APPROACH IN THE WORK WITH FEMALE RESIDENTS IN OUR STANDARD THERAPEUTIC COMMUNITIES FOR DRUG ADDICTS**

**Martens, Johanna**

Director T.C. "De Spiegel", Belgium.

El enfoque orientado en función del género en el trabajo realizado entre mujeres residentes en nuestras comunidades terapéuticas estándar ha estado presente en las conferencias que tuvieron lugar en Oslo (1997) y en Varsovia (2001).

En Oslo, analizamos y discutimos nuestra experiencia belga, en marcha desde 1995 (Véase nuestro artículo en [www.eftc-europe.com](http://www.eftc-europe.com)). Más tarde, España y Noruega iniciaron su propio enfoque en torno a las mujeres y su interconexión, inspirados en la experiencia belga.

Las CTs españolas y noruegas estarán presentes en este taller belga, y compartirán sus experiencias "locales" con mujeres residentes.

El enfoque de género en el trabajo con mujeres residentes se centra en:

1. Residentes y personal
2. Comprensión de los problemas de género de las mujeres a nivel conductual, emocional y cognitivo, y su situación como grupo minoritario en la CT.
3. La solución de interconexión, con un día de intercomunicación entre las CTs dedicado a la mujer y de frecuencia mensual para el grupo minoritario de mujeres residentes, donde algunas herramientas terapéuticas básicas de nuestro trabajo en la CT puedan utilizarse: intercambio, apoyo, autoayuda, modelo de rol, reflexión y actuación.

Además de los participantes europeos, esperamos dar la bienvenida a participantes experimentados de otros continentes para comentar este trabajo europeo y compartir sus propias experiencias.

The gender-oriented approach in the work carried among female residents in our standard therapeutic communities has already been in the picture during the conferences that took place in Oslo (1997) and Warsaw (2001).

In Oslo we discussed our Belgian experience which has been going on since 1995 (See our paper on [www.eftc-europe.com](http://www.eftc-europe.com)). Later, Southern Spain and Norway began their own women-centred approach and network, inspired by the Belgian experience.

In this workshop Belgian, Spanish and Norwegian TC's will be present and will share their "local" experiences with female residents.

The gender oriented approach in the work with female residents focuses on:

1. resident and staff
2. understanding the gender-connected problems in women on the behavioral, emotional and cognitive level, and their situation as a minority group in the TC.
3. the network solution with a monthly inter-TC women's day for the minority group of female residents where some basic therapeutic tools of our TC work can be used: sharing, support, self-help, role model, reflection and action.

In addition to the European participants, we look forward to welcoming experienced participants from other continents to comment on this European work and to share their own overseas experiences.

## **THE BELGIAN EXPERIENCE SINCE 1995**

To give you some idea of the concrete work going on with the female residents, we'll go back to the paper mentioned earlier with the highlights of the Belgian experience.

Belgium is a small country and is divided into three cultural parts, each with its own language (Dutch, French and German). In the Dutch-speaking part, there are five therapeutic communities for drug addicts. Only 20% of the residents of these TC's are women (Noels and Wydoodt, 1996). These TC's are characterised by a male life style, with a lot of hard work, sports activities and confrontation going on. Because of this situation, female residents get little support and lack a role model. In contrast with the gender of the residents, nearly 50% of the staff members are women.

Different hypotheses can be formulated to explain the low occupation rate of women in the TC's. Some of these hypotheses have to do with society, others have to do with the TC's themselves. First we have to take into account that women prefer medicine and alcohol rather than hard drugs. These first substances are easier to get, or are easily prescribed by medical doctors. They are consumed within the context of a very different subculture or "scene", and the hard illegal drug scene may frighten many women. Second, it is not difficult to understand that a long-term residential programme is hard for women with children to enter. It's painful for them to be separated from their children and not easy to find a good solution if other family members are unable to look after the children. We also have the impression that addicted women are able to maintain themselves quite well on the drug scene. Usually they have a boyfriend who is also their drug dealer. When the police catch the couple, the man admits to being responsible and goes to jail while the woman remains free, visits him and takes him the drugs he needs. Women earn the

necessary money for the drugs by prostitution rather than by committing theft. And we know that the judicial authorities are more tolerant towards prostitution than towards burglary. Women are also less pressured by the judicial authorities to enter a TC. But the TC itself is also responsible for the fact that women have difficulties entering and staying in the TC. As mentioned before, the TC is characterised by a male life style. Some women may experience sexual danger because of the macho seduction going on, or feel oppressed as members of a minority group.

## **WHO ARE THESE WOMEN IN THE THERAPEUTIC COMMUNITY?**

How can we describe the women who stay in our TC's? First of all we have to think of people with a character disorder (Kooyman, 1993) and a traumatised sexuality (Martens, 1996). Most of the women have been sexually abused during their youth and /or have prostituted themselves during their drug career. They have a lot of physical problems and tend to neglect themselves in that regard. Some of the women have eating disorders such as anorexia and bulimia or eat a lot of sugar. Their psychological problems can be characterised as following. At the behavioural level they are sub-assertive, having difficulties saying "no", setting limits and accepting positive feedback. They are uncomfortable with intimacy without sex and sex without drugs. At the emotional level it is obvious that they have problems with feeling and expressing anger. At the cognitive level they have a triple negative self-image: as a person with a character disorder, with an addiction problem and as a woman in society.

## **SURVIVAL STRATEGIES**

The women in our TC's tend to use typical survival strategies that were functional on the drug scene but tend to hang on and are very hard to drop inside the

T.C. This certainly confirms the hypothesis of a “macho” subculture in the TC (and perhaps in society?). The two extremes of these strategies can be described as the “macha-rejector” style versus the “doormat-acceptor” style. The “macha ” seems to be very strong and able to live by herself. In fact, she is only tough and afraid of intimacy. The “doormat” cannot live by herself and would do anything not to be alone. She seems to be lacking self-respect. Other possible strategies women can use, are flirting with men or choosing a “pimp” that protects them from the other males. These strategies can be understood as a way of attempting to control the situation and of maintaining themselves as a minority of women among men.

### **WOMAN-CENTRED APPROACH**

To be able to do something about the described situation and to give the addicted women more possibilities to benefit from a fruitful stay in a TC, we have been developing a so-called woman-centred approach in the TC's. We decided to pay attention to the female residents as well as to the female staff.

In our work with the residents, the focus is woman-centred throughout the therapeutic programme and we also give the women extra activities and privileges. On a behavioural level we encourage them to drop their survival strategies, take care of their bodies (e.g., hygiene, dentist, gynaecologist), control their eating patterns, be assertive (e.g., acquire status and privileges), say “no” (set limits), accept positive feedback, and experience intimacy without sex, and sex without drugs. At the emotional level we encourage them to express anger, especially within the safety of the encounter group or the bonding-psychotherapy. At the cognitive level we help them to think about themselves in a positive way. The “extras” that the women get, are the following. First of all we make sure that they have a “godmother” among the

resident group and among the staff from whom they can get the necessary support. Secondly, we organise a weekly group session exclusively for women where they can discuss their problems in a safe environment without having to take care of, or trying to seduce men. FORT-techniques can be used and will be explained further in this paper. We also have the monthly inter-TC women's day. More about this will also be described later. Specific hygienic facilities are provided as well as accessories in their own toilet and bathroom and more time allowed for private hygiene. If necessary, a separate corner is organised in the living room where the women can sit and relax without being approached by the men.

For the female staff members of the TC's we have been organising a training day every year. This is an opportunity to exchange experiences, discuss and hear a lecture by some expert.

### **MONTHLY WOMEN'S DAY**

The purpose of this women's day is to make the TC more suitable for female addicts by encouraging solidarity among them and giving them support for their minority position in their own TC. We want them to benefit from the role model function that is available in a larger group with older women and with women who have been participating in a therapeutic programme for a longer time. The spirit of the meeting is that the residents choose and organise their own programme for the day and get support from staff members, if necessary. Every TC takes turns being the host. Staff members (one from each TC) participate on a personal level as a woman and supervise at the same time.

The programme of the day starts with a coffee and getting to know each other. This is followed by a group discussion on an issue chosen by the residents. At lunch there is a buffet prepared by the different TC's

and much informal chatting. This is followed by activities connected with the issue of the day. Finally, the group sits together to evaluate the day and to make proposals for the next women's day.

Some of the discussion issues and activities can be found in the following list. Issues: relationships with men, sexual abuse, hobbies, mother and daughter, being a woman in the TC, healthy eating and cooking, taking care of my body, dressing in the TC, being a parent in the TC, assertiveness, how to spoil our bodies, gynaecology, aggression in the TC, being in love in the TC, the child within ourselves, femininity and sensuality, friendship and love, the feminist movement, women with a male job etc. Activities: healthy cooking, creative art, swimming, sauna, visit to a fashion museum, assertiveness training (two days), baseball, massage, shiatsu stretching, belly dancing, African dancing, role playing, hair styling, visit to a fitness centre, skating, horseback riding etc.

### **FORT-TECHNIQUES**

FORT means "Feministische Oefengroep voor Radicale Therapie". This is Dutch for "women self-help groups". The discussion techniques are inspired by Transactional Analysis and Radical Psychiatry and stimulate the emancipation process of the participants not only as a person but also as a member of society. The techniques are made to address women's problems here and now in the group (negative self-image, difficulties expressing anger, receiving positive feedback etc.). The FORT-movement has been going on for many years in the USA, The Netherlands, Belgium and other countries. In the TC work, we use their techniques but change the self-help aspect to a staff-directed one.

The session generally takes two hours and is divided into different parts. The first session starts with several rounds where every woman takes the necessary time

to answer the following questions and shares her answers with the rest of the group: "How do I feel here and now? What is recently good and new in my life? Is there anything standing in our way to have a good group session (negative ideas, resentment)?" Then the "personal working time" starts where the women who want to, can discuss or work in their own way on some problem they may be experiencing. At the end of each personal working time, the other group members try to formulate some aspects of recognition from their own situation or experience. The sessions end by giving the opportunity for each group member to get a "stroke" or a compliment. The described exercises may seem easy, but in fact are not at all easy for the participating women if you keep in mind what was described above as typical female problems. A group member cannot skip her turn as the group is waiting for a good answer. A female staff member of the TC directs the group session. She also participates on a personal level as a woman. That means that she answers the questions of the starting rounds and gets a stroke at the end of the group. The personal working time, of course, is left to the residents.

### **CONCLUSION**

Women are a minority group in our standard TC's for drug addicts and they have their own gender-specific problems on the behavioural, emotional and cognitive level. Very often they have a traumatised sexuality and have developed survival strategies that were functional on the drug scene but are hard to drop inside the TC. If our TC's wish to keep and to work with these women, they will have to implement a women-centred approach. This approach focuses on residents and staff, on understanding the gender-connected problems and on developing an inter-TC network exclusively for the minority group of female residents. In the WFTC workshop, experiences with

the gender approach among female residents in different parts of Europe will be shared and discussed together with experiences from other areas of the world.

## BIBLIOGRAPHY

- KARSTEN, C. (1993). *Female hard drug-users in crisis. Childhood traumas and survival strategies. Hard druggebruiksters in crisis. Kindertrauma's en overlevingsstrategieën*. NIAD, Utrecht, The Netherlands. ISBN 90-71187-42-X.
- KOOYMAN, M. (1993). *The therapeutic community for addicts. Intimacy, parent involvement, and treatment success*. Swets & Zeitlinger, Amsterdam/Lisse.
- MARTENS, J. (1996). Harddrugsverslaafde vrouwen in de therapeutische gemeenschap: specifieke problemen en hun aanpak. In: *Verslagboek studiedag "Vrouwgerichte Verslavingszorg" op 15/03/96 te Brussel. VHV-VAD-IMPULS. VAD, Brussel*, pp. 67-71.
- MARTENS, J. (1997). Inter T.C.-work with female residents and staff members: 30 months of experience in Belgium. *Conference book of the Third European Conference on Rehabilitation and Drug Policy*, 1-5 June 1997, Oslo.
- MEULENBELT, A.; WEVERS, A.; VAN DER VEN, C. (1994). *Vrouwen en alcohol*. Van Gennep, Amsterdam.
- NICOLAI, N. (1997). *Vrouwenhulpverlening en psychiatrie*. Babylon-De Geus, Amsterdam. ISBN 90-6222-332-X.
- NOELS, B. en WYDOODT, J.P. (1996). *Alcohol, Illegale Drugs en Medicatie. Recente Ontwikkelingen in Vlaanderen*, VAD, Brussel.
- PEETERS, M. (1993). *Alledaagse Ongelijkheid. Seksen klasseverschillen in de hulpverlening*, Garant, Leuven/Apeldoorn.
- RAVNDAL, E. (1994). Drug abuse, psychopathology and treatment in a hierarchical therapeutic community. A prospective study. *Thesis Department of Behavioural Sciences in Medicine, University of Oslo*.
- STOCCO, P. e.a. (2000). *Women drug abuse in Europe: gender identity*. Irefrea España, Palma de Mallorca. ISBN 84-607-0775-X.
- STOCCO, P. e.a. *Women and opiate addiction: a European perspective*. Irefrea España, Palma de Mallorca. ISBN 84-932947-2-7.
- WYCHOFF, H. (1977). *Solving women's problems*. Grove Press Inc., New York.
- WYCHOFF, H. (1978). *Vrouwenpraatgroepen, Feministische Oefengroepen Radicale Therapie*. Bert Bakker B.V., Amsterdam.



## PREVENCIÓN DE RECAÍDAS DESDE UNA PERSPECTIVA LOGOTERAPÉUTICA

## PREVENTION OF RELAPSES FROM A LOGOTHERAPEUTIC PERSPECTIVE

**Martínez Ortiz, Efren**

Fundación Colectivo Aquí y Ahora. Colombia.

La presente ponencia pretende exponer los fundamentos básicos de la logoterapia aplicada a la prevención de recaídas. A través de una disertación descriptiva de los elementos que conforman la teoría logoterapéutica, se pondrá en escena el papel del sentido de la vida como promotor de la prevención de recaídas, así como el papel que juegan los recursos no-éticos (espirituales) el interior de la comunidad terapéutica, y especialmente, en el ámbito de la prevención de recaídas.

Se otorgarán a los asistentes conocimientos sistemáticos para el enriquecimiento de los programas de tratamiento, logrando comprender que la recuperación no es sólo la ausencia de consumo de drogas, sino el desarrollo del ser en su esencia y sentido; es decir, salud no es sólo ausencia de enfermedad, sino principio de responsividad (posibilidad de caer enfermo y defenderse), dirigiendo así, la prevención de recaídas hacia el núcleo sano de la persona y no sólo hacia los riesgos.

This presentation seeks to expound the basic foundations of logotherapy as applied to the prevention of relapses. Through a descriptive dissertation of the elements which make up logotherapeutic theory, the role of the meaning of life as a promoter of relapse prevention will be presented, as well as the role played by noetic (spiritual) resources inside the therapeutic community and particularly in the area of relapse prevention.

Systematic knowledge of the treatment programmes will be presented to those attending, helping them understand that recovery is not only the absence of drug consumption, but the development of the being in all its essence and meaning; that is, health is not only the absence of illness, but the principle of responsivity (possibility of falling ill and defending oneself), thus directing the prevention of relapses towards the healthy nucleus of the person and not only towards the risks.

La logoterapia fue creada por Viktor Frankl (1905-1997), médico, neurólogo, psiquiatra y doctor en Filosofía, nacido en Viena. Su nacimiento recoge influencias de personalidades académicas como Sigmund Freud, Alfred Adler, Carl Jung, Rudolf Allers y Ludwig Binswanger, así como la filosofía de Max Scheler y Nicolai Hartmann, y en menor grado de Martin Heidegger, Karl Jaspers y Martin Buber. Es la terapia del sentido, definiéndola a partir del vocablo griego *logos* en su acepción de "razón íntima de una cosa, fundamento, motivo"<sup>1</sup>. Es decir, *logos* en logoterapia se refiere a sentido. Podríamos ubicarla como una perspectiva de pensamiento con influencias humanistas-existenciales, de aproximación cognitiva (metacognitiva) y epistemológicamente fenomenológica/constructivista<sup>2</sup>.

## ESTATUTO EPISTEMOLÓGICO DE LA LOGOTERAPIA

La logoterapia sería difícil de ubicar epistemológicamente dentro de una escuela pre-establecida, pues guarda diferencias y similitudes con todos los intentos de clasificación que se han realizado hasta el momento. *La logoterapia, por lo general, es incluida dentro de la categoría de la psicología humanista (Bühler y Allen, 1972), o bien es identificada con la psiquiatría fenomenológica*

*(Spiegelberg, 1972) o la psiquiatría existencial (Allport, 1959; Lyons, 1961; Pervin, 1960). Sin embargo, en opinión de diversos autores, la logoterapia es el único de dichos sistemas que ha logrado desarrollar técnicas psicoterapéuticas propiamente dichas<sup>3</sup>. Ahora bien, las diferencias no están sólo dadas en el campo metodológico, pues Frankl realiza críticas tanto al existencialismo como al humanismo que rebasan el terreno de lo técnico. Se suele incluir la logoterapia dentro de las categorías correspondientes a la psiquiatría existencial o a la psicología humanística. Sin embargo, el lector de mis libros quizás esté informado de que he hecho algunas observaciones críticas con respecto al existencialismo; o al menos, a lo que es designado como existencialismo. De modo similar encontrará en éste libro ciertos ataques dirigidos contra el así llamado humanismo<sup>4</sup>. Frente al humanismo dice Frankl: *Aun cuando se ha dicho que la logoterapia se ha "unido" a dicho movimiento (Charlotte Bühler y Melanie Allen, 1972), por motivos heurísticos es conveniente separar la logoterapia de la psicología humanista, a fin de lograr un punto de vista crítico más ventajoso y comentarla con sentido crítico<sup>5</sup>. En este orden de ideas, en cuanto a la principal crítica al humanismo, Frankl alega, principalmente, que suele ser común en las orientaciones de la psicología humanista aplicar un modelo mecanicista, en términos causa-efecto sintomático, en el quehacer psicoterapéutico<sup>6</sup>; así mismo y específicamente en cuanto a las propuestas de Maslow, dice Frankl: *la distinción estableci-***

<sup>1</sup>Bailly. *Dictionnaire Grec-français*. (26 ed.) Librairie Hachette. Citado por: Noblejas, M.A. Logoterapia: Fundamentos, principios y aplicación. Una experiencia de evaluación del logro interior de sentido. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Educación. Departamento de psicología evolutiva. (inédito), 1995, P. 17

<sup>2</sup>Se utiliza el termino perspectiva, puesto que la logoterapia a pesar de tener un cuerpo epistemológico, antropológico y metodológico claramente definido, no puede constituirse como un paradigma tal como lo definen otros autores, ya que puede ubicarse dentro del postpositivismo, pero no lo supera, más bien lo complementa. Al respecto Frankl se distancia de la postura positivista al decir en su libro "El hombre doliente": Es fácil demostrar que el positivismo es en realidad un nihilismo encubierto. Pág 286.

<sup>3</sup> Frankl, Víctor. *Psicoterapia y humanismo. ¿Tiene un sentido la vida?*. México. Ed. FCE. 1994. P. 127

<sup>4</sup>Op. Cit. P. 11

<sup>5</sup>Op. Cit. 71

<sup>6</sup>Freire, Jose Benigno. *El humanismo de la logoterapia de Viktor Frankl*. Pamplona. 2002. ed. EUNSA. P. 63



da por Maslow entre necesidades superiores e inferiores no toma en consideración que cuando las necesidades inferiores no son satisfechas, puede hacerse más urgente una necesidad superior, tal como la voluntad de sentido<sup>7</sup>, crítica aceptada y compartida por el autor en mención. En lo referente a las corrientes humanistas de mayor tono afectivo, la crítica la desarrolla Frankl al mencionar que en lo que se refiere al tema de las emociones, estas no pueden ser intencionalmente provocadas<sup>8</sup>. Ahora bien, Frankl hace más referencia al llamado pseudohumanismo, pues es innegable que son más las coincidencias que las divergencias entre la logoterapia y otras corrientes ubicadas en el movimiento humanista – existencial.

También se intentó incluir a la logoterapia en el ámbito de la psiquiatría fenomenológica<sup>9</sup>, al igual que dentro de la psiquiatría existencial, pues la logoterapia toma las influencias de la fenomenología de Husserl y especialmente de Max Scheler, así como la antropología existencialista<sup>10</sup>, aunque configurando un cuerpo metodológico diferente e incluyendo la contraparte del tema central existencialista de la libertad: la responsabilidad<sup>11</sup>. La logoterapia ha recibido críticas relacionadas con la relación que mantiene con la filosofía existencial, dice Frankl: *Se ha puesto de moda culpar a la filosofía existencial de poner excesivo acento en los aspectos trágicos de la existencia humana. La logoterapia, considerada una de las escuelas de la psiquiatría existencial,*

---

<sup>7</sup>Frankl, Víctor. *Psicoterapia y humanismo. ¿Tiene un sentido la vida?*. México. Ed. FCE. 1994. P. 34

<sup>8</sup>Op. Cit. P.83

<sup>9</sup>Freire, Jose Benigno. Op. Cit. P. 62

<sup>10</sup>Especialmente la de tipo teísta.

<sup>11</sup>Vale la pena mencionar que esta es una crítica parcializada, pues en autores como Buber y Jaspers, el tema de la responsabilidad en lo que se refiere al "encuentro" y a la "comunicación" respectivamente, son argumentos centrales.

se ha convertido en el blanco de estos reproches.<sup>12</sup>

Sin embargo, ni toda la filosofía existencial es pesimista, ni la logoterapia es una apología a la tragedia, considerando tal vez todo lo contrario, pues no existe psicoterapia pasada ni actual, que conserve tanta fe en el ser humano y en sus potencialidades como la propuesta Frankliana.

Finalmente, se ha intentado definir la logoterapia como una psicoterapia cognitiva<sup>13</sup> e incluso como la primera psicoterapia cognitiva, afirmación hecha por Frankl al escribir: *en el artículo presentado en el Segundo Congreso Mundial de Logoterapia, Alfred A. Laengle llegó a afirmar "que la logoterapia es la primera terapia cognitiva por sus condiciones y por su programa"*<sup>14</sup>.

Hoy en día, cada vez más se relaciona la logoterapia con la psicoterapia constructivista, autores representativos de este movimiento la citan en sus textos (Mahoney, 1997, Mahoney & Freeman, 1988, Goncalves, 2002, Feixas & Villegas, 2000, Neimeyer & Mahoney, 1998) y otros más reflejan como se llega a perspectivas casi idénticas desde lugares y épocas distintas, y sin mutuo conocimiento (Semerari 2002a, 2002b).

## APROXIMACIÓN COGNITIVA DE LA LOGOTERAPIA

La logoterapia no puede definirse como una psicoterapia cognitiva exclusivamente, y menos como una psicoterapia cognitiva estándar a la manera de autores como Beck y Ellis, quienes a pesar de compartir

---

<sup>12</sup>Frankl, Víctor. *Psicoterapia y existencialismo*. Barcelona. Ed. Herder. 2001. P. 95

<sup>13</sup>Carelli, Rocco. Logoteoria: assunti Clinici. En: *Attualità in logoterapia*. Roma. LAS. P. 49–77

<sup>14</sup>Frankl, Viktor. Logos, paradoja y búsqueda de significado. En: Mahoney & Freeman. *Cognición y psicoterapia*. Barcelona. Ed. Paidós.

muchos recursos técnicos<sup>15</sup>, se diferencian epistemológica y antropológicamente de la logoterapia. Sin embargo, sí pueden considerarse aspectos cognitivos del proceder logoterapéutico y de su concepción epistemológica. Al respecto dice Frankl: *la logoterapia, que es el nombre con que se bautizó este nuevo enfoque, intentaba significar el desplazamiento del énfasis desde los aspectos afectivos a los aspectos cognitivos de la conducta humana*<sup>16</sup>. Pero la logoterapia va más allá de lo cognitivo, pues *la idea de logos estaba sólo parcialmente esbozada en los términos cognitivos clásicos de la cognición, indicando que durante el desarrollo de la logoterapia (sería mejor decir de la logoteoría subyacente a la misma), el logos incluía la cognición, o la percepción del significado*<sup>17</sup>. La Dimensión Noética<sup>18</sup> comprende los aspectos cognitivos del ser humano. *Esta facultad originaria, esta posibilidad originaria del ser espiritual, es la condición de otras posibilidades: la percepción, el pensamiento y el lenguaje; y esto significa entenderse unos con otros y ponerse de acuerdo, pero también es la condición del recuerdo y la evocación, y esto significa estar presente en lo distante temporal y espacialmente*<sup>19</sup>. Y este estar presente es la característica del acto de conocimiento que se lleva a cabo desde lo espiritual-Noético, un acto de conocimiento que supera la escisión sujeto-objeto;

*el ser espiritual ni los otros seres están fuera ni dentro. No al menos en el sentido óptico espacial; en sentido ontológico ambos se encuentran siempre implicados. Esto crea esta relación peculiar que se ha establecido desde antiguo entre el mundo y la conciencia: no sólo el mundo está en la conciencia, sino que la conciencia está en el mundo, contenida en él: se da pues, la conciencia. El sujeto y el objeto se implican mutuamente de este modo peculiar; una implicación cuyo único símbolo es el yang-yin chino*<sup>20</sup>. Esta característica de lo Noético es su fundamento intencional, *la posibilidad de que el ser espiritual esté presente en otro ser es una facultad originaria, es la esencia del ser espiritual, de la realidad espiritual; y una vez reconocida nos ahorra la problemática tradicional del sujeto y del objeto: nos libera del onus probandi en el problema de la posibilidad de acceso del uno al otro*<sup>21</sup>.

La principal diferencia con el cognitivismo clínico se da a nivel epistemológico al plantear la logoterapia que *la pregunta sobre el modo de acceso del sujeto al objeto (para posibilitar y construir un conocimiento objetivo) carece de sentido porque la pregunta es ya el resultado de una espacialización ilegítima y constituye, en consecuencia, una notificación de la verdadera realidad; es superfluo preguntar cómo el sujeto puede salir fuera de sí y acceder al objeto que se encuentra fuera, simplemente porque este objeto nunca estuvo fuera en sentido ontológico, de metafísica del conocimiento. Pero si esta cuestión se plantea a nivel ontológico y auténticamente metafísico y se entiende el afuera como un modo de hablar, nuestra respuesta es que el denominado sujeto ha estado siempre afuera, por decir-*

---

<sup>15</sup>La logoterapia y la psicoterapia cognitiva estándar comparan el diálogo socrático como técnica principal, así como el autodistanciamiento o distanciamiento crítico llevado a cabo por técnicas tradicionales de la psicoterapia cognitiva y el humor de la Terapia Racional Emotiva.

<sup>16</sup>Frankl, Viktor. Logos, paradoja y búsqueda de significado. En: Mahoney & Freeman. *Cognición y psicoterapia*. Barcelona. Ed. Paidós. P. 283

<sup>17</sup>Op. Cit. P. 283

<sup>18</sup>Dimensión espiritual del ser humano, dimensión específica de la autoconciencia e intencionalidad.

<sup>19</sup>Frankl, Viktor. *El Hombre doliente*. Barcelona. Ed. Herder. 1994. p. 110 – 111

---

<sup>20</sup>Frankl, Viktor. *El Hombre doliente*. Barcelona. Ed. Herder. 1994. p. 109

<sup>21</sup>Op. Cit. P. 110

lo así, junto al denominado objeto. Dicho de otro modo: no podemos admitir en una metafísica del conocimiento esa distancia, esa fisura de sujeto y objeto que la teoría del conocimiento establece con su ilegítima espacialización; sólo así podemos construir una auténtica ontología del conocimiento, solamente así se evitará el abismo entre el ser cognoscente espiritual y el ser conocido<sup>22</sup>. Abismo promulgado por las posturas positivistas que como ya Frankl lo proponía, son un nihilismo encubierto, pues preguntar cómo puede el sujeto acercarse al objeto carece de sentido porque esta cuestión es ya el resultado de una espacialización inadmisibles y por tanto representa una ontización de los hechos reales; es inútil preguntar cómo puede el sujeto acercarse saliendo de sí mismo al objeto que está fuera de él, que se encuentra "afuera", simplemente porque este objeto, en sentido ontológico, nunca estuvo "afuera"<sup>23</sup>.

Para la logoterapia el conocimiento no es una representación o copia del mundo real como lo es para el objetivismo cognitivo (Frankl, 1994a, 1994b, 1994c, 1999, 2001), al respecto dice Frankl: *Frente al objeto de conocimiento, el sujeto cognoscente es como un hombre embutido en una escafandra: su mano toma un objeto, pero él mismo está encapsulado; encapsulado en el guante de buzo. Esta mano, por mucho que lo intenta, sólo puede capturar su propio guante, ese ente intermedio. Esto mismo nos ocurre en la perspectiva idealista: siempre que captamos algo, lo tenemos cogido; pero nosotros no somos eso que tenemos. En nuestras representaciones y conceptos, este guante establece la separación entre lo que nosotros somos y lo que tene-*

---

<sup>22</sup>Op. Cit. P. 108 – 109

<sup>23</sup>Frankl, Víctor. *Logoterapia y Análisis Existencial*. Barcelona. Ed. Herder. P. 79

mos<sup>24</sup>. Sin embargo, Frankl no niega la existencia de una realidad, solo que muestra como acceder a la misma es parte de un proceso denominado Noodinamia y entendido al plantear que *el conocimiento se funda, indispensablemente, en un campo de tensión polar entre lo objetivo y lo subjetivo, pues sólo partiendo de esta base puede establecerse la dinámica esencial del acto cognoscitivo*<sup>25</sup>. En orden a este planteamiento, no existe una verdad universal como lo propone el objetivismo (Mahoney, 1997, Neimeyer & Mahoney, 1998, Feixas & Villegas, 2000), sino mas bien *la verdad nunca es una verdad, sino siempre la verdad vista en la perspectiva de cada cual. Es esta perspectiva la que revela a cada cual la verdad en general. Por otra parte, mi perspectiva, si se transfiere a otro, le deforma la verdad. De ese modo, lo único absoluto que la verdad permite al hombre es la unicidad absoluta de la perspectiva, donde la verdad se manifiesta a cada hombre. Y así el perspectivismo no tiene por qué desembocar en un relativismo*<sup>26</sup>. Por ello, la logoterapia, si bien se acerca más al constructivismo, como se verá más adelante, es un constructivismo de tipo crítico y no radical, tal vez la forma de constructivismo más crítico y menos radical, incluso llegando a afirmar que *la logoterapia, sin embargo, sostiene que, por muy subjetivo que pueda ser (o hasta patológicamente distorsionado) el segmento que estamos <<separando>> del mundo, lo separamos en definitiva de un mundo objetivo*<sup>27</sup>. Es decir, evidentemente, del mundo sólo poseemos en

---

<sup>24</sup>Frankl, Víctor. *El Hombre doliente*. Barcelona. Ed. Herder. P. 104

<sup>25</sup>Frankl, Víctor. *Psicoterapia y existencialismo*. Barcelona. Ed. Herder. 2001. P. 139

<sup>26</sup>Frankl, Víctor. *El Hombre doliente*. Barcelona. Ed. Herder. 1994. p. 206

<sup>27</sup>Frankl, Víctor. *Psicoterapia y existencialismo*. Op. Cit. 138

*cada caso una parte, es decir, una parte subjetiva; pero por lo que se refiere a esta parte subjetiva se trata de una parte subjetiva captada de un mundo objetivo*<sup>28</sup>, cuidándose de no caer en un realismo absurdo, que niegue la condición subjetiva del acto de conocimiento, pues dentro de esta llamada noodinamia, la logoterapia sabe *también por qué razón toda comprensión está condicionada subjetivamente en grado extremo: cualquier contenido representa de antemano un sector del ámbito del objeto*<sup>29</sup>. Ahora bien, la escisión sujeto-objeto no se puede superar totalmente porque *mi propio acto, aun siendo totalmente mío, no se identifica conmigo mismo cuando lo observo: no es ya auténticamente yo, sino que es un yo inauténtico. E. Freiherr von Feuchtersleben cuando declara “no podemos concebir el yo, porque se identifica con nosotros, como la mano no puede cogerse a sí misma. Por eso se puede afirmar que nunca soy “existencialmente” lo que tengo “intencionalmente”. Y a la inversa: lo que soy “existencialmente” no puedo tenerlo “intencionalmente” y como el sujeto retiene su existencia, el objeto tiene y retiene su trascendencia*<sup>30</sup>.

Las diferencias de la logoterapia con el cognitivismo clínico no se dan solo a nivel epistemológico, también a nivel antropológico hacen referencia a concepciones de ser humano opuestas, pues mientras para la logoterapia el ser humano es proactivo e intencional, para el cognitivismo estándar es reactivo y determinista. *En la dimensión de la psicología concebida en términos estrictamente científicos, tan pronto como proyectamos seres humanos, los separamos del*

*mundo de las razones potenciales. En lugar de razones sólo existen causas. ¿La diferencia? Las razones me motivan a actuar de la forma que yo elijo. Las causas determinan mi conducta sin ninguna razón y sin percatarnos, tanto si las conozco, como si no*<sup>31</sup>.

La perspectiva logoterapéutica encuentra diferencias epistemológicas y antropológicas evidentes con el objetivismo clínico; sin embargo, tiene puntos de encuentro a nivel metodológico y en los componentes cognitivos que se llevan a cabo en la dimensión Noética, ahora bien, *según la idea de hombre que se tiene, así se conceptualizan los fenómenos o acontecimientos, luego se implementan las investigaciones y/o diagnósticos y a continuación se instauran tratamientos*<sup>32</sup>, por ello, a pesar de los componentes técnicos que se comparten, la aproximación a los fenómenos y al ser humano se dirigen de una manera diferente.

En la actualidad, superadas y complementadas las psicoterapias cognitivas estándar de los 60's, surgen propuestas más abarcadoras, con las cuales la logoterapia encuentra similitudes bastante serias y casi tan solo diferenciadas en el énfasis de la logoterapia hacia temas como el sentido de la vida, el sufrimiento, la cuestión de los valores y la trascendencia. En este sentido, se podría considerar la logoterapia una psicoterapia cognitiva si se toma en términos de metacognición, es decir, podría ser una psicoterapia metacognitiva.

### **Logoterapia: ¿Una psicoterapia Metacognitiva?**

*La primera definición global de metacognición fue propuesta por Flavell, quien la entendía como cualquier conocimiento o actividad cognitiva que toma*

<sup>28</sup>Frankl, Víctor. *Logoterapia y Análisis Existencial*. Barcelona. Ed. Herder. P. 99

<sup>29</sup>Op. Cit. P. 98

<sup>30</sup>Frankl, Víctor. *El Hombre doliente*. Barcelona. Ed. Herder. 1994. p. 105

<sup>31</sup>Frankl, Víctor. "Logos, paradoja y búsqueda de significado". En: Mahoney & Freeman. *Cognición y psicoterapia*. Barcelona. Ed. Paidós. P. 292

<sup>32</sup>Oro, Oscar. *Persona y personalidad. Distintos enfoques a partir de una visión de conjunto*. Ed. FAL. 1993

como objeto, o norma, cualquier aspecto de cualquier empresa cognitiva. Se llama metacognición porque su significado esencial es “cognición de la cognición” (Flavell, 1976, 1981; Favell y otros, 1993)<sup>33</sup>, otros autores la consideran como el conocimiento que uno tiene y el control que uno ejerce sobre su propio aprendizaje y, en general, sobre la propia actividad cognitiva<sup>34</sup> o como el producto cartesiano de la actividad metacognitiva —la primera cognición— por la cognición (o la estructura o funcionamiento de la mente) —la segunda cognición—<sup>35</sup>. Para efectos de una psicoterapia metacognitiva, se asume la metacognición como la capacidad del individuo de llevar a cabo operaciones cognitivas heurísticas sobre las conductas psicológicas propias y ajenas, así como la capacidad de utilizar otros conocimientos con fines estratégicos para la solución de tareas y para dominar estados mentales específicos, origen de sufrimiento subjetivo<sup>36</sup>.

Dimensión Noética y Metacognición son constructos similares, aunque desde la perspectiva logoterapéutica se expresen algunas diferencias en cuanto a lo ontogenético y filogenético de lo noético-espiritual, dejando entrever elementos que irían más allá de lo estrictamente psicológico y que podrían acercarse más bien a lo teológico. Al respecto dice Frankl: *Por tanto, lo espiritual tiene que entrar de algún modo en lo corpóreo-anímico; pero, una vez que ocurre esto, lo espiritual, el espíritu personal, queda velado: se ocul-*

*ta en su silencio. Calla y aguarda a que pueda comunicarse, a que pueda romper su silencio a través de los velos que le rodean, de los estratos envolventes de lo psicofísico. Aguarda poder anunciarse, a poder darse a conocer en el organismo psicofísico, como órgano de su información. Aguarda hasta el día en que pueda hacer suyo el organismo, hasta apoderarse de él como su campo expresivo<sup>37</sup>, sin embargo, no habla de lo espiritual como un ente atrapado en un cuerpo psicofísico que le impide su manifestación, más bien hace referencia a la mismidad que se expresará a partir de la interrelación con lo psicofísico y de su propio desarrollo, es decir, a partir de la maduración noética que requiere para su manifestación el desarrollo del organismo psicofísico. Al igual que lo Noológico, la metacognición es una capacidad que se desarrolla a partir de la evolución, la dimensión refleja de la conciencia se organiza en niveles cada vez más comprensivas e integradoras a lo largo de la adolescencia y de la juventud... Como resultado de este desarrollo metacognitivo (véase Flavell, 1978, 1979) se produce un distanciamiento y un descentramiento en la relación entre el sujeto en desarrollo y el mundo, permitiendo un cambio gradual desde una concepción inmediata y absoluta de la realidad hasta una representación del mundo inferida y relativista<sup>38</sup>.*

La dimensión noética-espiritual comprende lo metacognitivo, así pues, para efectos de una psicoterapia metacognitiva y centrándose exclusivamente en los aspectos metacognitivos de la dimensión noética, esta puede comprenderse como lo propone la teoría de la mente según la primera definición que de ella hizo Premack y Woodruff (1978), se refiere a los as-

<sup>33</sup>Semerari, Antonio. *Psicoterapia cognitivas del paciente grave. Metacognición y relación terapéutica*. Bilbao. Ed. DDB. 2002a. p. 23

<sup>34</sup>Mateos, Mar. *Metacognición y educación*. Buenos Aires. Ed. AIQUE. 2001. P. 13

<sup>35</sup>Mayor, Suengas & Gonzales. *Estrategias metacognitivas. Aprender a aprender y aprender a pensar*. Madrid. Ed. Síntesis.

<sup>36</sup>Semerari, Antonio. *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Barcelona. Ed. Paidós. P. 115 – 116

<sup>37</sup>Frankl, Victor. *El Hombre doliente*. Barcelona. Ed. Herder. 1994. p. 144

<sup>38</sup>Guidano & Liotti. “Una base constructiva para la terapia cognitiva”. En: Mahoney & Freeman. *Cognición y psicoterapia*. Barcelona. Ed. Paidós. 1988. p. 132-133

pectos el conocimiento metacognitivo relativos a la “posesión de una representación del acontecimiento mental y a la capacidad de atribuir estados mentales a uno mismo y a los otros y prever y/o explicar el comportamiento manifiesto a partir de tales datos”. Se trata de una característica específica de la mente humana normal<sup>39</sup>. La Dimensión Noética es la dimensión específicamente humana (Frankl, 1994c, 2001), la dimensión noológica debe definirse como esa dimensión en la que se localizan los fenómenos específicamente humanos<sup>40</sup>. Para efectos de la psicoterapia a esos fenómenos específicamente humanos, a esas capacidades inherentes del ser humano los llamamos recursos noéticos<sup>41</sup>, *entre esos recursos, dos son los más relevantes para la psicoterapia: la capacidad humana de autodistanciamiento y de autotranscendencia*<sup>42</sup>.

El autodistanciamiento es la capacidad específicamente humana de tomar distancia de sí, de monitorear y controlar los propios procesos emotivo-cognitivos; *lo espiritual nunca se diluye en una situación; siempre es capaz de distanciarse de la situación sin diluirse en ella; de guardar distancia, de tomar postura frente a la situación*<sup>43</sup>, es la manifestación de la autoconciencia que terapéuticamente es bastante útil. *En efecto, esta distancia de lo espiritual frente a lo psicofísico, que hemos comentado antes, esa distancia que funda el antagonismo psi-*

*conoético, parece extraordinariamente fecunda, se puede hacer útil. Justamente la logoterapia ha procurado explotar el antagonismo facultativo entre la existencia espiritual y la facticidad psicofísica. La logoterapia apela a la persona, a la facultad del espíritu de contraponerse a lo psicofísico, de resistirlo, a ese poder de resistencia del espíritu; a este poder recurre, a este poder se remite*<sup>44</sup>. Entonces, si la metacognición es el conocimiento que uno tiene y el control que uno ejerce sobre la propia actividad cognitiva, así como de las sensaciones o sentimientos, que acompañan dicha actividad, relacionadas con el progreso hacia las metas, que pueden llegar a ser interpretadas conscientemente (Mateos, 2001), entonces cuando se habla de metacognición se está hablando de autodistanciamiento. Esta capacidad humana de autodistanciarse, de ejercer la autoconciencia no sólo para verse en situación, sino para regular sus propios procesos —o como se diría en logoterapia: para manifestar el poder de oposición del espíritu— es un elemento compartido por diferentes teóricos tanto de lo cognitivo, lo metacognitivo y lo constructivista (Guidano & Liotti, 1988, Mahoney & Freeman, 1988, Mahoney, 1988, Bandura, 1988, Guidano, 1995, Ellis, 1997, Neimeyer, 1997, 1998, Goncalves, 1998, 2002, Neimeyer, Greg. 1998, Feixas & Villegas, 2000, Mateos, 2001, Semerari, 2002a, 2002b). El autodistanciamiento es la manifestación de la libertad humana, primer pilar fundamental de la logoterapia, y es esta función metacognitiva a la que hace referencia Liotti cuando habla de la dimensión de la *responsabilidad y de la libertad individual en el contexto de la relación entre sí mismo y el mundo, de la que emerge continuamente la conciencia. En defi-*

---

<sup>39</sup>Semerari, Antonio. *Psicoterapia cognitivas del paciente grave. Metacognición y relación terapéutica*. Bilbao. Ed. DDB. 2002a. p. 28

<sup>40</sup>Frankl, Víctor. *Psicoterapia y existencialismo*. Barcelona. Ed. Herder. 2001. p. 83

<sup>41</sup>Conjunto de Fenómenos, capacidades o manifestaciones espirituales, expresadas por el autodistanciamiento y la autotranscendencia.

<sup>42</sup>Frankl, Víctor. *La idea psicológica del hombre*. Madrid. Ed. Rialp. 1999. p. 18

<sup>43</sup>Frankl, Víctor. *El Hombre doliente*. Barcelona. Ed. Herder. 1994. p. 175

---

<sup>44</sup>Op. Cit. 181

nitiva la conciencia metacognitiva nos hace libres y aumenta la capacidad individual de resolver problemas por medio de un acceso más rápido y global a todo conocimiento que el individuo ha acumulado a través de su vida, y son obvias las ventajas, en términos de adaptación y supervivencia, que ofrece esta capacidad<sup>45</sup>.

El segundo recurso Noético es la autotranscendencia, la capacidad intencional de la conciencia para dirigirse hacia algo o alguien significativo, capacidad que denota el hecho de que el ser humano siempre apunta, y está dirigido, hacia algo más que sí mismo, es decir a los significados de realización o a encontrarse con otros seres humanos a quienes ama<sup>46</sup>. Sin embargo, debe recordarse que la dimensión espiritual comprende lo cognitivo y lo metacognitivo, por ello, la intencionalidad se puede entender como el aspecto cognitivo de la autotranscendencia<sup>47</sup>, más no lo único que expresa; es decir, la conciencia intencional, la conciencia “de algo”, es un componente de la autotranscendencia, pero la misma se refiere no sólo a la captación de un objeto intencional, sino a la nodinamia de lo espiritual, es decir, a la captación de objetos intencionales valorativos, valores y sentidos que cumplir<sup>48</sup>. Esta intencionalidad de la conciencia en términos estrictamente cognitivos, al igual que el autodistanciamiento, es un elemento que comparten diferentes teóricos (Guidano, 1995, Froufe, 1997, Goncalves, 2002, Semerari, 2002a), aunque en los últimos años el

componente de intencionalidad hacia el valor y el sentido es también contemplado por autores distintos al medio logoterapéutico (Mahoney, 1988, Semerari, 2002a, 2002b, Goncalves, 2002)<sup>49</sup>, comparando, por lo general, la búsqueda de sentido con la búsqueda de coherencia e identidad personal (Guidano & Liotti, 1988, Guidano, 1995, Goncalves, 2002).

Los recursos noéticos se manifiestan psicológicamente como funciones metacognitivas; sin embargo, las funciones metacognitivas<sup>50</sup> son el aspecto cognitivo de la dimensión noética —de la dimensión específicamente humana—, *solamente el hombre posee una conciencia de orden superior, la caracterizada por funciones cognitivas y metacognitivas... Estas operaciones atañen al dominio de la conciencia y los procesos de control metacognitivos y son las funciones más elevadas de la conciencia “superior”, verdaderamente exclusivas de nuestra especie*<sup>51</sup>.

La metacognición, sus funciones y manifestaciones se relacionan con el inconsciente espiritual que propone la logoterapia. Según Frankl *por inconsciente no se debe entender nada más que no reflexivo. Sin embargo, se pretende decir algo más. Se pretende decir también no reflexionable. No obstante la espiritualidad del hombre no sólo es inconsciente sin más, sino que es también obligadamente inconsciente*<sup>52</sup>, es decir, lo espiritual no puede reflexionarse a sí mismo, pues la mismidad quedaría en entredicho, siendo “otro sí

---

<sup>45</sup>Semerari, Antonio. *Psicoterapia cognitivas del paciente grave. Metacognición y relación terapéutica*. Bilbao. Ed. DDB. 2002a. p. 42

<sup>46</sup>Frankl, Viktor. “Logos, paradoja y búsqueda de significado”. En: Mahoney & Freeman. *Cognición y psicoterapia*. Barcelona. Ed. Paidós. P. 291

<sup>47</sup>Op. Cit. 292

<sup>48</sup>Más adelante, en el apartado de la logoterapia como psicoterapia constructivista, se retoma este rico argumento, haciendo mención al tema de los valores y la diferencia entre significado hermenéutico y sentido de vida.

---

<sup>49</sup>Las diferencias entre dichas concepciones no son muy grandes; sin embargo, se harán evidentes en el aparte dedicado al constructivismo.

<sup>50</sup>Por funciones metacognitivas se entiende la capacidad autorreflexiva, relativa a los propios estados y procesos mentales, la capacidad para comprender la mente ajena y la capacidad de utilizar estas operaciones cognitivas para resolver trabajos existenciales o reducir el sufrimiento subjetivo.

<sup>51</sup>Semerari, Antonio. *Psicoterapia cognitivas del paciente grave. Metacognición y relación terapéutica*. Bilbao. Ed. DDB. 2002a. p. 41

<sup>52</sup>Frankl, Viktor. *Logoterapia y Análisis Existencial*. Barcelona. Ed. Herder. P. 85

mismo” quien observaría; por ello, *la espiritualidad inconsciente es la fuente y raíz de toda espiritualidad consciente*<sup>53</sup>, sólo se ven sus manifestaciones, pues *el ser espiritual existe en la realización de sí mismo. Ya por eso el ser espiritual no puede ni debe buscarse a sí mismo, sino trascenderse. La autorrealización espiritual, la ejecución de actos espirituales no puede aprehenderse a sí misma como realidad de ejecución, como el movimiento de una película no puede ser visto por el espectador, tanto en la toma como en la proyección del filme desaparece su movimiento, y lo que el espectador ve es sólo el movimiento del objeto filmado, presentado en la película en la imagen más no en el movimiento de la imagen de la película misma*<sup>54</sup>. Para algunos teóricos de la metacognición, *los procesos inconscientes son estructuralmente inaccesibles, excepto que, para acabar su producto e incluso eliminando cualquier barrera de represión permanezcan iguales para garantizar la funcionalidad de la conciencia (Marcel, 1983). La relación entre la conciencia e inconsciente no es intrínsecamente conflictiva, sino esencialmente complementaria*<sup>55</sup>. Así mismo, y como ya hace varias décadas lo planteaba la logoterapia, los actos decisionales más profundos y puros, son llevados a cabo a nivel inconsciente; Semerari (2002), citando a Liotti dice: *Pero también puede ser interesante subrayar, en el ámbito de la cuestión de la relación entre procesos de elaboración consciente e inconscientes, la interpretación que hace Liotti de los experimentos de Libet (1985) sobre la volición. Estos experimentos demostrarían (sobre la base de la medida de los potenciales de respuesta de la acción mo-*

*tora) que la formación del acto decisional tiene lugar a nivel inconsciente y que por tanto, la conciencia es únicamente un tomar nota de elecciones que ya han tenido lugar*<sup>56</sup>.

Cuando se habla en logoterapia de persona profunda, se hace referencia al *inconsciente espiritual, a la raíz de la persona; por ello, se podría estar de acuerdo con Liotti al afirmar que el inconsciente es individual, mientras que la conciencia es interhumana, y que existe una continua recursividad entre la dimensión consciente intersubjetiva y la dimensión inconsciente individual. La conciencia lejos de ser una propiedad del sujeto, precede a la distinción entre sujeto y objeto, y precede a la noción misma que entre el sujeto y objeto existe una relación*<sup>57</sup>; en logoterapia, el inconsciente es individual, pero al igual que la conciencia también es intencional, por ello podría definirse como un verdadero inconsciente cognitivo. En este sentido, como sostiene Natsoulas (1992), *tanto los estados mentales conscientes como los inconscientes resultan intrínsecamente intencionales. Siempre que percibimos, recordamos, aprendemos o pensamos algo, lo hacemos con referencia a ciertas cosas y de una determinada manera, y no con respecto a otras cosas ni de otras maneras, tanto si sucede consciente como inconscientemente*<sup>58</sup>. Sin embargo, no cabe duda que la logoterapia diferiría radicalmente de algunas de las posturas de Froufe, que consideran al inconsciente cognitivo como un elemento determinista y opositor de la libertad humana, en palabras de Froufe: *Personalmente si se me permite la digresión, considero que la sensación de li-*

---

<sup>53</sup>Op. Cit. P. 82

<sup>54</sup>Frankl, Víctor. *El Hombre doliente*. Barcelona. Ed. Herder. 1994. p. 104

<sup>55</sup>Semerari. Antonio. *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Barcelona. Ed. Paidós. P. 59

---

<sup>56</sup>Semerari. Antonio. *Psicoterapia cognitivas del paciente grave. Metacognición y relación terapéutica*. Op. Cit. P. 40

<sup>57</sup>Op. Cit.

<sup>58</sup>Froufe, Manuel. *El inconsciente cognitivo. La cara oculta de la mente*. Madrid. Ed. Biblioteca nueva. 1997. P. 39



bertad que experimentamos los organismos con conciencia es una mera impresión, una ilusión. La intervención de la conciencia no convierte la conducta humana en algo no determinado. Sólo la hace algo más incierta, en el sentido de que sigue un curso más abierto que las reacciones instintivas, reflejas o automáticas, por lo que resulta más difícil predecir, pero nada más. En última instancia, nuestra conducta sigue estando controlada por factores y mecanismos causales ineludibles, tanto si interviene la conciencia como si no. Lo único que varía es la naturaleza de estos mecanismos, y el hecho de que intervenga o no la experiencia fenoménica, que no deja de ser algo tan natural y de estar causalmente producido (por la interacción de factores genéticos ambientales, dicho sea de paso), como cualquier otro aspecto de la realidad humana, y no sólo humana a este nivel, la conciencia es un elemento más, aunque fundamental desde luego, que añade su propia aportación constructiva al sistema, convirtiendo la actividad de este en algo más flexible y personal; por tanto más imprevisible<sup>59</sup>.

La logoterapia, definida en términos de psicoterapia metacognitiva, absorbe dichos conceptos, pues las manifestaciones de las funciones metacognitivas hacen parte de la dimensión noética, exponiendo de esta forma, la aproximación cognitiva que realiza la teoría Frankliana, así como el carácter constructivo de la misma.

## **META-TEORÍA CONSTRUCTIVISTA Y LOGOTERAPIA**

La logoterapia ha sido ubicada y tomada en cuenta por diferentes teóricos constructivistas, incluso ubicándola como su predecesora. *Las psicoterapias constructivistas han sido propuestas por el logotera-*

*peuta Victor Frankl y por toda una colección de académicos y profesionales internacionales*<sup>60</sup>, ubicando la teoría Frankliana en las raíces del constructivismo, como lo propone Meichenbaum (1997) al decir: *la perspectiva constructivista tiene sus raíces en los escritos filosóficos de Immanuel Kant, Ernst Cassirer y Nelson Goodman, y en los escritos psicológicos de Wilhelm Wundt, Alfred Adler, George Kelly, Jean Piaget, Viktor Frankl y Jerome Frank.* Afirmación, que no cabe duda de su seriedad, debido a la similitud de sus planteamientos y a la posición histórica que mantiene; sin embargo, aunque autores como Mahoney (1998) la ubican en 1959, la logoterapia data de tres décadas atrás, ubicándola de esta forma como la primera psicoterapia constructivista.

Por constructivismo se hace referencia a *una familia de teorías que comparten la afirmación de que el conocimiento y la experiencia humana suponen una participación (pro)activa por parte de la persona*<sup>61</sup>. Dentro de este grupo de familias se pueden distinguir como parte de un continuum las posiciones constructivistas y las constructivistas o como también se han llamado, las posturas constructivistas críticas y las posturas constructivistas radicales (Mahoney, 1997, 1998, Feixas, 1998, Goncalves, 1998, Efran & Fauber, 1998, Neimayer, 1998, Feixas & Villegas, 2000). Por constructivismo crítico o trivial (Feixas & Villegas, 2000) se entiende la postura constructivista que considera la existencia de una realidad óptica aunque inaccesible totalmente, mientras que el constructivismo radical hace referencia a la postura constructivista cercana al idealismo, en donde la realidad externa o interna no

---

<sup>59</sup>Op. Cit. P. 66-67

---

<sup>60</sup>Mahoney, Michael. "La continua evolución de las ciencias y psicoterapias cognitivas". En: *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona. Ed. Paidós. 1998. p. 74

<sup>61</sup>Goncalves, Oscar. *Hermenéutica, constructivismo y terapias cognitivo-conductuales: del objeto al proyecto*. En: *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona. Ed. Paidós. 1998. p. 201

existe sino mediada por los procesos sociales de interacción e intercambio simbólico. Ahora bien, la diferencia interna entre las familias de la meta-teoría constructivista, no es de tipo de epistemológico, sino más bien ontológico. En palabras de Feixas & Villegas: *Si esta realidad percibida es, además, real o no en sí misma es una cuestión que distingue a los constructivistas de acuerdo al grado de "radicalidad" en que se sitúan. Sin embargo, la cuestión en sí no es epistemológica sino ontológica. Los autores constructivistas coinciden en su concepción de conocimiento (epistemología) aunque discrepen en sus afirmaciones acerca de la realidad. Pero estas afirmaciones pertenecen al dominio de la ontología*<sup>62</sup>. Es decir, la epistemología hace referencia a la manera como se conoce (teorías), y esta manera es constructiva, es decir, se construye; ahora bien, lo que se conoce (ontológico), es lo que marca la diferencia entre un constructivismo crítico en donde existe una realidad externa, ante la cual se está limitado para acceder totalmente, y un constructivismo radical en donde no existe una realidad óptica. Desde esta postura, la logoterapia sería una forma de constructivismo crítico, pues la misma plantea la existencia de un mundo objetivo aunque inaccesible totalmente, haciendo referencia a una aproximación ontológica selectiva, es decir, se toma subjetivamente una parte de la realidad objetiva. *Lo que ahora nos importa es la prueba de que toda perturbación, toda subjetividad y relatividad de conocimiento se extiende sólo a lo que es elegido en el proceso de conocer, pero de ninguna manera se extiende a aquello entre lo que se ha hecho la selección. En otras palabras: todo conocimiento es selectivo pero no productivo; nunca produce el mundo ni siquiera un medio*

---

<sup>62</sup>Feixas & Villegas. *Constructivismo y psicoterapia*. 3 ed. Bilbao. Ed. DDB. p. 24

*ambiente, lo único que hace es seleccionarlo... Evidentemente, del mundo sólo poseemos en cada caso una parte, es decir, una parte subjetiva; pero por lo que se refiere a esta parte subjetiva se trata de una parte subjetiva captada de un mundo objetivo*<sup>63</sup>. Este acercamiento al mundo objetivo es realizado por lo espiritual, pero para poder conocer no sólo objetivamente, sino también absolutamente, el ser espiritual debe poder estar presente en otro ser, pero como esto no es posible en sentido óptico espacial, sino sólo en sentido ontológico, el ser espiritual debe ser capaz de esta presencia ontológica<sup>64</sup>, y es esta presencia ontológica la que ubica a la logoterapia como una forma de constructivismo crítico, tal vez la más crítica de todas las familias constructivistas y la más opuesta a un construccionismo social o constructivismo radical. Dicha oposición es expuesta por Frankl al decir: *Nosotros sin embargo podemos afirmar que si todo, absolutamente todo es mera apariencia, nada cambia en el mundo, y si una y otra cosa, son una apariencia sólo resta hablar siempre de una apariencia, pero ese lenguaje sería superfluo y constituiría una duplicación absolutamente innecesaria de la realidad en una realidad familiar, supuestamente aparente, de un lado, y otra realidad supuestamente real, pero absolutamente desconocida, a la que podríamos renunciar por tratarse de una pura hipótesis*<sup>65</sup>. Y en otra oportunidad aclara: *Cierto, el conocimiento humano finito no puede librarse del todo de los momentos subjetivos inherentes a su actividad, pero esto no altera el hecho de que, cuanto más se convierte el conocimiento realmente en simple autoexpresión y en proyección de la propia es-*

---

<sup>63</sup>Frankl, Víctor. *Logoterapia y Análisis Existencial*. Barcelona. Ed. Herder. P. 99

<sup>64</sup>Frankl, Víctor. *El Hombre doliente*. Barcelona. Ed. Herder. 1994. p. 112

<sup>65</sup>Op. Cit. 104

estructura del sujeto cognoscente, tanto más se ve envuelto en el error. En otras palabras, el conocimiento es conocimiento verdadero sólo en la medida en que es lo contrario de una mera autoexpresión, en la medida en que implica trascendencia<sup>66</sup>.

Al igual que los logoterapeutas, gran parte de lo que hacen los asesores constructivistas es exploratorio, experimental y fundamentalmente existencial<sup>67</sup>. Sin embargo, las coincidencias entre logoterapia y constructivismo, van más allá del proceder terapéutico. A nivel general, la logoterapia y el constructivismo comparten una visión de hombre proactivo y no reactivo, participe de su vida, en palabras de Mahoney & Freeman: *Somos claramente, tanto el sujeto como el objeto de nuestra búsqueda, el que produce el cambio como el que cambia, y el único organismo conocido que piensa, siente, actúa y es capaz de autoconciencia*<sup>68</sup>; como se expuso en el punto sobre la aproximación cognitiva de la logoterapia, la visión de ser humano se opone al reactivismo de las posturas objetivistas, acercándose totalmente a la postura constructivista que considera al hombre, predictivo, planificador y orientado hacia fines (Neimeyer, 1998, Feixas & Villegas, 2000,). De igual forma —y desde estos elementos antropológicos— la postura constructivista puede hacer referencia a lo noético de la logoterapia al decir: *Los humanos son fuentes de energía potenciales que se materializan y desmaterializan constantemente en proyectos. Los proyectos son energía que se proyecta en las válvulas de los guiones vitales. La materialización y desma-*

*terialización de la energía llevada a cabo mediante los proyectos individuales y sociales origina el mundo de las proyecciones. Por lo tanto, para los constructivistas el objetivo es la potencialidad, es decir, la eficacia y funcionalidad de la energía humana*<sup>69</sup>... *En el paradigma constructivista, el sí mismo se puede equiparar con un sistema que escribe, proyecta un personaje e infiere al autor a partir del personaje creado*<sup>70</sup>.

La logoterapia no sólo tiene puntos en común en cuanto a la concepción antropológica y epistemológica (como se expuso especialmente en el punto de aproximación cognitiva), sino serias relaciones a nivel metodológico que no son pertinencia de esta primera exposición. Ahora pues, no se puede dejar pasar por alto las similitudes evidentes con algunas familias constructivistas, especialmente la terapia cognitiva post-racionalista de Vittorio Guidano, la Psicoterapia cognitiva narrativa de Oscar Goncalves y por supuesto, las posturas reflexivas y críticas de Michale Mahoney.

En la logoterapia se sabe que el sentido es único y personal, así como que se da situado, es decir, es un sentido situacional, en palabras de Frankl: *El sentido es tan único y singular, como las situaciones que nos crea la vida, y a ello se añade que nosotros mismos, los afectados, somos también personas únicas y singulares... En efecto, este sentido integral se compone de sentidos parciales de sentidos situacionales; es más este sentido sólo se puede y se debe descubrir y encontrar, cumplir y realizar en forma de sentidos situacionales. Como en una película, el espectador no contempla la película de una vez, sino en distintas escenas y la acción sólo se*

---

<sup>66</sup>Frankl, Víctor. *Psicoterapia y existencialismo*. Barcelona. Ed. Herder. 2001. P. 63

<sup>67</sup>Mahoney, Michael. *Las demandas psicológicas para un terapeuta constructivo. Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona. Ed. Paidós. 1998. p. 371

<sup>68</sup>Mahoney & Freeman. *Cognición y Psicoterapia*. Barcelona. Ed. Paidós. 1988. p. 20

---

<sup>69</sup>Goncalves, Oscar. "Hermenéutica, constructivismo y terapias cognitivo-conductuales: del objeto al proyecto". En: *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona. Ed. Paidós. 1998. p. 200-201

<sup>70</sup>Op. Cit. 205

comprende terminada la proyección<sup>71</sup>. De la misma forma, Mahoney propone: *Cada detalle particular se reviste de significado dependiendo del contexto dentro del cual se contempla. Una línea vertical se puede leer como un uno o como una ele, dependiendo de si está rodeada de letras o de números. De la misma forma, una experiencia puede suponer diferentes significados desde el punto de vista de distintos contextos*<sup>72</sup>. Sin embargo, en la logoterapia el sentido no sólo se refiere al significado de la perspectiva que cada cual asume en un contexto dado, pues una cosa es el significado situacional atribuido a un contexto particular y otra el sentido descubierto en dicha situación. Para comprenderlo mejor, se definirá sentido de vida como la percepción afectiva-cognitiva de valores que atraen a la persona a actuar de un modo u otro ante situaciones específicas o la vida en general, dando coherencia e identidad propia; ahora bien, como propone Mahoney, *hay un punto en el cual el significado —como la fibra de valores ordenados— nunca puede ser entendido. Hasta que no desarrollemos una dependencia menor del contraste en nuestros procesos de conocimiento, con toda probabilidad no apreciaremos la omnipresencia del significado en nuestra adaptación. Por supuesto que podemos repartir las experiencias en categorías según las cantidades relativas del significado —de un mayor a un menor significado—, pero la misma dimensión carecería aún de un contraste figura-fondo*<sup>73</sup>. En este orden, el significado podrá entenderse como la interpretación del polo de mayor subjetividad de la fibra de valores (valores más personales, subjetivos, divisibles, singulares, situacionales, fundables en otros superiores) y el sentido (de vida) como el polo de mayor objetividad de dicha fibra

de valores (valores más universales, objetivos, de mayor durabilidad en el tiempo, de mayor vivencia de cumplimiento y mayor cercanía al valor absoluto), es decir, situaciones en donde se abrazan posibilidades más cercanas al polo objetivo dan más sentido que aquellas posibilidades más cercanas al polo subjetivo. En cuanto a esta aclaración acerca del sentido de vida, vale la pena evitar la introducción de un término teórico ambiguo, al intentar diferenciar entre sentido y significado, por lo cual, entiéndase sentido y significado como sinónimos, si la referencia es a la hermenéutica de una situación y no se hable específicamente del tema del sentido de la vida, para lo cual será importante decir, que lo que da más sentido o significado de vida es lo referido al tema de los valores cercanos al polo objetivo, y no simplemente a la interpretación situacional de un contexto, motivo por el cual la búsqueda de sentido iría más allá de la búsqueda de coherencia e identidad, aunque la misma sea un resultado de tal descubrimiento.

## PILARES DE LA LOGOTERAPIA

### El hombre posee una Libertad de la voluntad

La logoterapia considera la libertad humana como una manifestación que le es específica al hombre y que a pesar de ser finita en el organismo psicofísico, se antepone desde lo espiritual a esta finitud, desarrollando la capacidad de autodistanciamiento comprendida como antagonismo psicoonético o el poder espiritual de oponerse a los mandatos del organismo psicofísico. De esta forma puede decirse que el ser humano se encuentra condicionado más no pandeterminado, totalmente finalizado y predestinado. Dentro de esta libertad se enmarca el concepto de responsabilidad. El hombre es libre para ser responsable; es responsable porque es libre. *Es decir, negar la responsabilidad es una libre elección de no-ser libre*, fundamento que hace inseparables estas dos manifestaciones espirituales.

<sup>71</sup>Frankl, Víctor. *El Hombre doliente*. Barcelona. Ed. Herder. 1994. p. 19

<sup>72</sup>Mahoney, Michael. Op. Cit. P. 31

<sup>73</sup>Op. Cit. P. 33

De igual forma, la logoterapia refiere una responsabilidad ante algo y ante alguien. Ante algo definido como la conciencia y ante alguien enmarcado en la capacidad específicamente humana de la autotranscendencia dirigida al encuentro con el otro, con una dimensión trascendente y con el sentido.

Finalmente, la responsabilidad puede entenderse como la habilidad de dar respuesta a las preguntas que plantea la vida y como la capacidad de asumir las consecuencias de las elecciones realizadas.

### **El hombre tiene una Voluntad de sentido**

En el sistema logoterapéutico se introduce una teoría motivacional denominada voluntad de sentido, entendida como la tensión entre el ser y el deber ser, como la capacidad específicamente humana de Intencionarse y no necesariamente distencionarse en búsqueda de la utopía de la homeostasis.

La voluntad de sentido se contrapone a las voluntades de placer (Tendencia a evitar al displacer) y de poder, pues ellas conllevan un argumento inmanentista que se opone a la autotranscendencia y frustra la existencia del ser humano. Mientras las voluntades de placer y de poder consideran como fin último de la existencia la consecución del placer y del poder, la logoterapia argumenta que los mismos son consecuencias de alcanzar un fin y no el fin en sí, motivo por el cual se promueve un estado de frustración que conlleva al surgimiento del vacío existencial. En otras palabras, la frustración en la voluntad de sentido permite la expresión del vacío existencial y el ciclo comprendido por las voluntades de placer y de poder, la frustración existencial, el vacío y la final generación de neurosis noógenas.

En cuanto a la voluntad de sentido ésta no busca alcanzar el poder ni el placer, ni siquiera la felicidad, pues su interés es el encuentro de un argumento, una razón para ser feliz.

El vacío existencial que surge tras la frustración o el no desarrollo de la voluntad de sentido se constituye

como uno de los síntomas modernos. Según Frankl, *vivimos en una época de reciente automatización y esta lleva consigo un incremento del tiempo libre disponible. Pero no hay sólo un tiempo libre de algo sino también un tiempo libre para algo; el hombre existencialmente frustrado, sin embargo, no conoce nada con lo que podría llenarlo, nada con lo que podría rellenar su vacío existencial*<sup>74</sup>.

### **El hombre busca Sentido de vida**

Surge la pregunta por el sentido de la vida, mejor entendido como el sentido de una persona particular en una situación concreta e irrepetible. Según Frankl *hay que preguntar por el sentido de una persona concreta y de una situación concreta. La pregunta por el sentido de la vida sólo se puede plantear de una forma concreta y sólo se puede contestar de una forma activa...Es la misma vida la que plantea preguntas al hombre. Él no tiene qué preguntar, mas bien él es el preguntado por la vida, el que tiene que responder a la vida, el que tiene que asumir la vida responsablemente. Pero las respuestas que da el hombre sólo pueden ser respuestas concretas a preguntas vitales concretas*<sup>75</sup>.

Es decir, el sentido es único e irrepetible para cada persona, es un constructo que apela a la coherencia y le confiere a la vida *orientación, unidad y dirección*<sup>76</sup>.

Dice Frankl: *En la logoterapia entendemos, en general, por sentido el sentido concreto que una persona concreta —en virtud de su voluntad de sentido— es capaz de deducir de una situación concreta. Una capacidad, gracias a la que está capacitado para percibir, en el trasfondo de la realidad, una posibilidad de cambiar esta misma realidad o, por el contrario, si esto*

---

<sup>74</sup>Frankl, V. *Logoterapia y análisis existencial*. Op. Cit. p. 124-125

<sup>75</sup>Frankl, V. *Logoterapia y análisis existencial*. Op. cit. 1994 p. 150

<sup>76</sup>CAVEF. *El sentido de la vida*. B.Aires. Ed. CAVEF. Mod. 7

*fuese realmente imposible, de cambiarse a sí mismo en la medida en que nosotros también podemos madurar, crecer, superarnos a nosotros mismos por un estado de sufrimiento cuya causa no se puede anular ni eliminar, de forma que la vida guarda su potencial carácter de sentido incluso in extremis e inultimis*<sup>77</sup>.

En conclusión podríamos argumentar que el sentido de la vida existe en todo momento y bajo cualquier circunstancia, que el hombre es libre para buscarlo y que esa tensión entre lo que es y lo que debe ser lo motiva para encontrarlo. Es decir, el sentido de la vida se contiene en la vida misma. La vida como hecho fáctico que "es", al mismo tiempo "es posibilidad" de ser y es ante esta posibilidad que el hombre responde y descubre un sentido para su vida.

El sentido de la vida es guiado por valores objetivos; no se refieren a formas de valorar puesto que no se considera al mundo de los valores como subjetivo. Y aunque el sentido es único para cada persona y situación concreta, los valores se hacen evidentes en dichas situaciones permitiendo que a través de ellos se haga evidente el sentido (similar a lo que sucedería con una Gestalt).

Finalmente la logoterapia trabaja en el mundo de la actitud ante circunstancias de sufrimiento ineludible e inevitable, ante aquello que en logoterapia se llama tríada trágica: Sufrimiento, culpa y muerte, buscando afirmar: Sí a la vida...a pesar de todo.

## **VISIÓN LOGOTERAPÉUTICA DE LAS DROGODEPENDENCIAS**

La dimensión noética se restringe al desarrollarse una adicción o por la vida vivida llevada previo al contacto con las sustancias o las conductas adictivas. Por ello, en logoterapia podemos diferenciar entre un consumo

de drogas y una drogadicción, al considerar el simple consumo como una estrategia de afrontamiento ante lo que vive lo psicofísico, mientras la adicción como un fenómeno que se manifiesta cuando: **1.** La estrategia de afrontamiento ha enfermado lo psicofísico restringiendo las manifestaciones espirituales, o **2.** La dimensión espiritual ya se encontraba parcialmente restringida teniendo de esta forma una mayor vulnerabilidad para entraparse velozmente en la adicción. Es decir, hablamos de adicción cuando no sólo se presenta un consumo de sustancias o una conducta adictiva, sino cuando así mismo se encuentran las manifestaciones de los recursos noéticos seriamente disminuidas. Es aquí en donde podemos retomar la frase de Eintein al decir que locura es seguir haciendo lo mismo y esperar resultados diferentes.

Esta limitación se debe a la supeditación del espíritu humano a su organismo psicofísico y es expuesta por Frankl al decir: *El espíritu humano es limitado, no menos pero tampoco más. El cuerpo no origina nada; él sólo limita; pero esta limitación del espíritu humano consiste, no en último lugar, en la dependencia del espíritu humano de su cuerpo..., en la supeditación del espíritu humano a la integridad de la función instrumental y expresiva de su organismo psicofísico. Esta doble función —jen la que se basa toda capacidad de acción o de expresión de la persona espiritual— se puede perturbar; pero no por esto destruir a la persona espiritual...*<sup>78</sup>

La restricción de la dimensión espiritual impide en mayor o en menor medida la manifestación de los recursos noéticos de autodistanciamiento y autotranscendencia. Este impedimento para expresar los recursos espirituales afecta tres grandes áreas:

La primera afección se da en la expresión de la *libertad de la voluntad*. La adicción a las drogas, la

<sup>77</sup>Frankl, V. *Logoterapia y análisis existencial*. Op. cit. p. 266

<sup>78</sup>Frankl, Victor. *Logoterapia y Análisis existencial*. Ed. Herder. P.89

enfermedad que padece el organismo psicofísico o la vida vivida se apoderan de la capacidad de elección, impidiendo la apelación al poder de oposición del espíritu y convirtiendo los condicionamientos psicofísicos en pandeterminismos que aumentan la vulnerabilidad y refuerzan el círculo adictivo alimentando la restricción de lo noético. Los pandeterminismos se manifiestan como mandatos a los que el organismo psicofísico está supeditado, obligándolo a mantenerse en un estado subhumano, casi sin diferencia de los animales. El autodistanciamiento es difícil de lograr, dificultando la mirada de sí mismo, así como el monitoreo, regulación y control de los procesos cognitivos, dejando de esta forma a la persona con problemas de adicción con una aparente única opción: el consumo como estrategia de afrontamiento.

Al permanecer detenida la libertad de la voluntad (en potencia está intacta), el llamado a responder del ser humano se restringe, pues él mismo, depende del pilar fundamental de la libertad. Es decir, la autotranscendencia restringida impide captar las preguntas que la vida plantea o los significados que hacen posible no sólo ver una alternativa diferente sino dirigirse hacia ella y asumirla.

La segunda afección debida a la limitación de la dimensión noética es la dificultad de expresión de *la voluntad de sentido*. En lo psicofísico predomina la voluntad de placer y de poder en busca de equilibrio, al disminuirse la expresión del autodistanciamiento y la autotranscendencia se impide el ejercicio de la voluntad de sentido conduciendo al estado de frustración existencial.

Finalmente la tercera afección se da en el área del *sentido de la vida* en donde la adicción se puede interpretar –en principio– como un pseudosentido. La conciencia definida desde la logoterapia como el órgano del sentido, se ve seriamente perturbada por la

limitante y alteración en su expresión, circunstancia que en la vida vivida como generadora de vulnerabilidad, las drogas generan un pseudosentido captado por una conciencia alterada.

Esta dificultad para hallar el sentido único y personal de cada situación, puede interpretarse como una ceguera axiológica. La pregunta por el sentido de la vida queda irresuelta y el ser humano entra en desesperación. El mundo de los valores permanece intacto, pero no es posible acceder a ellos y en especial a los valores de actitud fomentando el victimismo<sup>79</sup> característico de la adicción. En síntesis, podemos resumir la dinámica restrictiva de la adicción en dos puntos<sup>80</sup>:

1. La restricción o limitación de la dimensión noética es proporcional al desarrollo de la morbilidad psicofísica, y
2. las capacidades específicamente humanas pueden desplegarse de manera proporcional al desarrollo del proceso de adicción.

## ABORDAJE LOGOTERAPÉUTICO CON ORIENTACIÓN HACIA LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Como se mencionó con anterioridad, el consumo de drogas es una estrategia de afrontamiento ante lo que vive la persona. De esta forma y apuntando hacia una prevención de recaídas se pueden definir cuatro tipos de estrategias de afrontamiento:

1. Estrategias de afrontamiento de primer nivel: Son las estrategias más primarias y se dan como resultado de las restricciones expresivas de los recursos noéticos. En ellas, las drogas se utilizan: a. Como una

---

<sup>79</sup>Tendencia a supervalorar situaciones con atribuciones de dificultad. Manipulación que genera culpa y ganancia para el adicto.

<sup>80</sup>Martínez, Efrén. *Acción y Elección: Logoterapia, Logoterapia de grupo e Intervención en drogodependencias*. Ed. CAA. Bogotá. 2002.

forma de actuar sobre el propio malestar corporal, b. Como una forma de enfrentar situaciones que hacen surgir estados problemáticos. En otras palabras, las drogas como estrategias de afrontamiento de primer nivel se utilizan como una manera de alcanzar la utópica Homeostasis del organismo psicofísico.

**2.** Estrategias de afrontamiento de segundo nivel: Una vez la persona ha suspendido el uso de drogas, el malestar psicofísico que era automedicado surge, aparece la incertidumbre, el malestar corporal y la sensación de inadaptación. Ante ello se plantean estrategias de afrontamiento que al igual que las estrategias de primer nivel, buscan la distensión de lo psicofísico; de esta forma, algunos evitan la evaluación y los sentimientos y pensamientos desagradables, otros cultivan relaciones de dependencia, algunos buscan motivos ocultos y atacan antes de ser atacados, otros escenifican, lloran y ocupan todo el espacio, algunos tratan de controlar todas las situaciones, otros complacen y buscan aprobación todo el tiempo, en fin, tratan de evitar el displacer del organismo psicofísico.

**3.** Estrategias de afrontamiento de tercer nivel: Son aquellas en donde a través de los recursos noéticos y la autoconciencia, se monitorean y controlan las estrategias anteriores, se cuestionan conscientemente los pensamientos y las conductas, y se hace oposición a los mandatos de lo psicofísico en búsqueda de distensión. Es decir, la persona se intenciona a pesar de la exigencia de distensión.

**4.** Estrategias de afrontamiento de cuarto nivel: Son aquellas en donde se aceptan los propios límites y se despliega lo espiritual para la consolidación del sentido de vida, la captación de valores y las relaciones con lo trascendente.

Las estrategias de afrontamiento de primer y segundo nivel se dan ante las restricciones de los recursos noéticos, mientras que las estrategias de tercer y cuarto nivel se dan cuando dichos recursos pueden

ser manifestados. Por ello, la prevención de recaídas parte desde el inicio del tratamiento de la siguiente manera:

**1.** Ante las estrategias de primer nivel, no podrá desarrollarse una prevención de recaídas mientras estas estrategias sigan en curso; es decir, para hacer una prevención de recaídas que aspire a llegar a estrategias de cuarto nivel debe suspenderse el consumo adictivo.

**2.** Suspendido el uso de drogas y evidenciadas las estrategias de segundo nivel, deben trabajarse las mismas tanto en su relación con la adicción como en la vida en general. En este punto deben empezar a desrestringirse los recursos noéticos, pues sin ellos el consultante no podrá ver nuevas versiones de la realidad, pues hasta allí sólo conoce dos estrategias de afrontamiento: Las drogas o las estrategias de segundo nivel. En este punto se utilizan abordajes funcionalistas y si es preciso farmacoterapéuticos, reestructurando de esta manera la forma de relacionarse con el mundo y la captación de la realidad del consultante.

**3.** Las estrategias de tercer nivel empiezan a desarrollarse desde el punto anterior, aumentando la autoconciencia y facilitando la construcción de nuevas versiones de la realidad en donde la estrategias de distensión no son mandatos psicofísicos ineludibles. Se amplía el margen de libertad, se encuentran estrategias más adaptativas y se abandonan presentaciones conductuales nefastas.

**4.** Finalmente se despliega lo espiritual hacia al mundo de los valores, el sentido de vida y la dimensión trascendente. Que tras su restricción —que en ocasiones es de años— se encuentra adormilado y requiere de trabajos específicos que colaboren en su manifestación.

Es importante mencionar, que todos los puntos anteriores se mezclan entre sí, pues es una misma y única persona en la que se dan estas dinámicas y en ella lo



espiritual nunca está del todo restringido; por ello, como la parte está en el todo y el todo está en la parte, entrar en contacto con lo espiritual puede ayudar desde el abordaje de las estrategias de primer nivel hasta la manifestación del sentido de la vida.

Vale la pena aclarar que muchos de los bajos índices de recuperación tienen que ver con la calidad de la intervención que se realiza, pues aquellos programas que se centran únicamente en la abstinencia, se quedan en el trabajo de las estrategias de primer nivel; otros se centran en la supuesta personalidad adictiva, descuidando el trabajo de las estrategias de segundo nivel y conllevando —así como los programas mencionados con anterioridad— a resultados poco exitosos. Por lo general, las comunidades terapéuticas de avanzada contemplan las primeras dos estrategias de afrontamiento y trabajan con fuerza las estrategias de afrontamiento de tercer nivel, obteniendo de esta manera mejores resultados. Sin embargo, algunas descuidan las estrategias de cuarto nivel, olvidando que el tema del sentido de la vida y la trascendencia son los ejes sostenedores de los cambios alcanzados.

## **LA RECAÍDA Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN CONDUCTAS ADICTIVAS**

Para entender la recaída es importante comprender la adicción, por ello, a partir de lo expuesto con anterioridad, es posible diferenciar entre recaída y recidiva como dos momentos diferentes. La recidiva es la violación inicial de la abstinencia tras un periodo de abstinencia como estrategia de afrontamiento de lo psicofísico en busca de distensión: es decir, la vuelta a las estrategias de primer nivel; mientras que la recaída es la continua violación de la abstinencia acompañada de serias disminuciones en la manifestación de los recursos noéticos, es decir, la restricción de los contenidos espirituales de autodistanciamiento y autotranscendencia y sus respectivas consecuencias (baja capacidad de elec-

ción, dificultad para asumir responsabilidades, baja en la capacidad de monitorear y controlar los procesos cognitivos, arraigo intrapsíquico, hiperreflexión, dificultad para manejar el sufrimiento, dificultad para captar o pérdida del sentido de vida, ceguera axiológica, entre otros). Ahora bien, la disminución de las manifestaciones espirituales no son necesariamente consecuencias de la violación de la abstinencia, pues por lo general, son más bien las violaciones de abstinencia, las consecuencias de procesos de recaída a través de los cuales se han generado dinámicas que restringen lo espiritual. Para el desarrollo de la prevención de recaídas desde una perspectiva logoterapéutica, debe entenderse de la siguiente forma:

**1.** La prevención de recaídas es la movilización de los recursos noéticos (autodistanciamiento y autotranscendencia) frente a las estrategias de afrontamiento que aumentan la probabilidad de violar la abstinencia (estrategias de primer y segundo nivel), así como el despliegue de lo espiritual como factor de protección (estrategias de tercer y cuarto nivel).

Parte de la prevención de recaídas —antes de desarrollar cualquier tipo de entrenamiento sobre la misma— consiste en la puesta en marcha de estos mecanismos que se han venido restringiendo, bien sea por el consumo o por la vida vivida del consultante. Los recursos noéticos entendidos como el conjunto de fenómenos, capacidades o manifestaciones espirituales expresadas por el autodistanciamiento y la autotranscendencia cumplen una función primordial en la prevención de recaídas dadas las siguientes características:

Por ello, un programa de prevención de recaídas debe contemplar las siguientes estrategias y recursos técnicos:

**1.** Estrategias y recursos terapéuticos dirigidos al trabajo de las estrategias de afrontamiento de primer y segundo nivel: Aportes de las psicoterapias cognitivas, conductuales, sistémicas, humanistas, etc.

**2.** Estrategias y recursos técnicos puntuales para la desrestricción de los recursos noéticos: Técnica del diálogo socrático, ensoñaciones logoterapéuticas, intención paradójica, derreflexión, logoterapia de grupo, etc.

**3.** Estrategias y recursos técnicos específicos para la situación objeto de prevención: Identificación de situaciones de alto riesgo, juego de roles para el manejo de situaciones difíciles, manuales de prevención de recaídas, Educación en prevención de recaídas, contratos terapéuticos de prevención de recaídas, entre otros.

**4.** Estrategias logoterapéuticas para el despliegue de lo espiritual: Esclarecimiento existencial, dialogo socrático, Método para el hallazgo de sentido, grupo existencial, grupo del sentido, grupo de reflexión, grupo del suprasentido, grupo de cuentería, entre otros.

Por otro lado, una prevención de recaídas ciega al tema de los valores y del sentido de la vida es una prevención que carece de fundamento, pues como se mencionó con anterioridad sólo se adoptan medidas de precaución si hay un sentido que atraiga el accionar preventivo. El sentido de vida es la percepción afectiva-cognitiva de valores que atraen a la persona a actuar de un modo u otro ante situaciones específicas o la vida en general, dando coherencia e identidad propia. Es por ello que por encima de cualquier situación de alto riesgo, deseo urgente de consumo, violación de parámetros de recaída o cualquier otro factor, una recuperación plena de sentido permite elevar al ser humano a un nivel de comprensión existencial en donde el consumo de drogas no se deja por la fuerza sino por la gracia.

AUTODISTANCIAMIENTO	AUTOTRASCENDENCIA
- Permite tomar distancia de los mandatos psicofísicos que invitan al consumo o al uso de estrategias de afrontamiento que a mediano y largo plazo se constituyen como mayores estresores.	- Permite la adopción de medidas de precaución, pues es a través suyo que se captan valores y significados personales, y nadie adopta una medida de precaución ante una situación objeto de prevención si esta no tiene sentido.
- Permite verse a sí mismo en situación, requisito fundamental a la hora prever, anticipar y prevenir una situación de alto riesgo.	- Permite la ejecución de las elecciones, pues por el autodistanciamiento se puede ver el mundo de opciones, pero estas sólo se asumen si son significativas para la persona.
- Permite monitorear y controlar los procesos cognitivos que pueden disparar un consumo.	- Permite la reinserción social, pues es la autotrascendencia la que dirige hacia un Tú amado o hacia otros seres humanos en actitud de encuentro.
- Permite ver "otras posibilidades" facilitando de esta manera la elección de conductas.	- Da sentido a la recuperación, a través del descubrimiento de valores.
- Permite "caer en cuenta" de los procesos y circunstancias que facilitaron una violación de la abstinencia, evitando que la recidiva se transforme en recaída.	- Facilita la relación con una dimensión trascendente como uno de los principales factores de protección ante la recaída.
- Solo viéndose en situación y captando "el mundo de lo posible" puede descubrirse el sentido de una situación particular y así mismo de la vida en general.	- Evita la frustración existencial, el vacío y la carencia de sentido como uno de los principales factores de riesgo para la recaída.

## REFERENCIAS

- Bandura, Albert. Modelo de causalidad en la teoría del aprendizaje social. En: Mahoney & Freeman. *Cognición y psicoterapia*. Barcelona. Ed. Paidós. 1988.
- Carelli, Rocco. Logoteoría: asuntos clínicos. En: *Attualità in logoterapia*. Roma. LAS.
- Efran & Fauber. El constructivismo radical: Preguntas y respuestas. En: Neimeyer & Mahoney. *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona. Ed. Paidós. 1998
- Ellis, Albert. Reflexiones sobre la terapia racional emotiva. En: Mahoney, Michael. *Psicoterapia cognitiva y constructivistas. Teoría, Investigación y práctica*. Bilbao. Ed. DDB. 1997.
- Feixas & Villegas. *Constructivismo y psicoterapia*. Bilbao. Ed. DDB. 2000.
- Feixas, Guillem. Los constructos personales en la práctica sistémica. En: Neimeyer & Mahoney. *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona. Ed. Paidós. 1998
- Freire, José Benigno. *El humanismo de la logoterapia de Viktor Frankl*. Pamplona. 2002. ed. EUNSA.
- Frankl, Viktor. *El Hombre doliente*. Barcelona. Ed. Herder. 1994a.
- Frankl, Viktor. *Psicoterapia y humanismo. ¿Tiene un sentido la vida?* México. Ed. FCE. 1994b.
- Frankl, Viktor. *Logoterapia y Análisis Existencial*. Barcelona. Ed. Herder. 1994c
- Frankl, Viktor. Logos, paradoja y búsqueda de significado. En: Mahoney & Freeman. *Cognición y psicoterapia*. Barcelona. Ed. Paidós. 1988
- Frankl, Viktor. *La idea psicológica del hombre*. Madrid. Ed. Rialp. 1999.
- Frankl, Viktor. *Psicoterapia y existencialismo*. Barcelona. Ed. Herder. 2001.
- Froufe, Manuel. *El inconsciente cognitivo. La cara oculta de la mente*. Madrid. Ed. Biblioteca nueva. 1997.
- Goncalves, Oscar. Hermenéutica, constructivismo y terapias cognitivo-conductuales: del objeto al proyecto. En: *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona. Ed. Paidós. 1998.
- Goncalves, Oscar. *Psicoterapia cognitiva narrativa. Manual de terapia breve*. Bilbao. Ed. DDB. 2002.
- Guidano & Liotti. Una base constructiva para la terapia cognitiva. En: Mahoney & Freeman. *Cognición y psicoterapia*. Barcelona. Ed. Paidós. 1988.
- Guidano, Vittorio. *Desarrollo de la terapia cognitiva post-racionalista*. Santiago de Chile. Ed. ITC. 1995
- Mahoney & Freeman. *Cognición y Psicoterapia*. Barcelona. Ed. Paidós. 1988.
- Mahoney, Michael. La continua evolución de las ciencias y psicoterapias cognitivas. En: *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona. Ed. Paidós. 1998.
- Mahoney, Michael. Psicoterapia y procesos de cambio. En: *Cognición y Psicoterapia*. Barcelona. Ed. Paidós. 1988.
- Mahoney, Michael. Las demandas psicológicas para un terapeuta constructivo. *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona. Ed. Paidós. 1998.
- Mahoney, Michael. *Psicoterapia cognitiva y constructivistas. Teoría, Investigación y práctica*. Bilbao. Ed. DDB. 1997
- Martínez, Efrén. *Acción y Elección*. Bogotá. Ed. CAA. 2002
- Mateos, Mar. *Metacognición y educación*. B. Aires. Ed. AIQUE. 2001
- Mayor, Suengas & Gonzales. *Estrategias metacognitivas. Aprender a aprender y aprender a pensar*. Madrid. Ed. Síntesis.
- Meichenbaum, Donald. Cambios en las concepciones de la modificación de conducta cognitiva: Pasado y Futuro. En: Mahoney, Michael. *Psicoterapia cognitiva y constructivistas. Teoría, Investigación y práctica*. Bilbao. Ed. DDB. 1997

- Neimeyer & Mahoney. *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona. Ed. Paidós. 1998
- Neimeyer, Robert. Las narrativas generadas por el cliente en psicoterapia. En: *Cognición y Psicoterapia*. Barcelona. Ed. Paidós. 1988.
- Neimeyer, Robert. Una valoración de las psicoterapias constructivistas. En: Mahoney, Michael. *Psicoterapia cognitivas y constructivistas. Teoría, Investigación y práctica*. Bilbao. Ed. DDB. 1997
- Neimeyer, Greg. El cuestionamiento del cambio. En: Neimeyer & Mahoney. *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona. Ed. Paidós. 1998
- Oro, Oscar. *Persona y personalidad. Distintos enfoques a partir de una visión de conjunto*. B. Aires. Ed. FAL. 1993
- Semerari, Antonio. Psicoterapia cognitivas del paciente grave. *Metacognición y relación terapéutica*. Bilbao. Ed. DDB. 2002a.
- Semerari, Antonio. *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Barcelona. Ed. Paidós. 2002b

## LAS FRONTERAS VARIABLES EN LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

## THE CHANGING BOUNDARIES IN THERAPEUTIC COMMUNITIES

**Mereki, Portia**

Ma Health Science (addiction studies)  
Windana Community Centre, Windana Society. Melbourne, Australia

Las Comunidades Terapéuticas (CTs) representan el resurgimiento de una forma de autoayuda en comunidad y de apoyo mutuo, similar a la que se establecía en tempranas comunidades cristianas y pre-cristianas. El primer modelo tradicional de CT proporcionaba tratamiento para las toxicomanías desde finales de los años cincuenta y operaba dentro de fronteras autodeterminadas que le separaban de las influencias de la comunidad más amplia. Estas fronteras han sido modificadas en las CTs más recientes con el fin de proporcionar ayuda a personas con diferentes problemas de salud y de conducta. La diversidad de clientela ha llevado a la participación de otros servicios y profesionales de la comunidad más amplia, permitiendo que las fronteras se conviertan en “puentes”. El crecimiento continuado y la eficacia del modelo de CT puede depender de la identificación y del mantenimiento de los componentes esenciales de la CT, mientras que permite la diversidad y flexibilidad necesarias para adaptarse a diferentes entornos. Los factores exclusivos que han dado forma a las CTs, junto con la exploración de innovadoras combinaciones de programas, contribuirán a su expansión y a aumentar su capacidad de ofrecer un refugio para que los individuos puedan enfrentarse a sí mismos en compañía de otros. Gracias a la adquisición del autoconocimiento y del abandono de la soledad, que ha sido reemplazada por la confianza, los cimientos para el crecimiento personal quedan establecidos. El enfoque humanitario y el especial énfasis en la vida en comunidad que proporciona el entorno de la CT también ofrece una respuesta a problemas sociales y emocionales en la más amplia comunidad global. Estos problemas pueden ocultarse tras la dependencia a los estupefacientes y otros desórdenes conductuales.

Therapeutic Communities (TCs) represent a re-emergence of a form of community self-help and mutual support, which is similar to some pre-Christian and early Christian communities. The early traditional TC model provided treatment for substance dependence from the late 1950s, and operated within self-determined boundaries, which separated them from the influences of the wider community. These boundaries have been modified in the more recent TCs to support people with different health and behavioural problems. The diversity of clientele has led to the involvement of other services and practitioners in the wider community, allowing the boundaries to become “bridges”. The continued growth and effectiveness of the TC model may depend upon the identification and maintenance of the essential TC ingredients, while allowing the diversity and flexibility required to suit different settings. The unique factors that have shaped TCs, combined with the exploration of innovative program combinations will contribute to their expansion and enhance their ability to offer a refuge for people to confront themselves in the company of others. From the acquisition of self-knowledge and the abandonment of loneliness, which has been replaced with trust, the foundations of growth are established. The humanitarian approach and specific emphasis on community life offered within the TC environment may also offer a response to emotional and social problems in the wider global community. These problems can be masked by substance dependence and other behavioural disorders.

## INTRODUCTION

This paper examines the origins, development and future possibilities of the therapeutic community (TC), which has offered treatment for people with mental health, behavioural and substance dependence issues over several decades. The focus will be specifically on the TC model for the treatment of substance dependence through exploring their boundaries, which have changed to embrace innovative program modalities and a diversity of clientele and settings. The use of community life to promote positive behavioural change (De Leon, 1995a) is explored through the growth of TCs from the traditional to the modified model. The reasons why TCs for substance dependence have developed independently from the larger community is reviewed, focusing particularly on those in the United States and Australia. The TC approach began within mainstream services for the treatment of mental health conditions and outside of mainstream health services for the treatment of drug dependence issues (Rosenthal, 1989). Substantial evidence shows that TCs provide effective treatment for drug dependence, related criminal activity, and that behavioural and social problems show improvement during treatment and after treatment (Carr-Gregg, 1984; Condelli & Hubbard, 1994; De Leon, 1995a; Ernst & Young, 1996; Intuputi, 2001; Lamberti, 1999; Lipton, 1994, 1998b; Melnick, De Leon, Hiller, & Knight, 2000; Tims, Inciardi, Fletcher, & Horton, 1997). These claims, and the ability of TCs to expand further into custodial care systems and different populations will be reviewed in sections entitled "The traditional and modified TC approaches" and "Future directions".

## THE TC FOCUS

Detoxification, methadone maintenance, outpatient services, and TCs are the major approaches to alcohol and drug treatment (De Leon, 1985). The TC approach

is utilised in residential and non-residential settings including hospital wards, prisons, homeless shelters, schools, halfway houses, and day clinics (De Leon, 1995a). However, not all residential treatment facilities utilise the specific TC approach, which is distinguished by the provision of social learning within community living to promote individual development (Broekhaert, Vanderplasschen, Temmerman, Ottenberg, & Kaplan, 2000). De Leon (1995a) adds that "community as method" dictates that participants should be active in daily life, accept feedback and role modelling, participate in group formats, open communication and personal disclosure, and follow regulations within a community where people are together for a considerable time. All activity in the community can be used to therapeutically nurture and assist personal growth, and to foster lifestyle and behavioural change. TCs also utilise shared responsibility, informality, and group meetings (Kennard, 1983), particularly the fundamental TC group method called the "encounter group" (Yablonsky, 1989). Initially encounter groups were very confronting to break open the facades in individuals, and to release suppressed emotion (Yablonsky, 1989). However, more recently they have been modified in some TCs to be less confronting, and are used in combination with professional interventions (Yablonsky, 1989). Generally, the intention of group sessions is to set up a trusting system to improve coping skills through mutual learning (Lei, 2001).

The focus of the TC is on the rehabilitation of the whole person, through the achievement of specific changes in residents including their attainment of positive social identities, and freedom from drug use and criminal activity (National Drug Strategy, 1993; Nielsen, Scarpitti, & Inciardi, 1996). They operate within varying degrees of self-sufficiency, self-help (Carr-Gregg, 1984), and generally within moral boundaries, and community-imposed sanctions and privileges

(National Drug Strategy, 1993). Most TC services address the social, psychological, educational aspects (De Leon, 1995a), medical requirements (Broekhaert, Kooyman, & Ottenberg, 1998), and legal issues (Carr-Gregg, 1984) affecting resident members.

## **HISTORY**

The TC is a re-emergence of the self-help movement, which existed before churches and institutions developed (O'Brien & Halpern, 1989). An early example of a community which offered mutual support, confrontation and self-help was located at Qumran near the Dead Sea two thousand years ago (O'Brien & Halpern, 1989). These people were known as the Essenes, a reclusive Jewish community who segregated themselves to live in a way that allowed them to maintain focus on their purpose and role in the world (Braden, 2000). The practice of mutual support is also found in Hinduism, Buddhism, Confucianism and Islam (O'Brien & Halpern, 1989). Similarly, in the time of early Christianity, people gathered in small groups, and utilised complete openness, concern for others, support of personal changes, penance and forgiveness (O'Brien & Halpern, 1989). These early gatherings reflected the literal meaning of "religion", which is reconnection (O'Brien & Halpern, 1989) expressed through group meetings and the practice of people helping each other.

### **The impact of changes in early self-help communities**

However, community life has experienced changes over time, especially during the Roman rule of Constantine when decisions were made by the Council of Nicea in 325 AD (Braden, 2000). These decisions included the changing of the sacred texts of their time to produce versions such as the biblical texts (Braden, 2000), which were edited to limit direct

access to the unseen worlds, and placed restrictions on community openness and self-help (O'Brien & Halpern, 1989). The result was increased ecclesiastical influence through the self-proclaimed church intermediaries between the people and the divine, including the introduction of private confession in the place of self-help groups (O'Brien & Halpern, 1989). Over time and reaching into the present, the growth of various professions and technology (Coleman, 2000) has further directed individuals away from self-help approaches.

### **The re-emergence of community structures through the TC movement in the United States and England**

By the late nineteenth century, in Australia, the United States, England, and Europe, the predominant attitude was that "alcoholism" was a disease, and a punitive approach to treatment prevailed through the prison system or institutions for the mentally ill (Lewis, 1988). By the turn of the century drug dependence in the United States was placing pressure on the medical systems (Lamberti, 1999), and England experienced dissatisfaction with mental hospitals and needed additional mental health services to deal with the impact of trauma on individuals who returned from the Second World War (Bridger, 1990; Manning, 1976).

Jacob Moreno had pioneered innovative group therapy around 1910, and worked in a New York psychiatric hospital in the 1950s (Yablonsky, 1989). He was the first therapist to use patients as co-therapists in their own therapy through psychodrama and group psychotherapy, both of which he developed (Yablonsky, 1989). However, the term "therapeutic community" was first used in English psychiatric settings in the 1940s under the direction of Maxwell Jones (De Leon, 1985), and emerged in the United States a decade later (Rosenthal, 1989). Maxwell Jones set up patient therapy groups (Yablonsky, 1989) in various English hospitals,

and from 1960 his work continued in the United States and Scotland (Broekhaert et al., 2000). His programs emphasised communication, community meetings, staff review meetings, and learning opportunities (Kennard, 1983). Northfield II in Birmingham, England also utilised TC approaches in the 1940s, which developed from the earlier attempts of Northfield I to treat the trauma in military personnel (Bridger, 1990; Harrison & Clarke, 1992). The Northfield II program incorporated group psychotherapy in its approach (Harrison & Clarke, 1992).

From the 1960s the TC model had begun to provide an alternative to custodial care for the mentally ill, and has been applied to hostel environments and prisons, for adolescents, and drug and alcohol dependent clients (Manning, 1991). However, the state services available for people with alcohol and drug problems in the United States in the early 1960s were still hospitals or prisons, as society did not have other mechanisms to deal with people with substance dependence issues, and still considered them incurable (Rosenthal, 1989). These people were also shunned by health professionals, and the public was concerned about the growth of addict crime, allowing for the expansion of the TC model in the United States (Rosenthal, 1989).

#### **TC development in Australia**

During the post-war period alcohol and drug treatment facilities in Australia opened clinics in most states, separate from psychiatric or general hospitals (Lewis, 1988). Australia's first TC for the treatment of people with substance dependence issues was WHOs (We Help Ourselves), which developed from a phone service in 1972 to a large TC by 1979 in the state of New South Wales (Carr-Gregg, 1984). Australian treatment facilities for substance dependence issues continued to expand their services into the late 1970s, despite the lack of resources and funding (Lewis, 1988).

Victoria's first TC was Odyssey House established in 1979 (Lamberti, 1999). The Odyssey program was the first to admit pregnant women, single parents, married couples with their children, and adolescents aged between 13 and 17 years old (Carr-Gregg, 1984; Lamberti, 1999). Odyssey's facilities include a nursery, preschool, kindergarten, and a school-aged program (Lamberti, 1999). Odyssey reinscribed the TC boundary through offering similar family structures and services to those in the outside community. These changes allowed members to experience community life more fully, which facilitated an easier integration into the wider community upon program exit. Following the world-wide trend, Australian TCs have attracted only a small percentage of substance abusers with approximately 30% being self referred, and they are viewed as more cost effective over the alternatives of hospitalisation or imprisonment (Carr-Gregg, 1984; Ernst & Young, 1996).

#### **TC consolidation**

The growth of the TC model included the founding of the Therapeutic Communities of America (TCA) in 1975, followed by the World Federation of Therapeutic Communities (WFTC) in 1980 (Frye, 1986). The WFTC is the international voice of the TC movement, and articulates definitions and standards of practice, and accredits ex-addict paraprofessionals for TC staff positions (Yablonsky, 1989). Several hundred TCs are located in the United States, hundreds of others throughout European countries and Asia (Yablonsky, 1997), Scandinavian and South American countries, Great Britain (Frye, 1986), Russia, Poland (Mereki, 1996), and Australia (Ernst & Young, 1996), among others. Twenty-three countries were represented at the recent 2002 WFTC world conference held in Melbourne (World Federation of Therapeutic Communities, 2002), which indicates the continued interest in the TC model.



## MEMBERSHIP

When people enter a TC, they leave a non-therapeutic community and enter a therapeutic environment. TC rationale dictates that substance dependent people require time out from dysfunctional lifestyles and the pressures of outer responsibilities in order to concentrate on self-examination and to learn how to deal with their feelings at all times (Yablonsky, 1989). Rosenthal (1984) suggests that TCs offer a response to social, educational, and economic deficits. Yablonsky (1989, p. 39) adds the following comments from Monsignor O'Brien, the WFTC president in 1985, as saying that "the greatest need is a sense of community, a sense of belonging, and this is what the therapeutic community provides as it effectively deals with the pains of modern man -loneliness and alienation." The atmosphere of depersonalisation and alienation in our contemporary culture can occur as the focus on each other is distracted by the variety and expanding range of technologies (Coleman, 2000; De Leon, 1985), and by the societal problems of the time. The early self-help TC programs reflected these concerns by remaining closed to what they considered an unhealthy society (O'Brien & Halpern, 1989). These programs offered a sense of belonging and connection through members and staff working collaboratively to resolve personal, group, ethical, and other issues that may arise. Broekhaert et al. (2000) suggest that the TC may heal childhood emotional deprivation through the promotion of a family or membership attitude for their residents, graduates, and staff.

TCs have evolved and adapted their separating boundaries to respond to an increase in the diversity of their clientele and various settings (De Leon, 1995b), and to embrace a mix of professional and non-professional staff, and volunteers. Yablonsky (1989, 1997) has also argued that ex-criminals and people who have recovered from substance dependence make suitable therapists for young people, including

gangsters with alcohol and drug problems, as they cannot be easily deceived, and the young member sees them as living proof of the program's outcome.

The addition of innovative modalities to their programs and the diversity of membership have substantially changed their boundaries to become more permeable and open to outside services. However, De Leon and Staines (1997) suggest that the TCs' central features of mutual self-help to foster change, and the use of the community itself and its members as method, have been maintained.

Although the research is not able to precisely identify the person most suited to long-term drug dependence treatment (De Leon, 1985), it is suggested that members should have substance dependence issues which disrupt their ability to sustain intimate relationships, work or educational requirements, or who have been involved in drug related criminal activity or other antisocial behaviour, and who have suffered severe harm from drug use (National Drug Strategy, 1993; Rosenthal, 1984). A "Review of Long Term Residential Treatment for People with Alcohol and Other Drug Problems" conducted in Australia, adds that one third of TC clients had tried other types of treatment (Ernst & Young, 1996). Individuals are deemed to be ready for TC entrance when they are able to acknowledge their substance dependence as a problem, can show a desire for help with recognition of the need for treatment, show a need for personal change and/or support, and are willing to address other conditions such as legal or health issues (De Leon, 1985; Melnick et al., 2000). Yablonsky (1989) suggests that voluntary entrance into a TC involves a clear self-admission that the abused substance is in charge of the person's life, which is essentially the first step in the Alcoholics Anonymous (AA) and Narcotics Anonymous (NA) programs (Vaillant, 1983). Lamberti (1999) adds that some TCs require voluntary entrance as necessary

for a positive treatment outcome. However, this view has not been supported by any research evidence, which indicates that people who gain entrance to TCs through the criminal justice system have a higher success rate than those who enter voluntarily (Lamberti, 1999). Carr-Gregg (1984) adds that the motivation to complete treatment is fuelled by the resident actually being on probation, in the knowledge that departure before program completion is likely to forfeit their bond, bail or parole. Non-voluntary admission occurs through the courts, and they act as a conduit across the boundary from society into protection and treatment.

People who are deemed unsuitable for membership are those who have a history of violence, arson, have sexually abused, are certain to serve a prison term, or have a serious psychological/psychiatric status, as these populations may be too disruptive to the TC community, which does not have the mechanisms to adequately deal with their issues (Rosenthal, 1984). Adolescents with family support may also be excluded from admission, and referred to after school support to maintain their family involvement (Rosenthal, 1984).

The report by the National Drug Strategy (1993) concludes that TCs are effective for a small proportion of drug dependent people who find them acceptable. In addition, the program non-completion rate is high (De Leon, 1985), with as many as half leaving within the first three months, and most do not complete their treatment (National Drug Strategy, 1993). This latter issue is addressed more fully in the section entitled "Evaluative data".

## **THE TRADITIONAL AND MODIFIED TC APPROACHES**

The backgrounds and the physical and mental health status of members, funding restrictions, and the clinical requirements in varied settings have significantly influenced the movement of TCs world-

wide over the last decades to evolve from a closed system to a more open one (De Leon, 1995b). Peter Bucci<sup>1</sup> adds that the rationalising of residential services in Australia has brought some closures, but globally TCs are expanding (Mereki, 1996).

The traditional and modified TCs differ in length of stay, client mix, status structure, treatment modalities (National Drug Strategy, 1993), and staffing (Kennard, 1983). Traditional TCs are distinguished by their hierarchical structure, and the modified TC by the democratic approach (Kennard, 1983; National Drug Strategy, 1993). However, differences have also been identified between the American and the English models. The American model offers a more holistic approach and has a stronger focus on substance dependence issues, compared to the English model, which places emphasis on the psychoanalytical and psychotherapeutic approaches (Lipton, 1998a).

### **Ingredients common to traditional and modified TC models**

Both traditional and modified TCs provide an atmosphere of community spirit, group process, self-help, shared community maintenance and administration, 24 hour supervision, a focus on learning about self and others (Kennard, 1983; Rosenthal, 1989), and all members are expected to be role-models (De Leon, 1995a). The mandatory personal boundaries for members in residence demand no drug use, no violence and no sex (Carr-Gregg, 1984). They also both hold a common exception within the structure of collaboration between all members, which denies recovering members the permission to question the value of the TC (Kennard, 1983; Weinberg, 2000), apart

---

<sup>1</sup>Peter Bucci is the Founder, and was the Executive Director of Windana Society, alcohol and drug withdrawal house and therapeutic community in Victoria, Australia, from 1985 to early 2002.

from the European model (Broekhaert et al., 2000). This ruling is enforced through the requirement of members to provide informed consent to uphold the TC rules at the risk of discharge for non-compliance (De Leon, 1995a). One example of the impact this consent has on resident members is the compulsory AA or NA attendance required for work release prisoners in the Crest program (Nielsen et al., 1996). However, the European TCs are staffed mainly by professionals and emphasise democracy and psychoanalysis, and do allow for authority to be questioned (Broekhaert et al., 2000). The questioning of authority is a major departure from the hierarchical approach favoured by the American model, and was particularly evident in the traditional TCs, within which there was no mechanism available to question the judgement of the leader (Broekhaert et al., 2000).

### **Traditional TCs**

Traditional TC programs emphasise strict rules and disciplines, in-house educational programs (Carr-Gregg, 1984; Melnick et al., 2000), and stays of 12 months or more (National Drug Strategy, 1993). Synanon in the United States was the original traditional TC, which was founded by Charles Dederich in 1958 (Broekhaert et al., 2000), and began in his small apartment (Yablonsky, 1989). He utilised confronting discussion groups, which developed into innovative therapy sessions designed to release the harshest innermost feelings (Yablonsky, 1989). Although the sessions were described as aggressive, confronting and argumentative they were reported to establish a change in attitude or a shift in direction almost immediately (Yablonsky, 1989). Synanon found that when members departed from the program, relapse often occurred, which was addressed by the encouragement of lifelong membership (Broekhaert et al., 2000; Carr-Gregg, 1984; Toumbourou, Hamilton, Fallon, Scott, & Skals, 1994). Synanon maintained the

AA remission position (Toumbourou et al., 1994), and sustained a solid boundary between its members and the influences and services in the outside community. This structure allows only recovered members to fill staff positions following program graduation, which presents one of the few boundary transitions available in a closed system. Yablonsky (1989, p. 60) quotes Dederich as saying "The minute you kick your habit, you become staff. ... and if you continue to work for the Foundation ... eventually you'll be a pretty well-integrated human being." However, Dederich proceeded to establish an authoritarian dictatorship (Broekhaert et al., 2000; Carr-Gregg, 1984). Financial improprieties, use of force, theft of possessions, greed, child abuse, and enforced sterilisation were among the accusations made against Synanon, which indicated that TCs require monitoring and accreditation (Carr-Gregg, 1984).

The first Synanon replica was Tuum Est (It's up to you), which was founded in 1965 by an ex-Synanon member, Jesse Pratt (Yablonsky, 1989). Three major TCs, namely Daytop established in 1963, Odyssey House in 1966, and Phoenix House in 1967, were based on the Synanon model (Frye, 1986). They further developed the Synanon approach, were all located in New York, though differed in that they were founded by professionals. Daytop expanded their services to establish many centres throughout the United States, and contributed to the TC model through an emphasis on education (Toumbourou et al., 1994), and pre-employment training (Daytop, 2002). Phoenix House and Daytop were also significant in exporting the TC model to Europe (Yablonsky, 1989). Odyssey House was founded by a lawyer/psychiatrist (Carr-Gregg, 1984; Frye, 1986), and changed the TC staffing boundary by introducing the employment of both ex-addict and professional staff, which was adopted by Odyssey House programs internationally (Lamberti, 1999). Odyssey's acceptance of

government funding (Carr-Gregg, 1984) also impacted on the earlier non-permeable, self-contained and self-sufficient TC boundary.

### **The multi-disciplinary approach of modified TCs**

The modifications adopted by TCs to accommodate different populations has resulted in a diversity of programs and staffing (Broekhaert et al., 1998). The specific populations and changed conditions include an increase in the number of younger persons entering TCs, more family involvement, different drugs being used, and the challenges of clients with multiple health issues (Broekhaert et al., 1998; De Leon, 1995a). TC boundaries have therefore developed to become more open and flexible as closer collaboration with outside professionals and services, including hospital and pharmacological services (Westreich, Galanter, Lifshutz, Metzger, & Silberstein, 1996), are required for client specific units, e.g., people with AIDS (Broekhaert et al., 1998).

Modified TCs offer short programs, which last between four to six months, and medium programs of six to eight months duration (Melnick et al., 2000). Inadequate funding has contributed to the establishment of shorter programs (De Leon, 1995a). However, modified TCs generally integrate aftercare, which can consist of the 12 Step program (De Leon, 1995a; Nielsen et al., 1996), services in halfway houses and outpatient settings, and family therapy (De Leon, 1995b). As some relapse is common for those leaving TCs, harm minimisation education is a relevant program component (National Drug Strategy, 1993). The Hepatitis C Council of New South Wales (2002) indicates that the focus of harm-minimisation is to reduce harmful health, social, and economic consequences of alcohol and other drug use, and is a response to the American-style "war on drugs" approach, which has not achieved the intended results. The Hepatitis C Council adds that harm minimisation in Australia includes the utilisation of police support and

the Needle and Syringe Programs, which has contributed to Australia having one of the lowest rates of HIV/AIDS among injecting drug users world-wide.

Modified TCs offer varied program modalities, which provide a range of treatment options. For example, it is recommended that therapeutic communities work with methadone maintenance programs wherever possible to facilitate cross-referral of clients who repeatedly relapse under either treatment approach (National Drug Strategy, 1993). This option is supported by data firmly indicating that higher doses of methadone are associated with less heroin use, and with longer retention in treatment (National Drug Strategy, 1993). The opening of this service further changed the TC boundary to admit pharmacology. Modified TCs also rely more on individual counsellors and less on group therapy (Melnick et al., 2000). Researchers who asked TC clients to rate the most needed services and most helpful staff members, found counselling to be the top choice (Lowinson, Ruiz, Langrod, & Martinez, 1981). Modified TCs have opened their boundaries to admit a mix of professional, volunteer, and recovered members into their staff, offering residents an increased exposure to services and individuals from the wider community. To operate as an open system rather than a closed hierarchical one, a different attitude is required. For example, staff members facilitate rather than lead (Broekhaert et al., 2000). Kennard (1983) adds that the newcomer is uneasily aware that some basic and expected boundaries are absent, and that residents and staff are not clearly and immediately distinguishable. However, the processes of the self-help approach in the modified model is not clearly defined, as more emphasis is placed on professional and other services from outside the TC. The TC structure offers "rites of passage" through levels of achievement, designed to take an individual from dependence to independence (Carr-Gregg,

1984). Rites of passage have been defined as “customs associated with the transition from one place or stage of life to another” (Kottak, 1997, p. 338). Achievements are used to measure and acknowledge the progress of the recovering member in terms of self-management through degrees of responsibility, which allow access to privileges and reintegration into the outside world (Carr-Gregg, 1984). These can determine responsibilities, ranging from daily chores, the maintenance and the running of the community, acceptance of the responsibility for others, and the possibility of joining the staff (Carr-Gregg, 1984). The Odyssey House program in Australia requires that the graduating resident has attended classes which will lead to obtaining the School Certificate, completing at least year 10 secondary school qualification, and demonstrating employment readiness (Carr-Gregg, 1984). Programs in the United States require residents to hold a driver’s licence and to have achieved the equivalent to the High School Certificate before graduation is possible (Carr-Gregg, 1984).

In contrast to the traditional standardised program for every resident, the modified program generally offers a more individualised approach (Culliton, Boucher, & Carlson, 1997). Some programs focus on matching treatment to the individual member (Lamberti, 1999), and provide family services (Yablonsky, 1989). Client specific programs are a response to the need for more specialised services in varied settings, which include the provision of programs for couples and their children, HIV/AIDS clients, the homeless (Broekhaert et al., 2000), and people with psychiatric illness and behaviour disorders, e.g., dually diagnosed people (Westreich et al., 1996). The need for programs suited to dually diagnosed people is supported by studies, which show that 50% or more of people with serious mental illness have substance dependence issues (Johnson, 2000; Migdole, 2002; National Council for

Community Behavioural Healthcare, 2002; Westreich et al., 1996).

The TC modality also offers services through day programs. Data indicate the feasibility and acceptance of the TC day treatment modality, showing that over time client retention in the day and residential programs were similar (Tims et al., 1997). Passages is a day program in the United States, which has adapted TC methods to methadone maintenance clients. Preliminary evaluation findings on over 500 research participants indicated less drug-risk behaviour and improved psychological status for those Passages clients who remained six months in the program compared to non-Passages clients (De Leon & Staines, 1997). Day programs also demonstrate that a residential setting is not necessary for all TC members. The benefits for participants in the day program include the retention of employment, support, and social networks. Oxford House in the United States includes work release, and pilot studies conducted at DePaul University on the Oxford program suggest that the maintenance of outside employment during residency offer benefits, including the reduction in government subsidies and increased personal responsibility (Jason, Davis, Ferrari, & Bishop, 2001). However, further evaluation of such programs is required (Jason et al., 2001). Similarly, Carr-Gregg (1984) concludes that the modified TC model offers residents more independence than the traditional model through the possibility of employment in the outside community.

#### **Holistic and spiritual approaches**

Some modified TCs include a holistic approach and alternative modalities in their program (Broekhaert et al., 1998; Lipton, 1994). The holistic approach includes the spiritual aspect, which has been virtually unstudied as an agent to assist recovery from substance dependence (Miller, 1990). However, more recent

evidence supports the effectiveness of spiritually based programs (Di Lorenzo, Johnson, & Bussey, 2001). Krystal and Zweben (1988) claim that the importance of spirituality in the treatment of substance dependence is recognised by many practitioners in the field, yet most modified TCs do not include religious or spiritual issues in the program (Yablonsky, 1989). Rowland (1997) adds that spiritual approaches can help to restore individual self-worth, and foster life meaning and purpose.

### **The TC prison model**

The TC model was adopted as a treatment option into custodial care facilities for drug offenders in the 1960s through the establishment of Crest, the first TC for male and female drug involved offenders in the United States (Nielsen et al., 1996). Crest incorporated work release for inmates approaching the end of their prison sentences (Lipton, 1998b). Other programs for offenders followed, namely the Cornerstone program founded in 1975 in the Oregon State Hospital, and Stay'n Out in New York was established in 1977 (Lipton, 1994, 1998b). Stay'n Out has remained as a treatment program because it informed the public of its activities through the media, educated ex-offender staff, correctional administration and line officers, and encouraged long-term evaluation (Lipton, 1998a), which attracted funding by the state correctional department (Lipton, 1998b). Lipton (1998b) reports that there are 110 TCs operating in state and federal correctional institutions in the United States. Their continuity as a treatment modality is supported by data indicating that drug-related offences account for over 60% of the total prison population in the United States (Culliton et al., 1997).

Prison TC programs include cooperation and involvement between inmates, correctional and mental health staff, and TC paraprofessionals (De Leon, 1995a). Studies on the Stay'n Out and

Cornerstone programs indicate that prison-based TCs are effective even with chronic offenders (Frye, 1986; Lipton, 1998b). For example, a large-scale analysis conducted in 1984 by the Narcotic and Drug Research Inc. evaluated Stay'n Out, and concluded that their treatment program is more effective at reducing recidivism than no treatment and alternative prison-based drug treatment modalities (Lipton, 1994). Large scale studies on the Cornerstone prison program using comparisons of graduates with prisoners who were in residence over varying lengths of time and did not graduate, revealed similar findings. The studies also showed that increased time in the program was associated with reduced recidivism (Lipton, 1994). Lipton (1994) also claims that prison TC programs are cost effective. A similar analysis comparing costs of maintenance for offenders in NSW and Victorian prisons with four Australian TCs in 1982-83, which covered administrative costs, fund raising expenses, borrowing costs, detoxification services, parent counselling and child care, showed that the TC costs varied between 25% and 50% less than the minimum security prison costs (Carr-Gregg, 1984). Lamberti (1999) adds that some TCs will not accept a resident with legal issues, although research indicates that people who come through the criminal justice system to residential programs show improved outcomes.

### **EVALUATIVE DATA**

De Leon (1987) describes success as the absence of crime and primary drug use. De Leon (1985) adds that identifying how the TC contributes to individual change is important, which ultimately the client determines. However, there is relatively little research in the area of the process itself, and the type of client most suited to treatment remains unclear (De Leon, 1985), as does the effectiveness of any single program element (Tims et al., 1997). Bucci suggests that there is no panacea answer

for the successful treatment of substance dependence, and that variety is needed in approaches to suit the diversity of clientele (Mereki, 1996).

#### **Lack of conclusive data**

Evaluations have been mainly through follow-up studies (De Leon, 1985), and most outcome studies have focused primarily on opioid use (De Leon, 1995a). New studies are needed to evaluate the effectiveness of the TC over the last two decades, which offers treatment to different populations, to address different drugs being abused, and the effectiveness of short-term programs (De Leon, 1995a). Evidence is also inconclusive for the effectiveness of the TC treatment process and the diversity of programs (De Leon, 1985).

Due to the diversity and multiple social and other problematic issues present in current TC populations and the shorter programs being offered, aftercare programs are becoming increasingly important (De Leon, 1985). Studies suggest that aftercare programs, which provide interventions that assist graduated members, and others, to avoid relapse, remain drug-free, and improve their psychosocial functioning have not demonstrated efficacy, though some success has been shown (National Drug Strategy, 1993). Grella, Hser, Joshi, and Rounds-Bryant (2001) add that studies also indicate that around 75% of adolescents in treatment have a comorbid mental disorder, and that treatment effectiveness for this population is not yet established.

The lack of conclusive data is partly due to the practical difficulties and the sensitivity involved in conducting research in this area (De Leon, 1985).

#### **Factors consistent with client improvement**

The report by the National Drug Strategy (1993) concludes that TC, methadone, and outpatient clients show reduced drug use and criminality, and increased employment compared to individuals who

underwent detoxification only or were untreated. The most pronounced outcome was found in the Treatment Outcome Perspective Study (TOPS), which compared the outcomes of clients in drug-free outpatient settings with those of patients who were in methadone maintenance, TCs, or detoxification alone (National Drug Strategy, 1993). This study found a significant reduction in the use of non-opioid psychotropic drugs after six months or more of treatment in outpatient, methadone, and TC services (National Drug Strategy, 1993).

Length of stay in a TC program is considered the strongest contributing factor to favourable outcomes for clients (Tims et al., 1997). Favourable outcomes include the development of the social skills and emotional maturity necessary for living a drug and crime free life in the larger society (Ernst & Young, 1996; Lamberti, 1999; Melnick et al., 2000). Client motivation and suitability for treatment, and availability of provider resources also contribute to outcomes (Tims et al., 1997). A 10 year outcome study on the effectiveness of treatment in Australia's largest TC, Odyssey House in Victoria, conducted by the Melbourne University, indicated that over 80% who completed the program did not return to drug dependence, and over 90% did not return to criminal activity (Lamberti, 1999). Toumbourou, Hamilton, and Fallon (1998) suggest that data from a study aimed to test the predictors of outcomes at treatment exit found that level attainment, especially graduation, was the strongest treatment factor to contribute to continued drug and crime free living following departure from the program. Although only 5% graduate, a study of residents in Odyssey House reported that level attainment contributed to reduced use of marijuana, tranquillisers, and criminal involvement, and increases in employment in the years following exit from the program (Toumbourou et al., 1998). The study also suggested that the Odyssey program itself contributed to improvements,

which utilises work tasks to bring forward therapy issues, and improvements are also attributed to clients entering other programs (Toumbourou et al., 1994). Other factors considered relevant to successful treatment completion are family participation (Rosenthal, 1989), motivation, degree of social support, and employment readiness at discharge (Siddall & Conway, 1988).

Family participation in TC programs is supported by various studies, which indicate that an overly dependent relationship between the substance dependent adolescent and a parent figure is an important factor in the aetiology of addiction (Weidman, 1987). It has also been found that family therapy made a significant difference in reducing the number of youth who dropped out of residential treatment in a study, which explored the effects of family therapy and staff training on adolescents who left the program before treatment completion (Weidman, 1987). The need for family services is supported by Smith, North, and Fox (1995) who report on a study of homeless mothers, which demonstrated that these clients can be more successfully engaged in substance abuse programs within TC settings.

Studies also show an improvement in the psychological status of TC members during treatment and post-treatment (De Leon, 1985). Results of the studies, which employed standardised psychological inventories with variations in design including the number of observations during treatment, were uniform in showing that patterns of psychological scores were similar across programs and cultures, that overall psychological status improves significantly during TC treatment, and that post-treatment improvements generally exceed those during treatment (De Leon, 1985).

In summary, evaluation studies have primarily focused upon treatment outcomes through follow-up studies engaging large-scale modality comparisons

that include TCs in general as well as individual TCs (De Leon, 1985). Most single program studies indicate improved employment and/or school involvement, less drug use and criminal activity, and show improvement over pretreatment status (De Leon, 1985). Length of stay, especially graduation, is considered the strongest contributing factor to favourable outcomes (Tims et al., 1997), and is directly related to client satisfaction with the TC approach (De Leon, 1985). Lastly, data also show that 83% of TC members would recommend this type of treatment to others (National Drug Strategy, 1993).

### **ETHICAL CONSIDERATIONS**

The National Drug Strategy Report (1993) claims that TCs operate within a family setting and generally within moral boundaries and community-imposed sanctions and penalties. This claim indicates that what constitutes moral and other standards can be predetermined by a TC, whereas individual definitions of morality and standards may vary. Ethical considerations and confidentiality from the point of view of the client also appear under-documented.

Generally, TCs are supported less by public funding and more by corporate and foundation gifts, revenue from businesses, and charges to their members (Frye, 1986). It has been suggested that governmental funding may influence the TC philosophy, program content, and client selection process (Carr-Gregg, 1984). For example, external funding came with certain difficulties for Odyssey House in Victoria, which was suspected of giving priority of admittance to clients with a high IQ (Carr-Gregg, 1984). One reason put forward was that Odyssey was attempting to secure continued funding support, although governmental favouring of Odyssey in relation to funding has been difficult to ascertain (Carr-Gregg, 1984). Bucci adds the concern that all the new withdrawal services are managed by



hospitals in Victoria, and that the use of the medical model does not always address the unique needs of individuals, and does not favour holism or spiritual approaches (Mereki, 1996).

### **Morality and confidentiality**

Frye (1986) refers to Yablonsky, who suggests that the TC is the story of the dramatic personal triumphs of those who have moved from a position as society's scapegoats into positions of moral leadership. To claim moral transformation in clients whose background experience is generally the opposite, may be over optimistic. The literature does not clearly define morality, except in terms of the cardinal rule stating that no sex, violence, or drugs will be tolerated while in TC residence (Carr-Gregg, 1984).

A review of promotional material from a small sample of Victorian TCs indicates that only two organizations mention confidentiality. One refers to boundaries both moral and ethical, and the other refers to confidentiality only in relation to staff instructions for referring a client (Eastern Collaboration of Alcohol and Drug Agencies, 1999). This review suggests that these organizations appear to place little importance upon offering the prospective member a sense of confidentiality about personal issues, and the emphasis on morality could suggest that certain personal beliefs may not be taken into account. Confidentiality and privacy issues to be addressed may include who is privy to personal records, files, conversations, peer group participation and interviews, and when and where self-disclosure is invited or mandatory.

For members with specific health or court-related issues, ethical boundaries are also needed as some of the collected information may be misused. Carr-Gregg (1984) adds that TCs in Australia have an obligation to report to probation services on the progress of the members who have been referred to them by the courts.

### **Disciplinary and abusive treatment**

Another ethical consideration for TCs has been the accusations of abusive treatment of members by staff. Synanon in the United States and WHOs in Australia attracted media criticism and allegations of abusive or humiliating treatment of their residents (Carr-Gregg, 1984). Synanon's extreme encounter group was a method to release suppressed feelings, which are described by Dodes (2002) as the suppression of the rage that arises from feelings of helplessness and powerlessness present in addicted individuals. As TCs are admitting increasingly younger members and people of multiple health status with issues other than drug dependence (Broekhaert et al., 1998), the question is raised regarding the importance and suitability of the encounter group as a primary program component. Adolescents and other younger clients may not exhibit the hardened, deep-seated issues, which were addressed in traditional TCs like Synanon. However, Broekhaert et al. (1998) suggest that confrontation of destructive behaviour within groups remains essential.

### **The management of boundaries and sexual and other trauma**

An under-addressed area within TC programs is sexual abuse and the resulting trauma (Carroll, McGinley, & Mack, 2001). Many members in TCs have had their personal boundaries violated sexually, physically or emotionally (Carroll et al., 2001; Carr-Gregg, 1984). Carr-Gregg (1984) reports that studies in the United States indicate that 44% of female residents are incest victims prior to admission. Violation experiences may predispose recovering residents to be strongly affected by TC boundary and leadership changes, which can also be destabilising for staff. However, TCs experience some disintegration and rebuilding of group boundaries on a daily basis, which can present a challenge for the staff to work imaginatively with the differences

presented while still focusing on growth, the development of resilience, and the rebuilding of the skills needed to sustain a drug-free life. Therefore, a sense of security should be maintained as changes occur, through the provision of some indisputable structural and behavioural boundaries (De Leon, 1995a; Rawlinson, 1999). Carr-Gregg (1984) adds that behaviour modification, socialisation, and the achievement of responsibility is a lengthy process, especially the development of trust and honesty, which is a major challenge for staff working with people who have lived a life involving dishonesty.

### **FUTURE DIRECTIONS**

De Leon (1995a) claims that even though TCs are under the constant threat of funding cuts, their growth continues, and their future lies in their ability to maintain flexibility in program content and setting, and to retain a collaborative approach, while incorporating educational components including employment and family skills. The multidisciplinary program approaches also continue to broaden the options for addressing alcohol and drug dependence issues, which are complex in aetiology and treatment (Nebelkopf, 1981).

Behavioural problems other than drug abuse are increasing in the United States and England, and the growth of TCs may depend upon their capacity to deal with these problems (Rosenthal, 1989). Rosenthal (1989) adds that TCs should tailor their services further to reach middle class drug abusers, people with non-drug abusing disordered behaviour, the homeless, and adolescents who have a range of disorders. TC programs for runaways in the United States, "collectives" for adolescents in Norway, and programs which address family disadvantages as well as drug dependence issues in Italy, offer examples of new populations being reached (Rosenthal, 1989). The Norwegian collectives are utilised

by the Asia-Europe Child Welfare Initiative (ASEM) Resource Centre as part of the implementation of a recommendation regarding children and young adults who are exploited sexually (ASEM, 2002). The ASEM Resource Centre is a joint initiative of the Philippines and the United Kingdom to promote international cooperation on child rights (ASEM, 2002). Young people under 18 and young adults receive residential treatment, education, and vocational training in collectives (ASEM, 2002).

As the TC is modified and has adapted to provide services to diverse populations, the need arises to identify the specific TC elements. This has been attempted by the Commission of Accreditation and Rehabilitation Facilities (CARF) program, the behavioural health field's first accreditation program (Behavioural Health Accreditation & Accountability Alert, 2000). CARF has identified the "community as healer" principle, qualified staff 24 hours a day, a variety of educational, health and vocational services, a quarterly resident progress review, treatment plans, and a daily schedule including community, cultural, recreational and spiritual activities, and counselling, as the elements that should be included (Behavioural Health Accreditation & Accountability Alert, 2000).

Rosenthal (1989) questions the willingness of our society to permit TCs to evolve. Speaking specifically about TCs in the United States, Rosenthal (1989) explains that they still generally operate apart from mainstream services. However, the expansion of the TC model to admit varied populations builds "bridges" into the larger community, which are replacing the old boundaries. Bridge building is assisted through the return of recovered members into the outside community, the inclusion of the resident's family, a mix of non-professional and professional staff, and links with harm reduction and other aftercare approaches (Broekaert et al., 1998).

In Australia, Bucci adds that the public profile of the TC requires improvement, and more funding is needed to conduct evaluations and research to demonstrate the worthiness and effectiveness of the TC model (Mereki, 1996). Bucci suggests that Australian publicity should highlight that TCs are dealing with the cause and effect of drug misuse and dependence rather than the drug itself (Mereki, 1996). Therefore, the integration of the TC into the wider community can be pursued by providing information about their activities through the media and via encouraging evaluations, following the example of the Stay'n Out prison model (Lipton, 1998b). In contrast, TCs in Great Britain are well linked to mainstream medicine, which allows greater integration into established systems, and also encourages public acceptance. However, Christie and DeBerry (1994) caution that TCs in the United States should integrate with the wider community with an awareness of problems within the American culture, which include dehumanising influences arising from certain technology and bureaucracy, that may contribute to substance dependence. The boundaries of the traditional TCs addressed these concerns.

The Survey of Essential Elements Questionnaire (SEEQ) was used to develop a typology of traditional and modified TCs in the Drug Abuse Treatment Outcome Studies (DATOS) (Melnick et al., 2000). In summary, DATOS suggested that "recovery involves global changes in identity, behaviour, and lifestyle" (Melnick et al., 2000, p. 1824). Jones (1984) adds that TCs are a forerunner of a future view of life, which includes a predominant focus on the shift from an individualistic society to one with a group identity, which embraces a holistic view of life and an active responsibility for the Earth.

## **SUMMARY AND CONCLUSION**

Early Christian and other religious approaches established communities embracing the practices of

self-help and mutual support. The TC model is a re-emergence of a similar self-help community approach, and is considered an effective drug treatment and rehabilitation modality (Intuputi, 2001). The "therapeutic community" developed as a treatment approach within mental health services in England, and outside of mainstream services in the United States as a treatment for drug and alcohol dependence (De Leon, 1985). The TC approach for substance dependence in Australia was adopted in the 1970s (Carr-Gregg, 1984).

The report by the National Drug Strategy (1993) indicates that TCs suit only a small proportion of substance dependent clients, specifically those who have serious drug dependence issues and engage in drug-related criminal activity. The traditional TC focus for the treatment of alcohol and drug dependence leans heavily on the use of "community as method" (De Leon, 1995a). The traditional aim is similar to that of the modified TC, which is to assist residents to attain positive social attitudes reflecting honesty, responsibility, non-violence, self-reliance, positive behaviours and values, employable skills, and to remain free from drug use and criminal involvement (De Leon, 1985; Nielsen et al., 1996). However, the more recent modified TC model works more closely with mainstream human services, offers more family participation and services for younger populations, and has been adapted to various settings, providing program diversity and shorter, varied lengths of stay (De Leon, 1995b). The TC model has expanded into day centres, hospitals, schools, halfway houses, and custodial care settings including prisons and homeless shelters (De Leon, 1995a). Lipton (1994) adds that the unique factors that have shaped TCs combined with the exploration of innovative program combinations (Condelli & De Leon, 1993) will contribute to their expansion. TC modifications and

adaptations are changing their boundaries into bridges, which link the TC to the wider community.

In conclusion, the heart and potential of the TC is captured by the following short text entitled "The TC Philosophy".

*I am here because there is no refuge, finally, from myself. Until I confront myself in the eyes and hearts of others, I am running. Until I suffer them to share my secrets, I have no safety from them. Afraid to be known, I can know neither myself nor any other, I will be alone. Where else but in this common ground, can I find such a mirror? Here, together, I can at last appear clearly to myself - not as a giant of my dreams, nor the dwarf of my fears, but as a person, part of the whole, with my share in its purpose. In this ground, I can take root and grow, not alone any more, as in death, but alive to myself and to others (Asian Federation of Therapeutic Communities Newsletter, 2001, p. 10).*

## REFERENCES

- Asia-Europe Child Welfare Initiative (ASEM) Resource Centre (2002). Retrieved May 19, 2002, from <http://www.asem.org/>.
- Asian Federation of Therapeutic Communities (2001). The TC philosophy. *Asian Federation of Therapeutic Communities Newsletter*, 3, 10.
- Behavioural Health Accreditation & Accountability Alert (2000). Therapeutic communities soon can pursue tailored accreditation [Electronic version]. *Behavioural Health Accreditation & Accountability Alert*, 5, 6-7.
- Braden, G. (2000). *The Isaiah effect*. New York: Three Rivers Press.
- Bridger, H. (1990). The discovery of the therapeutic community. In E. Trist, & H. Murray (Eds.), B. Trist (Ass. Ed.), *The social engagement of social science*, Vol. 1, (pp. 68-87). London: Free Association Books.
- Broekhaert, E., Vanderplasschen, W., Temmerman, I., Ottenberg, D. J., & Kaplan, C. (2000). Retrospective study of similarities and relations between American drug-free and European therapeutic communities for children and adults. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32, 407-417.
- Broekhaert, E., Kooyman, M., & Ottenberg, D. J. (1998). The "new" drug-free therapeutic community. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15, 595-597.
- Carr-Gregg, C. (1984). *Kicking the habit*. St Lucia, Australia: University of Queensland Press.
- Carroll, J. F. X., McGinley, J. J., & Mack, S. E. (2001). Exploring the self-reported sexual problems and concerns of drug-dependent males and females in modified therapeutic community treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20, 245-250.
- Christie, S. D., & DeBerry, S. T. (1994). Culture and community in the therapeutic community: Implications for the treatment of recovering substance misusers. *The International Journal of the Addictions*, 29, 803-817.
- Coleman, J. (2000). Is technology making us intimate strangers? [Electronic version]. *Newsweek*, 35, 1-2.
- Condelli, W. S., & De Leon, G. (1993). Fixed and dynamic predictors of client retention in therapeutic communities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10, 11-16.
- Condelli, W. S., & Hubbard, R. L. (1994). Relationship between time spent in treatment and client outcomes from therapeutic communities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11, 25-33.
- Culliton, P. D., Boucher, T. A., & Carlson, G. A. (1997). Substance misuse. In A. Watkins (Ed.), *Mind-body medicine*, (pp. 221-250). New York: Churchill Livingstone.
- Daytop (2002). Home page. Retrieved May 7, 2002, from <http://www.daytop.org/>

- De Leon, G. (1985). The therapeutic community: Status and evolution. *The International Journal of the Addictions*, 20, 823-844.
- De Leon, G. (1987). Alcohol use among drug abusers: Treatment outcomes in a therapeutic community. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 11, 430-436.
- De Leon, G. (1995a). Residential therapeutic communities in the mainstream: Diversity and issues. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27, 3-15.
- De Leon, G. (1995b). Therapeutic communities for addictions: A theoretical framework. *The International Journal of the Addictions*, 30, 1603-1645.
- De Leon, G., & Staines, G. (1997). Passages: A therapeutic community oriented day treatment model for methadone maintained clients [Electronic version]. *Journal of Drug Issues*, 27, 341-366.
- Di Lorenzo, P., Johnson, R., & Bussey, M. (2001). The role of spirituality in the recovery process [Electronic version]. *Child Welfare*, 80, 257-273.
- Dodes, L. (2002). *The heart of addiction: A new approach to understanding and managing alcoholism and other addictive behaviours*. New York: Harper Collins.
- Eastern Collaboration of Alcohol and Drug Agencies (ECADA) (1999). Retrieved May 26, 1999, from [http://home.vicnet.net.au/~emradss/odyssey\\_house.htm](http://home.vicnet.net.au/~emradss/odyssey_house.htm)
- Ernst & Young (1996). A review of long term residential treatment for people with alcohol and other drug use problems. A.T.C.A 1996 *Annual Conference Presentation and Workshop*.
- Frye, R. V. (1986). Editors introduction. *Journal of Psychoactive Drugs*, 18, 191-197.
- Grella, C. E., Hser, Y., Joshi, V., & Rounds-Bryant, J. (2001). Drug treatment outcomes for adolescents with comorbid mental and substance use disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 384-392.
- Harrison, T., & Clarke, D. (1992). The Northfield experiments. *British Journal of Psychiatry*, 160, 698-708.
- Hepatitis C Council of New South Wales (2002). Retrieved May 10, 2002, from <http://www.hepatitisc.org.au/>
- Intuputi, A. (2001). Message from AFTC President. *Asian Federation of Therapeutic Communities Newsletter*, 3, 1.
- Jason, L. A., Davis, M. I., Ferrari, J. R., & Bishop, P. D. (2001). Oxford House: A review of research and implementation for substance abuse recovery and community research [Electronic version]. *Journal of Drug Education*, 31, 1-27.
- Johnson, J. (2000). Cost-effectiveness of mental health services for persons with a dual diagnosis: A literature review and the CCMHCP. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 119-127.
- Jones, M. (1984). From therapeutic communities to social systems to futurism. *The American Journal of Social Psychiatry*, 4, 5-9.
- Kennard, D. (1983). *An introduction to therapeutic communities*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Kottak, C. P. (1997). *Anthropology, the exploration of human diversity*. New York: The McGraw-Hill Companies.
- Krystal, S., & Zweben, J. E. (1988). The use of visualisation as a means of integrating the spiritual dimension into treatment: A practical guide. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 5, 229-238.
- Lamberti, J. (1999). *Heroin crisis*. Melbourne, Australia: Bookman Press.
- Lei, C. (2001). Issues of drug dependent women and coping skills. *Asian Federation of Therapeutic Communities Newsletter*, 3, 4-5.
- Lewis, M. (1988). *Managing madness: Psychiatry and society in Australia 1788-1980*. Canberra: AGPS Press, Australian Government Publishing Service.

- Lipton, D. S. (1994). The correctional opportunity: Pathways to drug treatment for offenders. *The Journal of Drug Issues*, 24, 331-348.
- Lipton, D. S. (1998a). Therapeutic communities: History, effectiveness and prospects. *Corrections Today*, 60, 106-110.
- Lipton, D. S. (1998b). Therapeutic community treatment programming in corrections. *Psychology, Crime & Law*, 4, 213-263.
- Lowinson, J. H., Ruiz, P., Langrod, J., & Martinez, H. L. (1981). Consumer input in the evaluation of drug addiction services. *The International Journal of the Addictions*, 16, 165-171.
- Manning, N. (1976). Innovation in social policy - the case of the therapeutic community. *Journal of Social Policy*, 5, 265-279.
- Manning, N. (1991). Maxwell Jones and the therapeutic community movement: A sociological view. *International Journal of Therapeutic Communities*, 12, 83-97.
- Melnick, G., De Leon, G., Hiller, M. L., & Knight, K. (2000). Therapeutic communities: Diversity in treatment elements. *Substance Use & Misuse*, 35, 1819-1845.
- Mereki, P. (1996). Interview with Peter Bucci. *Deakin Addiction Policy Research Annual*, 3, 131-134.
- Migdole, S. (2002). Dual-diagnosis program guidelines focus on making gradual progress [Electronic version]. *Behavioural Health Accreditations and Accountability Alert*, 7, 1-3.
- Miller, W. R. (1990). Spirituality: The silent dimension in addiction research. The 1990 Leonard Ball oration. *Drug and Alcohol Review*, 9, 259-266.
- National Council for Community Behavioural Healthcare (NCCBH) (2002). Agencies, states moving toward dual-diagnosis competency [Electronic version]. *Mental Health Weekly*, 12, 1-3.
- National Drug Strategy (1993). Summary of conclusion and recommendations. In R. P. Mattick, & W. Hall (Eds.), *A treatment outline for approaches to opioid dependence. Monograph series no. 21*, (pp. viii-xiii & 47-134). Canberra: Australian Government Publishing Service.
- Nebelkopf, E. (1981). Holistic programs for the drug addict & alcoholic. *Journal of Psychoactive Drugs*, 13, 345-351.
- Nielsen, A. L., Scarpitti, F. R., & Inciardi, J. A. (1996). Integrating the therapeutic community and work release for drug-involved offenders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13, 349-358.
- O'Brien, W. B., & Halpern, S. (1989). The therapeutic community in retrospect and prospect. In S. Einstein (Ed.), *Drug and alcohol use: Issues and factors*, (pp. 295-302). New York: Plenum Press.
- Rawlinson, D. (1999). Group analytic ideas: Extending the group matrix to TCs. In P. Campling, & R. Haigh (Eds.), *Therapeutic communities: Past, present & future*, (pp. 50-62). London: Jessica Kingsley.
- Rosenthal, M. S. (1984). Therapeutic communities: A treatment alternative for many but not all. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1, 55-58.
- Rosenthal, M. S. (1989). The therapeutic community: Exploring the boundaries. *British Journal of Addiction*, 84, 141-150.
- Rowland, S. (1997, Aug.). Spirituality and psychosocial rehabilitation: What the research literature says. *New Paradigm*, 7-9.
- Siddall, J. W., & Conway, G. L. (1988). Interactional variables associated with retention and success in residential drug treatment. *The International Journal of the Addictions*, 23, 1241-1254.
- Smith, E. M., North, C. S., & Fox, L. W. (1995). Eighteen-month follow-up data on a treatment program for homeless substance abusing mothers. *Journal of Addictive Diseases*, 14, 57-72.

- Tims, F. M., Inciardi, J. A., Fletcher, B. W., & Horton Jr., A. M. (1997). Introduction: An overview of the applied evaluation research portfolio. In F. M. Tims, J. A. Inciardi, B. W. Fletcher, & A. M. Horton Jr. (Eds.), *The effectiveness of innovative approaches in the treatment of drug abuse*, (pp. 1-13). Westport, Connecticut: Greenwood Press.
- Toumbourou, J. W., Hamilton, M., Fallon, B., Scott, J., & Skals, W. (1994). *Out of harms reach: An evaluation of the effectiveness of different levels of treatment at Odyssey House*. University of Melbourne: Department of Public Health and Community Medicine.
- Toumbourou, J. W., Hamilton, M., & Fallon, B. (1998). Treatment level progress and time spent in treatment in the prediction of outcomes following drug-free therapeutic community treatment. *Addiction*, 93, 1051-1064.
- Vaillant, G. E. (1983). *The natural history of alcoholism*. London: Harvard University Press.
- Weidman, A. (1987). Family therapy and reductions in treatment dropout in a residential therapeutic community for chemically dependent adolescent. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 4, 21-28.
- Weinberg, D. (2000). 'Out there': The ecology of addiction in drug abuse treatment discourse. *Social Problems*, 47, 606-621.
- Westreich, L., Galanter, M., Lifshutz, H., Metzger, E. J., & Silberstein, C. (1996). A modified therapeutic community for the dually diagnosed. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13, 533-536.
- World Federation of Therapeutic Communities (2002). Delegate and presenter list. The recommendations of the WFTC harm reduction committee. *World Federation of Therapeutic Communities 21st World Conference - A Brave New World*.
- Yablonsky, L. (1989). *The therapeutic community*. New York: Gardner Press.
- Yablonsky, L. (1997). *Gangsters*. New York: New York University Press.





**EL ROL DE LA COMUNIDAD  
TERAPÉUTICA PARA  
DROGODEPENDIENTES EN EL CAMBIO  
DE CONDUCTA DEL DELINCUENTE**

**THE ROLE OF THE THERAPEUTIC  
COMMUNITY (TC) FOR ADDICTION  
TREATMENT IN CHANGING OFFENDER  
BEHAVIOR**

**Muehlbach, Britta; Mattina, Dominick**

Daytop Village, Inc. New York

**Contenido**

- El Problema
- El modelo Comunidad Terapéutica para Drogodependientes
- Tratamiento en Daytop de sujetos derivados por el Sistema Judicial
- Descripción de la Población
- Performance durante el Tratamiento

## **THE PROBLEM**

Substance abuse and criminal behavior are closely related. Drug abuse has been shown to be a major driving force in crime in several ways. Drug-related behaviors may violate drug and alcohol laws. Many crimes are committed under the influence of substances that reduce the consideration of negative consequences of illegal acts. Oftentimes, criminal activity is aimed at supporting an expensive addiction. Lastly, unlawful behaviors in other domains, such as domestic violence, negligence of a child, etc., are often the result of substance abuse and addiction. This relationship is reflected in an estimated 80%, or 1.4 million, of U.S. jail and prison inmates who are struggling with substance abuse and addiction (National Center on Addiction and Substance Abuse, CASA, 1998).

The vast majority of individuals in the Criminal Justice System (CJS) do not receive any type of treatment for their substance abuse problems. Simpson and Knight (1998) report that less than 20% of state and federal inmates participate in programming directed at a reduction of crime and addiction recidivism. However, models have been developed that provide either treatment during incarceration, or are aimed at diverting non-violent offenders away from the legal system. The latter offer the alternative of drug treatment to a prison sentence or post-incarceration treatment as a condition for parole or probation. This article aims to describe these diversion programs as well as the CJS-referred population and their progress in treatment as observed in a large Therapeutic Community based in New York State.

## **THE THERAPEUTIC COMMUNITY MODEL OF SUBSTANCE ABUSE TREATMENT**

The Therapeutic Community (TC) model for substance abuse treatment has been shown to be an effective method to address the complex issues that correlate

with chronic substance abuse. The TC perspective views substance abuse as a form of deviant behavior that reflects impeded personality development and/or chronic deficits in social, educational and economic skills. All aspects of behavior and daily functioning are scrutinized and treated in the community milieu, and clients take a highly outspoken role in one another's treatment. In contrast to the correctional system, TCs reinforce a global change in lifestyle across substance abuse, psycho-social, interpersonal, vocational, and educational domains. Typical TC program completion criteria include total abstinence from drugs, stable employment and living arrangements, a demonstrated ability to cope with everyday life demands and responsibilities, an understanding of relapse prevention, and demonstrated ability to participate and comply with an aftercare treatment plan.

Incarceration is meant to be a negative consequence of addictive behavior and its illegal correlates, thus supposed to discourage illegal drug use. However, punishment through incarceration is scheduled around only one behavior (the instant offense). Incarceration tends to reinforce negative relational styles and minimize corrective relational and emotional experiences that would otherwise facilitate development and movement away from the antisocial behavioral spectrum. In contrast, the TC model provides a synthesis of operant conditioning, positive and negative reinforcement schedules, self-perception, cognitive-dissonance, peer persuasion, relational, affective, and behavioral paradigms that are kept highly salient by staff and peers for the duration of treatment.

The TC approach is supported by a foundation of empirical literature that verifies that drug addiction typically occurs as one part of an entire constellation of problems and deficits (DeLeon, 1991; McLellan, Luborsky, Woody, O'Brien, & Kron, 1981; Rounsaville, Tierney, Crits-Christoph, Weissman, & Kleber, 1982).

The literature further supports the fact that a multidimensional treatment approach is the most efficacious for the chronically addicted population (DeLeon, 1991; Lipton, 1989; McLellan, Luborsky, Woody, O'Brien, & Kron, 1981).

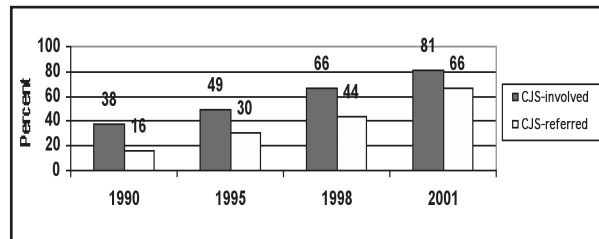
TC treatment has been shown to be a highly effective substance abuse treatment method. For example, the most recent long-term study of drug treatment outcome, the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS), conducted under NIDA demonstrated that those who successfully completed treatment in a TC had lower levels of drug abuse, criminal behavior, unemployment, and indicators of depression than they had before treatment (NIDA, 2002). Extensive outcome research has focused on TC treatment for populations involved in the CJS due to their substance abuse. These studies have found benefits for both prison-based and community-based TC treatment in preparing drug offenders to return to the community and for reducing recidivism rates. According to these studies (e.g., Martin et al., 1999; Wexler et al., 1999), drug-involved offenders have the best outcomes when they participate in community-based treatment while transitioning from incarceration to community re-entry (NIDA, 2002).

### TREATING THE CJS-REFERRED POPULATION AT DAYTOP

Daytop Village, Inc., NY, is among the oldest and largest TCs in the U.S., and represents the original TC model as well as its expansion and sophistication that took place over the decades. During the 1990s, a growing number of clients reported some kind of recent involvement with the CJS, and were referred to Daytop by the CJS, as demonstrated by the following chart 1:

Daytop holds several contracts with the Criminal Justice System at the City, State, and Federal level. All programs are aimed at diverting non-violent drug offenders away

**CHART 1**  
**CJS-REFERRED AND INVOLVED CLIENTS**



from the legal system and offering them the alternative of drug treatment to a prison sentence, or post incarceration aftercare. Differences exist in each contract's approach to the targeted offender population and the strategy of diversion, or recidivism reduction. Some of the main criminal justice programs that Daytop participates in are outlined below:

#### The Probation and Parole Project

The Probation and Parole Project is not technically an Alternative-to-Incarceration program. It is referred to as a "Recidivism Reduction Program" because clients have already been sentenced (and often incarcerated). Clients are mandated to outpatient treatment as a court condition of Parole or Probation. NY State Parole is intended to provide early, highly supervised release for parolees who have served a sentence in prison. Parole referrals are usually mandated to treatment as a *follow-up* to incarceration because their substance abuse issues are identified as increasing the likelihood that they will violate the conditions of their Parole. City and Federal Probation differ to the extent that an individual may have been sentenced to supervised release without incarceration, yet treatment has been written as a condition of Probation.

Probation and parole officers are sent regular progress reports. While the majority of referrals remain in the outpatient drug treatment clinic, if relapse occurs, long-term residential treatment can be required as a condition of the parole or probation. Approximately 25% of Probation and Parole Project outpatient clients are

subsequently referred to residential treatment. If a client discontinues treatment in outpatient or residential settings, he or she will face the legal consequences of violating probation or parole. Although it is rare for a sentence to be shortened, criminal justice clients are recognized for their accomplishments with abbreviated reporting schedules and/or shorter parole and probation contracts.

### **Drug Treatment Alternatives to Prison (DTAP)**

The DTAP program operates throughout New York State with the goal of rehabilitating individuals with addictions instead of imprisoning them. Begun in 1990 through a close collaboration with the Kings County District Attorney's office, DTAP uses a balance of treatment and law enforcement to facilitate internal and external motivation that are essential in the rehabilitation of people with addictions. Due to its success, DTAP has since expanded to other counties. DTAP targets defendants arrested for B felony drug possession and/or sale offenses who have previously been convicted of one or more non-violent felony offenses. Defendants must enter a felony guilty plea and will receive a deferred sentence that allows them to participate in a residential therapeutic community program for a period of 15-24 months. Defendants are selected for DTAP by the New York City District Attorney's office. Intake counselors determine eligibility and demonstrated motivation for treatment. Those who successfully complete the program have their charges dismissed; those who fail to complete the program are brought back to court and sentenced to prison.

Regular progress reports are filed with the District Attorney as well as any withdrawal or dismissal from the program. Law Enforcement agencies affiliated with DTAP employ specialized enforcement teams of investigators who have the responsibility of verifying clients' community contacts prior to treatment, and searching for and returning clients who flee from

programs. Clients leaving treatment against clinical advice are brought back to court for prosecution on their original charges and receive sentences that are at least as lengthy as the one that they would have served in the absence of DTAP.

DTAP evaluators report a 76% one-year retention rate as well as drastically reduced recidivism and drug relapse rates in clients referred through DTAP compared to individuals incarcerated without treatment. Also, 89% of employable DTAP clients who complete treatment are employed at the time of their exit interviews. In terms of efficiency, the DTAP system has estimated that these positive results have been achieved at half the cost of incarceration (Brooklyn DA).

### **Treatment Alternative To Street Crimes (TASC)**

Treatment Alternatives to Street Crime is a New York City (NYC-TASC) program that works to divert substance abusing, non-violent prison and jail bound offenders into treatment in lieu of incarceration. In the TASC program, all clients are referred to residential treatment programs. Most TASC clients are under indictment for felony offenses. In contrast to the DTAP program, where participation is limited to B Felony "buy and bust" defendants, TASC clients may include defendants indicted for a wider range of felonies that are not necessarily directly drug-related. Once clients have successfully completed treatment, those sentenced with misdemeanors usually have their records vacated, while those who committed felonious acts have their sentence commuted to a lesser felony count.

The basic functions of TASC include identifying and assessing addicted criminal justice offenders, referring them to an appropriate substance abuse treatment program, and monitoring and reporting on client progress while they are in treatment. The goal of TASC is to reduce and extirpate the commission of crimes by addressing and ameliorating drug addiction, which has been conclusively shown to drive and intensify criminal

behavior (e.g., Inciardi, 1986; 1992; McGlothlin, 1985; Nurco, Ball, Shaffer, & Hanlon, 1985; Speckart & Anglin, 1986b). The TASC program mandates individuals indicted for a spectrum of criminal behaviors to long-term residential drug treatment with the presumption that drug addiction has a causal relationship to criminal activity.

### **Other CJS Diversion Programs**

**Willard Program:** Daytop maintains a contract with the Department of Corrections' Willard Drug Treatment Facility for aftercare drug treatment. Non-violent offenders who qualify attend Willard for three months, before being referred to Daytop for six months of residential treatment, and six months of outpatient Aftercare services.

**Drug Courts:** "Drug Courts," or Treatment Courts, provide direct supervision by a judge of clients in residential or outpatient treatment. Treatment courts are diversion programs. They require clients to report to the judge regularly as a way to monitor progress in treatment. Judges can sanction clients immediately for lack of progress or non-compliance.

Other CJS referral sources include Family Courts, Treatment and Community Courts, judge-mandates, Special Narcotics programs, and other CJS initiatives on city and state levels.

### **DESCRIBING THE POPULATION**

Based on 36,626 admissions to Daytop from 1996 to of 2002, a total of 19,997 or 55% of clients were CJS referred. Broken down by treatment modality, of all admissions to residential treatment (N=12,257), 45% of clients came through the CJS; in outpatient treatment (24,369 admissions), 61% of clients were referred by the CJS. The following tables describe the CJS-referred population as admitted to either residential and outpatient treatment. The percentages in parentheses represent the characteristics of non-CJS referred clients for comparison purposes.

### **Socio-demographic characteristics**

As the following table indicates, socio-demographic differences exist between the CJS-referred client population and the population that came to Daytop through other referral sources.

- CJS-referred clients include a lower proportion of female clients in both residential and outpatient treatment modalities.
- More Latino/a and particularly African-American clients enter Daytop through the CJS than through other sources, while non-mandated treatment is the rule for Caucasian clients.
- One third of the CJS-mandated residential, and one fourth of the outpatient population are adolescents, i.e., clients under 21 years of age at admission. While mandated adult clients are on average slightly younger than their non-mandated counterparts, the reverse is true for mandated adolescents.
- In residential treatment, clients who currently are not in the labor force, i.e., not working and not actively looking for employment, are the majority in both the mandated and non-mandated populations. However, among CJS-mandated clients this is likely to be due to their recent incarceration status, while many non-mandated clients currently have a disability status. In the outpatient population, CJS-mandated clients have a higher employment rate than their non-mandated peers; and fewer of them report not being in the labor force at this time. Close to half of clients, regardless of their CJS status or treatment modality, report that they have a set of vocational skills.
- The vast majority of outpatient clients live in a private home, regardless of their CJS status. In the residential population, living at home prior to admission is also most prevalent, but more than one fourth of CJS-mandated clients report living in the CJS before admission to treatment, while a sizable number of non-mandated clients have been homeless.

In summary, the CJS-mandated client admitted to Daytop Village is predominantly a minority, younger, employable male person, with a home to return to. (table 1)

**Legal History**

Clients referred to treatment from the CJS have a more severe legal status than their voluntary peers. However, those clients entering treatment without a legal mandate also report some involvement with the CJS.

- About two-thirds of CJS-mandated clients report at least one arrest during the 6 months prior to their admission to treatment, as compared to one quarter of non-mandated clients.
- More than half of these arrests were based on drug-related charges (possession/sale of drugs) for mandated clients, while fewer than half of voluntary clients report being charged with this type of offense. Property offenses are often related to drug

**TABLE 1**

	<b>Residential Treatment</b> CJS % (Non-CJS %)	<b>Outpatient Treatment</b> CJS % (Non-CJS %)
<b>Gender</b>		
Male 86% (78%)	86% (78%)	87% (67%)
Female 14% (22%)	14% (22%)	13% (33%)
<b>Race/Ethnicity</b>		
Caucasian	22% (37%)	13% (37%)
African-American	46% (42%)	56% (43%)
Latino/a	32% (20%)	29% (18%)
Other	1% (2%)	3% (2%)
<b>Age group</b>		
Adults	77% (80%)	76% (66%)
Adolescents	33% (20%)	24% (34%)
<b>Average age</b>		
Adults	33.9 yrs (34.5 yrs)	33.2 yrs (35.4 yrs)
Adolescents	18.1 yrs (17.7 yrs)	18.1 yrs (16.7 yrs)
<b>Employment</b>		
Employed	13% (15%)	34% (25%)
Unemployed	13% (20%)	30% (15%)
Not in labor force	66% (54%)	26% (32%)
Student	8% (11%)	11% (28%)
<b>Vocational skills</b>		
Yes	46% (56%)	52% (46%)
No	54% (44%)	48% (54%)
<b>Type of residence</b>		
CJS/jail	27% (1%)	2% (0%)
Home	69% (82%)	93% (93%)
Homeless	3% (14%)	2% (3%)
Institution/other	1% (4%)	3% (4%)

**TABLE 2**

	<b>Residential Treatment</b>	<b>Outpatient Treatment</b>
<b>No of arrests in past 6 mos</b>		
no arrest	35% (73%)	67% (81%)
1 arrest	46% (18%)	27% (15%)
more than 1 arrest	19% (9%)	6% (5%)
<b>Arrest charge in past 6 mos</b>		
Drug/alcohol-related	57% (37%)	45% (38%)
Property	15% (21%)	9% (16%)
Other	28% (42%)	46% (46%)
<b>Mean No of days incarcerated</b>	48.4 days (6.5 days)	40.3 days (6.2 days)
<b>Legal status at admission</b>		
Parole/probation	41% (17%)	84% (19%)
DTAP	5% (1%)	2% (~0%)
TASC	12% (2%)	4% (1%)
Case pending	31% (10%)	5% (8%)
Other legal status	11% (4%)	3% (11%)
None	0% (63%)	2% (60%)

use, and other types of offenses include public order violations and violence.

- In both residential and outpatient treatment, CJS-mandated clients have spent about 7 times more days incarcerated than their non-mandated peers during the six months preceding admission to treatment.
- Almost all CJS-mandated clients in outpatient treatment are enrolling in treatment as a condition of their parole or probation; approximately 4% of clients report being incarcerated prior to admission. In residential treatment, clients on parole or probation represent the largest proportion of CJS-referred clients, followed by clients with a pending case. Almost one third of CJS-mandated clients entering residential treatment have been incarcerated right up to the point of treatment admission. Regardless of the treatment modality, about two-thirds of non-mandated clients report no legal involvement at admission; however, almost one out of five clients is either on parole or probation, and about one in ten have a legal case pending.

### **Drug History**

Differences between the CJS-mandated and the non-mandated populations exist with regard to their drug use history.

- In outpatient treatment, more than half of CJS-referred clients report cannabis to be their primary drug, as compared to a little less than a third of non-mandated clients. In residential treatment, heroin and cannabis share the first rank as primary drug for mandated clients, while crack/cocaine is reported to be the most prevalent drug of choice among voluntary residential clients. Alcohol and cocaine use are reported by slightly fewer CJS-mandated than voluntary clients.
- Cannabis and alcohol are the most prevalent drugs used as either primary, secondary or tertiary drug across all groups. CJS-mandated clients report lower levels of cocaine or crack/cocaine use than their peers in both treatment modalities, and less heroin use in outpatient treatment.
- Despite the fact that heroin use is more prevalent among CJS-referred clients in residential treatment,

**TABLE 3**

	<b>Residential Treatment</b>	<b>Outpatient Treatment</b>
<b>Primary drug use</b>		
Heroin	28% (21%)	9% (11%)
Cocaine	10% (12%)	12% (13%)
Crack/cocaine	23% (34%)	9% (22%)
Cannabis	28% (18%)	52% (35%)
Alcohol	8% (12%)	15% (15%)
<b>General drug use</b>		
Heroin	34% (27%)	13% (16%)
Cocaine	42% (46%)	35% (43%)
Crack/cocaine	39% (50%)	16% (35%)
Cannabis	66% (58%)	76% (69%)
Alcohol	69% (76%)	69% (77%)
<b>IV drug use</b>	10% (12%)	4% (7%)
<b>Previous drug Tx</b>		
No prev tx episode	24% (16%)	33% (28%)
1-3 prev tx episodes	66% (65%)	60% (59%)
> 3 prev tx episodes	10% (19%)	7% (13%)

they report lower levels of intravenous (IV) drug use than their non-mandated peers.

- In both treatment modalities, more CJS-referred than non-mandated clients report their admission to Daytop to be their first treatment episode. They are also less likely than their non-mandated peers to have had more than three previous treatments for their substance abuse.

These data indicate that CJS-referred clients not necessarily have a more severe substance abuse history than their non-mandated peers. Almost the

reverse is true as judged by the predominance of cannabis as their drug of choice and somewhat less other accompanying drug use.

**Client Retention**

In terms of retention and treatment completion, possibly the most important predictor of long-term treatment success (Condelli and Hubbard, 1994; Simpson, Joe, and Rowan-Szal 1997), the threat of returning to the legal system and incarceration seems to be an effective incentive to remain in and complete treatment for the CJS-mandated population.

**TABLE 4**

	<b>Residential Treatment</b>	<b>Outpatient Treatment</b>
<b>Discharge type</b>		
Completion/graduation	29% (32%)	32% (24%)
Voluntary discharge	45% (55%)	49% (65%)
Involuntary discharge	13% (6%)	11% (7%)
Other external reasons	13% (6%)	8% (4%)
<b>Average length of stay</b>	223 days (159 days)	159 days (132 days)



- Particularly in outpatient treatment, significantly more CJS-referred clients complete the prescribed course of treatment; they voluntarily terminate treatment significantly less frequently than their voluntary peers. In residential treatment, the rate of program completion is highly similar regardless of referral source; however, the voluntary discharge rate is significantly lower in the CJS-mandated population. At the same time, a larger number of CJS-mandated clients are involuntarily discharged due to non-compliance with treatment.
- In terms of average length of stay in treatment, CJS-mandated clients remained in treatment significantly longer than their voluntary peers ( $\alpha=0.01$ ,  $p=.000$ ).

### PERFORMANCE IN TREATMENT

It is generally assumed that the nature of the motivation for treatment is a decisive factor in the course and outcome of substance abuse treatment. Voluntary versus mandated admission to treatment is supposed to influence clients' engagement, alliance, openness, and trust in the program and its staff, and subsequently their progress in and satisfaction with treatment.

As part of Daytop's Quality Improvement System, clients regularly evaluate their own progress in treatment, their satisfaction with services offered, and their own status and need for treatment in several relevant life areas. The following data is based on client evaluations conducted from 1999 to 2001 in Daytop's residential centers, and compares the results for CJS-mandated vs. voluntary admissions.

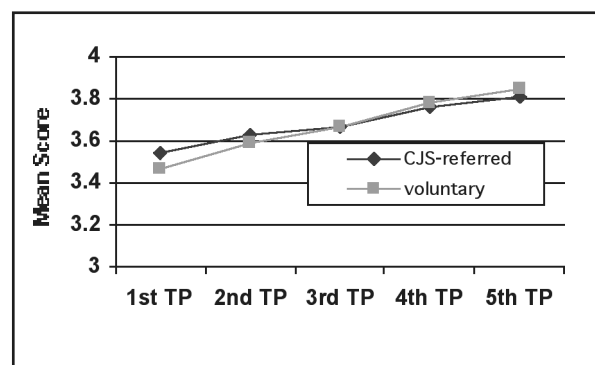
#### Progress in Treatment and Client Satisfaction

Client progress is here defined as a client's personal growth along developmental, social, psychological and community membership dimensions and competencies. These dimensions were first conceptualized by DeLeon (1994) as a central goal of TC treatment, and are measured here with the Client

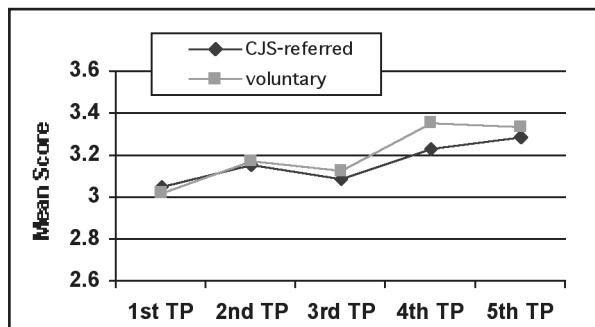
Assessment Summary, a 14-item progress measurement tool developed by Kressel et al. (Kressel, De Leon, Palij, and Rubin, 2000) (rating along 1-5 point Likert scale). Client satisfaction with services is measured using the short Service Evaluation Questionnaire (SEQ-8; Nguyen, Attkisson, and Stegner, 1983) (rating along 1-4 point Likert scale). Client progress and satisfaction with treatment do not differ in the CJS-mandated and voluntary populations; both populations report an increasing sense of personal growth and an enhanced client satisfaction.

- Except for time point 1, no significant differences exist between the two subpopulations in terms of the summary score for their progress in treatment (1st TP:  $\alpha=0.05$ ,  $p=.002$ ). At the very beginning of treatment, CJS-mandated clients report a more positive assessment of their developmental status and their social and psychological competencies than their voluntary peers.
- Except for time point 4, no significant differences exist between the two subpopulations in terms of their satisfaction with services provided when comparing summary scores (4th TP:  $\alpha=0.05$ ,  $p=.008$ ). Voluntary clients express a somewhat more positive assessment of the treatment they are receiving than CJS-mandated clients.

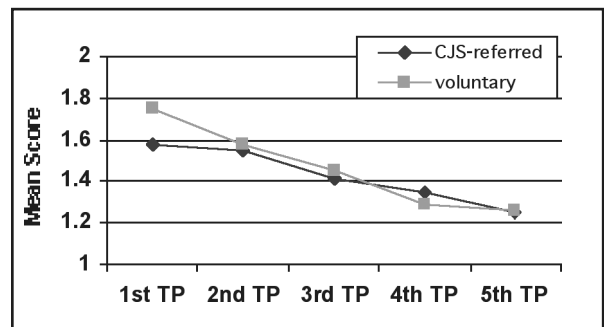
**CHART 2**  
Progress in Treatment



**CHART 3**  
Satisfaction with Treatment



**CHART 4**  
Mean Drug Craving

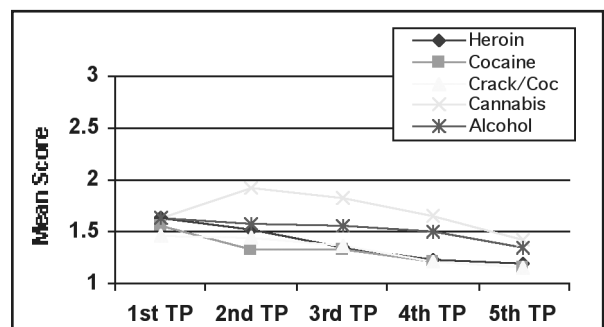


### Drug craving

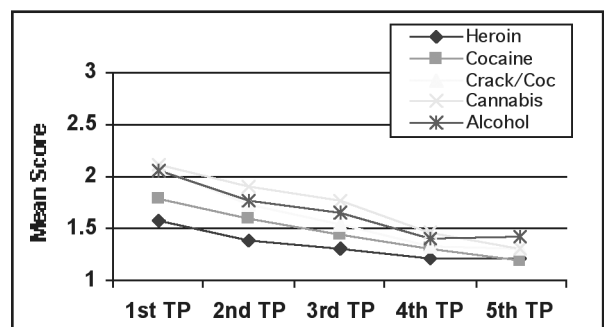
Over the course of their treatment, clients rate their craving for each of the major drugs over the past 30 days on a 5-point Likert scale. Drug craving may be seen as a dynamic indicator for addiction intensity and emotional status. High levels of craving may be related to increased vulnerability and may be a threat to treatment engagement.

- At the initial measurement, CJS-referred clients report a significantly lower level of mean drug craving than their voluntary peers ( $\alpha=0.05$ ,  $p=.000$ ). From the second measurement onward, craving is decreasing for both subpopulations at a similar rate.
- For both CJS-referred and voluntary subpopulations, cannabis represents the drug clients crave the most across time, followed by alcohol. Voluntary clients express more craving for crack/cocaine and cocaine than their CJS-mandated clients, while craving for heroin appears to be similar in both client groups.

**CHART 5**  
Drug craving in CJS-referred population



**CHART 6**  
Drug Craving in voluntary population



### Emotional distress

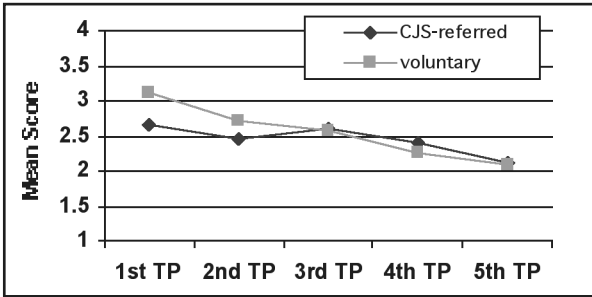
Clients rate their emotional status on a simple 5-point Likert scale, subjectively assessing their level of depression, anxiety, concentration problems and anger management. During the first couple of months in treatment (1st TP and 2nd TP), CJS-mandated and voluntary clients differ significantly on all four variables, with CJS-mandated clients reporting lower levels of emotional distress than their voluntary peers ( $\alpha=0.05$ ,  $p=.000$  to  $.01$ ). However,

following this initial disparity, both subpopulations show a similar profile of decreasing distress.

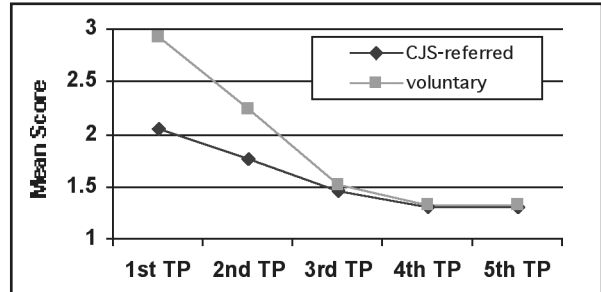
### Importance of treatment

Clients subjectively rate their level of problem intensity and the importance of treatment for alcohol/drug as well as legal problems on 5-point Likert scales.

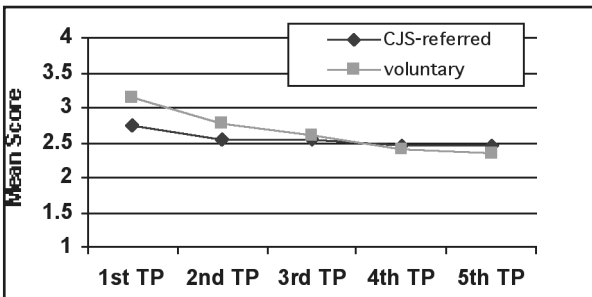
**CHART 7**  
Depression



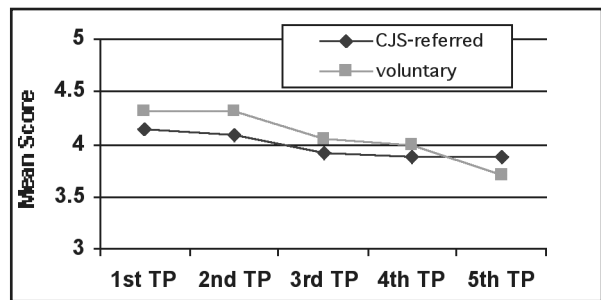
**CHART 11**  
Troubled by drug/alcohol problems past 30 days?



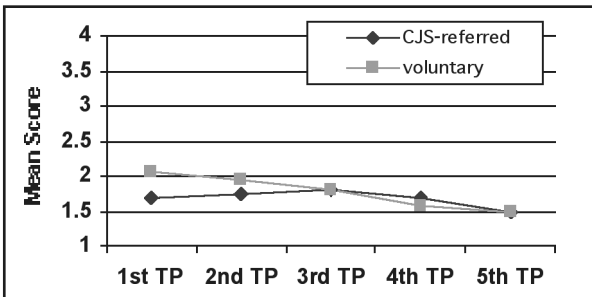
**CHART 8**  
Anxiety



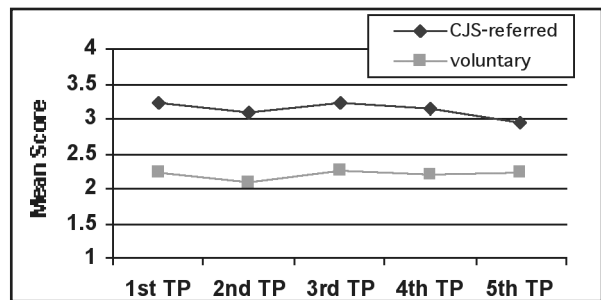
**CHART 12**  
Importance of Treatment for drug/alcohol problems now?



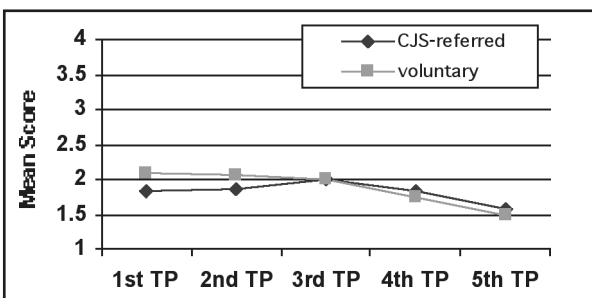
**CHART 9**  
Concentration Problems



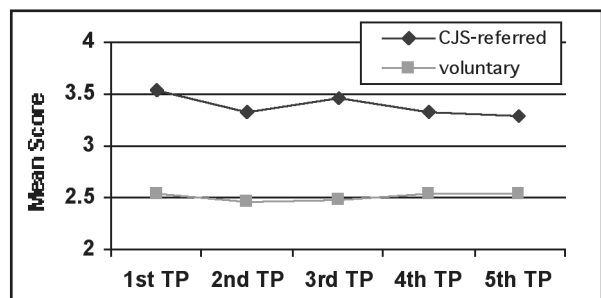
**CHART 13**  
Troubled by legal problems past 30 days?



**CHART 10**  
Anger Problems



**CHART 14**  
Importance of Treatment for legal problems now?



- CJS-referred clients report a significantly lower level of being troubled by alcohol/drug problems than their voluntary peers at the 1st and 2nd TP ( $\alpha=0.05$ ,  $p=.000$ ), pointing to the external nature of their initial treatment motivation. Accordingly, treatment for alcohol/drug problems is significantly more important to voluntary clients at the first two TPs ( $\alpha=0.05$ ,  $p=.007$  and  $p=.002$ ).

- Confirming the above suggestion of the external nature of motivation, CJS-mandated clients report a significantly stronger awareness of legal problems throughout their treatment. Going along with that is a significantly greater need for legal counseling across all TPs ( $\alpha=0.05$ ,  $p=.000$ ).

## LITERATURE

- Condelli, W.S. und Hubbard, R.L. (1994). Relationship between time spent in treatment and client outcomes from therapeutic communities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11(1), 25-33.
- DeLeon, G. (1991) The therapeutic community and behavioral science. *The International Journal of the Addictions*, 25(12A), 1537-1557.
- De Leon, G. (1994). The therapeutic community: Toward a general theory and model. In F.M. Tims, G. De Leon, & N. Jainchill (Eds.), *Therapeutic Community: Advances in Research and Application*, NIDA Monograph 144 (NIH Publication No. 94-3633, pp. 16-53). Washington, DC: Superintendent of Documents, US Government Printing Office.
- Inciardi, J.A. (1986). *The war on drugs: Heroin, cocaine, crime and public policy*. Mountain View, CA.: Mayfield
- Inciardi, J.A., (1992) *The war on drugs II: The continuing epic of heroin, cocaine, crack, crime, AIDS, and public policy*. Mountain View, CA.: Mayfield.
- Kressel, D., De Leon, G., Palij, M., & Rubin, G. (2000). Measuring client clinical progress in therapeutic community treatment: The therapeutic community Client Assessment Inventory, Client Assessment Summary, and Staff Assessment Summary. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 267-272.
- Lipton, D.S. (1989, October). The theory of rehabilitation as applied to addict offenders. Paper presented at the *What Work's Conference*, New York City
- McGlothlin, W. H. (1985). Distinguished effects from concomitants of drug use: The case of crime. In L. Robins (Ed.), *Studying drug abuse* (pp. 153-172). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E., O'Brien, C.P., & Kron, R. (1981). Are the 'addiction-related' problems of substance abusers really related? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 169(4), 232-239.
- National Center on Addiction and Substance Abuse (CASA). (1998). *Behind Bars: Substance abuse and America's prison population; A CASA White Paper*. New York: Columbia University.
- Nguyen, T.D., Attkisson, C.C., & Stegner, B.L. (1983). Assessment of patient satisfaction: Development and refinement of a service evaluation questionnaire. *Evaluation and Program Planning*, 6, 299-314.
- Nurco, D. N., Ball, J.C., Shaffer, J.W., & Hanlon, T.F. (1985). The criminality of narcotics addicts. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 94-102.
- Office of the District Attorney, Brooklyn, NY (2003). <http://brooklynda.org/DTAP/DTAP.htm>
- Rounsaville, B. J., Tierney, T., Crits-Cristoph, K., Weissman, M.M., and Kleber, H.D. (1982). Predictors of outcome in treatment of opiate addicts: Evidence for the multidimensional nature of addicts' problems. *Comprehensive Psychiatry*, 23(5), 462-478

Simpson, D.D. & Knight, K. (1998). Correctional Treatment in Community Settings. Presentation as part of the Report to Physician Leadership on National Drug Policy: Health, Addiction Treatment, & the Criminal Justice System; November 10, 1998, Washington, DC.

Simpson, D.D., Joe G.W. und Rowan-Szal G.A. (1997). Drug abuse treatment retention and process effects on follow-up outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 47 (3), 227-235.

Speckart, G., & Anglin, M.D. (1986a). Narcotics use and crime: A causal modeling approach. *Journal of Quantitative Criminology*, 2, 3-28.



**RESULTADOS POSITIVOS EN LA  
INICIATIVA PARA EL TRATAMIENTO DE  
ABUSO DE SUSTANCIAS DEL  
DEPARTAMENTO CORRECCIONAL DE  
CALIFORNIA**

**POSITIVE OUTCOMES FROM  
THE CALIFORNIA DEPARTMENT  
OF CORRECTIONS SUBSTANCE ABUSE  
TREATMENT INITIATIVE**

**Mullen, Rod**

President&Geo Amity Foundation. USA.

**Contenido**

- Antecedentes
- Primeros Resultados
- Expansión
- Continuidad de los Buenos Resultados al día de hoy
- Conclusiones

## BACKGROUND

In 1990, as California was engaged in the largest expansion of correctional facilities in the nation, and as the population of offenders was growing exponentially, the CDC began a pilot substance abuse treatment program at the Richard J. Donovan Correctional Facility. Then CDC Director James Rowland observed, “We are building prisons at a staggering rate, and filling them with disproportionate number of substance abusers, but we are doing little if anything to deal with their addiction, almost guaranteeing that upon release, they will soon be back in prison. It’s time to try something different.” Thus began a focused effort by the CDC to provide intensive, effective treatment for incarcerated substance abusers with the aim of improving their behavior while incarcerated, and reducing their recidivism to substance abuse, criminal activity, re-arrest and reincarceration. This initiative, now in its twelfth year is, as Secretary Robert Presley noted, “the largest single state initiative in U.S. history targeting criminal drug offenders.”

## INITIAL RESULTS

The results of the initial program, subject to a rigorous outcome evaluation funded by the National Institute on Drug Abuse, were considerably more positive than expected (see Figure 1, below), and demonstrated dramatic reductions in reincarceration for those participants who completed nine to twelve months of in-prison therapeutic community treatment, followed immediately by six months of residential treatment in the community.

A similar program, “Forever Free,” for female offenders at the California Institute for Women, showed similar

positive outcomes for treated offenders<sup>1</sup>. Legislators seized on these results, and supported the construction of a new state prison at Corcoran containing a dedicated facility—the SATF (Substance Abuse Treatment Facility) that would simultaneously treat over 1,400 Level II offenders, identified as substance abusers—the largest substance abuse treatment program in the U.S. The SATF began full-scale operations in 1997.

## EXPANSION

The Legislative Analyst’s Office, in a 1997 report<sup>2</sup>, developed a formula to estimate “avoided cost” savings based on the outcomes of the R.J. Donovan program. The report estimated that expansion of treatment programs to 10,000 beds could save the state \$210 million dollars in the first year, and \$80 million dollars every year thereafter by reducing the number of offenders in prison by 4,700 per year. A few months later, the Little Hoover Commission issued a report<sup>3</sup> also citing the positive outcomes of the existing CDC treatment programs and urging expansion of these programs as part of a strategy to reduce prison growth, and to reduce crime in the community (drug offenders being the most active criminals committing the greatest number of crimes in the community). Beginning in 1997, successive California Legislatures approved expansions of the treatment initiative, bringing it to its present

---

<sup>1</sup>(Jarman, 1993), 90% of Forever Free prison program graduates who entered and remained in community-based treatment for 5 months or more had a successful parole outcome (i.e., discharged from parole with no return to custody), compared with 72% of graduates who entered community-based treatment but dropped out early, 62% of graduates with no community treatment, and 38% of in-prison program dropouts

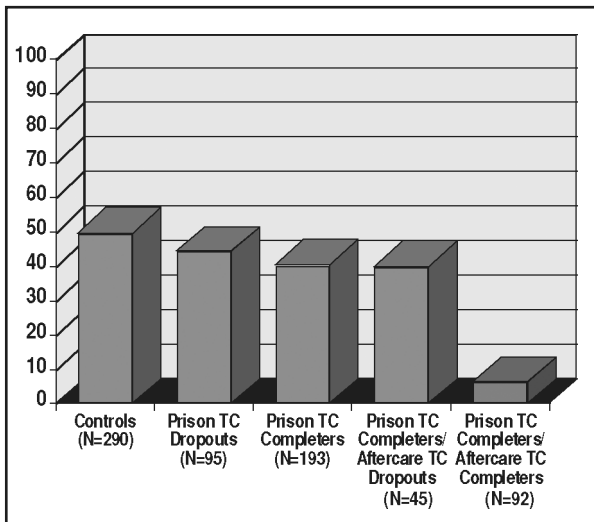
<sup>2</sup>LAO, May, 1997, Addressing the State’s Long Term Inmate Population Growth.

<sup>3</sup>LHC, January, 1998, Beyond Bars: Correctional Reforms to Lower Prison Costs and Reduce Crime.



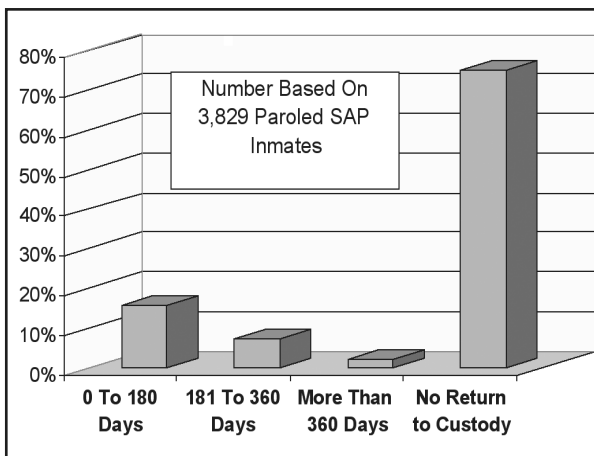
**FIGURE 1**

**R. J. Donovan Outcomes One Year Post-Release**



**FIGURE 2**

**Return To Custody Rates for Paroled SAP Inmate**



authorization of 9,000 treatment beds with funded community based post-incarceration treatment (currently there are 8,500 active beds).

**CONTINUED POSITIVE FINDINGS TODAY**

As part of the treatment initiative, the CDC funded outcome evaluations of treatment services to be able to report to policy makers on the efficacy of these programs. Data collected by or reported to the CDC

shows very positive results, indicating that the treatment initiative is on the right track and achieving the results that were expected by legislators and other policy makers.

**1. Recidivism rates for participants in SAP programs show significant reductions compared to general population inmates.**

- General population inmates are returned to custody at a rate of 43% within one year.
- A recent UCLA report shows that offenders who received SAP treatment, returned to custody at a rate of 23% almost half the rate of general population inmates. This figure is particularly important, as it does not differentiate between those SAP participants who received continuing treatment post-release and those who did not. Since previous studies have established that the most precipitous drops in recidivism are achieved by those who complete the entire program (both in-prison and post-prison treatment) these figures suggest that SAP participants are doing better than predicted by earlier studies. This would indicate that the cost-benefit assumptions made by the LAO in 1997 are being achieved.

**2. CDC SAP inmates recidivate less than those in any other CDC program.**

Participants in SAP programs have the lowest recidivism rates (37%) of all inmates enrolled in CDC programs (camps, PIA, academic education, etc<sup>4</sup>).

**3. Institutional management is improved by SAP programs.**

Beginning in 1996, data from the R.J. Donovan Correctional Facility showed that participants in SAP

<sup>4</sup> Again if SAP participants who completed both in-prison and post-prison phases of the program were differentiated from those who had only prison drug treatment, the rates of recidivism would drop considerably. Also, other CDC programs allow participation by those who have INS holds, while SAP programs do not. This skews recidivism results positively for the other programs, since those who leave the country post-release are not at risk for reincarceration.

programs were significantly better in their measurable behavior than general population inmates. Another study at the SATF at Corcoran II showed the same results, and a recent UCLA study of programs comprising 3,000 SAP participants demonstrated the same positive institutional management benefits: disciplinary actions are significantly less amongst SAP participants than general population inmates, and drug use, as measured by random urinalysis, is very low, practically non-existent in most SAPs. Studies suggest that these outcomes can be extrapolated into genuine cost-benefits in terms of reduced sick days by correctional staff, less paperwork, and an improved working environment for what is an extremely stressful work environment. Indeed, as lower level offenders are screened out of CDC by Proposition 36, and CDC prisons have a higher number of violent offenders, one of the chief benefits of SAP programs may be improving inmate behaviors.

**4. Female offenders show greater employment.**

In 1998, the Legislature established the Female Offender Treatment and Employment Program (FOTEP) to provide residential care and enhanced services for women inmates graduating from CDC SAP programs including vocational services, parenting and family services. Outcome data show that FOTEP graduates have a higher level of employment than a comparison group of women who, while matched, did not participate in FOTEP (71% employed at one year versus 50%). Since one of the goals of the CDC treatment initiative is to maximize tax productive behaviors while minimizing tax consumptive behaviors, these data suggest that the program is successful.

FOTEP graduates also had significantly less involvement with the criminal justice system and less drug use while having significantly greater voluntary participation in 12-step or other drug treatment. Since

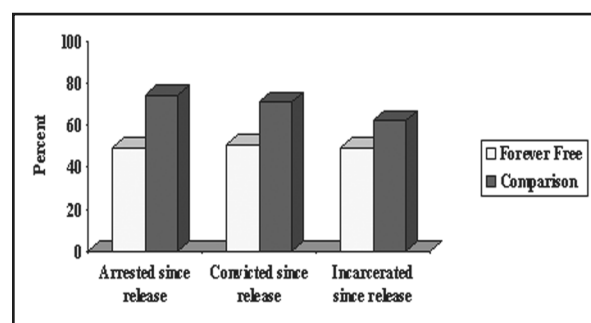
most of the participants are mothers, the significantly increased employment has both cost-benefit and social implications, as it suggests that these women are better able to provide for their children, and more able to keep their families intact preventing the common phenomenon of these high risk children going on to be the next generation of drug abusers, criminals, and inmates.

**5. Amity/Forever Free.**

These programs, whose positive results initially provided the credibility for funding and expansion of the treatment initiative, have continued to demonstrate positive outcomes.

- Five year post-release data on the R.J. Donovan program show that 83% of the no-treatment control group have been reincarcerated during the five years post-release. Only 41.77% of the treatment group that completed the entire program (in-prison treatment followed by post-prison residential treatment) have been incarcerated a difference of over 40%.

**FIGURE 3**  
**Comparative Reincarceration Rates for Women at the Forever Free Program**



- A recent study of the Forever Free program shows positive gains by the women in several critical dimensions (employment, drug use) and including reincarceration (see Figure 3, below).

## CONCLUSIONS

Investment by the CDC in substance abuse treatment programs is validated by the very positive trends and outcomes and reported by in several current studies. Substance abuse programs have management and cost benefits for the prisons in which they are housed; post-release SAP graduates recidivate at a much lower rate than general population inmates both reducing costs to the CDC, and taxpayers, and reducing crime in the community.

Few government-sponsored programs can point to such a wealth of positive outcomes achieved over more than a decade to justify their existence in a climate where all government expenditures are facing much greater scrutiny.

Reductions in the CDC initiative would disproportionately increase expenses and not in the short run, but immediately, since drug offenders commit the greatest number of crimes and recidivate at the highest rate. So there are no short-term gains to be made by reducing these programs, nor long terms benefits either. Untreated drug offenders will be back in prison quickly, post-release, and drive up the already enormous costs of operating the CDC. Also, since they are subject to "Three Strikes", repeat offenders receiving their third strike will draw a minimum of half a million dollars from the public treasury. While no studies have been made of how many of the successful SAP graduates were subject, on their next offence, to receiving a sentence under "Three Strikes," it is a cost-benefit issue that would further support the value of these programs.



## ÉTICA Y COMUNIDAD TERAPÉUTICA: EN BÚSQUEDA DE UNA AUTOCRÍTICA

## ETHICS AND THERAPEUTIC COMMUNITY: IN SEARCH OF SELF-CRITICISM

**Palacios Herrera, Juan**

Vicepresidente Federación Latinoamericana de CTs ( Flact ). Director Técnico - Centro Comunidad Terapéutica Colina. Profesor Facultad de Medicina – Univ. de Santiago - Chile.

Escribir un artículo en el cual se pretende unir dos grandes conceptos: Ética y Comunidad Terapéutica pareciera ser una idea descabellada, pero creo firmemente que al mirar detenidamente a cada uno de ellos en su relación con el objeto central de acción: el hombre, sus necesidades y sus derechos, encontraremos que esta relación es estrecha y extremadamente valiosa. La capacidad de reflexionar será la herramienta principal en el análisis y pondré frente a Uds. el resultado de esta batalla, que creo al final nos dejará más sabios acerca de nosotros mismos.

Quizás la mejor forma de plantear el dilema que nos acecha como terapeutas es la siguiente pregunta: Si un individuo trata de hacer el bien y las consecuencias de sus actos son negativas para aquellos a los que se proponía favorecer, ya que les causa más daño que beneficio, ¿debemos considerar que ha obrado correctamente desde un punto de vista moral, cualquiera que hayan sido los resultados de su acción?

En situaciones como las del ejemplo, nos enfrentamos como individuos a la necesidad de ajustar nuestras conductas a normas que se tienen por más adecuadas o dignas de ser cumplidas.

Aceptamos íntimamente esas normas y las reconocemos como obligatorias, desde temprano entendemos que debemos actuar en una u otra dirección. Al tomar una determinada acción decimos entonces que el hombre se comportó moralmente y que su acción fue producto de una decisión reflexiva.

Lo que necesitamos preguntar es si la base ética-valórica de nuestro trabajo terapéutico puede considerarse apropiada de usar hoy día o corresponde a un momento social y global pasado. Es mi interés demostrar que es necesario hoy día frente a nuevos desafíos re-estudiar y replantear muchas de nuestras concepciones de manejo y trabajo terapéutico en el modelo de comunidad terapéutica como una necesidad imperiosa de enriquecer nuestra práctica.

Writing an article which tries to unite two great concepts – Ethics and Therapeutic Community – may seem like a crazy idea, but I firmly believe that on taking a long, hard look at each of them in relation to the central object of action – man, his needs and rights – we will find that this relationship is a close and extremely valuable one. Capacity for reflection will be the main analysis tool, and I will present you with the outcome of this battle, which I believe will leave us wiser with regards to ourselves at the end of the day.

Perhaps the best way of approaching the dilemma that lies ahead of us as therapists is by posing the following question: if an individual tries to do good and the consequences of his or her actions are negative for those he or she was trying to help, as more harm than benefit is caused to them, should we consider that he or she has acted correctly from a moral point of view, whatever the results of the action?

In situations like the example one, we are faced, as individuals, with the need to adjust our conduct to norms that are deemed to be more suitable or worthy of fulfilling. We accept these norms in private and recognise them as obligatory, from early on we understand that we must take one form of action or another. By taking a certain form of action we then say that the person behaved in a moral fashion and his or her action was the product of a considered decision.

What we need to ask is if the ethics-value basis of our therapeutic work can be considered appropriate for use today, or corresponds to a past global or social moment. I intend to show that today it is necessary, in the face of new challenges, to re-study and re-organise many of our conceptions of therapeutic work and manipulation in the therapeutic community model as an overriding need to enrich our practice.

*Hay tanta falsedad desatada en este azorado mundo porque en la actualidad todos exigen la rectitud de conciencia sin ser capaces de someterse a la menor disciplina.*

Mahatma Gandhi

*Aunque todo parezca desastrosamente mal, si uno es honrado consigo mismo, todo estará bien. E inversamente, a pesar de que lo exterior parezca estar maravillosamente bien, si uno no es honrado consigo mismo, todo estará mal.*

Mahatma Gandhi

## **INTRODUCCIÓN**

Una de las ventajas de la reflexión y de la experiencia de años de trabajo con el problema de las adicciones es que nos permite mirar lo que hacemos desde distintos puntos de vista; durante nuestra vida aprendemos a manejar situaciones y conceptos y a mirar más allá de la práctica cotidiana y de lo que se escribe, miramos de frente a la vida y luchamos muchas veces contra los mitos que nosotros mismos hemos creado.

Escribir un artículo en el cual se pretende unir dos grandes conceptos: Ética y Comunidad Terapéutica podría parecer una idea descabellada, pero creo firmemente que al mirar detenidamente a cada uno de ellos en su relación con el objeto central de acción: el hombre y sus necesidades, encontraremos que esta relación es estrecha y extremadamente valiosa. La capacidad de reflexión será la herramienta principal en el análisis y pondré frente a Uds. el resultado de esta batalla que creo al final nos dejará más sabios acerca de nosotros mismos.

## **ANTECEDENTES**

La visión de Maxwell Jones y Tomas Man, cuando definieron los objetivos de trabajo de la comunidad terapéutica psiquiátrica, casi 60 años atrás, fue de que el paciente psiquiátrico y su familia pudieran tomar la responsabilidad de su propia recuperación y que aquellos con el conocimiento y experiencia cambia-

ran su rol de protectores de la sociedad al de facilitadores del desarrollo de la persona.

La comunidad terapéutica como modalidad de trabajo, significó entonces y debiera significar ahora, para la persona con problemas de droga, libertad, solidaridad y crecimiento personal dentro del contexto de igualdad y libre participación, y para nosotros profesionales, una guía ética que nos ilumina día a día en nuestro quehacer.

Los principios de la comunidad terapéutica, en palabras de Maxwell Jones, representaron la liberación de los pacientes psiquiátricos de la opresión institucional y de la etiqueta psiquiátrica y su transformación en personas; les permiten poder influir en su propio medio ambiente y sus tratamientos, crear nuevas y mejores sus condiciones medioambientales y relacionales, entre ellos y el personal clínico terapéutico, involucrar a sus familiares, crear conexiones hacia el exterior permitiendo a los pacientes crecer y desarrollarse en un ambiente facilitador y libertario. El doctor de la comunidad es la comunidad misma.

Esta simple idea de un cambio en las relaciones terapéuticas, donde no existiera más el poder de los profesionales y de la institución por sobre el individuo provocó en aquellos que trabajaban con pacientes un análisis profundo de los conceptos éticos y morales presentes en este cambio y a la vez sobre la aplicación de estos en la práctica diaria de una comunidad terapéutica.

Las formas de trabajar que se desarrollaron: no usar uniformes, tratar a las personas por su nombre, hacerlos participar en las decisiones acerca de sus vidas, ser corteses, no usar la violencia, evitar las jerarquías, dar información a las personas cuando la requieren, dar trabajo y traer a la familia a participar de este proceso, fueron en esos tiempos y son hoy día poderosas armas morales y técnicas que luchan contra la rigidez institucional y la deshumanización.

Ante los asombrosos progresos que los pacientes bajo su cargo experimentaron en un corto tiempo, la respuesta de la institución total no se dejó esperar, la comunidad terapéutica psiquiátrica era un elemento destructor y disruptivo, era necesario suprimirla o controlarla.

A pesar de los esfuerzos de la institucionalidad psiquiátrica de suprimir la experiencia, nadie puede negar hoy día el valor de la modalidad comunidad terapéutica y su contribución al universo terapéutico.

En el mundo de las drogas y alcohol a este modelo de trabajo también le ha sido difícil desarrollarse debido a las diferentes concepciones y creencias de las personas adictas y rehabilitadas que manejaron esta modalidad de trabajo desde sus inicios.

Debemos recordar que aquellos que iniciaron el trabajo en comunidad terapéutica, en la psiquiatría hospitalaria, fueron profesionales con un profundo sentido de responsabilidad social; en el área de las drogas, a raíz del desinterés de los gobiernos por los problemas presentados por la persona drogodependiente y sumados los fracasos experimentados en el uso del modelo biomédico en el tratamiento de la dependencia, son los rehabilitados los que toman este modelo y lo adaptan a sus fines dando al trabajo realizado un sentido altamente práctico y no profesional.

Existen aun hoy día, en comunidades terapéuticas manejadas por rehabilitados, un trabajo altamente experiencial, con una visión valórica de la persona que

usa drogas similar e incluso más severa que la usada por la sociedad o comunidad imperante,"el consumidor de drogas es una persona de segunda clase, no confiable y como tal debe ser manejada".

## **ÉTICA Y COMUNIDAD TERAPÉUTICA**

Si un individuo trata de hacer el bien y las consecuencias de sus actos son negativas para aquellos a los que se proponía favorecer, ya que les causa más daño que beneficio, ¿debemos considerar que ha obrado correctamente desde un punto de vista moral, cualquiera que hayan sido los resultados de su acción?

En situaciones como las del ejemplo, nos enfrentamos como individuos a la necesidad de ajustar nuestras conductas a normas que se tienen por más adecuadas o dignas de ser cumplidas. Aceptamos íntimamente esas normas y las reconocemos como obligatorias, desde temprano entendemos que debemos actuar en una u otra dirección. Al tomar una determinada acción decimos entonces que el hombre se comportó moralmente y que su acción fue producto de una decisión reflexiva.

Pero ¿qué pasa si a pesar de todas nuestras buenas intenciones nuestras acciones producen un daño?

Aquellos que trabajamos con la modalidad Comunidad Terapéutica o los que se han rehabilitado en ellas creen en la idea de que esta es un instrumento que favorece y protege el desarrollo del hombre, por los valores de honestidad, responsabilidad, solidaridad, equidad que las sostienen y representan.

Pero en otro nivel, la experiencia de años de trabajo nos ha demostrado que como terapeutas experimentados estamos mucho más cerca de cometer graves errores, no por ignorancia, sino por el contrario, porque pensamos que los valores que sustentan nuestro quehacer nos impedirán producir daño, sin darnos cuenta que son personas como nosotros, con todos sus defectos y bondades los

que practican e interpretan esos valores y por lo tanto cometen errores.

¿Por qué cometemos esos errores?

- 1.** Muchas veces, como resultado de nuestra inseguridad o ignorancia o por nuestros miedos no enfrentamos lo negativo de nuestro propio actuar o del actuar de otros, aun cuando lo presenciemos.
- 2.** Otras veces inmersos en la defensa de nuestras creencias o intereses personales olvidamos el verdadero sentido de nuestro trabajo como es la ayuda y protección de aquellos que son nuestros usuarios, desarrollando acciones que perpetúan los mismos males que deseamos erradicar como son la violencia, la manipulación, la irresponsabilidad y la mentira.

Stuart Sutherland, psicólogo y periodista inglés, de la Universidad de Sussex en su libro sobre " La Irracionalidad, el enemigo interno ", nos dice que "..... muchas organizaciones o grupos sociales nunca logran los objetivos valóricos que se plantean porque en su desarrollo, se estructuran para responder a necesidades individuales mezquinas de aquellos que la dirigen y por lo tanto perpetuarán conductas que muchas veces son contrarias a la moral que se predica, a su vez sus miembros distorsionarán su propia realidad para justificar esas conductas".

Todos nosotros sabemos que la historia y desarrollo de las comunidades terapéuticas es extremadamente corta y está marcada por experiencias negativas de comunidades cuyo quehacer se sustentó y todavía se sustenta en dogmas y como consecuencia del uso de estos, utilizan a sus usuarios para sus propios fines sin querer enfrentarse a la realidad de que su obligación es proteger a aquellos que han pedido su ayuda y no explotarlos.

Hoy día nos vemos enfrentados a un rápido crecimiento del uso y prácticas del modelo. Existen muchas razones para ello, la sociedad es cada vez más impersonal, más fría, más deshumanizante y más vio-

lenta, el concepto de familia como núcleo de apoyo y cuidado está desapareciendo; la lucha contra las drogas no tiene fin claro ni solución, y las instituciones del estado siguen sin responder a los problemas causados por la droga.

La comunidad terapéutica por otro lado, con su ethos de vida, con la práctica de la solidaridad, por sus valores humanistas, su capacidad de apoyo y su espíritu solidario, representa, para aquellas personas dependientes a drogas, una alternativa extremadamente necesaria y válida para suplir lo que han perdido. Como decíamos anteriormente, el paso del concepto de comunidad terapéutica de la psiquiatría hospitalaria a su uso en el campo de la drogodependencia no fue sin problemas, a diferencia de los hospitales psiquiátricos donde la fuerza motriz que impulsó el modelo fueron los técnicos y profesionales, en el campo de la drogodependencia fueron los rehabilitados o reeducados los que tomaron el modelo y lo adaptaron a sus fines.

Muchos de los problemas que se generaron en ese tiempo, con el uso de este modelo, en el trabajo con personas dependientes a drogas, tuvieron su origen en la escasa capacidad técnica de aquellos que dirigieron procesos, con un énfasis marcado hacia el trabajo asistencial paliativo, con un alto nivel de desconfianza hacia los estratos de profesionales y sin una adecuada capacitación.

El hecho de que el trabajo de una comunidad terapéutica sea producto del accionar de seres humanos comunes conlleva el riesgo de que se comenten errores debido a la simpleza de su accionar y pueda transformarse en un poderoso instrumento de dominación y de manipulación, donde aquellos que definen la práctica y los valores los usan en personas que por su dependencia y desesperación aceptarán y callarán.

La pregunta que nos hacemos entonces es por qué se producen estas desviaciones y cuáles son las condiciones requeridas para que esto suceda.



En primer lugar debemos reconocer que en aquellas ocasiones donde se han generado problemas, las comunidades o grupos afectados se han caracterizado por la práctica de valores transformados en dogmas, cuya característica principal es que no pueden ser cuestionados, que se fundamentan en el uso de la violencia institucional como modificador de conductas, la obediencia ciega a las premisas del dogma y la conformidad.

Cada uno de estos aspectos mencionados son contrarios al espíritu y valores del concepto comunidad terapéutica

Para que se produzca este proceso deshumanizante es necesario que ciertas condiciones se den en una comunidad:

**1.** Que exista una visión, por parte de los terapeutas, de que la persona drogodependiente es fundamentalmente mala por excelencia, mentirosa, que roba, que no se puede confiar en él/ ella, etc., es una visión que vilece y degrada.

Esto permite o hace más fácil el uso de la violencia de la institución, si se considera que la persona dependiente es subhumana y no se sentirá responsable sobre el daño causado, ¡es su producto!, ¡es su propia culpa!

Existen muchos ejemplos en la vida real para probar este punto, el corte de pelo al rape, largas horas sentado mirando hacia una pared, el encadenamiento a camas o postes, los insultos, la supresión de alimento, etc.

El quebrantamiento de la persona y su espíritu a través de la violencia de la institución producirá en muchas personas una actitud negativa hacia otros generando y perpetuando conductas deshumanizantes, haciéndolas suyas como verdaderas y perdiéndose de hecho el carácter liberador y crítico del hombre comunitario.

**2.** La existencia de un código de obediencia ciego, basado en dogmas y ayudado por la presencia de

una autoridad jerárquica total con prácticas que enseñan la obediencia sin discusión, producen como resultado conductas que justificarán la violencia y la comisión de atrocidades contrarias al espíritu de entendimiento y de amor responsable practicado en la gran mayoría de nuestras comunidades terapéuticas.

**3.** La pérdida del espíritu crítico de la persona como resultado de prácticas violentas no liberadoras, ayudado por la desesperación, la baja autoestima y el desamparo que traen muchos de nuestros usuarios genera la conformidad como un fenómeno que valida la destrucción del hombre comunitario. El conformismo, la violencia y proceso de etiquetar son características claras de la institución total contrarias al concepto de comunidad terapéutica.

Somos vulnerables como terapeutas a la tentación de caer en el uso de prácticas que nos ayuden a controlar al individuo más que a su liberación, ya que las primeras son más fáciles de usar y requieren de casi nula reflexión.

El logro de una mejor calidad de vida es a mi entender el objetivo último de todo proceso terapéutico. Cada acción que realizamos o cada objetivo diseñado debe estar orientado a que el usuario y su familia puedan lograr una mejor calidad de vida. Entendemos esta como el logro de un mejor estado de salud física y mental, una mejor conformidad a su estado y condición ambiental, un estado de bienestar interno y externo y una mejor relación con su familia y esto por encima de las limitaciones de su propia condición de dependiente.

El centrar nuestra acción en el individuo y su familia nos coloca en la realidad de que el usuario tiene un rol central en su propio proceso de sanación.

Si practicamos los valores centrales del trabajo de una comunidad terapéutica debemos aceptar que la opinión de la persona en tratamiento es vital para mirar los diversos aspectos de los procesos que se

producen, por ejemplo: si los servicios que ofrecemos son apropiados, si han sido técnicamente diseñados, si tomamos en cuenta la opinión del usuario y su familia, si somos corteses y respetuosos con sus deseos, si informamos con veracidad de lo que hacemos, si nuestros servicios son accesibles, humanos, efectivos, si nuestros operadores, técnicos y profesionales tienen capacidad técnica y experiencia en esta área de trabajo.

Si nuestra preocupación es por las personas entonces debemos aceptar que ellas tienen algo que decir sobre lo que hacemos y cómo lo hacemos; es importante reconocer que muchas veces porque nos dejamos llevar por nuestro activismo, nos olvidamos de nosotros mismos, no nos perfeccionamos, no discutimos, no realizamos un trabajo consciente y técnico; esto a la vez nos lleva a actuar sin una conciencia de la importancia del trabajo que realizamos y cometemos errores sin que nos demos cuenta. Moralmente actuamos de acuerdo a normas que aceptamos como dignas pero que quizás hoy día estas no representen totalmente el bienestar de aquellos que son nuestros usuarios.

Si al terapeuta se le plantea en la vida real una situación dada en la cual debe decidir el tomar una acción y deba definir el cómo actuar de manera que su acción sea buena y valiosa moralmente, encontrará que tendrá que decidir por sí mismo con la ayuda de normas que él reconoce acepta íntimamente y considera dignas. Es inútil recurrir a la ética con la esperanza de encontrar en ella lo que debe hacer en cada situación concreta.

La ética guía en la visión de lo que puede ser moral y bueno, pero no toma la responsabilidad de la acción. Ética y rehabilitar es acerca de contribuir a mejorar las condiciones de vida de la persona, a mirar hacia el futuro y a definir con el usuario el éxito que se desea y el que es capaz de lograr; si entendemos esto, mejoraremos el resultado de estos procesos.

Sólo podemos rehabilitar si respetamos, a través de lo que hacemos, aquellos valores y principios centrales a la existencia humana; pero el proceso de garantizar debe ser sacado de su retórica y convertido en elementos operativos que representen lo mejor de nuestro quehacer y a la vez debemos medir lo que hacemos a través del uso de estándares de calidad que representen lo mejor de nuestra universo terapéutico. En términos más específicos y aplicados a nuestros procesos terapéuticos de comunidad terapéutica debemos trabajar para entregar la mejor práctica que permita asegurar que nuestros usuarios reciban lo mejor de nuestros esfuerzos.

No podremos realizar esta propuesta si no tenemos un proceso constante de revisiones de nuestro trabajo que nos permitan encontrar lo que es técnica y moralmente bueno realizar.

Las siguientes tareas se proponen como una guía a seguir que nos permita asegurar el respeto a los principios éticos de nuestro trabajo.

#### TAREAS

1. Revisar nuestra visión del hombre y la mujer consumidora
2. Revisar nuestra vocación como operador / terapeuta
3. Revisar el diseño de nuestros programas
4. Revisar la preparación técnica y el bienestar de nuestro personal
5. Revisar nuestra adhesión a los códigos de ética y a los derechos humanos de nuestros usuarios
6. Evaluar nuestros resultados

#### TAREAS

##### **1. REVISAR NUESTRA VISIÓN DEL HOMBRE**

- Aceptar las diferencias individuales, en materia de género, edad, etnia, orientación sexual, credo religioso.
- Diseñar programas y acciones reconociendo estas diferencias.

- Aceptar, valorar, tolerar, no discriminar.
- Reconocer las capacidades remanentes en las personas.
- Reconocer la capacidad de las personas a cambiar su vida y a decidir su futuro.

## **2. REVISAR NUESTRA VOCACIÓN COMO OPERADOR / TERAPEUTA**

- Evaluar nuestra vocación como operador / terapeuta.
- Evaluar mis capacidades y habilidades.
- Reconocer mis debilidades y fortalezas.
- Ser capaz de pedir ayuda y de recibir ayuda.

## **3. REVISAR EL DISEÑO DE NUESTROS PROGRAMAS**

- ¿Tenemos la capacidad de diseñar un programa de tratamiento y ayuda?
- ¿Tenemos un programa que responda a las necesidades de nuestros usuarios? o ¿Creemos que no es necesario tenerlo para trabajar con personas que tienen problemas con abuso de drogas?
- ¿Hemos definido un perfil de usuario /a que se adecue a las capacidades de nuestro programa y de nuestro personal?
- ¿Hemos tratado de sistematizar nuestro trabajo y la experiencia que hemos desarrollado?

## **4. REVISAR LA PREPARACIÓN TÉCNICA Y EL BIENESTAR DE NUESTRO PERSONAL**

- ¿Tenemos el personal suficiente y adecuado a las necesidades de nuestro programa y de nuestros usuarios?
- ¿Le damos nuestro apoyo y supervisión cuando lo necesitan?
- ¿Tienen capacitación permanente?
- ¿Tienen evaluación de desempeño?
- ¿Nos preocupamos por su bienestar y salud mental?

## **5. REVISAR NUESTRA ADHESIÓN A LOS CÓDIGOS DE ÉTICA Y DERECHOS DE NUESTROS USUARIOS**

- ¿Sabemos nuestros usuarios que tienen derechos y responsabilidades?

- ¿Respetamos a través de nuestra práctica diaria esos derechos?
- ¿Estamos seguros de que no existen prácticas de abuso de poder en nuestro centro?
- ¿Tenemos sistemas de supervisión para detectar abusos?
- ¿Nuestro personal o equipo conoce los códigos de ética de nuestra asociación?
- ¿Pueden los usuarios reclamar o proponer sugerencias?

## **6. EVALUAR NUESTROS RESULTADOS**

- ¿Somos eficientes y efectivos con nuestro programa? ¿Cómo lo sabemos?
- ¿Hemos sido evaluados alguna vez?
- ¿Hemos evaluado nuestra labor alguna vez?
- ¿Evaluamos cada acción o actividad que realizamos?
- ¿Creemos en la evaluación?
- ¿Cómo podemos asegurarnos de que las tareas enunciadas anteriormente se lleven a cabo?

Mi propuesta es definir y revisar, en cada una de ellas, lo que debemos hacer y compararlo con la práctica diaria vista por los usuarios, sus familias y los terapeutas.

Como ejemplo, les presento una experiencia en el diseño de intervenciones dirigidas al trabajo con los derechos del usuario (tabla 1).

## **CONCLUSIÓN**

Nuestra adhesión a un código de ética cuyo centro es el bienestar del individuo y su desarrollo como persona nos da las normas que debemos respetar; si creemos en la capacidad de la persona de cambiar y si creemos que nuestras instituciones deben ser flexibles para responder a ese desafío, entonces nuestras decisiones siempre serán correctas.

El hablar de ética es hablar del terapeuta solidario, con su capacidad de realizar buenas acciones, con su capacidad de cambio, con su visión de apoyo; ese terapeuta no abusará del otro, no antepondrá los deseos

**TABLA 1  
DERECHOS DEL USUARIO EN TRATAMIENTO**

<b>1. DERECHO A LA AUTODETERMINACIÓN</b>	
<b>ESTÁNDAR</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
El usuario es libre de entrar en un programa de rehabilitación o de pedir su alta si lo estima necesario.	Se entiende como la voluntad libre de la persona para emprender un curso terapéutico, nadie puede ser obligado a ingresar y permanecer en una comunidad terapéutica.
<b>2. DERECHO A INFORMACIÓN VERAZ Y SIN CENSURA ACERCA DE TRATAMIENTOS DISPONIBLES</b>	
<b>ESTÁNDAR</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
El usuario recibe información sobre el programa.	Informar verazmente y en detalle al usuario y su familia de todos los aspectos relevantes al programa terapéutico antes de su ingreso.
<b>3. DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD</b>	
<b>ESTÁNDAR</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
No se divulga información confidencial sin el permiso expreso del usuario.	Los detalles de su tratamiento, vivencias, progresos, etc. deben permanecer como información restringida entre terapeutas y el usuario en todo momento.
<b>4. DERECHO A LA PRIVACIDAD</b>	
<b>ESTÁNDAR</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
La privacidad del usuario es respetada.	Las Comunidades Terapéuticas deben funcionar sobre la base del respeto por cada persona, respeto a su privacidad, a la inviolabilidad de su correspondencia, de su habitación si la tienen o de sus pertenencias.
<b>5. RESPETO A LA CULTURA Y PRÁCTICAS RELIGIOSAS DE LA PERSONA</b>	
<b>ESTÁNDAR</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
Al usuario se le facilita la práctica de sus creencias culturales o religiosas.	El usuario no puede ser obligado por ninguna razón a participar en actividades que sean contrarias a sus valores morales, cultura y religión.
<b>6. LA PROHIBICIÓN DEL TRABAJO FORZOSO</b>	
<b>ESTÁNDAR</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
El usuario no puede ser obligado a trabajar sin ser remunerado.	El usuario no puede ser obligado a trabajar; si el trabajo forma parte del programa terapéutico, el usuario tiene derecho a elegir; si el centro recibe pago por ese trabajo, el usuario tendrá derecho a una remuneración.
<b>7. DERECHO A TENER CONDICIONES DE VIDA Y ALIMENTACIÓN ADECUADAS</b>	
<b>ESTÁNDAR</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
La alimentación y condiciones de vida son adecuadas y dentro de las normas de higiene y nutrición.	El usuario debe gozar de todas las condiciones de alimentación y vivienda y no puede ser sometido a prácticas deprivatorias que lo afecten en esas dos áreas.
<b>8. DERECHO A TENER UN PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO PARA ENTABLAR QUEJAS SIN SUFRIR PRESIONES O VEJACIONES</b>	
<b>ESTÁNDAR</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
Existencia de un proceso documentado para que el usuario y su familia presenten quejas o sugerencias acerca del tratamiento recibido.	La existencia de un sistema para que el usuario y su familia presenten quejas o sugerencias es la expresión más clara de que un programa o centro valida la opinión del usuario.

de una jerarquía sobre la persona a la que ayuda, ese terapeuta será digno moralmente.

Finalmente, es importante resaltar como corolario a este documento que si las personas buenas, los terapeutas, los que ayudamos no encontramos el verdadero sentido ético de nuestra vocación y no enfrentamos con honestidad nuestra realidad y no realizamos los cambios necesarios requeridos para mejorar la calidad de nuestras intervenciones y proteger los derechos de aquellos a los cuales ayudamos, serán nuestro propios usuarios los que nos enjuiciarán.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Normas de Calidad de Atención a personas con dependencia a sustancias. Modalidad Comunidad Terapéutica. Publicaciones Unidad de Tabaco, Alcohol y Drogas. *Minsa*/Nº 1. Santiago. Chile. 1999.
2. Declaración Universal de los DDHH. Naciones Unidas.
3. Victor Frankl: *La presencia ignorada de Dios*. Herder. Barcelona 1991.
4. Luis Carlos Restrepo: *La fruta prohibida. La droga en el espejo de la Cultura*. Cuadernillos para el Tercer Milenio. 1994.
5. Stuart Sutherland. *The Enemy Within*. Penguin 1992.
6. Adolfo Sánchez Vásquez. *Ética*. Crítica. Barcelona. 1999.
7. Erving Goffman. *Asilos*. Doubleday. New York. 1961.
8. Ongaro Basaglia Franca. *Salute e Malattia*. Einaudi. Torino. 1982.
9. Foucault, M. *Locura y Civilización*. Tavistock, 1967.
10. Szasz, T. *El Mito de la Enfermedad Mental*. Harper and Row. 1961.
11. Jones Maxwell. *Social Psychiatry*. Tavistock. Londres.



## EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE PROGRAMAS DE PROYECTO HOMBRE

## THE EFFICIENCY OF THE 'PROYECTO HOMBRE' PROGRAMMES

**Deben, O.; Fernández, M<sup>a</sup> C.; López-Goñi, J.J; Illescas, C. y Santos, J.R.**

Miembros de Proyecto Hombre

En España, el Programa Proyecto Hombre ha acometido distintos estudios dirigidos a la evaluación de la eficacia de alguno de sus programas: March y Orte (1997) en Baleares; Fernández, Secades, Benavente y Riestra (1999) en Asturias y Luengo, Romero y Gómez-Fraguela (2000) en Galicia.

Se presentan los aspectos más relevantes derivados de dichos estudios, así como las conclusiones de los mismos y las recomendaciones para la mejora de los resultados de eficacia de nuestros programas.

En general, se concluye que las personas que han finalizado con éxito el tratamiento en Proyecto Hombre, se mantienen abstinentes del consumo de drogas ilegales y no consumen alcohol o lo hacen moderadamente. Igualmente mejoran las relaciones familiares, y se produce una buena reinserción laboral y social.

Se señala, a modo de recomendación, y como consecuencia de la revisión efectuada, la necesidad de orientar la evaluación a la identificación del perfil que se beneficia más del tratamiento, de conocer las variables predictoras de los abandonos y de identificar los principales componentes de los tratamientos para poder optimizarlos.

In Spain, the 'Proyecto Hombre' Programme has made different studies aimed at evaluating the efficiency of some of its programmes: March and Orte (1997) in the Balearic Islands; Fernández, Secades, Benavente and Riestra (1999) in Asturias and Luengo, Romero and Gómez-Fraguela (2000) in Galicia.

The most relevant aspects derived from said studies are presented, as well as the conclusions drawn from them and the recommendations for improvement of the efficiency results of our programmes.

In general, the conclusion is that people who have successfully finished treatment in 'Proyecto Hombre' continue to abstain from consuming illegal drugs and do not consume alcohol or do so moderately. They also improve their family relationships, and reintegration into work and society is favourable.

The indication is given, by way of recommendation, and as a consequence of the review carried out, of the need to orientate assessment to the identification of the profile of person who benefits most from treatment, and to discover the prediction variables of abandonment and identify the main components of treatments in order to optimise them.

## 0. IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN

Tradicionalmente en los programas de Proyecto Hombre se ha realizado una evaluación más intuitiva que científica, y se ha reducido muchas veces a un intercambio de impresiones más que en la información registrada, sistematizada, analizada y contrastada. Se ha desarrollado, además, normalmente en el nivel de los equipos directivos, y casi siempre manejando datos de altas y bajas.

Este déficit metodológico y la cada vez más relevante necesidad de evaluación de los recursos de intervención social es lo que impulsa a algunos programas a solicitar una evaluación externa que permita determinar, de forma más adecuada, si los tratamientos funcionan o no.

Este trabajo pretende exponer los resultados obtenidos de las diferentes evaluaciones y extraer las conclusiones que de ellas se desprenden.

## 1. MEDIDA DE LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS: LOS CONCEPTOS DE EFICACIA, EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA

Aunque los criterios de evaluación de programas son numerosos y engloban variedad de aspectos, siguiendo a Rocío Fernández-Ballesteros (1996a) podemos decir que la cuestión clave de la evaluación es analizar los efectos o resultados una vez implantados. El análisis de los efectos o resultados cuenta, cuando menos, con tres matices o perspectivas que hay que tener presentes: la valoración de la eficacia, la valoración de la efectividad y la valoración de la eficiencia (ver Tabla 1).

### 1.1. Eficacia

«Si tras la implantación del programa, los objetivos establecidos han sido alcanzados, se considera que el programa es eficaz (*effectiveness*)» (Fdez-Ballesteros, 1996a, pág. 69). Así, un programa de tratamiento de drogodependencias encaminado a

la reducción del consumo será eficaz en la medida en que logre esa reducción; si el programa está orientado a la abstinencia será eficaz en la medida en que ésta se logre. Por tanto, la eficacia de un programa está relacionada única y exclusivamente con los objetivos generales que persigue, lo que implica que la comparación de la eficacia de los programas sea inadecuada, cuando los objetivos no son los mismos.

### 1.2. Efectividad

La efectividad (Fernández-Ballesteros, 1996a) tiene por objetivo establecer los efectos que alcanza un programa, independientemente de los objetivos establecidos por el planificador de la evaluación.

De esta manera, un programa podría ser poco eficaz si estando orientado a la abstinencia –por ejemplo– lograse un porcentaje bajo de usuarios abstinentes pero podría –por ejemplo– ser altamente efectivo produciendo una disminución de la actividad delictiva. Este efecto (claramente beneficioso) podría incluso posteriormente incluirse como objetivo de la intervención.

### 1.3. Eficiencia

La eficiencia va más allá de la eficacia (*effectiveness*) por cuanto que relaciona los resultados obtenidos con los recursos invertidos (Fernández-Ballesteros, 1996a). La cuestión clave en este tipo de evaluación es: ¿qué costo tiene el resultado obtenido? En este caso muchas veces se realizan comparaciones entre diferentes programas. No obstante, hay que ser muy cuidadoso con las comparaciones que se realizan, pues el término de comparación no siempre es el mismo.

Más concretamente, en el campo de las drogodependencias, por ejemplo, es muy tentador realizar comparaciones entre los costes de los programas de mantenimiento de opiáceos y por ejemplo, los costes de los programas libres de drogas. Habitualmente los costes de estos últimos son muy altos. Pero claro, al



**TABLA 1**  
**Conceptos de eficacia, efectividad y eficiencia**

<b>Concepto</b>	<b>Definición</b>	<b>Ejemplo</b>
Eficacia	Verificación de que los objetivos se han alcanzado.	¿Alcanza el programa los objetivos que se plantea? Objetivos finales: abstinencia en el consumo de drogas; cambio en el estilo de vida...
Efectividad	Efectos alcanzados por el programa independientemente de los planteados.	¿Qué efectos tiene el programa?
Eficiencia	Relación entre los resultados obtenidos y los recursos invertidos.	¿Cuánto cuestan los resultados obtenidos?

no tener los dos tipos de programas los mismos objetivos, la comparación es meramente económica. Esa comparación directa de costes no tiene que ver con la eficiencia de los mismos.

No obstante, aun cuando hay prácticamente un consenso claro en la necesidad de delimitar las áreas valorativas del cumplimiento de los objetivos, de los posibles efectos colaterales y de la relación de todos ellos con los recursos invertidos o viabilidad económica, no todos los autores coinciden con estas denominaciones presentadas. De hecho hay autores que consideran que la valoración de la eficacia tiene que ver con las condiciones óptimas de aplicación del tratamiento (en el laboratorio o experimentos controlados) pero que los resultados propios de la aplicación práctica se valoran mediante la efectividad.

Aún así, un área cada vez más presente y emergente en el ámbito de la evaluación es el relativo a la evaluación económica. Para valorar las repercusiones económicas de un programa de tratamiento en drogodependencias hay que seguir una metodología concreta, valorando tanto costes directos, como indirectos, ahorros sociales, beneficios, etc. Una buena revisión de trabajos de estas características, con bibliografía comentada, fue realizada por Harwood, Malhotra, Villarivera, Liu, Chong y Gilani en 2002. En esta revisión se comentan las cuatro principales áreas de estudios económicos:

- a. coste del tratamiento: estudio de los gastos producidos para la realización del servicio;
- b. coste-eficacia: análisis de eficacia relativa de enfoques alternativos para mejorar la salud, con índices expresados en resultados no monetarios;
- c. coste-beneficio: como los anteriores, pero los resultados expresados en términos monetarios;
- d. «*cost offset*»: estudios de coste-beneficio que relacionan el coste del tratamiento con posteriores ahorros en materia de salud.

## **2. ¿CÓMO SE SABE QUE UN PROGRAMA HA SIDO EFICAZ?**

La medida de la eficacia de un programa, tal y como se ha presentado anteriormente, radica en la certeza con que se pueda afirmar que se han conseguido los objetivos planteados en la intervención.

La evaluación de la eficacia es un primer paso para mejorar los programas, ya que es un hito en el camino de la mejora tanto de la eficacia como del tratamiento. Sin medida no hay posibilidad de mejora. A partir de la evidencia de que un programa logra los objetivos propuestos (eficacia), tiene unos efectos (efectividad) y se pueden poner en relación con los costes habidos, se puede avanzar en una mejora continua. Holder, Longabaugh, Miller (1991) proponen un índice de eficacia basado en cinco categorías diferentes tal y como se presenta en la Tabla 2.

La tabla indica que la fuerza de la evidencia que aporta cada diseño de estudio es diferente y está en función del mismo. Otras escalas de gradación de la calidad de la evidencia en función del rigor científico del estudio son las de la US Preventive Task Force, la de The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care o la de la Agència d'Avaluació de Tecnologia Médica (Jiménez, 2000). Todas ellas sitúan en los niveles más altos de evidencia la obtenida a partir de ensayos controlados y aleatorizados.

Según Jiménez (2000), *“Un estudio sobre pronóstico debe incluir una muestra representativa y bien definida de pacientes en un mismo momento del curso de la enfermedad, con un seguimiento suficientemente largo y completo y utilizando criterios objetivos y no*

### 3. PROYECTO HOMBRE: ENCUADRE Y ABORDAJE DE UN MODO DE INTERVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS

En el año 1979 el C.E.I.S., desde una preocupación real por el problema de la drogadicción, decide aplicar en Roma un programa de Rehabilitación y Reinserción Social para drogodependientes inspirado en los principios de las C.C.T.T. de Daytop y también en los trabajos de Maxwell Jones en hospitales psiquiátricos con personas adictas, que se denominó “Progetto Homo”.

En 1984 nace Proyecto Hombre en España para dar una respuesta ante un contexto particular:

- El consumo de heroína se convierte en un problema social, sanitario y judicial.

**TABLA 2**  
**Índice de eficacia (Holder, Longabaugh y Miller, 1991)**

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Eficacia nula.</b> Se trataría de aquellos tratamientos que tras haberse realizado ensayos controlados sus resultados no han sido superiores al grupo control.</li> <li><b>2. Pruebas insuficientes de eficacia.</b> En los casos en que tan sólo aparecen 1 ó 2 estudios controlados, y por ello es difícil ofrecer conclusiones firmes sobre su efecto comparados con otros.</li> <li><b>3. Eficacia indeterminada.</b> Se presentan tres o más estudios controlados pero los resultados contradictorios hacen que sea difícil concluir con confianza que estos tratamientos sean eficaces.</li> <li><b>4. Pruebas razonables de eficacia.</b> Aquellos tratamientos con cuatro o más estudios controlados que en general están bien fundamentados.</li> <li><b>5. Pruebas de eficacia.</b> Los tratamientos con considerable apoyo a partir de la investigación con estudios controlados.</li> </ol> |
|--|

*sesgados para medir los desenlaces”* (pág. 219).

No obstante, los programas no se agotan en la propia metodología o técnica de la intervención. Así, Hester (1997) agrupa una serie de factores que afectan a los resultados del tratamiento en las siguientes áreas: características del terapeuta, efecto del encuadre sobre el resultado del tratamiento y asignación de los pacientes a los tratamientos.

De hecho no es fácil hallar estudios aleatorizados y controlados sobre tratamientos residenciales.

- Desarrollo exponencial de la infección por VIH-SIDA entre la población adicta a opiáceos.

En estos años la Administración tiene dificultades para responder de manera global y adecuada a toda esta problemática. Con el deseo y la iniciativa de dar respuesta desde una organización no gubernamental, nace Proyecto Hombre en Madrid y dos años más tarde comienzan a abrir otros programas de tratamiento en otras provincias y comunidades autónomas, dando origen a la Confederación de Programas

de Proyecto Hombre, llamada desde 1989 Asociación Proyecto Hombre, donde los programas que la constituyen son independientes económica, administrativa y jurídicamente. El vínculo entre ellos será desde un mismo el estilo de intervención terapéutica y la fidelidad a la Carta Fundacional donde se recogen unos objetivos de compromiso generales para todos los programas de tratamiento bajo el epígrafe de "Proyecto Hombre".

La Asociación persigue unos fines comunes que son los siguientes:

- Colaboración solidaria entre todos los Centros que desarrollan el método terapéutico de Proyecto Hombre.
- Desarrollo de una formación unificada, profesional y humana, de los terapeutas.
- Apoyo, supervisión y tutoría de los centros de nueva creación.
- Gestión de los aspectos que abarcan a la generalidad de los programas ante la administración del estado, otras organizaciones estatales y de representatividad general de la Asociación Proyecto Hombre.

También, desde el año 1989, la asociación tiene relaciones y recibe subvenciones del Plan Nacional Sobre Drogas y del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, siendo declarada de utilidad pública por el Consejo de Ministros en el año 1993.

Como es lógico, con el paso de los años, en nuestra sociedad y por lo tanto en el ámbito de las drogodependencias, se producen diversos cambios que motivan a desarrollar nuevos retos en la intervención, cambios en la organización terapéutica, en la implementación y puesta en marcha de nuevos recursos y el trabajo en red con los dispositivos públicos y privados que trabajan en adicciones. Aún así, en la Asociación P.H. nos seguimos moviendo por unos principios que nos identifican y no varían con el tiem-

po, principios que están recogidos en la Carta Fundacional desde 1986 y que son:

- Programa sin fines lucrativos.
  - Aconfesional.
  - No ubicada en el área de los partidos políticos.
  - Programa abierto a todos los usuarios con problemas de adicción a las drogas.
  - No es un programa de índole sanitario.
  - Programa educativo-terapéutico.
  - Al equipo terapéutico se les demanda disponibilidad en el servicio y profesionalidad en la intervención.
  - El proceso terapéutico es voluntario.
  - El programa rechaza el uso de cualquier tipo de violencia que altere las condiciones de tratamiento.
  - Los terapeutas reciben una formación supervisada según las indicaciones del Comité Técnico.
  - El programa también dirige su atención a la familia.
- A medida que la Asociación fue creciendo y asumiendo competencias, y para dar una respuesta efectiva y ágil a las necesidades que se iban formulando, se estructuró la labor a través de una Comisión Permanente y de diferentes subcomisiones de trabajo para aligerar y organizar las diferentes problemáticas a resolver.

En esta misma línea en 1990 se abre la Escuela de Formación para terapeutas de la Asociación en Madrid, para formarlos y, por supuesto, para abrir puertas a cualquier profesional interesado en cualquier tema que esté relacionado con el campo de la drogodependencia.

En la actualidad son 28 los programas que se extienden por toda España y Portugal que pertenecen a la Asociación, y por este motivo y dadas las dimensiones, los programas próximos geográficamente se reúnen por zonas para reflexionar, debatir, supervisar, orientar y formarse de forma permanente y continuada en drogodependencias, para así, también, poder estar a la altura de una realidad cambiante y trabajar

con experiencia avalada profesionalmente. Todo esto iría encaminado a crear una línea de trabajo en red, en este caso desde una red interna que ayuda a tener una mayor eficacia en el trabajo.

Pero la Asociación P.H. colabora y se expande también desde la relación con otras instituciones que conforman por un lado la red nacional y por otro la internacional.

Dentro de las redes nacionales estaríamos con el Foro de ONGs, Plataforma para la Promoción del Voluntariado, Asociación Española de Fundaciones y otras, así como en la red internacional estamos en la FLACT, RIOD, EFTC y en la WFTC. Esto evidentemente gracias a un prestigio y reconocimiento de tantos años de experiencia y trabajo profesional.

En la línea de ser un proyecto con futuro, serio y profesional en el campo de las drogodependencias, y ahora en las adicciones, desde 1991 se crea la Revista Proyecto con el objetivo de crear un espacio multidisciplinar donde poder reflexionar y estudiar en tantos y tantos temas transversales y directos de formación en adicciones.

Por último, destacar que dentro de la Asociación P.H. ocupa un lugar central, que se contempla ya en la Carta Fundacional, garantizar en nuestro trabajo los valores del voluntariado de todos los profesionales, más de 800, y colaborar directamente con un equipo de más de 3.000 voluntarios que trabajan en los Programas de toda España y que constantemente nos recuerdan que el problema de las drogas requiere una intervención de todas las personas que tengan algo que aportar y que doten a su intervención de un sentido solidario.

### **3.1. Fundamentación metodológica y práctica**

El fenómeno de la drogodependencia sin lugar a dudas es cambiante a lo largo del tiempo. Sabemos, por ejemplo, que el consumo de cocaína aumenta en detrimento de la heroína, que el alcohol se reduce en

la edad de inicio pero que la forma de beber es más compulsiva por parte de los jóvenes, etc. Esto supone que no todas las personas que acceden a nuestros centros consumen las mismas sustancias ni de la misma forma ni en el mismo contexto, por lo cual hablar de un perfil tipo de drogodependiente es complejo cuando no erróneo, aunque sí hay unos rasgos comunes comportamentales, cognitivos, conductuales y vitales que podemos destacar:

- a) La drogodependencia se da en un contexto social donde el bienestar, el placer y el sentirse bien se convierte en el motivo vital del consumidor.
- b) Las personas que demandan nuestro servicio tienen en muchos casos una capacidad de decisión y autonomía personal mermada, en muchos casos incapacitante para asumir las responsabilidades básicas del ser adulto .
- c) A medida que la persona pasa progresivamente a desarrollar una adicción, la pérdida de interés por todo lo que le rodea, familia, amigos, trabajo,... se hace más evidente para él mismo y para su red social y familiar.
- d) Sus capacidades comunicativas de pertenencia y de afecto se distorsionan y se reducen a niveles básicos para mantener el estilo de vida adictivo.

Proyecto Hombre propone un modelo de rehabilitación y reinserción social donde la clave del proceso terapéutico está en identificar el problema existencial y trabajarlo desde un marco terapéutico-educativo, donde prevalece la psicoterapia humanista como enfoque general y la dinámica de autoayuda como estilo terapéutico, la forma de trabajar el cambio en interacción con otros usuarios que realizan el proceso de cambio en el mismo momento, favoreciendo la identificación de problemas, la empatía, el apoyo mutuo y la capacidad de esperanza de que si otros pueden dejar el consumo y cambiar su estilo de vida, también lo puede hacer la persona que se incorpora al programa.

Aun cuando este sea el encuadre de fondo, desde P.H., se está en la obligación de integrar cuanto método, técnica o avance en la investigación científica, que resulte útil y eficaz a las personas que acuden a nuestros centros así como mantener el permanente esfuerzo por individualizar los procesos de los usuarios y adaptar las estructuras de nuestros programas a la realidad cambiante que ya hemos señalado.

### **3.2. Corrientes psicológicas que abarca el programa terapéutico**

“El Programa Terapéutico-educativo P.H. basa su metodología en distintas corrientes de la psicología actual. En las líneas básicas de abordaje terapéutico existe un claro sustrato humanista-existencial en la concepción de la persona y del problema de la droga...”(V.V.A.A. 1996, p. 14).

La persona es constructiva, con capacidades personales para salir de sus bloqueos y autorrealizarse, algo central desde la Terapia Centrada en el Cliente de Rogers, de manera especial en la relación que se establece entre el usuario y el terapeuta, donde este último orienta, no dirige, y vive la empatía, la autenticidad y la consideración positiva incondicional, como actitudes básicas para desarrollar su trabajo.

Otra influencia humanista sería la Gestaltterapia de Pearls, donde la experiencia del “aquí y del ahora”, del presente como momento adecuado para que se dé el desarrollo y el crecimiento, y donde la responsabilidad personal en los sucesos que acontecen son básicos para el cambio.

Es evidente también en el método de P.H., una clara influencia cognitivo-conductual, a lo largo del proceso de tratamiento de las técnicas más contrastadas de este enfoque para ayudar al usuario a autointervenir sobre sus emociones, cogniciones y conductas de tal forma que este aprendizaje le permita plantearse un estilo de vida racional y normalizado.

Para finalizar, también está presente en el modo de intervención la logoterapia de V. Frankl, puesto que el objetivo final de la rehabilitación es que la persona encuentre sentido a su vida desde una inserción plena en su medio social.

El soporte instrumental del que precisa todo este clima diverso de psicoterapia puede que llegue a ser ecléctico pero no confuso, se basa sobre todo en una dinámica grupal, en momentos no dirigidos y de encuentro tipo rogeriano y en otros momentos autogestionados y de confrontación según el modelo de las CC.TT., también de una dinámica individual a través de entrevistas a lo largo de todo el proceso de rehabilitación donde se abordarán todas aquellas problemáticas o demandas del usuario que se estime que no es adecuado trabajar grupalmente.

En esta misma línea de psicoterapia humanista existencial centramos también el trabajo con otro pilar fundamental que es la familia del usuario. Elemento clave en la dinámica de socialización del individuo y con elementos de valor individual y social, donde, desde lo posible, el usuario debe recuperar y restablecer los lazos de comunicación, los roles y las interacciones que se han deteriorado a través del problema de la drogadicción o que tiene que ver con ella y que resultaban ser síntomas de desequilibrio en el sistema familiar. Para ello recurrimos a la terapia sistémica como método de trabajo unida a la dinámica y grupos de autoayuda, donde se abre un cauce de soporte de cambio del drogodependiente. “La toxicomanía es considerada desde el paradigma sistémico como un síntoma de la desestructura del sistema familiar ...” (Díaz Fernández, O. y cols. 1992, p. 18). La familia tiene mucho que decir ante el fenómeno de la drogodependencia por el sufrimiento y la desesperanza que genera, y, sencillamente, por ser en sí misma un elemento rehabilitador y resocializador.

### 3.3. Formación del equipo terapéutico

Desde los propios programas y en coordinación con la Escuela de Formación se crea un plan de formación teórico-práctico específico para los terapeutas de P.H. además del bagaje profesional con el que llegan al programa, se contempla la capacidad de relación humana, servicio, disponibilidad, la relación terapéutica con el usuario, en combinación con una formación específica en las líneas de trabajo anteriormente descritas que componen la metodología del programa. Todo esto es Asociación P.H., una forma de trabajar profesional, abierta y humana que también nos diferencia de otras organizaciones y que sin duda tiene mucho que ver, en sentido positivo, con la eficacia y los resultados.

## 4. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA LA ADICCIÓN A OPIÁCEOS DE PROYECTO HOMBRE

El diseño del programa de tratamiento está integrado conceptualmente en lo que llamamos metodología y orientación de las Comunidades Terapéuticas (CCTTs), algo que no hace referencia estricta a un espacio o centro llamado Comunidad Terapéutica, sino a una referencia metodológica en el sentido explicado en el Apdo.3, referido a un método que se sustenta en lo grupal y en la autoayuda.

Así, el proceso se desarrolla y está estructurado, para la gran mayoría de los usuarios, a través de tres etapas o fases con objetivos generales y específicos para cada una de ellas y por las que el usuario va avanzando con sentido acumulativo en cuanto al proceso de cambio hasta finalizar el programa con el Alta Terapéutica.

Esta estructuración progresiva puede variar en la temporalización de cada fase o etapa en cada programa de Proyecto Hombre, pero se mantiene el mismo esquema general:

4.1. Fase Inicial: Acogida

4.2. Fase Intermedia: Comunidad Terapéutica

4.3. Fase Final: Reinserción Social

Por tanto, el programa de tratamiento, si se realiza en sus tres etapas, tiene un objetivo general definido de la siguiente forma:

### Objetivo General

Dar una respuesta profesional, que de manera global, atienda la demanda de tratamiento por adicción a opiáceos de aquellas personas que pretendan alcanzar el objetivo personal de mantener la abstinencia de este tipo de sustancias.

### Objetivos Generales y específicos por fases

#### 4.1. Fase Inicial: Acogida

OBJETIVO GENERAL: Como primera etapa del proceso de rehabilitación, esta fase tiene como objetivo facilitar y promover el proceso personal de motivación para el cambio de los usuarios, de modo que permanezcan en el tratamiento participando de forma activa en el mismo.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Crear un ambiente en el que el usuario se sienta acogido y que favorezca su vinculación al programa:

En el momento inicial, así como durante los primeros meses que los usuarios pasan en el Programa de Tratamiento, es un objetivo prioritario conseguir que se vinculen al programa, dado el alto riesgo de abandono prematuro del mismo que existe.

Para este fin, es preciso estar pendiente y dar respuesta a las necesidades que va manifestando el usuario en los diferentes momentos de su evolución, así como proporcionarle un entorno acogedor y un grupo social significativo con el que el usuario pueda identificarse.

Lograr el distanciamiento de la "cultura de las drogas": Como primera medida, y previo al inicio del programa de tratamiento propiamente dicho, se proporciona al usuario el apoyo necesario para realizar la

desintoxicación y superar el síndrome de abstinencia. A partir de ese momento será un objetivo continuado el mantenimiento de la abstinencia. Para lograr esto, así como ir avanzando en el proceso de deshabituación, se deberá prestar atención a la reducción del número de episodios de contacto con elementos de la “cultura de las drogas” (relación con personas consumidoras en activo, frecuentar lugares de consumo, etc.).

Fomento de hábitos de vida saludables y socialmente responsables:

Paralelamente, se comenzará el desarrollo de habilidades y actitudes encaminadas a la reconstrucción del estilo de vida de los usuarios, el mantenimiento de la abstinencia del consumo de drogas, y la reinserción social.

Específicamente se intervendrá sobre las siguientes áreas: hábitos de autocuidado y prevención de enfermedades (alimentación, sueño, higiene personal, control médico, deporte); actualización y/o solución de los problemas que los usuarios puedan tener con la justicia previamente a su ingreso en el tratamiento; prevención de la realización de nuevos delitos; oferta y práctica de alternativas de ocio y tiempo libre; incorporación si es necesario a actividades de formación reglada; potenciar la participación en los ámbitos familiar y social.

Toma de conciencia de la realidad personal:

Una parte importante del trabajo a realizar durante esta fase es que la persona se estabilice y empiece a analizar su problemática personal, de forma que comience a dar los primeros pasos para su resolución. A este fin, se debe cuidar la existencia de un ambiente que facilite dicho análisis, abriendo la atención del usuario a otros problemas aparte de la sustancia a la que es adicto. Este proceso personal que inicia así el usuario debe ir basándose paulatinamente cada vez más en la autorresponsabilización.

Desarrollo de capacidades personales:

En la fase de Acogida se inicia también la recuperación de capacidades personales, comenzando por la toma de conciencia de los propios recursos, el refuerzo y aprendizaje de habilidades sociales y de relación interpersonal, así como de otras conductas adecuadas. Por otra parte, los usuarios deberán empezar a practicar y utilizar los instrumentos de autoayuda que forman la base metodológica del Programa, y que por lo tanto serán necesarios para alcanzar el resto de sus objetivos personales.

Implicar al núcleo familiar como coterapeuta:

La familia tiene un papel importante en el proceso de tratamiento. Por ello, el primer objetivo que debe cumplirse es ofrecer información sobre el Programa y las pautas de actuación que permitan a las familias desarrollar un papel de coterapeutas en el proceso del usuario, e implicarles en el mismo facilitando el aprendizaje de nuevos recursos y habilidades socioeducativas.

En este momento del proceso se inicia un reajuste del sistema familiar, por lo que será necesario crear cauces de participación y un ambiente que permita a las familias expresar voluntariamente sus vivencias y conflictos familiares, con el fin de que éstos puedan ser tratados en caso necesario.

Asimismo, y dado que en muchos casos se reanuda una convivencia cercana perdida desde hacía mucho tiempo, se deberá estimular la participación de padres e hijos en actividades conjuntas, propuestas o no desde el Programa.

#### **4.2. Fase Intermedia: Comunidad Terapéutica**

OBJETIVO GENERAL: El acceso a esta segunda fase del proceso supone que los usuarios han iniciado ya un trabajo terapéutico en las distintas áreas mencionadas en la fase de Acogida. Así, el objetivo general de esta fase se centrará en facilitar y promover el crecimiento personal en los diferentes niveles: comportamental, afectivo, cognitivo y existencial.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Favorecer la vinculación e integración en la comunidad terapéutica:

En primer lugar, es necesario propiciar la integración de los usuarios en las normas de funcionamiento de la Comunidad Terapéutica, así como potenciar la vinculación de los mismos a dicha fase del proceso. Para ello, se deberán llevar a cabo las siguientes actividades: facilitar al usuario la información necesaria sobre los instrumentos y el sentido del proceso en C.T.; motivar a los usuarios a la participación activa en las distintas actividades de la C.T.; promover un clima de autoayuda permanente y de proximidad afectiva; atender las necesidades del usuario a medida que va pasando por los diferentes momentos del proceso.

Reforzar hábitos de vida saludables y socialmente adecuados:

Continuando con el trabajo iniciado en la fase de Acogida, los objetivos de esta área con los usuarios serán los siguientes: responsabilización de su situación judicial, incluyendo la no realización de nuevos delitos; mantener la abstinencia iniciada en la anterior fase; responsabilización de su autocuidado de la salud y prevención de enfermedades; responsabilidad laboral a través de la práctica en los sectores de trabajo de la C.T.; gestión adecuada del dinero; gestión adecuada del tiempo (tiempo libre, tiempo de trabajo, y tiempo de formación). Asimismo, deberá iniciarse un proceso formativo encaminado a la prevención de recaídas.

Lograr que el usuario tome conciencia y se responsabilice de su comportamiento:

Como punto de partida, será necesario que los usuarios sean capaces de efectuar un análisis objetivo de su conducta, partiendo de la confrontación y reflexión sobre la propia historia personal.

Asimismo, los usuarios deberán adquirir, durante esta fase, las siguientes habilidades y actitudes: respon-

sabilización y asunción de las consecuencias de sus comportamientos, en el pasado y en el presente: identificación, afrontamiento y respuesta ante las diferentes situaciones familiares, sociales y de relación que formen parte de su realidad; identificación y cambio de hábitos de comportamiento que impliquen una aproximación a la dependencia; adquisición y potenciación de la capacidad de toma de decisiones; promoción de pautas de comportamiento ajustadas a los diferentes roles, dentro y fuera de la C.T.

Promover la toma de conciencia y la gestión adecuada de sentimientos y emociones:

El trabajo afectivo incluye las siguientes cuestiones: adecuada gestión de los sentimientos y emociones; identificación y afrontamiento de dificultades afectivas y sexuales, fomento de la interrelación personal y de la capacidad empática; conocimiento y comprensión del propio mundo afectivo y sexual; mejora de la autoestima; trabajo sobre los estereotipos y prejuicios, y en especial sobre los de género.

Fomentar la experimentación e interiorización de valores:

Una faceta importante del trabajo realizado en C.T. es el hincapié en el desarrollo de una escala de valores personal que sirva de guía a la conducta. En este sentido, se atenderá, en primer lugar, al conocimiento e identificación, por parte de los usuarios, de los valores subyacentes a cada conducta, y el fomento, a través de la vivencia en la propia C.T., de los siguientes valores: esfuerzo, constancia, cooperación, solidaridad, humildad, tolerancia, respeto, honestidad, amistad-familia, responsabilidad.

Asimismo, otra de las posibilidades para realizar este trabajo sobre los valores será el modelado, constituyendo el Equipo Terapéutico - Educativo, así como el voluntariado, modelos de referencia coherentes con los valores propios de la convivencia en C.T.

Formar académica y/o laboralmente a los usuarios:

Desde la C.T., se iniciarán también actividades enca-



minadas a la futura reinserción laboral de los usuarios, a través de la orientación profesional, formativa y/o vocacional, y la realización de actividades de formación ocupacional o reglada en los casos en que sea necesario.

Potenciar el proceso de resocialización:

Con el fin de basar la resocialización, que se intensificará en la siguiente fase del Programa, durante la C.T. se realizará el siguiente trabajo: formación en habilidades sociales; orientación sobre la organización del tiempo de ocio y del tiempo libre; proporcionar información y fomentar la adquisición de habilidades de búsqueda de información y de recursos sociales; en aquellos usuarios que tienen hijos, adquirir o reforzar las habilidades educativas.

Integrar a la familia en el proceso del usuario como factor fundamental de una adecuada adaptación socio-familiar:

Como continuación del trabajo familiar iniciado en la fase de Acogida, para mantener la involucración de las familias en el proceso de los usuarios, será preciso informarlas, igual que a los propios usuarios, sobre el sentido, objetivos y funcionamiento de la C.T., así como favorecer la comunicación de la familia con el Equipo Terapéutico - Educativo.

Asimismo, será objetivo del trabajo durante la C.T. la mejora de la comunicación intergeneracional, y del sistema conyugal en el caso de que exista, continuar favoreciendo la reorganización de la dinámica familiar, y ofrecer a la familia un espacio de encuentro personal e interpersonal.

#### **4.3. Fase Final: Reinserción Social**

**OBJETIVO GENERAL:** La fase de Reinserción, como fase final del proceso y que concluye con el Alta Terapéutica, se plantea unos objetivos acumulativos, que deberán plasmarse en la autorrealización personal de los usuarios y su integración autónoma en los ámbitos familiar, social y laboral.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

Conseguir la autonomía personal:

Entendida la misma como autonomía respecto al Programa de Tratamiento (separación física y afectiva); respecto a relaciones afectivas (familia, pareja, amigos); respecto a conductas adictivas (juego, sustancias...); en el caso del alcohol, el usuario deberá tomar una decisión en relación al mismo coherente con su historia personal y su nuevo estilo de vida.

Consolidar las capacidades personales:

En esta última fase, las habilidades que se han ido recuperando a lo largo del proceso deberán alcanzar un nivel óptimo para la inserción plena de la persona, en todos los ámbitos de intervención: autocontrol emocional y cognitivo - conductual; hábitos de vida saludable; gestión económica; gestión del tiempo (libre, ocio, trabajo...); adecuada satisfacción personal.

Consolidar la integración, responsable y realista, en el sistema familiar:

En el momento final del proceso, el usuario deberá estar integrado en su sistema familiar, disponiendo de los recursos necesarios para comportarse de forma responsable según su realidad familiar, negociando sus límites con los restantes miembros del sistema familiar, y habiendo asumido cualesquiera que sean las circunstancias de su realidad familiar.

Fomentar y mantener la red social:

Una parte importante del trabajo a realizar en la fase de Reinserción es el desarrollo de una red social satisfactoria, para lo cual se buscará que los usuarios conformen una adecuada vinculación a su red social, que funcione como soporte preventivo, así como la participación activa en movimientos o actividades sociales.

Integrarse en el ámbito formativo/laboral:

Otro de los puntos básicos, necesarios para la plena reinserción de la persona, es la integración formativa y laboral. Esta se deberá garantizar a través de actividades de orientación formativo-labo-

ral, así como del desarrollo supervisado de una práctica laboral adecuada a su perfil, sus necesidades, responsabilidades y derechos. Asimismo, el desarrollo de la relaciones interpersonales en el ámbito laboral, y el comportamiento en el puesto desempeñado, deberá estar basado en el respeto y la cooperación.

Definir su estilo de vida de acuerdo a su escala de valores: De acuerdo a la intervención sobre los valores efectuada en la fase de Comunidad Terapéutica, en este momento los usuarios deberán llevar a la práctica la elaboración de una escala de valores ajustada a su nueva realidad, y afianzada de forma coherente en su estilo de vida.

Trabajar con la familia el proceso de autonomía familiar: En este momento final del proceso, asimismo se deberá continuar prestando atención a las familias, facilitándoles información sobre la estructura y objetivos de la fase, así como aquellos datos relevantes sobre el proceso del usuario, favoreciendo el aprendizaje de pautas de negociación de cara a la autonomía del usuario, y acompañando los momentos finales del reajuste familiar.

## **5. ESTUDIOS DE EVALUACIÓN DE LA EFICACIA EN PROYECTO HOMBRE**

En España, el Programa Proyecto Hombre ha acometido distintos estudios dirigidos a la evaluación de resultados de sus programas: March y Orte (1997) en Baleares; Fernández, Secades, Benavente, y Riestra (1999) en Asturias y Luengo, Romero, y Gómez-Fraguela (2000) en Galicia. Aun cuando estos trabajos tienen distintas metodologías, no dejan de ser una muestra de la inquietud presente en los programas de tratamiento por verificar su utilidad terapéutica. Además, recientemente, Fernández-Hermida y Secades (2000) han valorado conjuntamente las tres evaluaciones anteriormente mencionadas.

No es de extrañar esta proliferación de estudios sobre programas locales de Proyecto Hombre. Aun cuando

se puede hablar de un modelo común de intervención basado en la Comunidad Terapéutica entre los diversos programas de la Asociación Proyecto Hombre, no ha habido una coordinación en las evaluaciones a realizar. Es cada Centro el que ha desarrollado las anteriores evaluaciones, en colaboración con diferentes entidades tanto autonómicas como universitarias. Hay que destacar, que a partir del año 2002 se comenzó un programa de evaluación dirigido por una comisión nacional de la Asociación Proyecto Hombre, finalizado en su diseño, y que señala los criterios de evaluación para todos los programas y que en la actualidad ya ha empezado a desarrollarse.

Dado que cada programa ha realizado su intervención evaluativa, éstas adolecen, en cierta medida, de las problemáticas que tienen otras evaluaciones realizadas sobre otros programas y que dificultan la comparación entre intervenciones.

Acorde con el enfoque terapéutico del Programa Proyecto Hombre, estas evaluaciones no se centran exclusivamente en la valoración del objetivo terapéutico del mantenimiento de la abstinencia, sino que además tratan de valorar el estilo de vida seguido por los ex usuarios; información igualmente relevante para la mejora de los programas.

La tabla 3 recoge las variables que se han considerado en los diferentes estudios y que están relacionadas con el estilo de vida.

Las áreas comunes u objetivos que, independientemente de los diferentes diseños de evaluación de los programas, se han establecido a la hora de estudiar la eficacia de los programas son:

- Abstinencia del consumo de drogas
- Uso moderado o abstinencia de alcohol
- Ausencia de actividad delictiva
- Obtención o recuperación y mantenimiento del empleo
- Mejora del nivel educativo
- Mejora de las relaciones familiares

- Establecimiento o mantenimiento de relaciones con personas que no usan drogas y que emplean su tiempo de ocio en actividades alternativas a su uso. Un aspecto fundamental en los estudios de seguimiento es la composición de las muestras valoradas. Las dificultades encontradas para conseguir la colaboración de los sujetos son semejantes a las presentadas en otros estudios, tal y como señala Sanabria (2000) en su revisión.

En la Tabla 4 se presentan los datos referentes al número de personas que participaron en las diferentes intervenciones evaluativas y a partir de la cual se han obtenido las conclusiones que presentamos.

Una vez eliminadas las personas de las que no constaban datos, y por lo tanto era imposible su localización, se estableció la muestra inicial. Como muestra la tabla, se obtuvo un buen porcentaje de entrevistas realizadas en los diferentes trabajos. Debemos señalar que la localización de personas que abandonaron en su día el tratamiento es muy baja, y es una de las asignaturas pendientes de los trabajos de evaluación. Por otra parte, se puede observar que el % de rechazos en los estudios de seguimiento tiende a aumentar a medida que aumenta el tamaño muestral.

No faltan estudios que han tratado de comprender el fenómeno del abandono. En líneas generales se ha di-

ferenciado entre el abandono que se produce en los primeros momentos del tratamiento y el que se produce en momentos más avanzados.

**TABLA 3**  
**Variables consideradas en los diferentes estudios (Fdez-Hermida et al. Modificada)**

Programas	Variables dependientes
Baleares	Consumo de drogas Situación laboral y educativa Empleo del ocio Valoración subjetiva de su vida actual Percepción del futuro Estado de salud Valoración del tratamiento
Asturias	Consumo de drogas Consumo de alcohol Situación familiar Situación educativa Situación laboral Ocupación del tiempo de ocio Estado de salud general Situación jurídica Valoración del tratamiento
Galicia	Consumo de drogas Consumo de alcohol Integración familiar Ajuste laboral/educacional Relaciones de pareja e interpersonales Empleo del tiempo de ocio Bienestar emocional

**TABLA 4**  
**Personas localizadas en los estudios incluyendo las personas fallecidas<sup>1</sup>**

	Muestra inicial	Recogida datos	Rechazos <sup>2</sup>
Fernández y cols. (2003)	245	139 (56,7%)	106 (43,3%)
March y cols. (1997)	75	58 (77,3%)	17 (22,7%)
Fernández y cols. (1999)	363	249 (68,6%)	69 (26,24%)
Luengo y cols. (2000)	220	145 (65,9%)	75 (34,1%)

<sup>1</sup> El % de personas fallecidas oscila entre el 6'67% y el 11%.

<sup>2</sup> Se incluyen las personas fallecidas

## 6. CONCLUSIONES DE LOS ESTUDIOS Y RECOMENDACIONES

En primer lugar y como conclusión general, podemos decir que el programa educativo-terapéutico Proyecto Hombre cumple sus objetivos. Los datos de las personas que obtuvieron el alta indican que la mayoría de las mismas están abstinentes del consumo de drogas ilegales y no consumen o lo hacen de manera moderada alcohol. Como se muestra en la tabla siguiente, a nivel de todos los programas, un 91'1% de las altas no recaen frente al 56'2% de los abandonos.

**TABLA 5**  
**% Sujetos que han recaído en los diferentes trabajos<sup>3</sup>**

	% RECAÍDAS DEL TOTAL DE ALTAS	% RECAÍDAS DEL TOTAL DE ABANDONOS
Fdez y cols. (2003) PH NAVARRA	14,4	55,2
Fdez y cols. (1999) PH ASTURIAS	10,3	63,6
Luengo y cols. (2000) PH GALICIA <sup>4</sup>	7,6	--
March y cols. (1997) PH BALEARES	3,8	12,5
<b>TOTAL</b>	<b>63'1</b>	<b>131'3</b>
% MEDIO	9'025	43'75

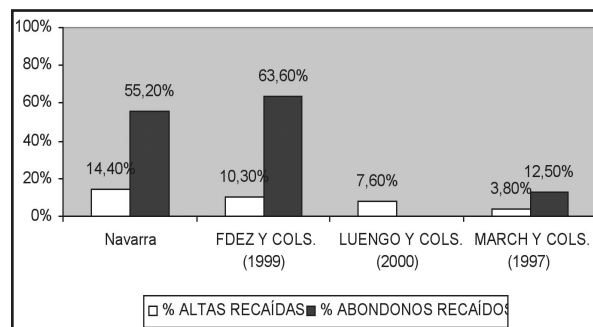
<sup>3</sup> La disparidad de los valores para los diferentes programas podría explicarse por la falta de un criterio unificado en la definición de recaída.

<sup>4</sup> Los datos del estudio de Luengo y cols. (2000) son datos de las altas terapéuticas.

El gráfico 1 ayuda a estimar mejor las diferencias entre las proporciones obtenidas:

En relación a las recaídas, diversas investigaciones informan de que estas se producen, fundamentalmente, en los momentos posteriores a la pérdida de contacto con el tratamiento, sea por alta o abandono

**GRÁFICO 1**  
**Porcentajes de recaídas entre personas con alta y abandonos**



(Marlatt y Gordon, 1985; Aguilar y colaboradores, 1995; Fernández y colaboradores, 1999; Luengo y colaboradores, 2000). El incremento, por tanto, del tiempo de seguimiento en los diferentes estudios no implicaría un porcentaje significativamente mayor de recaídas entre las altas.

En lo que respecta al cambio de estilo de vida, una vez dejado el programa se produce, en la mayoría de los casos, una mejoría en la relación familiar, en la satisfacción con el trabajo y con el uso del tiempo libre. Esta mejoría es más apreciable entre quienes finalizan el programa. Además se reduce drásticamente la obtención de dinero por fuentes ilegales.

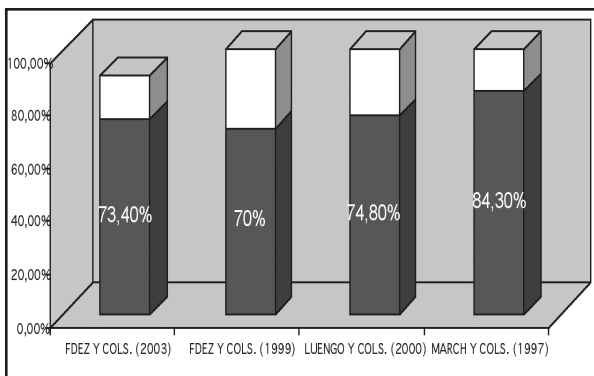
El gráfico 2 muestra los datos de ocupación de las personas que recibieron el alta terapéutica:

Las cifras de ocupación difieren entre las personas que fueron dadas de alta y las que abandonaron el tratamiento. Así, la mayoría de personas que abandonaron el tratamiento no volvieron a trabajar o lo hicieron menos del 50% del tiempo desde el abandono.

La ocupación del tiempo libre, para la mayor parte de las personas entrevistadas, resulta satisfactoria. En general se hace un uso normalizado del tiempo libre, alejado del patrón habitual de los consumidores de drogas. Sólo entre los abandonos se hallaron personas que afirmaban no realizar ninguna actividad de tiempo libre.

En general, las relaciones familiares han mejorado a lo largo del tratamiento y se han mantenido buenas tras el alta terapéutica. Para las personas que abandonaron el tratamiento, dicho abandono supuso un empeoramiento de las relaciones, incluso la ruptura de las mismas si se ha producido recaída.

**GRÁFICO 2**  
**Porcentaje de usuarios altas terapéuticas con ocupación a tiempo completo o parcial <sup>5</sup>**



<sup>5</sup> En los estudios de Fernández y cols. (1999) y Luengo y cols. (2000) los datos de ocupación se corresponden únicamente con tiempo total.

Estos datos son congruentes con los presentados en todos los trabajos revisados. Si se produce mejoría en el consumo de sustancias, se produce mejoría en el resto de áreas del paciente. De ahí que se pueda hablar más de adquisición de estilos de vida que no de simple cesación del consumo para el tratamiento de las drogodependencias. De hecho, los objetivos del programa, aunque pretenden el logro de la abstinencia del consumo de drogas, van encaminados a cubrir todas las áreas relacionadas con la autonomía personal y las habilidades para proporcionar a las personas un repertorio de estrategias de comportamiento incompatibles con el consumo de drogas.

El Programa Proyecto Hombre es, por tanto, una alternativa terapéutica para un buen número de personas con problemas por abuso de sustancias, presen-

tando unos buenos niveles de eficacia para aquellas personas que lo finalizan.

Hay también, cómo no, una serie de retos que afrontar para seguir mejorando los resultados del mismo.

Entre ellos destacamos:

- Identificar el perfil de usuario que más se beneficia del tratamiento.
- Conseguir una mayor comprensión de los motivos por los que se abandona el tratamiento.
- Identificar los componentes principales del tratamiento para poder optimizarlos.
- Contar periódicamente con la opinión de los propios usuarios y de sus familias.
- Realizar estudios de efectividad en relación a otras modalidades terapéuticas.



## CONSTRUCCIÓN DE UN PROCESO INTERNO DE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE TRATAMIENTO DE ADICCIÓN A LAS DROGAS

## CONSTRUCTION OF AN INTERNAL ASSESSMENT PROCESS FOR DRUG ADDICTION TREATMENT PROGRAMME

**Yubero Fernández, Arantza**

Miembro de la Comisión de Evaluación de la Asociación Proyecto Hombre. Directora de la Comunidad Terapéutica de Menores con Medidas Judiciales. Proyecto Hombre Madrid.

El proceso de desarrollo de un sistema de evaluación continua de los programas de tratamiento de Proyecto Hombre se inicia con la formación del personal que se hará cargo de la responsabilidad de evaluación en cada Centro, así como de fomentar en dicho Centro la cultura evaluativa. El trabajo a partir de este momento se realiza en cascada, coordinado desde la Escuela de Formación de la Asociación Proyecto Hombre, y con el apoyo técnico de la Universidad Complutense de Madrid.

Se eligió como programa a evaluar el programa nuclear (o "Base") existente en todos los Centros Autonómicos, al ser un tratamiento de alta exigencia para policonsumidores, el que más tiempo lleva en funcionamiento y el que cuenta con un mayor número de usuarios.

El inicio de una labor evaluativa sistemática en programas con una trayectoria de muchos años de práctica, en los que los momentos de evaluación fueron puntuales o limitados a algunos datos estadísticos, obligó a comenzar por revisar el planteamiento, tanto de los propios programas terapéuticos, como de su fundamentación teórica. Dicho trabajo empezó por el re-diseño de las matrices de programación de cada programa (objetivos, instrumentos, actividades y resultados esperados), la revisión de los registros empleados en los historiales clínicos, la selección de los criterios de evaluación apropiados a nuestros fines, la elaboración de indicadores específicos para dichos criterios, la creación de las matrices de evaluación correspondientes a las tres fases del programa, y finalmente el desarrollo de técnicas *ad hoc* y la selección de técnicas estandarizadas para su aplicación.

Finalmente, para acercar el resultado de este trabajo a todos los agentes implicados, se elaboraron Guías de evaluación para cada fase, que se pusieron a disposición de los equipos de tratamiento.

The process of development of a continuous assessment system for the 'Proyecto Hombre' treatment programmes starts with the training of the personnel in charge of assessing in each centre, and with promoting assessment culture in said Centre. From this moment on the work is carried out in cascade form, coordinated from the Proyecto Hombre Association Training School, and with the technical support of the Complutense University in Madrid.

The nuclear (or "Base") programme was chosen for evaluation. This programme exists in all Autonomous Centres, as it is a treatment in high demand for poly-consumers, and also the one which has been running longest and has the highest number of users.

The beginning of systematic evaluation work in programmes that have been running for many years, where assessment moments were temporary or limited to certain statistical data, obliged us to begin by reviewing the approach, both to the therapeutic programmes themselves and to their theoretic foundations. This work started with the redesigning of the original programmes (objectives, instruments, activities and results expected), the reviewing of the registers used in clinical histories, the selection of evaluation criteria that are suitable for our ends, the preparation of specific indicators for said criteria, the creation of the assessment patterns corresponding to the three phases of the programme, and finally the development of *ad hoc* techniques and the selection of standardised techniques for application of them.

Lastly, in order to bring the result of this work closer to all the agents involved, assessment guides were drawn up for each phase and placed at the disposal of the treatment teams.

## INTRODUCCIÓN

El proceso de desarrollo de un sistema de evaluación continua de los programas de tratamiento de Proyecto Hombre se pone en marcha en el momento en el que la Asociación incluye la evaluación como línea de actuación fundamental dentro del Plan Estratégico. Hasta entonces la evaluación no se realizaba con una metodología unitaria y definida. La asunción de dicha metodología necesitaba de la preparación y especialización de profesionales que pudieran formar un equipo de trabajo que liderara la implantación del proceso de evaluación en los 26 Centros Autorizados de la Asociación y asumieran como propias las funciones de la evaluación, a saber: mejora o aprendizaje, control de responsabilidades e iluminación de acciones futuras<sup>1</sup>. La formación de sus profesionales asegura la autonomía de la Asociación en materia de evaluación, al margen de que pueda establecer colaboraciones puntuales con universidades o empresas consultoras.

Lo que exponemos a continuación es el resumen de la vivencia, el esfuerzo y el trabajo que a lo largo de cuatro años ha desarrollado la Comisión de Evaluación en la Asociación Proyecto Hombre. Queremos pasar de una evaluación más intuitiva que asentada en una metodología sistemática ha supuesto un proceso en la propia Comisión, en el que hemos tenido que comprender el porqué de la necesidad de evaluar, optar por un enfoque de evaluación y diseñar un itinerario de construcción de un proceso interno de evaluación. Las lecciones extraídas de cada uno de estos momentos de proceso es lo que ofrecemos a continuación.

---

<sup>1</sup>Stufflebeam, D. y A. Shinkfield (1987). *Evaluación sistemática. Guía teórica y práctica*. Madrid, Paidós/MEC

## ¿POR QUÉ DEFENDEMOS LA NECESIDAD DE EVALUAR?

- Porque el crecimiento que se ha producido en la Asociación y en cada uno de los Centros, desde el año 1984, ha generado una multiplicidad de metodologías de intervención, que requieren una evaluación previa para poder ser modificadas atendiendo a las necesidades de adaptación a las nuevas demandas en el ámbito de las drogodependencias.
- Porque la participación en redes nos exige la puesta en común de experiencias validadas desde una evaluación que garantice el ánimo de permanente mejora de la institución desde un análisis riguroso de la realidad de sus programas.
- Porque queremos proporcionar a la sociedad modelos de intervención evaluables y evaluados.
- Porque los convenios y conciertos con entidades públicas y privadas y otros agentes de la sociedad nos comprometen a rendir cuentas, desde la evaluación, de cómo se invierte el dinero que recibimos.

## LA PARTICIPACIÓN COMO EL HILO CONDUCTOR

Uno de los fundamentos esenciales de la identidad y el modo de hacer de la Asociación Proyecto Hombre ha sido y es la participación, y ésta ha sido asumida como criterio básico de su organización, actuación y del proceso de evaluación. La participación no sólo garantiza que los profesionales de todos los centros tengan la oportunidad de implicarse (nivel de participación<sup>2</sup> en escala de Hart<sup>3</sup>) en el diseño de los procesos, sino que también supone una apuesta por:

---

<sup>2</sup> "Proyectos iniciados por los responsables y decisiones consensuadas con profesionales y/o usuarios"

<sup>3</sup> Hart, R. (2001) *La participación de los niños en el desarrollo sostenible* Ed. Pau Educación. Barcelona. Bustelo Ruesta, M. (1998). "Deontología de la evaluación: el modelo de los códigos éticos anglosajones." *Gestión y Análisis de Políticas Públicas* 11-12 (Enero/Agosto 1998): 141-156.



- La asunción de la identidad de la Asociación.
- La defensa del derecho de los trabajadores a participar en los procesos de diseño, planificación y evaluación de los programas.
- El reconocimiento a todos los profesionales, familias y usuarios como miembros competentes del programa y de su capacidad para analizar y transformar la realidad del centro y, por tanto, la realidad social.
- El refuerzo de todas las capacidades profesionales y personales de los implicados en el proceso.
- La experimentación de un modo distinto de organización y proceso de toma de decisiones basado en el consenso.
- La riqueza de la disparidad y divergencia de opiniones que inevitablemente nos sitúa en procesos de negociación.

La participación en un proceso de estas características requiere esfuerzo permanente y capacidad para demorar las recompensas y los refuerzos, la búsqueda del aprendizaje para la posterior mejora de los programas, el mantenimiento de la flexibilidad en el proceso y la convicción de que no hay proceso evaluativo de calidad que se desarrolle al margen del contexto (político, social, humano, etc.) del programa que evalúa.

### **POSIBLE ITINERARIO PARA ESTABLECER UN PROCESO DE EVALUACIÓN INTERNA**

La VOLUNTAD POLÍTICA de apostar por la evaluación debe ser explícita, lo cual implica no sólo que ésta conste como línea de actuación prioritaria en el Plan Estratégico Institucional, sino que además la organización ponga los medios y recursos necesarios a tal fin, y se cumplan los compromisos acordados para llevar adelante la tarea. Este proceso, como hemos señalado, exige la FORMACIÓN de sus profesionales y la ESPECIALIZACIÓN de algunos de sus miembros para que se generen procesos de autonomía institucional dentro de la

propia organización. La evaluación se constituye así como INVERSIÓN, como una apuesta, no como un coste.

La generación de PROCESOS PARTICIPATIVOS posibilita vencer las resistencias a la evaluación, motivar a la formación, contagiar cultura evaluativa, e insertar la evaluación en el ciclo de los proyectos y en la rutina laboral de los profesionales. Permite así, que los conocimientos y aprendizajes de los equipos sean deducidos a partir de una realidad presente y tangible, vivida y experimentada.

El enfoque participativo conlleva la inclusión en el proceso de los diferentes “agentes sociales” que afectan o han sido afectados por la intervención y presenta unas ventajas reseñables como son:

- Minimizar la distancia entre el evaluador y los beneficiarios de la evaluación.
  - Reduce sesgos metodológicos al optar por criterios e indicadores identificados colectivamente.
  - Reduce el riesgo de instrumentalización de la evaluación, es decir, que ésta sea utilizada para propósitos encubiertos.
  - La evaluación cobra mayor legitimidad para los actores sociales al ser construida conjuntamente.
  - Incrementa las posibilidades de la aplicación de las recomendaciones explicitadas en el informe de evaluación.
  - Cuando la participación da cabida a otros organismos y se trabaja en REDES, las ONGs se convierten en una fuerza transformadora decisiva.
- Sin embargo, también es importante constatar algunas de las dificultades que el equipo de trabajo de la Asociación ha detectado en el proceso ligadas al proceso participativo:
- Ralentiza, dado que la búsqueda del mayor consenso, implica un trabajo sistemático en diferentes niveles jerárquicos, tarea que sólo se da por terminada cuando se alcanza un alto nivel de acuerdo.

- La participación de los agentes y de las personas responsables del proceso es discontinua, por la alta movilidad de los trabajadores entre las fases de los programas.

En los procesos participativos el evaluador/a se constituye como agente facilitador de las herramientas necesarias para obtener el consenso en cuanto al diagnóstico del contexto de evaluación, así como de los criterios e indicadores de la misma. Es necesario, por tanto, que los canales de retroalimentación de la información sean fluidos, claros y concisos y se produzcan en los dos sentidos de la dirección jerárquica (de los puestos de dirección a trabajadores y viceversa). Ello implica la organización de una cadena de transmisión de información que garantice la improbabilidad de distorsiones y *cortes* en los procesos comunicativos.

En este proceso de retroalimentación atribuido a una evaluación (improvement), el evaluador/a puede iluminar las debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades que se presentan en el contexto y en el propio proyecto/programa/política. En este sentido, el evaluador/a orientará sobre el mantenimiento de aquellos "puntos fuertes" que han funcionado, y aconsejará cambiar o reorientar los puntos que se han demostrado "débiles". El trabajo del evaluador/a tendrá que consistir básicamente en presentar a la organización un "espejo": reconstruir el programa, las líneas estratégicas de esa organización, un repaso de sus logros y limitaciones en distintas áreas.

Deberá ser un facilitador del proceso de comunicación y retroalimentación, ofreciendo a los equipos unas GUÍAS METODOLÓGICAS DE EVALUACIÓN APLICADAS al programa elegido como unidad de evaluación, que faciliten la comprensión del proceso, y doten a los profesionales de herramientas que les permitan asumir en el futuro la tarea evaluativa en cada uno de los centros. Estas guías pueden estructurar los crite-

rios e indicadores de recogida de información en torno a grandes dimensiones, más comprensibles y cercanas en lenguaje a los profesionales que los criterios de evaluación (por ejemplo: metas y objetivos, desarrollo del programa, resultados, recursos humanos, etc.). De este modo, al tiempo que se va incluyendo la evaluación en la agenda de la organización, la transparencia sobre los aspectos que se van a evaluar, va rompiendo las posibles resistencias de los profesionales que se pueden detectar en el proceso.

Si pasamos a la función de control de responsabilidades y rendimiento de cuentas (*accountability*), podría decirse que una de las funciones del evaluador/a es permitir que la evaluación cumpla su mandato democrático<sup>4</sup>. En este caso, el evaluador/a debe tener presente el interés general y el bien común, los ideales de publicidad y transparencia de las acciones en las que existen fondos públicos. En términos prácticos, esto significa que el evaluador/a no sólo debe tener en cuenta al cliente directo de la evaluación, sino a todos los implicados en la evaluación asegurando el protagonismo a todos los participantes.

Con relación a la tercera vertiente de la evaluación, de iluminación para acciones futuras o toma de decisiones (*enlightenment*), hace que vuelva a escena algo tan importante como el aprendizaje institucional o colectivo. El hecho de que una organización inicie un proceso de evaluación supone a la vez un acto de detenerse, de tomar autoconciencia, en definitiva para saber de dónde viene, dónde está y hacia dónde debe dirigir sus estrategias de intervención.

La evaluación no sólo es importante por los resultados que arroja sino porque permite el APRENDIZAJE INSTI-

---

<sup>4</sup> Bustelo Ruesta, M. (1998). "Deontología de la evaluación: el modelo de los códigos éticos anglosajones." *Gestión y Análisis de Políticas Públicas* 11-12 (Enero/Agosto 1998): 141-156.

TUCIONAL favorecedor del proceso, a partir de la SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA. La reconstrucción ordenada de la experiencia de cimentación de un proceso interno de evaluación en la Asociación Proyecto Hombre, desde la reflexión crítica y sistemática de la misma, nos ha permitido extraer importantes lecciones que tienen que ver con la propia dinámica de relaciones interpersonales que genera el proceso evaluativo:

- El proceso de evaluación puede generar una crisis de crecimiento en los equipos desde la provocación de la reflexión y el debate en los mismos con relación a la metodología de trabajo y evaluación existentes, los hábitos de trabajo, el método organizativo. Este proceso debe ser acompañado desde el equipo de trabajo para aprender a convertir las dificultades existentes en objetivos de trabajo y reforzar lo que el proceso en sí mismo tiene de útil.
- Una segunda lección aprendida tiene que ver con cómo el conocimiento referido a la evaluación genera un cambio de actitudes:
  - Un primer nivel de cambio de actitud se produce desde lo cognitivo; los nuevos conocimientos y aprendizajes abren al/la participante a un cambio de percepción y/o mentalidad que se traduce en una nueva forma de mirar y concebir la realidad de sus programas y una sana autocrítica.
  - En un segundo nivel, las y los participantes se sienten fuertemente motivados/as a compartir y transmitir sus propios cambios a su entorno inmediato. Los cambios de actitudes con relación a la evaluación se consolidan y originan gradualmente reacciones de mayor adhesión al proceso.
  - En un tercer nivel de cambio de actitud sería promoción de la cultura evaluativa. Las/os participantes no sólo asumen un mayor compromiso frente a la evaluación, sino que además realizan acciones concretas de promoción, como es el caso de la formación.

## **APUESTAS DE FUTURO**

Como consecuencia de las lecciones aprendidas en el proceso de construcción de un proceso interno de evaluación, la Comisión de evaluación de la Asociación Proyecto Hombre mantiene la firme decisión de seguir apostando por la evaluación para así:

- Mejorar y/o transformar la práctica profesional.
- Compartir nuestros aprendizajes con otras experiencias similares, que nos permitan participar en foros de encuentro nacionales e internacionales.
- Contribuir al enriquecimiento de la teoría de la intervención social desde la aportación de una metodología específica en la evaluación del tratamiento de las drogodependencias.
- Fortalecer la capacidad institucional de transformación de la realidad.
- Aportar un modelo de sistematización de experiencia por primera vez dentro de la Asociación Proyecto Hombre.
- Conseguir el desarrollo de la cultura y práctica evaluativa en la totalidad de los programas de los centros que constituyen la Asociación, para así:
  - Mejorar y progresar en nuestras intervenciones.
  - Generar procesos de aprendizaje institucional desde la retroalimentación.
  - Fomentar los análisis prospectivos sobre cuáles y cómo pueden ser las intervenciones futuras.
  - Establecer mecanismos de control de responsabilidades sociales y políticas.



## ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO DE PROYECTO HOMBRE EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS

## 'PROYECTO HOMBRE' ALTERNATIVES FOR TREATMENT IN PENITENTIARY CENTRES

**Aragón Pastor, M<sup>a</sup> Belén; Carrizo Martín, M<sup>a</sup> Elena; Nuño Martínez, Julio;  
Presencio, Elena; Rubio Fernández, Begoña**

Comisión Jurídica de la Asociación Proyecto Hombre

En la actualidad Proyecto Hombre desarrolla sus programas en 34 centros penitenciarios, cuenta con 38 profesionales y más de 75 voluntarios en colaboración con Instituciones Penitenciarias. Las cifras globales muestran que cerca de 2.000 personas son atendidas por nuestros programas en los centros penitenciarios, de las cuales unas 300 se encuentran en las comunidades terapéuticas intrapenitenciarias. Así mismo, más de 600 jóvenes realizan cumplimientos alternativos en alguno de los centros.

Se ofrecen las características sociodemográficas de la población penitenciaria atendida por Proyecto Hombre. Se exponen los dos modelos de intervención. En primer lugar el Programa de motivación y derivación, con los medios de intervención y sus objetivos. Una vez cumplidos estos, se realiza la propuesta a la junta de intervención para la derivación a los centros de la asociación a través de dos vías principales con residencia en el centro de PH o pernoctando en el centro penitenciario. En segundo lugar, el Programa de Intervención Global que incluye una comunidad terapéutica dentro de prisión y con un recorrido terapéutico que se inicia con la fase de motivación, continúa con la fase de comunidad para terminar con la fase de reinserción.

En la segunda parte se presenta un estudio que se ha realizado referente a la evolución de la motivación para el cambio a un estilo de vida libre de drogas entre los usuarios privados de libertad, a lo largo de todo el proceso dentro y/o fuera del centro penitenciario y las conclusiones a las que han llegado.

Currently 'Proyecto Hombre' runs its programmes in 34 penitentiary centres. It has 38 professionals and over 75 volunteers working in collaboration with Penitentiary Institutions. The global figures show that approximately 2,000 people are attended by our programmes in penitentiary centres, and around 300 of them are in the intra-penitentiary therapeutic communities. Likewise, over 600 young people are fulfilling alternative commitments in one or other of the centres.

The socio-demographic characteristics of the penitentiary population attended by 'Proyecto Hombre' are given. The two intervention models are exhibited. Firstly the motivation and derivation Programme, with the means for intervention and objectives. Once these have been fulfilled, the proposal is made to the intervention board for derivation to the association's centres through two main routes with residence in the PH centre or staying overnight in the penitentiary centre. Secondly, the Global Intervention Programme which includes a therapeutic community inside prison and with a therapeutic route that starts with the motivation phase, continues with the community phase, and ends with the reintegration phase.

In the second part a study referring to the evolution of motivation for change to a drug-free lifestyle amongst users deprived of liberty is presented, throughout the whole process inside and/or outside the penitentiary centre along with the conclusions reached.

## 1. INTRODUCCIÓN

Desde que Proyecto Hombre inicia su andadura en el mundo de las drogodependencias en España, se encuentra con una importante dificultad para el desarrollo de su trabajo terapéutico-educativo, ya que por un lado ha de trabajar en la deshabituación y rehabilitación de las drogas y por otro luchar con la realidad social de sus destinatarios, en la que está incluida una estrecha relación con la delincuencia, con los problemas asociados que ello implica; ésto fue el detonante para que la Organización comenzara su trabajo en prisiones en 1989.

La realidad que se encontraron allí, la describen los estudios del Observatorio Europeo en los que se estima que entre el 20% y un 50% de la población penitenciaria europea son drogodependientes, en España este porcentaje superaría el 50%. (Observatorio Español sobre Drogas 2000, nº3).

Proyecto Hombre dirige sus esfuerzos a conseguir que personas con problemas de drogodependencia alcancen, a través de un tratamiento de rehabilitación y reinserción, una vida totalmente integrada en la sociedad a nivel familiar y sociolaboral. Así la Asociación siempre ha subrayado que no es una alternativa a prisión, sino una alternativa para dejar las drogas y llevar una vida personal y social normalizada.

Hoy en día, al menos el 30% de las personas atendidas en los Centros de Proyecto Hombre tiene problemas con la justicia. En muchos casos, el programa se suspende cuando estas personas se ven obligadas a ingresar en prisión lo cual obstaculiza su proceso de rehabilitación y el desarrollo de un tratamiento completo y eficaz. Por otro lado estos problemas suponen a la organización un coste adicional de tiempo, recursos y energías que en muchos casos no se ve recompensado con los resultados.

Sin embargo, son las propias leyes, desde la Constitución hasta el Código Penal, las que contem-

plan en su articulado principios y caminos para que drogodependientes con problemas penales puedan acceder a programas de rehabilitación.

En la actualidad, Proyecto Hombre desarrolla sus programas en 34 centros Penitenciarios, gracias a la labor de 38 profesionales y más de 75 voluntarios, en colaboración con Instituciones Penitenciarias. Las cifras globales muestran que cerca de 2.000 personas son atendidas por nuestros programas en los Centros Penitenciarios, de las cuales unas 300 se encuentran en las comunidades terapéuticas intrapenitenciarias. Así mismo, más de 600 jóvenes realizan cumplimientos alternativos en alguno de los Centros de la Asociación, enviados por los jueces, con lo que se consigue evitar su ingreso en prisión e iniciar, o continuar en muchos casos, su proceso de rehabilitación y reinserción. Lo mismo sucede con otros 500 usuarios que acceden al programa cada año, fundamental-

**TABLA 1**

PERFIL	%
Varón	90,5
Edad Media	32 años
Soltero	56
Con hijos	56,6
Su hijo, convive con la madre	67,3
Con algún familiar con problemas de drogas	32,4
Con algún familiar en prisión	16,8
Convivencia al ingreso con los padres o la pareja	69,3
Estudios primarios	48,5
Edad media del primer empleo	15 años
Media de puestos de trabajo antes del ingreso	5 empleos
Se ha puesto en tratamiento antes del ingreso	66,3
Media de tratamientos en los que ha estado	3
Media de ingresos en prisión	5 ingresos
Duración media de condena	7 años

**TABLA 2**  
**Objetivos del programa de tratamiento base en Proyecto Hombre**

	<b>ACOGIDA</b>	<b>COMUNIDAD TERAPÉUTICA</b>	<b>REINSERCIÓN</b>
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<p>CREAR UN AMBIENTE EN EL QUE EL USUARIO SE SIENTA ACOGIDO Y FAVOREZCA SU VINCULACIÓN AL PROGRAMA</p> <p>LOGRAR EL DISTANCIAMIENTO DE LA CULTURA DE LA DROGA</p> <p>FOMENTO DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y SOCIALMENTE RESPONSABLES</p> <p>TOMA DE CONCIENCIA DE LA REALIDAD PERSONAL</p> <p>Implicar al núcleo familiar como co-terapeuta</p>	<p>Favorecer la vinculación e integración en la comunidad terapéutica</p> <p>Reforzar hábitos de vida saludables y socialmente responsables</p> <p>Lograr que el usuario tome conciencia y se responsabilice de su comportamiento</p> <p>Promover la toma de conciencia y la gestión adecuada de sentimientos y emociones</p> <p>Fomentar la experimentación e interiorización de valores</p> <p>Formar académica o laboralmente a los usuarios/as</p> <p>Potenciar el proceso de resocialización</p> <p>Integrar a la familia en el proceso del usuario/a como factor fundamental de una adecuada adaptación socio-familiar</p>	<p>Conseguir la autonomía personal</p> <p>Consolidar las capacidades personales</p> <p>Consolidar la integración responsable y realista en el sistema familiar</p> <p>Fomentar y mantener la red social</p> <p>Integrarse en el ámbito formativo/laboral</p> <p>Definir un estilo de vida propio de acuerdo a su escala de valores</p> <p>Trabajar con la familia el proceso de autonomía personal</p>

*En color ocre los compartidos sólo con el Programa de Intervención Global en prisión y en mayúscula los compartidos por PH extrapenitenciario y ambas modalidades en prisión.*

mente, a través del Tercer Grado Penitenciario, saliendo del internamiento en prisión.

El perfil sociodemográfico de la población penitenciaria atendida por Proyecto Hombre presenta las siguientes características: (ver tabla 1)

El programa Proyecto Hombre se desarrolla a lo largo de un proceso terapéutico-educativo en el que se trata de aprender a vivir sin ningún tipo de dependencia. El objetivo no es lograr sólo su rehabilitación, sino también su inserción en la sociedad, de un modo integral, que aborda al individuo desde una triple perspectiva: biológica, social y psicológica. El objetivo básico se centra en recuperar la autonomía a todos los niveles.

La variedad de programas de Proyecto Hombre refleja el esfuerzo por ofrecer respuestas individualiza-

das a los distintos tipos de dependencias y al perfil de los usuarios. Todos los centros de la Asociación comparten la metodología, aunque la estructura y duración de los programas varía según las demandas sociales, problemática personal y la realidad socio-cultural de la zona.

En esta línea, los objetivos finales que tiene el Programa de tratamiento en prisión son los mismos que el Programa Base de rehabilitación que se desarrolla en nuestros centros, aunque es interesante especificar los objetivos que dentro de prisión se desarrollan en las dos modalidades principales de trabajo, de cara a la futura incorporación de nuestros usuarios/as al tratamiento extrapenitenciario y su continuidad hasta la finalización del programa.

## 2. MODELOS DE INTERVENCIÓN

El reglamento penitenciario en España cuenta con varios artículos<sup>1</sup> que nos permiten poner en práctica distintas vías de intervención, de forma que podamos trabajar con usuarios cuya situación jurídico-penal les posibilite el acceso en un plazo de tiempo más o menos corto, a una derivación externa para tratamiento.

Este trabajo se desarrolla en dos modalidades principales:

2.1. Programa de Motivación y Derivación

2.2. Programa de Intervención Global

### 2.1. Programa de motivación y derivación

En 1993, se idea el Programa de Motivación y Derivación a recursos intra y/o extrapenitenciarios para la población reclusa con problemas de drogas. Este proyecto surge ante la necesidad de dar respuesta a la situación de muchos toxicómanos que en proceso de rehabilitación tenían que interrumpir el tratamiento para reingresar en prisión a cumplir la pena impuesta, según el antiguo Código Penal. Se forma un equipo de intervención con la finalidad inicial de apoyar a los afectados, con pautas y estrategias para mantener la abstinencia y mejorar su modo de vida en el interior de los centros penitenciarios y hacer un trabajo de motivación para la realización del programa extrapenitenciario de Proyecto Hombre.

Los objetivos de trabajo coinciden con los de la primera fase del programa tradicional excepto en el objetivo familiar (implicar al núcleo familiar como coterapeuta) que se postpone hasta la incorporación al centro fuera de la prisión. A pesar de no ser un objetivo específico la participación de la familia como coterapeuta, sí lo es el hacerles lo más partícipes posible del tratamiento a través de algunos contactos de carác-

ter informativo y de conocimiento de ambas partes, de cara a su posterior implicación en el programa.

La intervención se desarrolla a través de diferentes medios: Grupos de autoayuda, seminarios formativos, talleres de salud y autocuidado, Habilidades Sociales, Prevención de recaídas, talleres de ocio y tiempo libre, sesiones individuales, etc. Adaptadas siempre a la realidad y condiciones de los usuarios/as, de las Instituciones Penitenciarias y de los propios recursos con que cada Centro de Proyecto Hombre pueda contar. La frecuencia, duración e intensidad de este trabajo también varía en los distintos centros.

Cuando la persona ha cumplido con los objetivos marcados, se propone a la junta de tratamiento del centro penitenciario la derivación para el tratamiento y cumplimiento de la pena en el centro extrapenitenciario.

El acceso a los centros de la asociación tiene lugar a través de dos vías principales:

- La primera consiste en la incorporación íntegra al programa de tratamiento, residiendo en el centro<sup>2</sup>.
- La segunda exige pernoctar en el Centro penitenciario al tiempo que se incorporan al tratamiento de rehabilitación durante el día<sup>3</sup>. Es un tiempo de valoración y clasificación de la Junta de Tratamiento de la Institución Penitenciaria, para conseguir la excarcelación e ingreso definitivo en nuestro programa.

Una vez fuera de prisión el tratamiento se desarrolla junto al resto de usuarios de Proyecto Hombre, incorporándose a la dinámica normal del Programa con el fin de conseguir una plena inserción sociolaboral.

### 2.2. Programa de intervención global

Este trabajo en grupos dentro de las prisiones no da respuesta a todas las necesidades existentes por lo que en 1997, a propuesta del Plan Nacional sobre

<sup>1</sup> Artículos 82, 117 y 182 del Reglamento Penitenciario

<sup>2</sup> Artículo 82 y 182 del Reglamento Penitenciario.

<sup>3</sup> Artículo 117 del Reglamento Penitenciario.



Drogas y de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, se comienza a desarrollar el Programa de Intervención Global, que incluye una Comunidad Terapéutica Intrapenitenciaria, en el Centro Penitenciario Madrid V, ubicado en Soto del Real. En la actualidad son tres los Centros Penitenciarios que acogen este programa.

El modelo está basado en el programa tradicional que desarrolla Proyecto Hombre. Con una etapa inicial de acogida (motivación), una etapa central conocida como comunidad terapéutica, en régimen de internado, aislada del resto de reclusos que no participan en el programa, y una tercera y última etapa de reinserción socio-laboral en régimen de externado que coincide con la reinserción de programas extra penitenciarios. Así, el recorrido terapéutico quedaría de la siguiente forma:

- Fase de Motivación. En ella se incluyen actividades de diferente índole (dinámicas y grupos terapéuticos, actividades formativas y actividades deportivas, de ocio y tiempo libre), desarrolladas específicamente para los usuarios de este programa y en el módulo designado para ello. El objetivo de esta fase es lograr la abstinencia del usuario.

- Fase de Comunidad. Desarrollada íntegramente y de forma residencial en el módulo específicamente designado para ello. Es una Comunidad Terapéutica mixta, diseñada por Proyecto Hombre según las características y la línea de intervención que definen su metodología.

La metodología de la intervención se apoya en la dinámica de comunidad experimental (sectores de trabajo, estructura horaria, etc.); en grupos terapéuticos; entrevistas; talleres de ocio y tiempo libre; cursos de formación base, de formación profesional específica y formación reglada; salidas al exterior; y seminarios terapéuticos y culturales.

- Fase de reinserción. Desarrollado extrapenitenciariamente en la estructura terapéutica designada a tal efecto por Proyecto Hombre.

El equipo específico de intervención está integrado por profesionales de Instituciones Penitenciarias y profesionales de Proyecto Hombre, contando con la colaboración de todos aquellos profesionales y voluntarios que interactúan con el usuario en este ámbito penitenciario.

Es de reseñar la labor que desarrollan los voluntarios y voluntarias que colaboran en la intervención. Su apoyo es de gran valía, ya que añaden la transmisión de valores como la generosidad, la gratuidad, la solidaridad, y otras opciones de vida a aquellas personas que en estos momentos han perdido la confianza en sí mismos y en los demás. La figura del voluntariado refuerza la motivación al cambio del recluso, en la búsqueda de identidad, y en un estilo de vida nuevo.

### **3. CONSIDERACIONES DEL ESTUDIO ACERCA DE LAS ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO DE PROYECTO HOMBRE EN PRISIÓN**

#### **3.1. Consideraciones metodológicas**

El Congreso de la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas de abril de 2004 nos brinda la oportunidad de dar a conocer el trabajo que la Asociación Proyecto Hombre desarrolla actualmente en los Centros penitenciarios del territorio español.

Con este trabajo no tratamos de realizar una evaluación en toda su magnitud ya que no contamos con los recursos necesarios; existen limitaciones de tiempo, recursos humanos y económicos. Tampoco se trata de un estudio científico puesto que carece del soporte y exhaustividad técnica necesaria, pero sí entendemos que los datos obtenidos son representativos de los usuarios/as con los que trabajamos ya que hemos contado con una amplia colaboración por parte de los centros que trabajan en prisión, lo cual ha

hecho posible que este instrumento tenga utilidad suficiente para aportar algo de luz en el asunto que nos ocupa. Por otra parte consideraremos de suficiente utilidad este estudio si con él logramos abrir nuevos interrogantes y líneas en las que seguir investigando y avanzando para la mejora de nuestros recursos, fomento de iniciativas, etc.

El objeto de nuestro estudio es la evolución de la motivación para el cambio a un estilo de vida libre de drogas entre los usuarios/as de los programas privados de libertad, a lo largo de todo un proceso terapéutico intra y/o extrapenitenciario.

De entre los objetivos de nuestro trabajo en prisión hemos seleccionado aquellos que son comunes en las distintas modalidades de tratamiento y de los cuales consideramos que su logro reflejaría un cambio y/o evolución adecuada en la motivación de los usuarios/as, sirviéndonos a su vez de guía en el proceso de estudio. Dichos objetivos específicos son:

- Captar la atención e interés de los usuarios/as acerca del programa de Proyecto Hombre, favoreciendo la búsqueda y posterior consolidación de una motivación personal suficiente para un cambio personal a lo largo del proceso.
- Favorecer un ambiente de comunicación y empatía adecuado entre los residentes y los terapeutas.
- Fomentar cambios conductuales y actitudinales coherentes con un nuevo estilo de vida, no asociado al consumo de drogas.
- Trabajar la dinámica de autoayuda y la cohesión de grupo.
- Apoyar y fomentar la relación entre los usuarios/as y sus familias.

A pesar de las limitaciones, hemos seguido los pasos propios de un diseño de evaluación, sirviéndonos de criterios como eficacia, impacto y pertinencia, para la elaboración de la matriz de evaluación y el análisis de resultados. Se trataría de un proceso de carácter su-

mativo en el sentido de hacer una valoración del trabajo realizado hasta el momento y sus resultados, aunque no es un proceso concluido por lo que también pretendemos que sirva de aprendizaje y para posibles mejoras del proyecto. Para la elaboración de este trabajo se formó un equipo multidisciplinar formado en evaluación, perteneciente a la propia organización de Proyecto Hombre, que no trabaja directamente en el medio penitenciario, intentando así que, a pesar de ser una evaluación interna, tuviera un carácter lo más objetivo posible.

La muestra con la que trabajamos pretendía estar formada por todos los usuarios/as de los centros penitenciarios del territorio nacional en los que Proyecto Hombre trabaja actualmente, así como aquellos que habiendo empezado su proceso desde los programas intrapenitenciarios de PH, se encuentren en cualquiera de las fases de tratamiento del programa fuera de prisión. Finalmente once centros han colaborado en la recogida de información, pudiendo contar en los mismos con la totalidad de la población que atienden, evitando así problemas de representatividad que pudieran perjudicar en la obtención de las conclusiones. El número de participantes ha sido:

**TABLA 3**

<b>Modalidad de tratamiento</b>	<b>Nº de participantes</b>
Grupos de A/A intrapenitenciarios	144
Comunidad T. Intrapenitenciaria	226
Acogida extrapenitenciaria	19
Comunidad T. Extrapenitenciaria	12
Reinserción	44

En cuanto a los usuarios/as que están ya en el programa extrapenitenciario, pero que han sido derivados desde prisión hemos contado con la participación de 76. Ello es debido a una mayor dificultad para la re-

cogida de esta información al estar más dispersos en las diferentes fases de los centros.

Nos parece interesante resaltar la escasa participación en el estudio de mujeres, con sólo 10, es decir un 2.25% del total de la muestra.

Además de la información obtenida de los usuarios/as, se ha contado con la opinión de los terapeutas y educadores (profesional remunerado y/o voluntario) de los centros de PH que trabajan en el medio penitenciario, con la participación de un total de 48 personas.

La recogida de información se ha realizado a través de unos cuestionarios diseñados especialmente para este estudio (uno para usuarios/as y otro para terapeutas/educadores), siendo posteriormente recopilados y analizados por el equipo formado a tal efecto.

### 3.2. Resultados de la recogida de datos

Siguiendo los objetivos del estudio podemos sacar algunas conclusiones:

1. Captar la atención e interés de los usuarios/as acerca del programa de Proyecto Hombre, favoreciendo la búsqueda y posterior consolidación de una motivación personal suficiente para un cambio personal a lo largo del proceso.

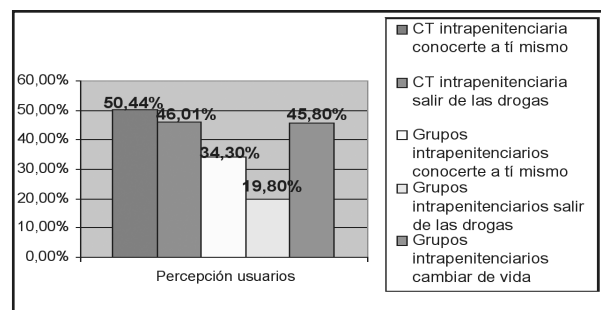
La percepción de los terapeutas es que en general hay un alto grado de interés por parte de los usuarios/as en el programa; de hecho el 85% de los que han ingresado en él lo hicieron por solicitud personal, frente a un 15% que entraron por derivación de la Junta de tratamiento.

Los usuarios alegaron como motivación principal para hacer el programa "salir de la droga" en un 53% en la modalidad de Grupos intrapenitenciarios y en un 84% en CT intrapenitenciaria <sup>4</sup>, siendo la segun-

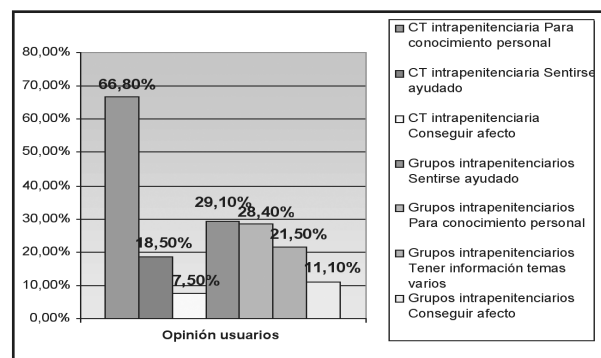
da motivación "salir antes de prisión" con un 29,9% en el primer grupo.

Entendemos que la percepción de utilidad del programa por parte de los usuarios es un indicador claro del interés y motivación para realizarlo y mantenerse en él. Mostraron las siguientes valoraciones acerca del programa general y de su participación en los grupos de autoayuda en prisión:

**GRÁFICO 1**  
Percepción de la utilidad de PH



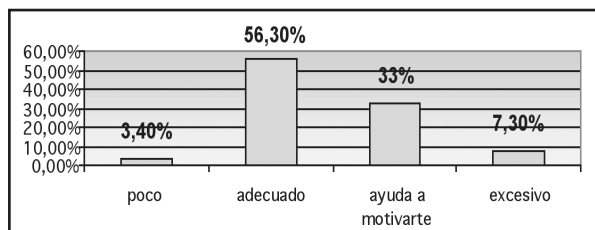
**GRÁFICO 2**  
Utilidad de grupos de A/A en prisión



Nos parece digno de mención el hecho de que los usuarios/as manifiesten un elevado grado de acuerdo con lo que el programa les pide a nivel de cambio personal; aceptación de normas, participación en la dinámica de autoayuda, asunción de responsabilidades, etc. que es prácticamente coincidente con la valoración que hacen los usuarios/as del programa extrapenitenciario.

<sup>4</sup> Para la correcta interpretación de los gráficos tener en cuenta que "CT intrapenitenciaria" se refiere a la modalidad de tratamiento global y "grupos intrapenitenciarios" a la modalidad de Motivación y Derivación.

**GRÁFICO 3**  
**Valoración usuarios sobre los cambios que PH intrapenitenciario les exige**



2. Favorecer un ambiente de comunicación y empatía adecuado entre los residentes y los terapeutas.

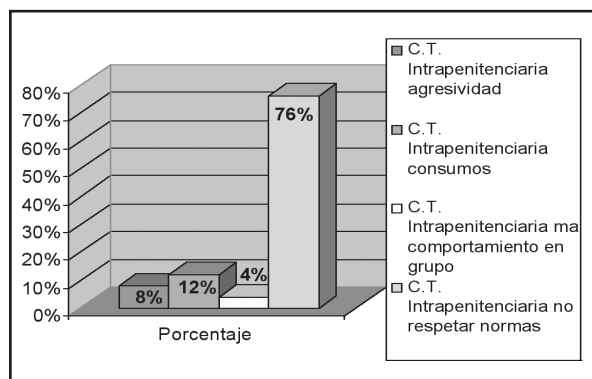
Si se consideran como indicadores de un buen ambiente en el programa que favorezca la comunicación y la empatía, el grado de satisfacción de los usuarios con la calidad de la atención, la rapidez con que se atienden sus demandas, grado de satisfacción con las actividades realizadas, nivel de empatía percibido y grado de confianza en los terapeutas, podemos afirmar que el programa intrapenitenciario en sus dos modalidades puntúa con una tendencia claramente positiva en todos ellos. Destacan, por ejemplo, el 55,9% y el 34,7% que consideran haber sido atendidos bien y muy bien por PH en prisión frente a un 9% y 0,4% que dicen haber sido poco o nada atendidos o el nivel de confianza con sus terapeutas, que lo sitúan en bastante un 52,10% y en mucha un 23,5% frente al 21,2% y 2,9% que la califican como poca y ninguna confianza, a pesar claro está de las dificultades del entorno. Así mismo el 66,2% y 21,5% se sienten bastante y muy satisfechos respectivamente con las actividades realizadas con el programa, frente al 10,6% y 1,6% que refieren sentirse poco y nada satisfechos.

3. Fomentar cambios conductuales y actitudinales coherentes con un nuevo estilo de vida, no asociado al consumo de drogas.

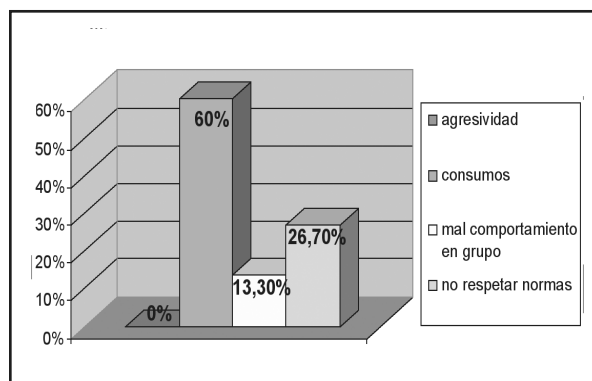
En cuanto a los cambios de comportamientos y conductas de autocuidado, higiene, salud y responsabilización de problemas se observa una muy buena evo-

lución en el programa, coincidiendo en dicha apreciación tanto los usuarios como los terapeutas de programa. Aunque en principio no se piden grandes cambios en algunos programas intrapenitenciarios, debido a las dificultades obvias del contexto, sobre todo en la modalidad de Motivación y Derivación, ya que no suelen encontrarse los usuarios/as en módulos independientes, consideramos importante como garante del mantenimiento de la motivación y de la voluntad del cambio que se vayan iniciando ya en la mejora de estos aspectos básicos. Nos parece destacable mostrar las causas de intervención en grupo más frecuentes del Programa terapéutico:

**GRÁFICO 4**  
**Motivo de intervención en CT intrapenitenciaria**

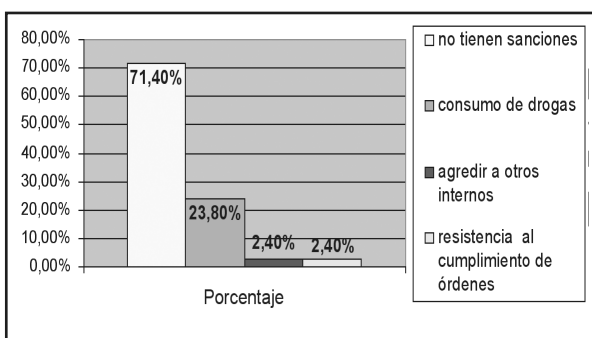


**GRÁFICO 5**  
**Motivo de intervención en grupos intrapenitenciarios**



Nos parece interesante destacar la diferencia en el nivel de consumo que hay entre las dos modalidades. Entendemos que una de las causas podría ser la independencia que tienen los usuarios de la CT intrapenitenciaria, ya que viven en un módulo separado del resto del Centro penitenciario, donde el consumo se hace mucho más complicado. Creemos que ésta puede ser una de las líneas de colaboración y actuación conjunta de nuestra Organización y los Centros Penitenciarios, ya que la abstinencia es una condición fundamental para un buen trabajo de rehabilitación. Por otra parte la baja incidencia de conflictos, manifestado en el 71,4% de usuarios/as que no tienen sanciones por parte del Centro Penitenciario, nos parece ya un motivo suficiente para encontrar el apoyo de las Instituciones en el trabajo que desarrollamos y un esperanzador resultado de cara a la continuación del mismo en este medio.

**GRÁFICO 6**  
**Motivos de sanciones en prisión entre los usuarios de PH intrapenitenciario**



4. Trabajar la dinámica de autoayuda y la cohesión de grupo.

La autoayuda y la dinámica de grupo son la base fundamental del trabajo que desarrolla PH en casi todas sus modalidades de tratamiento; en prisión a pesar de los inconvenientes que genera el entorno: miedos, celos, desconfianza, código de silencio, presiones,

aislamiento... se sigue trabajando en esta línea, obteniendo resultados bastante aceptables, desde la visión de los terapeutas que estiman en un 65,8% que hay un nivel medio de autoayuda en los grupos. Los propios usuarios/as valoran (ver gráfica apartado 1) en CT intrapenitenciaria la utilidad del grupo para conocimiento personal en un 66,8% y el sentirse ayudado con un 18,5%, mientras que en grupos intrapenitenciarios es el sentirse ayudado la primera opción con un 29,1% y el conocimiento personal la segunda, con un 28,4%.

5. Apoyar y fomentar la relación entre los usuarios/as y sus familias.

La familia es uno de los pilares básicos en los que se asienta el trabajo de rehabilitación y reinserción de Proyecto Hombre; dentro de las posibilidades con las que se pueden contar; visitas, contactos telefónicos, seminarios informativos, etc. se continúa en la línea de mejorar las relaciones familiares y la preparación de una futura y adecuada integración familiar del usuario/a. La valoración que hacen los usuarios/as del programa intrapenitenciario incide en la mejora general de dichas relaciones, evolucionando en muchos casos desde la recuperación de las relaciones perdidas. Un 47,2% manifiestan que han mejorado y un 35,6% que han mejorado mucho; pendiente queda el 13% que dice no haber mejorado y un 3,70% sin relación familiar.

#### 4. APRENDIZAJE. CONCLUSIONES

Tras un experiencia de catorce años trabajando en prisión Proyecto Hombre sigue defendiendo el trabajo en este medio como una vía para facilitar y posibilitar el objetivo que compartimos con el Sistema Penitenciario que es la reinserción de la persona.

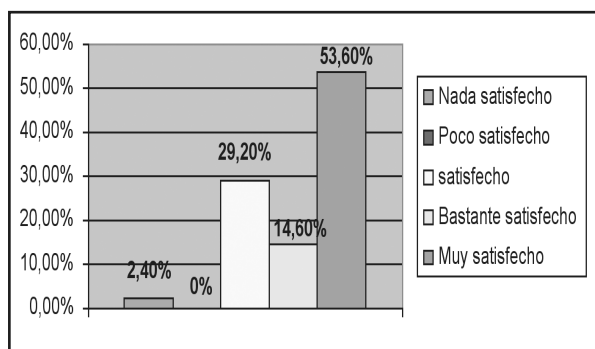
Apostamos por un modelo bio-psico-social, que deberá desarrollarse a través del trabajo conjunto entre Instituciones Penitenciarias y Proyecto Hombre; esto

supone mantener un marco de colaboración en condiciones de igualdad, respeto mutuo y continuidad en el tiempo.

El trabajo conjunto que hasta ahora se ha desempeñado parece que arroja resultados positivos respecto a los objetivos propuestos y una buena disposición por parte de nuestros beneficiarios, aunque aún queda mucho por mejorar: una mayor y mejor adaptación de los recursos materiales y humanos, infraestructuras y acondicionamientos adecuados, mejora en la comunicación entre profesionales de las distintas instituciones que trabajamos en el medio y agilidad en las gestiones, ...

No queremos terminar sin un reflejo de lo que se puede conseguir con una buena parte de las personas que tienen la oportunidad de iniciar y continuar un tratamiento de rehabilitación hasta el final y lo aprovechan.

**GRÁFICO 7**  
**Grado de satisfacción de los usuarios de PH que iniciaron tratamiento en prisión y han llegado a la fase de reinserción, con el cambio conseguido en su estilo de vida**



## LA FUNCIÓN DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA, AYER Y HOY

## THE FUNCTION OF THE THERAPEUTIC COMMUNITY, PAST AND PRESENT

**Roldán Intxusta, Gabriel**

Psicólogo, Psicoterapeuta, Grupoanalista  
Vice-President European Treatment Centers for Drug Addiction (Euro-TC). San Sebastián.

Han transcurrido más de 20 años desde el inicio de los primeros programas en comunidades en España. El movimiento de CCTT surge de manera espontánea, sin planificar por parte de la administración, sobre la base de la iniciativa privada y acorde con la introducción y expansión del consumo de heroína a partir de los años 70. Desde entonces la situación se ha ido haciendo más compleja, pasando por diferentes etapas. Estas etapas son denominadas: fase mítica, fase Guerra a las drogas, fase de normalización y una cuarta todavía sin definir que comienza en 1998 y en la que todavía estamos. Cada etapa se presenta dentro del marco social correspondiente, con la consideración del toxicómano y las drogas por parte de la sociedad y de los poderes públicos, así como el papel que las CCTT cumplen dentro de este proceso complejo y variable en el que van adaptándose.

Se relatan los aspectos que caracterizan a la CCTT y que perduran a lo largo del tiempo, con el objetivo último de capacitar al individuo para vivir en sociedad. También, trata sobre la necesidad de cambio permanente/continuo para adecuarse a las nuevas demandas y a los nuevos avances y conocimientos en el ámbito de las drogodependencias. Llama la atención sobre la necesidad de reconocer los límites y adecuarse a los medios y recursos de los que se dispone.

El equipo de trabajo es la herramienta principal de una CCTT. La convivencia grupal, la complejidad del trabajo en equipo con roles diferenciados, el tener que adaptarse a los cambios pueden producir estrés, síndrome de agotamiento o quemado. Para finalizar, un último apartado dedicado a los diferentes grupos de drogodependientes susceptibles de tratamiento en una comunidad terapéutica.

Over 20 years have passed since the beginning of the first programmes in communities in Spain. The therapeutic community movement came into being spontaneously, with no planning on the part of the authorities, on the basis of private initiative and in accordance with the introduction and expansion of heroin consumption from the 1970s on. Since then the situation has gradually become more complex, passing through different stages. These stages are called: mythical phase, War on drugs phase, standardisation phase and the fourth phase, still undefined, which started in 1998 and which we are still in the midst of. Each stage is presented within the corresponding social framework, with the consideration of the drug addict and the drugs on the part of society and the authorities, as well as the role the therapeutic communities fulfil within this complex, variable process to which they continuously adapt.

The aspects that characterise the therapeutic communities and which last throughout time are also set forth, with the ultimate objective of capacitating the individual for life in society. The need for permanent/continuous change to adapt to new demands and advances and knowledge in the area of drug-dependency is also dealt with. Attention is drawn to the need to recognise limits and adapt to the means and resources available.

The work team is the main tool of a therapeutic community. Living together in groups, the complexity of teamwork with differentiated roles, having to adapt to changes, can bring on stress, exhaustion or disillusionment syndrome. To finish up, a final section is dedicated to the different groups of drug addicts susceptible to treatment in a therapeutic community.

*El presente artículo es el capítulo V del libro "Las comunidades Terapéuticas: pasado, presente y futuro" edición a cargo de J.A.Abeijón y L.Pantoja. Universidad de Deusto. (2002)*

## LA FUNCIÓN DE LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS PARA DROGODEPENDIENTES A TRAVÉS DEL TIEMPO

Han transcurrido más de 20 años desde el inicio de los primeros programas en comunidades terapéuticas asociadas a problemas derivados del abuso de drogas en España y entre 30/40 años en Estados Unidos y otros países europeos. Si a ello le sumamos la extensa experiencia que desde los años 40 vienen desarrollando las comunidades terapéuticas para enfermos mentales dentro del marco de la psiquiatría comunitaria nos

vamos encontrando con un extenso bagaje de conocimientos y prácticas de esta disciplina terapéutica, ya no tan novedosa y que se ha consolidado e institucionalizado a lo largo del tiempo.

El tema de las comunidades terapéuticas es apasionante. Por algún motivo todos los que escriben sobre ellas tienen algo que decir al respecto y la mayoría de las veces lo han hecho a partir de prejuicios, de apasionamientos viscerales. Hay detractores y amantes pero no hay indiferentes (Goti, 1990). Esta práctica terapéutica debería estar sujeta a una reflexión crítica

**TABLA 1**  
**Las Comunidades terapéuticas para drogodependientes a través del tiempo**

	MARCO SOCIAL	CONSIDERACIÓN DEL TOXICÓMANO Y LAS DROGAS	PAPEL DE LAS CCTT
1977-1984 "MÍTICA"	<p>Confluye un momento social y político de tránsito, dictadura-democracia.</p> <p>Momento anti-institucional en el área de Salud Mental como reacción al modelo de beneficencia, sin un posible modelo asistencial alternativo.</p>	<p>Aparece y va aumentando progresivamente el consumo de drogas ilegales (heroína, cocaína y otras drogas).</p> <p>Referencia de los toxicómanos anti-institucional. El síntoma toxicomanía como "discutidor social".</p>	<p>Se inician las primeras experiencias de Comunidades terapéuticas para drogodependientes.</p> <p>Las CCTT se plantean como recursos idílicos, mágicos. Los tratamientos se plantean como sustitutivo a la droga "prueba de esto y verás cómo merece la pena vivir".</p>
1985-1992 "GUERRA ALAS DROGAS"	<p>Gran alarma social ante las drogas.</p> <p>Aparece el SIDA, con gran incidencia en la población drogodependiente por vía endovenosa.</p> <p>Recrudescimiento de las medidas judiciales ante el aumento de delitos asociados a drogas.</p>	<p>Se crea el P.N.S.D. (Plan Nacional sobre Drogas) en 1985.</p> <p>Se desarrolla un amplio abanico asistencial para los drogodependientes (centros de día, CCTT públicas, ambulatorios...).</p> <p>Miedo al contagio (que los hijos sean adictos); y al SIDA (muerte). Hay que ser más enérgico con la droga.</p>	<p>Gran desarrollo de las CCTT: 120 en 1990.</p> <p>Necesidad de homologar y acreditar los centros (juicios a tratamientos acusados de perniciosos y sectarios). Necesidad de un modelo más científico y contrastado.</p> <p>Concepto de red y cadena terapéutica.</p> <p>Primer Congreso de CCTT profesionales 1986.</p> <p>Sistema Standard de Evaluación (A.P.C.T.T).</p>
1992-1998 "NORMALIZACIÓN"	<p>Incidencia de la crisis económica y político-social.</p> <p>La droga pierde protagonismo, crea menos alarma.</p> <p>Hay un reconocimiento de una situación social como es el hecho de tomar drogas ilegales. Se integra el drogodependiente en un sistema de salud y se trata de normalizar la toma de sustancia.</p>	<p>Estabilización en el número de drogodependientes en tratamiento.</p> <p>Cambio de hábitos en el consumo (inhalador – esnifar, en vez de inyectarse).</p> <p>Se estabiliza el número de programas de tratamiento, excepto los de Metadona que aumentan considerablemente y de reducción de riesgos (cárceles, jeringuillas...).</p>	<p>Hay menos demanda de pacientes para CT.</p> <p>Disminuye el número de CCTT ligeramente.</p> <p>Necesidad de plantearse nuevos objetivos reestructurando los programas.</p> <p>Reconocimiento de una realidad compleja y menor omnipotencia de las CCTT: se amplía el concepto de curación.</p>



**TABLA 2**  
**Las Comunidades terapéuticas para drogodependientes a través del tiempo**

	MARCO SOCIAL	CONSIDERACIÓN DEL TOXICÓMANO Y LAS DROGAS	PAPEL DE LAS CCTT
1998-...	<p>Reconocimiento de los derechos de los usuarios de drogas y de los enfermos drogodependientes.</p> <p>Medicalización del campo de las drogodependencias.</p> <p>Estabilización de los programas de Metadona. Se experimenta con heroína.</p> <p>Disminuye el interés social por los "drogadictos". Desarrollo de las drogas de síntesis: pastillas, más limpias, más baratas, menos visibles y a la carta.</p>	<p>Va desplazándose el heroínómano por otros consumidores, sobre todo las personas que van incorporándose al mundo de la droga.</p> <p>Aumento considerable de las personas admitidas a tratamiento por cocaína sobre todo en los pacientes sin tratamiento previo.</p> <p>Aparecen pacientes más normalizados que estudian, trabajan y consumen. Nuevas demandas. Por otro lado un grupo de pacientes cronicados con más de 15 años de consumo.</p> <p>Segunda generación de toxicómanos, incluso en los tratamientos, hijos de consumidores.</p>	<p>Crisis de las CCTT. Entre 1996-2000, apenas existen encuentros entre profesionales. No afecta por igual a todos y tiene un gran impacto en sistemas amplios que se fraccionan. Supervivencia.</p> <p>Desarrollo de nuevas alternativas y programas: para adolescentes, cocaína, patología dual, incorporación de los hijos...</p> <p>Incorporación de pacientes con metadona en las CCTT.</p> <p>A partir del 2000 se observan indicios de mejoría en el sector.</p> <p>Pobre opinión de las CCTT en el sector sanitario.</p>

que evaluara los resultados de sus intervenciones y que sirviera para reconocer los límites de su actuación, previniendo abusos institucionales que han jalado episodios en la historia de algunas CCTT y han creado suspicacias y desprestigio en las mismas. Un objetivo importante es acercar la comunidad terapéutica al conjunto de profesionales de la salud, de los servicios sociales y de la educación, así como a los propios drogodependientes, ganando en transparencia y calidad.

El movimiento, de comunidades terapéuticas, en principio, surgió de modo espontáneo, sin planificar por parte de la administración (Polo, Zelaya 1983), sobre la base de la iniciativa privada y acorde con la introducción y expansión del consumo de heroína entre la población a partir de los años 70 en España. A medida que han transcurrido los años la situación se ha ido haciendo más compleja, pasando por diferentes etapas (Tablas 1 y 2):

**1977/1984: Fase Mítica**

No existe una experiencia previa en el tratamiento de los drogodependientes y los programas libres de

droga surgen como única alternativa al consumo de drogas. Las CCTT nacen de grupos diferenciados; desde profesionales vinculados a la salud, en el marco de asociaciones de familiares recién creadas para dar respuesta a un problema nuevo hasta iniciativas de grupos religiosos, o por trasladarse a nuestro país experiencias con ex-adictos llevadas adelante en otros países. En España (Comas, 1988) no se llegó a plantear realmente la Psiquiatría Social (es decir Comunidad Terapéutica, sectorización, 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 la que posibilitó que hasta 1980 se desarrollase un activo movimiento anti-institucional en el Área de la Salud Mental y que fuera una reacción contra el modelo de la "beneficencia", sin un posible modelo asistencial alternativo. El hecho de que el término Comunidad Terapéutica no fuera utilizado en España ejemplifica la situación.

### **1985/1992: Fase “Guerra a las Drogas”**

Las administraciones han ido estructurando recursos de atención ambulatorios, hospitalarios y residenciales hasta ir completando un amplio panorama asistencial. Se incorporan los programas de mantenimiento con metadona y de reducción de riesgos. Las CCTT permanecen más o menos al margen como “recurso total”. Incluso las distintas redes de CCTT divergen en sus postulados con gran competencia entre ellas.

### **1993/1998: Fase de Normalización**

Coincide con el gran desarrollo de los programas de reducción de riesgos y mantenimiento con metadona. Los programas libres de droga pierden protagonismo y con ellos las CCTT. Surge una importante crisis en el sector de las CCTT que no afecta por igual a todas ellas. Reciben mayor impacto los programas más rígidos y menos profesionalizados. Se produce en estos años una rápida transformación de las CCTT; flexibilizando los programas y ampliando la oferta de servicios más allá de los programas libres de drogas, en parte como consecuencia de la reducción en el número de demandas de los pacientes.

### **1998/...**

En los últimos tiempos hay una mayor confluencia entre las diferentes prácticas de CCTT que han sobrevivido a todos estos cambios y que puede permitir reflexionar sobre la experiencia y aprender unas de las otras. Es un fenómeno que no sólo se ha dado en España. En todo este recorrido histórico, las comunidades terapéuticas para drogodependientes en Europa seguían diferentes caminos en su origen, pero "actualmente la mayor parte de los terapeutas con experiencia muestran frente a cada caso una actitud terapéutica similar, independientemente de sus referencias teóricas" (Charles-Nicolas, 1992).

Durante todos estos años han sido muchos los factores que han incidido de forma relevante en estos cam-

bios. Entre otros, la aparición del SIDA, los vaivenes en la representación social del drogodependiente hacia un modelo más normalizado, la aparición y extensión del consumo de nuevas drogas y la creación de un amplio panorama asistencial que ha convertido la atención a la drogodependencia en un importante sector económico y profesional.

Queda ya lejos el tiempo en el que los programas libres de drogas eran la única alternativa a la drogodependencia y las CCTT su adalid y protagonista. Este período tuvo unas consecuencias de revanchismo de otros colectivos profesionales (preferentemente de la salud), que se vieron relegados y excluidos y que posteriormente ha afectado, en nuestro país, al movimiento de CCTT.

Estamos actualmente en un momento en el que el colectivo de drogodependientes heroínómanos esta perdiendo fuerza en el número de demandas asistenciales frente a los usuarios de cocaína, alcohol, pastillas y hachish, y en los programas de metadona, después de unos años de extensión y gran influencia; se comienzan a manifestar las limitaciones.

El perfil de los usuarios de drogas ha cambiado a lo largo de estos años. A muchos de ellos le son ajenos los programas de reducción de riesgos o metadona (no consumen heroína), y miran a las CCTT como a dinosaurios de otras épocas, con poco atractivo para acudir con sus problemas de dependencia “yo no estoy tan mal como para ir a una CT”.

Probablemente se ha dado un giro en la percepción de las toxicomanías asociadas a las drogas ilegales, un proceso de normalización en la apreciación de los síntomas (lo mismo que ya ocurre con el alcohol y tabaco), no por ello menos grave en sus consecuencias, pero que se refiere a ámbitos de la estructura psíquica del sujeto y no tanto al comportamiento o al aspecto, que son las pautas que sabe reconocer la persona del entorno del drogodependiente, incluso los propios profesiona-

les. Por ejemplo, si la persona delinque o está deteriorada físicamente es un síntoma fácil de percibir y que crea alarma social, muy propia de los consumidores de heroína, no tanto las fases de apatía o sobreexcitación de un usuario de cocaína.

El síntoma anti-institucional o marginal pierde protagonismo frente a consumidores normalizados de drogas más convencionales (hachís, alcohol), o percibidas socialmente como de menor riesgo (cocaína, pastillas). Sin embargo, hay áreas referidas a las relaciones interpersonales que se van empobreciendo, dificultando el desarrollo emocional en personas jóvenes y no tan jóvenes, ocultando el sufrimiento y la alienación detrás de la dependencia a estas otras sustancias. Se detecta un aumento de las enfermedades mentales que va consolidándose más allá de la droga. Algunos de los cambios que comporta este nuevo usuario más “normalizado” tienen que ver con la demanda que realiza este cliente/ paciente a los servicios de CCTT:

- 1.** Periodos cortos de internamiento (no más de 2 meses) que le permitan dejar de consumir por un tiempo sin interrumpir su ritmo de vida (estudios, trabajo).
- 2.** Que el centro no sea estigmatizante. Si el pasar por una CCTT imprimía un modo de ver la vida propia, ahora la demanda es: “Yo sólo quiero dejar de consumir, no que me cambien”. Además son muy importantes los derechos como cliente; la privacidad y la confidencialidad.
- 3.** Que el tratamiento sea adecuado a su problemática. “Si vengo a esta CT, que no me vaya a poner peor”. Estas personas no ven como modelo a pacientes marginales o con trastornos mentales graves y se identifican menos con el colectivo de pacientes heroinómanos.

Las nuevas demandas exigen la articulación de la CT con otros recursos desde la complementariedad

y el trabajo coordinado en un mismo tiempo (no sólo por fases, antes y después de la residencial). Por ejemplo, contemplar que un paciente ingresado en una CT pueda realizar una psicoterapia individual fuera del centro, que acuda al psiquiatra de la zona que le corresponda para que la prescriba y controle el tratamiento farmacológico que necesite y contemplar también la ayuda social o formación con los servicios sociales de su ayuntamiento para los casos que así lo requieran.

La CT se convierte en un recurso abierto que posibilita atender las necesidades de su cliente; por ejemplo, si está estudiando que pueda ir a clase o si tiene hijos visitar a su familia regularmente, sin periodos de incomunicación; todo ello complementándolo con un tratamiento individualizado dentro de un marco socio-terapéutico y educativo de 24 horas que permita a la persona contenerse con relación al consumo de drogas, recibiendo el apoyo afectivo para replantearse su dependencia y los problemas que subyacen a ella y sus posibles consecuencias.

## **LO ESENCIAL EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA**

Thomas Main, el primero que utilizó el término Comunidad Terapéutica, define en 1946 el concepto de CT: “Debe ser una comunidad con el propósito inmediato de crear la máxima participación en la vida diaria de la institución. Su fin último es la socialización del individuo neurótico en la subsociedad hospitalaria”, para concluir en 1983 que el término Comunidad Terapéutica ha llegado a ser utilizado de manera tan diversa que hoy en día no tiene sentido. La marca distintiva no es una forma particular de estructura social sino una cultura de interrogación (Main, 1983).

El término Comunidad Terapéutica es uno de los más usados y peor entendidos; agrupa bajo esta denominación infinidad de prácticas que pueden ir desde

unidades hospitalarias a grupos sectarios. Es difícil por tanto contextualizar su función.

Algunos aspectos reseñables que la caracterizan son:

- Es un tratamiento grupal con base en la autoayuda.

Propone la necesidad del apoyo de los semejantes para cambiar; "sólo tú puedes hacer pero no puedes hacerlo solo". Se da gran importancia a las relaciones interpersonales.

- Según Maxwell Jones (1968), al paciente se le concede un rol importante y activo en el proceso terapéutico, corresponsabilidad en su propio tratamiento y en la vida diaria de la institución. Para ello, se espera del paciente que se comprometa no sólo en ayudarse a sí mismo, sino en ayudar al tratamiento de los demás. Cada uno va tomando responsabilidades y participando activamente en las actividades de la Comunidad Terapéutica; algo que irá aprendiéndose a través de la cultura, la manera de interrelacionarse en la estructura.

- Aprendizaje social mediante la interacción social, que proporciona a las personas un mayor sentimiento de auto-estima, como resultado de la asunción de sus responsabilidades. Lo importante para los residentes es aprender a enfrentarse a las limitaciones (Kooyman, 1975).

Todas las actividades de una CT (ocio, trabajo, terapias, etc.) son para el individuo un medio para aprender quién es/quién no es... O como dice Jones (1985), "una lección importante que se aprende en una CT es la diferencia entre lo que una persona dice y lo que hace. Es mi conducta la que determina lo que soy".

- La CT es un recurso intensivo de hasta 24 horas pero transitorio. Es un lugar para la experimentación, la exploración de espacios de relación con otras personas, el establecimiento de vínculos, la expresión de sentimientos y el espacio emergente de conflictos como elemento de cotidianidad.

Es el propio grupo, la dinámica y estructuración del mismo, así como el acompañamiento del equipo, los que procuran el ámbito idóneo para alcanzar los objetivos planteados a corto, medio y largo plazo. La comunidad terapéutica se estructura para poder dar respuesta a los vínculos familiares que van a aparecer en las relaciones con los otros y con el equipo terapéutico (Roldán, 1994). Es éste quien va a instrumentalizar los roles que deberán jugar los miembros del equipo, y las situaciones transferenciales y contratransferenciales serán su elemento de trabajo más rico. Para ello se dotará de diversos encuadres terapéuticos y educativos: terapias familiares, multifamiliares, individuales y de grupo, ocupacionales, socioculturales y socioterapéuticas. Las CCTT de Salud Mental inglesas hacen hincapié en "a culture of enquiry" (Kennard & Lees, 2001). Todo lo que ocurre en una CT está sometido al interrogante, al cuestionamiento, a la indagación, a la pregunta. Esto atañe tanto a los pacientes como al equipo, sirve para aprender de las experiencias y forma parte del proceso terapéutico. El objetivo es el cambio, la posibilidad de que la persona se interroge, adquiera y desarrolle unas capacidades en la relación con los otros menos dolorosas para su psiquismo y menos conflictivas con su entorno. La posibilidad de ensayar nuevas respuestas en su repertorio interpersonal, dentro de un grupo, que pueda confrontarle en esta dura experiencia de tránsito con la ayuda y conocimientos de los pares y el equipo profesional.

- El fin último es la capacitación del individuo para vivir en sociedad desarrollando el potencial terapéutico del paciente, sus familiares y el entorno social. No olvidemos que, por un lado, las comunidades terapéuticas surgen como reacción al modelo hospitalario que institucionalizaba y cronificaba a los pacientes mentales y por otro, como alternativa a los tratamientos convencionales con los drogodependientes.

La comunidad terapéutica es en cada momento de su existencia la concreción de muchas horas de pensar, reflexionar, investigar, capacitar, experimentar, crear (Goti, 1990), pero con la marca distintiva y única de que todo esto transcurre en un clima de alta tensión afectiva. Ninguna teoría simple, social, psicológica o médica, guía o explica las actividades técnicas terapéuticas o la rutina diaria de una CT (De Leon y Bescher, 1976); utilizan principios de la moderna psicología como son los elementos estructurales, la organización de colectividades de los grupos y las influencias interpersonales y centros de cuidados diarios.

#### **LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA: UNA NECESIDAD DE CAMBIO PERMANENTE/CONTINUO**

Cualquier persona o sistema que pretenda ayudar a las personas a cambiar debe estar dispuesta al cambio. Esto es algo que en la teoría se suscribe con rapidez, pero que en la práctica es más difícil.

A veces, el autor percibe a las CCTT como elefantes con una gran memoria histórica de conocimientos, pero con unas pesadas patas para moverse y con dificultades para abrirse paso ante las nuevas condiciones que van surgiendo en el contexto de las drogodependencias.

El proceso de institucionalización de aquellos equipos dinámicos que iniciaron las CCTT hace 20 años ha permitido el logro de muchos aspectos positivos, como una mayor profesionalización de las intervenciones, un amplio repertorio de experiencias, mayores recursos y una consolidación de las estructuras, pero por el contrario ha traído consigo una solidificación de la metodología de trabajo, el envejecimiento de los equipos y una burocratización de las tareas que impide en muchos casos, continuar con el proceso de cambio continuo; “dejar posiciones ya conocidas por otras más inciertas que suponen más riesgo”.

Así, los grupos se ven entre la disyuntiva de tener que cambiar para adaptarse a los nuevos tiempos y ofrecer tratamientos adecuados a las nuevas necesidades de sus clientes, y el desconcierto y el miedo para realizar tareas nuevas que no se dominan. Esto es más patente en tanto en cuanto menos profesionalizados son los equipos y menor formación poseen. No se debe olvidar que muchos postulados de las CCTT se han erigido desde posiciones idealistas, con fuerte contenido normativo que en algunos casos no resisten la prueba de los años y la experiencia. Aquello que fue útil y necesario hace 20 años deja de tener utilidad en la actualidad y necesita ser cambiado y reafirmado por los nuevos conocimientos adquiridos en el ámbito de las drogodependencias.

En la práctica, las CCTT han tenido que adecuarse a estas nuevas demandas, muchas veces aceptando pacientes para los que no estaban preparadas; lo que ha supuesto un fuerte estrés para los equipos de trabajo que se han visto desbordados ante diversas situaciones (por ejemplo, pacientes con graves patologías psiquiátricas), pero por otro lado se veían abocados a atender por la disminución de la demanda y la derivación específica de tales sujetos desde los servicios de salud correspondientes.

Es importante el reconocimiento de los límites de la comunidad terapéutica para cada momento histórico, pudiendo definir lo que se puede hacer y lo que no. En caso contrario, se produce una mayor confusión entre la oferta de servicios que la CT realiza (acuciada muchas veces por necesidades económicas de supervivencia) y la inadecuación de los medios y recursos de los que dispone.

En los últimos años ha habido una proliferación de los servicios ofertados por las CCTT que van mucho más allá de los programas libres de drogas, ampliando la oferta a otras dependencias; en algunos de estos casos sin el acompañamiento formativo de los miem-

bros que componen el equipo ni el aumento de los medios técnicos y humanos necesarios para realizarlo adecuadamente; más como una búsqueda de un espacio social ante las nuevas demandas. La CT tiene mucho que ofrecer dentro del panorama asistencial actual en el tratamiento de los drogodependientes más allá del síntoma, pero para ello debe reconocer lo que sabe hacer bien, limitando las intervenciones de cada centro.

### **EL EQUIPO DE TRABAJO ES LA HERRAMIENTA PRINCIPAL DE UNA CT**

La Comunidad Terapéutica es un dispositivo de amplia exposición emocional. Exige del trabajador que participe activamente en la convivencia con el grupo las 24 horas. Aspectos cotidianos como comer, pasear, relacionarse, participar en grupos y asambleas, se realizan con los pacientes. Lo que ocurre en una CT tiene como objetivo el “aprendizaje social” y tiene que estar abierto a las críticas no sólo de otros miembros del equipo sino de los residentes (Ottenberg, 1991). Esto, unido a las características de los pacientes, determina que la CT sea un lugar de alto estrés donde “siempre están apareciendo conflictos y parte de la filosofía es abordarlos directamente”.

Según el Modelo de Maxwell Jones (1968; 1985), al paciente se le asigna un rol importante como parte activa en el proceso terapéutico, en un contexto donde debe haber una distribución clara y precisa de las funciones y las responsabilidades, tanto de los pacientes como del equipo.

Una de las principales causas del cambio en el comportamiento de las personas dentro de una CT es la implicación emotiva de otras personas, especialmente del equipo. Lo quieran o no, los miembros del equipo se convierten en figuras de “padres” de la nueva familia del residente (Kooyman, 1993), por lo que un miembro del equipo puede desempeñar el papel de

padre o de madre en una CT. Tienen que ser conscientes de dicho fenómeno de transferencia. Lo que, sin embargo, no quiere decir que tengan que ocultar sus reacciones emotivas. Cuando éstas se expresan los residentes lo suelen interpretar como el interés que tanta falta le hace.

La estrecha convivencia en la tarea terapéutica con seres humanos que sufren y viven graves dificultades hace que las relaciones interpersonales se profundicen y adquieran, por momentos, niveles emocionales intensos. Las expectativas que estos intercambios pueden generar se transforman a veces en profundas frustraciones que incrementan reclamos afectivos y resentimientos de todo tipo que vienen necesariamente cargados de componentes transferenciales y contratransferenciales (García Badaracco, 1990).

La convivencia grupal dentro de la Comunidad Terapéutica reaviva los fantasmas internalizados de todos sus participantes –abandono, competencia, rivalidad, envidia, poder, agresión, culpa, por citar algunos.- y en ocasiones se dan situaciones de abuso de poder o maltrato del equipo (o algunos de sus miembros) frente a los residentes, en parte como respuesta a los sentimientos de inseguridad. Tales sentimientos, en gran medida, pueden superarse mediante un largo proceso de formación continuado y de supervisión (Roldán, 2001).

El trabajo en equipo con roles diferenciados, incluyendo profesionales de diversas disciplinas y en algunos casos también de ex-adictos, es complejo y difícil. Exige una alta motivación y exige disponer de un soporte que “ayude y cuide de los cuidadores”.

Por desgracia, un fenómeno común al equipo de la CT y otras instituciones de ayuda es el síndrome de agotamiento o quemado (Majoor, 1986). Se caracteriza por un desgaste de la persona o por un agotamiento causado por la excesiva demanda de energías, de fortaleza o de recursos. Aparecen señales como el

sentimiento de fatiga, molestias físicas, dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales, falta de sueño o dificultad en dormir, pérdida de peso y respiración cortada (Freudinberger, 80). El proceso de una persona quemada sufre un cambio. Se irrita con facilidad y se va volviendo paranoica; toma muchos riesgos o se vuelve rígido como resultado del desgaste. Para una persona exhausta, el cambio resulta amenazador. Otros indicios de este fenómeno son el desarrollo de una actitud cínica, vagar por todas partes, gastar más tiempo y hacer menos trabajo.

En cuanto a la estructura, se observa un aumento de las horas dedicadas a la reunión del personal y, con ello, la disminución del tiempo de contacto con pacientes (Kenberg, 1986), que es un factor terapéutico de primer orden. También se burocratizan las tareas y el proceso de atención. El trabajo de la comunidad terapéutica obliga al equipo a una continua situación de trabajo en contacto con emergentes grupales conflictivos. Las situaciones de crisis son un desgaste fuerte para los trabajadores que a larga deriva en una automatización de la estructura de relación paciente / equipo terapéutico y educativo que obliga a continuas revisiones.

La Comunidad Terapéutica fue prevista, y continúa siéndolo, como un sistema de cambio continuo donde siempre es deseable la innovación y donde existe el peligro del "anclaje" del modelo por el cansancio del personal, así como por la necesidad de cumplir infinidad de respuestas dentro de un sistema amplio (Roldán, 1992). La respuesta a la demanda de los drogodependientes como problemática multicausal de factores físicos, psicológicos y sociales, debe darse desde un equipo multidisciplinar con roles muy definidos, preparación técnica suficiente y amplia autonomía administrativa que permita realizar los cambios adaptativos oportunos en cada momento. Además, es necesaria una supervisión a los miembros

del equipo que ayude a rescatarlos de una forma de sufrimiento humano, que en la medida que no encuentre alivio, impregna de decepción y pesimismo a las instituciones desencadenando mecanismos defensivos intensos en pacientes, familiares y equipo que contribuye a aumentar la enfermedad.

### **INDICACIONES PARA EL TRATAMIENTO EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA**

Al inicio de las CCTT, las contraindicaciones para poder ingresar en un centro eran amplias; no tener asuntos judiciales pendientes, no tener enfermedades infecto-contagiosas o problemas psiquiátricos. Con el tiempo el umbral de limitaciones se ha ido reduciendo, en cuanto a los requisitos generales. Actualmente podemos decir que el ingreso se refiere más al deseo del drogodependiente de ingresar en una CT, en ocasiones sin que los equipos reconozcan las dificultades para atender algunos casos.

Como todo tratamiento grupal, es de especial interés la selección de los miembros, para que se dé un proceso de autoayuda. Por ejemplo, puede ser conveniente, en un determinado momento, el ingreso de personas con determinadas estructuras de personalidad porque el grupo va a poder contener y atender. Quizás en otro momento el ingreso de esa misma persona, dada la composición del grupo o la situación que esté atravesando el equipo, no sea conveniente al no poder ser atendida adecuadamente. Hay veces en que el ingreso de un número inadecuado de pacientes con una personalidad antisocial provoca que la institución se convierta en una "pseudocárcel", y forzar al equipo a comportarse más como "carceleros" que como terapeutas o educadores.

La CT es un proceso dinámico (Roldán, 1999), vivo, donde debe seguirse con atención al proceso del grupo de residentes y del propio equipo para poder atender a las diferentes personas, que aunque pre-

senten un síntoma común, la drogodependencia, subyacen aspectos de personalidad graves y de difícil manejo que en ocasiones los hacen compatibles o no para el proceso grupal. Existen estudios de evaluación y seguimiento de CCTT que miden la incidencia de los programas con relación a la abstinencia del consumo de drogas, las conductas delictivas, o la integración socio-familiar y laboral de los pacientes atendidos en una CT, comparados con otros recursos (Mc Lellan y otros, 1986). Sin embargo se dispone de pocos estudios que puedan decir para qué estructuras de personalidad es más adecuado ingresar en una CT y qué patologías obtienen mejores resultados.

Para algunos profesionales de la red asistencial, la CT sería un último recurso para pacientes que han participado de otros tratamientos ambulatorios y no han tenido éxito. Coincide con una visión general que considera a las CCTT como centros cerrados y rígidos cuyo fin es controlar a las personas que no pueden funcionar en un medio abierto. En opinión del autor esto es un error, pues también son poco eficaces los tratamientos para estos pacientes y, sin embargo, podrían beneficiarse de ellos aquellas personas que necesiten de contención y apoyo y que no lo obtienen en su medio, lo que les permitiría plantearse su dependencia sin tener que realizar un circuito que acrecentara el deterioro y la desesperanza del sujeto. Cuanto antes se intervenga con los medios que para cada persona se considere más adecuado con relación a su demanda y sus necesidades, más probabilidades de éxito se obtendrá (sea el tratamiento ambulatorio o residencial; reducción de riesgos o libre de drogas).

Otro aspecto destacable es el hecho de que las comunidades terapéuticas impongan unas condiciones exigentes para el ingreso, lo cual limita el acceso a los drogodependientes más deteriorados o graves al no

poder cumplirlas. Jongsma y Van der Velde (1985) demostraron que el llamado alto umbral de las comunidades terapéuticas es un mito. Comprobaron que existe el mismo tipo de drogodependientes en tratamiento dentro de la CT que en los programas de bajo umbral, que imponen pocas o ninguna exigencia a los clientes para su admisión.

Una de las razones más fuertes para el ingreso en una CT es la presión que recibe el adicto para realizar un programa. Bien sea por razones de deterioro del estado físico, requerimientos judiciales o dificultades en el trabajo o, en la mayoría de casos, por presión de su entorno familiar. La conciencia de abandonar la droga sólo aparece después de varios meses en tratamiento. Hay un trabajo sobre la demanda; uno no va al médico a decirle que es lo que necesita y, en pocos casos, exigiendo el ingreso en un Hospital (que es la imagen de tratamiento agresivo e intensivo de las CCTT), sino que es el trabajo del profesional el que determina en la negociación con el paciente el tratamiento más conveniente, adecuándolo al esfuerzo que pueda realizar con relación al problema que éste presenta.

En primer lugar se necesita una aproximación diagnóstica operativa que determine la estructura psíquica del sujeto, las características de su sintomatología y a partir de ello se trata de realizar unas orientaciones precisas que permitan realizar una derivación al tratamiento más adecuado; de comunidad terapéutica o de cualquier otro servicio.

Una característica de los drogodependientes es que son pacientes difíciles, sobre todo en los primeros encuentros. Suelen reconocer pocos problemas más allá de la droga, desconfiando de la relación con el profesional. Son poco colaboradores, lo cual hace difícil la realización de un diagnóstico preciso. Hablaremos, pues, de una primera aproximación diagnóstica que se irá completando más adelante, incluso meses después de iniciado el tratamiento van apareciendo situa-



ciones que permiten perfilar el diagnóstico y ajustar el tratamiento de cada persona.

Después de la experiencia del autor en la Comunidad Terapéutica Haize-Gain (Guipúzcoa), entiendo el trabajo en la institución como un recurso para poder trabajar con una primera demanda del paciente; por ejemplo, cuando éste plantea: “quiero estar un tiempo sin consumir drogas”, donde la persona pueda conectar con sus deseos, necesidades y limitaciones dentro de un contexto grupal pero atendiendo su individualidad. Esta base permite el trabajo con el equipo terapéutico y orienta el tratamiento y el seguimiento futuro complementándolo con otros servicios de atención. La persona en términos generales, tiene más conciencia de qué quiere y cómo lo quiere, un importante paso para cuidarse y poder elegir lo que desea hacer con su vida. El tratamiento, para muchos de los pacientes que presentan problemas graves, no empieza ni termina en la Comunidad Terapéutica y el alta no es una afirmación de que alguien está en condiciones de arreglárselas sólo, sino que intenta lograr que el paciente se sienta capaz de arreglárselas acompañado (O’Donnel, 1974).

Entre las personas que demandan tratamiento en comunidad terapéutica encontramos heroinómanos cronificados, toxicómanos normalizados, drogodependientes jóvenes o consumidores de cocaína, por citar algunos grupos, pero con objetivos y demandas diferentes (tabla 3). No todos los drogodependientes requieren el mismo tratamiento ni encajan en un tipo de programa de CT. De hecho, el tratamiento es, en principio, el mismo para todos los residentes lo que en sí mismo limita las posibilidades terapéuticas.

La pregunta gira en torno a cómo atender y combinar una serie de menús (Roldán, 2001) que puedan incluir desde programas de corta duración para consumidores de cocaína integrados socialmente; jóvenes estudiantes consumidores de pastillas, alcohol y cocaí-

na los fines de semana, personas con problemas de conducta y heroinómanos con muchos años de consumo, con gran deterioro personal, trastornos graves de personalidad o problemas psiquiátricos. Para solventarlo se han construido CC.TT para pacientes con problemas específicos: patología dual, alcohólicos, madres con hijos, jóvenes, cocainómanos... que permiten la adecuación de cada paciente a un tratamiento. En la práctica, la realidad es más compleja y es difícil compartimentar los aspectos de atención de los individuos y, a la vez, tener la suficiente demanda. La adaptación pasa por comunidades terapéuticas abiertas, menos rígidas; espacios transaccionales, permeables al diálogo y la transformación que puedan adaptarse a las necesidades de pacientes con estructuras de personalidad muy diversa y demandas diferenciadas.

Cada paciente necesita de un tratamiento individualizado con un tiempo propio en relación a sus problemas y la demanda que realiza. El tratamiento no comienza ni acaba en la propia Comunidad Terapéutica, es un proceso que puede continuar articulando su intervención con otros recursos que complementen las intervenciones y que permitan, a través de los años, atender las problemáticas tan complejas y graves de muchos de sus usuarios, que van a necesitar mucho tiempo de atención y muchos recursos.

La atención fraccionada y/o sectorial de los problemas que configuran la problemática del sujeto (los de dependencia, de salud, judiciales o la integración sociolaboral), sin resolver el problema de base, cronifica su situación y le lleva a la búsqueda de alternativas (otros dispositivos, sectas, interiorización traumática) desde las que, en el futuro, reproducirá permanentemente demandas asistenciales (Comas, Roldán, García, 1996).

Un objetivo de todo tratamiento es infundir esperanza. Una crítica que se ha realizado a las CCTT es

**TABLA 3**  
**Grupos de drogodependientes susceptibles de tratamiento en comunidad terapéutica**

TOXICÓMANOS "CRONIFICADOS"	JÓVENES SOCIALMENTE CONFLICTIVOS	DROGODEPENDIENTES JÓVENES	TOXICÓMANOS "NORMALIZADOS"	CONSUMIDORES DE COCAÍNA Y OTRAS DROGAS
<p>Entre 35 – 50 años.</p> <p>Más de 15 años de consumo (droga principal heroína que se mezcla con psicofármacos, cocaína, hachís y alcohol).</p> <p>Han pasado por diferentes modalidades de atención (Metadona, ambulatorio, CC.TT.).</p> <p>Aislamiento social y marginación en muchos casos.</p> <p>Aumentan los transeúntes y desplazados.</p> <p>Poco contacto con la familia de origen (padre, hermanos...).</p> <p>Una cuarta parte tienen hijos.</p> <p>Deterioro físico y psíquico importante.</p> <p>Fuerte sufrimiento y desesperanza.</p> <p>Consumidores crónicos de tratamientos.</p> <p>Objetivo cuidarse.</p> <p>Pueden combinar metadona con C.T.</p>	<p>Entre 16-35 años.</p> <p>Politoxicómanos.</p> <p>Consumo habitual y compulsivo de diversas drogas.</p> <p>Multiproblemáticos.</p> <p>Problemas desde la infancia. Fracaso escolar..</p> <p>Familias problemáticas o conflictivas que no contienen (frecuente consumo de alcohol, psicofármacos, u otras sustancias).</p> <p>Antecedentes judiciales o causas pendientes.</p> <p>Trastornos graves de personalidad.</p> <p>Fuerte sentimiento de rabia y agresividad.</p> <p>Demandan C.T como alternativa a la cárcel o al H. psiquiátrico ¿y después qué? Coordinar con recursos sociales y sanitarios.</p>	<p>Entre 18 – 30 años.</p> <p>Consumo de hachís, anfetaminas, speed, drogas de síntesis, cocaína y psicofármacos.</p> <p>El consumo se realiza los fines de semana de modo habitual e intenso y en algunos casos la extensión se hace al resto de la semana.</p> <p>Con frecuencia la demanda aparece como consecuencia de una desestructuración psicológica, (ideas delirantes, depresión, intentos de suicidio...); por un internamiento psiquiátrico, (descompensaciones psicóticas, agresiones...) o un ingreso en una unidad de urgencia, lo cual crea una gran alarma en la familia .</p> <p>Estudian o trabajan.</p> <p>Viven con la familia.</p> <p>Aparecen trastornos en la conducta y es frecuente la patología dual.</p> <p>Poco atractivo para ellos las Comunidades Terapéuticas . Demandan ingresos que no interrumpen su vida diaria.</p> <p>Combinan CT y tratamiento farmacológico.</p>	<p>30-60 años.</p> <p>Personas que llevan muchos años de consumo habitual de drogas, con periodos de mayor intensidad y otros con consumo moderado. Alcohol, hachís, cocaína, heroína en menor medida.</p> <p>El consumo ha permanecido más o menos oculto para el entorno familiar o social.</p> <p>Están reinsertados laboralmente y familiarmente.</p> <p>Manifiestan un empobrecimiento en su vida personal y social.</p> <p>Cuando se indaga aparece una fuerte depresión y angustia.</p> <p>Hay una demanda de cambio pero no saben dónde ir .</p> <p>Complementar psicoterapia individual a largo plazo con C.T.</p>	<p>Entre 30 – 50 años.</p> <p>Consumo de alcohol, cocaína, speed.</p> <p>Las drogas se incorporan a sus vidas para trabajar, estimularse o ir de fiesta los fines de semana, en personas "aparentemente normales".</p> <p>Poco a poco el consumo se hace más continuado y después de varios años aparecen problemas graves en su comportamiento, en el trabajo y ámbito más íntimo.</p> <p>Demandan parar un tiempo con la droga para luego seguir. Sin conciencia de enfermedad.</p> <p>La demanda que realizan es periodos cortos de tratamiento.</p> <p>Modelo ingreso clínica privada</p>

que no recogen el tema de las recaídas o los abandonos de los tratamientos. En ocasiones, las CCTT han funcionado con él "todo o nada", con objetivos maximalistas en relación a la recuperación de sus clientes sin entender que un alto porcentaje de éstos no termina el tratamiento, aumentando el sentimiento de "fracaso" y disminuyendo el sentimiento

de autoestima que es uno de los principales objetivos. Debería tenerse en cuenta y reconocer el esfuerzo que supone el ingreso en una comunidad terapéutica y ayudarle a buscar alternativas asistenciales cuando desee abandonar o cuando no sea posible alcanzar los objetivos terapéuticos planteados.

## REFLEXIONES PARA EL DEBATE

Las comunidades terapéuticas han ocupado un espacio importante en el tratamiento a los drogodependientes en los años 70 y 80 en España y en Europa. En los años 90 aparece la "crisis", en parte como consecuencia de las nuevas políticas asistenciales y la implementación de los "programas de reducción de riesgo", que entran en pugna con los "programas libres de drogas", y por otra debido a la rigidez de sus postulados asistenciales.

La crisis de los 90 ha permitido reorganizar los programas y sus contenidos, lo cual ha despejado y clarificado el panorama dentro de las diferentes ofertas de comunidades terapéuticas (Stocco, Roldán, 2001). Los centros que se caracterizaban por una mayor rigidez de sus planteamientos han desaparecido o ha disminuido su peso en el sector; en especial las redes de CC.TT. de ex-adictos o no profesionales. Por el contrario, en los últimos años se ha desarrollado y consolidado una oferta de centros asistenciales profesionalizados y de calidad.

Estos cambios de las comunidades terapéuticas no son percibidos por amplios sectores de profesionales de la Salud y de los Servicios Sociales, que guardan una imagen "peyorativa" de los centros concibiéndolos como lugares cerrados, rígidos y poco adecuados a sus necesidades. Hay, pues, un importante esfuerzo pendiente por acercar las comunidades terapéuticas a la red asistencial.

Dentro de las CC.TT existe una "crisis de identidad" que tiene que ver con el proceso de maduración de los individuos que constituyeron los centros y "la supervivencia" de las instituciones en tiempos difíciles. Se trata de una discusión constante entre lo que tiene que cambiar para adaptarse a una realidad que se va transformando en las drogodependencias y aquello que debe mantenerse para caracterizarle en su intervención y que le hace especialmente eficaz para un

amplio sector de adictos con problemas sociales, como "la participación activa del sujeto en su tratamiento dentro de un contexto grupal".

Se han reducido las estancias en los centros adecuándolas a la demanda de los usuarios (no sólo dejar la droga). Asimismo se incorporan objetivos intermedios, aumentando la oferta de servicios individualizados y se amplía el espectro de personas que pueden ser atendidas por su drogodependencia más allá de la heroína (alcohol, drogas de síntesis, fármacos, hachís, cocaína). A través de los años, los equipos se han profesionalizado y han adquirido experiencia clínica en el trabajo individualizado, reconociendo la psicopatología subyacente en muchos de los procesos de dependencia de las drogas. Se va incrementando la relación con los profesionales de la asistencia sanitaria y servicios sociales. El objetivo sigue siendo mantener la responsabilidad, la exigencia y la calidad en las intervenciones (Comas, 2000), que son los ejes de identidad sobre los que se han construido las comunidades terapéuticas, o por lo menos así lo han pretendido. El reto que se plantea es cómo adecuar los tratamientos a los nuevos contextos y necesidades que van apareciendo en las drogodependencias.

## BIBLIOGRAFÍA

- COMAS, D. (1988). *El tratamiento de las drogodependencias y las CC.TT.* Col. Comunidad y Drogas. Ministerio de Sanidad - P.N.D.
- COMAS, D. (2001). Historia y situación de las Comunidades Terapéuticas en el ámbito español. En: Libro de Actas *La Comunidad Terapéutica en la red asistencial: objetivos y estrategias*. FADAITACA. Pp. 15-22.
- COMAS, D., ROLDAN, G., GARCIA, E., (1996). Políticas sobre drogas a partir de los resultados de un estudio longitudinal retrospectivo de adictos a heroína (1982-1992). *Adicciones*. Vol. 8 N°1 pp75-89

- CHARLES-NICOLAS, A. (1992). "Los muros no curan". En: *Actas V Jornadas Estatales de Comunidades Terapéuticas Profesionales para Toxicómanos*. A.C.L.A.D. p 40.
- DE LEON, G. BESCHNER, G. (1976). *The Therapeutic Community - Proceedings of TC of America. Services Research Report*. NIDA.
- FREUDINBERGER, H.J. (1980). *Burn out: The high costs of high achievement*. New York: Anchor Press/Doubleday.
- GARCIA BADARACCO, J, E (1990). *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de estructura Multifamiliar*. Tecnipublicaciones.
- GOTI, E. (1990). *La Comunidad Terapéutica. Un desafío a la droga*. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión.
- JONES, M. (1968). *Más allá de la Comunidad Terapéutica*. Buenos Aires: Ediciones Genitor.
- JONES, M. (1985). *Una revisión de los dos modelos de Comunidades Terapéuticas*. Resumen ponencia 8.º Congreso Mundial de CC.TT. Roma: Editado Actas V Jornadas APCTT. Alborada, p. 33.
- JONGSMA, T., VAN DER VELDE, J.C. (1985). Therapeutische gemeenschappen in drugs-verslaafden. De mythe van de elite. Tijdschr. v. *Alcohol & Drugs*, 11(3), pp131-136
- KENBERG, O.F. (1984). *Trastornos Graves de la Personalidad*. Ediciones Manual Moderno.
- KENNARD, D. y LEES, J. (2001). A checklist of standards for democratic therapeutic communities. *Therapeutic Communities*, Vol 22 N.2. pp 143-153, ISSN: 0964 1866.
- KOOYMAN, M. (1975). Del caos a la organización de una CT; el programa de Emilie Hoeve, de tratamiento de jóvenes toxicómanos. N.V.: *Boletín de Estupefacientes*. Vol XXVII, Nº1.
- KOOYMAN, M. (1993). *La comunidad terapéutica para drogodependientes*. Editorial Mensajero.
- MAIN, T. (1946). The Hospital as a Therapeutic Institution. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 10: 66.
- MAIN, T. (1983). El concepto de Comunidad Terapéutica: variaciones y vicisitudes. Monografía I. Boletín de SEPTG *Comunidad Terapéutica o terapia de la Comunidad*. Traducion de *The evolutin of group análisis*, Ed. M.Pines, Intl Library of group psychotherapy, Routledge& kegen.
- MAJLOOR, B. (1986). What is burn out?. En: Kaplan & Kooyman (Eds.), *Proceedings of the ICCA 15th. International Institute on Prevention and Treatment of Drug Dependence*. Rotterdam: Erasmus University, pp: 151-155.
- MC LELLAN, A.T., LUBORSKY, L., O'BRIEN, C.P., BARR, H.L., EVANS, F., (1986). Alcohol and drug abuse treatment in three different populations: Is there improvement and is it predictable? *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 12 (1&2), pp: 101- 120.
- POLO, ZELAYA (1983). *Las Comunidades Terapéuticas en España*. Series Monografías Técnicas. Madrid: Ed. Cruz Roja y Dirección General de Acción Social.
- ROLDÁN, G. (1992). Institucionalización en drogodependencias; Las Comunidades Terapéuticas. *Revista Intervención Psicosocial*, Nº 2, Vol. 1, pp: 5-14.
- ROLDAN, G. (1994). Droga, dependencia y grupo. Clínica y Análisis grupal, Nº67, Vol 16(3), pp: 349-361.
- ROLDÁN, G. (1999). *L'esperienza spagnola. Il trattamento delle toxicodipendenze; la Comunitá Terapeutica di Haize-Gain in la Comunita Terapeutiche*. Dopo la caduta del mito. Roma: Editrice Cedis, pp: 64-75.
- ROLDÁN, G. (2001). Treatment of drug addicts by a professional staff team using a Therapeutic Community and group psychotherapy. London: *Therapeutic Communities*, Vol. 22(1), pp: 29-40.

- ROLDÁN, G. (2001). Atención a drogodependientes con hijos en centros residenciales. *Revista Proyecto*, Nº 39, pp: 18-23.
- STOCCO, P. y ROLDÁN, G. (2001). Therapeutic Communities in Europe. *Actas The 44th International ICCA Conference on the Prevention and Treatment of Dependencies*. Alemania: Heidelberg.
- O'DONNELL, P. (1974). *Teoría y técnica de la psicoterapia grupal*. Amorrortu Editores.
- OTTENBERG (1991). The educational value system of Therapeutic Communities. En: Hellinctx, Brocskaert, Van der Berge & Colton (Eds.). *Innovations in residential care*. Lowen: ACCO, pp: 135-142.



**UN ENSAYO ALEATORIO QUE COMPARA  
LOS TRATAMIENTOS DE TOXICOMANÍAS  
EN RÉGIMEN DE DÍA Y EN RESIDENCIA:  
RESULTADOS DE 18 MESES**

**A RANDOMIZED TRIAL COMPARING DAY  
AND RESIDENTIAL DRUG ABUSE  
TREATMENT: 18-MONTH OUTCOMES**

**Sorensen's, James L.; Chan, Monica; Guydish, Joseph**

University of California, San Francisco

**Werdegar, David**

California State Office of Health Planning and Development

**Bostrom, Alan**

University of California, San Francisco

**Acampora, Alfonso**

Walden House

Ampliando un informe previo de seis meses de resultados, este estudio presenta los datos de seguimiento de 12 y 18 meses para pacientes (N = 188) que iniciaron el tratamiento de toxicomanías en una comunidad terapéutica, a los que se asignó aleatoriamente condiciones de tratamiento residencial o en régimen diurno. Los resultados incluían puntuaciones combinadas y medidas de depresión del Índice de Gravedad de la Adicción, síntomas psiquiátricos, y apoyo social. Ambos grupos mostraron un cambio significativo a lo largo del tiempo. El patrón de cambio indicó la disminución de la gravedad del problema en los primeros 6 meses y, después, el mantenimiento de una menor gravedad del mismo. Las comparaciones entre los grupos indicaron una mayor mejora de los problemas sociales y de los síntomas psiquiátricos en el tratamiento de los residentes, pero no mostraron diferencias en los restantes resultados. Aunque el tratamiento en residencia puede ofrecer algunas ventajas específicas, la conclusión aquí es que la mejora entre los pacientes en tratamiento en régimen diurno no resulta significativamente diferente de la del tratamiento en residencia.

Extending an earlier report of 6-month outcomes, this study reports 12- and 18-month follow-up data for clients (N = 188) entering a therapeutic community drug treatment program who were randomly assigned to day or residential treatment conditions. Outcomes included Addiction Severity Index composite scores and measures of depression, psychiatric symptoms, and social support. Both groups showed significant change over time. The pattern of change indicated decreased problem severity in the 1st 6 months and then maintenance of lowered problem severity. Comparisons between groups indicated greater improvement for residential treatment clients on social problems and psychiatric symptoms but no differences on the remaining outcomes. Although residential treatment may offer some specific advantages, the conclusion here is that improvement among day treatment clients was not significantly different from that of residential treatment clients.

Drug abuse day treatment programs and intensive outpatient programs have become increasingly common in recent years. In addition to descriptive reports and uncontrolled outcome studies (see Guydish, Werdegar, Sorensen, Clark, & Acampora, 1998), there are four randomized trials comparing outcomes of day and residential treatment.

Alterman, McKay, Mulvaney, McLelland, and O'Brien (1996) assigned cocaine users to day or inpatient programs and measured outcomes to 13 months postadmission. Rawson et al. (1995) assigned cocaine users to an intensive outpatient program or to other community programs, including inpatient programs, and monitored outcomes to 1 year postadmission. Bachman et al. (1992) assigned participants to hospital-based day or inpatient treatment, with follow-up to 18 months postdischarge. Finally, we reported 6-month outcomes for clients assigned to day or residential treatment based on the Therapeutic Community (TC) model (Guydish et al. 1998).

Each study concluded that outcomes achieved in day treatment were similar to those achieved in the comparison treatment. With the exception of Bachman et al.'s (1992) study, follow-up periods ranged from 6 to 13 months postadmission. Longer term follow-up is important, as treatment gains may or may not be maintained, and patterns of change may differ with treatment received. This article follows our previous report of 6-month outcomes for clients assigned to day or residential treatment (Guydish et al., 1998) and extends findings to 18 months.

## **METHOD**

### **Description of Residential and Day treatment Programs**

Walden House offers programs based on the TC philosophy. The residential and day programs share the same TC orientation and structure and the same

array of services. The difference is that clients in day treatment return to their home each day. The Walden House day and residential treatment programs have been described previously (Guydish, Werdegar, Sorensen, Clark, & Acampora, 1995; Guydish, Werdegar, Tajima, Price, & Acampora, 1997).

### **Recruitment, Random Assignment, and Sampler Characteristics**

Details of recruitment, random assignment, exclusions, waiting period, and differential attrition have been reported previously (Guydish et al., 1998). Clients accepted into Walden House during 1992-1994 were screened for eligibility. Those who were court mandated to residential treatment, homeless, or unable to participate for clinical reasons were excluded. Specialized consent procedures were developed so that all clients entering treatment and meeting eligibility criteria were randomly assigned, even though they could have declined participation in research data collection (see Guydish et al. 1998). A total of 534 clients were randomly assigned to day or residential treatment, but 26 were later excluded as protocol violations (Guydish et al. 1998), leaving a study sample of 508. Clients were not scheduled for the baseline interview until they completed 2 weeks of treatment to ensure a minimum level of treatment exposures. Attrition during these 2 weeks was greater among day treatment clients than among residential treatment clients (55% vs. 42%).  $\chi^2(1, N = 508) = 8.05$ ,  $p < .01$  suggesting that residential treatment was more effective for early retention. The study group at baseline included 261 clients.

Approximately 82% of the sample was reinterviewed at 6 months ( $n = 216$ ). 12 months ( $n = 215$ ). Although the follow-up rate was consistent over time, 72% ( $n = 188$ ) of the total sample completed all follow-up interviews. These 188 clients included 89 of the 114 (78%) assigned to day treatment and 99 of the 147 (67%) assigned to residential



treatment, giving a non-statistical difference in follow-up rate by condition.  $\chi^2(1, N = 261) = 3.66, p = .056$ . Research interviewers were collocated at the day treatment site, which provided better informal information about and access to day treatment participants during the follow-up period. Consequently, we believe the non-statistical difference between groups in follow-up rates was due to a slightly better ability to find day treatment participants and not to different characteristics of those who were followed or not followed in each program. Participants who were or were not interviewed at all time points were similar in terms of gender, ethnicity, education, drug of choice, and mean scores for 0 outcomes measured at baseline. Those not interviewed at every time point had a lower mean age than those who were consistently interviewed,  $t(165) = -2.9, p < .01$ .

The sample reported here ( $n = 188$ ) had a mean age of 33.6 years ( $SD = 7.0$ ) AND A MEAN EDUCATION OF 12.2 YEARS ( $SD = 1.8$ ); 32% were women. Over half (58%) of the participants were African American, 25% were White, 13% were Latino or Latina, and 4% were of another ethnicity. Cocaine was the drug of choice for 68%, followed by heroin (14%) and alcohol (10%).

#### **Data Collection and Outcome Measures**

We interviewed clients at baseline and reinterviewed them at 6, 12, and 18 months using the Addiction Severity Index (ASI; McLellan, Luborsky, O'Brien & Woody, 1980), the Beck Depression Inventory (BDI; Beck, 1972), the Symptom Checklist-90-R (SCL-90-r; Derogatis, 1983), and a social support measure adapted from the work of Cohen, Mermelstein, Kamarck, and Haberman (1985).

Outcome measures included ASI composite scores in seven areas (medical, alcohol, drug, legal, social, employment, and psychological) and summary scores for the BDI, the SCL-90-R, and the social support measure. Retention in treatment was calculated as the number of days a client remained continuously in

treatment, from date of admission to date of last treatment. Treatment was considered continuous until the client left and remained out of treatment for 14 days. We compared retention between groups using survival analysis, with 6 months as the completion criterion (i.e. clients completing 6 months of treatment were censored observations).

#### **Data Analysis Plan**

The analytic plan was designed to assess (a) whether changes in outcomes occurred over time, (b) the pattern of change over time and whether change occurred after the 6-month follow-up, and (c) between-groups differences up to 18 months postadmission. Because we were interested in patterns of change in outcomes over time, we included 6-month outcome data in these analyses, yielding a total of four assessment points.

#### **Comparison of study groups at baseline.**

As the present sample (i.e. those who completed 6-, 12-, and 18-month interviews) differed from the sample previously reported (i.e. those who completed the 6-month interview only: Guydish et al... 1998), we compared the two groups on demographic and outcome variables measured at baseline and on retention in treatment.

#### **Assessment of change overtime**

We used multivariate analysis of variance (MANOVA) procedures to assess differences simultaneously for all outcomes and across all time points. With this MANOVA, which included terms for time (the four time periods) and setting (day vs. residential) we examined the Time X Setting interaction. This was followed by a series of 10 multivariate repeated measures analyses, 1 for each individual outcome, to determine whether significant changes occurred across all four time periods. Each analysis included two levels of assignment (day vs. residential), four levels of time (baseline and 6-, 12-, and 18-month follow-up) and a

term for time in treatment (<6 months vs. > months). The latter term was used to assess whether time in treatment had a differential effect on outcomes in the two settings. This analytic step indicated whether significant change occurred across all outcomes and all time points simultaneously and then whether significant change occurred for each outcome individually across all four time points.

### **Assessment of pattern of change**

For those variables showing significant change over time, where did the change occur?. Historical drug abuse outcomes research suggests that most change would occur from baseline to 6-month follow-up and that few changes would occur thereafter (Hubbard et al., 1989; pp. 99-125). To test the hypothesis that little change would be observed over the last three time points, we performed a second MANOVA for all outcomes simultaneously but included only data for the last three time points (6, 12, and 18 months). This analysis included examination of main effects for setting and time period and examination of the Setting X Time Period interaction. This was followed by a series of multivariate repeated measures analyses to determine, for each outcome, whether significant change occurred from 6 months to 18 months.

### **Assessment of between-groups differences**

We assessed between-groups differences on follow-up using a series of 10 analyses of covariance (ANCOVAs), one for each outcome, and controlling for the baseline level of the outcome variable being tested. Each ANCOVA included a three-level variable for time period (6, 12, and 18 months) and a two-level variable for assignment (day vs. residential). We applied ANCOVA procedures rather than repeated measures analyses because the latter are concerned with the average differences at baseline and follow-ups, bring baseline differences into the test of differences at follow-up, and in this sense give undue

weight to differences observed at baseline. By adjusting for baseline differences, the ANCOVAs more directly addressed the question of how the groups differed at follow-up.

## **RESULTS**

### **Comparison of Study Groups at Baseline**

Participants assigned to day (n = 89) or residential treatment (n = 99) were not significantly different on age, gender, ethnicity, or drug of choice and did not differ on most outcomes measured at baseline. The groups did differ on social support, such that clients in day treatment had greater support (M = 43.66, SD = 10.07) than those in residential treatment (M = 40.54, SD = 9.99),  $t(186) = 2.11, p < .05$ .

In survival analysis, the mean time to dropout in day treatment (108.1 days) was not significantly different from that in residential treatment (119.7 days), long-rank  $\chi^2(1, N = 188) = 0.345, p = 0.56$ .

In this analysis, 37% (n = 33) of day treatment clients and 38% (n = 38) of residential treatment clients completed 6 months of treatment. At 12 months, 15 clients (17%) were still in day treatment and 9 (9%) were still in residential treatment. At 18 months, 2 clients remained in day treatment and none were in residential treatment.

### **Assessment of Change Over Time and Patterns of Change**

Results of the assessment of change over time and patterns of change are best understood in the context of each other. By reporting both sets of analyses in Table 1, it is possible to show which outcomes demonstrated change over all time points and which demonstrated change over the last three time points only.

### **MANOVAs**

The MANOVA testing all outcomes across all time periods was significant,  $F(30, 138) = 6.34, p < .001$ , Wilks's L = .42. The second MANOVA, which tested all

**TABLE 1**  
**Repeated Measures ANOVA Results Comparing Mean Outcome Scores and Standard Deviations Over Time**

Measure and group	BASELINE		6 MONTHS		12 MONTHS		18 MONTHS		p VALUES FOR MEASURES ANOVAs	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	All interviews	Last 3 interviews
<b>ASI</b>										
Medical	0,35	0,35	0,26	0,34	0,20	0,32	0,19	0,32	<.001	ns
Employment	0,85	0,21	0,78	0,25	0,70	0,28	0,63	3,30	<.001	<.001
Legal	0,16	0,19	0,08	0,16	0,06	0,16	0,05	0,13	<.001	ns
Alcohol	0,19	0,22	0,11	0,17	0,12	0,19	0,11	0,18	<.001	ns
Drug	0,17	0,10	0,10	0,09	0,09	0,11	0,09	0,11	<.001	ns
Social	0,21	0,23	0,14	0,18	0,16	0,20	0,14	0,19	<.01	ns
Psychological	0,17	0,21	0,18	0,20	0,16	0,20	0,15	0,20	ns	ns
<b>SCL-90-R</b>										
Residential treatment	0,96	0,67	0,64	0,62	0,61	0,64	0,56	0,66	<.001	ns
Day treatment	0,79	0,54	0,76	0,62	0,66	0,59	0,65	0,70	<.05	ns
<b>EDI</b>										
Residential treatment	16,22	8,71	10,43	9,24	9,11	10,15	8,33	8,70	<.001	<.05
Day treatment	14,20	6,99	11,84	9,68	10,93	9,69	9,40	9,46	<.001	.051
<b>Social support</b>										
Residential treatment	40,54	9,99	45,70	9,49	46,47	10,33	47,08	9,98	<.001	ns
Day treatment	43,66	10,07	45,16	9,98	45,77	9,67	45,55	11,17	ns	ns

*Note.: N = 188. ASI composite score means are collapsed by treatment setting. Means for the SCL-90-R, the BDI, and the social support measure are broken out by setting because of significant Time X Setting interactions. ANOVA = analysis of variance; ASI = Addiction Severity Index; SCL-90-R = Symptom Checklist-90-Revised; BDI = Beck Depression Inventory.*

outcomes across the last three time periods, was also significant,  $F(20, 149) = 2.88, r < .001, \text{Wilks's } L = .72$ . Given these overall results, we conducted repeated measures analyses for each outcome, first across all time periods (time period, treatment setting, and time in treatment) and then across the last three periods (time period and treatment setting).

#### **Treatment Setting X time Interaction**

Three significant Time X Setting interactions related to psychiatric symptoms as measured by the BDI,  $F(3, 178) = 2.95, p < .05$ ; the SCL-90-R,  $F(3, 180) = 4.30, p < .01$ ; and the social support measure,  $F(3, 181) = 3.14, p < .05$ . In each case, clients in residential

treatment started out with greater severity than did day treatment clients, so they also had more room to show change. Although this was not a test of between-groups differences, the significant interactions were driven by the low level of change in day treatment compared with residential treatment. These measures are scaled in opposite directions. Improvement on the social support measure is reflected in increasing scores, and improvement on the SCL-90-R and the BDI are reflected in decreasing scores. The pattern of these interactions is seen in Figure 1, where SCL-90-R and social support mean scores are plotted by setting and time period.

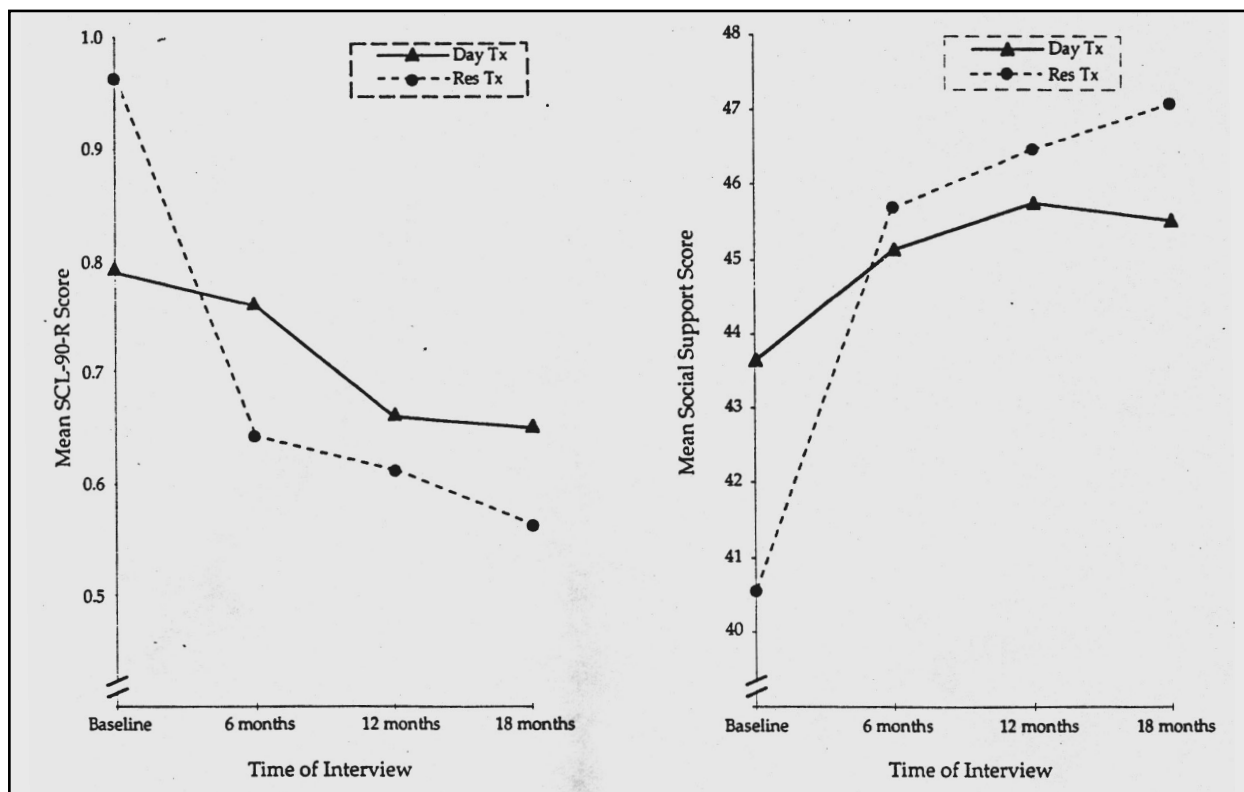
### Main effect for time

Means and standard deviations for each outcome and each time point are given in Table 1. The last two columns give significance levels for the repeated measures analysis of variance (ANOVA) for each outcome, first across all time points and then across the last three time points. For outcomes showing no Treatment Setting X Time interaction, we conducted ANOVAs with treatment setting collapsed. For outcomes showing Treatment Setting X Time interactions (the BDI, the SCL-90-R, and the social support measure), we conducted ANOVAs separately by treatment group.

Analyses including all time points indicated a strong effect for time for all outcomes, with the exception of the

ASI psychological composite score (see Table 1). Analyses including only the last three time points indicated significant changes for the ASI employment composite,  $F(2, 183) = 24.71, p < .001$ , and for the BDI, which was broken out in this analysis by assignment to residential treatment,  $F(2, 95) = 3.73, p < .05$ , and day treatment,  $F(2, 86) = 3.08, p = .51$ . For most outcomes, change occurred in the first 6 months after admission and was maintained to 18 months. This dominant pattern of change can be seen in Figure 2, where ASI drug and alcohol composite means are plotted against time for each treatment group. On measures of employment problem severity and depressive symptoms, mean scores continued to decrease significantly from 6 to 18 months.

**FIGURE 1**  
Mean SCL-90-R (A) and social support (B) scores by treatment setting and time period. SCL.90-R= Symptom Checklist-90-Revised; Tx=treatment; Res=residential



### **Main effects for time in treatment**

There were main effects for time in treatment for three outcomes, such that those remaining in either treatment for at least 6 months had better outcomes than those remaining in treatment for fewer than 6 months. Outcomes showing this time in treatment effect were the ASI drug composite,  $F(1, 180) = 6.21$ ,  $p < .05$ ; the BDI,  $F(1, 180) = 5.23$ ,  $p < .05$ ; and the social support measure,  $F(1, 183) = 6.83$ ,  $p < .01$ .

There was a single interaction of time in treatment with time period for the ASI alcohol composite score,  $F(3, 181) = 4.50$ ,  $p < .01$ . Clients remaining in treatment for fewer than 6 months showed decreasing mean ASI composite scores at baseline and at 6, 12, and 18 months follow-up (0.17, 0.14, 0.14 and 0.13, respectively). Clients remaining in treatment for more than 6 months also showed decreasing mean ASI composite scores at the four time points (0.22, 0.06, 0.08, and 0.07, respectively). This interaction occurred because clients who remained in treatment for longer than 6 months also had higher mean ASI alcohol composite scores at baseline ( $M = 0.22$ ) compared with clients who remained in treatment for fewer than 6 months ( $M = 0.17$ ). As there are no other Time Period X Time in Treatment interactions we regard this interaction as an artefact of baseline differences between those who did and did not remain in treatment for 6 months.

### **Interaction of time period, time in treatment, and assignment**

There was a single three-way interaction, such that clients who remained in day treatment for more than 6 months showed greater improvement on the ASI employment composite score,  $F(3, 179) = 4.16$ ,  $p < .01$ . This is seen in Figure 3, where mean ASI employment composite scores are plotted by time in treatment for both treatment conditions. Although clients in both treatments showed decreasing

employment problem severity from baseline to 18 months, those remaining in day treatment for fewer than 6 months showed the least amount of change. In comparison with clients in residential treatment, clients who remain in day treatment for fewer than 6 months may have relatively worse employment outcomes and those who remain longer than 6 months may have relatively better employment outcomes.

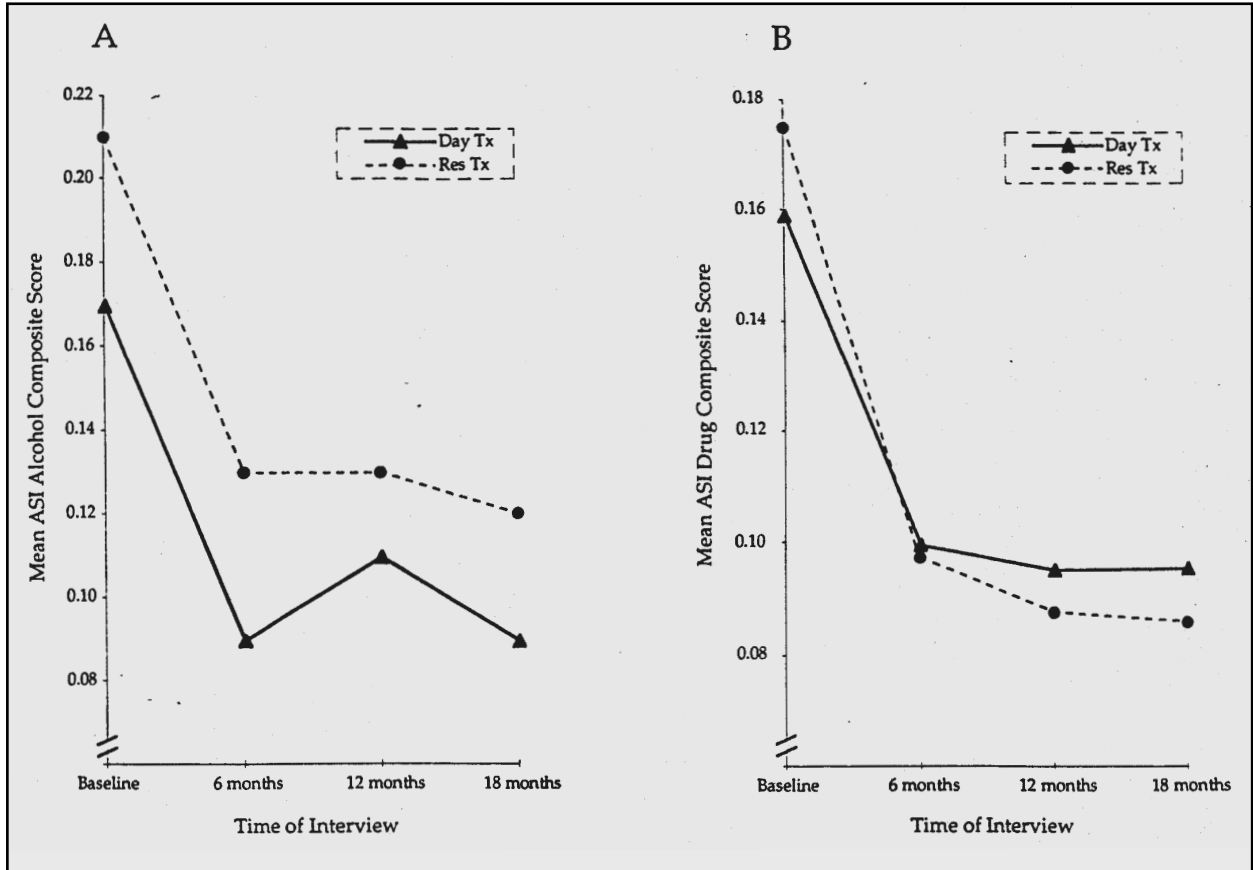
### **Assessment of Between-Group Differences**

For the seven ASI composite scores where there was no interaction of time period with treatment setting, and consequently no difference in pattern of outcomes across time, we collapsed analyses across time period. These analyses asked whether outcomes reported at the three follow-up periods (6, 12 and 18 months) differed between groups, after adjusting for differences at baseline. Each outcome was analyzed separately, with one ANCOVA for each ASI composite. Analyses using the ASI social composite showed a significant difference between groups, such that residential treatment clients had lower social problem severity at follow-up (adjusted  $M = 0.13$ ) compared with day treatment clients (adjusted  $M = 0.17$ )  $F(1, 185) = 4.61$ ,  $p < .05$ .

For the three variables where there was a Time Period X Treatment Setting Interaction (the BDI, the SCL-90-R, and the social support measure), we analyzed between-group differences at each point and for each variable, creating a series of nine ANCOVAs. For the SCL-90-R, the residential treatment group had lower adjusted mean scores at 6, 12 and 18 months (0.59, 0.56 and 0.51, respectively) compared with the day treatment group (0.81, 0.71, and 0.71, respectively). These differences were significant at 6 months,  $F(1, 185) = 8.39$ ,  $p < .01$ ; at 12 months  $F(1, 185) = 3.77$ ,  $p < .05$ ; and at 18 months  $F(1, 184) = 6.02$ ,  $p < .05$ . For the BDI, the residential treatment group had low adjusted mean scores at 6, 12, and 18 months (9.9,

**FIGURE 2**

Mean ASI alcohol (A) and drug (B) composite scores by treatment setting and time period. Tx= treatment: Res-residential



8.6, and 7.8 respectively) compared with the day treatment group (12.3, 11.4, and 9.8, respectively), and these differences were significant only at 12 months,  $F(1, 182) = 4.08, p < .05$ . Last, for the social support measure, the residential treatment group had higher adjusted mean scores at 6, 12, and 18 months (46.4, 46.9, and 47.9, respectively) compared with the day treatment group (44.4, 45.2, and 44.7, respectively), and these differences were significant only at 18 months,  $F(1, 185) = 5.18, p < .05$ .

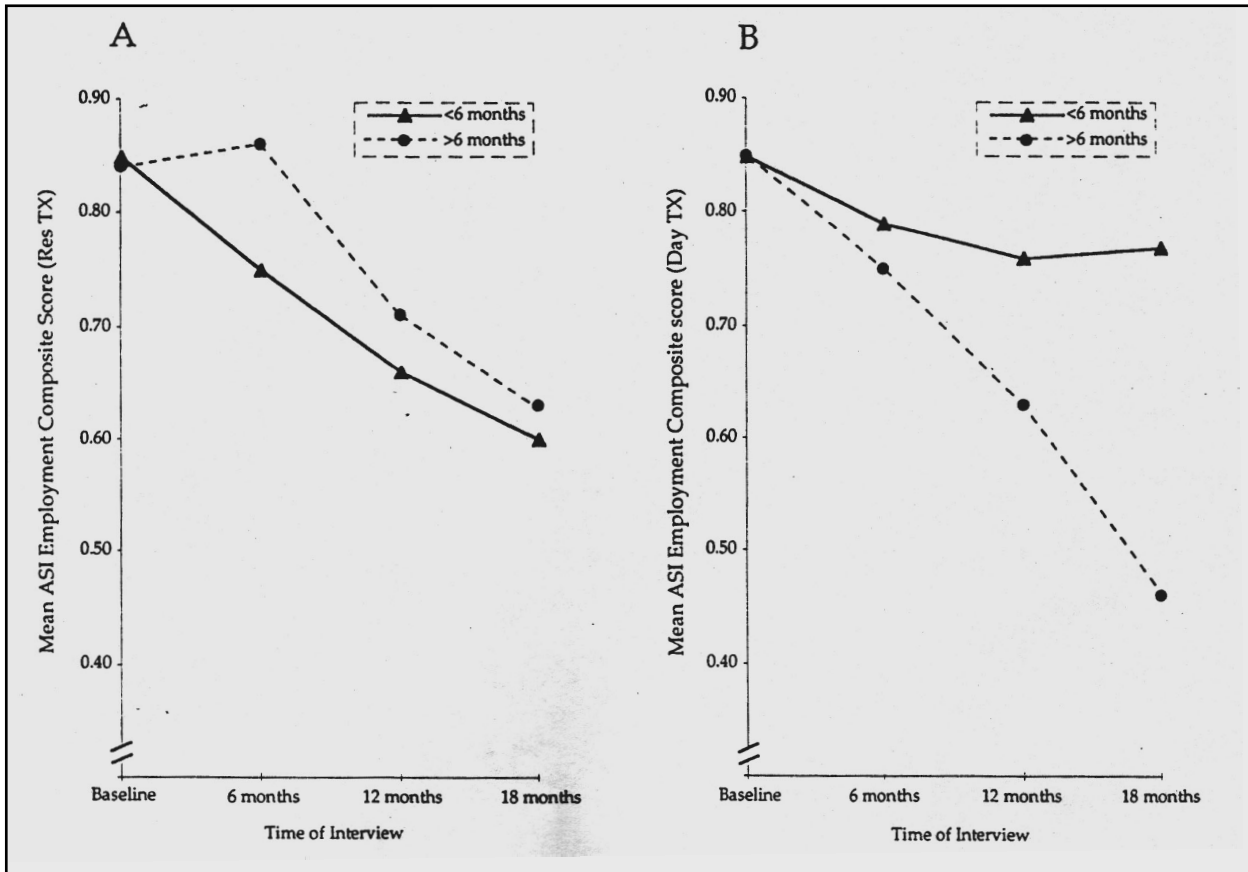
## DISCUSSION

In this 18-month follow-up of clients randomly assigned to day and residential treatment, both groups

showed change over time on most of the outcomes measured. Exceptions were the ASI psychological composite and the social support measure, both of which showed little or no change. For most outcomes, change occurred from baseline to 6 months and was maintained up to 18 months. Exceptions were the ASI employment composite and the BDI, both of which showed improvement after 6 months. The finding of change in the first few months, followed by maintenance of change, is consistent with prior treatment outcomes research (Hubbard et al., 1989). Between-group differences were found for four outcomes. First, residential treatment clients had low ASI social composite scores, averaged over the three

**FIGURE 3**

Mean ASI employment composite scores by treatment settings time period and time in treatment for residential (A) and day (B) treatment groups. ASI= addiction Severity Index: Res-residential Tx-treatments



follow-up points, compared with day treatment clients. Second, residential treatment clients had fewer psychiatric symptoms (on the basis of the SCL-90-R) at each follow-up. These differences, found previously (Guydish et al., 1998), are robust and persistent. Third, residential treatment clients had greater social support at the 18-month follow-up only. The pattern of adjusted means reflects increasing difference between groups over time, suggesting a possible cumulative effect of treatment assignment on social support. Last, the between-group difference found at 12 months on the BDI is discounted in our view because the adjusted means suggest similar levels of change over time in each group.

In summary, clients assigned to residential treatment showed better outcomes on measures of psychiatric symptoms and social problem severity, and there is a suggestion of better outcomes on social support. The remaining measures (ASI medical, legal, employments, psychological, drug, and alcohol composites and the BDI) showed no indication of better outcomes for either group.

Considering the overall pattern of findings, we conclude that clients assigned to day treatment did not have significantly different outcomes from clients assigned to residential treatment. This does not imply that both conditions were equally effective. The finding that treatment dropout during the first 2 weeks was

lower in the residential treatment group suggests that this treatment may be more effective for early retention. The differences that emerged for social problem severity and psychiatric symptoms are consistent with findings from the alcoholism treatment literature that more intensive treatments may produce greater benefit for clients with more severe deterioration and less social stability (Miller & Hester, 1986). The apparent advantages of residential treatment on psychiatric symptoms and social problem may have effects on relapse, treatment recidivism, or other outcomes that we did not measure. However, in the present study, - and consistent with previous randomized trials- there were few differences in outcomes between day and residential treatment (Alterman et al., 1996; Bachman et al., 1992).

Limitations of this study include compromised group equivalence due to differential early treatment dropout, restricted generalizability due to exclusion criteria, and the absence of biological verification of self-reported drug use (Gwydish et al. 1998). One consideration for future research concerns the need for cost data. Randomized trials in drug abuse treatment frequently conclude that there is no difference in outcomes produced by comparison programs. Such conclusions can have only limited impact on the nature of treatment provided, unless treatments yielding similar outcomes are known to have different costae, cost-benefit, or cost-effectiveness.



## RESULTADOS DE LA GESTIÓN    OUTCOME MANAGEMENT

**Walburg , J.A.**

Trimbos-institute Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

### **Contenido**

- Introducción
- Desarrollo de la Gestión de Resultados en el Sistema de Atención de la Salud
- Un modelo de Gestión de Resultados en Atención de la Salud
- Gestión de Resultados y Gestión de Calidad
- La Implementación de la Gestión de Resultados
- ¿Sirve la Gestión de Resultados?

## INTRODUCTION

In a learning organisation, people acquire knowledge and insights that are directional for the development of their knowledge and skills and their attitude. Knowledge and insights are obtained at work by reflecting on the results of their work, thus also being able to improve these results. This chapter examines how a health care organisation can organise and arrange the work such, that the chance on learning and outcome improvement is large. We present a model for outcome management that builds on the 'outcome thinking' in health care and on what in the business world is coined 'performance management'.

### 3.1 The development of outcome management in health care

Florence Nightingale does not have to take her fame only from her exemplary dedication to her patients. She was the one, who also introduced outcome indicators to health care. During the Crimean War, she collected figures on wounded soldiers that passed away and brought the mortality rate into context with the medical care these wounded soldiers had received. She discovered that good nursing reduced mortality from 32 percent to 2 percent. After she had broken down her research in more detail, she was able to demonstrate that health care outcomes were related to hygiene. Ever since that time, there was more interest for the quality of care in hospitals.

In 1914, Dr. Codman, a surgeon, made an important next step. He believed that the result of the care was the only thing that really counted in the assessment of a hospital. By measuring results, one should detect where errors occurred and subsequently prevent them from reoccurring. In particular, Codman concentrated on the indicator 'hospital mortality', differentiating between unavoidable and avoidable deaths. He believed the latter to be connected to the quality of the provision of care. As a result of his criticism on health

care, Codman was expelled and founded his own hospital: The End Result Hospital.

Even though many hospitals in the US and in Europe had since continued the use of result indicators, the introduction stranded in the discussion about the value of this type of indicator. One realized that care outcomes also depended heavily on other factors than the provided care itself; i.e. factors such as the severity of the medical problem, the condition of the patient, age and gender, etc.. The movement which was aimed at the improvement of quality thus did not continue building on the outcome indicators. More and more an orientation towards structure and process characteristics developed. Between 1940 and 1970 the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (JCAHO) emphasized above all structure standards. In the Netherlands, we observe the same strong focus on processes and structures through the Foundation for the Harmonisation of External Quality Review in Health Care (HKZ) and the Netherlands Institute for Accreditation of Hospitals (NIAZ), organisations that ensure systems of process assurance. Even if one uses increasingly more indicators as measurable elements of care which give indications about quality, these are in fact exclusively process indicators.

Three events in the eighties did return the focus once again to outcomes. For one, an article published in the *New York Times* in 1986 listed the mortality rate of hospitals in the United States. This article created much commotion and right away the JCAHO in 1987 launched the *Agenda for Change*, aimed at clinical and organisational outcome measurements. The second contributor to the commotion came in the form of publications by John Wennberg about the large regional differences in health care outcomes. The third contributor came from Avedis Donabedian, who, in the eighties, made a clear differentiation between three

aspects of health care: *structure* (the available resources needed to provide care); *process* (the degree to which professionals comply with applicable guidelines) and *outcomes* (the change in a patient's health after treatment). Quality of care then receives a different definition: 'the extent to which care processes raise the chance on patient-desired outcomes and reduce the likelihood of undesirable outcomes, given the present state of medical knowledge' (Des Harnais and McLaughlin, 1994).

Since that time outcome orientation is the predominant quality movement in the United States, with the Joint Commission holding a firm vanguard position. What we see is that the impulse of the outcome orientation is external: the interest of the public and the government in outcomes linked with the need for cost reduction, increased competition and the developments in the field of data collection and processing.

Care organisations follow this trend, but do not yet succeed in converting outcome orientation into an internal management system. Forms of outcome management developed only in dribs and drabs in the field of somatic care (Nelson et al., 1998) and in the mental health sector (Joint Commission, 1998, Lyons et al., 1997). The habit to publish care outcomes, adjusted to account for *case-mix*, by hospital and even by specialist is becoming increasingly widespread, particularly through the Internet. Health care presently is still fully oriented towards process and structure and most health care organisations try to substantiate their quality policy through certification and accreditation. Several care organisations introduced the EFQM, but often without including clinical outcomes in the business results.

### **3.2 A model for outcome management in health care**

What is known as 'performance management' in business is applied to, in health care, in particular to

production and finances. We have seen already that the primary concern in health care is the prevention and treatment of illness. Consequently that is what performance management in a care organisation will have to be geared at. The traditional limitation of the planning and control department to financial and production parameters must be removed so that the department will also be involved in a thorough and reliable measurement of care results. Performance management in health care thus relates especially to care outcomes, which is why we use the term 'outcome management'.

By outcome management we understand the continuous improvement of care outcomes of the best care processes possible, with the most efficient use of resources. This definition indicates that what matters is:

- the continuous improvement of
- care outcomes of
- carefully designed – evidence-based - care processes at
- the most favourable cost.

The core of outcome management is to give teams and treatment professionals feedback/information about the outcomes of the care processes they have handled. The relevant questions are (Joint Commission, 1998):

- What are the outcomes for the individual patient who undergoes treatment? Which processes contribute to these outcomes?
- What are the outcomes for a certain population and which processes contribute to these outcomes?
- What are the outcomes for a certain group of patients who share certain characteristics (e.g. age, co-morbidity, health condition), and which processes contribute to these outcomes?
- What are the outcomes connected with a certain treatment or approach, and what are the contributing processes?

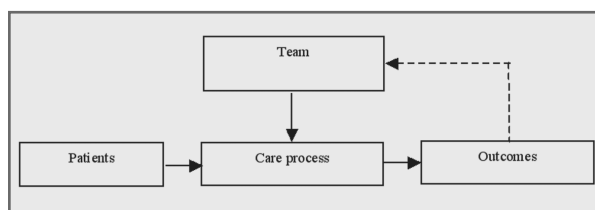
The elements of outcome management are:

- the patients
- the care team
- the care process
- the outcomes

These elements combined form a clinical microsystem. Such a system is defined as: 'A small group of people who regularly work together to provide care to a certain patient sub-population. The system has clinical and business-related objectives, interlinked processes and a similar information environment and it sees to it that outcomes are produced. Microsystems develop over time and are often embedded in larger organisations. They are complex, self-adaptive systems and perform the primary tasks that ensue from the central objectives, meet the needs of the employees and maintain themselves as clinical units' (Nelson et al. 2002).

The connection between these elements is reflected in Figure 3.1.

**FIGURE 3.1**  
**First feedback cycle, the clinical microsystem**



Patients enter a care process in a certain state of health. This state of health changes (preferably improves) or stabilizes under the influence of a treatment professional or a team of professionals in charge of the treatment. The change in the patient's health is determined in terms of care outcomes. We shall deal with the various elements of clinical microsystems in more detail.

- **Patients.** In order to begin treatment, insight into the health of the patient is needed. This insight is also needed to assess the outcomes. Countless factors influence the results of the care process, e.g. the severity of the illness, gender, age, the physical condition and the social background. This is also referred to as the case mix, which is established ahead of treatment and which differs for each care process and each patient. This allows the analysis of differences in outcomes in their relation to patient characteristics.

- **Care team.** In health care different professionals work together in an interdependent relationship with a common goal: the recovery of the patient. That is what makes them a team. In order to be able to function as a team, a number of organisational and socio-psychological factors must be met, such as clear responsibility for the care process, a shared insight into and vision of that process, cooperation, joint evaluation of the results and experiencing an environment in which the results of the care can be safely discussed. The care team is responsible for the implementation and improvement of the care process and thus is the entity which receives the information about the results of that care process.

- **Care process.** The care process is the intervention carried out by the team in order to accomplish an improvement in the patient's health. The care process is regulated by a number of professional guidelines. In the context of outcome management it is important that the care process is documented, for example, in a flow chart, making it possible to connect the results with a certain process phase or component. Documentation can also occur through protocols or clinical pathways. The care process can be assured through certification or accreditation.

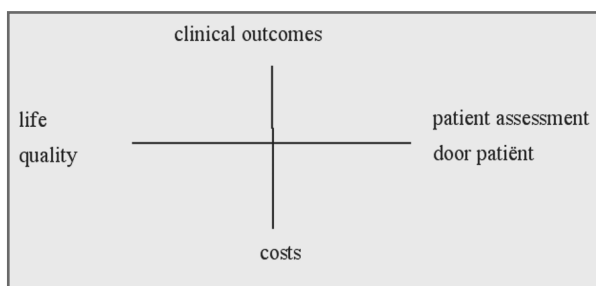
- **Outcomes.** Outcomes are patient characteristics that can change as a result of treatment. Outcomes

must indicate the immediate consequences of an intervention, but also the consequences in the longer term, especially with chronic diseases.

There is a difference between outcomes that are part of a certain clinical picture (illness-specific clinical outcomes), and outcomes that are more general in nature, e.g. relating to life quality. Additional aspects important in the evaluation of the results of a care process are its assessment by the patient and the costs of the process.

That brings us to an outcome quadrant that can vary per illness and per patient (see Figure 3.2).

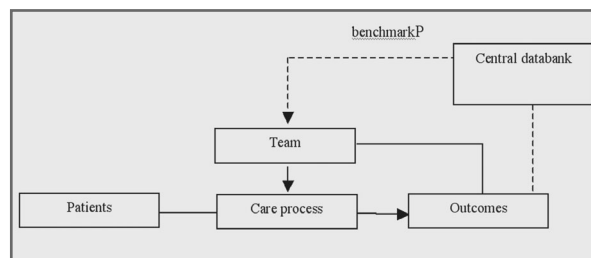
**FIGURE 3.2**  
Outcome quadrant



These outcomes, in their interrelated connection, related to patient characteristics, are fed back to the care team. To make the outcomes more significant they are compared with a norm in the form of a previously formulated goal. However, it is also possible to compare the outcomes with the results of other teams responsible for implementing a comparable care process. The outcomes are subsequently collected in a central databank, allowing the team to compare its results with those of other teams and to conduct an analysis of care processes that produce better outcomes. That way, the average of the results supplied by the institution also could become the standard. Or, if excellence is aspired, the best results

could be set as the standard. That is what we refer to as the second feedback cycle (see Figure 3.3).

**FIGURE 3.3**  
Second feedback cycle



Hence outcomes can be supplied by more teams and compared with the outcomes of other teams with the help of the central databank (see Figure 3.4).

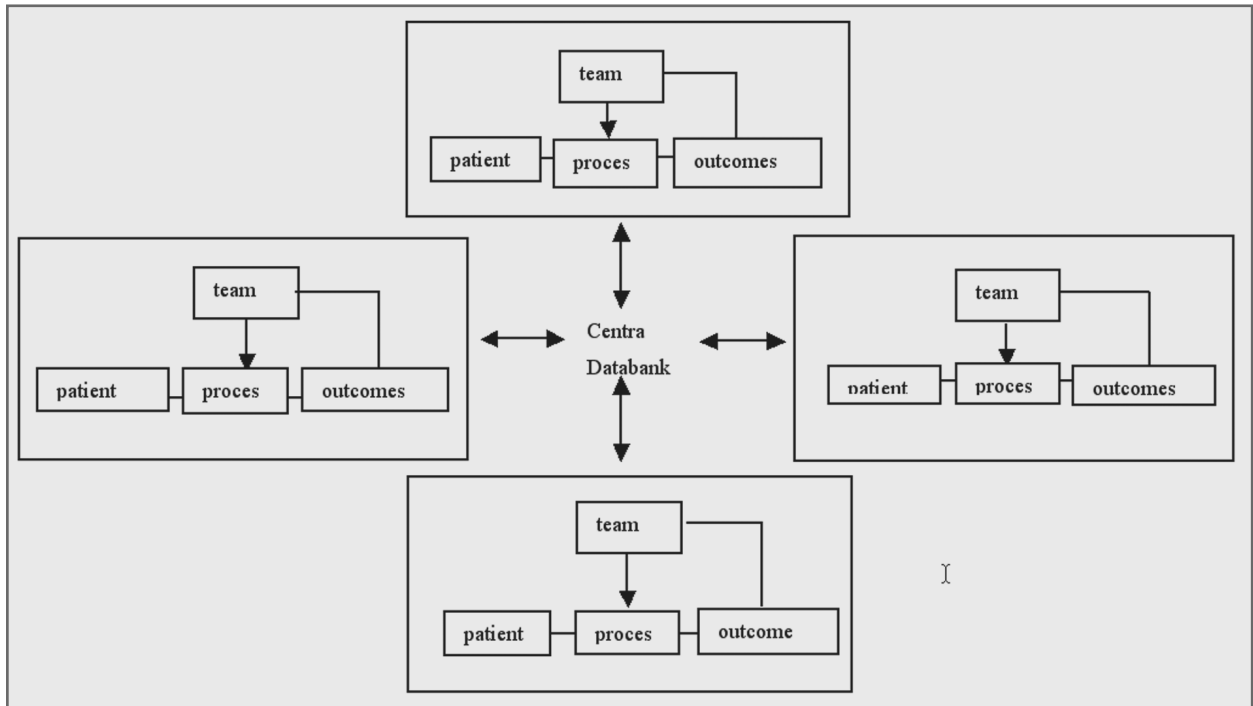
A third feedback cycle is created on account of the fact that the data in the central databank can systematically be consulted by experts to conduct meta-analyses of the results. These meta-analyses can lead to the adaptation of guidelines for specific patient groups or specific settings in which treatment takes place.

This is how outcome management contributes to the development of a particular specialist field (see Figure 3.5).

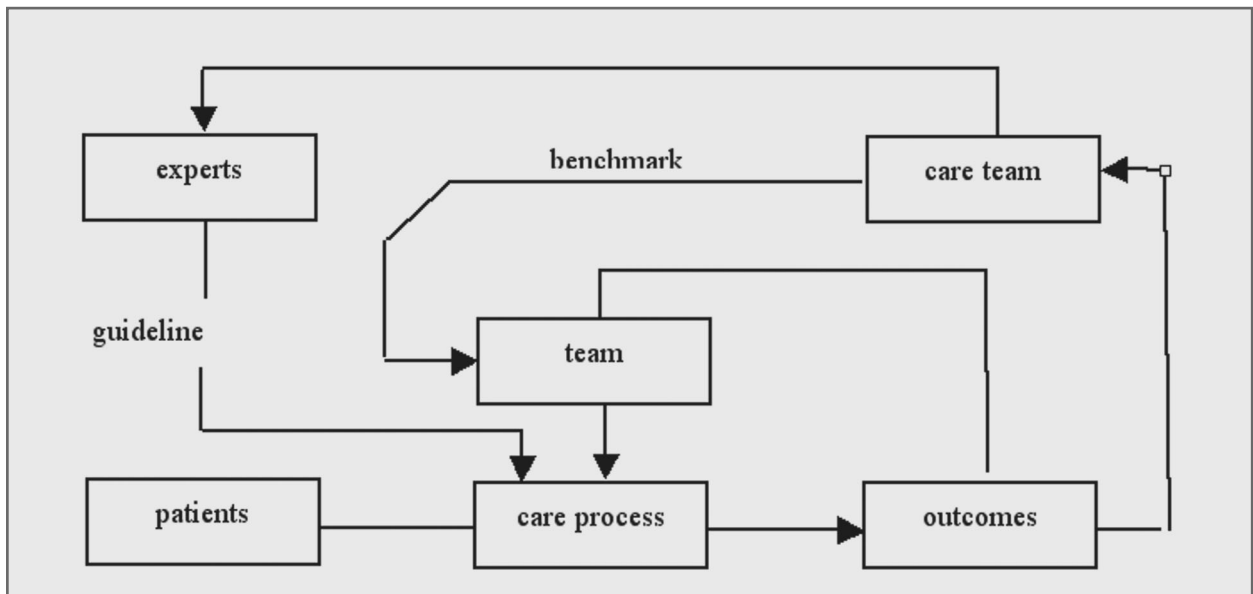
Outcome management is principally geared at organisations and teams that provide care and improve and assess their results with the help of outcome management. An organisation/team may decide to publish their results in one form or another for the benefit of the patients, financial sponsors or the government. The reactions on the outcomes that will come from these stakeholders create the fourth feedback cycle (see Figure 3.6).

Although there is a great deal of interest in a safe and 'unthreatened' discussion of results between health care professionals, it is virtually impossible to disregard

**FIGURE 3.4**  
Clinical benchmarking of outcomes



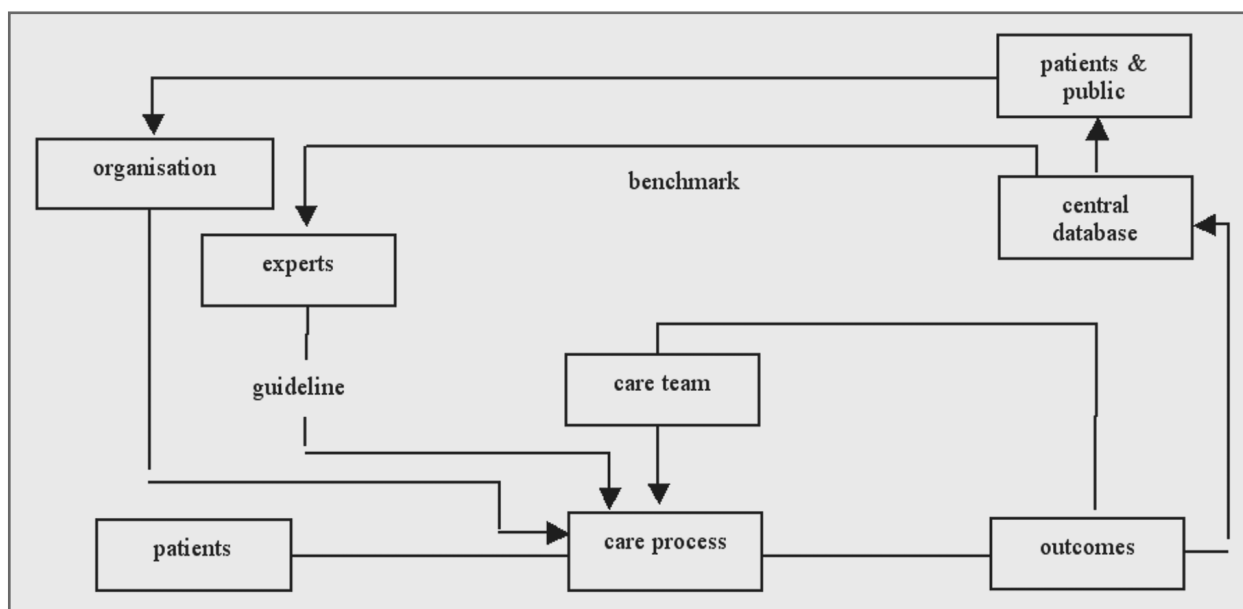
**FIGURE 3.5**  
Third feedback cycle



the interest of other stakeholders in these outcomes. They too could be involved in a dialogue such that their

involvement leads to an improvement of the care process. With sponsors, for example, the financial

**FIGURE 3.6**  
The fourth feedback cycle, the community



consequences of qualitative better care could be discussed; with the government the funding of e.g. preventive care; with patient organisations the outcomes of the patient assessment research, and with scientists the need for additional scientific know-how.

### 3.3 OUTCOME MANAGEMENT AND QUALITY MANAGEMENT

Outcome management is to be regarded as a form of quality management. After all, what matters is the continuous improvement of the organisation's performance. In the following we will position outcome management in comparison with commonly used quality models.

#### Quality improvement on a project-by-project basis

A quality project is a temporary, structured and team-oriented activity involving various people and components of an organisation and is aimed at the improvement of this activity. Quality improvement on

a project-by-project basis involves the identification of a problem in operational management, with a team using the Plan-Do-Check-Act cycle to find the solution. The search for the solution takes place by carefully mapping the process, measuring process characteristics, analysing the cause of problems, brainstorming about and weighing possibilities for improvement, implementing the desired change and objectively determining the improvement; after which the next cycle can begin.

The same principles are used in outcome management where team orientation, focus measurement and applying the PDCA-cycle are concerned. The difference lies in the organisation-wide application of outcome management, care teams instead of ad-hoc teams and the continual character of the improvement actions that refer to all aspects of care. Outcome management applies all principles of the project-by-project based improvement in a wider framework.

### **Quality assurance through accreditation and certification**

Quality assurance aims especially at systematizing and documenting the operational processes. As basis for documenting these processes, most care organisations use the ISO scheme, which – in its modern and revised version – aims more than ever at improving and designing the Plan-Do-Check-Act cycles for various subjects.

Accreditation involves an external review to establish the extent to which the organisation meets the rules and standards of its own sector. In a certification this review is performed by external, independent inspectors.

In outcome management too, it is important that processes are documented in order to facilitate a stable delivery and the comparison of processes with one another, and this is where certification or accreditation comes in very appropriately. Moreover, the new generation of ISO-based certification schemes is considerably more outcome-oriented.

### **Integral quality models such as the EFQM/INK model**

The EFQM model focuses on result areas: customer assessment, employees and the community and operational results. In order to obtain results in these areas, carefully managed processes are required, steered by the management of the organisation: policy and strategy, resource management and personnel policy. This model is applied quite broadly in the Dutch health care sector, providing more orientation for managers than for professionals. For professionals, it often is too abstract a model with too small a connection to the primary process. It is striking that clinical results nowadays are rarely included in the business results, which focus more on financial and management indicators than on outcome indicators. Outcome management has the same organisation-wide ambition of achieving continuous improvement

and focuses much more on care results. A good combination would be if the organisation were to take the EFQM model as basis, working out elements with the help of outcome management principles that are more connected with the delivery of the care.

### **Professional quality improvement**

Professionals have their own tradition of quality improvement, particularly based on education, professional registration and intercollegial peer-review. These activities are often initiated by scientific associations of the various professional groups. In outcome management the care professional in his team takes centre stage. The professionals receive information about the outcomes and they decide which improvements are possible and what is required in terms of know-how and skills. Outcome management is enhanced when care professionals invest deeply in their knowledge and skills. This investment is determined on the one hand by what professional groups deem necessary, and on the other by the shortcomings encountered during the delivery of the care. Table 3.2 summarises the similarities and differences once more. The conclusion is that outcome management can easily be combined with traditional quality systems and that both are mutually reinforcing. The integration of the various models from outcome management takes place in the contribution by the quality systems to the improvement of the care results.

## **3.4 THE IMPLEMENTATION OF OUTCOME MANAGEMENT**

Outcome management can be described as: 'a partnership between managers and individuals and teams who, through the use of dialogue, develop a common agreement about expectations and goals' (Armstrong, 2001). It is a process of development that leads to an agreement about the necessity for development and improvement. It also enables



**TABLE 3.2**  
**Outcome management and quality systems**

	<b>SIMILARITY</b>	<b>DIFFERENCE</b>
Project system improvement	Structured Team-oriented Based on objective measurements	Scope and impact Ad-hoc team instead of care team Continuous instead of incidental
Quality assurance	Process documentation Application of PDCA-cycle Review of standards	Particularly focused at care results Instead of processes Review of results
EFQM	Continuous improvement Organisation-wide	Managers and especially top management-oriented instead of aimed at professionals Focus on business results instead Focus on care process results
Professional quality	Education, training, testing	Especially process-oriented instead of outcome-oriented

employees to control and develop their own performance, guided and supported by supervisors and the organisation. In that sense it is a holistic process which relates to all aspects of the business, including personnel policy and the strategic policy of the organisation. This is not so much a matter of an administrative system, but of the behaviour of supervisors, individual employees and teams. Outcome management focuses on results, but also involves processes and competences of people.

The basis of outcome management therefore is, on the one hand, that employees contribute fully to the realization of the goals of the organisation if they know and share these goals and participated in their development. And on the other hand, that the realization of the goals depends on the competences of the employees and the degree to which they are supported by the organisation and their supervisors in terms of resources, processes and systems.

Outcome management thus fails and succeeds with the interpersonal relationships between supervisors and individuals and teams, between team members among each other and between teams and their parties involved. With the implementation of a management system that is very purposively focused on result improvement, it needs to be emphasised that the results are obtained by employees and that their contribution depends on the quality of the leadership, their motivation, clarity about what is expected of them, their knowledge, competences and skills, and the way in which they are influenced by the organisation. This means:

- thorough management training;
- promotion and enhancement of staff motivation through involvement, room for individual development and reward for good performances;
- clear roles and job descriptions which indicate (distribution of) responsibilities;

- continuous training and coaching of employees, and services by the management that are experienced as staff-supportive, such as personal and administrative affairs.

Although the temptation is great, we do not want to delve deeper into these aspects of general management. This book concentrates in particular on the microsystem that comes closest to the primary process, which is involved in the care for patients.

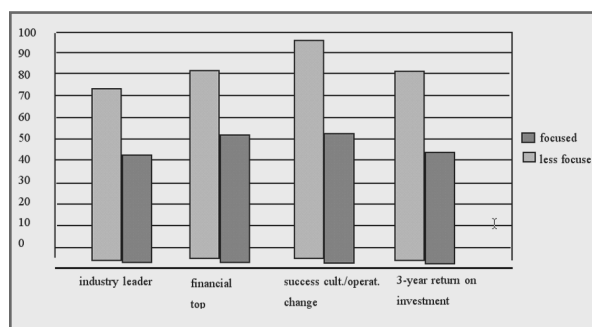
### 3.5 DOES OUTCOME MANAGEMENT WORK?

In health care we especially would love to apply those interventions whose effectiveness is scientifically proven, i.e. evidence-based. But what do we know about the effectiveness of management systems? How effective is outcome management? Are there indications that outcome management does indeed result in improved performance? Let's look at the world of business first.

Some time ago, the results of a performance management study by Arthur Andersen in several larger organisations were published (De Waal, 2001). Performance management is a management philosophy strongly focused at obtaining good and sustainable business results. Performance management begins with a strategic process that takes internal and external factors into account and arrives at clearly defined and measurable strategic goals. These goals are subsequently operationalised. The principal strength of the model lies in the systematics of performance measurement and performance assessment, the periodic assessment of the performance in order to be able to take timely action. This system is supported by a reward structure which is based on the contribution made by the employees to the performance of the organisation. One of the studies dealt with the question: do organisations that have implemented systematic performance management do better than

organisations that have not implemented performance management at all, or have implemented it in a less systematic manner? The comparison generated the picture described in Figure 3.7.

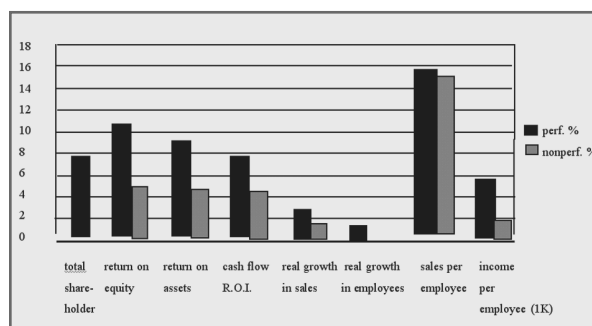
**FIGURE 3.7**  
Effects of structured performance measurement



The organisations that had focused on performance measurement achieved considerably better results on all indicators.

The study which involved over 400 businesses also compared the performances and particularly the financial results between the businesses that did or did not have a formal performance management system. De Waal (2001) in his below-listed summary of advantages concludes the following (see Figure 3.8):

**FIGURE 3.8**  
(Non)performance of management-oriented organisations (De Waal 2001).



- the strategy is translated into clear, measurable goals;
- the timely signals lead to actions before real problems can arise;
- good information facilitates delegation;
- performance management supports the principle of the learning organisation through the orientation towards continuous improvement;
- the culture of the organisation is influenced by the fact that the members of the organisation are aware of what is important.

Outcome management in the health care sector is not applied and evaluated on a systematic basis. Articles on outcomes can be grouped into a few categories.

#### **Effects measurements**

These are the typical clinical trials which examine whether there are differences in outcome between two or more treatment forms. They do not involve systematic feedback to treatment professionals. Results are published only long after treatment has occurred and little is reported about the implementation of the findings.

#### **Diagnostics measurements**

These measurements focus on identifying non-treatment related factors that may influence outcomes. As regards feedback and results, the same applies as was mentioned above with reference to effects studies.

#### **Quality improvement projects**

A care team identifies a problem and corrects it, using the PDCA-cycle. Many articles have been published about that, virtually all of them success stories. The improvements reported are mostly process improvements: shorter waiting times, better flow, and shorter bed occupancy. A project that has 'ended' per definition mostly stops after the realization of the desired improvement. These results include an indication of the capacity of (project) teams to accomplish improvements.

#### **Outcome management**

Research is being conducted on the effects of elements of outcome management such as benchmarking. However, no studies have been carried out on the effects on health care results.

#### **Application of guidelines**

A number of studies were conducted regarding the effects that feedback has on the degree to which social workers apply guidelines or protocols. The results of these studies mainly show positive effects of such a form of feedback. An example is a study into the effects of feedback on drug workers in a drug rehabilitation clinic, where the application of guidelines increased from 42% to 81% (Andrejewski et al. 2001).

#### **Systematic forms of outcome management**

A number of studies were conducted regarding the effects of a more systematic form of outcome management. Some examples follow below. One research looked into the effect of measuring the degree of coverage of vaccination programs and giving feedback. Between 1988 and 1994 the number of vaccinated children aged two were compared with unvaccinated children of the same age, with annual feedback given to the programs responsible for the vaccination in a particular state (Georgia). Both Georgia and the rest of the United States in 1988 started out with the same coverage, namely 53%. In 1993, the domestic average was 60%, but 90% in Georgia. The authors explain the difference with the systematic feedback the Georgia programs had received in those years (Le Baron et al., 1997).

We are on the trail of yet another important element here. Not only is it vital that indicators are present and that data are gathered. Feedback for the teams responsible is equally important. The way and the frequency in which feedback is provided determine whether or not permanent improvement processes are created.

Another study between 1994 and 1998 examined several diabetes patients, with treatment staff receiving information on a yearly basis about several process and outcome indicators. The results show that in a number of process measurements improvements did occur in terms of lab studies and medication, but not in outcome measurements such as acute heart attacks, brain haemorrhages or foot amputations. There was no control group (Petiti et al., 2000).

Also at team level the effects of feedback on the outcomes on feedback on results were examined. In one of the few controlled studies at team level into the effects of feedback, 609 psychiatric patients were split up in four groups. In two of the groups, treatment staff received feedback, in the two control groups, no feedback was given. Providing feedback on outcomes prolonged the treatment time and improved the outcomes in patients with a negative prognosis. In the feedback group, twice as many patients showed considerable improvement compared to the patients in the control group, and three times fewer patients became worse. Feedback in patients with a good prognosis led to shorter treatment times with the same clinical outcomes (Lambert et al. 2000). Incidentally this study also illustrates the importance to measure patients variables (prognosis) as well as process and outcome indicators.

These studies do not allow hard conclusions about the extent to which outcome management improves health care results.

Much can be said against the attempts of earlier days to gear professionals to results. Indicators are of dubious quality and oversimplified indicators are chosen to make measuring possible. The context in which outcomes are applied also is too simple: results are fed back without attention being paid to other aspects such as guidelines, quality systems, process indicators and built up team involvement.

A few studies suggest that feedback can be useful when provided by a respected professional using evidence-based guidelines and if it fits within a policy of continuous improvement (Grol, 2001). This assumption is strongly supported by an analysis of sixteen review articles measuring the effects on the improvement of health care, achieved through a combined approach: both evidence-based processes and attention to training and the application of principles of integral quality and assurance and feedback on results. This analysis shows that only that combination leads to very significant quality improvements; certainly when compared with the isolated application of these strategies.

Grol (2001), in his review study on research into health care quality improving interventions, concludes: "They all point in the direction of the need for building bridges between the different approaches to quality improvement. There is a need for integrated methods and comprehensive programs that combine, for instance, evidence-based guidelines, clinical pathways, indicators for continuous assessment, and quality improvement projects embedded within a wider quality system of a hospital or a practice."

Although we have not found any evidence in the literature for outcome management as such, it has become clear that a combined approach is the most effective for quality improvement in health care.

Outcome management is a combined approach in the sense that it applies principles of evidence-based, certified or accredited health care processes, professional education and training, feedback on health care results in the context of integral quality or total quality management. In that sense the effect of outcome management is not actually proven as effective, but very promising nonetheless, and research into the cost-effectiveness of this approach is very much desired.

**PROGRAMAS DE TRATAMIENTO DE  
TOXICOMANÍAS EN CORRECCIONALES  
DE CALIFORNIA: UNA PERSPECTIVA  
HISTÓRICA**

**CORRECTIONAL SUBSTANCE-ABUSE  
TREATMENT PROGRAMS IN CALIFORNIA:  
A HISTORICAL PERSPECTIVE**

**Wexler, Harry K.**

National Development and Research Institutes, Inc.

**Prendergast, Michael L.**

UCLA Integrated Substance Abuse Programs

Desde 1990, el sistema de tratamiento de toxicomanías en penitenciarías de California se ha convertido en el más grande de la nación. Como parte del desarrollo de la iniciativa, el *Department of Corrections* (Departamento de Correccionales) de California ha fundado y apoyado varias evaluaciones de estos programas. Como trasfondo a los artículos de este número especial que informa de los resultados de algunas de estas evaluaciones, este artículo examina el declive y el resurgimiento de la rehabilitación en los correccionales en general y, después, detalla el desarrollo de los programas de tratamiento penitenciarios en California. El artículo concluye con comentarios referentes a la mejora de los programas para delinquentes en cuatro áreas: proceso de tratamiento, continuidad de la atención, sistema de integración, y el papel de la evaluación en el desarrollo de política y programa.

Since 1990, the correctional drug treatment system in California has become one of the largest in the nation. As part of the development of the initiative, the California Department of Corrections has funded or supported several evaluations of these programs. As background to the articles in this special issue reporting on results from some of these evaluations, this article examines the decline and revival of rehabilitation within corrections in general and then traces the development of in-prison treatment programs in California. The article concludes with comments on improving correctional programs for offenders in four areas: treatment process, continuity of care, system integration, and the role of evaluation in policy and program development.

Since the late 1980s, corrections thinking in the United States has undergone a major re-orientation in philosophy—a shift away from the almost exclusive focus on security, control, and punishment of the 1970s and early 1980s to a focus that includes programming for rehabilitation and treatment (Wexler, 1994). This recent focus on rehabilitation and treatment was actually a revival of a rehabilitation philosophy that prevailed in the 1950s and 1960s. California was a leader in the earlier period of correctional rehabilitation and has played a prominent role in this more recent nationwide emphasis on treatment as a way to address the drug-crime problem generally and the problem of prison overcrowding specifically. Over the past decade, the correctional treatment initiative in California has become one of the largest of its kind in the nation in terms of the number of offenders receiving treatment. As part of the development of the initiative, the California Department of Corrections (CDC), through its Office of Substance Abuse Programs, has funded evaluations of these programs or has supported evaluations funded by the National Institute on Drug Abuse and the National Institute of Justice. The results of these evaluations have had a substantial influence on policymakers in California and throughout the country with respect to the further development of correctional programming for drug-abusing offenders.

As background to articles appearing in this special issue, the purpose of this article is to discuss the historical context for the shift to a rehabilitation focus within corrections and to trace the growth of the correctional treatment system within California. After an overview of the relationship between drug use and crime, the article examines the decline and revival of rehabilitation within corrections and then examines the two main prison-based treatment modalities, namely, therapeutic communities and cognitive-behavioral programs. Discussion then turns to the development

of in-prison treatment programs in California. The article concludes with some comments on improving treatment programming for offenders.

## **DRUG USE AND CRIME**

Currently, more than 5 million Americans are under criminal justice supervision and more than 2 million are incarcerated, the highest rates in the nation's history both in numbers and in the percentage of the population (Glaze, 2002; Harrison & Karberg, 2003). Data on the relationship between substance abuse and criminal activity have been examined in a number of review articles (Anglin & Perrochet, 1998; Fagen, 1990; Lipton & Wexler, 1988; McBride & McCoy, 1993; Newcomb, Galaif, & Carmona, 2001; Parker & Auerhahn, 1998; White & Gorman, 2000). The Bureau of Justice Statistics (Mumola, 1999) has reported that more than 75% of inmates in state prisons can be characterized as "drug-involved" and that more than 80% of these offenders had been under some form of correctional supervision at least once before. Moreover, just over 30% (31.5%) of the individuals entering state prison in 1996 were parole violators being returned to custody; 31% of these parole violators were returned to prison for a drug offense (Bureau of Justice Statistics, 1999). These rates are considerably higher in some states, including California. A recent federal report estimates that about 70% of people in state prisons need substance abuse treatment, but 45% of state prisons offer no treatment of any kind (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2000). In most cases where treatment is provided, it is minimal. Only 22% of prisons provided treatment in segregated settings, which research has shown is the most effective approach. The lack of adequate substance treatment facilities may contribute to high rates of recidivism. It has been estimated that among the 585,400 persons released from state prison into the community in 2000,

most of them will again commit crimes, with 67% being rearrested within 3 years (Langan & Levin, 2002), many of them with substance abuse problems.

In California—the focus of this special issue—157,979 inmates resided in the state's 33 prisons as of June 30, 2002 (CDC, 2002a). Of these inmates, 24% were incarcerated for a drug offense. Another 21% were incarcerated for property offenses, which in many cases are related to drug use (Lowe, 1995). As of June 30, 2002, 120,336 individuals were on parole in California. Of these, 40% had been incarcerated for a drug offense and 26% had been incarcerated for a property offense (CDC, 2002a). Furthermore, 69% of the individuals entering the state's prison system in 2000 were parolees being returned to custody (with a new conviction or for a parole violation); 33% of these were returned for a drug-related offense or violation (CDC, 2001).

### **FROM “NOTHING WORKS” TO SOME THINGS WORK**

The close relationship between drug use and crime, along with the steep increase in state and federal prison populations—and the associated costs—over the past 20 years, have led many researchers and policymakers to turn to treatment as a way to reduce the adverse public health and public safety consequences of drug use. But advocates of the use of treatment as a crime prevention approach had to first overcome an antirehabilitation bias in correctional thinking. Following a strong rehabilitation focus in corrections in the 1950s and 1960s (particularly in California), during much of the 1970s and 1980s, the field of prison-based substance abuse treatment—indeed, correctional treatment generally—was largely defined by the catchphrase “nothing works.” The belief that correctional treatment is ineffective was based, in part, on the publication of a major report on the correctional treatment literature by Lipton, Martinson,

and Wilks in 1975. The article in *Public Interest* by Robert Martinson (1974) that summarized the main findings of the report, followed by his widely viewed appearance on the “60 Minutes” television program, struck a responsive chord in contemporary thinking about efforts to rehabilitate offenders: “With few and isolated exceptions, the rehabilitative efforts that have been reported so far have had no appreciable effect on recidivism” (Martinson, 1974, p. 25). The idea that “nothing works” had entered professional and popular thinking, engendering deep pessimism about society's ability to rehabilitate offenders.

Martinson's article appeared three years after the exceedingly violent prison riots at the New York maximum-security prison Attica. The riots shocked the public, and drew together liberals and conservatives in a common mistrust of the criminal justice system, especially its ability to make appropriate parole release decisions. Both ends of the political spectrum agreed that judges and parole officials were not to be trusted with making decisions on sentence length and release to the community (Cullen & Gilbert, 1982). The movement toward determinate sentences was the policy response that subsequently contributed to longer prison terms and limitations on judicial discretion. Finally, the series of drug epidemics that occurred periodically from the 1960s through the 1980s led to tougher drug laws, which, together with determinate sentencing, resulted in a steep rise in the prison population through the 1990s.

Although the nothing works assumption prevailed through the 1970s and 1980s, it did not go unchallenged. For example, articles by Ted Palmer (1975) and Paul Gendreau and Robert Ross (1979, 1987) pointed out the flaws in the nothing works case and cited programs that did work. But efforts to present a more balanced view of correctional rehabilitation, including Martinson's retraction of his previous position

(Martinson, 1979), did little to overcome the dominant negative view of rehabilitation. It took more than a decade for the supporters of rehabilitation to gain a serious hearing within policy circles.

Not all prison treatment programs were victims of the nothing works belief, as evidenced by the many evaluations of such programs cited by Gendreau and Ross at the end of the 1980s. Two studies helped lay the foundation for the revival of rehabilitation for prisoners with drug problems. The positive treatment outcomes of the Cornerstone therapeutic community (TC) program in Oregon (Field, 1985, 1989) and the Stay'n Out TC substance abuse treatment program in New York (Wexler, Falkin, & Lipton, 1990), both of which began (perhaps ironically, given the earlier discussion) in the mid-1970s, stimulated considerable interest among correctional administrators and policymakers. Over the next decade, the favorable results from other prison treatment-outcome studies (see below) consolidated the position that effective prison substance abuse treatment, particularly when followed by treatment in the community, was an important strategy to promote public safety and public health.

In addition, in the late 1980s, various initiatives at the federal and state levels began to address the problem of the severe demands placed on the criminal justice system by increasing arrests and convictions of substance-abusing offenders. The Anti-Drug Abuse Act of 1986 included substantial funding for correctional drug treatment. In 1988, the Federal Bureau of Prisons began to develop a system of prison-based treatment programs, transitional services, and outpatient programs for the offenders in its facilities (Murray, 1996). The bureau's treatment system has grown to 47 programs serving about 12,000 inmates a year (Federal Bureau of Prison, 2001). Despite the anti-rehabilitation views of many correctional staff, the availability of treatment apparently increased during the 1980s. A report by the National

Institute on Drug Abuse (NIDA; 1981) of a survey conducted in 1979 identified 160 prison treatment programs that served about 10,000 inmates, 4% of the total prison population. A decade later, Chaiken (1989) estimated that about 51,500 inmates were receiving treatment (about 11% of total inmates). Still, most of this treatment was probably low intensity, drug education programming.

In the late 1980s and early 1990s, drawing on the experiences at Stay'n Out and other prison treatment programs, National Development and Research Institutes, Inc. (NDRI), through Project REFORM, funded by the Bureau of Justice Assistance, and later Project RECOVERY, funded by the Office of Treatment Improvement (predecessor to the Center for Substance Abuse Treatment), provided technical assistance to 20 states (including California) to develop strategic plans for addressing the substance abuse problems of prisoners (Wexler, 1997). The REFORM and RECOVERY technical-assistance initiatives were grounded in a set of guiding principles for prison-based programs based on available scientific evidence (Wexler, 1994). It was determined that treatment services should be based on the following:

- 1.** a clear and consistent treatment philosophy;
- 2.** an atmosphere of empathy and safety;
- 3.** recruitment and maintenance of committed, qualified treatment staff;
- 4.** clear and unambiguous rules of conduct;
- 5.** use of ex-offenders and ex-addicts as role models, staff, and volunteers;
- 6.** use of peer role models and peer pressure;
- 7.** provision of relapse prevention programs;
- 8.** establishment of continuity of care throughout custody and community aftercare;
- 9.** integration of treatment evaluations into the design of the program;



**10.** and the maintenance of treatment program integrity, autonomy, flexibility, and openness.

Under the REFORM and RECOVERY projects, 16 new correction-based residential programs were implemented in the participating states. Assistance was also provided for the implementation of 27 new prison-based outpatient programs in the participating states. Substance abuse educational courses/programs (provided in multiple prison facilities) were implemented in two states. Drug and alcohol abuse resource information centers (i.e., central locations in correctional facilities where books, pamphlets, videos, etc., on substance abuse issues were available to inmates and staff) were established in seven states. In addition to these activities, REFORM and RECOVERY contributed to the promotion of correctional treatment through education and cross-training of criminal justice and drug treatment staff.

The movement for prison-based drug treatment gained momentum with the passage of the Residential Substance Abuse Treatment for State Prisoners Formula Grant Program. This program was part of the Violent Crime Control and Law Enforcement Act of 1994, which authorized multiyear funding to assist state and local governments to develop, implement, and improve residential substance abuse treatment programs in correctional facilities. More than 300 programs have been established in all 50 states and six territories. In 2001, the Serious and Violent Offender Re-entry Initiative provided federal funding for reentry services for those paroled from prison. Furthermore, the Office of National Drug Control Policy (1997, 1998, 1999) has recommended the development of prison treatment and rehabilitation services as part of the national strategy to reduce drug problems. As can be seen, considerable effort has gone into the area of correctional substance abuse treatment,

extending from the early days of nothing works to the now wide acceptance of prison treatment and aftercare.

## **PRISON-BASED TREATMENT**

The two main types of drug abuse treatment that have been developed within prison settings are therapeutic community programs and cognitive behavioral programs. In addition, most prisons have voluntary self-help groups (Alcoholics Anonymous, Narcotics Anonymous, etc.), although they are not usually regarded as formal treatment programs, and in any case, virtually no research data are available on their operation or effectiveness.

### **Therapeutic Communities**

Beginning in the 1970s, with the development of the Cornerstone and Stay'n Out programs, and continuing into the 1990s, the community TC model was modified and adapted to correctional environments, where it became the primary approach for treating substance abuse among inmates (Wexler, 1986, Wexler, 1994; Wexler, Blackmore, & Lipton, 1991; Wexler & Lipton, 1993; for other, usually short-lived, TCs or TC-like programs developed in the 1970s, see Lipton, 1998). The rationale for TC-based treatment in prisons is that most inmates have long histories of drug use and dependence requiring high-intensity treatment that attempts to restructure attitudes and thinking. Unlike shorter, less intensive treatment programs, the TC model is based on the belief that drug abuse is primarily a symptom of a disordered personality. The therapeutic goal of the TC is a global change in lifestyle involving abstinence from illicit substances, elimination of antisocial activities, and development of employment skills and prosocial attitudes and values. To facilitate these global changes, the therapeutic process includes all of the activities and interactions between the individual and the peer community (Bell, 1997; De Leon, 1995, 1996, 2000; De Leon & Rosenthal, 1989; De Leon

& Ziegenfuss, 1986; Kooyman; 1993; Sugarman, 1986). Increasingly, prison TC programs are designed to be followed by community aftercare in order to reinforce and consolidate the gains that the parolee made during participation in the prison program (Inciardi, 1996). Surveys of the membership of the Therapeutic Communities of America (Melnick & De Leon, 1999) and the residential TC programs in the Drug Abuse Treatment Outcome Survey (DATOS; Melnick, De Leon, Hiller, & Knight, 2000) show high levels of agreement among TCs as to the nature of the essential treatment elements of TCs, including the treatment approach, the role of the community itself as a therapeutic agent, the use of educational and work activities, and the TC process.

Of all the treatment models, therapeutic communities are the most complex to implement and operate in a prison, and require the highest level of commitment from the prison administration and staff. While residents must take responsibility for their own recovery process, treatment staff, including ex-offenders, act as role models and provide support and guidance. Individual counseling, encounter groups, peer pressure, role models, and a system of incentives and sanctions form the core of treatment interventions in a therapeutic community. Residents of the community live together, participate together in groups, and study together. In the process, inmates learn to manage their behavior, to become more honest with themselves and others, and to develop self-reliance and accept responsibility for their actions. Since the 1980s, six major evaluations of prison-based TC treatment have been published, as well as several smaller studies. The main program evaluations have been those conducted at Cornerstone in Oregon (Field, 1985, 1989), Stay'n Out in New York (Wexler, Falkin, & Lipton, 1990), KEY/CREST in Delaware (Inciardi, Martin, Butzin, Hooper, & Harrison, 1997; Lockwood & Inciardi, 1993; Martin, Butzin, Saum, & Inciardi, 1999), New Vision

in Texas (Knight, Simpson, Chatham, & Camacho, 1997; Knight, Simpson, & Hiller, 1999), Amity (Wexler, DeLeon, Thomas, Kressler, & Peters, 1999; Wexler, Melnick, Lowe, & Peters, 1999;) and Forever Free (Prendergast, Hall, & Wellisch, 2002; Prendergast, Wellisch, & Wong, 1996) in California, and the Federal Bureau of Prison programs (Pelissier et al., 1998; Pelissier et al., 2000; Pelissier, Camp, & Motivans, 2003). Positive results have generally been found at 12 and 24 months, but differences between the treatment and comparison groups tend to converge at 36 months. Overall, the findings have been taken as supportive of the effectiveness of providing treatment in prison, particularly when combined with community treatment following release to parole (for a recent systematic review of the literature on prison based treatment, see MacKenzie, 2002).

### **Cognitive Behavioral Programs**

The therapeutic community has been the modality most often implemented within prison settings, and it is the approach that has been the focus of several large-scale research studies. Other treatment approaches for substance-abusing offenders are also available, however, and they have the operational advantage over TCs of being less expensive and easier to implement. These alternative programs generally fall within the "cognitive-behavioral" treatment category. This approach to treating offenders begins with the premise (grounded in decades of behavioral and cognitive research) that criminals commit crimes because they think differently than noncriminals, because they lack appropriate social skills, or because they operate from a lower level of moral development. The goal of cognitive-behavioral programs is to change thought processes and behavioral patterns that promote criminal behavior. Cognitive-behavioral programs include approaches that emphasize problem solving,

negotiation, skills training, rational-emotive therapy, role-playing and modeling, cognitively mediated behavior modification, and Moral Reconciliation Therapy (a cognitive restructuring model). An important distinction differentiating cognitive behavioral therapies is that some focus on changing what people think (e.g., rational-emotive therapy, cognitive behavior modification) and some focus on changing how people think (e.g., negotiation, social skills).

Pearson, Lipton, Cleland, and Yee (2002) published a meta-analysis of 69 studies that examined the effectiveness of behavioral and cognitive behavioral treatment in reducing recidivism for offenders. Results from this heterogeneous set of studies indicated that these treatment approaches, considered together, are associated with reduced recidivism rates ( $r = .12$ ), which is the equivalent of a 12% difference in recidivism between offenders in cognitive behavioral treatments and those in comparison conditions. This overall effect, however, was not substantially supported in the approaches that used behavioral modification alone ( $r = .07$ ); rather, was mainly found in the studies of programs that combined cognitive and behavioral techniques, which had a weighted mean  $r = .14$ . Analysis of this same set of studies using posttreatment substance abuse as the outcome (Pearson, et al., 2002) found a statistically significant weighted mean effect size ( $r = .08$ ), indicating reduced substance abuse relapse overall when compared with correctional treatment as usual (see also Allen, MacKenzie, & Hickman, 2001).

### **CORRECTIONS-BASED TREATMENT IN CALIFORNIA**

California has a tradition of developing correctional rehabilitation programs stretching back to the 1950s, and much of the early work on the effectiveness of such programs originated in the research units of the California Youth Authority and the CDC (Palmer &

Petrosino, 2003). Early state efforts to address the problem of “narcotics addiction,” as it was then called, began with the Civil Addict Program, established in 1961 at the California Rehabilitation Center. But as with many correctional programs, the Civil Addict Program, along with other prison-based programs, was greatly weakened, if not eliminated, during the “nothing works” backlash of the 1970s and 1980s. With the revival of a rehabilitation focus beginning about 1990, California again became a leader in providing treatment to substance-abusing offenders.

#### **California Civil Addict Program**

In the 1960s, California pioneered the civil commitment approach to treatment of narcotic addiction among offenders. Other states and the federal government instituted similar programs during the 1960s, but only the California program was shown to be effective. Civil commitment was a legal procedure that allowed judges to suspend criminal charges and commit narcotics addicts to the Civil Addict Program (CAP), which typically involved a residential period in prison and a community-based aftercare period for up to seven years (for a description of civil commitment programs, see Anglin, 1988).

The main evaluation of CAP, reported by McGlothlin, Anglin, and Wilson (1977), compared the outcomes of opiate addicts who had been admitted to CAP between 1962 and 1964 and later released to parole supervision with the outcomes of a demographically matched sample of addicts who had been admitted to the program in the same years but were discharged soon after because of legal errors in the commitment procedures. Researchers conducted retrospective interviews with individuals in both groups in 1974 and 1975. During the seven years after initial commitment, CAP clients reduced their daily opiate use by 22%, whereas comparison clients reduced their daily use by 7%. Criminal activities among the CAP group were

reduced by 19%, while the comparison group reported a reduction of 7%. Although the program was effective in reducing drug use and crime, these results did not become available to California policymakers and corrections planners in time to have a favorable effect on the future of CAP. During the late 1970s, a combination of budget reductions and the antirehabilitation ideology noted above led to a reduction in the number of civil addicts and to cutbacks in, or the removal of, key elements of the program, including staff training, the expected length of program participation, and close monitoring of clients while in the community (Anglin & Maugh, 1992). Subsequently, CAP became little more than a shell of the initial program, and its value as a treatment tool declined correspondingly. As noted below, however, a shift in treatment philosophy and programming in the 1990s reintroduced intensive treatment for civil addicts.

As in a number of other states, a major change in correctional policy in California occurred in 1976 with the passage of the Uniform Determinate Sentencing Act, which specified defined lengths of time in prison for specific offenses rather than leaving the decision up to the parole board. In discussing the rationale for the act, the drafters of the legislation wrote:

*Rehabilitation is not a dominant goal of the new law. In fact, widespread recognition of the failure and abuses of the rehabilitative ideal was the primary factor in the dismantling of a system grounded in a diagnostic, sickness, causality-capability and curative, predictive change. (Parnas & Salerno, 1978, p. 29)*

Although determinate sentencing had the support of both liberals and conservatives, it removed a major incentive for inmates to participate in rehabilitation programs. And the shift from rehabilitation to punishment made it difficult to maintain existing programs or initiate new ones. Apart from the much weakened programming at the California

Rehabilitation Center and scattered short-term drug education programs, programming for drug-using inmates within the California prison system virtually disappeared in the late 1970s and the 1980s.

### **Revival of Correctional Treatment in California**

Several developments in the late 1980s contributed to the revival of treatment programs within California's correctional system. There was growing support nationally for rehabilitation, as evidenced by positive reviews of correctional treatment programs (Camp & Camp, 1989; Chaiken, 1989; Gendreau & Ross, 1987), surveys indicating public support for rehabilitation (Cullen, Cullen, & Wozniak, 1988), and federal backing of treatment for drug-abusing offenders in Project REFORM (as noted above) and the first National Drug Control Strategy (Office of National Drug Control Policy, 1989). In California, under legislation sponsored by Senator Robert Presley in 1987, the Blue Ribbon Commission on Inmate Population Management was established to examine prison and jail population projections, study options for criminal punishment, and make recommendations to the governor and legislature on the problems of prison overcrowding and escalating costs. Among the findings of the Commission was that drug and alcohol abuse were major contributors to the increase in the number of California parole violators; between 1983 and 1988, commitments to prison for drug offenses increased from 11.1% of all new felon admissions to 35.4%. Sharp increases were also observed in the number of parolees returned to prison for drug-related offenses. Despite these increases, there were few drug and alcohol treatment programs available to California prisoners or parolees, nor had the Legislature mandated plans to improve the situation. In its recommendations, the Commission urged the CDC, the Board of Corrections, and local correctional agencies to *immediately develop and implement a*

*state and local corrections substance abuse strategy to systematically and aggressively deal with substance abusing offenders while they are under correctional supervision, because this is perhaps the most significant contributing factor to prison and jail overcrowding. (Blue Ribbon Commission on Inmate Population Management, 1990, p. 7)*

While the Blue Ribbon Commission was meeting, developments within the CDC were leading toward the establishment of treatment for prisoners. In 1987, the director of the CDC, James Rowland, asked Rod Mullen (of the Amity Foundation), who had experience in TC treatment and treatment for juvenile offenders, to visit CDC institutions and prepare a report on implementing substance abuse treatment programs for CDC inmates and parolees. Mullen's report led to the establishment of a task force on treatment that reported to the director of the CDC. The task force recommended that the department participate in Project REFORM. In conjunction with Project REFORM, CDC developed a plan to provide treatment to substance-abusing inmates and parolees, with the intention of reducing the growth in drug-related crime and prison commitments (Mullen, Rowland, Arbiter, Yablonsky, & Fleishman, 2001). With the assistance of a grant from the Bureau of Justice Assistance and a technical review of the department's substance abuse treatment needs (Rupp & Beck, 1989), the CDC submitted a plan to the legislature that included the establishment of a demonstration treatment project at the newly opened R. J. Donovan Correctional Facility near San Diego (Winett, Mullen, Lowe, & Missakian, 1992). The plan included the formation of the Office of Substance Abuse Programs (OSAP). OSAP established five principles to guide the design and implementation of new treatment programs in the CDC:

**1.** The treatment model would be the TC, modified for the prison environment.

- 2.** Housing for treatment participants would be isolated from the general inmate population to assure that the prison culture did not undermine the prosocial values and behaviors promoted by the TC.
- 3.** To ensure sufficient intensity and duration of treatment, TC programming would be conducted for at least 4 hours a day, 5 days a week, and would last for 9 to 12 months.
- 4.** The therapeutic integrity of the TC model within the prison would require a well-trained and committed staff.
- 5.** To reinforce the gains of in-prison treatment, funding for the initiative would include community treatment following release to parole.

#### **Amity Program**

On the basis of the above principles, in 1990 OSAP and the Amity Foundation designed and implemented the first TC program within the CDC at the R.J. Donovan Correctional Facility, near San Diego. (The program at Donovan was originally called Rightturn, but another program already had that name, so the name was changed to Amity, after the name of the treatment provider organization.) The program was originally designed as a pilot project to determine the effectiveness of a TC within the state's prison system. An evaluation of the program (Wexler, et al., 1999) found that Amity participants had lower levels of reincarceration at 2 years compared with a no-treatment control group. Largely on the basis of these positive findings, Amity became the foundation for the growth of prison treatment in California (for the early history of Amity, see Graham & Wexler 1997; Mullen, et al., 2001; Winett, et al., 1992). James Gomez, former director of the CDC, stated,

I think that one of the most important aspects of the CDC/Amity collaboration was the confidence that it gave the Legislature and the governor to authorize

over \$100 million to build the largest dedicated prison drug treatment program in the world. . . . It is clear that Amity's program results are going to help shift the public debate about corrections here in California to a more treatment-oriented approach. (quoted in Mullen, Ratelle, Abraham, & Boyle, 1996, p. 122)

As with most prison-based TCs, the Amity program utilizes a three-phase model for its medium-security volunteer residents. The initial phase (2 to 3 months) includes orientation, assessment of needs and problem areas, and planning of treatment goals. Most residents are assigned to prison industry jobs and given limited responsibility for the maintenance of the TC. During the second phase of treatment (5 to 6 months), residents are provided opportunities to earn positions of increased responsibility by showing greater involvement in the program and through hard emotional work. Encounter groups and counseling sessions focus on self-discipline, self-worth, self-awareness, respect for authority, and acceptance of guidance for problem areas. During the reentry phase (1 to 3 months), residents strengthen their planning and decision-making skills and work with program and parole staff to prepare for their return to the community. Upon release from prison, Amity graduates can volunteer to enter a community-based TC program called Vista for up to one year. The content of the Vista program builds on the foundation of the prison TC curriculum and is individualized for each resident based on progress achieved while in the prison treatment program and on individual treatment needs. Under a NIDA grant to the Center for Therapeutic Community Research at NDRI, Harry K. Wexler conducted a prospective 12-month outcome study of the Amity program using random assignment to a treatment group or a no-treatment control group. (Further details on study design and sample characteristics appear in the Amity article later in this

special issue.) Reincarceration outcomes have been reported for 12, 24, and 36 months postrelease (Wexler, De Leon, et al., 1999; Wexler, Melnick, et al., 1999). At 12-months post release, the intent-to-treat and the control subjects showed a statistically significant difference in reincarceration (34% and 50%, respectively). At 24 months, the reincarceration rate for both groups increased, but the relative differences were consistent with the 12-month outcomes. The outcomes at 36 months continued to show the intent-to-treatment group with lower reincarceration rates than the control group (69% and 75%, respectively), but the difference was no longer statistically significant. For the inmates who were returned to prison, participation in treatment was associated with more days until reincarceration compared with no treatment, as was longer exposure to treatment among the treated group (Wexler, De Leon, et al., 1999). Results of a five-year outcome study of the original evaluation cohort are reported elsewhere (Prendergast, Hall, Wexler, Melnick, & Cao, 2004 [in this issue]).

#### **Forever Free Program for Women**

In 1991, a year after the Amity program was established, OSAP used funds provided by the federal Office of Treatment Improvement (which later became the Center for Substance Abuse Treatment) to develop California's first prison treatment program for women, the Forever Free program at the California Institution for Women. Operated by Mental Health Systems, the Forever Free program uses a psychoeducational curriculum combined with a strong 12-step emphasis to treat women for up to six months. Graduates from the program can volunteer to participate in community treatment upon release to parole. (Further description of Forever Free appears in Hall, Prendergast, Wellisch, Patten, & Cao [this issue].)

In a retrospective records-based evaluation of the

program conducted by OSAP staff (Jarman, 1993), 90% of prison program graduates who entered and remained in community-based treatment for at least five months had a successful parole outcome (i.e., discharged from parole after about 13 months with no return to custody), compared with 72% of graduates who entered community-based treatment but dropped out early, 62% of graduates with no community treatment, and 38% of in-prison program dropouts. A second evaluation of this program (Prendergast, et al., 1996) confirmed the benefits of continuing treatment in the community, finding that over two-thirds of Forever Free graduates who entered community residential treatment were successful on parole, compared with about one half of program graduates who did not enter residential treatment and one fourth of inmates who did not receive treatment in prison.

#### **Treatment Expansion Initiative**

Further expansion of CDC's treatment system occurred in 1995, when a second therapeutic community program for 96 women, operated by Walden House, was established at the California Rehabilitation Center. But the main increase in treatment capacity occurred in 1997 with the opening of two self-contained treatment facilities (739 beds each) at the Substance Abuse Treatment Facility (SATF) and State Prison at Corcoran, which had been authorized by legislation approved in 1993. The treatment facilities were specifically designed to provide housing and residential substance abuse treatment for minimum-security offenders with substance abuse problems. Both treatment facilities have six housing units, each containing four 44-bed treatment clusters. Each cluster contains space for inmate housing, treatment-related activities, interviewing, and a staff office. Inmates in the two treatment facilities are completely separated from the general prison population, a situation seldom attained

in other TCs. Although the California Department of Corrections is responsible for custodial operations at these facilities, treatment services are provided by two experienced community-based organizations: Phoenix House and Walden House. Although the decision to contract with two providers was based on the large number of clients to be served, both contractors offer treatment programming consistent with the therapeutic community (TC) model. Consistent with the Amity and Forever Free programs, graduates of SATF can volunteer for up to six months of residential or outpatient treatment following release to parole (Anglin, Prendergast, & Farabee, 1997).

At about the time that SATF became operational, two state reports reinforced support for the expansion of prison-based treatment as a way to address the problem of prison overcrowding, reduce the need and therefore the costs of enlarging or building new prisons, and enhance public safety and health. In 1997, the Legislative Analyst's Office, in a report titled *Addressing the State's Long-Term Inmate Population Growth* (1997), recommended that substance abuse treatment be provided for 10,000 inmates over a period of seven years, which was estimated to result in a savings of \$210,000,000. In the following year, the Little Hoover Commission, an independent state body tasked with improving government efficiency recommended: "Prison-based drug treatment should be greatly expanded. Certain high-level offenders should be targeted for therapeutic community drug treatment in prison and aftercare programs following their release. Cognitive skills programs should be established for low-level and medium-level offenders" (Little Hoover Commission, 1998, p. 68). In response to these and other pressures, the California legislature has, since 1995, appropriated increasing funds to expand prison-based treatment, currently equaling over \$100 million yearly. As a result of this funding, the

CDC system of in-prison treatment grew to 8,600 beds in 39 programs at 19 prisons (CDC, 2002b). The total number of prison treatment beds is planned to increase to 9,000 by 2004.

In implementing the initiative, CDC has contracted with experienced community-based treatment organizations to operate the prison treatment programs (known as Substance Abuse Programs, SAPs), which provide intensive TC treatment to men and women inmates at all levels of security during the last 6-24 months of their incarceration. Graduates from these programs are eligible to participate in 180 days of community treatment following their release to parole. Under contract with CDC, the UCLA Integrated Substance Abuse Programs (ISAP) has conducted process evaluations of 17 of these SAPs (total capacity: 4,900 beds in 10 institutions). In addition, ISAP is completing outcome studies at six of these programs. OSAP also enlisted the assistance of other experts in correctional treatment to promote and improve the initiative. David Deitch and his staff at the Pacific Southwest Addiction Technology Transfer Center, University of San Diego (UCSD), provided cross-training to correctional and treatment staff prior to the opening of each of the prison treatment programs, as well as other types of training to treatment staff. The UCSD group also collaborated with CDC's Office of Substance Abuse Programs in organizing several expert meetings to address such topics as treating sex offenders with substance abuse problems, assessing treatment needs of offender populations, and providing continuity of care to substance-abusing offenders. In addition, staff from NDRI (Stanley Sacks, Elaine Abraham, Harry Wexler) provided technical assistance to OSAP and to the treatment providers. Finally, in collaboration with UCLA and NDRI, health economists from the University of Miami (Michael French, Kathryn McCollister) are examining various

economic aspects of the prison-based programs.

As noted above, a key element of OSAP's treatment strategy is to provide an integrated system of continuing care in community-based programs to SAP graduates. To carry out this task, OSAP has contracted with four Substance Abuse Services Coordinating Agencies (SASCAs), which are located within each of the state's four parole regions, to coordinate the input and activities of three types of organizations: (1) prison-based treatment providers, who recommend the appropriate type and length of community treatment for in-prison program graduates; (2) the parole division, which ensures that state laws and CDC interests regarding the parolee are abided by; and (3) community-based providers, with whom each SASCA contracts for services in its region. In accordance with the inmate's community treatment plan and prior to his or her release from prison, the SASCA secures placement for parolees in appropriate community-based treatment programs. The SASCA ensures that the parolee enters the community program as planned and monitors his/her participation through frequent contacts with the parolee, the field parole agent, and the community-based treatment provider (Ossmann, 1999).

CDC and the legislature have paid particular attention to the treatment needs of women offenders. CDC established the Forever Free program a year after the Amity program, and subsequently funded programs at all of its five facilities that house women. In a further step in promoting recovery among women offenders, in 1998 the California legislature authorized separate funding for CDC to establish the Female Offender Treatment and Employment Program (FOTEP). The goal of FOTEP is to enable the successful reintegration of women parolees into the community, including transition to the labor force, reunification with children, and long-term recovery from alcohol and drug abuse.



FOTEP pilot programs in 13 counties provide eligible women parolees with residential substance abuse treatment, comprehensive case management, vocational services, parenting assistance, and other ancillary services. Two smaller programs for women inmates with children are the Community Prisoner Mother Program and Family Foundations. At the time of writing, an evaluation of the FOTEP was near completion, but the other two programs for women have not been formally evaluated.

In addition to the SAP/SASCA system of treatment, CDC provides a variety of other programs for substance-abusing inmates. Since 1990, the Parolee Services Network (PSN), jointly administered by the California Department of Corrections and Department of Alcohol and Drug Programs, has provided community treatment and recovery services to parolees. The PSN began in nine counties in the San Francisco Bay Area (the Bay Area Services Network), and was subsequently expanded to three other counties (San Diego, Los Angeles, and Fresno). The PSNs offer 3-6 months of residential, outpatient, or day treatment services to parolees referred to programs by parole agents because of drug problems. In addition to individual and group substance-abuse counseling, participants receive help with employment and assistance with discharge planning. Evaluations of the San Diego and Los Angeles networks conducted by CDC found that parolees who participated in PSN community programs were less likely to be returned to prison than those who did not and that among those parolees who were reincarcerated, PSN participants had a longer time to return (CDC, 1996, 1997).

### **IMPROVING CORRECTIONAL TREATMENT**

In order to move the field forward, researchers and clinicians in California and other states that provide treatment to offenders need to consider a number of

key issues, specifically in regard to treatment process, continuity of care, system integration, and the role of evaluation in policy and program development.

#### **Treatment Process**

A clear understanding of the “black box” of correctional treatment remains elusive. At least two main issues are involved. First, we know too little about what goes on in treatment on a daily basis, such as: What activities are planned for the clients? What role does each activity play in the overall treatment protocol? What specific issues are addressed? How many clients attend treatment activities, and with what degree of participation? What is the response of clients to the activities? What is the training and experience of staff? What institutional factors enhance or hinder treatment programming?

Second, what elements of treatment are most important for producing positive and sustained change in clients? Are certain theoretical approaches more effective than others with offenders generally and with certain types of offenders? What are the “active ingredients” of treatment? Is there an optimal sequence for delivering treatment elements? Are some “inactive ingredients” inert (i.e., can they be dropped from the treatment protocol?), or do they form a supportive or “catalytic” role in the operation of the active ingredients?

Researchers have begun to develop models of treatment process that are useful for organizing research in this area and for specifying relationships that can be empirically tested (Knight & Simpson, 2001). Standardized instruments for assessing the characteristics and quality of correctional programs have also been developed (Gendreau & Andrews, 1996; Latessa & Pealer, 2002; Melnick & Wexler, in press). Even so, this work is still in its early stages; thus, examining issues of treatment process remains a

critical task in the various initiatives to improve treatment delivery within correctional settings and for developing early measures and predictors of treatment performance. Given that treatment for offenders usually involves at least two systems—the criminal justice and the treatment system (and often mental health and other social service systems), organizational and systems characteristics and the dynamics of criminal justice treatment need further study to create more effective systems of care and supervision for offenders. The Criminal Justice Drug Abuse Treatment Studies (CJ-DATS) cooperative is a major effort by NIDA and a collaboration of 10 research centers to conduct rigorous research to better understand how to establish and sustain the collaborative links needed between the various systems of care for offenders ([www.cjdats.org](http://www.cjdats.org); Fletcher, 2003). Given the current fragmented nature of the systems themselves and the difficulties of establishing and maintaining cross-system coordination, the task will be challenging.

### **Continuity of Care**

The rationale for providing continuing care (aftercare) to parolees in the community subsequent to their participation in prison-based treatment is that the offender has been institutionalized and needs supervised help for reintegrating into the community and reinforcement of what has been learned in the prison program (McCarthy & McCarthy, 1997). The offender needs assistance in finding stable living arrangements and employment, as well in developing positive social support networks of non-deviant peers (Brown, 1979; Catalano et al., 1989; Hawkins, 1979; Hawkins & Catalano, 1985). For example, parole departments frequently use traditional community residential centers (i.e., halfway houses) as part of an offender's graduated release to the community (McCarthy & McCarthy, 1997). Their purpose is to ease the abrupt transition of the

offender from prison to community, thus promoting reintegration while keeping the offender in a semi-controlled environment (Clear & Braga, 1995). A strong set of recent findings (reported above) are accumulating that show reductions in criminal recidivism for inmates who participate in prison TC substance abuse treatment followed by TC aftercare programs.

The research on aftercare to date contains several critical methodological weaknesses: (1) lack of unbiased assignment to aftercare conditions; (2) confounding of the separate effects of treatment duration and aftercare and their interactions; and (3) lack of a TC aftercare condition for parolees who do not have prior in-prison TC treatment. Research is needed to remedy the identified weaknesses of earlier studies by random assignment to TC and non-TC aftercare; by rigorously investigating the separate and combined effects of differential treatment duration and aftercare; and by providing TC and other types of aftercare to inmates who did not receive in-prison treatment. The following questions should guide the next generation of research regarding aftercare: Is aftercare alone capable of significantly reducing recidivism and relapse to drug use following prison? What is the effect of shorter-term prison treatment (i.e., less than six months) with and without aftercare? What is the optimum combination of duration of in-prison and aftercare treatment? What treatment models are best suited to deal with the inherent geographic dispersion of offenders after their release from prison? What are the costs and cost-benefits of prison treatment and aftercare?

### **Improved Integration of the Correctional System and the Treatment System**

Treatment provided to substance-abusing offenders occurs within the context of public funding and involves multiple systems of care and supervision. To ensure public safety, agencies of the criminal

justice system (probation, jail, prison, parole, drug court) are responsible for the supervision, security, and monitoring offenders. Treatment organizations, under contract to criminal justice agencies or with county or state funds designated for offender treatment, provide a variety of services to offenders in order to enhance public health. The needs of offenders go beyond their substance abuse problems and include mental health, legal, family, medical, education, and employment issues. Some substance abuse treatment programs have staff who can address at least some of these needs, but in most cases, the offender will need to be referred to other agencies to have their needs met. The potential for the offender to “fall through the cracks” is great, unless the systems involved collaborate in assessment, referral, information sharing, monitoring, and follow-up. As early as the 1970s, federal agencies attempted to promote cooperation between the criminal justice and treatment systems (Wellisch, Prendergast, & Anglin, 1993), but these efforts largely dissipated in the 1980s. In recent years, efforts have begun again, but much more needs to be learned about how these systems can work more closely and effectively together in ways that improve the chances that offenders will become reintegrated into the community (Prendergast & Burdon, 2002).

### **Interaction of Evaluation, Policy, and Programming**

As noted above, changes that weakened the Civil Addict Program occurred before findings on the effectiveness of the program became available (Anglin & Maugh, 1992). Even so, given the fiscal and ideological climate of the mid-1970s, the changes might have taken place even if policymakers had been aware of the findings. At the same time, the evaluation of the Civil Addict Program is one of the seminal studies in the field of correctional

treatment, particularly regarding the effectiveness of coerced treatment. Evaluation results are only one of the influences on policy changes, and in most cases, are seldom the most important, particularly in the area of corrections and criminal justice.

The NDRI evaluation of the Amity TC began soon after the program commenced operations, and preliminary outcomes results were available to policymakers by 1995 (Wexler, Graham, Koronkowski, & Lowe, 1995), which not only provided support for the continuation of the Amity program, but even more importantly, provided the empirical foundation for the subsequent expansion of prison treatment in California. Evidence that treatment could have an impact on recidivism came at a time when the legislature and the Department of Corrections were seeking ways to stem the rapid growth in the prison population. Of course, by the mid-1990s, positive, or at least encouraging, results from a number of prison TCs in different parts of the country had become available (Field, 1989; Leukefeld & Tims, 1992; Wexler, Falkin, Lipton, & Rosenblum, 1992), but policymakers in California found the results from an evaluation of a California program particularly salient.

The successive implementation of treatment programs for offenders in California has fortunately included an evaluation component, in some cases as part of the authorizing legislation. These evaluations have included attention to both process and outcome, and have been useful to OSAP and to the providers in monitoring performance and in improving program quality. Data from the evaluations have also been used in legislative budgetary hearings that have considered new funding or continued funding for the treatment initiative. A similar close collaboration between researchers and policymakers and program staff has

occurred in the initiation and development of prison treatment programs in other states, including Delaware (Inciardi, Surratt, Martin, & Hooper, 2002), Maryland (Taxman, Reedy, Klem, & Silverman, 2002), New Jersey (Kressel, Zompa, & De Leon, 2000), Pennsylvania (Welsh & Zajac, 2001), and Texas (Knight, Simpson, Chatham, & Camacho, 1997).

To fulfill their promise of reducing recidivism, promoting public safety and health, and saving criminal justice costs, agencies and programs need to undertake ongoing monitoring and evaluation designed to ensure that the objectives for the programs are being met and that the quality of the programs is maintained and, it is hoped, improved. Whether such evaluation is conducted by agency staff or by contracting with outside experts is less important than a commitment to make evaluation a routine part of program implementation, including identification of a standard set of process and outcome variables, procedures to collect and manage data, requirements for routine and special analyses and reports, and mechanisms for disseminating findings to policymakers and program staff. Much of the information needed for agency oversight and planning will be included within a management information system that determines, in the best case, what the programs do, for whom, and how. Other questions will need to be answered by the less routine methods of research and evaluation, including, where possible, random assignment (see Glaser, 1988, on the need for the routinization of evaluation within correctional agencies).

## CONCLUSION

During the 1950s and 1960s, California was a leader in the development and evaluation of rehabilitation programs for offenders (Palmer & Petrosino, 2003). In the 1970s, correctional treatment in California, as in other states, experienced severe cutbacks in response

to a combination of budget reductions and an anti-rehabilitation ideology. As the pendulum swung back in the late 1980s to a focus on treatment for offenders, California again led the way and has since developed a comprehensive and still growing system of prison and community treatment for offenders. Research findings were influential in the initiation of prison treatment, as well as in its further expansion. Much remains to be learned about what works, with whom, and under what conditions in order to enhance the effectiveness of treatment for offenders. Continued collaboration between research centers and correctional agencies, in California and other states, will move the field forward, to the benefit of offenders and society.

## REFERENCES

- Allen, L. C., MacKenzie, D. L. & Hickman, L. (2001). The effectiveness of cognitive behavioral treatment for adult offenders: A methodological, quality-based review. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 45(4), 498-514.
- Anglin, M. D. (Ed.). (1988). Social policy analysis of compulsory treatment for opiate dependence (Special issue). *Journal of Drug Issues*, 18(4), 503-703.
- Anglin, M. D., & Maugh, T. H. (1992). Ensuring success in interventions with drug-abusing offenders. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 521, 66-90.
- Anglin, M. D., & Perrochet, B. (1998). Drug use and crime: A historical review of research conducted by the UCLA Drug Abuse Research Center. *Substance Use and Misuse*, 33(9), 1871-1914.
- Anglin, M. D., Prendergast, M., & Farabee, D. (1997). *First Annual Report on the Substance Abuse Program at the California Substance Abuse Treatment Facility (SATF) and State Prison at Corcoran: A Report to the California State Legislature*. Project Report, California Department

- of Corrections Contract C97.243. Los Angeles: UCLA Drug Abuse Research Center.
- Bell, D.C. (1994). Connection in the therapeutic communities. *International Journal of the Addictions*, 29, 525-543.
- Blue Ribbon Commission on Inmate Population Management. (1990). *Final Report*. Sacramento, CA: Blue Ribbon Commission on Inmate Population Management.
- Brown, B.S., (1979). Community integration of the former drug user. Beverly Hills: Sage Publications.
- Bureau of Justice Statistics. (1999a). *Substance abuse and treatment, state and federal prisoners, 1997* (NCJ 172871). Washington, DC: Bureau of Justice Statistics, U. S. Department of Justice.
- California Department of Corrections. (1996). *Parolee Partnership Program: A parole outcome evaluation*. Sacramento: California Department of Corrections.
- California Department of Corrections. (1997). *Los Angeles Prison Parole Network: An evaluation report*. Sacramento: California Department of Corrections.
- California Department of Corrections. (2001). *California Prisoners and Parolees—2001*. Retrieved September 16, 2002 from: <http://www.cdc.state.ca.us/reports/offender.htm>.
- California Department of Corrections. (2002a). CDC facts—Third quarter 2002. Retrieved September 16, 2002 from <http://www.cdc.state.ca.us/factsht.htm>
- California Department of Corrections. (2002b). *Office of substance abuse programs: Weekly in custody population report—September 13, 2002*. Sacramento, CA: Office of Substance Abuse Programs, California Department of Corrections.
- Camp, G. M., & Camp, C. G. (1989). *Building on prior experience: Therapeutic communities in prison*. South Salem, NY: Criminal Justice Institute.
- Catalano, R. F., Wells, E. A., Jenson, J. M., & Hawkins, J.D. (1989). Aftercare services for drug-using institutionalized delinquents. *Social Service Review*, 63 (4), 553-557.
- Chaiken, M. (1989). *In-prison programs for drug-involved offenders*. Washington, DC: National Institute of Justice, U.S. Department of Justice.
- Clear, T. R., & Braga, A. (1995). *Community corrections*. In J. Q. Wilson & J. Petersilia (Eds.), *Crime* (pp. 421-445). San Francisco: Institute for Contemporary Studies.
- Cullen, F., Cullen, J., & Wozniak, J. (1988), Is rehabilitation dead? The myth of the punitive public. *Journal of Criminal Justice*, 16(4), 303-317.
- Cullen, F., & Gilbert, K. (1982). *Reaffirming rehabilitation*. Cincinnati: Anderson Publishing Co.
- De Leon, G. (1996). Therapeutic communities: AIDS/HIV risk and harm reduction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13 (5), 411-420.
- De Leon G. (1995). Therapeutic communities for addictions: A theoretical framework. *International Journal of the Addictions*, 30, 1603-1645.
- De Leon G. (2000). *The Therapeutic Community: Theory, Model and Method*. New York: Springer Publishing Company.
- De Leon, G., & Rosenthal, M. S. (1989). Treatment in residential communities. In T. B. Karasu (Ed.), *Treatment of psychiatric disorders*, Vol. II. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- De Leon, G., & Ziegenfuss, L. J. (Eds.). (1986). *Therapeutic communities for addictions: Readings in theory, research, and practice*. Springfield, IL: Charles C. Thomas Publishing.
- Fagan, J. (1990). Intoxication and aggression. In M. Tonry & J. Q. Wilson (Eds.), *Drugs and crime: Crime and Justice, A review of Research* (Vol., 13, pp. 241-320). Chicago: University of Chicago Press.

- Federal Bureau of Prisons. (2001). *About the Federal Bureau of Prisons*. Washington, DC: Federal Bureau of Prisons.
- Field, G. (1985). The Cornerstone program: A client outcome study. *Federal Probation*, 49, 50-55.
- Field, G. (1989). The effects of intensive treatment on reducing the criminal recidivism of addicted offenders. *Federal Probation*, 53, 51-56.
- Fletcher, B. W. (2003). The National Criminal Justice Drug Abuse Treatment Studies (CJ-DATS). *Offender Substance Abuse Report*, 3(5), 65-66, 72-75.
- Gendreau, P., & Ross, R. (1979). Effective correctional treatment: Bibliotherapy for cynics. *Crime and Delinquency* 25, 463-489.
- Gendreau, P., & Ross, R. (1987). Revivification of rehabilitation: Evidence from the 1980s. *Justice Quarterly*, 4(3), 349-407.
- Gendreau, P., & Andrews, D. A. (1996). *Correctional Program Assessment Inventory (CPAI)* (6th ed.). Saint John, New Brunswick: University of New Brunswick.
- Gendreau, P., Little, T., & Goggin, C. (1996). A Meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: What works! *Criminology*, 34(4), 575-608.
- Glaser, D., & Erez, E. (1988) *Evaluation research and decision guidance: For correctional, addiction-treatment, mental health, and other people-changing agencies*. New Brunswick, NJ: Transaction Books.
- Glaze, L. E. (2002). *Probation and Parole in the United States, 2001* (NCJ-195669). Washington, DC: Bureau of Justice Statistics, U. S. Department of Justice.
- Graham, W. F., & Wexler, H. K. (1997) The Amity Therapeutic Community Program at Donovan Prison: Program Description and Approach. In G. De Leon (Ed.), *Community as method: Therapeutic communities for special populations and settings*. New York: Praeger.
- Harrison, P. M., & Karberg, J. C. (2003). *Prison and Jail Inmates at Midyear 2002* (NCJ-198877). Washington, DC: Bureau of Justice Statistics, U. S. Department of Justice.
- Hawkins, J. D. (1979). Reintegrating street drug abusers: Community roles in continuing care. In B.S. Brown (ed.), *Addicts and aftercare* (pp. 25-79). Beverly Hills, CA: Sage.
- Hawkins, J. D. (1985). Aftercare in drug abuse treatment. *International Journal of the Addictions*, 20(6-7), 917-945.
- Inciardi, J. A. (1996). The therapeutic community: An effective model for corrections-based drug abuse treatment. *Drug Treatment Behind Bars: Prison-Based Strategies for Change* (pp. 65-74). Westport, CT, US: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group, Inc.
- Inciardi, J. A., Martin, S. S., Butzin, C. A., Hooper, R. M., Harrison, L. D. (1997). An effective model of prison-based treatment for drug-involved offenders. *Journal of Drug Issues*, 27(2) pp. 261-278.
- Inciardi, J. A., Surratt, H., Martin, S. S., & Hooper, R. M. (2002). The importance of aftercare in a corrections-based treatment continuum. In Leukefeld, C. G., Tims, F., & Farabee, D. (Eds.), *Treatment of drug offenders: Policies and issues* (pp. 204-216). New York: Springer Publishing Company.
- Jarman, E. (1993). An evaluation of program effectiveness for the Forever Free Substance Abuse Program at the California Institution for Women, Frontera, California. Sacramento: Office of Substance Abuse Programs, California Department of Corrections.
- Knight, K., Simpson, D. D., Chatham, L. R., & Camacho, L. M. (1997). An assessment of prison-based drug treatment: Texas' in-prison therapeutic

- community program. *Journal of Offender Rehabilitation*, 24(3/4), 75-100.
- Knight, K., & Simpson, D. (2001). The TCU model of treatment process and outcomes in correctional settings. *Offender Substance Abuse Report*, 1(4), 51-53, 58.
- Knight, K., Simpson, D. D., & Hiller, M. L. (1999). Three-year reincarceration outcomes for in-prison therapeutic community treatment in Texas. *Prison Journal*, 79(3), 337-351.
- Kooyman, M. A. (1993). *The therapeutic community for addicts: Intimacy, parent involvement and treatment outcome*. Amsterdam, The Netherlands: Swets and Zeitlinger.
- Kressel, D., Zompa, D., & De Leon, G. (2002). A statewide integrated quality assurance model for correctional-based therapeutic community programs. *Offender Substance Abuse Report*, 2(4), 49-50, 60-64.
- Langan, P. A. & Levin, D. J. (2002). *Recidivism of Prisoners Released in 1994*. Washington DC, U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics.
- Latessa, E. J., & Pealer, J. A. (2002). Measuring program quality over time—Examples from three RSAT programs. *Offender Substance Abuse Report*, 2(5), 65-66, 76-78.
- Leukefeld, C. G., & Tims, F. M. (Eds.). (1992). *Drug Abuse Treatment in Prisons and Jails* (NIDA Research Monograph 118). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Lipton, D. S. (1998). Therapeutic community treatment programming in corrections. *Psychology, Crime, and Law*, 4, 213-263.
- Lipton, D. S., & Wexler, H. K. (1988). The drug-crime connection: Rehabilitation shows promise. *Corrections Today*, 50(5), 144-147.
- Lipton, D. S., Martinson, R., & Wilks, J. (1975). *The effectiveness of correctional treatment*. New York: Praeger Publishers.
- Lipton, D. S., Pearson, F. S., Cleland, C. M., & Yee, D. (in press). The effectiveness of cognitive-behavioural treatment methods on offender recidivism: Meta-analytic outcomes from the CDATE project. In J. McGuire (Ed), *Offender rehabilitation and treatment: Effective programmes and policies to reduce re-offending* (pp. 79-112). London: John Wiley.
- Little Hoover Commission. (1998). *Beyond bars: Correctional reforms to lower prison costs and reduce crime*. Sacramento: Little Hoover Commission.
- Lockwood, D., & Inciardi, J. A. (1993). CREST Outreach Center: A work release iteration of the TC model. In J. A. Inciardi, F. M. Tims, & B. W. Fletcher (Eds.), *Innovative approaches in the treatment of drug abuse: Program models and strategies* (pp. 61-69). Westport, CT, US: Greenwood Press/Greenwood Publishing Group, Inc.
- Lowe, L. (1995). *A profile of the young adult offender in California prisons as of December 31, 1989 1994* (Prepared for the Substance Abuse Research Consortium, Spring 1995). Sacramento: Office of Substance Abuse Programs, California Department of Corrections.
- MacKenzie, D. L. (2002). Reducing the criminal activities of known offenders and delinquents: Crime prevention in the courts and corrections. In L. W. Sherman, D. P. Farrington, B. C. Welsh, & D. L. MacKenzie (Eds.), *Evidence based crime prevention* (pp. 330-404). London: Routledge.
- Martin, S. S., Butzin, C. A., Saum, C. A., & Inciardi, J. A. (1999). Three-year outcomes of therapeutic community treatment for drug-involved offenders in Delaware: From prison to work release to aftercare. *Prison Journal*, 79(3), 294-320.
- Martinson, R. (1979). New findings, new views: A note of caution regarding sentencing reform. *Hofstra Law Review*, 7(2), 243-258.

- Martinson, R. (1974). What works? Questions and answers about prison reform. *Public Interest*, 35, 22-54.
- McBride, D. C., & McCoy, C. B. (1993). The drugs-crime relationship: An analytic framework. *Prison Journal*, 73(3-4), 257-278.
- McCarthy, B. R., & McCarthy, B. J. (1997). *Community-based corrections*. [3rd ed.]. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Co.
- McGlothlin, W. H., Anglin, M. D., & Wilson, B. D. (1977). *An evaluation of the California civil addicts program*. (NIDA Services Research Monograph Series, Department of Health and Human Services Publication No. ADM 78-558). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Melnick, G., & De Leon, G. (1999). Clarifying the nature of therapeutic community treatment: First validity study of the Survey of Essential Elements Questionnaire (SEEQ). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16(4), 307-313.
- Melnick, G., De Leon, G., Hiller, M., & Knight, K. (2000). Therapeutic communities: Diversity in treatment elements. *Substance Use and Misuse*, 35(12-14), 12-14.
- Melnick, G., & Wexler, H. K. (In press). Multimodality Quality Assurance instrument for prison- and community-based substance abuse treatment programs. *Offender Substance Abuse Report*.
- Mullen, R., Ratelle, J., Abraham, E., & Boyle, J. (1996). California program reduces recidivism and saves tax dollars. *Corrections Today*, 58(5), 118-123.
- Mullen, R., Rowland, J., Arbiter, Y., Yablonsky, L., & Fleishman, B. (2001). California's first prison therapeutic community: A 10-Year report. *Offender Substance Abuse Report*, 1(2), 17-18, 26-30.
- Mumola, C. J. (1999). *Substance abuse and treatment, state and federal prisoners*. Washington DC, U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics.
- Murray, D. W. (1996). Drug abuse treatment in the federal bureau of prisons: A historical review and assessment of contemporary initiatives. *Drug Treatment Behind Bars: Prison-Based Strategies for Change* (pp. 89-100). Westport, CT, US: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.
- National Institute on Drug Abuse. (1981). *Drug abuse treatment in prisons* (Treatment Research Report Series). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Newcomb, M. D., Galaif, E. R., & Carmona, J. (2001). The drug-crime nexus in a community sample of adults. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(3), 185-193.
- Office of National Drug Control Policy. (1989). *National Drug Control Strategy*. Washington, DC: The White House.
- Ossmann, J. (1999). *Evolution of continuing care in California*. Sacramento: Office of Substance Abuse, California Department of Corrections.
- Palmer, T. (1975). Martinson revisited. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 12, 133-152.
- Palmer, T., & Petrosino, A. (2003). The "Experimenting Agency": The California Youth Authority Research Division. *Evaluation Review*, 27(3), 228-266.
- Parker, R., & Auerhahn, K. (1998). Alcohol, drugs, and violence. *Annual Review of Sociology*, 24, 291-311.
- Parnas, R. I., & Salerno, M. B. (1978). The influence behind, substance and impact of the new determinate sentencing law in California. *UC Davis Law Review*, 11, 29-41.
- Pearson, F. S., Lipton, D. S., Cleland, C. M., & Yee, D. S. (2002). The effects of behavioral/cognitive-behavioral programs on recidivism. *Crime & Delinquency*, 48(3), 476-496.
- Pelissier, B., Gaes, G. G., Camp, S. C., Wallace, S. B., O'Neil, J. A., Saylor, W. G. (1998). *TRIAD Drug Treatment Evaluation Project: Six-Month Interim Report*; Federal Bureau of Prisons: Washington DC.



- Pelissier, B., Rhodes, W., Saylor, W., Gaes, G., Camp, S. D., Vanyur, S. D., & Wallace, S. (2000). *TRIAD Drug Treatment Evaluation Project: Final Report of Three-Year Outcomes: Part I*. Washington, DC: Office of Research and Evaluation, Federal Bureau of Prisons.
- Pelissier, B., Camp, S. D., & Motivans, M. (2003). Staying in treatment: How much difference is there from prison to prison. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(2), 134-141.
- Prendergast, M., & Burdon, W. (2002). Integrated system of care for substance-abusing offenders. In C. Leukefeld, F. Tims, & D. Farabee (Eds.), *Clinical and policy responses to drug offenders* (pp. 111-127). New York: Springer Publishing Company.
- Prendergast, M. L., Wellisch, J., & Wong, M. (1996). Residential treatment for women parolees following prison-based drug treatment experiences, needs and services outcomes. *Prison Journal*, 76(3), 253-274
- Prendergast, M., Hall, E., & Wellisch, J. (2002). *An Outcome Evaluation of the Forever Free Substance Abuse Treatment Program: One-Year Post-Release Outcomes*. Final Report, National Institute of Justice Grant 99-RT-VX-K003. Los Angeles: UCLA Drug Abuse Research Center.
- Rupp, L. G., & Beck, A. R. (1989). *Invited review: California Department of Corrections substance abuse treatment programming*. Washington, DC: Bureau of Justice Assistance, U.S. Department of Justice.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2000). *Substance abuse treatment in adult and juvenile correctional facilities: Findings from the Uniform Facility Data Set 1997 Survey of Correctional Facilities* (Drug and Alcohol Services Information System Series: S-9). Rockville, MD: Office of Applied Studies, Substance Abuse and Mental Health Services, U. S. Department of Health and Human Services.
- Sugarman, B. (1986). Structure, variations, and context: A sociological view of the therapeutic community. In De Leon, G., & Ziengenfuss, J. T. (eds.), *Therapeutic Communities for Addictions: Readings in theory, research, and practice* (pp. 65-83). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Taxman, F. S., Reedy, D. C., Klem, T., & Silverman, R. S. (2002). *Breaking the Cycle: Year 3 implementation*. Report prepared for the Maryland Department of Public Safety and Correctional Services. College Park, MD: Bureau of Government Research, University of Maryland. [Available at: <http://www.bgr.umd.edu/pdf/FinalWrittenreportMarch02.pdf>. Last accessed: August 15, 2003]
- Wellisch, J., Prendergast, M., & Anglin, M. D. (1993). Criminal justice and drug treatment systems linkage: Federal promotion of interagency collaboration in the 1970s. *Contemporary Drug Problems*, 20(4), 611-650.
- Welsh, W. N., & Zajac, G. (2001). Assessing prison-based drug and alcohol treatment: Pennsylvania's ongoing review has improved programming. *Offender Substance Abuse Report*, 1(6), 83-84, 90-93.
- Wexler, H. K. (1986). Therapeutic communities within prisons. In G. DeLeon & J. T. Ziegenfuss (Eds.), *Therapeutic communities for addictions: Readings in theory, research and practice* (pp. 227-237). Springfield, IL: Charles C. Thomas, Publishers.
- Wexler, H. K. (1994). Progress in prison substance abuse treatment: A five-year report. *Journal of Drug Issues*, 24(2), 361-372.
- Wexler, H. K. (1997). Therapeutic Communities in American Prisons. In Cullen, E., Jones, L., and Woodard, R. Eds. *Therapeutic Communities in Prisons*. John Wiley & Sons, Ltd.

- Wexler, H. K., Blackmore, J., & Lipton, D. S. (1991). Project REFORM: Developing a drug abuse treatment strategy for corrections. *Journal of Drug Issues*, 21(2), 473-495.
- Wexler, H. K., Falkin, G. P., & Lipton, D. S. (1990). Outcome evaluation of a prison therapeutic community for substance abuse treatment. *Criminal Justice and Behavior*, 17(1), 71-92.
- Wexler, H. K., & Lipton, D. S. (1993). From REFORM to RECOVERY: Advances in prison drug treatment. In J. Inciardi (Ed.), *Drug treatment and criminal justice*. Newbury Park: Sage Publications.
- Wexler, H. K., DeLeon, G., Thomas, G., Kressler, D., & Peters, J. (1999). The Amity prison TC evaluation: Reincarceration outcomes. *Criminal Justice and Behavior*, 26(2), 147-167.
- Wexler, H. K., Falkin, G. P., Lipton, D. S., & Rosenblum, A. B. (1992). Outcome evaluation of a prison therapeutic community for substance abuse treatment. In C. G. Leukefeld & F. M. Tims (Eds.), *Drug abuse treatment in prisons and jails* (NIDA Research Monograph 118, pp. 156-175) Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Wexler, H. K., Graham, W. F., Koronkowski, R., & Lowe, L. (1995) Amity Therapeutic Community Substance Abuse Program preliminary return to custody data: May 1995. Report to the Office of Substance Abuse Programs, California Department of Corrections.
- Wexler, H. K., Melnick, G., Lowe, L., & Peters, J. (1999). Three-year reincarceration outcomes for Amity in-prison therapeutic community and aftercare in California. *Prison Journal*, 79(3), 312-336.
- White, H. R., & Gorman, D. M. (2000). Dynamics of the drug-crime relationship. In E. Jefferis & J. Munsterman (Eds.), *Crime and Justice 2000, Vol. 1: The nature of crime: Continuity and change* (pp. 151-218). Washington, DC: National Institute of Justice, U. S. Department of Justice.
- Winett, D. L., Mullen, R., Lowe, L. L., & Missakian, E. A. (1992). Amity Rightturn: A demonstration drug abuse treatment program for inmates and parolees. In C. G. Leukefeld & F. M. Tims (Eds.), *Drug abuse treatment in prison and jails* (NIDA Research Monograph Series 118, pp. 84-98). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, U.S. Department of Health and Human Services.

## **PREVENCIÓN/PREVENTION**



## EL MITO DEL CONSUMIDOR INTELIGENTE

## THE MYTH OF THE INTELLIGENT CONSUMER

**Calafat, Amador**

Irefrea, España.

Comienza esta intervención con una primera consideración sobre la evolución de la fiesta y el relieve del fin de semana en donde las drogas recreativas, en especial el éxtasis y productos similares, juegan un papel fundamental. Puede decirse que la droga en ambientes juveniles es una tecnología más, como la música, y de gran importancia.

Esta forma de vivir la fiesta basada en las drogas se ha convertido en una manifestación sólidamente asentada en los hábitos de muchos jóvenes, al formar parte de la cultura juvenil. De ahí que sociólogos y profesionales de la prevención del consumo de drogas hablen de normalización de los consumos. Detrás de esa normalización existe el peligro de pensar que no se puede influir, como si habría que aceptar los hechos tratando de minimizar sus consecuencias. Se destaca la relación entre estas prácticas de diversión y la industria que las sustenta y que ayuda a expandirlas.

En este contexto surge el mito del consumidor inteligente a principios de los noventa. Joven que solo consume los fines de semana y que no quiere correr peligro. El mito no se sostiene si dejamos que el consumo evolucione unos años o lo comparamos con otros tipos de jóvenes. Se exponen las características de los consumidores de drogas recreativas, jóvenes, preferentemente burgueses, con habilidades sociales que salen a divertirse los fines de semana. Esta forma de consumir drogas está vinculada a una nueva forma de socialización, sirve para la consecución de éxito.

Para finalizar, una vez que el perfil y los factores de riesgo han cambiado, plantea la necesidad de pensar la prevención, ya que en ambientes recreativos se torna especialmente compleja y destaca, a su vez, las paradojas a las que se enfrentan los que ponen en marcha programas preventivos.

This speech begins with an initial consideration on the evolution of the weekend relief and party where recreational drugs, in particular Ecstasy and similar products play a fundamental role. One could say that drugs in youthful atmospheres is yet another form of technology, like music, and an extremely important one. This way of experiencing parties, based on drugs, has shown itself to be firmly rooted in the habits of many young people, becoming part of youth culture. Which is shy sociologists and professionals involved in the prevention of drug consumption talk of standardisation of consumption. Behind this standardisation lies the danger of believing that it can have no influence, as though one had to accept actions whilst trying to minimise their consequences. The relationship between these leisure practices and the industry that sustains them and helps make them spread is remarkable.

In this context the myth of the intelligent consumer arose at the beginning of the 'nineties. A young person who only consumes drugs at the weekend and who does not wish to take any risks. The myth is not sustainable if we allow consumption to evolve over a few years, or we compare it to other types of young people.

The characteristics of recreational drug consumers are expounded – young, preferably bourgeois, with social skills, who go out to enjoy themselves at the weekend. This form of drug consumption is linked to a new form of socialisation, it serves to gain success.

To finish up, once the profile and the risk factors have changes, the need to think of prevention is put forward, as in recreational atmospheres this becomes particularly complex. At the same time the paradoxes faced by those who launch preventative programmes are highlighted.

## EL FIN DE SEMANA Y LA FIESTA

Antes del siglo XIX el tiempo libre era algo exclusivo de las 'clases ociosas', es decir de la aristocracia y de la alta burguesía. Para el resto de los ciudadanos el tiempo venía regido por el trabajo, por la climatología y por la época del año: si había trabajo se trabajaba y si no había se descansaba. Pero con la revolución industrial la división entre tiempo de trabajo y tiempo de descanso, o tiempo libre, se hace cada vez más nítida y además se hace homogénea para la mayoría de la población en las sociedades industriales, en especial en las urbes creándose la idea del fin de semana. Obviamente diversos cambios tecnológicos que han ido ocurriendo a lo largo de la historia han permitido impulsar los cambios sociales en el uso y en la interpretación del tiempo. La tecnología más importante que sostiene esta revolución son los nuevos medios de transporte comenzando por el ferrocarril, los automóviles, los barcos de vapor y los aviones. También debemos tener en cuenta los medios de comunicación y por supuesto no nos debemos olvidar de las drogas como 'tecnologías' importantes para estos cambios en la concepción de la diversión.

Otro paso decisivo en los cambios ante la diversión ocurre cuando se crea una industria recreativa. En un principio la industria aparece con la idea de dar respuesta a las necesidades que van surgiendo, pero a medida que se consolida es la propia industria una entidad fundamental en la definición de lo que es la diversión, en cómo ocupar el tiempo libre y en contribuir activamente a la construcción del nuevo panorama que va surgiendo.

Esta nueva situación crea una relación nueva con el tiempo libre que nos atrapa y que se hace más compulsiva. Se rompe de esta manera la relación más tradicional y cíclica que tenía la sociedad con el ocio, que venía regulada por una serie de fiestas que se repartían a lo largo del año. Y se entra en una nueva or-

ganización del tiempo guiada por la ley de la oferta y de la demanda que tiende a saltarse, en la medida de lo posible, cualquier estacionalidad, cualquier regulación y cualquier calendario.

Los países protestantes habían concedido tradicionalmente una menor importancia a todo lo relacionado con la fiesta. Su ética puritana no contemplaba estos espacios, que son sin embargo más frecuentes en la Europa meridional católica. Toda la explosión que han vivido algunos países alrededor de las fiestas hippies de los sesenta, las *raves* y la cultura *house* de los ochenta y los noventa puede ser entendida como una reacción a la represión de la expresividad del placer propia de las culturas protestantes. El contacto puntual vacacional de una buena parte de la población inglesa y otros países centro y norte-europeos con la fiesta mediterránea les lleva a tomar conciencia del 'déficit festivo' que vienen padeciendo secularmente. Las juventudes de estos países centroeuropeos han reaccionado con la fuerza de los que acaban de abrazar una nueva religión; en un intento de recuperar el tiempo perdido reivindican más espacios y más ocasiones para la fiesta y buscan a cualquier precio un mayor contacto emocional y placentero.

La capacidad festiva de los pueblos mediterráneos ha sido siempre notable y, en las últimas décadas, no ha hecho más que crecer. Si para entender la expansión del tiempo libre —sobre todo ligado a las masas— nos tenemos que guiar por el modelo inglés y americano, para entender la fiesta nos tenemos que regir por el modelo festivo mediterráneo que es con diferencia el más arraigado y el más elaborado. Todo ello a través de una gran diversidad de modelos desde las romerías, a la fiesta de los toros, a las procesiones religiosas —a las que intentan emular las 'Love parade' techno de Berlín, Zurich o recientemente en Barcelona o Bolonia—, o las verbenas populares, entre muchos otros.

Para entender de qué forma los centroeuropeos conocieron y se interesaron por las fiestas mediterráneas tenemos que centrarnos, tal como ya hemos dicho, en sus incursiones veraniegas a los centros turísticos mediterráneos. Este encuentro cultural viene magistralmente recogido por Matthew Collin, quien analiza el significado de estas incursiones en la isla de Ibiza de los jóvenes *clubbers* ingleses de clase baja. En las discotecas de Ibiza la diversión pasaba por un ritual en el que la estética, la música, el baile, las relaciones sociales, tenían más relevancia que la que conocían en sus discotecas inglesas. Se trataba de un espacio más elitista, con mayor importancia del ambiente, con más sentido del espectáculo. “Eran lugares de fantasía, templos de Dionisio, diseñados para estimular los sentidos y facilitar la expresión de sus deseos más salvajes”<sup>1</sup>, ¡tal era el resultado de su encuentro con la fiesta mediterránea! Les seducía especialmente la forma de presentar la música por los *disk-jockeys* locales, que bautizan con el nombre de ‘balearic beat’. Lo que significaba exactamente ‘balearic beat’ no es bien definido y seguramente se refiere a una mayor libertad para mezclar estilos desde el punto de vista musical, pero también incluye la capacidad de los *disk-jockeys* para “capturar la magia indefinible de la isla en la noche, el legado hippie y el presente hedonista”<sup>1</sup>. En definitiva, descubren las posibilidades de hacer emerger emociones y comunicación en el espacio festivo durante la larga y cálida noche mediterránea. La experiencia de la fiesta —en forma de discoteca y de otros condimentos típicos mediterráneos— deja a los jóvenes turistas de los enclaves mediterráneos profundamente afectados y seducidos. Para explicar ese fenómeno los analistas ingleses y europeos acuden a la mitología que les es más próxima y que coincide con

la época hippie, la época dorada de los sesenta, creyendo que lo que está ocurriendo es una reedición de aquella época, pero lo que han descubierto en realidad es la fiesta mediterránea.

Pero estos encuentros culturales son de ida y vuelta, y más en un mundo globalizado donde las culturas son cada vez más interdependientes. En los años 90 el crecimiento de la industria, sobre todo inglesa, relacionada con las discos fue enorme. Y de la misma forma que en Inglaterra se popularizaron modas mediterráneas (el ‘balearic’, pero también influyó la Costa del Sol española u otros enclaves del Mediterráneo francés, griego o italiano) la misma industria inglesa invirtió en el sur, y éste se adaptó a los gustos de una clientela tan agradecida, de forma tal que las diferencias en las discos alrededor de Europa cada vez han ido siendo menores, la música es más parecida y se toman las mismas drogas. En efecto, entre las ‘tecnologías’ más necesarias y que más popularizan esta nueva interpretación de la fiesta han sido las nuevas drogas recreativas, en especial el éxtasis y productos similares. El éxtasis comienza a tener su presencia en Ibiza hacia el año 87 y se convierte en un elemento clave para entender la fiesta a partir de este momento allí o en muchos lugares del mundo. En esta nueva versión de la fiesta, para muchos, si no hay éxtasis u otros productos ya no hay fiesta. La experiencia de la droga pasa a ser más importante que la originaria experiencia de la fiesta. Es posible que este encuentro cultural que ha llevado a definir la forma actual de diversión de fin de semana podría haber llevado a un tipo de fiesta distinto, menos compulsivo, menos homogéneo, donde la droga fuese menos central, pero esto es otra historia.

## **NORMALIZACIÓN DE LOS CONSUMOS**

Esta nueva forma de vivir la fiesta basada en las drogas se ha convertido en una manifestación sólida-

---

<sup>1</sup> Collin M (1997) *Altered state. The story of ecstasy culture and acid house*. Serpent's Tail. London

mente asentada en los hábitos de muchos jóvenes y esto ha llevado a un sector de sociólogos y algunos profesionales de la prevención del consumo de drogas a hablar de la 'normalización de los consumos'. Si ello quiere decir que estos hábitos están ampliamente extendidos y que existe una creciente tolerancia social hacia esta forma de consumo es evidente que es verdad, pero con frecuencia está implícito en dicha afirmación el que nos encontramos ante una situación consolidada e inamovible, ante una expresión genuina de la cultura juvenil, que debemos entender y respetar si somos inteligentes. Desde esta perspectiva cuestionar el consumo de alcohol y drogas o cuestionar los hábitos establecidos de diversión se considera como algo fuera de lógica, como no entender en qué consiste la verdadera diversión de los jóvenes. Y, por tanto, toda intervención que no respete esta lógica está condenada de antemano al fracaso. Sólo cabría considerar, dentro de esta perspectiva, como intervenciones válidas lo que se ha denominado políticas de 'reducción del daño' en las que no se entra a valorar la racionalidad de los consumos y sólo se aborda la posibilidad de que el consumidor asuma menos riesgos cuando consume drogas, por ejemplo bebiendo agua con cierta frecuencia y descansando periódicamente si se ha consumido éxtasis. Es evidente que estos acercamientos pueden aportar sus beneficios —y por tanto hay que incorporar todas aquellas medidas con una eficacia demostrada como ocurre con las orientaciones del 'Club Health'— pero no son capaces de influir sobre la lógica perversa que existe detrás de esta normalización. Serán siempre medidas parciales que tienen efectos limitados sobre la lógica consumista de estas prácticas de diversión, sobre la industria que las sustenta y que ayuda a expandirlas. En todo caso lo que interesa aquí es plantear las bases y las evidencias sobre las que se construyen éstas u otras prácticas pre-

ventivas del consumo de drogas en ambientes recreativos de fin de semana.

Si bien es cierto que las prácticas sociales no cambian tan fácilmente, sobre todo si están muy reforzadas —bien fisiológicamente o psicológicamente como es el caso de las drogas que proporcionan al individuo de forma inmediata una respuesta gratificante, como culturalmente por una industria que necesita dichas pautas de comportamiento para su supervivencia— también es verdad que se van produciendo cambios. Es importante entender que la cultura del éxtasis ligada a la diversión tiene 15 años, es decir es una práctica relativamente reciente. También tenemos el caso de la cultura del cánnabis y su consumo que experimentó una gran subida en Estados Unidos y Europa durante los 70, bajó de forma muy significativa en los 80 y vuelve a subir en los 90, todo ello en función de cambios en los determinantes culturales que apoyan y legitiman estos consumos.

Las evidencias científicas que apoyan las prácticas preventivas más habituales actualmente acerca del uso de drogas recreativas no son muchas. La impresión en muchas ocasiones es que abundan más el activismo y las buenas intenciones, mientras el conocimiento acumulado durante años sobre lo que funciona o no en prevención es poco tenido en cuenta. En un informe de hace unos años del EMCDDA<sup>2</sup>, pero que seguramente sigue siendo válido en líneas generales, señalaba que la evaluación era más un buen deseo que una realidad y que la mayor parte de los programas (39 de 52) se basaban en repartir información sobre el uso de drogas y los peligros que comporta su uso.

---

<sup>2</sup>Tossmann P, Bold and Tensil (1999) Demand reduction activities in the field of synthetic drugs in the European Union. <http://www.emcdda.org/multimedia/project-reports/synthetic-drugs.pdf>



## EL MITO DEL CONSUMIDOR INTELIGENTE

Muchas de las prácticas preventivas más habituales se fundamentan en una visión determinada de quienes son los consumidores de drogas de fin de semana. Se asume, desde esta perspectiva, que estos jóvenes no se diferencian básicamente de los demás jóvenes, están bien informados o interesados en conocer los efectos y los riesgos del consumo de drogas, su vida no está normalmente afectada por el uso de estas sustancias que son simplemente unas 'tecnologías' que usan para aumentar la intensidad de los placeres de la vida y nunca para poner en riesgo inútilmente sus vidas o sus intereses, tienden a no abusar de las drogas ni a consumirlas mezcladas con otras sustancias y les interesa conocer y practicar medidas preventivas. Por tanto hacer prevención, desde esta perspectiva, significa dirigirse a estos jóvenes interesados en pasárselo bien usando drogas, que presumimos que no quieren asumir riesgos innecesarios pero tampoco abandonar el uso de drogas, para transmitirles buena información (sobre el contenido de las pastillas, sobre lo que hacer si se consume una droga, qué medidas preventivas se deben adoptar en las relaciones sexuales,...) que deben incorporar a sus pautas de comportamiento para evitar tener problemas importantes.

El mito del consumidor inteligente surge con fuerza a principios de los noventa —aunque tiene su origen antes— muy ligado al éxito del consumo de éxtasis y en plena expansión de la actividad recreativa del fin de semana para muchos jóvenes. Hasta entonces el modelo de consumidor de drogas había sido el heroinómano, un consumidor que se margina socialmente, que no va a ninguna parte y que se autodestruye. Los nuevos consumidores no se identifican en absoluto con este modelo y no tienen conciencia de ser adictos a las drogas pues sus consumos están asociados a prácticas sociales muy integradas. Por otro lado existía la idea de que el éxtasis (MDMA y otras variantes) era inocuo o, en

todo caso, una sustancia mucho menos problemática que el alcohol. Además, se decía, que el consumo de éxtasis hacía más difícil el consumo de alcohol. Muchos usuarios y algunos profesionales coincidían en defender el éxtasis como una droga ideal que facilita las relaciones humanas y la diversión.

En un libro reciente titulado 'Éxtasis y el surgimiento de una generación química'<sup>3</sup>, se dice que "en el momento que apareció en escena el éxtasis a principios de los 90 pareció casi como una droga ideal para la nación de los jóvenes, pues hacía que los jóvenes no fumasen, redujo drásticamente el consumo de alcohol, no era en absoluto adictivo y les hacía bailar". Más adelante expresan sus dudas acerca de las investigaciones sobre los efectos perniciosos del éxtasis, pero reconocen, muy contrariados, que al volver a entrevistar a aquellos usuarios ideales —e idealizados— de éxtasis de principios de los 90 al cabo de unos años resultó que se habían convertido en policonsumidores. Dentro de esta línea de investigar este mito de la prudencia atribuido a los consumidores de éxtasis realizamos en 1.997 un estudio entre consumidores de éxtasis en ambientes recreativos de 5 ciudades europeas, comparándolos con un grupo control que tenía las mismas características y los mismos hábitos de salida, siendo el resultado que los consumidores de éxtasis, respecto a dicho grupo control, eran todavía más policonsumidores —incluido el alcohol—, tendían a abusar más a la hora de consumir drogas y no se interesaban demasiado por las medidas preventivas<sup>4</sup>. Es decir, el mito del 'consumidor inteligente de éxtasis' cuando se observa atentamente la calle

<sup>3</sup> Hammersley R, Khan F, Ditton J (2002) *Ecstasy and the rise of the chemical generation*. London. Routledge,

<sup>4</sup> Calafat A, Stocco P, Mendes F, Simon J et al (1998) *Characteristics and social representation of ecstasy in Europe*. Palma de Mallorca. Irefrea.

y, sobre todo, si dejamos que el consumo evolucione unos años o lo comparamos con otros tipos de jóvenes no se sostiene fácilmente.

Alrededor del cánnabis se está produciendo desde hace años una maniobra similar<sup>5</sup>. En realidad este movimiento pro-cánnabis se inicia ya en los sesenta, pero es sobre todo durante los noventa cuando alcanza su apogeo. Se trata de promover una imagen de esta sustancia como no peligrosa, no adictiva, con posibilidades terapéuticas, productora de buen rollo, siendo la única explicación que se encuentra para la prohibición de su uso la hipocresía social. Estos movimientos culturales se organizan alrededor de drogas cuya peligrosidad está en entredicho, o no es fácil de demostrar, o no es evidente para el individuo pues muchas veces su consumo no acarrea problemas frecuentes por lo menos a corto plazo. En relación al cánnabis se podrá argumentar que es menos peligroso que otras drogas, pero nunca que no existan problemas derivados de su uso<sup>6</sup> como creen muchos adolescentes y jóvenes europeos actualmente. En el último Eurobarómetro<sup>7</sup>, realizado entre abril y junio del 2002 con una muestra representativa de 7.687 jóvenes europeos de 14 a 25 años hay un 36,6% que opinan que el cánnabis no es muy peligroso y un 11,5% que creen que no es en absoluto peligroso. Por otro lado no existen prácticamente investigaciones sobre las consecuencias de las formas de consumo actuales, muy distintas de las de hace unos años pues nunca

antes se había empezado a consumir tan pronto, con tanta frecuencia y con productos, como algunas marihuanas actuales, cuyo contenido en principio activo es bastante más elevado que las que se consumían en el pasado. Un seguimiento de un grupo de 1.265 adolescentes de los que se tenían registrados sus consumos cuando tenían entre 14 y 21 años, consiguen demostrar, después de eliminar otras posibilidades de interpretación alternativas, que existe una relación estadísticamente significativa entre el uso de esta sustancia y una futura conducta antisocial, depresión, ideas e intentos de suicidio y, desde luego, el uso de otras drogas. Pero lo que es más importante es que los que hacían un consumo regular entre los 14 y 15 años tenían más problemas que aquellos otros que su uso regular se inició entre los 20 y 21<sup>8</sup>. Otro estudio longitudinal también reciente muestra que jóvenes que hicieron un uso no muy intensivo alrededor de los 20 años y que luego lo abandonaron no se encontraron a lo largo de los años problemas psicosociales<sup>9</sup>. Posiblemente estas dos investigaciones nos ilustran bastante certeramente sobre lo que es la realidad de las consecuencias del consumo de cánnabis: aquellos consumidores esporádicos sobre todo de más edad —siempre que no haya una predisposición a la psicosis— no tendrán posiblemente problemas, pero los que hagan un uso regular durante la adolescencia pueden encontrarse con problemas durante la misma adolescencia y durante la madurez.

---

<sup>5</sup> Calafat A, Juan M, Becoña E, Fernández C, Gil E, Llopis JJ (2000) "Estrategias y organización de la cultura pro-cánnabis". *Adicciones*, vol 12, supl. 2 \*

<sup>6</sup> Quiroga M. (2002) Cánnabis y psicopatología comorbida. *Adicciones*, vol 14, nº 2, pp 191-200

<sup>7</sup> The European Opinion Research Group (EORG) (2002) Eurobarometer 57.2. Special Eurobarometer 172. Attitudes and opinions of young people in the European Union on drugs.

---

<sup>8</sup> Fergusson DM, Horwood LJ, Swain-Campbell N (2002) Cannabis use and psychological adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction*, 97, 1123-1135

<sup>9</sup> Eisen SA, Chantarujikapong S, Xian H, Lyons MJ, et al (2002) Does marijuana use have residual adverse effects on self reported health measures, sociodemographics and quality of life? A monozygotic co-twin control study in men. *Addiction*, 97, 1137-1144

## CARACTERÍSTICAS DE LOS CONSUMIDORES DE DROGAS RECREATIVAS

Intentemos describir quienes son estos jóvenes. En un estudio de Irefrea<sup>10</sup> encuestando a 2.560 jóvenes de 9 ciudades europeas (Atenas, Berlin, Coimbra, Manchester, Modena, Niza, Palma de Mallorca, Utrecht, Viena) entrevistados en zonas de diversión comprobamos que preferentemente son jóvenes con estudios (educación primaria: 8 %, secundaria: 42% y universitarios: 49%), más o menos buenos estudiantes (se consideran muy buenos estudiantes el 10%, buenos el 32%, en la media el 47% y sólo se consideran malos o muy malos el 12%) y que pertenecen clases sociales medias o medio altas (altas 5%, medio altas: 27%, medias: 53%, medio bajas: 12% y bajas: 4%). Seguramente esto nos indica dos cuestiones: que salir los fines de semana es una práctica cara —y que en consecuencia hay más probabilidades de encontrar jóvenes de familias con una cierta capacidad económica— y que forma parte de las formas de socialización de los jóvenes de la burguesía. En definitiva, es verdad que no estamos ante sectores marginales de la juventud, sino todo lo contrario, los 'clubbers', los jóvenes que salen a divertirse los fines de semana son preferentemente jóvenes burgueses que invierten mucho tiempo en estas actividades, convirtiéndolas en el centro de su vida social.

Los consumos de estos jóvenes son elevados: durante el último mes un 87% ha consumido alcohol —pero lo realmente preocupante es que un 68% se ha emborrachado por lo menos una vez durante el último mes— y un 69% ha consumido tabaco. Un 40% ha consumido cánnabis, un 15% éxtasis, un 10% cocaína

y un 8% anfetaminas durante el mencionado periodo de tiempo si nos referimos a las drogas ilegales más frecuentes. Por otro lado, un 30% ha conducido vehículos bajo su influencia y un 43% bajo la del alcohol y sólo la mitad de ellos ven peligro en consumir cuatro consumiciones alcohólicas en una salida.

Y entre los que consumen éxtasis un 20% consumen menos de una pastilla cuando toman, un 33% una pastilla entera, un 29 dos pastillas y un 17% tres o más pastillas por sesión, es decir que existe un grupo numeroso que tiende a abusar, mientras que por otro lado sólo a un 21% les importa realmente estar seguros de la composición de las pastillas. Es interesante ver<sup>11</sup> que lo que separa a los consumidores de 'éxtasis' de los no consumidores es su visión de esta droga. Las personas tienden a ver y a juzgar las drogas, de acuerdo a nuestro estudio, a través de dos parámetros: sus efectos y sus peligros. Resultó que los consumidores estaban interesados en los efectos y veían menos peligros derivados del consumo, mientras que los no consumidores les parecían menos interesantes los efectos de dicha droga y estaban más preocupados por los posibles peligros que se relacionaban con su uso. Es evidente que esto tiene repercusiones desde un punto de vista preventivo y que indica un posicionamiento diferenciado de los consumidores y de los no consumidores frente al consumo y la prevención.

A la hora de plantearnos cuestiones preventivas es importante también conocer<sup>12</sup> cuáles son los factores de riesgo más determinantes. En un intento de cono-

<sup>10</sup> Calafat A, Bohrn K, Juan, M, Kokkevi, A. et al (1999) Night life in Europe and recreative drug use. Sonar 98. Palma de Mallorca. IREFREA. Palma de Mallorca. (This books can be downloaded in [www.irefrea.org](http://www.irefrea.org))

<sup>11</sup> Calafat A, Stocco P, Mendes F, Simon J et al (1998) Characteristics and social representation of ecstasy in Europe. Palma de Mallorca. Irefrea (This books can be downloaded in [www.irefrea.org](http://www.irefrea.org))

<sup>12</sup> Bachman J, Johnston LL, O'Malley P (1998) "Explaining Recent Increases in Student's Marijuana Use: Impact of Perceived Risks and Disapproval, 1976 through 1996. *Am. J. Public Health*, vol 88 (6)

cer cuál es el factor que mejor explica los grandes cambios anuales o plurianuales (es decir, las subidas o bajadas que siguen ciclos de varios años) en el consumo de una determinada droga se encuentra —dentro de un estudio que se basa en el seguimiento de la investigación epidemiológica que se hace en USA anualmente desde hace mucho tiempo— que es la percepción del riesgo y la desaprobación de su uso. Es decir que si los jóvenes de un año para otro piensan que una droga concreta es menos perjudicial, aumentará claramente su consumo y, viceversa, si creen que es más perjudicial consumirán menos. Los otros factores de riesgo y protección (estudiar más o menos, ser buscador de sensaciones, participar en actos delictivos, ...) que conocemos sirven para explicar los cambios individuales. Pero los cambios de consumo que afectan a mucha gente año tras año no dependen de que la gente sea más rebelde o más antisocial; por poner un ejemplo, la bajada del consumo de marihuana en los 80 y la subida significativa de los 90 no dependería de cambios en la psicología o la problemática de los jóvenes, sino en su percepción de si la marihuana produce problemas y la actitud ante su consumo.

Algunos profesionales todavía defienden viejas teorías como causas del consumo de drogas por parte de los jóvenes, que podían ser válidas hace años cuando estos consumos eran minoritarios. Se podía hablar entonces de problemas de personalidad o de problemas sociales, pero estas explicaciones ya no son válidas para explicar las formas de consumo mayoritarias que se están dando en la actualidad entre los adolescentes y jóvenes en ambientes recreativos de fin de semana. A excepción de algunos colectivos muy concretos el consumo de droga actual no se puede explicar por la marginalidad, ni la pobreza, ni la falta de autoestima, ni la depresión. Ninguna de estas circunstancias —en contra de lo que mucha gente piensa—

es un factor de riesgo facilitador primordial del consumo dentro de la lógica actual de consumo recreativo de una sociedad desarrollada. Ya hemos hablado de la importancia de la percepción del peligro asociado al consumo de una determinada droga, por lo que ahora vamos a explorar otros factores de riesgo. Diversos estudios longitudinales —es decir investigaciones que hacen un seguimiento durante muchos años de individuos desde antes de que empiecen a consumir para ver con posterioridad qué factores personales, familiares o ambientales van a ser luego transcendentales en facilitar la presentación de determinadas conductas— muestran que son cuestiones como la extroversión, la asertividad o la búsqueda de sensaciones las que facilitan que los jóvenes se inicien en el consumo de drogas recreativas<sup>13</sup>. Está claro que la nueva lógica para el consumo de drogas no es superar problemas sino divertirse más, para buscar ese placer rápido, que tiene además, entre otras connotaciones, la peculiaridad de servir al consumidor para desconectarse de las rutinas y responsabilidades de la semana. El consumir drogas en esta lógica de fin de semana también está vinculado a una nueva forma de socialización de los jóvenes, es parte de un estilo de vida determinado, de conseguir amistades, de comunicarse. No es una lógica o una estrategia, por lo menos de entrada, marginalizadora, sino todo lo contrario; es decir, sirve para la consecución del éxito. Es la lógica de las clases dominantes para las que divertirse es una cuestión de primer orden. Otra cosa es que a la hora de los problemas, en los lugares de tratamiento, haya mayor representación de grupos sociales menos favorecidos pues tienen más probabilidades de tener conductas de abuso y de de-

---

<sup>13</sup>Petratis J et al (1998) Illicit substance use among adolescents: a matrix of prospective predictors. Substance use and misuse, 33, 13 (2561-2604)

pendencia, posiblemente por disponer de menor capacidad social y personal y menos apoyos externos para gestionar sus asuntos y sus problemas.

Nos parece ilustrativo en este sentido un estudio sobre los estudiantes que consumían drogas y tenían buenos resultados académicos<sup>14</sup>. Los efectos negativos del uso de drogas sobre la capacidad de estudio puede ser compensada por otros factores como la inteligencia, mejores habilidades sociales, mayores expectativas profesionales, el nivel educativo de los padres y la estabilidad emocional personal y familiar. Por otro lado, los no consumidores en relación con los consumidores participaban menos en las actividades extra curriculares y estaban menos satisfechos con su propia vida; es decir, que lo que les prevenía de consumir drogas era justamente la falta de ciertas habilidades sociales.

## PENSAR LA PREVENCIÓN

La prevención no es nunca una cuestión fácil de plantear ni de desarrollar. Es una disciplina relativamente reciente que además se enfrenta para su desarrollo con una realidad muy cambiante y a muchos condicionantes ideológicos y culturales. Ello lleva a que exista un alto grado de improvisación y de voluntarismo en muchos programas preventivos, dando la impresión de que siempre se está empezando y de que las experiencias anteriores no sirven para consolidar una manera de hacer las cosas basada, en la medida de lo posible, en la evidencia.

La prevención del consumo de drogas en ambientes recreativos es especialmente compleja porque se inserta en una práctica cultural muy extendida y ampliamente aceptada. Ello lleva a que los que quieren

hacer prevención en estos medios tienen que enfrentarse con diversas paradojas. La primera consiste en que en muchas ocasiones los consumidores tienen mejores habilidades sociales y están más integrados que los no consumidores. En efecto, todo se hace más complicado cuando el consumir drogas lo convierten muchos jóvenes en una estrategia de integración social y de socialización, ligada a la diversión de fin de semana. Hemos visto cómo muchos consumidores pertenecen a clases sociales integradas, que quieren divertirse y tener éxito en la vida. No consumen porque tengan problemas o quieran autodestruirse. Al revés, son gente con habilidades sociales, que no están pasando por una problemática psicológica especial y que, muchos de ellos, abandonarán el uso de drogas a medida que las responsabilidades típicas de la vida adulta (tener pareja, trabajo, familia,..) vayan imponiéndose. Por el contrario, los no consumidores o consumidores moderados tienen en muchas ocasiones menos habilidades sociales, son menos divertidos y son menos 'exitosos' en la vida.

Otra paradoja es que los consumidores muchas veces están menos interesados por las medidas preventivas que los no consumidores. El tomar riesgos forma parte de la diversión y del porqué se consumen drogas. Los consumidores saben que toman riesgos, pero normalmente creen que los controlan, por lo que se interesan poco por las medidas preventivas pues ellos ya creen haber incorporado—en la medida que les interesa— estas medidas a su vida. Ello hace que se interesen poco por las medidas preventivas. Los destinatarios reales de muchas campañas de prevención acaban siendo en la práctica los consumidores moderados o los no consumidores. De ahí que algunas personas se planteen los efectos perversos de campañas que sólo hagan hincapié en la reducción del riesgo de algunas formas de consumo.

---

<sup>14</sup>Evans WP, Skager R "Academically successful drug users: an oxymoron?" J Drug Educ. 22 (4) 1992 353-365

Los que ponen en marcha programas se enfrentan todavía con otras paradojas: ¿Cómo plantear la problemática de algunos consumos de drogas dentro de una lógica de diversión en que la gente sólo tiene orejas para lo positivo y lo placentero? Si plantean las cosas muy directamente o muy problemáticamente pueden encontrarse con que no serán aceptados sus mensajes por los consumidores más problemáticos, pero si plantean las cosas exclusivamente desde la perspectiva de reducción del riesgo existe el problema que se puede reforzar la visión 'normalizadora' de los consumos. Otra paradoja importante es cómo hacer compatibles el objetivo de reducción del riesgo —es decir, intentar que los consumos sean menos problemáticos, que es para un sector importante de los que hacen prevención un objetivo irrenunciable y a veces casi el único— con otra necesidad de la prevención que es el aumento de la percepción del riesgo ligado al consumo de una droga, que hemos visto que es uno de los factores de riesgo más importantes y se supone que una prevención basada en la evidencia debería tener en cuenta los factores de riesgo. Existen todavía más paradojas como la ambivalencia que tiene la sociedad hacia poner límites a la industria recreativa, alcoholera o tabaquera, pues aunque por un lado existen evidencias de que deberían reducir su oferta, se trata por otro lado de una fuente importante de puestos de trabajo y de riqueza.

En definitiva no es fácil hilvanar un discurso preventivo que a la vez sea respetuoso con los hechos, con las investigaciones, con las circunstancias de consumo, con el momento social, pues hay normalmente demasiados intereses ideológicos, de oportunismo político o cultural o falta de profesionalidad, es decir, falta de conocimientos o de respeto hacia la investigación o hacia las evaluaciones existentes. Por otro lado, difícilmente pueden cambiar las cosas sin poner en cues-

tión la lógica consumista de esta forma de diversión y de consumo de drogas y sin cuestionar los poderosísimos intereses económicos de la industria recreativa y de las alcoholeras y tabaquerías.

**UNA PERSPECTIVA CONTEXTUAL PARA  
LA COMPRESIÓN Y LA PREVENCIÓN DE  
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN  
SEXUAL / SIDA ENTRE ADOLESCENTES**

**A CONTEXTUAL PERSPECTIVE FOR  
UNDERSTANDING AND PREVENTING  
STD/HIV AMONG ADOLESCENTS**

**DiClemente, Ralph**

Rollins School of Public Health and Center for AIDS Research  
Emory University

**Contenido**

I - Introducción

1. La Adolescencia
2. Morbilidad en la Adolescencia – Tendencias
3. Peso de ETS / SIDA entre adolescentes

II - Prevención

Perspectiva de contexto

III - Bases para Intervenciones Preventivas con foco  
en el Contexto

1. Nivel Familiar
2. Nivel Relacional
3. Nivel Comunitario
4. Nivel Social

IV - Programas Contextuales para Prevenir ETS /  
SIDA entre Adolescentes

V – Conclusión

- Destaca en la necesidad de desarrollar interven-  
ciones contextuales en Prevención.

## INTRODUCTION

Adolescence is a developmental period characterized by rapid physical, psychological, social/cultural and cognitive changes. While many adolescents navigate the sometimes turbulent course from childhood to adulthood to become productive and healthy adults, there is growing concern that far too many others may not achieve their full potential. Adolescence, unfortunately, is also a period fraught with many threats to the health and well being of adolescents in which many suffer substantial impairment and disability (DiClemente, Hansen & Ponton, 1996).

### **Temporal Trends in Adolescent Morbidity**

Over the past few decades there has been a marked change in the causes of morbidity among adolescents (Sells & Blum, 1996). Many adolescents today, and perhaps increasing numbers in the years to come, are at risk for adverse health outcomes stemming from their behavior. Contemporary threats to adolescent health are primarily the consequence of risk behaviors and related outcomes such as substance use, violence, risky sexual behavior, teenage pregnancy and sexually transmitted diseases, to name but a few (Dryfoos, 1990; DiClemente, Hansen, & Ponton, 1996; Jessor, Turbin, Costa, 1998). One of the most significant and immediate risks to the health and well being of adolescents is the risk of acquiring sexually transmitted diseases (STDs), including human immunodeficiency virus (HIV) infection.

### **The Burden of STDs and HIV Among Adolescents**

The risk of acquiring a sexually transmitted infection (STI) is one of the most significant and immediate risks to the health and well being of adolescents. In the United States, more than 15 million new cases of STDs occur each year (American Social Health Association, 1998); as many as two-thirds of these infections may occur among people under 25 years of age (Eng &

Butler, 1997). By age 24, at least one in three sexually active young adults is estimated to have contracted an STD (Centers for Disease Control and Prevention, 1993). These infections are a prominent source of personal loss among adolescents and an economic toll on society. Costs can be measured in terms of bacterial infections, such as chlamydia, and in terms of health outcomes, such as the number of ectopic pregnancies and the rate of infertility cases associated with STD infection (Chow et al. 1987; Eng & Butler, 1997; Washington et al. 1987; Westrom et al. 1980). Viral infections are also important. Infection with human Papillomavirus clearly contributes to subsequent cervical carcinoma (Koutsky & Kiviat, 1999). Although infection with genital herpes has not been linked to significant long-term physical sequelae, recent evidence suggests that considerable psychosocial morbidity may occur as a consequence of genital herpes infection (Corey & Wald, 1999; Melville et al. unpublished; Smith et al. 2000).

Perhaps of greatest concern, sexually transmitted infections significantly increase adolescents' risk of acquiring HIV infection (CDC, 1998; Fleming & Wasserheit, 1997). In the United States, adolescents and young adults are a population at increased risk of HIV infection (Rosenberg & Biggar, 1998). Recent estimates suggest that 50% of new HIV infections occur among people younger than 25 years of age and 25% of new HIV infections occur among adolescents younger than 22 years of age (Office of National AIDS Policy, 1996). Given the possibility that many adolescents infected with HIV may remain unaware of their serostatus for many years creating substantial opportunity for transmission and decreasing the odds of effective responses to therapy the primary prevention of HIV infection among adolescents is a public health priority.



## PREVENTION

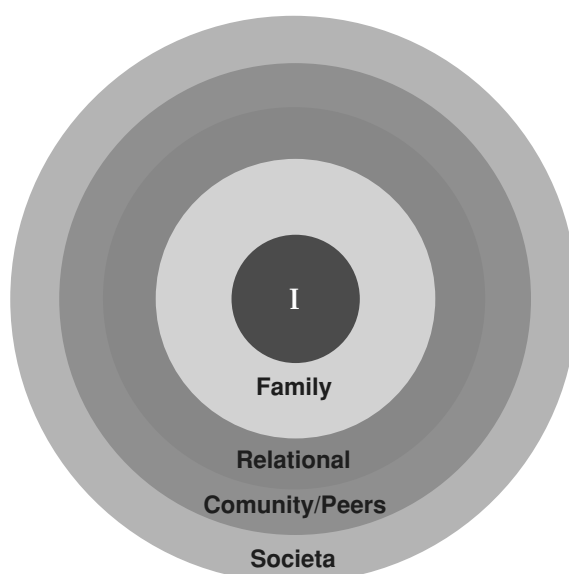
Understanding the complex web of influences that affect adolescent' STD/HIV-associated risk behavior is critically important to the design and implementation of risk-reduction interventions, for informing both public health and prevention education policy, as well as informing clinical practice and counseling guidelines. Two in-depth reports from the National Academy of Sciences National Academy of Sciences, 1986) and the National Commission on AIDS (National Commission on Acquired Immune Deficiency Syndrome, 1993) have recommended further research to understand the factors which influence adolescents' use of HIV/STD-prevention strategies. However, understanding the antecedents of risk and protective behaviors is a formidable challenge due to competing influences (individual, familial, relational, community, and societal) that constantly interact to shape adolescents' sexual behavior. Historically, adolescents' HIV/STD-associated risk behavior had been largely viewed as an individual-level phenomenon. Recently, however, emerging research has begun to recognize the importance and relevance of a contextual perspective that expands investigational and intervention efforts to a broader array of pervasive influences that transcend the individual level.

### A Contextual Perspective

From a contextual perspective, competing factors represent a reciprocal web of causality that influences adolescents' risk-taking. Figure 1 displays a visual conceptualization of these different levels of causation. In essence, adolescents' sexual behavior represents the behavioral endpoint of converging influences. Individual, interpersonal, social, economic, and other influences are embedded within a cultural context superimposed over traditions, values and patterns of social organization. Of great importance, from a prevention perspective, many of these factors are modifiable.

Figure 1 depicts five concentric spheres of influence. Beginning with the inner-most sphere, this represents the individual (i.e., adolescents) and includes psychological characteristics and behaviors (e.g., self-esteem, sensation-seeking, substance abuse). The family, relational, and community spheres suggest that interactions between adolescents and family members, intimate partners, and peers, have a strong influence on adolescents' behaviors and provide the context for those behaviors. The outer-most sphere indicates that characteristics of the society at-large (e.g., socio-economic status, health-care policies, media exposures, gender and racial/ethnic discrimination) provide a broader context in which adolescents, institutions, and communities are embedded. Each sphere, singularly, exerts an influence on adolescents' behavior; however, it is the interaction among spheres that ultimately shape adolescents' sexual risk behavior.

**FIGURE 1**  
**A Social-Ecological Model of STD/HIV Risk for Adolescents**



## **THE BASIS FOR BEHAVIORAL PREVENTION INTERVENTIONS**

The risk and protective behaviors for STD/HIV infection have been well-articulated elsewhere (Aral & Holmes, 1999; Eng & Butler 1997; Rosenberg et al. 1999). A primary and formidable challenge confronting public health researchers and practitioners has been understanding the psychosocial antecedents of these behaviors. The task is particularly complex because empirical investigation of such a personal, and often non-public and non-disclosed behavior, is logistically complicated. Yet, human and financial resources have been mobilized to identify and understand these antecedents because this process is widely considered essential to the development of effective behavioral interventions programs. In essence, behavioral interventions seek to minimize antecedents of adolescents' sexual risk behavior and maximize antecedents of their sexual-protective behaviors.

Initially, individual-level interventions were designed to target adolescents' STD/HIV-associated risk behaviors. Interventions at this level are designed to enhance adolescent's HIV/STD-preventive knowledge, attitudes, beliefs; foster the development of perceived peer norms as supportive of HIV/STD-preventive practices; promote mastery of risk-reduction skills; and, finally, motivate adolescents to adopt these preventive practices. In many cases, these interventions are offered in a small group format over multiple sessions. Several individual-level interventions have demonstrated evidence of effectiveness in reducing adolescents' HIV-associated risk behaviors (Kirby, 2000, 2001; Jemmott & Jemmott, 2000).

In a recent comprehensive review of published behavioral intervention studies designed to reduce adolescents' sexual risk behaviors, the strategies and content of the intervention approaches were largely geared toward 1) increasing awareness of STD/HIV, 2)

increasing favorable attitudes and motivations for practicing safer sex (i.e., avoiding sex, using condoms, using contraception), and 3) providing adolescents with effective skills that enhance their ability to practice safer sex e.g., communication and negotiation skills, condom use skills, and refusal skills. Exceptions were characterized by a few studies that included condom distribution programs and components including parental involvement (Robin, Dittus, Whitaker, Crosby et al. in press). One important observation of this review is that intervention approaches have predominately targeted the individual-level as opposed to adopting a contextual approach.

Individual-level interventions, while effective at motivating behavior change, may not be of sufficient intensity to sustain behavior changes over protracted periods of time, particularly in the face of pervasive countervailing pressures, such as negative peer pressure or media pressure, that promotes or reinforces sexual risk behavior. Further, addressing behavior change at the individual-level lacks sufficient breadth to reach large segments of the at-risk adolescent population. Thus, there is need to expand the scope of STD/HIV prevention interventions targeted toward adolescents to enhance their clinical and public health impact (DiClemente, 2001; DiClemente & Wingood, 2000; DiClemente, 2000). To encourage and promote the development of interventions that use a contextual approach, potentially addressing but often transcending the individual-level, we review here selected studies that provide evidence supporting the profound effects of the diversity of influences captured in the different spheres depicted in Figure 1 on adolescents' STD/HIV-associated risk behavior.

### **The Familial-Level**

Emerging empirical evidence suggests that parent-adolescent communication is an important determinant of adolescents' sexual risk-taking

behavior. Greater communication has been associated with (a) reduced likelihood of early sexual initiation (Dilorio et al., 1999; Jaccard, Dittus, & Gordon, 1996), (b) less frequent intercourse (Dutra et al., 1999; Holtzman & Rubinson, 1995; Jaccard et al., 1996), (c) increased use of condoms and other contraceptives (DiClemente, Wingood, Crosby, et al. 2001a; Dutra et al., 1999; Jaccard et al., 1996; Miller et al., 1998), and (d) having fewer sex partners (Dutra et al., 1999; Holtzman & Rubinson, 1995).

Accumulating evidence also suggests that parental monitoring may also be an important determinant of risk behavior. Lack of parental monitoring has been associated with adolescents' participation in (1) unprotected sexual behaviors (Biglan et al. 1990; DiClemente, Wingood, Crosby, et al. 2001b; Li, Stanton, & Feigelman 2000; Li, Feigelman, & Stanton, 2000; Small & Luster, 1994) (2) earlier initiation of sexual activity (Romer et al. 1999), and (3) sex with non-monogamous male partners as well as sex with multiple male partners among adolescent females (DiClemente et al. 2001b). In recent studies among African-American adolescent females, we found that infrequent parental monitoring was associated with multiple behavioral outcomes (e.g., risky sex, multiple partners, and selection of non-monogamous partners) as well as biologically confirmed adverse outcomes (e.g., STD infection and pregnancy) assessed over relatively brief periods of follow-up (DiClemente, Wingood, Crosby, et al. 2001b, Crosby, DiClemente, Wingood et al. 2002a, Crosby, DiClemente, Wingood et al. in press).

Recent studies suggest that family-level interventions may effectively lower adolescents' sexual risk behavior (Pequegnat & Szapocznik 2000). A primary goal of family-level STD/HIV intervention programs is to facilitate more frequent discussion between adolescents and their parents about sex-related issues; potentially opening the door for an ongoing dialogue

that can provide adolescents with a "life line" during times when they are making critical sexual decisions. An important emerging theoretical framework for this achieving increased parental monitoring has been articulated by Simons-Morton & Hartos (2002). A recent intervention trial for parents of low-income African American adolescents demonstrated significant improvement in reported levels of parental monitoring (Stanton, Li, Galbraith, Cornick, Feigelman, Kaljee, & Zhou, 2000). Furthermore, a recently program that involved parents in the sex education programs offered to children and adolescents in schools found beneficial effects. For example, a youth development program that provided training to parents as well as their elementary school - aged children, decreased the odds of risky sexual behavior among these children as they progressed through adolescence (Hawkins, Catalano, Kosterman, Abbott, & Hill, 1999). Favorable outcomes included a lower likelihood of sexual experience, multiple sex partners, and pregnancy.

#### **The Relational-Level**

Recent evidence suggests that relationship dynamics between adolescents and their sex partners may be an important intervention point. For example, studies suggest that more frequent sexual communication between partners may lead to increased protective behaviors (Crosby, DiClemente, Wingood, et al. 2001a; Whitaker et al. 1999; Lindberg, Ku, & Sonenstein, 1998). Relationship length and the amount of time spent with partners may also be strong determinants of protective behavior; as each increases, condom use becomes less likely (Crosby, DiClemente, Wingood, et al. 2000). For adolescent females, having a sex partner who is 2 to 3 years older may be a substantial risk factor for engaging in risky sex (Miller et al. 1997; DiClemente, Wingood, Crosby et al. 2002). Older partners may also serve as a "bridge" between sexual networks importing STDs

from networks of young adults to networks of teens. In a recent study of pregnant teens, our research team found that with partners two years or more their senior were 4 times more likely to acquire chlamydia over a 6-month period of observation (Begley, Crosby, DiClemente, et al. in press).

Other relational factors that may predispose adolescents to sexual risk also include low resistance to partner's request for condom use (Plichta et al., 1992), perceptions of partner control over STD acquisition (Rosenthal et al., 1999), perception of low partner support of condoms (Weisman et al., 1991), being a date rape victim (Valois et al., 1999), and being a victim of dating violence (Silverman et al., 2001; Valois et al., 1999; Wingood et al., 2001). The number and magnitude of the relational factors that have been identified suggests addressing STD/HIV prevention in a dyadic intervention rather than focusing entirely on one of the partners may be more advantageous in achieving sexual risk reduction.

### **The Community-Level**

Examples of community-level influences include community norms regarding safer sex, neighborhood and community cohesion, and the extent of community involvement in safer sex programs for adolescents. Peer norms surrounding sexual behaviors and condom use are robust influences on risky sexual behavior. Perceiving that friends and similar-aged teens are engaging in risky sex may foster personal adoption of the same behaviors. In contrast, perceived peer norms supportive of sexual-protective behaviors may influence the adoption and maintenance of safer sex practices (Boyer et al., 2000; Crosby et al., 2000; Doljanac & Zimmerman, 1998). An extreme form of negative peer pressure may be gang involvement. Our research team found that African American adolescent females involved in a gang, relative to

those who were not gang-involved, were more likely to test positive for common sexually transmitted disease such as *Trichomonas vaginalis* and *Neisseria gonorrhoeae* (Wingood et al., 2002).

Community characteristics can also influence adolescents' adoption of STD/HIV-protective behaviors. Affiliations with social organizations (Crosby, et al. 2002b; Crosby, DiClemente, Wingood, Harrington et al., in press), perceiving high levels of social support (St. Lawrence et al., 1994), and positive school environments may foster safer sex behaviors among adolescents. For example, Resnick et al. (1997) found that adolescents feeling a positive connection to peers, teachers, and other members of the school were more likely to delay sexual initiation. An emerging line of inquiry suggests that factors such as neighborhood cohesion (i.e., social capital) may also influence adolescents' sexual risk behaviors. Social capital is an index comprised of trust, reciprocity, and cooperation among members of a social network (Putnam, 2000). A recent study demonstrated that social capital was inversely correlated with AIDS case rates as well as the incidence of chlamydia, gonorrhea, and syphilis among adults (Holtgrave & Crosby, in press). More recent research has shown that adolescents with greater levels of social capital were less likely to engage in selected sexual risk behaviors (Crosby, Holtgrave, DiClemente, Wingood, & Gayle, under review).

Community commitment to sexual risk reduction among adolescents may also be vital. Adolescents with better accessibility and availability of condoms tend to have higher rates of condom use, without an increase in overall rates of sexual activity (Guttmacher et al., 1997; Furstenberg et al., 1997; Sellers, McGraw, & McKinlay, 1994). The theoretical assumption underlying school condom availability programs is that program effectiveness may be achieved by affecting several mediating variables such as peer norms about

condom use, self-efficacy in obtaining condoms, barriers to condom use, and social context (DiClemente & Peterson, 1994).

### **The Societal-Level**

Societal characteristics play distinct roles in shaping adolescents' sexual behaviors. For example, music, television, movies, Internet, magazines may all substantially contribute to adolescents' socialization (Thornburgh & Lin, 2002) thereby influencing the adoption of sexual risk or protective behaviors. Media portraying violence and aggression towards females serve as an important illustration of this point. To investigate this question, Wingood, and colleagues (in press) examined exposure to rap music videos among African American adolescent females over a 12-month time period. They found that adolescents reporting greater exposure to rap music videos were significantly more likely to have multiple sex partners, to use drugs, and to have a laboratory-confirmed positive test for STDs. Further, they also investigated exposure to X-rated movies among the same sample and found that adolescents reporting viewing X-rated movies in the three-months prior to assessment were more likely to report negative condom attitudes, to have had multiple sex partners, to have had more frequent sexual intercourse, were less likely to use contraception during last intercourse, and more likely to test positive for Chlamydia (Wingood, DiClemente, Harinngton, et al., 2001).

Societal conditions characteristic of the context of poverty may also be an important barrier to adolescents' adoption of safer sex practices. Low educational achievement and pessimism about future academic success have been linked to early debut and risky sex (Harvey & Spigner, 1995; Small & Luster, 1994). Among some impoverished adolescent populations, sex may be bartered for money and/or drugs (Lown et al. 1995; Sondheimer, 1992).

Adolescents living in stressful environments are generally more likely to take sexual risks. Homeless adolescents, for example, are more likely than their same-age peers to experience an early sexual debut, report multiple sex partners who have a high-risk of STD infection, and to report sexual abuse (Ennett et al. 1999; Eng & Butler, 1997).

Finally, the prevalence of STD/HIV among adults clearly reflects a risk for adolescents. STD/HIV screening and treatment infrastructures may be less developed in communities experiencing poverty and/or social disruption. Thus, again, societal conditions may well inflate adolescents' odds of contacting and becoming infected by a sexually transmitted pathogen (Aral & Wasserheit, 1995).

Adolescents from low-income families are also likely to experience financial barriers to receiving health care. For example, the Institute of Medicine recently estimated that one-quarter of adolescents and young adults at high-risk of STD infection do not have health insurance. Thus, adolescents who do not seek STD care remain likely to infect their sex partners, creating higher risk of STD infection within the sexual network.

### **CONTEXTUAL PROGRAMS TO PREVENT STD/HIV AMONG ADOLESCENTS**

In the broadest conceptualization, contextual interventions are targeted towards individuals, communities, families, social networks, and social institutions where adolescents congregate (i.e., schools, youth centers, churches) and are designed to counter media influences that cultivate or reinforce risky sexual behavior, attitudes and beliefs. Contextual interventions are designed to promote STD/HIV-protective behavior by providing adolescents with information and skills to change behavior through naturally occurring channels of influence (i.e. social/friendship networks) and social institutions in

the community (i.e., Boys & Girl Clubs). Simultaneously, they also attempt to provide a supportive environment that encourages STD/HIV-preventive behavior. Socio-environmental interventions also have the capacity to enhance access to community resources (i.e., STD and HIV screening and treatment, drug treatment, access to condoms), mobilize community support for STD/HIV prevention efforts, and modify norms that reinforce and maintain STD/HIV-preventive practices.

One example of a social/environmental intervention tailored to young gay men is that of Kegeles and colleagues (1996). This project involved the use of opinion leaders. Opinion leaders recruited other opinion leaders, and so on, thus setting up a self-perpetuating process for changing community norms. They also used an enhanced publicity campaign, using small media (as discussed above) to spread awareness of the program and establish its legitimacy, invite young men to become involved, and provide a continual reminder of the norm for safer sex. In addition, they hosted a wide variety of social events at a project facility to attract younger gay men. The approach successfully increased condom use and decreased the proportion of men with more than one partner among gay men in several cities.

Another contextual approach that holds promise is the use of social marketing or media interventions to motivate adolescents' adoption of STD/HIV-preventive behaviors, reinforce prevention messages and sustain behavior change. Social marketing and media-based interventions remain an understudied intervention modality in the U.S. However, there is evidence that media may help to create an environment conducive to HIV prevention. In particular, mass media can help increase awareness of the twin epidemics of STDs and HIV and their impact and encourage public funding for prevention, treatment and social services. In a number

of European countries, as well as in Canada, New Zealand and Australia, the media has been instrumental in creating a social climate that makes a wide spectrum of prevention strategies more acceptable. Additionally, messages about STD/HIV disseminated through the mass media may facilitate more open discussion of sexuality in circumstances where heretofore this was not possible. The widespread promotion of condoms, for example, which is commonplace now in most countries of Western Europe may reflect, to some extent, the attention given to the HIV epidemic by mass media.

Evidence for the efficacy of media interventions can be gleaned from the campaigns undertaken in Switzerland. Trend analyses of ongoing evaluations of media-based interventions in Switzerland have observed marked reductions in risk behaviors. For example, between 1987 and 1991, an aggressive marketing campaign aimed at 21-30-year-olds observed an increase in condom use with casual sex partners from 8% to 50%. Among a younger subgroup, 17-20-year-olds, effects were even more marked; condom use increased from 19% to 73%. Equally important from a health policy perspective, the Swiss study found that rates of sexual activity remained unchanged over the time period during implementation of the media campaign. More recently, evidence from an evaluation of HIV prevention messages diffused through a radio soap opera in Tanzania support the efficacy of media for promoting behavior change. Evaluation of HIV-associated risk behaviors among people residing in the broadcast area and those in control area indicate that condom use markedly increased in the intervention areas. While media-based interventions may be effective at promoting the adoption of preventive behaviors, they need not be limited to PSA-type announcements; but they may also be innovative and entertaining and integrated into mainstream media shows.

Social marketing and media interventions are not a panacea. Whether such media campaigns would enjoy support and success in the United States is arguable. However, media programs, even those that may be less candid or innovative, may still serve to create a social climate conducive to open discussion about sex, STDs and HIV. Media messages may also reinforce prevention messages for individuals exposed to other, more intensive interventions conducted at different levels of intervention (i.e., individual-level, relational-level, or family-level). In this way, media campaigns may directly impact individuals' behavior and may indirectly influence behavior by affecting social norms to help sustain newly adopted STD/HIV-preventive behaviors or reinforce maintenance of low risk behaviors in the face of countervailing social pressures.

## CONCLUSION

The aim of this chapter was to emphasize the need for a broader contextual perspective in examining the diverse array and sources of influences that may affect adolescents' risk for STD/HIV. Further, we stressed the need for utilizing data derived from cross-section and prospective observational studies to guide the development and implementation of contextual interventions; interventions that can create preventive synergy within a community by targeting different sources or levels of influence simultaneously. Developing contextual interventions may enhance "preventive synergy" that could more effectively promote and reinforce the adoption and long-term maintenance of STD/HIV-preventive behaviors among adolescents. A continuum of research needs exists, ranging from additional observational studies utilizing a contextual perspective, to interventional research designed to empirically evaluate contextually-based theoretical models and STD/HIV prevention programs designed for adolescents.

## REFERENCES

- American Social Health Association (1998). *STDs in America: How many cases and at what cost?* Menlo Park, CA: The American Social Health Association.
- Aral, S. O., & Wasserheit, J. N. (1995). Interactions among HIV, other sexually transmitted diseases, socioeconomic status, and poverty in women. In: O'Leary A, Jemmott LS. (eds.) *Women at Risk: Issues in the Primary Prevention of AIDS* (13-42). New York, NY: Plenum Press.
- Aral, S. O., & Holmes, K. K. (1999). Social and behavioral determinants of the epidemiology of STDs: Industrialized and developing countries. In Holmes KK, Sparling PF, Mardh P, et al (eds.) *Sexually Transmitted Diseases* (pp.39-76). New York, NY: McGraw Hill.
- Begley, E., Crosby, R. A., DiClemente, R. J., et al. Older partners and STD prevalence among pregnant African American teens. *Sexually Transmitted Diseases*. (in press).
- Biglan, A., Metzler, C.W., Wirt, R., Ary, D., Noell, J., Ochs, L., French, C., Hood, D. (1990). Social and behavioral factors associated with high-risk sexual behavior among adolescents. *J Behav Med.*, 13, 245-261.
- Boyer, C. B., Shafer, M., Wibbelsman, C. J., Seeberg, D., Teitle, E., & Lovell, N. (2000). Associations of sociodemographic, psychosocial, and behavioral factors with sexual risk and sexually transmitted diseases in teen clinic patients, *Journal of Adolescent Health*, 27(2), 102-111.
- Centers for Disease Control and Prevention. Division of STD/HIV Prevention Annual Report, 1992. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, 1993.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1998c). HIV prevention through early detection and treatment of other sexually transmitted diseases

- United States. Recommendations of the Advisory Committee for HIV and STD prevention. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 47, 1-24.
- Chow, W. H., Darling, J. R., & Greenbert, R. S. (1987). The epidemiology of ectopic pregnancy. *Epidemiology Review*, 9, 70-94.
- Corey, L., Wald, A. (1999). Genital herpes. In K.K. Holmes, P.F. Sparling, P. Mardh, et al. (Eds.), *Sexually Transmitted Diseases*. 3rd edition, (pp. 285-312). New York: McGraw-Hill.
- Crosby, R. A., Holtgrave, D. R., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., & Gayle, J. A. (under review). Social capital as a predictor of adolescents' sexual risk behavior: A state-level exploratory study.
- Crosby, R. A., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Lang D., & Harrington, K. F. Infrequent parental monitoring predicts sexually transmitted infections among low-income African American adolescent females. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. (in press).
- Crosby, R. A., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Harrington, K., Davies, S. L., Hook, E. W., & Oh, M. K. (in press). African American adolescent females' membership in community organizations is associated with STD/HIV-protective behaviors: A prospective analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*.
- Crosby, R. A., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Harrington, K., Davies, S. L., Hook, E. W., & Oh, M. K. (2002a). Low parental monitoring predicts subsequent pregnancy among African American adolescent females. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 15, 43-46.
- Crosby, R. A., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Harrington, K., Davies, S. L., & Malow, R. (2002b). African American adolescent females' membership in social organizations is associated with protective behavior against HIV infection. *Ethnicity and Disease*, 12, 186- 192.
- Crosby, R. A., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Cobb, B., Harrington, K., Davies, S. L., Hook, E. W., & Oh, M. K. (2001a). Condom use and correlates of African American adolescent females' infrequent communication with sex partners about preventing sexually transmitted diseases and pregnancy. *Health Education and Behavior*, 29, 219-231.
- Crosby, R. A., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Sionean, C., Cobb, B., Harrington, K. (2000). Correlates of unprotected vaginal sex among African American female teens: The importance of relationship dynamics. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154, 893-899.
- DiClemente, R. J., Hansen, W., Ponton, L. E. (1996). Adolescents At-Risk: A Generation in Jeopardy. In R.J. DiClemente, W. Hansen, L.E. Ponton, (eds.). *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior*. New York, NY: Plenum; 1-4.
- DiClemente, R.J. (2000). Looking Forward: Future Directions for HIV Prevention Research. In J.L. Peterson & R.J. DiClemente (Eds.). *Handbook of HIV Prevention*. New York, NY: Kluwer/Plenum Corporation; 311-324.
- DiClemente, R. J., & Peterson, J. L. (1994). *Preventing AIDS. Theories and Methods of Behavioral Interventions*. New York: Plenum Press.
- DiClemente RJ, Hansen W, Ponton LE (1996). *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior*. New York, NY: Kluwer/Plenum.
- DiClemente, R.J. (2001). Development of programmes for enhancing sexual health. *Lancet*. 358:1828-1829.
- DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Crosby, R. A., Cobb, B. K., Harrington, K., Davies S. L., Hook, E. W., & Oh, M. K. (2001a). Parent-adolescent communication about sexuality-related topics and adolescents' risky sexual behaviors, communication with sex partners, and self-efficacy to discuss sexuality-related issues with sex partners. *Journal of Pediatrics*, 139, 407-412.



- DiClemente, R.J., Wingood, G.M., Crosby, R., Sionean, C., Cobb, B.K., Harrington, K., Davies, S., Hook, E.W., III, Oh, M.K. (2001b). Parental monitoring: Association with adolescents' risk behaviors. *Pediatrics*, 107(6), 1363-1368.
- DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Crosby, R. A., Sionean, C., Cobb, B. K., Harrington, K., Davies S. L., Hook, E. W., & Oh, M. K. (2002). Sexual risk behaviors associated with having older sex partners: A study of African American female adolescents. *Sexually Transmitted Diseases*, 29, 20-24.
- DiClemente, R.J., Wingood, G.M. (2000). Expanding the scope of HIV prevention for adolescents: Beyond individual-level interventions. *Journal of Adolescent Health*. 26:377-378.
- Dilorio, C., Kelley, M., & Hockenberry-Eaton, M. (1999). Communication about sexual issues: Mothers, fathers, and friends. *Journal of Adolescent Health*, 24, 181-189.
- Doljanac, R. F., Zimmerman, M. A. (1998). Psychosocial factors and high-risk sexual behavior: race differences among urban adolescents. *Journal of Behavioral Medicine*, 21(5), 451-467.
- Dutra, R., Miller, K. S., & Forehand, R. (1999). The process and content of sexual communication with adolescents in two-parent families: Associations with sexual risk-taking behavior. *AIDS and Behavior*, 3, 59-66.
- Dryfoos, J.G. (1990) *Adolescents At Risk*. New York, NY: Oxford University Press.
- Eng, T. R., & Butler, W. T. (1997). *The Hidden Epidemic: Confronting Sexually Transmitted Diseases*. Washington, DC: National Academy Press.
- Ennett, S. T., Federman, E. B., Bailey, S. L., Ringwalt, C. L., & Hubbard, M. L. (1999). HIV-risk behaviors associated with homelessness characteristics in youth. *Journal of Adolescent Health*, 25, 344-353.
- Fleming DT, Wasserheit JN. (1999). From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sexually Transmitted Infections*, 75:3-17.
- Furstenberg, F. F. Jr., Geitz, L. M., Teitler, J. O., & Weiss, C. C. (1997). Does condom availability make a difference? An evaluation of Philadelphia's health resource centers. *Family Planning Perspectives*, 29(3), 123-127.
- Ginzberg, E. (1991). Adolescents at Risk Conference: Overview. *Journal of Adolescent Health*. 12:588-590.
- Guttmacher, S., Lieberman, L, Ward, D., Freudenberg, N, Radosh, A., & Jarlais, D. D. (1997). Condom availability in New York City public high schools: Relationships to condom use and sexual behavior. *American Journal of Public Health*, 87(9), 1427-1433.
- Harvey, S. M., & Spigner, C. (1995). Factors associated with sexual behavior among adolescents: A multivariate analysis. *Adolescence*, 30, 253-264.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Kosterman, R., Abbott, R., & Hill, K. G. (1999). Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153, 226-234.
- Holtgrave, D. R., & Crosby, R. A. (in press). Social capital, poverty, and income inequality as predictors of gonorrhea, syphilis, chlamydia and AIDS case rates in the United States. *Sexually Transmitted Infections*.
- Holtzman, D., & Rubinson, R. (1995). Parent and peer communication effects on AIDS-related behavior among U.S. high school students. *Family Planning Perspectives*, 27, 235-240.
- Jaccard, J., Dittus, P. J., Gordon, V. V. (1996). Maternal correlates of adolescent sexual and contraceptive behavior. *Family Planning Perspectives*, 28, 159-165, 185.

- Jemmott, J. B. 3rd, & Jemmott, L. S. (2000). HIV behavioral interventions for adolescents in community settings. In J. L. Peterson and R. J. DiClemente (Eds.), *Handbook of HIV Prevention*. New York: Kluwer/Plenum Press; 103-128.
- Jessor R, Turbin MS, Costa FM (1998). Protective factors in adolescent health. *Journal of Personality and Social Psychology*. 75:788-800.
- Kegeles, S. M., Hays, R. B., & Coates, T. J. (1996). The Mpowerment project: A community-level HIV prevention intervention for young gay men. *American Journal of Public Health*, 86, 1129-1136.
- Kirby, D. (2000). School-based interventions to prevent unprotected sex and HIV among adolescents. In J. L. Peterson and R. J. DiClemente (Eds.), *Handbook of HIV Prevention*. New York: Kluwer/Plenum Press; 83-101
- Koutsky, L. A., Kiviat, N. B. Genital Human Papillomavirus. In K.K. Holmes, P.F. Sparling, P. Mardh, et al (Eds.), *Sexually Transmitted Diseases*. New York: McGraw Hill; 361-384.
- Lown, E. A., Winkler, K., Fullilove, R. E., & Fullilove, M. T. (1995). Tossin' and tweakin': Women's consciousness in the crack culture. In A. Auire (Ed.), *Women and AIDS: Psychological perspectives* (pp. 90-106). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Li, X., Stanton, B., Feigelman, S. (2000). Impact of Perceived Parental Monitoring on Adolescent Risk Behavior Over 4 Years. *Journal of Adolescent Health*, 27, 49-56.
- Li, X, Feigelman, S., Stanton, B. (2000). Perceived Parental Monitoring and Health Risk Behaviors Among Urban Low-Income African-American Children and Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 27, 43-48.
- Lindberg, L. D., Ku, L., & Sonenstein, F. L. (1998). Adolescent males' combined use of condoms with partners' use of female contraceptive methods. *Maternal and Child Health Journal*, 2(4), 201-209.
- Melville, J., Sniffen, S., Crosby, R. et al (Under review). Psychosocial impact of serologic diagnosis of HSV-2. *Sexually Transmitted Infections*.
- Miller, K. S., Levin, M. L., Whitaker, D. J. & Xiaohe, X. (1998b). Patterns of condom use among adolescents: The impact of mother-adolescent communication. *American Journal of Public Health*, 88, 1542-1544.
- Miller, K. S., Clark, L. F., & Moore, J. S. (1997). Sexual initiation with older male partners and subsequent HIV risk behavior among female adolescents. *Family Planning Perspectives*, 29, 212-214.
- National Academy of Sciences (1986). *Confronting AIDS*. Washington, DC: National Academy Press.
- National Commission on Acquired Immune Deficiency Syndrome. *Behavioral and Social Sciences and the HIV/AIDS Epidemic*. Washington, DC: US Government Printing Office; 1993.
- Office of National AIDS Policy. *Youth and HIV/AIDS: An American Agenda*. Washington, DC: Office of National AIDS Policy, 1996.
- Pequegnat, W. & Szapocznik, J. (2000). Working with families in the era of HIV/AIDS. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.
- Plichta, S. B., Weisman, C. S., Nathanson, C. A., Ensminger, M. E., & Robinson, J. C. (1992). Partner-specific condom use among adolescent women clients of a family planning clinic. *Journal of Adolescent Health*, 13(6), 506-511.
- Putnam, R.D. (2000). *Bowling Alone: The collapse and revival of American community*. New York: Touchstone.
- Resnick, M., Bearman, P. S., Blum, R. W., Bauman, K. E., Harris, K. M., Jones, J., Tabor, J., Beuhring, R., Sieving, R. E., Shew, M., Ireland, M., Bearinger, L. H., & Udry, J. R. (1997). Protecting adolescents from

- harm: Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Journal of American Medical Association*, 278 (10), 823-832.
- Robin, L., Dittus, P., Whitaker, D., Crosby, R. A., Ethier, K., Mezhoff, J., Miller, K., & Papas-Deluca, K. Behavioral interventions to reduce incidence of HIV, STD, and pregnancy among adolescents: A decade in review. (in press).
- Romer, D., Stanton, B., Galbraith, J., Feigelman, S., Black, M. M., & Li, X. (1999). Parental influence on adolescent sexual behavior in high-poverty settings. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153, 1055-1062.
- Rosenberg, M. D., Gurvey, J. E., Adler, N., Dunlop, M. B., & Ellen, J. M. (1999). Concurrent sex partners and risk for sexually transmitted diseases among adolescents. *Sexually Transmitted Diseases*, 26, 208-12.
- Rosenberg, P.S., Biggar, R.J. (1998). Trends in HIV incidence among young adults in the United States. *Journal of the American Medical Association*. 279(23):1894-1899.
- Rosenthal, S. L., Cohen, S. S., DeVellis, R. F., Biro, F. M., Lewis, L. M., Succop, P. A., & Stanberry, L. R. (1999). Locus of control for general health and STD acquisition among adolescent girls. *Sexually Transmitted Diseases*, 26, 472-475.
- Sellers, D. E., McGraw, S. A., & McKinlay, J. B. (1994). Does the promotion and distribution of condoms increase teen sexual activity? Evidence from an HIV prevention program for Latino youth. *American Journal of Public Health*, 84 (12), 1952-1959.
- Sells, W.C., Blum, R.W. (1996). Morbidity and mortality among US adolescents: An overview of data and trends. *American Journal of Public Health*. 513-519.
- Silverman, J. G., Raj, A., Mucci, L. A., Hathaway, J. E. (2001). Dating violence against adolescent girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy, and suicidality. *Journal of American Medical Association*, 286 (5), 572-579.
- Simons-Morton, B., & Hartos, J. (2002). Application of the authoritative parenting model to adolescent health behavior. In R. J. DiClemente, R. A. Crosby, & M. Kegler (Eds.) *Emerging theories in public health promotion practice and research* (pp. 100-125). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Small, S.A., Luster, T. (1994). Adolescent sexual activity: An ecological, risk-factor approach. *J Marriage Family*, 56, 181-192.
- Smith, A., Denham, I., et al. (2000). Psychosocial impact of type-specific herpes simplex serological testing on asymptomatic sexual health attendees. *International Journal of STD & AIDS*. 11, 15-20.
- Soundheimer, D. L. (1992). HIV infection and disease among homeless adolescents. In R. J. DiClemente (Ed.) *Adolescents and AIDS: A Generation in Jeopardy* (pp. 71-88). Newbury Park, CA: Sage.
- St. Lawrence, J. S., Brasfield, T. L., Jefferson, K. W., Allyn, E. (1994). Social support as a factor in African American adolescents' sexual risk behavior. *Journal of Adolescent Research*, 9 (3), 292-310.
- Stanton, B. F., Xiaoming, L. I., Galbraith, J., Cornick, G., Feigelman, S., Kaljee, L., & Zhou, Y. (2000). Parental underestimates of adolescent risk behavior: A randomized, controlled trial of a parental monitoring intervention. *Journal of Adolescent Health*, 26, 18-26.
- Thornburgh, D., & Lin, H. S. (Eds). (2002). *Youth, pornography, and the internet*. Washington, DC: National Academy Press.
- Valois, R. F., Oeltmann, J. E., Waller, J., & Hussey, J. R. (1999). Relationship between number of sexual intercourse partners and selected health risk behaviors among public high school adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 25, 328-35.

- Washington, A. E., Johnson, R. E., & Sanders, L. L. (1987). Chlamydia trachomatis infections in the United States: what are they costing us? *Journal of the American Medical Association*, 257, 2070-2072.
- Weisman, C. S., Plichta, S., Nathanson, C. A., Ensminger, M., & Robinson, J. C. (1991). Consistency of condom use for disease prevention among adolescent users of oral contraceptives. *Family Planning Perspectives*, 23(2), 71-74.
- Westrom, L. (1980). Incidence, prevalence, and trends of acute pelvic inflammatory disease and its consequences in industrialized countries. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 238, 882.
- Whitaker, D.J., Miller, K.S., May, D.C. Levin, M.L (1999). Teenage partner's communication about sexual risk and condom use: the importance of parent-teenager discussion. *Family Planning Perspectives*. 31:117-121.
- Wingood, G. M., DiClemente, R. J., McCree, D. H., Harrington, K., & Davies, S. L. (2001). Dating violence and the sexual health of black adolescent females. *Pediatrics*, 107(5), E72.
- Wingood, G. M., DiClemente, R. J., Harrington, K., Davies, S., Hook, III, E. W., & Oh, M. K. (2001). Exposure to X-rated movies and adolescents' sexual and contraceptive-related attitudes and behaviors. *Pediatrics*, 107(5), 1116-1119.
- Wingood, G. M., DiClemente, R. J., Crosby, R. A., Harrington, K., Davies, S. L., & Hook, E. W. (2002). Gang involvement and the health of African-American female adolescents. *Pediatrics* 110:E1-E5.

## EVALUACIÓN Y DIFUSIÓN DE RESULTADOS

## ASSESSMENT AND DIFFUSION OF RESULTS

**Gil Carmena, Enrique**

Sociólogo. Madrid

La evaluación de programas de prevención del consumo de drogas y la difusión de sus resultados son dos aspectos que deberían estar íntimamente ligados, pero no siempre sucede así. Por otra parte, quedan aún pendientes de trabajar muchos aspectos relacionados con aspectos metodológicos de investigación en este campo, así como otros relacionados con la difusión de resultados, especialmente relacionados con su localización posterior de forma precisa. Se presentan los datos que muestran que en España aún hoy la gran mayoría de programas de prevención no cuenta con una evaluación adecuada.

The assessment of drug consumption prevention programmes, and the diffusion of their results are two aspects that should be closely linked, but this is not always the case. On the other hand, many facets related to methodological research aspects in this field have yet to be dealt with, as is the case for other aspects related to the diffusion of results, particular in relation to their subsequent precise location. The data presented proves that in Spain, even today the vast majority of prevention programmes do not have adequate assessment.

La evaluación de programas de prevención del consumo de drogas y la difusión de sus resultados son dos aspectos que deberían estar íntimamente ligados. Creo que existirá suficiente acuerdo en este aspecto por lo que no hay que insistir, de la misma forma en que ya viene siendo habitual que las agencias públicas que financian los programas, exijan cada vez con mayor ahínco los apartados de evaluación. Sin embargo, quedan aún pendientes de trabajar muchos aspectos relacionados con la investigación acumulativa de conocimientos, con la metodología de evaluación, control y difusión de resultados y también la catalogación de programas, variables y resultados en las bases de datos especializadas.

Esto tiene mucho que ver con el desarrollo del "Estado del Bienestar" en España, con la difusión sistemática de la intervención pública en el área de lo social, y con la preocupación por la Investigación Evaluativa, concretamente en este gran sector de la prevención de drogodependencias; y su desarrollo peculiar, a la demanda de los acontecimientos desde los años 70. Tradicionalmente el concepto de investigación en ciencias sociales se ha referido a objetos de conocimiento teóricos, de crítica del sistema social o de interés por realizar pruebas de instrumentos y metodologías. La Investigación Evaluativa (IE) aúna características de este tipo de investigación más elementos externos, referidos al programa a evaluar sobre el que deben hacerse atribuciones de valor. Esto pone a la IE en una circunstancia difícil, pues por una parte su trabajo sólo puede ser válido si se atiene al método científico, pero por otra parte suele tener tras de sí las exigencias provenientes de la organización responsable del programa.

En muchas ocasiones el evaluador sentirá sobre sí ambas fuerzas: por una parte su formación como investigador social le dicta los métodos, tiempos y recursos requeridos; pero por otra parte la organización

y gestión del programa, insertos en sus propias (y necesarias) dinámicas (por ejemplo, plazos de entrega de resultados), le exigirán resultados.

Con esto no quiero dar una visión de conflicto en las relaciones entre investigador y organización, sino poner de manifiesto, elucidar, que en muchas ocasiones los intereses entre Investigación (científica) y Evaluación (por ejemplo, el informe requerido por la entidad financiadora) parecen no correr parejos. Algunos autores, a partir de este dilema proveen en los diseños de investigación un sistema de resolución de conflictos para este más que previsible enfrentamiento.

En el cuadro 1, se presenta una de las taxonomías sobre los tipos de investigación científica (Miller, 91). A la vista de este cuadro se puede entender que la IE es una aplicación de las metodologías de las ciencias sociales al análisis de programas de intervención social, por ejemplo de prevención de drogodependencias, con el fin de determinar su utilidad. Pero a la vez, la IE no es una mera traslación de la metodología y técnicas de la investigación social. De hecho se puede observar que la naturaleza de la intervención pública es la de hacer imposible una neta separación entre la esfera de los procesos político-administrativos, y la de las actividades propias de la IE: en efecto, la IE opera siempre en un contexto político que, en la relación que establece con el proceso científico, está estructuralmente en una posición de fuerza.

Quizá estas dificultades, entre otras, puedan explicar el interés que ha existido desde el principio de la prevención en España, por realizar intentos de normalización en el trabajo de evaluación de programas, metodologías científicas, presentación de resultados, y su difusión.

Froján y Santacreu (1994) analizan un total de 350 programas, de los cuales seleccionan 100 para ser incluidos en una base de datos. Los programas anali-

CUADRO 1

CARACTERÍSTICAS	BÁSICA	APLICADA	EVALUATIVA
Naturaleza del problema	Búsqueda de conocimientos nuevos sobre la realidad social, para establecer principios generales	Comprender un problema social, y proporcionar guías para remediarlos	Realizar juicios de valor (evaluar) sobre resultados de Intervenciones sociales
Objetivos de la investigación	Producción de nuevos conocimientos Descubrir relaciones entre variables Predecir	Proporcionar los conocimientos (científicos) necesarios para su utilización inmediata (por el político), para remediar problemas sociales	Describir los tratamientos aplicados y emitir juicio sobre los resultados. Determinar su utilidad
Técnicas apropiadas	Aplicación del método científico	Aplicación del método científico.	Aplicación del método científico Contexto político

zados fueron desarrollados en España, Europa y América, durante los años 1989 y 1990.

El interés de los investigadores era averiguar qué elementos de las intervenciones son los que hacen que un programa funcione. Entre estos elementos se citan el marco teórico, las variables y el procedimiento de intervención.

A continuación se describen la principales conclusiones de este trabajo:

- En la mayor parte de los trabajos analizados no se explicitaba su metodología. Dentro de este apartado, y desde una perspectiva muy académica, echaban de menos básicamente las hipótesis operativas y que no se hacía mención a los resultados.
- Afirman que la mayoría de los programas que analizan no son valorados tras su implementación.
- Proponen que en vista de los resultados de su trabajo, lo que hacía falta era una metodología para el diseño de programas de prevención.

El principal objetivo del trabajo que se proponían quedó inédito para el futuro. El objetivo que seguía interesándoles era "concluir qué elementos son los que funcionan, qué metodología es la más adecuada, qué planteamientos teóricos se muestran más efectivos, en definitiva, qué programas y/o componentes son de

utilidad para la prevención". Algunas de las cuestiones anteriores aún están pendientes de elucidar.

March y Orte (1994), por las mismas fechas, realizan un análisis de programas de prevención implementados en España, a partir de la documentación de los cinco primeros boletines de Idea-Prevención.

La primera idea que apuntan se refiere a la "fiabilidad de la información que a través de Idea-Prevención se proporciona en relación a los programas". Esta es una idea que aún sigue interesando. En relación con la metodología de los programas analizados, afirman lo siguiente:

- Ausencia de modelos teóricos en los programas, debido a "desconocimiento de la literatura sobre los mismos, y de la metodología de construcción de programas".
- Ausencia de estudio de necesidades objetivas y subjetivas. Los programas se diseñan sin estudios previos.
- Se detecta una brecha insalvable entre los objetivos propuestos y los medios materiales y humanos con los que cuentan los programas. Resaltan que para la mayoría de programas no es posible conocer el montante de su financiación.
- La mayoría de programas no tienen un diseño de planificación, ni control del proceso.

- La mayoría de los programas que analizan “no realizan una evaluación, o bien la que realizan no tiene credibilidad profesional y científica”. En los pocos programas que informan de evaluación, señalan que ésta suele ser interna, que la información se refiere a datos de proceso, y que los instrumentos carecen de fiabilidad y validez.

Son tres las razones que aportan estos autores para este estado de la cuestión:

- Duda de que exista voluntad política de impulsar evaluaciones técnicas.
- Rechazo de los profesionales por creer que se cuestionaría su trabajo.
- Dificultad técnica de realizar evaluaciones.

La Coordinadora de ONGs (1998) publica un estudio sobre programas de prevención de alcohol en jóvenes. Hace una revisión a nivel nacional de 214 programas de prevención de consumo de bebidas alcohólicas, y en relación con la evaluación, afirma que los programas evaluados suponen un 51%. Como no menciona otro dato no es posible saber qué tipos de evaluación entran en este cómputo, pero en principio por lo que se ha visto con anterioridad, cabe suponer que los programas evaluados con un diseño siquiera cuasi-experimental, supondrán un porcentaje mucho menor. Con todo, lo más interesante es que desagrega por comunidades autónomas la actividad evaluativa (Ver cuadro 2).

Creo que lo importante no son los porcentajes de programas evaluados tomados como valores absolutos, ya que la base de datos de programas que se analizan provienen de información remitida voluntariamente por sus gestores. No obstante, puede apreciarse la gran diferencia entre Comunidades Autónomas, a la hora de realizar algún tipo de evaluación en sus programas. Creo que esta tabla explica en cierto modo y confirma una vez más la dificultad con que la idea de la necesidad de evaluación se va implantando entre los profesio-

**CUADRO 2**

Comunidad	Programas Evaluados (%)	Programas sin Evaluación (%)
Andalucía	72	28
Aragón	100	0
Asturias	80	20
Baleares	50	50
C.Mancha	0	100
C.León	54	46
Cataluña	61	39
Canarias	0	100
Cantabria	75	25
Extremadura	50	50
Galicia	0	100
Madrid	67	33
Murcia	50	50
Navarra	56	44
P.Vasco	28	72
La Rioja	0	100
Valencia	14	86
Ceuta	0	100

sionales, pero también entre los responsables de las administraciones públicas pues los programas anteriores están financiados con fondos públicos, y sólo difieren en si la financiación es estatal, autonómica o municipal (existe un pequeño grupo de programas con financiación internacional y privada).

Fernández y Secades (2001 Eds.) realizan una revisión de los programas de prevención familiar desarrollados en España, a partir de los datos suministrados por la base de datos de Idea-Prevención. Presentan y describen en su formato reducido los programas familiares desde 1995. En total presentan información sobre 80 programas. Hay que decir, que en la base de Idea-Prevención no están, seguramente, todos los programas realizados, sino sólo aquellos



programas que los gestores han enviado a esta base de datos. También hay que decir, que en principio, no hay provisto ningún sistema de triangulación de datos, y los datos disponibles son aquellos que los gestores del programa envían.

En esta base de datos la información sobre programas se presenta a través de campos: Nombre del programa, Fecha de inicio, Centro responsable, Resumen, Objetivos, Metodología, Evaluación y Resultados. Los principales resultados de la revisión que realizan estos autores sobre la información disponible en esta base de datos son las siguientes:

- La evaluación se está realizando de "forma insuficiente, notándose la necesidad de un protocolo estandarizado". A falta de este protocolo echan de menos un "mayor énfasis en el rigor y la extensión de los procedimientos que juzguen el grado de consecución de los objetivos marcados por el programa".
- La mayoría de los programas (50 de 80) sólo informan de aspectos referidos a la implementación del programa. Por tanto, son una minoría (22 de 80) los que refieren resultados.
- Parece que se sigue confundiendo dos tipos de evaluaciones: proceso y resultado.
- La descripción de las evaluaciones de proceso es "imprecisa y ambigua". En 45 de los 80 programas la información existente no permite "hacerse una idea aproximada de cómo se realizó la evaluación".
- En 35 de los 80 programas, la información sobre la evaluación de proceso no permitiría replicar el trabajo.
- Sólo 1 de los 80 programas incluye las escalas utilizadas en la evaluación. Por tanto, en los 79 restantes no existen las escalas o instrumentos de evaluación.
- La descripción de los "pretendidos" resultados del programa es imprecisa.
- Se confunde valoración con evaluación, por lo que se presenta las medidas de valoración subjetiva de los usuarios (es decir, ha gustado mucho, o poco,

etc.), y datos referidos a números de participantes, centros colaboradores, etcétera como medidas de evaluación de ese programa.

- En 79 de los 80 programas, los diseños de evaluación de resultados son no experimentales, 9 facilitan valores en las medidas pre-pos, y de estos últimos, sólo 1 incorpora un grupo de comparación.
- Existe bastante discrepancia entre la información recogida en los campos "Evaluación" y "Resultados", en el sentido de que la información que aparece en alguno de ellos, no tiene nada que ver con la que aparece en otros, cuando lógicamente ambos están íntimamente ligados.
- La conclusión de estos autores señala como positivo el hecho de que todos los programas incorporen un apartado referido a su evaluación, y a partir de aquí se resalta todas las deficiencias referidas a este apartado, señaladas anteriormente.
- En relación con el avance en metodología compartida de evaluación, estos autores señalan lo siguiente:
  - Realización de protocolos de evaluación que permitan replicar la investigación.
  - Realización de instrumentos y medidas estandarizados, que permitan establecer niveles de eficacia de los programas.
  - Afirman que los instrumentos de evaluación creados *ad hoc* para los programas no ofrecen garantías, e impiden conocer las características psicométricas de las herramientas.

Martínez González (2001) realiza un estudio sobre programas de prevención del abuso de drogas desarrollados en Castilla y León entre 1986 y 1998. Efectúa una recogida de datos mediante una ficha descriptiva de las principales características de los programas. A partir de aquí, recoge 434 programas de prevención y selecciona mediante diversos criterios 143, que son los que le sirven para realizar su trabajo. Al igual que otros estudios presenta datos diver-

sos sobre la entidad responsable del programa, coresponsabilidad, duración del programa, etc. Lo que nos interesa a nosotros son los aspectos referidos a metodología.

- Sólo 4 de 143 programas trabajan mediante un modelo teórico.
- El 62% de programas definen indicadores, (por lo tanto un 38% no lo hacen).
- El 42% determina instrumentos de evaluación (por lo tanto, un 68 no los tiene).
- Más del 90% de los programas que analiza presentan un apartado referido a evaluación.
- Sólo un 2% de programas realiza una definición operativa de sus objetivos, incluyendo el tipo de droga y la naturaleza del cambio perseguido.

Este es quizá uno de los criterios de revisión más exigentes que se ha detectado, en el sentido de exigir al objetivo no sólo definición operativa, sino cuantía del cambio y tiempo en el que se debe producir. Me detengo a mencionar este aspecto porque es precisamente la cuantía del cambio uno de los aspectos que hasta el momento y personalmente no he podido ver reflejado en los objetivos de ningún programa. El segundo aspecto tampoco se suele mencionar, pero está de alguna manera implícito cuando la investigación cuenta con un diseño Pre-Post. La cuantificación de la cuantía del cambio es también a mi entender uno de los próximos objetivos que se deberían plantear extender y conseguir entre la comunidad científica de profesionales de evaluación. Naturalmente esto requiere realizar algunos trabajos previos necesarios de metodología de análisis de datos, construcción de índices, etcétera, así como la utilización de instrumentos válidos y fiables.

Entre sus conclusiones cabe destacar en relación con nuestros intereses las siguientes:

- Mimetismo en los programas por un excesivo afán de estandarización, que no responden a un estudio previo de necesidades por zona.

- Se siguen formulando de manera deficiente los objetivos de la intervención.
- Las carencias técnicas también afectan incluso a la definición de la población destinataria.
- Desde los primeros trabajos de revisión de programas, se constata que ha habido un importante avance en cuanto a la calidad global de los programas de prevención, así como un incremento significativo de programas que cuentan con evaluación. No obstante, la evaluación se plantea en muchos casos con escaso valor científico. Es más probable encontrar datos sobre implementación, actividades, satisfacción y número de participantes, que datos sobre resultados de la intervención.

Las intervenciones siguen presentando un buen número de puntos débiles, entre los que destaca la ausencia de planificación y de modelos teóricos que guíen las intervenciones.

Martínez Higuera (2002) presenta una memoria sobre la prevención familiar en España, entre 1990 y 2001, con materiales de la base de datos de Idea-Prevención. Entre estas fechas se dice que en esta base de datos había 157 programas con objetivos relacionados con la familia. Se recuerda que en esta base de datos sólo están los programas cuyos gestores envían información, por lo cual no están todos los programas o actuaciones que se hayan realizado en España entre estas fechas, aunque sí la mayoría.

En este trabajo se afirma que "la mayoría de las intervenciones con objetivos familiares, no son estrictamente Programas Familiares, ya que no tienen la familia como población diana". Por tanto, cuando se dice actuaciones hay que entender que la gran mayoría de los objetivos relacionados con la prevención familiar son formatos de "Escuelas de Padres", con una gran variedad de contenidos (desarrollo evolutivo de los hijos, adolescencia, problemas escolares, educación sexual, etcétera y también contenidos re-

lacionados con drogodependencias), pero seguramente sin objetivos definidos técnicamente. En relación con el total de programas existentes en su base de datos, este tipo de "actuación o programa familiar" representa un 23%.

De las 157 "actuaciones-programas familiares", se afirma que la mayoría tienen algún tipo de evaluación, incluyendo "proceso, cualitativa, de resultados con diseño post-intervención, pre-post intervención, o pre-post con grupo de control".

El diseño mínimo de evaluación, que puede presentar datos de resultados con el nivel de control adecuado es el diseño cuasi-experimental (Campbell et al, 1966). En este sentido del total de los 157 programas sólo 3 de ellos tienen una evaluación con este tipo de diseño. De esta manera con los datos de esta base de datos, que seguramente será la que recoja con mayor extensión la casuística de implementación de programas en España, aún, *la gran mayoría de programas no realiza una evaluación de resultados a nivel cuasi-experimental*.

Desgraciadamente, no se presentan datos de los programas que realizan en conjunto evaluación de proceso con evaluación de resultados, en el nivel de diseño que se ha mencionado, pero es de suponer que el porcentaje será aún inferior al mencionado.

Estos datos tienen una lectura positiva, en el sentido de que demuestran que los programas, en algún nivel, incorporan algún tipo de evaluación. Si además se presentaran datos cronográficos, seguramente demostrarían la cuota creciente de actuaciones que presentan algún tipo de actividad evaluativa, o al menos valorativa. Pero también estos datos demuestran que aún hoy la mayoría de las actuaciones no cuenta con diseños de evaluación con suficiente capacidad para presentar datos de resultados con el adecuado control de explicaciones alternativas al programa de intervención. Lo que equivale a decir,

que aunque se presentan resultados, no se puede afirmar, con criterios científicos, que esos resultados tengan su origen en el programa de prevención aplicado. Con lo cual, el derroche de recursos financieros y humanos es evidente.

¿Qué se puede decir tras la presentación de estos datos? Quizá una primera impresión anterior a cualquier conclusión sobre la evaluación, compartida con otros autores, es que la búsqueda de resultados sobre programas de prevención se está convirtiendo actualmente en un problema importante. Quizá, hace sólo unos años en España, el problema era que no existía prácticamente documentación, pero hoy estamos en la situación opuesta, y no voy a quejarme por ello, sino que los problemas ahora se derivan de la abundancia de documentación, que no están apoyados con sistemas de localización efectivos. De esta manera la búsqueda bibliográfica se torna poco eficiente. Lo más desagradable es pensar que no se puede acceder a información valiosa, por carecer no tanto de recursos técnicos, que los hay, sino de descriptores exhaustivos y excluyentes. Quizá este sea un trabajo de reflexión más teórico que técnico.

En España empieza a ser importante la actividad relacionada con programas de prevención sobre drogas, especialmente escolares, a partir de los años 80. Los programas comunitarios, y otros tipos de actividades observan un desarrollo similar, pero con un pronóstico más pesimista en cuanto a la bondad de su metodología.

La preocupación por evaluar surge rápidamente, y se pone de manifiesto esta necesidad. Desde entonces las propias administraciones han apoyado financieramente trabajos para publicaciones sobre metodología de evaluación. No obstante, ya se ha visto cómo la actividad evaluadora es aún a día de hoy bastante relativa y quizá haya observado un proceso de polarización, en el cual, junto con administraciones y profe-

sionales que "exigen" sistemáticamente como un componente más del programa la presencia de diseños al menos cuasi-experimentales de evaluación, conviven aún profesionales y administraciones que aún no consideran necesaria la evaluación de los programas, a pesar de estar financiados con recursos públicos, y hay que decir que prácticamente la totalidad de los programas realizados en España tienen en su origen este tipo de financiación, aunque la entidad gestora tenga carácter privado.

Aún es muy corriente que en la descripción de los programas no se explicita el modelo teórico desde el cual van a actuar. Esto fue más cierto durante los primeros años, y quizá desde mitad de los años 90 comenzó a generalizarse la preocupación por este aspecto. Tampoco se quiere decir, que los autores de estos programas actúen a "ciegas", sin tener una teoría subyacente. El problema de enfocar así el trabajo es que se pierde en gran medida las aportaciones que se puedan esperar de esas actuaciones en la difusión de sus resultados, pues por la conocida ley de degradación de la información, en la difusión de actuaciones se pasa muy por encima este aspecto, si no está explícitamente escrito en el documento original.

También es aún muy corriente que los programas no consigan asentarse en el medio al que se dirigen. Se realiza una primera intervención, muy entusiasta, que después por diversos motivos (financiación, problemas con las fechas de presentación de resultados, etcétera) no tienen continuidad. No hay que insistir en el derroche de recursos que supone este tipo de actuación.

En relación con la evaluación se han presentado sus principales características, históricas y presentes, según diversos autores:

La mayoría de programas, aún hoy, no tiene diseños de evaluación a un nivel, al menos cuasi-experimental.

Es muy corriente todavía confundir información sobre actividades, y valoraciones sobre diversos momentos de actuación, con evaluación.

En muy corriente también realizar auto-evaluaciones o evaluaciones internas, realizadas por el mismo grupo de gestión que implementa el programa.

La difusión de los resultados de evaluaciones no permite, hasta el momento, realizar comparaciones entre los resultados de cada programa y lo que es peor, en cada uno de los componentes o variables de los programas. Dos dificultades principales, aunque no las únicas: un excesivo secretismo a la hora de manejar los instrumentos, una difusión de resultados sin normalizar, y excesiva complejidad y ambigüedad en los descriptores para la clasificación de estos resultados en las bases de datos. En este sentido, quizá el espejo donde cabría mirarse es en algunos trabajos de Estados Unidos, donde la preocupación por este tema ya es antigua y se han implementado algunas soluciones. Así Tobler (1993), propone en la técnica del meta-análisis una metodología, no exenta de problemas, que podría ir informando del efecto que es posible esperar de cada uno de los componentes en los que se basan los programas. Este efecto se define como la diferencia entre las medias del Grupo experimental y Control, dividido por la Desviación estándar del Grupo de control. No es la única medida capaz de proporcionar comparaciones entre componentes y programas. Así, por ejemplo, otros autores proponen medidas de correlación entre las principales constructos y variables componentes del programa (Becquer, 1993).

Estoy prácticamente de acuerdo con todo lo que señalan Fernández y Secades y creo que realizan un análisis muy acertado y clarificador. Discrepo únicamente en su excepticismo a la hora de utilizar instrumentos de investigación social creados *ad hoc*, para evaluar programas sociales.

En primer lugar, porque todos los instrumentos, en algún momento, fueron creados a propósito, con alguna finalidad. En España, de momento, no hay según creo un estudio sobre este tema. Los investigadores utilizamos instrumentos ya creados y utilizados en investigaciones precedentes, y también construimos instrumentos *ad hoc*, tanto para investigación como para evaluación de programas sociales. Es facultad del investigador, dilucidar lo más conveniente para cada caso. En algún caso, se ha podido identificar algún programa social de prevención, que incorporaba desgraciadamente para su evaluación, instrumentos o escalas psicométricas estandarizadas para psicología clínica. Afortunadamente son una minoría. Por otra parte hay que pensar, que todo programa social conlleva un proceso pedagógico de implementación. En cuanto a este proceso, inevitable en cualquier programa social, de implementación masiva, los requisitos didácticos de evaluación prescriben en una buena práctica, una adecuación lo más alta posible entre contenidos implementados y objetivos de evaluación. Así por ejemplo, un programa que trabaje sobre ideas irracionales catastróficas, debe incorporar un instrumento específico para evaluar este concepto exclusivamente, y no una escala general sobre ideas irracionales que pueda existir en el mercado, haya sido estandarizada o no. Piénsese, qué pasaría de no existir en el mercado esta escala específica, ¿habría que renunciar a evaluar la capacidad que haya podido tener el programa en relación con la modificación en los valores del grupo de intervención sobre este constructo?, o más bien habría que construir una escala *ad hoc* para este constructo de este programa, y después ofrecer medidas sobre su validez y fiabilidad. Más bien, opino yo, que esto segundo. Otro ejemplo, aún más claro, relativo a la necesidad de contar con instrumentos no sólo que respeten, sino que además recojan la variante cultural en programas de prevención social de las drogodependencias y

su enfoque de investigación sociológica. Es además una variante cada día más importante, por las crecientes tasas de inmigración en nuestro país, y en segundo lugar, por la creciente necesidad de los grupos inmigrantes a preservar y resaltar sus peculiaridades culturales, como identidad de grupo. Para este tipo de implementaciones, que son la gran mayoría de programas de prevención de las drogodependencias, no es aconsejable, en general, utilizar instrumentos foráneos, estandarizados quizá hace años para medios sociales muy diferentes. Evidentemente, aparte de realizar un estudio serio de necesidades, la única salida posible y la más aconsejable para realizar este tipo de programas y poder evaluarlos, es construir instrumentos *ad hoc*, que tengan, huelga decirlo, las pruebas y garantías metodológicas necesarias y estándar de fiabilidad y validez.

En relación con la difusión de resultados, se reproduce a continuación, la definición operativa sobre el término "Prevención familiar" vigente en la base de datos Idea-Prevención, que como se ha mencionado, será la que cuente con un mayor número de registros de programas de los realizados en España en los últimos 15 años. Se entiende por Prevención familiar (Martínez 2002):

*Conjunto coordinado de actividades y recursos destinados a las familias, o alguno de sus miembros, para que influyan en los comportamientos de riesgo y/o protección que pertenecen a su ámbito, bien sea en el contexto escolar, o algún otro entorno social donde viven. A menudo, la prevención familiar se realiza bajo la forma de Escuelas de Padres. La mayoría tienen como población destinataria a los padres, pero a partir de la incorporación del modelo de factores de riesgo y protección, también pueden ser destinatarios hijos de consumidores de drogas, ya que estas intervenciones también incluyen, con frecuencia, la participación de padres.*

Una definición tan extensa como esta no facilita la búsqueda de datos, y aunque haya podido ser eficiente hasta la fecha, su extensión y ambigüedad la convierten, desde el punto de vista de la búsqueda de datos, en escasamente operativa. Este problema es común a otras bases de datos, y además en conjunto hay que pensar que cada una de estas bases maneja definiciones y operadores propios, por lo cual en conjunto, la operatividad en la difusión de resultados, se pone al menos en entredicho.

En este sentido, los resultados de búsqueda de datos, ofrecen hoy una ingente cantidad de información, pero suele suceder que desgraciadamente la mayoría de ella no está relacionada con el objeto de interés del investigador. Por citar un símil, el modelo de estas bases de datos, se parece cada vez más a los modelos de los buscadores de Internet: ante cualquier búsqueda, responden con miles de entradas que pueden estar relacionadas con el objeto de interés buscado, en algún nivel, y tampoco se puede saber la "credibilidad de la fuente". Pero en la práctica habitual el investigador no puede acceder a miles de posibles relaciones, que pueden tener o no relación en algún nivel (es decir, en el primer descriptor, o en el segundo, etc.), y que también desconoce la calidad de esos datos. En este sentido, creo que habría que reorientar las bases de datos hacia el cliente (el investigador), ya que éste no necesita miles de entradas, sino sólo unas cuantas seguras, y que además respondan a un nivel estandarizado de calidad metodológica.

Por otra parte ya se han presentado datos que demuestran que la mayoría de las actuaciones familiares desarrolladas en España, no son Programas familiares, sino Escuelas de Padres (Martínez Higuera, 2002). El problema de todas estas actuaciones es que gran parte de ellas se habrán desarrollado sin objetivos, entendidos éstos en un sentido técnico estricto, a tenor de los datos sobre evaluación y valoración

que se presentan en estos estudios. Por otra parte no cabe duda de que los contenidos que se hayan implementado en estos cursos responderían en mayor o menor medida a demandas sociales.

Además al hilo de la anterior reflexión, y relacionado también con la difusión de resultados, creo que uno de los criterios para definir un Programa Familiar, no es que la familia sea su población diana (porque en muchos casos la familia puede ser agente mediador), sino que tenga una estructura de programa y cuente con objetivos definidos operativamente para la familia, en cualquiera de las diversas estructuras familiares vigentes (Gil Carmena, 2002).

Creo, en fin, que aún existe un excesivo temor a las actuaciones de evaluación. Los gestores y profesionales que implementan los programas ven en la evaluación un potencial peligro. Sin embargo la construcción e implementación de programas que se realiza hoy en España, en general, ha mejorado sustancialmente. Los gestores de estos programas deberían ver en la evaluación, la oportunidad de demostrar con datos científicos la bondad de sus actuaciones, y en cualquier caso, la oportunidad de detectar los componentes de sus programas que no están funcionando como era de esperar.

## BIBLIOGRAFIA

- Becquer, B.J. (1999). Meta-análisis y modelos de prevención del abuso de drogas. En *Meta-análisis de programas de prevención del abuso de drogas*. FAD y Agencia antidroga de la Comunidad de Madrid.
- Campbell, D.T., Stanley, J.C. (1966). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Amorrortu editores.
- Gil Carmena, E., Calafat Far, A. (2002). "El papel de la familia en el uso recreativo de drogas" en Fernández Hermida, J.R. y Secades Villa, R. (Eds).,

*Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias* PNsD.

Coordinadora de ONGs (1998). Estudio sobre programas de prevención del alcohol en jóvenes. *Coordinadora de ONGs en drogodependencias*.

Fernández Hermida, J.R.; Secades Villa, R. (Eds) 2001. *Guía de referencia para la evaluación de programas de prevención familiares*. Convenio entre el Colegio oficial de Psicólogos y el Plan Nacional sobre Drogas.

Froján Parga, M.X.; Santacreu Mas, J. (1994). Evaluación de programas de prevención del consumo de drogas. *Adicciones*, 1994 - Vol 6 n 3..

March, M., Orte, C. (1994). Revisión de los programas de prevención de las drogodependencias en España: un análisis desde Idea-Prevención. *Boletín Idea-Prevención* nº 9.

Martínez González, F. (2001). La prevención del abuso de drogas en Castilla y León: Análisis descriptivo de los programas desarrollados entre 1986 y 1998. *Adicciones*, 2001, Vol. 13 nº 3.

Martínez Higuera, I. (2002). "La prevención familiar en España", en Fernández Hermida, J.R. y Secades Villa, R. (Eds)., *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias* PNsD.

Tobler, N.S. (1999). Meta-análisis de programas de prevención de drogas en adolescentes: Resultados del meta-análisis de 1993, en *Meta-análisis de programas de prevención del abuso de drogas*. FAD y Agencia antidroga de la Comunidad de Madrid.





## EL NIÑO MALTRATADO    THE MALTREATED CHILD

**Mele, Francisco**

Centro Italiano di Solidarieta Di Roma

### **Contenido**

- El Perdonar
- El Mito del Origen
- En Búsqueda de la Madre Perdida
- La Ruptura de la Dimensión Simbólica
- Hacia una Psicoética de lo Educativo

## FORGIVENESS

I've been dealing with maltreated kids for years.

Since I was in Argentina I have worked in charities for children, I've been dealing with abandoned, adopted, entrusted kids, and I have come to know their stories.

The child going into a home which is not his own carries a burden of pain, bad memories and confusing family relations with parents he often barely knows and with whom the relationship is bad.

The first question a child asks himself is: why does a parent maltreat his child? Violence is towards the weakest and in particular against children who have no chance to react and defend themselves, and especially parental abuse seems to be an old story which can be traceable from mythology to the Testaments to nowadays.

The second question concerns the possibility to break the chain of violence, i.e. how to make it possible that an abused, maltreated and abandoned child does not become a torturer himself.

The third question has to do with forgiving and the symbology of guilt.

Can a child forgive his parents, the supposed masters who were not able to protect him from the violence and wickedness of adults?

In our Jewish-Greek-Christian rooted culture we have gone, in order to stop the rage of a god, from immolating our first son to immolating an animal, after the Angel stopped Abraham from killing Isaac.

Greek mythology, the Old Testament and the birth and death of Christ indicate the filicide tendency of our culture. This is in contrast with Freud's hypothesis in which civilization started with the murdering of the father. Argentinian psychoanalyst Arnaldo Rascovsky developed the above thesis in his book "The filicide" taking Oedipus as an example and concluding that Oedipus killed his father as a reaction to the fact that his father Laius almost killed him at birth because he

saw him as a possible menace. This induces me to think that the parricide/filicide tension is one that belongs to the history of man.

Going back to Moses' law, one asks oneself why the Commandments talk about the honouring of parents but not of children on behalf of the formers.

Freud says that with the advent of Christianity we have gone from the religion of the father to the one of the son. I feel it is necessary to add that the God of the Old Testament is the God of justice; this seems to me to be the highpoint of respect for the Jewish: nothing can be above the Law. Christianity has to do with the God of mercy, of forgiveness; of giving love "for free", giving your life for your friend; loving your enemy and forgiving after being insulted represents the structure of the Gospel.

René Girard notes that Christ intervenes in the logic of the victim process asserting the victim's innocence and revealing the mechanisms which made up the process itself. The choice of the victim allowed the community to direct violence towards it, avoiding the community's destruction. Christ's revelation impedes persecutors to feel in peace and satisfied through the immolation of the victim: to the logic of violence, Christ opposes the logic of non-violence, throwing a spanner in the works of the system of violence and its followers; this is a way to break the chain of the original violence because aggression is not answered to with revenge. Ricoeur says the logic of justice is the one of equivalence; the logic of forgiveness, of blessing is the logic of superabundance; it's a logic which is almost absurd because the more the sinner behaves badly, the more mercy he will receive if he repents. The concept of forgiveness is tied to the one of gift; the parents give life to their child without expecting anything in return; but things don't always go that way, with children not always being thankful and parents not always respecting the life they have donated. Some

children even accuse their parents of giving them birth, if they can't bear the burdens of life.

In the parent-child relationship the logics of equivalence and superabundance intersect; is it possible to measure the love of a parent towards a child who reacts aggressively, violently and destructively against him? A child develops a sense of justice within the family according to a psychic meter, as he can "sense" if his parents have given too little compared to what expected. A rejected child has contrasting feelings, of self and outwardly directed violence, and a sense of guilt with regard to himself, feeling the mistreating he has undergone was rightly due.

### **THE MYTH OF THE ORIGIN**

I will report a case I monitored in Buenos Aires in the 80s.

I had already had many confirmations of the fact that abandoned children have a strong desire to find their parents again, convincing themselves that it was mysterious and overwhelming circumstances that had divided them, that if it were up to them their parents would have wanted to keep them, giving them all their love. These fantasies are defined in psychoanalysis as the construction of the myth of the origin. Here the mother is described as an exceptional, noble being; or high social status is given to the father.

On the contrary, other children I followed stated, often lying, that they had been found among the rubbish and had miraculously been saved. To feel like trash for a rejected child is a metaphor of his real condition.

In one or the other cases there is a constant that can be found in the myth of the birth of the hero. Raskovsky analyses these exceptional births, as for example Moses', who is abandoned on the Nile and found by a princess who brings him up like a prince. Romulus and Remus appear in a similar way, up to Christ who was given birth to by a virgin.

Oedipus respects, loves and wants to preserve from the oracle's prophecy the ones he believes are his parents (in reality, a shepherd had found him and given him to them). He goes away from the reign thinking he can avoid the happening of the prophecy, not knowing that he is actually hastening it by running into and killing his father at a crossroad, and copulates with his own mother, whom he frees from the affliction of the Sphinx, receiving her as a gift together with the title of king. The consequences of his actions fall on his children, who end up tragically.

### **IN QUEST OF THE LOST MOTHER**

Julio was 19; he had practically been brought up at charity institutions for children because he had been abandoned by his mother soon after his birth.

While growing up he had been searching for his mother, imagining circumstances which had unwillingly forced her to stay away from him. His fantasies were not an exception, as I already knew.

The young lad had almost concluded a positive school career, getting ready for the exam to get his technical diploma. He lived in the charity premises and his secondary school exam would have marked his exit from a formative but restraining condition.

A few years earlier Julio had experienced a short period of family entrustment which could have turned into adoption. After a few months of positive relationship with the family, conflict with the natural children, which Julio had considered his brothers, burst out. After another short period of idealistic making it up, new tensions arose, with exaggerated claims, on behalf of the boy, which ended up with the family deciding to take Julio back to the charity institution. Despite meetings of the whole family with the boy, monitored by a psychologist and a social assistant, the two parties stood firm to their position and Julio returned to the charity institution.

This experience had a bad influence on the lad's character, leading to his introversion and sudden bursts of rage whenever contrast arose with the other people at the charity institution.

I met Julio during the last year of his stay at the institution, which took a dramatic turn.

The social assistant had managed to find Julio's mother's address and with his consent it was decided that he would go on holiday in the area where his mother lived.

Knowing Julio would have met his mother, the whole group was nervous and taken by the event. In the days preceding the meeting Julio had become more friendly and open, and thus hoping in a favourable meeting, he showed a nervous concern for not being recognized or receiving inadequate reception.

The meeting took place. Julio, accompanied by the social assistant, was received by the woman with great warmth and emotion which made the boy extremely happy. The woman had a husband and two children. During that summer, mother and son met several times; the mother promised that she would set a room up for him in her house as soon as possible, this taking about two months to be done. Julio went back to Buenos Aires at the end of his holidays and started awaiting for the call.

Julio's last school year started. Months went by without the call taking place: no news of his mother. Julio started studying reluctantly and ended up not even opening his books anymore. He became absentminded, his thoughts being elsewhere, in search for answers to his questions. The social assistant decided then to go see the woman to understand what was going on, and understood a strong opposition on behalf of her husband to Julio's coming had built up, and that the woman had accepted the man's will.

When he knew about all this from the assistant, Julio

ran away from the charity; after a couple of months it was discovered he had committed a robbery and been put in jail. Not finding love, Julio had tried to get something else: he had robbed a woman, substituting her for the one – his mother – which had not given him anything.

### **THE BREAKAWAY FROM THE SYMBOLICAL DIMENSION**

The breakaway from the symbolical dimension is evident, as instead of using language, a person uses action which speaks for itself.

For a therapist and an educator the challenge is to bring back to the symbolical dimension an action which clashes with the violence of a reality that the actor can't interpret.

It is to be asked how a young person elaborates the pain, the humiliation inflicted by the parents which have broken the promise to take care of their child.

The first question one asks oneself concerning rejected children is how to break the chain of the undergone violence so it will not transform itself into violence against oneself and/or the others.

The co-action of repetition —a term introduced by Freud— presents the problem of recollection.

The passage to action represents a substitute for recollection.

Strictly linked to this concept is the concept of "work of mourning". In "Mourning and melancholia" Freud states that an unresolved mourning degenerates into melancholia, where the lost object creates a state of tearing from the self.

Ricoeur revamps this concept of "work of mourning" and uses it in conjunction with the concept of recollection. The action of memory, both personal and collective, follows the same process as the one of mourning. In this work the past opens up to the future if a reconciliation with this past is reached. The horizon

of the work of recollection is forgiveness. A happy recollection would then be one reconciled with the past: the most appropriate way to describe it, is "gaiety".

Ricoeur says: "Gaiety is the reward for giving up the lost object and guarantees reconciliation with its interiorised object"

Recollection is one of the fundamental aspects of identity; Locke considered them almost synonyms. In Ricoeur what joins the two terms is the significant "frailty"; frailty of identity is linked to evenness of time of the self or own self.

A second aspect of the frailty of identity concerns the relationship with others. The other becomes a menace for the self, and so has to be refused.

How can the child be a menace for the adult?

In Sophocles, Laius refuses Oedipus because he perceives him as a menace, as the oracle has predicted that the child will murder him; and it is trying to elude his destiny that Laius actually steers towards it, with Oedipus being a mere tool of something which cannot be escaped.

But in Calderon's "La vida es sueño", Prince Sigismund manages to elude the determinism of destiny, represented here by the stars (an equivalent of the oracle), and through his conscience which has free will he spares his father against the prophecy of these stars.

This novelty of being inspired by free will suggests the possibility of eluding a determinism produced by instinctual, social and cultural forces through which the individual's path is supposed to be marked.

A third aspect of the failure of identity is connected to the original violence, to the founder elements or events of identity. The rejected child has difficulty in building the plot, his own history, because this has lost sense. To reconnect events and to give a sense through the narration of one's own story is one of the

tasks of the educational process and especially of the therapeutical one.

In Julio's case, the three described aspects correspond and converge in his fragmented story, in his quest for the beloved refusing object, in the even more tragical experience of the second refusal and in the selfpunishment he inflicts on himself by committing a crime.

### **FOR A PSYCHOETHIC OF THE EDUCATIONAL**

In other papers I have asserted that the story of young people who have undergone juvenile jail, charities and aid institutions is just the story which is written in the documents filed in these organization's archives.

The young person who has built his own identity within an organization is in conflict with almost any attempt to put him in a family; the effects of an organization on a growing person mark, so to speak, the body, the feelings, the mind; this is why the insertion of this person in a family is very difficult.

Often families who have undergone this task are not able to supply the time and availability necessary for the needs of the child who transfers to the new context his previous negative experience; this leads to an unbalance of expectations and what is actually given, on both sides.

The experience of the violence which has devastated a young person's ego, creating the conditions for this person to repeat his own experience by transferring it onto another child this for example happens in the cases of paedophilia, tyrant, destructive personalities and other types of perversion – does not exempt this individual, once grown up, from his moral responsibilities in relation to his behaviour.

In the therapeutical process as in the educative one, the conditions for a moral and ethical re/construction must be created, in addition to communal-life rules.

Opposed to rejecting parents, many are the

welcoming ones, as expressed in this letter by Agnes Heller's father before being deported to Auschwitz:

*"My dear daughter Agi, if you ever think about me, you must remember that if you choose the road of love, your life will be balanced and in harmony; you only need a bit more luck than your father, and all will go well... Despite what has happened to me lately, I have not lost my faith... evil may win for the moment – but good will triumph in the end. Every good person carries his grain of sand for the final victory... Please keep me in your memories with friendship and joy".*

In this book – A. Heller writes – I haven't invented anything. I have only elaborated variations on what my father has left me in heritage (...). I have taken this heritage, elaborated it and I'm passing it on to my children Zsuzsa and Juri.

The theme of forgiveness links the culprit to the victim. In the action of forgiving a conversion on behalf of the culprit should take place, where the culprit asks for pardon and the victim gives it.

How can a child forgive a parent who has been violent, absent, passive with him, or hasn't accepted him?

It is important for the culprit – in this case, the parent – to be aware of his guilt and to ask to be forgiven.

A therapeutical or educative itinerary must take into account the suffering of a rejected child; but it often happens that the child is not able to put into words such a traumatic experience. The site of narrative hospitality should be where management and safety allow the rejected child to tell and not perform his pain. There are different kinds of means that can be used, also considering children that do not possess a great wealth of verbal expression. These means may be defined as "therapeutical mediators"; in particular drawing, stories, dramatisation, the relationship with pets can be ways to express feelings; the animation of puppets built with the operators can also promote familiarity, overcome communication problems by giving the puppet a

personality which is different from the one of its animator the child who is then able to express his story in a fantastic way.

In the end it is a matter of giving space to "extraordinary" languages which allow getting away from that excess of rationality which may negate the accomplishment of formative success.

#### **BIBLIOGRAPHY**

René Girard, *Il risentimento. Lo scacco del desiderio nell'uomo contemporaneo*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1999.

Agnes Heller, *Filosofia morale*, Il Mulino, Bologna 1997.

Francisco Mele, *Lo diviso/lo riunito. Per una psicoetica dell'operatore sociale*, FrancoAngeli, Milano, 2001.

Arnaldo Rascovsky, *Il figlicidio*, Astrolabio, Roma 1974.

Paul Ricoeur, *La memoria, la storia, l'oblio*, Raffaello Cortina, Milano 2003. *Sé come un altro*, Jaca Book, Milano 1993.

**¿QUÉ ESTILOS DE VIDA GLOBALIZADOS  
SON IMPORTANTES  
PARA LA PREVENCIÓN?  
Estilos de vida y modelos de prevención**

**WHAT GLOBAL LIFESTYLES ARE OF  
IMPORTANCE FOR PREVENTION?  
Life styles and prevention models**

**Pérez-Gómez, Augusto**

Visiting Professor, Robert Wood Johnson Medical School, New Jersey  
Director, Corporación Nuevos Rumbos. Bogota, Colombia

**Contenido**

El autor hace una serie de reflexiones sobre la relación que existe entre Estilos de Vida y Prevención de Drogas.

Parte de afirmar que si bien a primera vista parece obvio que hay relación entre ambos, inversamente, también se puede aseverar que los Estilos de Vida son irrelevantes cuando se habla de Prevención; sus reflexiones son ilustradas con varios ejemplos actuales y concluye pidiendo "humildad" y flexibilidad a la hora de adaptar los modelos (preventivos) a la realidad y no intentar adaptar la realidad a dichos modelos.

*A previous version of this paper was read at the ICAA Conference, Amsterdam, July 1996. I want to thank Dr. Eva Tongue and the Organizing Committee of this International Conference for their support and their agreement to publishing this paper.*

We are probably living one of the most exciting moments in human history: without a world war, a massive geological catastrophe, or an invasion —like the Arabs invasion to Spain, the Mongols invasion to the whole of Europe, the Vikings to France, the Romans to Greece—, different cultures are colluding and becoming intertwined, even entangled, mainly through the influence of the mass media, the cinema, the advances in electronics and computers, and thanks to the extraordinary opportunities offered to many millions of individuals to visit almost any part of the planet. The changes introduced by this phenomena in the last decades cannot, certainly, be considered as something "bad". On the contrary, probably some of the highest developments of mankind are, at least, partially due to the powerful mixing of people from different latitudes and with very different visions of the world.

But we cannot, on the other hand, ignore that sometimes, when the appropriate circumstances are present, such changes may contribute to the creation of disorder and chaos, not necessarily of a productive nature. For example, when a powerful culture invades a weak one, the latter tends to be destroyed without the benefits of a real integration and assimilation into the former, producing 'anomic' situations that are often associated with the adoption of maladaptive behavioural patterns. One of these patterns is, precisely, drug and alcohol consumption, a world-wide pervasive problem, in the increase for several decades now (UNDCP, 2002).

The influence that some countries have on some others is undeniable, but one can wonder when and how such influences have to be considered positive or not, and under what set of criteria. Of course, all around history those in power tend to believe that what is good for them has to be good for everybody else, about the Roman Empire, Germany, the British Empire

or the United States, and there is no doubt that some of their proposals became largely accepted by those under their rule (for example, most Western countries' legal systems are based on laws created by the Romans). Regarding our subject drugs and alcohol, one of the problems in Western modern society is that it tends to assume without serious questioning that it is necessary to implement a general, worldwide policy, in the same way that it is assumed that there is an ideal life style, theirs ; but such a policy is discussed just by a few not surprisingly, the rich countries. Luckily enough, the powerful do not seem to agree with each other, making impossible to impose a unified policy on the rest. Take the case of The Netherlands: their promotion of tolerance regarding drugs (which seems to be an extremely irritating policy for some other super-powers) has a lot of sense in a rich, small country, where most of the basic problems of its citizens have been solved and where people live within a highly organized society, where law enforcement and the rule of law in general are quite serious concepts. But this same strategy become senseless in gigantic countries where half the population live in great poverty, where not one of their basic needs medical attention, housing, food and water are really satisfied, where people keep moving massively from rural to urban areas only to find nothing but extreme misery, where the rule of law is almost a joke... Within such a context, considering large needle exchange programs or governmental subsidies for drug addicts is nothing less than preposterous.

Lets consider briefly some cases where the collusion of cultures has provoked an increase of drug-related problems: the skimos, the so-called Native Americans and the Native Australian. There are very impressive reports on all of them: they were invaded, their territories conquered, they lost their cultural identity, and generally speaking they are despised or considered inferior by



the defenders of the new order. But what happens with those groups who refuse to be assimilated? The Amish in the United States, the Andean Indians or the Tibetan Monks, are good examples. I have been told that some Amish like to drink alcohol secretly, and I would not put my hand on the stove for one or the other Inca descendent fond of coca paste or marihuana; but this can not be considered a serious problem: there is no human society without deviants (in the very end, we have to acknowledge that some of those deviants have been responsible for the most remarkable changes in human history; of course, just a few of them were using drugs and alcohol, and most probably their notorious performances happened in spite and not because of their habits). Regarding the Amish, the Tibetans and the Inca descendants, as far as I know there is not a drug or alcohol problem among them. Some of the traits of such human groups is that they are very closed, and have chosen to ignore the changes around them (in some areas of Peru and Bolivia the Indian population not only do not speak Spanish, but when asked in their own language by a foireigner, they will refuse to answer). They are intensely committed to religion, they possess a strong cultural identity, they have strong interpersonal links, and they see themselves as "superior" people, in one sense or another; they are not at all interested in conventional Western values money, power, machines, computers, easy life, quick communications, superficial relationships, just to mention some. And yet, for how many people in the Western hemisphere those life styles would be really appealing? Could this statement mean that in order to prevent drug related problems we have to suggest a return to the traditional patriarchal society, or to convince youth that they have to pray, to exalt nationalism or to pretend that all the evil is in the TV, or in the Northamerican or European way of life? Far from this, what we need is to assume that drug consumption is the result of a particular evolution of Western society,

and it has to cope with it in a creative way that, so far, does not seem to be found. I will try to be more explicit in some of my following comments.

I think we can easily agree on one point, which at first glance seem pretty obvious: the importance of lifestyles for prevention of drug abuse can not be exagerated, because they are tightly related to the probability of drug use. And yet, we can state, just as easily, the opposite: lifestyles constitute a meaningless and irrelevant issue when talking about prevention. Maybe lifestyles are irrelevant because they are just ideal models that can be perverted, or can become by themselves a source of nuisances; in my view, one example of this is the so-called "American way of life", for some decades considered mainly by the Northamericans themselves the most attractive, complete and satisfactory level of human well-being. How come, then, that the U.S. has the highest level of drug abuse and one of the highest levels of violence and alcohol related problems in the world?

Anyway, the importance of lifestyles depends partially on what definition of the concept is adopted, and we can consider two opposite versions:

**a.** Lifestyles are chosen behavioural patterns: each of us, when adult, decides to live in a certain way, accepting some activities, beliefs and goals, and rejecting others. Were this the case for drug dependency, the study of lifestyles would be just an academic exercise for the sake of knowledge, because Western society admits, in general, the right each person has to decide what to do with his/her own life.

**b.** Lifestyles are externally imposed sets of circumstances forcing the individual to live within a particular frame, and determining to some extent (sometimes to a very large extent), socio-economic, educational and behavioural conditions, including self-perception as well as perception of others, and perception of the world.

The distinction between those definitions is essential : selecting one or the other may lead to completely different consequences when trying to reach net conclusions on the main question this paper is approaching. Probably we have to use a composite definition: there are a large number of imposed conditions human beings do not chose their native language, their parents, their initial socio-economic and educational conditions, but on the other hand we are not totally determined by them. So we can, at different stages of our life span, make some decisions that will affect not only our own lifestyles, but the ones of all those around us as well.

So, within this framework, what global lifestyles may be of importance for preventing drug use, especially when talking about young people? On the basis of current literature on this topic, clinical practice, research, teaching experience, and my own eyewitnessing of changes around me, I suggest to consider the following factors as some of the most relevant, taking into account that none of them, either positive or negative, act separately; in fact, in most cases they will appear organized in clusters:

**a.** Elements of lifestyles with a negative impact, therefore increasing the probability of drug use:

-Imported life models, usually associated with a lack of internal models. This importation is, in general, superficial and takes just disperse elements of the whole pattern. Maybe the best classical example are the South American hippies, who of course took the external outfit and look (which is pretty easy to do), made Cannabis and Magic Mushrooms permanent companions, together with a guitar they never learnt to play. And that was it. The trouble with some of these people is that they really are representatives of the Peter Pan complex, and as parents they are not precisely a model to imitate.

-Changes in roles, mainly at the family level. Few people dare say openly today that they regret the old

good times, when roles were nicely and clearly distributed. It's too risky. But the new distribution does not seem to make anyone happy (women complain about their doubled responsibilities, men think that there was a betrayal somewhere), and quite often nobody accept *some* of the responsibilities. We know who will pay for that.

-Being a member of minority communities submitted to strong discrimination (race, nationalities); this is true in modern conditions, when the rights are theoretically the same for everybody. In other historical periods and I am not talking about the Middle Ages, but just about yesterday, when discrimination was a "natural" thing to do, some of those communities submitted to discrimination showed a circumspect and discrete lifestyle in order to avoid further conflict. In modern times, those being members of a discriminated minority tend to live in more difficult conditions -less money, more children, unemployment, conflict-. In other words, there are higher risks for those whose world is unstructured or has been de-structured (anomic communities).

-Seeing little hope in the future.

-Living in a milieu where drugs and alcohol intoxication are tolerated and accepted, and where drugs are easily available.

- Absence of general commitments or purposes in life.

Some of the factors related to a positive impact, i.e., decreasing the probability of drug use, are :

-Being committed to values not related to power, money or fame (ex: science, service to others, community development).

-Not seeing drugs as 'an attractive world to be discovered, or as a gate giving entrance to desirable but otherwise inaccessible experiences.

-Strengthening of spiritual life, including in some cases being member of religious minority communities.

- Seeing drugs as a way to seriously undermine health and/or the ability to perform tasks requiring the best of one's skills (physical or intellectual).

- Political reasons (as it happens with some guerrilla groups, who consider drugs use a proof of treason to ideals).

- Strong family links, where the structure of relationships is clear, with low levels of physical or verbal violence, open communication channels, and collective commitments (see Pérez & Mejía, 1998).

And now, how to make these elements useful when prevention projects are to be implemented? One of my suggestions is that, in order to reach a good level of analysis and a good quality for future preventive or research proposals, we cannot rely on ideas that little by little are becoming myths. And this field is deeply infected by myths, some being controlled quite easily, some others reluctantly resisting any effort to avoid their obnoxious effects. I will offer a few examples of the latter.

**a.** There is an ideal life style valid for all human beings. I referred previously to this, associated with imperialism and colonialism. A derivative of this myth is that an ideal society is a drug-free society; this kind of statement calls for Holy Wars, probably meaningful in New York or in some other Western cities; to be true, to accept such a statement one would have to assume that "society" and "Western world" are synonymous, because there is no question that some traditional societies are highly dependent on a ritualized use of some substances, and they are not more unhappy than anybody else.

**b.** There is a genuine ideal model for doing prevention. For example, doing prevention "on the manual", where there is such an structured model that it will be possible for everyone to duplicate or replicate it. By the way, if there is not a formal evaluation, framed in the same way, your work is not worth of any further

consideration. This is a positivistic bias, which assumes that all people react in approximately the same way to the same stimuli. I do not need to go into the discussion of such a simplistic view, but all this is done mainly because of economic and political reasons, not for scientific ones. In any case, I do not believe the standard scientific research model may be applied when working on prevention from a global perspective, but even if it were I do not believe it relevant, either. Not that I do not accept that the hundreds of papers published and promoted by NIDA are useless: they are very good, probably, for the United States; but I know for sure that this model is not appropriate for several South American, African or Asian countries. Nor do I intend to say that evaluation does not have to be undertaken; the problem I am pointing out as a myth is *the way both prevention projects and evaluation are supposed to be conducted*. In developing countries, drug and alcohol prevention programs have to be related primarily to the **promotionn of a better quality of life as it is understood in each place**. This is the only framework where the concept may gain a real meaning. In order to develop sensible strategies we must consider that to become a drug dependent person may be by itself the result of a chosen lifestyle; it may be the consequence of family, social or contextual problems the individual is unable to cope with; it may be the consequence of individual difficulties or even pathologies; or it may be the result of a combination of all these factors. (Hawk, 2002; Pérez Gómez, 2003; Tobler, 1997).

For these very reasons, in my view such terms as a 'global life style' or a 'global prevention strategy' are meaningless concepts.

**c.** The 'Global Village'. This is just an illusion, and a nice image to play with; it may be true that under the influence of TV programs, computers, newspapers and

Internet, physical distances and some cultural differences have come to an end. But we are still very different: lifestyles in Brazil, Canada, Vietnam, Nigeria, Italy, Japan and Bolivia have little in common, and there is no point in considering one as better than another regarding the risks of drug abuse, because lifestyles are the natural products of a very complex pattern of interrelations among countless sets of variables. We, the self-appointed experts, are often inclined to hypersimplify these complexities just to satisfy our need of being considered serious scientists, or to satisfy the needs of some politicians, saying exactly what they want to hear. And they hate to hear that something is very complex.

**d.** Poverty is the main cause of the problem. This not a real issue and can not be considered as a "cause" by itself: most of India's people are very poor, and still their drug problem is minute; regarding its enormous size and huge population, the drug problem is very small in Africa. On the other hand, in South Bronx, N.Y.C., people are certainly less poor than hundreds of millions of Indian and African people: and there the drug problem is overwhelming. In several European countries the best way to receive a lot of assistance from the governments is to become an addict, and drug users are in better conditions than a lot of their fellow countrymen; but I am not aware of someone explaining his/her drug use as a way to improve his/her life condition.

**e.** Family decomposition and de-structuration are crucial factors for drug abuse. This is probably very true, but needs some nuances. A study undertaken in Costa Rica (Fuentes, 1995) shows that there the main predictive cause for drug addiction is overcrowded extensive families, not family desintegration. Another study in Brazil (Telles, 1995), shows that 80% of women in treatment for cocaine and marijuana problems are married, have two children and their lives seem to be

very stable; the only factor found in common for these women is a violent behaviour held by one of the parents, or one of them missing when the girl was 5 to 15 years old. If this is right, I wonder why there are so few women involved in drug use, because it is well known that both conditions are very common in South America. Finally, the Israel experience shows a country with one of the lowest rates of drug use in the Western world, in spite of the massive changes induced by kibutz in family life; on the other hand, in the last few years Israel became more alike other European countries, and the use of drugs has been on the increase.

**f.** A cluster of variables will explain in a better way the origins of drug abuse. This may be true, but only when the individual and social variables are rightly framed by specific cultural, geographic, political and economic circumstances.

I reckon we have to tackle some simple but very difficult questions, which can be legitimately considered as macro-questions. Let me give just two examples: 1) What has been going on in modern Western society that generates the current drug problem? We all know that drugs have been around for centuries, but they were never used in the peculiar way we are witnessing nowadays. 2) In what way the search for global policies of control can harm some countries? Look at what happened in Viet Nam, Myanmar and Kampuchea: they smoked opium for centuries without more damage than the one provoked by the British pubs or the bars in any of the alcohol consuming countries; once their governments agreed to stop the legal or tolerated use of opium, the users shifted to injected heroin now easily available; because of the lack of syringes many hundreds of individuals were injected by 'professional injectors' who re-used the same needle with an average of 50 different people; in less than three years, as much as 90% of these heroin addicts were HIV positive. I

suppose that the quick response of some experts will be something like 'Lets implement a massive syringe distribution program'.

I want to finish this reflections in the most classical style: with a recommendation. Most of my fellow academic friends would say: "More research is needed". Indeed. But so far I would rather say : "More humbleness and modesty are needed from us, because we know so little and pretend that we know so much". We have to be flexible, to be able to adapt our models to reality, and not the other way around. We are probably looking in the wrong way, trying to determine which factors are responsible for the mess and not seeing the wood because we are just looking at a single tree. And because sometimes we are too worried with fund raising, we forget, or we stop thinking, that we are dealing with a very serious and very sad human problem.

## REFERENCES

- Fuentes, J.L. (1995). Costa Rica: deporte ya no es garantía contra las drogas. *Drogas y Sociedad*, 1 (6), UNDCP, p. 3-4.
- Hawks, D. et al. (2002). *Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what works in the area of prevention*. Ginebra: World Health Organization.
- Pérez Gómez, A. (2003). *La enciclopedia de las drogas*. CD Rom. Bogotá.
- Pérez Gómez, A. y Mejía Motta, I.E. Patrones de interacción en familias en las que no hay consumidores de sustancias Psicoactivas. *Adicciones*, 10, 111-120.
- Telles, H. (1995). Brasil: ¿por qué se drogan las mujeres profesionales? *Drogas y Sociedad*, 1 (6), UNDCP, p. 1-2.
- Tobler, N.S. (1997). Meta analysis of adolescent drug prevention programs: results of the 1993 meta analysis. En W. Bukoski (ed.) *Meta-analysis of drug abuse prevention programs*. Washington, D.C.: NIDA.
- UN/ODCCP (2003). *Global illicit drug trends: 2002*. Viena, Austria.



## “ENTRE TODOS”: DEL TRATAMIENTO A LA PREVENCIÓN

## “ENTRE TODOS”: FROM TREATMENT TO PREVENTION

**Faubel, Vicent; García, Isabel; Gil, Jorge; Pardo, Belén; Pascual, Catalina; Regueira, Ana L.; Soriano, Juan José; Zabalo, Karnele**

Comisión de Prevención de la Asociación Proyecto Hombre

Esta intervención expone el origen, inicios, desarrollo y evaluación De Entre Todos.

Comienza hablando sobre el origen de la entrada de Proyecto Hombre en el campo de la prevención, cuáles fueron las razones que llevaron a extender su campo de actuación desde el ámbito asistencial en el que se había movido exclusivamente hasta el de la prevención. Entre los factores que inciden en la toma de esta decisión se encuentran la experiencia acumulada en la asistencia de las toxicomanías, el conocimiento de las consecuencias del consumo de drogas, y la alerta por la edad cada vez más temprana de inicio y demanda de ayuda en los centros de Proyecto Hombre, por un lado y por otro, el reconocimiento social y la fuerte implantación territorial.

Se señala el desarrollo y principales momentos de la puesta en marcha. En primer lugar, se piensa en un programa que no solamente se dirija a evitar el consumo de drogas sino que dote a los adolescentes de habilidades de vida y en el que se implique la escuela y la familia. Durante un tiempo se discutieron y aprobaron unos criterios básicos de actuación, después se estudiaron diferentes programas ya establecidos se seleccionó el programa “Construyendo Salud”, desarrollado por la Universidad de Santiago de Compostela que a su vez es una adaptación de “Life Skill Training” de Botvin. Para este proceso se contó con una mesa de expertos.

Se pasa a la aplicación en la escuela con la implicación en el proceso del profesorado con unas unidades escolares y de la familia que participa en el programa con la asistencia a sesiones SFC y unas fichas de actividad familiar. Continúa ofreciendo los comienzos, primera evaluación y resultados. Desde su implantación, en 1º y 2º de ESO la demanda del programa ha ido en aumento a la vez que se ha terminado de elaborar el material de 3º de ESO para su aplicación en el curso 2004-2005.

This speech sets out the origin, beginnings, development and evaluation of ‘Entre Todos’.

It starts by talking of the origin of how the ‘Proyecto Hombre’ entered the field of prevention, what the reasons were that led it to extend its field of action from the area of care in which it had acted exclusively until then, to that of prevention. Amongst the factors that influenced the taking of this decision are the experience accumulated in care of drug addictions, the knowledge of the consequences of drug consumption, and the alert sounded by the increasingly young age at which consumers start taking drugs and ask for help in the ‘Proyecto Hombre’ centres, as well as the social recognition and strong territorial implantation of the centres.

The development and main moments when programmes were set in motion are indicated. Firstly, we are invited to think of a programme that does not only aim to prevent drug consumption but also to give adolescents life skills, in which schools and families are implicated. For some time basic criteria for action were discussed and approved, and then different programmes that were already established were studied. The “Construyendo Salud” (Building Health) programme, developed by Santiago de Compostela University, was selected. The programme is in turn an adaptation of Botvin’s “Life Skill Training” to which it had to be adapted. A group of experts was consulted for this process.

Application takes place in the school with implication of the teachers in the process, with school units and families participating in the programme by attending SFC sessions and using family activity cards. It continues by offering initiation, primary assessment and results. From the moment it was introduced into the first and second years of Secondary Education schools demand for the programme has risen at the same time as the material for the third year of secondary school has been prepared for application in the academic year 2004-2005.

Ciertamente es harto difícil plasmar en un tiempo tan corto la experiencia viva que con respecto al ámbito de la prevención ha venido desarrollando la Asociación Proyecto Hombre (APH).

A modo de aclaración, y para entender el proceso al que vamos a hacer mención, diremos que históricamente primero surgieron algunos Centros Proyecto Hombre allá por los años 80 (Madrid, Vitoria, Málaga, Mallorca, ...) y como resultado del afán de ayuda mutua fue cuando surge la Asociación Proyecto Hombre. Este proceso de anclarse primero en el territorio y posteriormente asociarse ha marcado y sigue marcando la idiosincrasia de la APH, y entendemos que es una de sus potencialidades.

Por tanto lo primero que hemos de destacar es el hecho de que el proceso de asumir este reto de la prevención, al igual que tantos otros, vino dado porque en diferentes Centros Proyecto Hombre (CPH), y casi simultáneamente existían inquietudes y experiencias locales de trabajo en prevención (formación de profesorado, programas de prevención selectiva, coordinación de planes municipales de prevención, etc.) y es desde ahí, es decir, de abajo a arriba, cuando se apuesta por optimizar, aglutinar y enriquecernos mutuamente creándose la Comisión Estatal de Prevención.

Pero antes de continuar debemos hacernos una pregunta: ¿Por qué un programa históricamente asistencial hace en ese momento una apuesta por la Prevención? La respuesta no es unitaria sino que la compone un crisol de situaciones, las cuales nos empujaron a dar ese salto.

Por un lado, y de forma primordial, cada vez llegaban usuarios/as más jóvenes a nuestros programas asistenciales. Mientras que en los años 80 la media de edad de inicio al consumo de drogas estaba más cercana a la veintena, a finales de los 90 ésta había descendido considerablemente.

Por otro lado, diferentes instituciones (escolares, sociales, administraciones locales, provinciales y autonómicas) después de años de colaboración en el ámbito asistencial, y fruto de la experiencia y reconocimiento social, nos demandan que asumamos este nuevo reto que es la prevención.

El Informe aprobado por la Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio del problema de la droga de diciembre de 1995 prioriza la prevención como principal objetivo de las actuaciones de las instituciones públicas, convirtiéndose en una tarea conjunta de los poderes públicos, de las ONGs, de la comunidad escolar, de la familia y de los medios de comunicación. Prioridad, que también hicimos nuestra, al ser una asociación con fuerte implantación territorial (actualmente la conforman 23 CPH).

En el momento en que se crea la Comisión Estatal de Prevención nos planteamos una serie de criterios de actuación básicos:

- El diseño de los programas habría de partir de un modelo contrastado: fundamentado teóricamente, experimentado y evaluado.
- En la elaboración de dichos programas habrían de participar expertos de la comunidad (docentes universitarios, profesionales de la administración pública y agentes sociales) junto con profesionales de Proyecto Hombre.
- Todos los programas tendrían que ser evaluados por expertos externos antes de su aplicación definitiva. Intentaríamos trasladar la experiencia acumulada en años de tratamiento a estos programas de prevención.
- La coordinación era un aspecto fundamental que se debía cuidar, por lo que establecimos una periodicidad en las sesiones de trabajo de la Comisión.
- Garantizar la formación era un aspecto prioritario. Formación en dos vertientes: en primer lugar dirigida a los que se han convertido con los años en técnicos de prevención (no olvidemos que en aquel



momento venían del campo de la asistencia); y en segundo lugar, a los agentes sociales que aplicarían en el terreno dichos programas, en aquel primer momento los profesores de 1º de la ESO.

Una vez puestas las bases se optó por comenzar por un programa de prevención universal. La población diana a la que nos dirigiríamos sería los alumnos de Secundaria, junto con sus familias.

Para la selección del Programa Base, se creó una Mesa de Expertos. Como resultado del análisis de dicha Mesa, elegimos el programa "CONSTRUYENDO SALUD", desarrollado por la Universidad de Santiago de Compostela, programa que a su vez es una adaptación del "Programa de Entrenamiento para la Vida"(Life Skill Training) de J.G. Botvin, de la Universidad de Cornell en Nueva York.

Tras la revisión llevada a cabo por la ya mencionada Mesa de Expertos, decidimos añadir los siguientes elementos:

- La inclusión de dos nuevas materias:
  - Estrategias cognitivas
  - Valores
- La ampliación de los materiales que soportan las unidades didácticas.
- Se crea un programa de trabajo paralelo con los padres y madres compuesto de tres tipos de acciones:
  - Las Fichas de Actividad Familiar (FAF) para realizarlas en casa con los hijos/as
  - Sesiones Familiares Conjuntas padres e hijos, desarrolladas en el aula junto con los tutores responsables de implementar el programa y el técnico de Proyecto Hombre
  - La Línea telefónica Directa para las familias.
- Dotar al programa de Prevención de una estrategia de supervisión con el objetivo de aumentar su eficacia. Desde el inicio se instauró la figura del técnico de prevención que eran profesionales de los diferentes centros de PH, a los que se les impartió for-

mación específica. Posteriormente, éstos formaron a los tutores para aplicación. A lo largo del curso escolar asesoraron a dichos profesores con reuniones periódicas.

Los materiales estaban compuestos por 3 manuales:

- v Manual del Profesor
- v Manual del Alumno
- v Manual de la Familia

Durante el primer año de aplicación se desarrolló una evaluación externa, con un diseño cuasi experimental, con grupo control y grupo de aplicación, a través de una prueba pre-post test. El objetivo era evaluar tanto el proceso como los resultados. De forma sucinta les indicamos algunos datos de este estudio.

La muestra estaba compuesta por 3.162 alumnos/as del primer curso de la ESO, de los cuales 2.044 pertenecían al grupo experimental y los restantes 1.118 al grupo control. Participaron en la evaluación 124 centros escolares cuya titularidad era: 56% públicos, 42'8% concertados y el 12% privados. La edad media de los alumnos fue de 11,91 años y la distribución por género fue de un 50'5% varones y un 49'5% mujeres.

## **EVALUACIÓN DE PROCESO**

### **Resultados principales del programa**

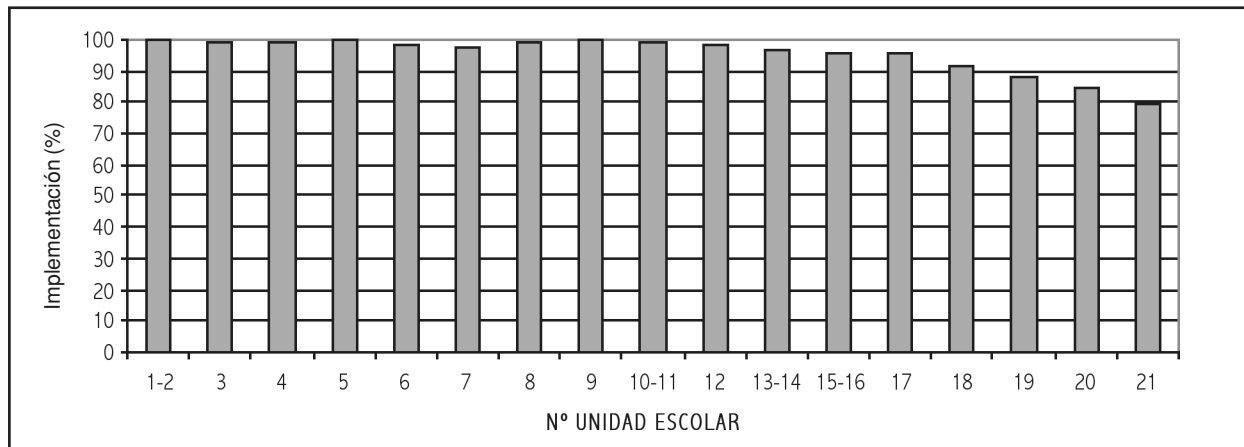
#### **Unidades Escolares:**

- La implementación media total de las unidades escolares fue del 95,4%. (gráfico 1)
- El contenido implementado fue del 86,3%.
- La valoración media de los contenidos de las unidades escolares otorgadas por los profesores/as fue de 7,8 puntos sobre un máximo de 10.

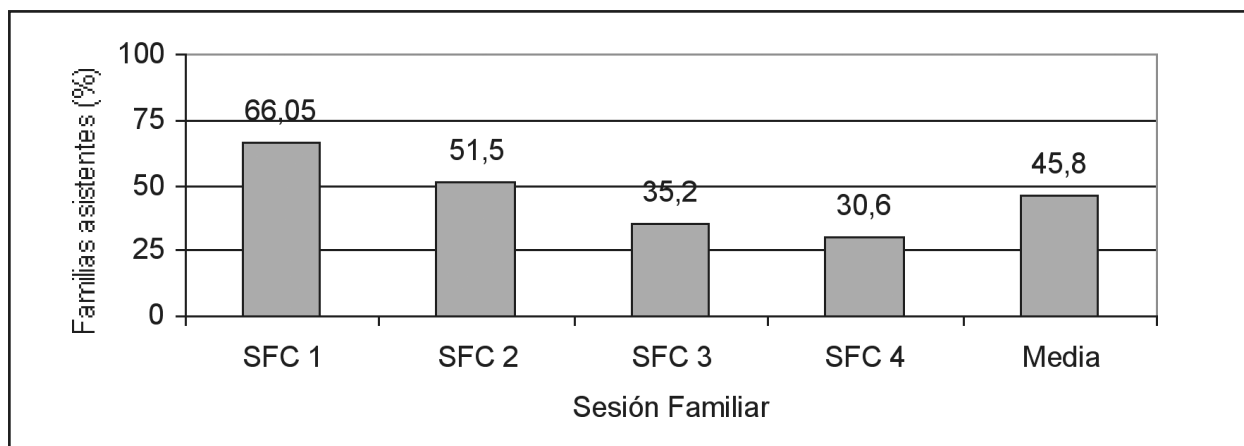
#### **Sesiones Familiares Conjuntas:**

- La asistencia media de las familias que participaron en las SFC fue del 45,8% (gráfico 2).
- El 45,1% de familias participó en el Programa a través de la cumplimentación de las 13 Fichas de Actividad Familiar.

**GRÁFICO 1**  
Evolución de la implementación de sesiones escolares



**GRÁFICO 2**  
Evolución del porcentaje de familias asistentes a las S.F.C.



**Fichas de Actividad Familiar:**

- La valoración media otorgada por las familias a las FAF fue de 7,5 puntos sobre 10.
- El 91,1% de las familias afirmó que las FAF cumplían su objetivo expreso.

**Grupos de Discusión de Profesores/as:**

- Manifestaron que los objetivos y contenidos del Programa vertebran de manera eficiente la acción tutorial.
- Los profesores valoraron muy positivamente (por encima de 8 puntos sobre 10) los contenidos, las acti-

vidades y la participación de los diferentes aspectos del programa escolar, tareas de casa y reuniones familiares conjuntas. Así mismo, otorgaron puntuaciones similares para los materiales del programa y aún más altas para el apoyo recibido de los técnicos.

**Curso de formación del profesorado:**

- Porcentajes de profesores/as que consideraron adecuados y muy adecuados diversos aspectos de su formación:
- Interés el 94%.

- Utilidad el 92%
- Metodología el 89%.
- Claridad expositiva el 93%
- Materiales utilizados durante el curso el 86%.

## EVALUACIÓN DE RESULTADOS

### Para el consumo de bebidas alcohólicas:

Para medir el consumo de bebidas alcohólicas en su extensión, se utilizaron los indicadores:

- Consumo Alguna vez,
- Consumo Último mes,
- Consumo Última semana.

A continuación se presentan los resultados obtenidos por los dos grupos evaluados en el Postest, en estos indicadores, para las siguientes subpoblaciones:

- Población general,
- No bebedores en pretest (abstemios) (Subpoblación 1),
- Bebedores alguna vez en pretest (Subpoblación 2),
- Bebedores en el Último mes (Subpoblación 3),
- Bebedores en la Última semana (Subpoblación 4).

El Programa se muestra efectivo en la contención de la prevalencia de consumidores en los indicadores:

- Para población general: Alguna vez, Último mes (en chicas) y Última semana (gráfico 3).
- Para población que comienza el programa sin haber probado aún las bebidas alcohólicas: Alguna vez, Último mes (gráfico 4).

El programa presenta resultados positivos, aunque no significativos en la mayoría de subpoblaciones e indicadores utilizados, así como ausencia de resultados contrapreventivos.

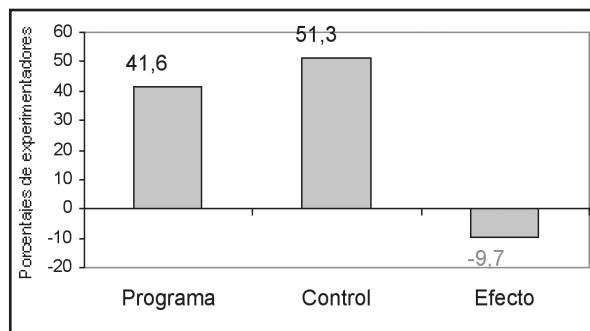
### Resultados para el consumo de tabaco:

El cuestionario incluye 3 indicadores sobre extensión de consumo de tabaco y un indicador de la cantidad de cigarrillos consumidos.

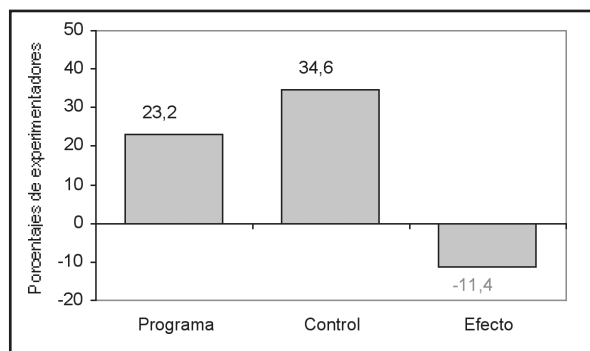
Los resultados se presentan para las siguientes subpoblaciones:

- Población general

**GRÁFICO 3**  
Población general. Postest: Alcohol alguna vez



**GRÁFICO 4**  
Subpoblación abstemia en Pretest: Efectos del Programa sobre el Inicio en el consumo (Indicador Postest: Alguna vez)



- Subpoblación 1: Consumo tabaco alguna vez (Pretest): No
- Subpoblación 2: Consumo tabaco alguna vez (Pretest): Sí
- Subpoblación 3: Consumo tabaco último mes (Pretest): Sí

Los resultados se presentan para los indicadores siguientes:

- Consumo alguna vez
- Consumo último mes
- Consumo en la última semana.

El Programa se muestra efectivo en la contención de la prevalencia de fumadores en los indicadores:

- Para población general: Alguna vez, Último mes y Última semana (tabla 1).

**TABLA 1**  
**POBLACIÓN GENERAL. RESULTADOS Y EFECTOS TOTALES. CONSUMO DE TABACO INDICADORES POSTEST**

Porcentajes	GRUPO		EFECTO
	Tratamiento	Control	
Alguna vez	20.4	27.1	-6.7 **
Último mes	5.6	8.3	-2.7 **
Última semana	3.4	5.5	-2.1 *

\*\* Diferencia significativa al 99%

\* Diferencia significativa al 95%

**TABLA 2**  
**SUBPOBLACIÓN 1. RESULTADOS Y EFECTOS TOTALES. CONSUMO DE TABACO INDICADORES POSTEST**

Porcentajes	GRUPO		EFECTO
	Tratamiento	Control	
Alguna vez	11.5	16.1	-4.6**
Último mes	2.6	4.3	-1.7*
Última semana	1.4	2.4	-1

\*\* Diferencia significativa al 99%

\* Diferencia significativa al 95%

- Para población que comienza el programa sin haber fumado: Alguna vez, Último mes (tabla 2).

El programa presenta resultados positivos, aunque no significativos en la mayoría de subpoblaciones e indicadores utilizados, así como ausencia de resultados contrapreventivos.

#### **Conductas antisociales/prosociales:**

El cuestionario presenta cuatro tipos de conductas antisociales:

- Conductas de agresión
- Conductas de robo
- Conductas contra normas sociales
- Conductas de vandalismo.

Se construyeron 4 Índices relacionados con estas conductas, con un recorrido entre 0 y 1. En 1 se situa-

ron todos aquellos sujetos que nunca habían tenido las conductas que presentan las escalas. Por esta razón, estos Índices devienen 4 conducta Prosociales, que serían los objetivos que pretendía conseguir el programa.

#### **CONDUCTAS PROSOCIALES:**

- Conductas de Nunca agresión
- Conductas de Nunca Robo
- Conductas de Nunca contra Normas
- Conductas de Nunca Vandalismo.

Dada la población a la que va dirigido el cuestionario, la escala se comportó de manera poco sensible. En el estudio se ve cómo los valores obtenidos se aproximan al máximo posible. Una de las razones de este tipo de comportamiento pudo ser que dichas escalas presentan conductas antisociales para poblaciones con problemas de comportamiento social agudos, en la mayoría de sus ítems. Por ejemplo, en las conductas de robo se pregunta por robos en el supermercado, o en el interior de coches.

Teniendo en cuenta esta salvedad, por los demás hay que decir que, en principio, había que pensar que funcionaría con la misma sensibilidad para el grupo experimental y el control, pues ambos grupos provenían del mismo tipo de población general. En este sentido la escala no presentaría problemas.

El Programa se muestra efectivo en la contención de las prevalencias de conductas contra normas y de vandalismo, y presenta resultados positivos aunque no significativos en la contención de la prevalencia de conductas de robo.

#### **Variables intermedias:**

El Programa se muestra efectivo en la contención de la prevalencia de consumidores en los indicadores:

- Valores en Medios de comunicación social.
- Información sobre tabaco.
- Información sobre alcohol.

- Actitud sobre tabaco y alcohol.
- Rechazo de la intención de consumir tabaco y bebidas alcohólicas.
- Estilo atribucional interno.
- Valores familiares.
- Rechazo a la presión de iguales.
- Percepción de la cantidad de sustancias consumidas por amigos.
- Rendimiento escolar.

El programa presenta resultados positivos, aunque no significativos en las siguientes variables:

- Asertividad.
- Valores personales.
- Percepción de la cantidad de sustancias consumidas por el padre, la madre y el hermano.

#### ANÁLISIS DE REGRESIÓN MULTIVARIABLE:

*Las variables que mejor predicen el consumo experimental temprano de bebidas alcohólicas y de tabaco son:*

#### PARA LAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS:

- Cantidad de sustancias que consumen los amigos.
- Escasa intención de rechazar el consumo.
- Escaso rendimiento escolar.

#### PARA EL TABACO:

- Escasa intención de rechazar el consumo.
- Cantidad de sustancias que consumen los amigos.
- Escaso rendimiento escolar.

Un segundo bloque de influencias en el consumo, descritas en los resultados, implica variables de imitación de conductas de consumo de familiares, por este orden: padre, hermano y madre.

La evaluación validó el programa "ENTRE TODOS" aunque por otro lado nos indicó qué debíamos modificar o reforzar de las unidades.

Estas modificaciones consistieron en :

1. El desdoblamiento del programa, escolar y familiar para 1º y 2º de ESO, siguiendo criterios psicopedagógicos.
2. La creación de una unidad de información sobre cánnabis para 2º de ESO. Siendo así como se aplica el Programa en la actualidad.

En los años siguientes la demanda de este programa ha venido aumentando de forma paulatina (tabla 3).

Hoy ya hemos terminado de elaborar el material de 3º de la ESO (13/14 años) con una metodología que creemos que en sí misma, más allá de los contenidos, es

**TABLA 3**

	CURSO 2001-2002	CURSO 2002-2003	CURSO 2003-2004
· Ámbito geográfico:	8 CCAA	9 CCAA	9 CCAA
· Número de centros escolares	107	167	178
· Número de alumnos de 1º de ESO	6.966	9.056	12.208
· Número de alumnos de 2º de ESO	3.085	6.403	9.403
· Número de familias	8.387	13.461	21.145
· Número de profesores	422	620	723
· Presupuesto			
Subvencionado	59%	43%	51%
Financiación Propia	41%	57%	49%

preventiva como es el Aprendizaje Cooperativo, y en el curso 2004-2005 lo aplicaremos de forma experimental y será evaluado. A su vez continuaremos con el diseño del material para 4º de ESO. Pero esto ya será objeto de otro estudio.

## **EL VOLUNTARIADO EN DROGODEPENDENCIAS: LA EXPERIENCIA EN PROYECTO HOMBRE**

## **VOLUNTEERS IN DRUG DEPENDENCIES: THE EXPERIENCE OF PROYECTO HOMBRE**

**Allende, Isabel; Arias, Víctor; Cámara, Julia; Fustes, Celia; Peña, Jorge; Presencio, Elena; Rodríguez, Víctor**

Miembros de la Comisión de voluntariado y de la Asociación Proyecto Hombre

En la actualidad, el Voluntariado constituye uno de los pilares fundamentales de las ONGs. En un sector como el de la acción social y, más concretamente, el de las drogodependencias, presenta unas características específicas.

Las aportaciones del Voluntariado que decide colaborar en una institución como Proyecto Hombre son muy valiosas: se convierte en una referencia para los usuarios, promueve un modelo de sociedad solidaria, practica la escucha activa, ofrece sus conocimientos y una imagen de normalización que contribuye a la inserción sociolaboral de las personas que terminan el programa. Ofrecemos también una aproximación al "Itinerario educativo de la persona voluntaria" conscientes de que la formación constituye un elemento clave en el fomento y cuidado del Voluntariado.

Currently, Volunteers constitute one of the fundamental pillars of NGOs. In a sector such as social action, and more precisely, that of drug dependencies, they have certain specific characteristics.

The contributions made by Volunteers who decide to collaborate with an institution such as Proyecto Hombre are extremely valuable: they become a reference for the users, promoting a model of society based on solidarity, practicing active listening, offering their knowledge and an image of standardisation which contributes to the integration of people who finish the programme into society and workplaces. We also offer an approximation to the "Educational itinerary of the volunteer", aware as we are that training is a key element for the promotion and care of Volunteers.

## INTRODUCCIÓN

En España, un 15% de la población, es decir, 3 millones de personas realizan algún tipo de labor como voluntarios. Estas cifras evidencian la fuerza y consolidación de un movimiento que aparece en Europa de manera organizada en los años 40, experimenta una gran explosión en los 80 y 90 hasta convertirse en un pilar fundamental de las ONGs, en nuestros días.

El Voluntariado es una de las expresiones de la responsabilidad ciudadana, y es la conciencia de esa responsabilidad la que impulsa a los ciudadanos a participar e intervenir en acciones que benefician el interés general.

El papel del Voluntariado adquiere y reclama una mayor relevancia en la sociedad y su actividad se materializa de manera diversificada: la colaboración en instituciones culturales o deportivas, acciones relacionadas con la protección del medio ambiente u otras realizadas con colectivos desfavorecidos son algunos ejemplos en este sentido.

En el año 2000, más de 1.100.000 voluntarios colaboraron en alguna entidad de acción social<sup>1</sup>. Como dice Luis A. Aranguren Gonzalo, esta forma de Voluntariado es *“heredera de una solidaridad radical que se hermana con dimensiones esenciales del ser humano y de la convivencia entre las personas y los pueblos (...) sabe que su aportación ha de sumarse a la búsqueda de condiciones más justas para quienes más sufren la tragedia de un tipo de sociedad excluyente y despersonalizadora”*.

Esta es la clave del Voluntariado de acción social que se acerca a los problemas de los más desfavorecidos: desde ese encuentro humano descubre su potencial

transformador y su labor influye, canaliza o promueve un cambio hacia una sociedad más justa, responsable y solidaria. En esta forma de Voluntariado centraremos nuestra atención.

La Asociación Proyecto Hombre se enmarca dentro de las entidades de acción social dirigidas a colectivos desfavorecidos. En su larga trayectoria de 20 años en el tratamiento y prevención de las drogodependencias, ha consolidado la figura del voluntario/a como una seña de identidad por dos razones fundamentales: en primer lugar, la aparición de Proyecto Hombre en España fue motivada por un grupo de voluntarios que pretendían dar respuesta al fenómeno de las drogodependencias desde el marco de una ONG. Por otro lado, desde su aparición en 1984, la organización se ha nutrido y enriquecido con la aportación altruista de miles de personas que han decidido trabajar junto a otras, encerradas en la oscura espiral de las toxicomanías, en prisión o en los límites de la exclusión social.

Para realizar una aproximación específica a las particularidades del Voluntariado en drogodependencias, conviene partir de las características singulares de un voluntario/a social, esto es, una persona que:

- Actúa desinteresadamente, con responsabilidad y sin remuneración económica.
- Colabora en una acción solidaria y social realizada en beneficio de la comunidad que obedece a un programa de acción dentro de una entidad.
- No realiza una ocupación laboral.
- Su determinación de ser voluntario/a es una decisión responsable que proviene de un proceso de sensibilización y concienciación.
- Respeta plenamente al individuo/a o individuos/as a quienes dirige su actividad.
- Y su aportación se convierte en una fuente de crecimiento personal.

---

<sup>1</sup>“Empleo y trabajo voluntario en las ONGs de acción social”. Fundación Tomillo. Editorial Centro de Estudios Económicos de la Fundación Tomillo. Año 2000.



## **EL VOLUNTARIADO EN PROYECTO HOMBRE**

El Voluntariado, en una organización como la nuestra que trabaja con personas drogodependientes, presenta unas particularidades específicas.

Se convierte en un modelo de referencia para las personas que realizan el programa terapéutico-educativo, ya que les ofrece una nueva perspectiva de que hay otras formas de vivir, sin drogas. La vida cotidiana de los voluntarios, sus actitudes, se convierten en un claro ejemplo en este sentido.

El Voluntariado social de Proyecto Hombre ofrece a los usuarios, un modelo de sociedad solidaria, distinta, —que contrasta, inevitablemente, con la que ofrece el mundo de la droga—, donde otro tipo de relaciones, menos interesadas y más éticas y humanas son posibles.

Además de estos aspectos, los voluntario/as practican también la escucha activa como forma terapéutica de relacionarse con los residentes, lo que repercute en los usuarios, y en los voluntario/as y terapeutas que, al tener mayor conocimiento de la persona, pueden intervenir más eficazmente en su proceso de rehabilitación.

A todos estos aspectos hay que añadir que el Voluntariado ofrece una serie de conocimientos y permite desarrollar actividades complementarias (formación, ocio, deporte) que por su alto coste económico no sería posible desarrollar de otra manera.

Pero la gran aportación que aparece transversalmente en todas las anteriormente citadas es la imagen de normalización que ofrecen los voluntario/as durante el proceso terapéutico, que contribuye, definitivamente, a la inserción normalizada de las personas que terminan el programa, en los ámbitos familiar, laboral y social.

En el año 2003, más de 2.300 voluntarios colaboraron con Proyecto Hombre.

Sus actividades fueron y son muy diversas. Respecto al proceso de rehabilitación, realizan el acompañamiento de personas en tratamiento o en los pisos de apoyo para usuarios sin familia, o con problemas familiares graves, que residen en los pisos de Proyecto Hombre. Asimismo, acompañan a los jóvenes en proceso de desintoxicación para hacer más llevadero el síndrome de abstinencia, asumen funciones como moderador de los grupos de autoayuda familiares y de pareja, y participa en diversas actividades y grupos en prisión.

En el ámbito educativo, realizan un importantísimo apoyo en la formación de los usuarios, ya que en Proyecto Hombre se recomienda la formación académica durante el proceso de rehabilitación, y esas clases son impartidas, en muchos casos, por voluntarios. En este sentido también realizan otras tareas de apoyo en diversas actividades culturales, y de ocio y tiempo libre, tan importantes a la hora de descubrir a los usuarios las posibilidades para aprender a disfrutar de su tiempo y los beneficios para el cuerpo y la mente, en el ámbito deportivo.

Además de todas estas actividades, los voluntario/as realizan otro tipo de tareas administrativas o relacionadas con servicios de biblioteca, etc.

## **EL ITINERARIO EDUCATIVO DE LA PERSONA VOLUNTARIA**

Según Rigoberta Menchú “si existe un amplio consenso en el Mundo del Voluntariado de acción social, tal vez encontremos el de mayor calado en aquel que remite a la necesaria formación de los voluntarios para que puedan enfrentarse con calidad y altura de miras a los vaivenes de la acción solidaria. Así hablamos de que “con la buena voluntad no basta”, hay que formarse”.

La Asociación Proyecto Hombre, desde la Comisión de Voluntariado que reúne a los coordinadores de este

materia de los Centros Proyecto Hombre, ha creado el *Itinerario educativo de la persona voluntaria*, conscientes de que la formación constituye un elemento clave en el cuidado y fomento del Voluntariado.

Paolo Freire afirmaba que “actuar sin reflexión es activismo, pensar sin actuar es palabrería”. Y, en este sentido, nuestro Itinerario pretende, desde la reflexión y la práctica ofrecer claves que permitan mejorar la calidad del trato y el trabajo con el Voluntariado.

El Itinerario plantea la acogida y el acompañamiento inicial a través de una información adecuada que les permita conocer y comprender la realidad de la entidad en la que van a colaborar.

El programa de formación consta de 3 áreas: a la formación de base inicial, prosigue una fase de formación permanente referida al cuidado de la persona voluntaria, la reflexión sobre los distintos aspectos de la solidaridad y las habilidades concretas necesarias para la colaboración. En una tercera fase, se ofrece formación específica sobre la tarea concreta a desarrollar.

Para cerrar el ciclo, se plantea la evaluación de las acciones emprendidas y del proceso de crecimiento y transformación del voluntario/a y su entorno más próximo.

Para que todo este recorrido se convierta en una realidad aplicada y eficaz en cada uno de los 26 Centros de Proyecto Hombre en toda España, cobra una especial importancia la figura del coordinador/a del Voluntariado. Los coordinadores se convierten en dinamizadores de todo este proceso y su labor es un auténtico trabajo en red dentro de la Asociación, que impulsa la colaboración con otras organizaciones y la participación en Foros, Seminarios y otros encuentros. Un claro ejemplo de ese trabajo en red lo constituye la organización anual de la Escuela de Otoño para voluntario/as de Proyecto Hombre, la participación de la Asociación en la Plataforma para la Promoción del Voluntariado o la colaboración en el Programa de Voluntariado de la Unión Europea.

En consecuencia, el gran reto del Voluntariado social de Proyecto Hombre, desde su compromiso ético, es el de seguir promoviendo el encuentro entre las personas, con la convicción de que ese encuentro es enriquecedor para todos: usuarios, familias, terapeutas, voluntario/as y ciudadanos,—en su más amplia interpretación—, y es expresión del esfuerzo por construir una sociedad más justa y solidaria.

## **COMPORTAMIENTOS RESILIENTES Y DE RIESGO. CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES LATINOAMERICANOS**

## **RESILIENT AND RISK BEHAVIOURS. CONSUMPTION OF PSYCHO-ACTIVE SUBSTANCES IN LATIN AMERICAN ADOLESCENTS**

**Rojas Valero, Milton J.**

Psicólogo clínico, Psicoterapeuta, Supervisor del Programa "Lugar de Escucha" de la institución CEDRO de Lima, Perú.

El artículo revisa el constructo resiliencia; es decir, la estructura de protección natural que se elabora desde el nacimiento, el mismo que va a activar gradualmente los factores protectores y reducir los riesgos. El concepto comprende a aquellos individuos que al ingresar en una situación de adversidad, es decir, estar expuestos a un conglomerado de factores de riesgo, tienen la capacidad de utilizar aquellos factores protectores para sobreponerse a la adversidad, crecer y desarrollarse adecuadamente, llegando a madurar como seres adultos competentes pese a los pronósticos desfavorables. Esta —la resiliencia— no debe considerarse como una capacidad fija, sino que puede variar a través del tiempo y de las circunstancias. Es el resultado de un balance de factores de riesgo, factores protectores y la estructura de la personalidad del ser humano, esto último permite elaborar en sentido positivo factores o circunstancias de la vida que son desfavorables. Resiliencia sería más un estar que un ser y es necesario insistir en su naturaleza dinámica.

Por otro lado, se consideran como factores de riesgo cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe van unidas a una mayor probabilidad de daño a la salud. Factores protectores se refieren a las condiciones o elementos capaces de favorecer el desarrollo de los individuos o grupos y en muchos casos, reducir los efectos de circunstancias desfavorables.

The article reviews the resilience construct; that is, the natural protection structure made from birth, the same one that will gradually activate the protective factors and reduce risks. The concept includes those individuals who, on entering a situation of adversity, that is, on being exposed to a conglomeration of risk factors, are able to use these protective factors to overcome the adversity, growing and developing suitably, being able to mature as competent adults in spite of unfavourable forecasts. This resilience should not be seen as a fixed capacity, rather as one that may vary throughout time and according to circumstances. It is the result of a balance of risk factors, protective factors and the structure of the human being's personality. The latter enables us to make factors or circumstances in life that are unfavourable positive. Resilience is more a state than a characteristic and we must insist on its dynamic nature.

On the other hand, any characteristic or quality of a person or community that we know is linked to a greater probability of damage to health is seen as a risk factor. Protective factors refer to the conditions or elements capable of favouring the development of individuals or groups and in many cases, reducing the effects of unfavourable circumstances.

Desde hace décadas el concepto de riesgo en salud es ampliamente usado en salud pública y en clínica sobre todo en el dominio de las enfermedades cardiovasculares, obstétricas-neonatales y oncológicas, lo cual permite determinar la probabilidad de padecer daños específicos y realizar las acciones preventivas necesarias (Donas, 1998, Blum, 1996 y Suárez, 1999). Con la innovación de la atención en la salud del(a) adolescente de forma diferenciada, se comenzó a aplicar el enfoque de riesgo, sobre todo en el campo de la salud reproductiva (riesgo de embarazo, riesgo perinatal, cáncer de cuello uterino), y en salud mental, el abuso y la dependencia de sustancias psicoactivas (en adelante SPA).

En este contexto, las investigaciones en torno a resiliencia, protección y riesgo, han adquirido enorme importancia en diversos campos, como el de accidentes de tránsito (primera causa de muerte en este grupo de población), violencia, educación (deserción y repitencia) y salud mental (disturbios afectivos, depresión, suicidio, etc.), cuyos aportes han contribuido a la implementación de acciones globales y específicas en los países en el área de salud pública, en niveles de atención individual, de grupos de adolescentes, sus familias y sus comunidades.

En el mismo escenario aparecen nuevos conceptos como el de conducta de riesgo, vulnerabilidad (potencial de que se produzca un riesgo o daño), factor de riesgo (característica detectable en un individuo, familia, grupo o comunidad que incrementa la probabilidad de sufrir un daño) y factor protector (característica detectable de un individuo, familia, grupo o comunidad que favorece el desarrollo humano, el mantenimiento o recuperación de la salud, que además puede contrarrestar los efectos de los factores y conductas de riesgo, y reducir la vulnerabilidad).

Algunos de esos factores pueden radicar en las mismas personas en términos de características, logros

o atributos presentes antes, durante y después de la adolescencia. Otros pueden estar presentes y operar en el ámbito familiar, o aparecer como característica del grupo o de la comunidad en los programas de los sectores de beneficio social (salud, trabajo, recreación, promoción social, legislación, justicia, comunicaciones, etc.), y otros más son los resultados de decisiones y políticas a beneficio de adolescentes (Serrano, 1995).

En este sentido, la persona puede llegar a establecer puentes sólidos y afianzamiento con la familia, su grupo de pares, comunidad, contexto laboral, etc., los mismos que tienen una relación directa con el fortalecimiento de las resiliencias y, por lo tanto, con la activación de los factores protectores y la consolidación de la estructura de la personalidad y la protección frente a las conductas de riesgo. Estos pueden ser de origen psicológico, biológico, familiar, ecológico, y pueden determinar un nivel de vulnerabilidad específico para uno o varios daños, siendo que este "estado" ocurre dentro de un proceso histórico, pasado y presente por el cual es influido.

Serrano (1995), por su parte, hace un planteamiento en torno a la génesis de las condiciones de la salud integral de los adolescentes, y resalta los factores biológicos, psico-sociales y ecológicos, que en interacción con los factores de protección y de riesgo, podrían crear un clima favorable para la instalación de condiciones de salud integral.

Al respecto, los razonamientos teóricos e investigaciones empíricas, comenzaron a aplicarse a las acciones de salud pública, individuales y grupales en forma anárquica sin que la conceptualización se haya profundizado adecuadamente. Así, se catalogan (diagnostican) individuos, familias o grupos como de "alto riesgo" o "bajo riesgo", ya sea por apreciación clínica o numérica (más objetiva cuando responde a una investigación con adecuado planteo estadístico).

Estos diagnósticos, por lo tanto, no manejan una definición clara de "daño", "alto riesgo" ni "bajo riesgo". Igualmente, estos conceptos no se analizan ni discuten con periodicidad, lo cual hace que el diagnóstico se mantenga muchas veces erróneamente y que raras veces se exploren los factores protectores de esos mismos daños para poder establecer el nivel de vulnerabilidad actual. Esta revisión constante es de gran importancia dado que por definición la vulnerabilidad es un estado en permanente cambio.

Por lo tanto, en las etapas de pre-adolescencia, adolescencia y post adolescencia (10-24 años), estas reflexiones adquieren especial importancia por la velocidad y variedad de cambios evolutivos a nivel biológico, psicológico y social, por la duración del proceso (supuestamente 15 años), y por el cambiante entorno histórico-social en que se produce.

Tratando de redondear la idea central del enfoque de riesgo, se diría que la última década ha sido innovadora por la incursión de nuevos enfoques sobre riesgo y adolescencia, tanto en la especialidad clínica como de salud pública ya que se comenzaron a dar lecturas distintas al respecto, exponiéndose la aplicación necesaria de la epidemiología social a una rama de medicina en crecimiento (Suárez y Krauskopf, 1995 y Suárez, 1999).

El uso tradicional del concepto de "riesgo" siempre se ha ubicado dentro de los parámetros del enfoque biomédico y se lo ha relacionado en particular con resultados adversos mensurables en términos de mortalidad. El problema es que esta concepción no es útil para el enfoque con adolescentes, dado que sus problemas se generan más bien en el contexto social y no suelen traducirse necesariamente en mortalidad (Suárez y Krauskopf, 1995 y Suárez, 1999).

En la medida en que los comportamientos sean asumidos como factores de riesgo, el desafío de la epi-

demología tendrá un alcance mayor que el que le ofrecía su habitual perspectiva biomédica, dando la posibilidad de interpretar los comportamientos a partir tanto de sus orígenes como de sus consecuencias. En este contexto, la epidemiología logra su confluencia con la psicología social y la psicología del desarrollo.

En un interesante ensayo respecto a los factores de riesgo para la dependencia de SPA en adolescentes, Lettieri et al. (1980) esbozaron 43 teorías diferentes que proponen hipótesis relacionadas con la influencia social, problemas existenciales, deficiencias adaptativas, alteraciones de la personalidad, ritmos biológicos, hiperactividad en los adolescentes, malos hábitos, problemas de aprendizaje, factores genéticos, disponibilidad de las sustancias, modelos inadecuados, baja autoestima, ansiedad, fenómenos de condicionamiento, dificultades familiares, predisposición neuroquímica, etc. En todo caso, podríamos decir que, si hay tantos posibles factores explicativos, lo más probable es que todos estén interviniendo en el problema y que ninguno tenga, por separado, la capacidad de explicarlo.

El consumo de SPA no puede analizarse de la misma manera que una enfermedad física o un trastorno psíquico, pues en esas situaciones se encuentran ciertos parámetros relativamente permanentes que permiten evaluar condiciones que también tienden a ser más o menos estables. En el campo de las SPA las situaciones cambian casi a diario, cambian las actitudes de la gente, se modifican los comportamientos de los usuarios, se alteran las estrategias de los traficantes, aparecen nuevas posiciones de los medios de comunicación, etc. En otras palabras, nos enfrentamos con procesos auténticamente sociales, y no con fenómenos simples dependientes de estructuras previsibles. Por ello, las explicaciones siempre estarán incompletas y se presentarán desfasadas con respec-

to a las variaciones que sufre el problema durante el tiempo en que se le está estudiando.

Sin embargo, ha habido algunos acercamientos investigativos en torno a los modelos explicativos de los factores de riesgo. Así, entre otros encontramos:

**1.** El modelo de salud pública, que sistematiza los factores en tres rubros:

- A. Factores del medio ambiente
- B. Factores relacionados con la droga (agente o sustancia)
- C. Factores relacionados con el consumidor (portador).

**2.** El modelo de Pandina et al. (1988) esquematiza los factores de la siguiente manera:

- A. Factores intrapersonales (afectan al consumidor)
- B. Factores interpersonales (afectan al consumidor en sus relaciones con los demás).
- C. Factores relacionados con la droga y su contexto (disponibilidad, ideología sobre la droga, opinión pública, etc.).

**3.** El modelo de Foster (1989), comunica que a su juicio, se utilizan cuatro modelos explicativos en el consumo:

- A. Modelo patológico, alude a:
  - Estados psicológicos perturbados de los usuarios de drogas.
  - Aislamiento social.
  - Desorganización familiar.
  - Tendencia a la evasión.
  - Tendencia a consumir SPA de varios tipos (alcohol, tabaco, medicamentos, etc.).
- B. Modelo de la alienación, caracterizado por la disociación de sí mismo(a), de los(las) otros(as) y de las instituciones. Los(las) usuarios(as) de SPA, muestran:
  - Déficit de autonomía.
  - Insatisfacción consigo mismo(a).
  - Descontento generalizado.
  - Ausencia de compromisos.

C. Modelo de la subcultura, sustenta la existencia de una subcultura de los(las) abusadores(as) y adictos(as). Dentro de la aparente subcultura de los(las) adolescentes consumidores(as), se inscriben los siguientes rasgos:

- Menor grado de relación con las familias, escuelas, etc.
- Ideología favorable a las drogas.
- Estrecha relación afectiva con otros(as) consumidores(a).

D. Modelo normativo o de aprendizaje social, incluye a los siguientes indicadores:

- Valores, sanciones, etc., que favorecen el consumo.
- Modelos de roles significativos que animan el uso de drogas.

Foster (1989) aclara que ningún modelo es absoluto, añadiendo que la población es sumamente heterogénea y variada, que cada modelo es válido sólo para un segmento de la misma.

**4.** El modelo de Edwards (1986) sugiere un modelo que organiza los factores relacionados con el alcoholismo, ampliando el mismo para las demás SPA. El modelo es:

- A. Consumo por efectos de las SPA, que abarcaría:
  - Alivio de problemas de personalidad
  - Enfermedad mental
  - Situaciones generadoras de ansiedad (exámenes, etc.)
- B. Consumo por razones psicodinámicas, desde esta arista se hace referencia a la fuerte oralidad, inmadurez, dependencia, incapacidad de manejar las frustraciones, sentimientos de indignidad, privación emocional infantil, problemas afectivos en el hogar, identificación con el padre que consume, búsqueda de auto castigo, evasión la responsabilidad adulta, etc.

- C. Consumo por aprendizaje social e influencias socioculturales, la SPA como refuerzo, imitación, aprobación del grupo, facilitar las relaciones sociales, tradiciones culturales que incluyen el consumo de alguna SPA.
- D. Consumo por falta de control de los factores desencadenantes, carencia de autonomía (incapacidad de decir No), frente a las presiones del grupo.
- E. Consumo por factores biológicos, genéticos y fisiológicos.
- F. Consumo como consecuencia de un proceso cíclico, que tiende a auto perpetuarse.

Ahora bien, el presente artículo pretende hacer una revisión del concepto "Resiliencia" y algunos mitos respecto a los períodos de desarrollo psicológico de la pubertad y la adolescencia. Ello con el objetivo de contribuir a las áreas de la prevención primaria, secundaria y terciaria del fenómeno de las SPA.

### **RESILIENCIA PROPIAMENTE DICHA**

En el campo de la psicología del desarrollo y de la medicina del adolescente, los factores de riesgo reconocidos permiten identificar a los adolescentes más expuestos a sufrir daños (accidentes, intentos de suicidio, embarazos, enfermedades de transmisión sexual, abuso de drogas, etc.). Esto, a su vez, puede facilitar la prevención con acciones selectivas sobre las personas más propensas a sufrir el daño.

El enfoque de riesgo relaciona las nociones de vulnerabilidad y de exposición al peligro. Las consecuencias del riesgo varían durante el ciclo vital, modificándose de acuerdo al desarrollo personal y las condiciones del entorno. Pero dado que el riesgo actúa sobre un individuo que no es una tabla rasa, aparece el concepto de "resiliencia" (Rutter, 1985-1990, Rutter, 1992a y 1992b y Watt, et al., 1995).

Rutter (1985) tomó este término de la física, denotando la capacidad de un cuerpo de resistir, ser fuerte y no deformarse. Adaptado al ser humano, resiliencia sería la capacidad de prevalecer, crecer, ser fuerte y hasta triunfar a pesar de las adversidades. Vulnerabilidad y resiliencia son funciones del interjuego entre los factores protectores con los que cuenta el individuo y los factores de riesgo, que significan los aspectos deficitarios propios y del entorno (Watt, et al., 1995).

La respuesta a la adversidad muestra variación considerable, aún en situaciones graves pueden darse resultados sorprendentes. Por ejemplo, hay algo que ayuda a escapar del daño. A ello inicialmente, se le denominó invulnerabilidad, término erróneo, dado que la magnitud del "stress" puede crear una respuesta diferente. Nadie tiene resistencia absoluta; todo tiene su límite.

La resiliencia no es sólo una característica intrínseca del individuo, dado que también puede provenir del entorno. Esta cambia y evoluciona, puede ser estimulada (la invulnerabilidad suena a algo inmutable), así como también debilitada.

Rutter (1985) también demostró que la resiliencia no se adquiere evitando riesgos, sino mediante el control de la exposición a ellos (un ejemplo de la naturaleza es el fenómeno de la inmunidad corporal). Hay gente que sufre de "stress" y adversidad fuera de proporción con respecto a la población general. En este sentido, se ha demostrado que muchos varones con trastornos de comportamiento, comparados con grupos de control, sufrían con mayor frecuencia desempleo, pérdida de amistades, divorcio y pobreza; todo esto como resultado de su conducta.

Por otro lado, estudios de laboratorio recientes evidencian que estresores físicos agudos producen cambios neuroendocrinos prolongados, que a su vez están asociados a la resistencia a estresores futuros

(un ejemplo humano: niños hospitalizados, toleran mejor la separación si han tenido separaciones previas; por ejemplo en casa de los abuelos).

Otros estudios en adultos que fueron jóvenes durante la gran depresión económica en Norteamérica, descubrieron que a aquellos que habían asumido responsabilidades, les fue muy bien; pero aquellos, más jóvenes, que no pudieron hacerlo sufrieron consecuencias adversas.

Desde la perspectiva de la terapia familiar se sugiere que los factores comunes que afectan a una familia tienen mucho menor impacto que los factores diferenciales (por ejemplo, "el chivo expiatorio" en la familia disfuncional).

En cuanto a estudios de hijos de madres psicóticas, se confirmó que tenían mejor pronóstico los que podían distanciarse de la madre, que los que tenían buena relación con el padre (el poder distanciarse como factor protector). Asimismo a través de estudios se ha notado la capacidad de cambio en jóvenes delincuentes a partir del ingreso al ejército.

Otros autores encuentran que personas con un pasado traumatizado que luego forman pareja con personas con sólida experiencia, tienden a estabilizarse y, eventualmente, tienen éxito en la vida.

Todo lo revisado podría resumirse en dos observaciones:

- A.** El modelo de daño no es suficientemente explicativo y debe dar lugar a nuevos enfoques, como el modelo de desafío.
- B.** La resiliencia significa que cada persona puede desarrollar la habilidad de influir en su propio destino, primordialmente mediante el mecanismo de crear nuevos marcos de referencia.

Tal vez sea más clara la referencia conceptual analizando la familia desde una perspectiva de daño y otra de desafío. Ambos modelos observan que una familia puede producir daño (ejemplo, abuso sexual), pero en

el modelo de daño los niños son pasivos y carecen de la capacidad de elegir y de auto ayudarse. Su destino inevitable es ser heridos y crecer como adultos dañados; por contraste, en el modelo de desafío la familia no es vista solamente como una fuerza destructora, sino también como una oportunidad.

Clínicamente es importante reconocer las resiliencias, dado que son factores protectores sobre los que los psicólogos y médicos pueden tener acción directa, promoviendo su desarrollo mediante su identificación y cuidado.

Desde la perspectiva de la investigación (Silver, 1998, entre otros) existen aportes teóricos y empíricos. De ellos surgieron otros elementos de interés para los programas de Salud Integral del Adolescente, tales como:

- 1.** Independencia: el establecimiento de límites con los propios padres perturbados manteniendo una distancia emocional y física, satisfaciendo al mismo tiempo los imperativos de la propia conciencia.
- 2.** Interacción, relaciones: asociación íntima y satisfactoria con otras personas, balanceando una atención madura a las propias necesidades con la empatía y la capacidad de dar a otra persona.
- 3.** Iniciativa: hacerse cargo de problemas, ejercer control, gusto por ponerse a prueba con tareas demandantes.
- 4.** Ideas, creatividad, humor: descubrir lo cómico en lo trágico. Transformar experiencias preocupantes y sentimientos negativos en belleza, dándoles orden y dirección.
- 5.** Ideología personal, moralidad: mantener una conciencia informada que extiende el deseo por una vida personal buena y lograda a toda la humanidad.

Para cada una de las resiliencias se plantea que hay etapas de desarrollo. Estas etapas van de la intuición, al conocimiento, y a la sabiduría. Del alejarse,



al distanciamiento, a la separación. Del conectarse, al reclutamiento, a la atracción. Del jugar, a la expresión, a la construcción artística. Del sentimiento de lo absurdo, a sonreírle al dolor. De la capacidad de juzgar, al desarrollo del sistema de valores, y al servir (Rutter, 1985).

Desde la perspectiva nacional, han habido, igualmente, algunos valiosos alcances en torno al tema. En efecto, Perales, Sogi y Salas (1996), en una investigación, a través de encuesta de hogares, se evaluó la salud mental de 200 adolescentes del distrito limeño de Magdalena. Los resultados se analizaron en relación a sexo y edad. Entre los hallazgos más relevantes se encontraron: la iniciación del consumo de alcohol que en términos de edades, era cada vez más temprana; su abuso fue referido por el 7% asociándose con incapacidad de controlar la bebida en mujeres y accidentes en menores de 12-14 años; el uso/abuso de sustancias ilegales no fue de la magnitud registrada para el alcohol.

En cuanto a los factores de riesgo, muchos adolescentes manifestaron altos niveles de "distrés", diversas conductas violentas e inicio de actividad sexual a edades tempranas. En este mismo sentido, la familia constituía una fuente de tensión que se suma a otros estresores psicosociales.

Perales y Sogi (1995), en otra investigación con adolescentes de nuestro medio, encontró dentro de los factores de riesgo: presencia de amigo consumidor de drogas psicoactivas, tendencia antisocial, sexo masculino, bajo nivel educativo de la madre, percepción de mala salud, relación de pareja consumidora, estrato socio económico bajo, edad entre 15 y 17, estructura familiar desintegrada y densidad habitacional inadecuada.

Por su parte, Saavedra (1997) evaluó diagnósticos asociados (actuales y pasados) en 107 pacientes alcohólicos cuyas edades fluctuaban entre 15 a 67, predominando el sexo masculino. Se concluye que la tasa de

diagnósticos asociados en los alcohólicos es elevada, resultando que a menor edad hay mayor riesgo de diagnósticos asociados y a mayor edad, riesgo de cuadros orgánico cerebrales y trastornos afectivos. En cuanto a los alcohólicos adolescentes, tuvieron diagnósticos asociados en el 67,5% de los casos y los diagnósticos asociados más frecuentes fueron:

- 1.** Trastornos perturbadores de la infancia (67,5%), predominantemente trastornos de conducta.
- 2.** Trastornos psicóticos (25%), con predominio del Trastorno de Esquizofrenia paranoide y el Trastorno Esquizofreniforme.
- 3.** Homosexualidad egodistónica (12,5%).

En la misma línea de investigación sobre alcoholismo, Saavedra (1998) hace una sistematización de los factores de riesgo más asociados al alcoholismo. Así, manifiesta que los referidos a la Familia, son los factores de riesgo más frecuentes, en especial en el alcoholismo temprano; entre los factores Sociales, dado que nuestra sociedad es sumamente permisiva con el alcohol, la disponibilidad y los medios de comunicación, entre otras variables, jugarían un papel importante.

De otro lado, los factores Psicológicos/Psiquiátricos más importantes serían: (a) los trastornos perturbadores de conducta, (b) trastornos de personalidad (Dependiente, Evitativo, Histriónico), (c) otras condiciones psicológicas-psiquiátricas (depresión, ansiedad y trastorno de pánico).

En cuanto a los factores biológicos, todo indica que muchos de los efectos de reforzamiento del consumo del alcohol se deben a su acción a nivel del sistema mesolímbico dopamínico, especialmente del núcleo acumbens. También se ha podido comprobar que diversos receptores cerebrales juegan un papel en el alcoholismo, entre ellos están los receptores opiodes, el GABA, el N-metil-D-Aspartato e incluso los receptores serotoninérgicos.

Hoy en día ya no cabe la menor duda sobre la participación de la genética en la instalación y desarrollo del alcoholismo, demostrado en estudios con animales, gemelos y de adopción. Del mismo modo en los hijos de alcohólicos se ha encontrado un incremento de reacciones placenteras ante la exposición al alcohol, una menor alteración cognitiva y psicomotora, así como una serie de cambios en el sistema nervioso central que los predisponen al alcoholismo.

Otro interesante acercamiento al tema lo llevo a cabo (CEDRO, Masías, 1995) a través de un ensayo teórico en torno a las características del niño con menos probabilidades de desarrollar una conducta desadaptativa. La autora hace hincapié en algunos factores que reducen la vulnerabilidad a la presión social y familiar, la pobreza extrema, violencia u otros generadores de "stress"; a través de la prevención desde el primer mes, crianza, eficacia en el trabajo, juegos y sus relaciones, buena autoestima, predominancia del control interno, autorregulación, capacidad de solución de problemas y sentido del humor.

En lo que se refiere al abuso de drogas, las siguientes características familiares, podrían ayudar a protegerse del comportamiento de uso de SPA: la calidad en la asistencia pre-natal, el desarrollo de una relación estrecha y positiva con el niño(a), valorando y alentando la educación, la inducción al manejo adecuado del "stress", padres protectores y cariñosos que comparten las responsabilidades de la familia, entre otros factores.

Chau (1995) desarrolló una investigación en 1,373 alumnos del primer año de una universidad de Lima, con un rango de edades de 16 a 20 años, de la cual se obtuvo una muestra aleatoria de 470 adolescentes. Finalmente el trabajo se llevó a cabo con 476 casos. El estudio apunta a caracterizar los aspectos demográficos, el uso de bebidas alcohólicas y tabaco, ras-

gos psicosociales, tanto para los usuarios de estas sustancias, como para los abstinentes totales de las mismas.

Se estudiaron la situación familiar, relación con los amigos, exposición a modelos y disponibilidad de bebidas alcohólicas y tabaco, como factores asociados al consumo de estas sustancias.

Entre los principales resultados se encontró que el patrón de consumo de alcohol y tabaco es de tipo social-recreacional; sólo un 8% de los encuestados reportó prevalencia de vida de sustancias ilícitas, siendo en su mayoría varones y la sustancia utilizada preferentemente marihuana. Por otro lado, el uso de alcohol y tabaco está relacionado con su "fácil acceso", debido a que son SPA legales de venta libre y los encuestados no asumen consecuencias adversas inmediatas en el uso. La razón principal para usar tabaco por primera vez fue la "curiosidad", mientras que para usar bebidas alcohólicas fue "porque se las invitaron", siendo ambas facilitadas por los amigos.

El tabaco se usa por motivaciones personales relacionadas a los estados de ánimo, mientras que el uso de bebidas alcohólicas está fuertemente asociado a motivaciones sociales. La mayor parte de los encuestados que ha tratado de dejar de consumir sustancias ha sido de usuarios de tabaco, teniendo como razón fundamental la salud física.

En relación a los aspectos psicosociales, se encuentran similitudes en los tres grupos estudiados (usuarios de bebidas alcohólicas, tabaco y abstinentes totales o no usuarios). El status de legalidad que poseen las "drogas sociales", así como su promoción y difusión por los medios de comunicación asociados a modelos jóvenes exitosos, influyen en el consumo de las mismas, marcando una diferencia sustancial con respecto del consumo de las ilícitas.

Por su parte Perotto y Baldivieso (1994) en Bolivia llevaron a cabo una investigación empírica sobre los

factores de riesgo y de protección en adolescentes y jóvenes. Se trata de un estudio exploratorio de carácter cualitativo y no epidemiológico aunque se apoya en análisis estadísticos. Anteriormente —en 1977— los autores desarrollaron una investigación referida a factores asociados al consumo y factores de protección, dentro de un plan de trabajo que denominaron "Proyecto de Vida". Sobre la base de este primer estudio se hizo una segunda investigación, con la finalidad de dar mayor consistencia a la investigación actual y comprobar los cambios de mentalidad que se habrían producido en los jóvenes en los quince últimos años.

En efecto, el estudio fue realizado entre 1987 y 1992. En lo que se refiere al trasfondo psicosocial del proceso de consumo de **SPA**, de los factores de riesgo y de protección, se pudo hacer una comparación entre los dos estudios en un lapso de quince años aproximadamente. La comparación entre estas dos investigaciones aportó a la solidez y consistencia del conocimiento sobre el modo de vivir y de ser de los adolescentes y jóvenes. Si se intenta sistematizar los hallazgos y resultados respecto a factores, estos son:

#### **1. Actitud hacia la familia:**

##### **Los factores protectores son:**

- La buena integración en el hogar
- La buena percepción de los padres
- El llevarse bien en la casa
- El hecho que los padres vivan juntos y cuiden de los hijos
- La comunicación fácil.

##### **Los factores de riesgo son:**

- El reconocimiento del fracaso familiar
- El aislamiento y la marginalidad en la casa
- Relaciones tensas en el hogar
- Mala relación con el padre
- Relaciones muy estrechas con la madre "tradicional"

- Frustración familiar, ambivalencia hacia la familia.
- No adquisición de la independencia.

Las peleas en la casa no son de por sí factores de riesgo.

#### **2. Edad.**

La edad de mayor riesgo está entre los 17 y 19 años.

#### **3. Sexo.**

Ser mujer es un factor parcialmente protector; mientras que ser varón implica una mayor exposición al peligro de consumo.

#### **4. Trabajo de la madre.**

No es de por sí factor de riesgo ni de protección.

#### **5. Estructura familiar.**

Número de hermanos. Se convierte en factor de riesgo cuando se superan los 5 hermanos, mientras que tener 3 o 4 hermanos es un factor moderado de protección.

#### **6. Cohesión familiar.**

Cuando la cohesión es buena es un factor de protección.

#### **7. Práctica de algún deporte.**

Cuando la práctica de deportes es eventual no constituye un factor protector o de riesgo. Sin embargo, cuando esta práctica es sistemática, se convierte en un fuerte factor protector.

#### **8. Actividades del tiempo libre.**

##### **Son factores protectores:**

- Deseo de quedarse en casa
- Estudiar
- Leer
- Actividades culturales

#### **9. Relaciones con el grupo de referencia (coetáneos).**

##### **Son factores protectores:**

- Seleccionar a los amigos en búsqueda de la calidad de la amistad
- Pocos amigos pero buenos
- Preferir quedarse solo más que estar con malos amigos
- Autonomía del grupo.

## 10. Razones para elegir la profesión.

### Son factores protectores:

- Búsqueda del mando y del poder
- Acatamiento de la voluntad de los padres
- La capacidad personal.

## 11. Valoración de la droga.

### Son factores protectores:

- Sentir repulsión por la droga

### Son factores de riesgo:

- Sentir fuerte atracción por la droga
- Valorar la droga como actitud lúdica
- "Deseo" de depender de la droga

## 12. Cosas que alegran más en la vida.

### Es factor protector alegrarse por:

- Hacer lo que los padres quieren que ellos hagan
- Tener buenas notas; hacer algo difícil
- Desarrollar valores tradicionales

Donas (1998), por su parte, toma como base un conjunto de investigaciones para plantear otros elementos de interés para los programas de Salud Integral del Adolescente. Estos son:

**A.** Existen por lo menos dos tipos de factores protectores y de factores de riesgo.

Un primer grupo que podríamos llamar de amplio espectro, es decir, indicadores de mayor probabilidad de ocurrencia de daños múltiples o conductas de riesgo, y de factores protectores frente a estos daños.

Ejemplos:

### 1. Factores protectores de amplio espectro

- La buena relación con la madre
- La buena relación con los hermanos
- El hecho que los padres vivan unidos y cuiden de sus hijos
- Hacer lo que los padres quieren que ellos hagan
- Obtener buenas notas
- Hacer algo difícil
- Valores tradicionales que implican esfuerzo y motivación de éxito.

- Familia contenedora con buena comunicación interpersonal
- Alta autoestima
- Proyecto de vida elaborada, fuertemente internalizado
- Locus de control interno bien establecido
- Permanecer en el sistema educativo formal
- Alto nivel de resiliencia.

### 2. Factores de riesgo de amplio espectro.

- Familia con pobres vínculos entre sus miembros
- Violencia intrafamiliar
- Autoestima baja
- Pertener a un grupo con conductas de riesgo
- Deserción escolar
- Proyecto de vida débil
- Locus de control externo
- Bajo nivel de resiliencia.

Existe un segundo grupo de factores protectores y de riesgo que son específicos para un daño, que pueden ser esquematizados de la siguiente forma (ver tablas 1 y 2).

**B.** Existen factores protectores o de riesgo indicativos de una conducta positiva o negativa que mediatizan el daño (Ejemplo: pertenece a un grupo de amigos que ingieren alcohol, bebe mientras conduce, mayor probabilidad de un accidente de tránsito), y otros que indican directamente la posibilidad del daño.

Ejemplos: Deserción escolar, baja autoestima, depresión, violencia intra familiar, huida del hogar.

**C.** Existen conductas de riesgo que pueden conducir a un daño inmediato (relación sexual desprotegida, embarazo; consumo intensificado de SPA, muerte por sobredosis). Por otro lado, existen otras que conducen (o pueden conducir) a daños a largo plazo (fumar, cáncer de pulmón, promiscuidad sexual, cáncer de cuello uterino).

**D.** Las conductas de riesgo no tienen una misma valoración social en las diferentes culturas y perio-

dos históricos, y es necesario tenerla en cuenta para establecer los niveles de vulnerabilidad.

Ejemplo: se sabe científicamente que algunos deportes o entretenimientos conducen a un importante incremento de la vulnerabilidad. Esto se minimiza por "aceptación social". Muchos practicantes de deportes de alto riesgo inducen a otros a hacerlo, a la vez que son considerados como heroicos y se publicitan sus hazañas cada vez con "mayor riesgo", como ejemplos a seguir.

Un ejemplo de otra índole es el de la aprobación social de la relación sexual del varón y cada vez con más frecuencia de la mujer, por la "necesidad" de demostrar a la sociedad la "igualdad" y la capacidad de ser macho o hembra.

Finalmente, es fundamental que en cada contacto con el/la adolescente sea individual o grupal, se evalúe la vulnerabilidad respecto a daño o conductas de riesgo específicas. Todo esto dentro del marco de permanente cambio que se da en el proceso evolutivo de la adolescencia-juventud.

### OTROS FACTORES PROTECTORES IDENTIFICADOS

Bry et al. (1982); Newcomb et al. (1986); Labouvie (1986) y Hawkins (1989) lograron identificar y sistematizar algunos factores de riesgo. Lo valioso del siguiente patrón de factores está en los resultados encontrados en pre-adolescentes, adolescentes y adolescentes jóvenes. Así, forman parte del patrón ha-

**Tabla 1. FACTORES PROTECTORES ESPECÍFICOS**

FACTOR O CONDUCTA	DAÑO REDUCIDO O EVITADO
Usa cinturón de seguridad	Lesiones graves o muerte por accidentes de vehículo
No tiene relaciones sexuales	Embarazo, ETS, SIDA
No fuma	Cáncer de pulmón, enfisema (a largo plazo)
Relaciones sexuales con uso de condón	Embarazo, ETS, SIDA

Tomado de Donas (1998)

**Tabla 2. FACTORES DE CONDUCTAS DE RIESGO ESPECÍFICOS**

FACTOR O CONDUCTA	DAÑO ESPERADO
Porta arma blanca	Riñas, heridas, homicidio, problemas con la policía
En la moto, no usa casco protector	Lesiones cráneo-encefálicas
Hermanas o amigas adolescentes embarazadas	Embarazo
Consume alcohol (se emborracha)	Riñas, lesiones, accidentes (a corto plazo). Conflictos con la ley, lesiones hepáticas (a más largo plazo).
Ingesta excesiva de calorías	Obesidad
Depresión.	Intento de suicidio-muerte

Tomado de Donas (1998)

llado por los autores la búsqueda de sensaciones, déficit atencional e hiperactividad, baja reacción del sistema nervioso central y autonómico, factores hormonales, actitudes favorables al uso de las SPA, percepción de los pares y de los adultos que consumen SPA, bajo promedio escolar, carencia de religiosidad, uso temprano de alcohol y tabaco, prácticas de manejo familiar pobres e inconsistentes, conflicto familiar, pobres relaciones familiares, alienación, rebeldía, inicio temprano de comportamientos de riesgo, tempranos y persistentes problemas de conducta.

### **ALGUNOS MITOS EN ESTOS PERÍODOS DE DESARROLLO**

No es infrecuente que los adultos tengan una imagen deformada e incompleta del adolescente. Se tiende a considerar a los adolescentes como jóvenes problemáticos, rebeldes, irresponsables, desordenados, desinteresados en el futuro, violentos, con pocos recursos para los estudios, amantes de la "mala" diversión y de la vagancia, irrespetuosos, etc.

Al respecto, si bien se encuentran en la pre-adolescencia y la adolescencia estas conductas, no son generalizables ni características de estos períodos.

Vale la pena resaltar algunas investigaciones que lograron romper con ciertos mitos. Kandel (1980) realizó un estudio en los Estados Unidos en el que encontró que sólo cerca del 5% de los menores entre los 14 y 18 años de edad presentaron problemas graves de dependencia y requerían tratamiento especializado. La mayoría de la muestra estudiada no había tenido comportamientos de alto riesgo, ni tuvieron crisis acentuada.

Por su parte, Freyre (1997) comunica que en un estudio con pre-adolescentes y adolescentes norteamericanos se encontró que el 80% de ellos se adaptaba exitosamente a estos períodos, es decir, sin desarro-

llar patología severa o problemas sociales significativos. De ellos, el 30% tenía una adolescencia fácil, el 40% experimentaba crisis intermitentes, y un 30% pasaba este período de manera "tormentosa". Sin embargo, se encontró un 20% de población que no logró adaptarse, presentando dificultades como uso exagerado de SPA, problemas de comportamiento severo, fugas del hogar, embarazo temprano, etc.

Estos datos nos dan indicios razonables para desterrar el mito de que la adolescencia es necesariamente sinónimo de conflicto. Dado que si se toma como base las poblaciones estudiadas, se deduce que la mayoría transita por estas fases sin problemas de carácter disfuncional; en todo caso, se ajustan al período.

### **ALGUNAS IDEAS PARA REFLEXIONAR**

El enfoque que proponemos se inscribe dentro de lo sistémico, ya que permite explicar las interacciones de los sistemas y sus componentes, como también identificar y viabilizar ejes de acción e intervención para mejorar la calidad de procesos básicos durante fases del ciclo vital, tales como la adolescencia y la juventud.

Podemos decir que la adquisición de salud integral de los pre-adolescentes, adolescentes y adolescentes jóvenes, y las posibilidades de protegerlos y mejorar sus estilos de vida, dependerán de algunos factores condicionantes como:

1. Asumir que la adolescencia es una fase de heterogeneidad, y una interfase generalmente prolongada entre la niñez y la edad adulta, que no necesariamente se presenta como período crítico.

En el proceso de estructuración de la personalidad del adolescente también se completan aspectos básicos del ser humano, tales como:

- . El autosistema: autoestima, autoconcepto y autoeficacia
- . La capacidad del pensamiento abstracto
- . La independencia

- . La capacidad de cuestionamiento
  - . El desarrollo de la personalidad
  - . La práctica sistemática del deporte.
- 2.** Reconocer su potencial humano en los ámbitos social y económico. Por lo tanto, debemos valorar su contribución al desarrollo socioeconómico; aspectos que han sido asumidos por una considerable franja de niños, púberes, adolescentes y jóvenes.
  - 3.** Considerar la marcada influencia de factores psico-sociales y de comunicación en la determinación de estilos de vida y determinados comportamientos de la salud del adolescente. Asimismo, la necesidad de implementar modelos de atención sanitaria diferenciada para esta población especial.
  - 4.** Priorizar la prevención, que debiera abarcar la promoción de la salud y las medidas preventivas tomando como base la equidad y los derechos humanos.

## REFERENCIAS

- Baldivieso, L. (1977). *El proyecto de vida de un grupo de jóvenes de la ciudad de la paz*. (no publicado). Vol. I-II y III.
- Blum, R. (1997). Riesgo y resiliencia. Conceptos básicos para el desarrollo de un programa. En: *Adolescencia Latinoamericana*. Vol (1), págs. 16-19.
- CEDRO, Masías, C. (1995). *Crece libre de drogas. Guía de prevención para padres de familia*. W. K. Kellogg Foundation-CEDRO
- Donas, S. (1998). Protección, riesgo y vulnerabilidad. En: *Adolescencia al día*. V(1), OPS, Fundación W.K. Kellogg.
- Edwards, G. (1986). *Tratamiento de alcohólicos*, Ed. Trillas, México.
- Foster, B. (1989). *Adolescent drug and alcohol use patterns, predictions and prevention*. Washington, G.P.O.
- Hays, R. (1985). An integrated value - expectancy theory of alcohol and other drug use. En: *British Journal of Addictions*.
- Hawkins, J. (1989). *Risk-Focused prevention: from research to practical strategies*. OSAP.
- Labouvie, E. W. (1986). The coping function of adolescent alcohol and drug use. En: K. Silbereisen, et al. (Eds.). *Development as Action in Context*. Springer-Verlang, Berlin Heidelberg.
- Lettieri, D. J.; Sayers, M. y Pearson, W. H. (1980). Theories on drug abuse. En: *Selected Contemporary Perspectives*. Maryland: NIDA, Research, Monograph No.30.
- Newcomb, M. y Bentler, P. (1986). Cocaine use among adolescents: longitudinal associations with social context, psychopathology and use of other substances. En: *Addictive Behaviors*, No. 11, págs. 263-273.
- Pandina, R. J.; Labouvie, E. W. y Raskin-White, H. (1984). Potential contributions of the life span development approach to the study of adolescent alcohol and drug use: The Rutgers Health and Human Development Project. A Working model. En: *Journal of Drug Issues*, Págs. 253-268.
- Perales, A. y Sogí, C. (1995). *Conductas violentas en adolescentes: identificación de factores de riesgo para diseño de programa preventivo*. Serie: monografías de investigación No.3, Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi".
- Pérez, A. (1987). *Cocaína. Surgimiento y evolución de un mito*. Ed. Catálogo Científico. Bogotá.
- Perotto, P. y Baldivieso, L. (1994). *El riesgo de ser joven*. Investigación: factores protectores y de riesgo en el consumo de drogas. CESE, La Paz.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorders. En: *British Journal of psychiatry*, No. 147, págs. 598-611.

- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. En: J. Rolf, A. S. Masten, D.; Cicchetti, K. H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.). *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. Cambridge University Press. New York, págs. 49-74
- Rutter, M. (1992a). *A conceptual model of interventions based on an understanding of risk and protective factors*. En: WHO\OPS-Supporting youth in a time of social change.
- Rutter, M. (1992b). *Psicosocial resilience and protective mechanisms*. Risk and protective factors in the development of psychopathology. U.S.A: Cambridge University Press.
- Saavedra, A. (1997). *Comorbilidad en alcoholismo*. Serie: monografías de investigación No.5, Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", págs. 54-107.
- Saavedra, A. (1998). *Manual de Atención Primaria para el Manejo de los Problemas Relacionados al Uso y Abuso del Alcohol*. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Departamento de Fármacodependencia, Lima.
- Serrano, C. (1995). La salud integral de los adolescentes y los jóvenes: su promoción y cuidado. En: Maddaleno, M.; Munist, M.; Serrano, C.; Silver, T.; Suárez, O. y Yunes, J. (Eds.). *La salud del adolescente y del joven*. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No.522, Págs. 3-14.
- Silver, T. (1998). Adolescencia: Resiliencia. En: *Adolescencia al día*. V(1), OPS, Fundación W. K. Kellogg.
- Suárez, E. y Krauskopf, D. (1995). El enfoque de riesgo y su aplicación a las conductas del adolescente. Una perspectiva psicosocial. En: Maddaleno, M.; Munist, M.; Serrano, C.; Silver, T.; Suárez, O. y Yunes, J. (Eds.). *La salud del adolescente y del joven*. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No.522, Págs. 183-193.
- Suárez, E. (1999). *Concepto de resiliencia*. Documento inédito, Buenos Aires.
- Watt, N.; David, J.; Ladd, K. y Shamos, S. (1995). The life course of psychological resilience: a phenomenological perspective on deffecting like's slings and arrows. En: *The Journal of Primary Prevention*, V(15), No.3, págs. 209-246.



## PREVENCIÓN TEMPRANA EN NIÑOS DE 4 A 6 AÑOS: MODOS DE INTERVENCIÓN

## EARLY PREVENTION IN CHILDREN FROM 4 TO 6 YEARS OF AGE: FORMS OF INTERVENTION

**Salazar Ascencio, José**

Universidad de La Frontera. Chile

Estudio sobre prevención temprana, como una instancia que permita un programa eficaz orientado específicamente a sectores preescolares. Sus objetivos fueron desarrollar una propuesta integral de prevención temprana en drogodependencias, que permitiera capacitar a un grupo de Auxiliares de Párvulos, que laboran con niños (3 a 6 años) de alta vulnerabilidad social, desarrollando en ellas competencias que garanticen su condición de agentes natural de prevención con efecto multiplicador. Se diseñó, aplicó y evaluó un manual que presentó 39 acciones lúdicas, como herramienta de apoyo para la potenciación de factores protectores. Se evaluó a niños y Auxiliares de Párvulos el impacto del programa de intervención temprana en los niveles preventivos de información, sensibilización y actitud.

Los resultados obtenidos indican que la capacitación fue todo un éxito, por su parte hay un reconocimiento explícito a la calidad de las actividades lúdicas propuestas en el manual, como también se observó un incremento en los niveles preventivos antes mencionados, tanto en las Auxiliares como en los niños participantes.

Como conclusión, reconocemos que estamos ante una potente propuesta de prevención temprana, transformándose esta en un referente que puede ser incorporado a los espacios de la reforma educacional en preescolar, donde las acciones en esta línea son muy rudimentarias o carecen de rigor científico.

Study on early intervention, in the form of a tool allowing for an efficient programme orientated specifically towards pre-school sectors. The objectives were to develop an integral early drug dependency prevention proposal which would enable us to capacitate a group of Pre-School Auxiliary Teachers who work with children (3 to 6-year-olds) with high social vulnerability, developing abilities in them to guarantee their condition of natural prevention agents with a multiplying effect. A manual presenting 39 play activities was designed, applied and assessed as a support tool for strengthening protection factors. The impact of the early intervention programme on children and Pre-School Auxiliary Teachers was assessed on the preventative levels of information, awareness-creation and attitude.

The results obtained indicate that the training was a complete success, with explicit recognition of the quality of the game activity proposed in the manual. An increase in the preventative levels mentioned above was also perceived, both in the Auxiliaries and the children taking part.

To conclude, we realise that this is a powerful proposal for early prevention, which is becoming a referent that may be included in educational reform for pre-school ages, where any action along these lines is extremely rudimentary or lacking in scientific rigour.

*“Eduquemos y protejamos a los niños, que serán los que conducirán el mundo cuando los adultos de hoy pertenezcamos a la tercera edad”*

Señoras y señores participantes del XXII Congreso de la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas. Sean mis primeras palabras para agradecer la invitación que me ha cursado la comisión organizadora de este evento en participar del mismo. A su vez, deseo manifestar mi gratitud al Departamento de Educación y Facultad de Educación y Humanidades de la Universidad de La Frontera de Chile, institución de la cual soy académico, por autorizar y apoyar mi presencia en estas jornadas.

Mi intervención tendrá los siguientes apartados: en primer lugar haré referencia a las generalidades de la prevención temprana en drogodependencias. Luego, centraré la atención en la importancia de la prevención temprana y su camino recorrido. Para finalizar con la presentación de un programa de prevención temprana realizado en Chile y las consideraciones finales de esta conferencia.

### **LA PREVENCIÓN TEMPRANA EN DROGODEPENDENCIAS Y SUS GENERALIDADES**

La literatura ha estudiado ampliamente las causas, factores de riesgo y protectores, características del consumo de drogas en la etapa adolescente. Los altos índices de consumo observados en nuestro país y particularmente en el IX Región en esta etapa vital (alumnos de 8° Básico a 4° Medio en el ámbito nacional de acuerdo al Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, Paz Ciudadana, UNICEF y Consejo Nacional sobre el Control de Estupefacientes, 1998) así como sus nocivos efectos a corto y largo plazo a nivel individual, familiar y social (Jessor, 1989; Maddaleno, Florenzano, Santa Cruz y Vidal, 1988), ameritaron definir como una prioridad en salud públi-

ca la implementación de programas de prevención en drogas dirigidos a adolescentes.

El alto consumo de drogas entre los jóvenes obedece a múltiples causas (ej. La incesante búsqueda de novedad, necesidad de experimentación, susceptibilidad a la presión del grupo de pares, mayores posibilidades de conflictos familiares, etc.). Sin embargo, muchas de las posibles causas de este fenómeno como los cambios socioculturales y sociopolíticos rápidos, la desestabilización de los de la institución familiar, la falta de oportunidades laborales, etc. son fenómenos que no afectarían tan sólo a adolescentes, sino a miles de familias de escasos recursos y con ello a todos sus integrantes, incluidos los más pequeños (Florenzano, 1994).

A pesar de lo anterior, las políticas preventivas de drogodependencias han estado tradicionalmente dirigidas a adolescentes (niños y niñas que cursan segundo ciclo básico o enseñanza media) desde una perspectiva de prevención específica, es decir, siendo el foco central la droga como sustancia nociva para la salud (Calafat, 1989). Es así como, durante años los preescolares permanecieron “en el olvido” en materia de prevención de drogas; hasta que en la década de los 90 empiezan a ser objetos de interés (Collin & Anderson, 1991; Burkhardt). La prevención inespecífica (Centrada en los factores de riesgo y protectores; Calafat, 1989) empieza a guiar las intervenciones de investigadores en el tema en la misma década (Salazar, 2000).

La relevancia de ejecutar programas preventivos en drogodependencias en preescolares de sectores marginales es analizable desde distintos ámbitos. Por una parte, es importante destacar que la primera infancia constituye un periodo en que ya las actitudes, características de personalidad, y conductas de riesgo se van definiendo con claridad pudiendo incluso predecir la vulnerabilidad a incurrir en conductas conflictivas en el futuro. Es bien sabido que niños de sec-

tores marginales tienen fácil acceso a drogas desde muy pequeños y que, si bien no necesariamente las han consumido, han tenido la oportunidad de observar, y la inminente posibilidad de imitar, a niños, jóvenes y adultos de sus barrios que consumen drogas en lugares públicos o que deambulan bajo sus efectos. Por otra parte, diversos estudios han mostrado, por ejemplo, que los niños, especialmente aquellos de sectores más pobres son víctimas directas o indirectas de la violencia (la que se vincula con el consumo y tráfico de drogas) y son capaces de distinguir con claridad desde edades muy tempranas el aroma del alcohol (Noll, Zucker & Greenberg, 1990). Tercero, diversos estudios han descrito que las características asociadas a las familias urbano-marginales sitúan a sus miembros en una posición de mayor vulnerabilidad para el consumo de sustancias (Florenzano, 1994). Con respecto a esto último, la literatura ha descrito extensamente características diferenciales de las familias de sectores urbano marginales, por ejemplo: madres sobreexigidas por las presiones ambientales, por lo que experimentarían dificultades para dedicar tiempo adecuado al cuidado de sus hijos; falta de reciprocidad con la red de apoyo familiar y desorganización funcional familiar; mayor frecuencia de separaciones conyugales; abandonos y maternidad adolescente; mayor frecuencia de madres sustituidas al cuidado de sus hijos, carencia de espacio físico adecuado y hacinamiento; deserción escolar precoz con escasa preparación para el mundo laboral, etc. (Florenzano, 1994; Munuchin, 1980). Estos aspectos revisten especial importancia, pues indicarían por una parte, la alta necesidad de apoyar a familias marginales a cumplir su rol preventivo en el consumo de las drogas y, así mismo, la necesidad de los niños de participar en programas de prevención en drogodependencias tempranamente, antes que estos deserten del sistema escolar.

A pesar de lo antes señalado, la escasez de programas preventivos en el ámbito preescolar, así como la dificultad de acceder a programas completos y con evaluaciones confiables, queda al descubierto al revisar la literatura respecto a este tema. Hall y Ziegler (1997: 134) concuerdan con nuestra dificultad y enfatizan “se conoce muy poco acerca de la efectividad de los esfuerzos en prevención durante los años preescolares”. Las conclusiones de organismos internacionales como el Centro Europeo de Monitoreo para Drogas y Reducción de Drogas apuntan a que las actividades preventivas están empezando demasiado tarde en Europa (adolescencia), y que las intervenciones familiares no estarían considerando las necesidades de los niños pequeños (Burkhart, 2000). Un estudio realizado por Hall y Ziegler (1997) da cuenta por otra parte, de serias falencias en muchos de los programas curriculares para niños(as) entre 3 y 5 años en marcha en Estados Unidos, al basarse en una mirada parcializada de los menores y no considerar suficientemente el funcionamiento familiar, el desarrollo cognitivo y social de los niños y sus competencias sociales. La falta de atención brindada a este grupo y lo limitado de la comprensión de las intervenciones a este nivel, obedece a múltiples causas, siendo una de las más relevantes, el escaso número de educadores adecuadamente preparados para favorecer las competencias infantiles necesarias para superar el problema del uso de las drogas (Dubas, Lynch, Galano, Geller y Hunt, 1998). La conclusión de estos estudios revisados es unánime: es primordial implementar estrategias de prevención en drogas durante la etapa preescolar, a través de personal adecuadamente capacitado.

La implementación de estrategias de prevención inespecífica en drogas, en Centros Abiertos a través de la acción educativa de Asistentes de Párvulos, permitiría llegar a un mayor número de niños en edad pre-

escolar (3 – 6 años), y con ello la posibilidad concreta de desarrollar óptimos niveles de prevención ISA (Salazar, 2000): información, sensibilización y actitudes acordes con un estilo de vida saludable, fortaleciendo con ello los factores protectores. Hawkins, Cayetano y Miller (1992: 37) concluyen: “si el objetivo es disminuir el abuso de drogas y sus consecuentes problemas sociales y de salud entre niños en alto riesgo, es importante evaluar estrategias preventivas que han impactado positivamente los factores de riesgo presentes tempranamente en el desarrollo infantil”. Sin duda alguna, entonces, el juego se constituye en una herramienta con un alto peso específico en materia de prevención, toda vez que se reconoce como una actividad propia de los niños, sin discriminación de raza, sexo, nivel socioeconómico, cultura, etc. Si bien existen distintas aproximaciones teóricas sobre qué es el juego, diversos autores concuerdan que este se caracterizaría por ser una actividad placentera (intrínsecamente motivante), autodirigida y espontánea, orientada por el proceso y no por el producto, y no restringida a las normas impuestas por la realidad. Smilansky (1968), basándose en las ideas de Piaget, describe la existencia de tres tipos de juego: funcional (básicamente orientado por la exploración sensorial y movimiento, aparece en bebés), simbólico (incluye juego constructivo y dramático que aparece a los dos años de edad) y juego con reglas. El desarrollar el juego simbólico es considerada una tarea fundamental en la edad preescolar (Jones & Reynolds, 1992). Diversos autores, entre los que se cuentan Piaget, Vygotsky y Erikson, enfatizan la crucial importancia del juego en el desarrollo cognitivo (comprensión de su mundo, práctica de conocimientos, reconocimiento de diferentes visiones de la realidad, desarrollo del lenguaje, etc.), social (aprendizaje de habilidades sociales, seguimiento de reglas, testar sus conceptos de conductas deseadas y no de-

seadas socialmente, práctica de roles de adultos, etc.) y emocional (reconocimiento y expresión de sentimientos y deseos, desarrollo de capacidad de empatía, logro de autoconfianza, reducción de ansiedad y preocupaciones, actitud perseverante, etc.) de los niños. El juego es una actividad natural en la vida infantil y, por lo tanto, la herramienta ideal para conocer e influenciar su forma de ver la realidad y a sí mismos, su desarrollo social, moral y afectivo. La realización de actividades de prevención con niños a través del juego, por lo tanto, más que una responsabilidad, es un requisito en un programa que busca basarse en prácticas apropiadas.

#### **IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN TEMPRANA Y SU CAMINO RECORRIDO**

En septiembre pasado, se celebró en Montreal (Canadá) el Foro Mundial: Drogas y dependencias, un reto para la sociedad, con la concurrencia de 2.500 asistentes provenientes de los cinco continentes. En esa oportunidad, de los más de 1200 trabajos presentados, sólo 25 tenían relación con la prevención primaria, de los cuales sólo dos tenían relación con la prevención temprana, ya que el resto tomaban como foco de interés a púberes, adolescentes y jóvenes. Por su parte, en mayo del año pasado un grupo significativo de profesionales asistían en la ciudad de Córdoba (Argentina) al IV Congreso de Prevención y Asistencia de la Drogodependencia y II Internacional. En dicho evento, el espacio reservado a la prevención temprana fue muy reducido.

La elaboración e implementación de programas de prevención en drogas con preescolares es un tema de reciente data para la comunidad científica internacional. Tradicionalmente, las intervenciones en este nivel han estado dirigidas a adolescentes (niños y niñas que cursan segundo ciclo de enseñanza básica -primaria- o enseñanza media- secundaria) desde una

perspectiva de prevención específica centrada en los daños que ocasiona el consumo de drogas. Desde hace sólo una década (90'), cuando surgen en E.E.U.U. y Europa los primeros programas de prevención en drogas dirigidos a infantes (niños y niñas menores de 6 años) y comienzan acciones educativas orientadas a capacitar al personal que trabaja con ellos en guarderías y jardines infantiles (Collins & Anderson, 1991; Burkhart, 2000).

La corta data y limitada experiencia de programas preventivos con preescolares explica la escasez de publicaciones sobre el tema, al momento de revisar la literatura existente tanto en publicaciones científicas como a través de los mayores centros de búsqueda computacionales vía Internet. Esto unido a los problemas para acceder a programas completos y con evaluaciones confiables dan cuenta de la dificultad de establecer claras conclusiones respecto a los aciertos y desaciertos de las experiencias desarrolladas hasta ahora en el tema (Hall y Ziegler, 1997). Hall y Ziegler (1993) observaron, por ejemplo, al realizar un exhaustivo catastro de las experiencias con programas preventivos en drogas, que sólo un 36% de éstos ponían a disposición del interesado un currículo con actividades completas y que sólo en un 27% de los casos se contaba con información confiable sobre sus resultados.

A pesar de lo anterior, es posible establecer algunas conclusiones respecto a este tema. El Centro Europeo de Monitoreo para Drogas y Reducción de Drogas señala, por ejemplo, que las actividades preventivas están empezando demasiado tarde en Europa (adolescencia) y que las intervenciones familiares no estarían considerando las necesidades de los niños pequeños (Burkhart 2000). El estudio realizado por Hall y Ziegler (1997) da cuenta, por otra parte, de las serias falencias en muchos de los programas curriculares para niños entre 3 y 5 años en marcha en Estados

Unidos. Estos programas se basarían, según ellos, en una mirada parcializada de los menores y no considerarían suficientemente el funcionamiento de las familias, así como el desarrollo cognitivo y social de los niños y sus competencias sociales. También es posible concluir, que la falta de atención brindada a este grupo y lo limitado de la comprensión de las intervenciones preventivas obedece, entre otras causas, al escaso número de educadores adecuadamente preparados para favorecer las competencias infantiles necesarias para la superación del problema del uso de drogas (Dubas, Lynch, Galano, Geller y Hunt, 1998). La revisión de la literatura existente permite concluir así, que es primordial implementar estrategias de prevención en drogas durante la etapa preescolar a través de personal adecuadamente capacitado.

A pesar de la dificultad, reconocida por la literatura (e.g. Hall y Ziegler, 1997), para acceder a estudios completos de las diversas experiencias preventivas orientadas a preescolares, ha sido posible establecer algunos lineamientos generales. Primero, las revisiones del tema permiten distinguir acciones dirigidas indirectamente a preescolares (centradas básicamente en técnicas de crianza) y aquellas directamente dirigidas a ellos. Es así como actualmente se están desarrollando en diversos países acciones de prevención indirecta a través de intervenciones familiares, programas con madres jóvenes y padres drogadictos, siendo estas últimas las más frecuentes en países europeos como Suecia, Bélgica y Dinamarca (Burkhart, 2000). Las acciones preventivas de acción directa en menores se han centrado en kindergarten y establecimientos de educación básica, iglesias y centros comunitarios, siendo éstas más comunes en países como Alemania, Austria, Italia y España (Hall y Ziegler, 1997; Burkhart 2000). Segundo, la mayoría de los programas actualmente en ejecución recomienda actuar sobre los factores de riesgo y promover así factores protectores y la resiliencia infantil

(Hall y Ziegler, 1997). Hawkins, Catalano y Miller (1992), entre otros autores, concluyen "si el objetivo es reducir el abuso de drogas y sus consecuentes problemas sociales y de salud entre niños en alto riesgo, es importante evaluar estrategias preventivas que han impactado positivamente los factores de riesgo presentes tempranamente en el desarrollo infantil" (p.37). Austria, por ejemplo ha desarrollado un programa llamado "Empower our Children" orientado fundamentalmente a favorecer las competencias para la vida de los preescolares (ver en Burkhart, 2000); y en España, se cuenta con diversos programas de intervención educativa dirigidos a padres de niños menores de 6 años a través del desarrollo de factores protectores (e.g "Ayudándole a Crecer" de Ortega, Gómez, Martín y Zayas, 1997). Tercero, para prevenir el uso de drogas se considera fundamental, por lo tanto, desarrollar en los niños diversas competencias vinculadas con las áreas social, emocional y de la personalidad. Entre ellas se cuentan aquellas relacionadas con el fomento de la autoestima, el cuerpo y la propia imagen, la expresión y comprensión de los sentimientos, resolución de problemas, autorregulación del comportamiento, el juego y el movimiento, la actividad y vida cotidiana, interacciones sociales y el cuidado de uno mismo (Ministerio de Educación y Cultura. Comunidad de Madrid, 1997; Dubas et al, 1998; Hall y Ziegler, 1997). Cuarto, las experiencias preventivas concuerdan en que al orientar las acciones preventivas a la etapa preescolar se hace necesario utilizar una metodología basada en el juego (títeres, cuentos, canciones, juegos guiados, adivinanzas, dramatizaciones, sociodrama, etc.) que considere las necesidades infantiles de pasarlo bien, ser activos y usar la creatividad y que, al mismo tiempo, favorezca el desarrollo cognitivo, emocional y social de los menores (Salazar, Labraña, Orellana y Díaz, 1997; Salazar, 1998 y 1999; Salazar y Díaz, 2000). Una de las tantas experiencias preventivas exitosas usando esta

metodología lúdica es, por ejemplo, la implementada en siete ciudades portuguesas a través de un juego llamado "Aventura en la ciudad" que confronta a los participantes con situaciones imaginarias que promueve estilos de vida saludables en un contexto de juego de roles (Burkhart, 2000).

Según Hall y Ziegler (1997), los resultados disponibles en la literatura sobre las experiencias preventivas en drogas con preescolares son escasos y difíciles de evaluar por su falta de rigurosidad metodológica. Aquellos más confiables y disponibles demuestran ser exitosos, reportando cambios actitudinales y conductuales en educadores, en los niños y sus familias. Por ejemplo, Dubas et al. (1998) señalan que programas de prevención con preescolares han propiciado en los educadores ser más activos en la resolución de sus problemas, tener mejores habilidades para responder efectivamente a situaciones relacionadas con el consumo de drogas en la sala de clases, etc. En los niños se ha observado el desarrollo de mejores estrategias para resolver problemas relacionales, mayor empatía y mayor habilidad para auto-controlarse. Experiencias preventivas a nivel familiar han mostrado ser no sólo necesarias sino también efectivas, Salazar (1998); Salazar, Díaz y Cayupil (1999), por ejemplo, observaron un mejoramiento de la comunicación entre madres e hijos, el fomento de una actitud más crítica sobre el tema, y mayores niveles de información y sensibilización frente al problema del consumo de drogas.

#### **COMPARTIENDO UNA EXPERIENCIA DE PREVENCIÓN TEMPRANA REALIZADA EN CHILE**

El Departamento de Educación de la Universidad de La Frontera (Chile), con el financiamiento de la Dirección de Investigación y Desarrollo de esa Universidad, llevó a cabo un proyecto de dos años de duración, titulado: "Programa de fortalecimiento de factores protectores para el consumo de drogas: una experiencia en

Preescolares en la IX región de Chile". Estudio sobre prevención temprana, que apunta a desarrollar una propuesta integral de prevención temprana en drogodependencias, que permitiese capacitar a un grupo de Auxiliares de Párvulos, que laboran con niños (3 a 6 años) de alta vulnerabilidad social, desarrollando en ellas competencias que garanticen su condición de agentes natural de prevención con efecto multiplicador. Se diseñó, aplicó y evaluó un manual que presentó 39 acciones lúdicas, como herramienta de apoyo para la potenciación de factores protectores, Se evaluó a niños y Auxiliares de Párvulos el impacto del programa de intervención temprana en los niveles preventivos de información, sensibilización y actitud.

#### Objetivos

1. Capacitar a 20 Auxiliares de Párvulos, que laboran con niños de alta vulnerabilidad social, como

agentes de prevención temprana en drogodependencias, desarrollando competencias que garanticen su condición de agentes naturales de prevención con efecto multiplicador.

2. Diseñar, aplicar y evaluar recursos didácticos, como herramientas de apoyo en el desarrollo de una propuesta integral de prevención temprana en drogodependencias, basada en la potenciación de los factores protectores.

3. Evaluar en niños y Auxiliares de Párvulo, el impacto de un programa de intervención temprana en los niveles preventivos de: información, sensibilización y actitudes.

#### Resultados

La investigación experimental que se llevó a cabo tuvo como objetivo general desarrollar una propuesta integral de prevención temprana en drogodepen-

**TABLA Nº 1**  
**Distribución porcentual de respuesta deseable de las técnicas de educación Parvularia, correspondiente a los niveles de información, sensibilización y actitud.**

RESPUESTA DESEABLE %							
INF		SENSI		ACTITUD			
				OPIN		COMP	
PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
43,5	81,5	28,0	55,0	43,5	68,5	51,5	77,5
57,5	83,5	28,5	50,0	52,0	64,0		
50,0	82,0			89,0	96,0		
57,5	83,5			22,8	24,5		
36,0	52,5			65,5	79,5		
15,0	24,0			51,5	55,5		
42,5	43,0			34,0	47,0		
34,0	23,5			54,5	42,0		
32,5	73,5			21,0	41,6		
85,5	97,5			51,5	62,0		
59,5	71,5			46,0	60,0		
X 46,6	65,0	28,2	52,5	DIF.X=48,3	58,2	DIF.X=51,5	77,5
DIF.X= 18,4		DIF.X=24,3		DIF.X= 9,9		DIF.X=26,0	

dencia, para 413 niños con alta vulnerabilidad social de 3 a 6 años de edad. Incluyó como aspecto fundamental de ella, la formación como agentes naturales de prevención de un grupo de 22 auxiliares de párvulos. Esta formación contempló 9 sesiones de trabajo de taller con el objetivo, de proporcionar las competencias pertinentes para lograr constituirse en monitoras de prevención, en el marco de su actividad habitual en los centros de atención (jardines infantiles básicamente).

Tomando como referente la opinión que emite la Auxiliar de Párvulos de la capacitación recibida, señala lo siguiente: tanto las expectativas de las mismas como el logro de los objetivos sobre el 90 % consideró que estos habían sido alcanzadas satisfactoriamente, por su parte, sobre el 80 % se pronunció de manera favorable a la hora de ser consultadas por las actividades desarrolladas, metodología empleada, contenidos abordados, materiales entregados y pertinencia de los talleres formativos. Entre las cosas llamativas, se encuentra el hecho que el 100 % recomendaría a sus colegas a participar de esta acción. Por lo tanto, la fase de capacitación, a juicio de las usuarias fue todo un acierto, que les permitió desarrollar competencias para liderar con los niños acciones de prevención primaria en drogas.

Los resultados más relevantes del grupo experimental de Auxiliares de Párvulos, que por cierto son mejores, en todos los ámbitos a evaluar, que el grupo control, se traducen en los siguientes: en las preguntas que tienen que ver con la identificación y conocimiento de drogas y sustancias tóxicas, es posible apreciar una variación desde un 50% de conocimiento antes de comenzar la actividad, a un 82% al término de ella. Así también, se considera el consumo de cigarrillos como paso previo para el consumo de drogas, desde un 56% antes del inicio a un 90% de las participantes, cuando se concluye la capacitación. La televisión

destaca nítidamente, como el medio de comunicación con mayor presencia en cuanto a la información sobre el tema drogas, 95% a 100% de los participantes, aquí se observa una ratificación de una percepción previa. Si es sorprendente quizás, la posición constante de las participantes, a la considerada ambigüedad de los medios de comunicación frente al tema que se mantiene en un 60%, porcentaje que no sufre mayor variación durante el proceso de capacitación, el que en todo caso, es elevado, esto amerita revisar la responsabilidad social de los medios.

Otro aspecto, preocupante, es la certeza que mantienen las monitoras: antes (80%) como después (100%), de que los niños pueden tener fácil acceso a las drogas en la ciudad de Temuco. En cuanto a los motivos por los que los niños se acercarían al consumo, prevalecen, durante todo el proceso de capacitación, factores como problemas familiares y falta de afectividad en términos similares, pero aumenta fuertemente en la percepción posterior al proceso el factor imitación 18% a 45%. Con relación al motivo que gatilla el consumo, prevalece el factor problemas familiares, se pasa de un 72% a 82% lo que sin embargo, no se justificaría mayoritariamente para las monitoras, si observamos que sólo un 45% a 50% lo justifican antes como después de la capacitación.

El énfasis en la solidaridad, para salir de la adicción como factor clave, queda de manifiesto si comparamos, la información antes: 89% y después de la capacitación: 95%. Así también como la claridad, con que se aprecia, que el consumo ocasional, podría llevar a la adicción: 90% a 95% como constante. Los padres y los jóvenes (grupo de iguales), aparecen con la mayor responsabilidad positiva, en una campaña para combatir la drogadicción: 63% y 55% seguidos por los profesores 40% - 44%, percepción que se mantiene en el grupo experimental durante todo el proceso de capacitación. Por otra parte, la buena co-



municación y una familia bien constituida, destacan como principales factores protectores para los niños frente a cigarrillos, alcohol y drogas: 36% cada uno de ellos al término del programa taller, entre 16 categorías planteadas.

La necesidad de dar a conocer con claridad y sin subterfugios la realidad de las drogas a los niños, aparece como la postura mayoritaria en las monitoras al término de la capacitación: 70% que, si bien baja con respecto a la percepción previa (94%), sigue siendo la opción considerada más adecuada, seguida por aquella opción de resaltar positivamente a las personas no adictas a las drogas ( que pasa de 33% a 54%). El efecto positivo de informar en forma sistemática en colegios y jardines infantiles sobre las drogas y drogadicción, se ratifica y refuerza luego de la capacitación 50% y 63% del total de las opiniones en las cinco categorías propuesta. Por su parte, la conciencia de la importancia del trabajo de prevención temprana, aparece evidente, al comprobar que el 60% de las opiniones así lo considera luego de la capacitación.

En general, la comparación de resultados en cuanto a los test aplicados pre y post capacitación a las

monitoras, muestran la alta pertinencia de la actividad considerada y por consiguiente el cumplimiento de este objetivo propuesto, el de lograr en las educadoras un nivel significativo de información, sensibilización y actitud frente a la droga y su problemática.

Por su parte el material didáctico empleado con los niños constituye un conjunto de 39 actividades lúdicas que quedan establecidas en el Manual que se construyó para tal efecto. Hay que señalar que se trabajó en 10 jardines infantiles con un total de 17 grupos de niños. En este sentido, podemos señalar que las Auxiliares de Párvulos que utilizaron el material didáctico fueron las responsables de evaluar el mismo en las siguientes 6 categorías: participación grupal, participación individual, motivación, objetivos, fortalezas y debilidades.

Los resultados indican que estamos ante una excelente propuesta, ya que alrededor del 95 % de las actividades presentadas en el manual, tienen un logro de efectividad en los cuatro criterios antes señalados superior al 77 %. En este sentido, cabe destacar que sobre el 70 % de las actividades presentan un rango de efectividad superior al 94%. El criterio más poten-

**TABLA N° 2**  
**Distribución porcentual de la efectividad de las actividades lúdicas propuestas en las categorías de: participación grupal (PG), participación individual (PI), motivación (M) y objetivos (O).**

% LOGRO	ACTIVIDADES							
	PG		PI		M		O	
	f	%	f	%	f	%	f	%
100	16	41,0	14	35,8	24	61,5	14	35,8
94	12	30,7	15	38,4	5	12,8	15	38,4
88	6	15,3	8	20,5	7	17,9	7	17,9
82	3	7,6	1	2,5	2	5,1	1	2,5
77<	2	5,1	1	2,5	1	2,5	2	5,1
Total	39	99,7	39	99,7	39	99,8	39	99,7

**TABLA N° 3**  
**Distribución % de respuestas deseables en los niños, correspondientes a los niveles de información, sensibilización y actitud.**

<b>RESPUESTA DESEABLE %</b>							
INFORMACIÓN		SENSIBILIDAD		ACTITUD			
PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST	OPINIÓN		COMPROMISO	
PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST	PRETEST	POSTEST
38,3	51,1	39,2	41,4	78,7	93,9	50,6	72,6
68,0	80,1	20,1	30,5	62,5	75,1	68,8	90,8
47,2	74,1	18,9	17,9	60,8	82,6	35,8	53,0
63,0	87,9						
35,8	49,4						
X50,4	68,5	26,0	35,9	67,3	83,8	51,7	72,1
DIF. X = 18,1		DIF. X = 9,9		DIF. X = 19,5		DIF. X = 20,4	
DIF. X = 19,9							

te es, sin duda, la motivación, donde 24 de las 39 actividades son consideradas perfectas en esta línea. Con respecto a las fortalezas de los juegos, estos se presentan muy equilibrados entre los aportes a nivel personal, grupal o del entorno del niño, observándose una ligera inclinación hacia los ámbitos de socialización, comunicación y juego en compañía. Por otra parte, 27 juegos son reconocidos por más del 50% de las Auxiliares de párvulos como actividades que no ofrecían ninguna debilidad.

Los resultados expresados en la presente tabla, que confronta las respuestas deseables de los niños a los ítems formulados en el pre y postest, nos indican que el programa de prevención trabajado mejoró los niveles de: información en un 18,1%, sensibilización en un 9,9% y actitud en un 19,9%, desprendiéndose éste último, en opinión con un 19,5 % y compromiso en un 20,4%. En este sentido, cobra relevancia que el nivel mejor ponderado sea el actitudinal que supera con creces el 70% de las respuestas deseables en los infantes una vez que concluye la intervención preventiva. En esta misma línea, el nivel menos exi-

toso fue el de sensibilización, donde sólo fue posible alcanzar un 35,9%.

Los resultados obtenidos indican que la capacitación fue todo un éxito, por su parte hay un reconocimiento explícito a la calidad de las actividades lúdicas propuestas en el manual, como también, se observó un incremento en los niveles preventivos antes mencionados, tanto en las Auxiliares como en los niños participantes.

Como conclusión, reconocemos que estamos ante una potente propuesta de prevención temprana, transformándose esta en un referente que puede ser incorporado a los espacios de la reforma educacional en preescolar. Donde las acciones en esta línea, son muy rudimentarias o carecen de rigor científico.

#### **COMENTARIOS FINALES**

Reconociendo que la prevención temprana es aún una línea donde la productividad científica es mínima, donde los escasos programas existentes no tienen espacios de generalización, donde no existe una cultura social de prevención con niños tan pequeños, en-

tonces, toda iniciativa en esta línea es, sin duda, una respuesta fehaciente a los requerimientos que desde la comunidad internacional se hacen urgentemente, en iniciar cuanto antes acciones en este ámbito.

El realizar prevención con menores que no han tenido contacto con el consumo indebido de drogas, mediante un programa basado en el fortalecimiento de factores protectores, hace de esta instancia una plataforma de alta efectividad en espacios de prevención primaria. En este sentido, experiencias de esta naturaleza vienen a posesionarse de un escenario que ha carecido de propuestas validadas, ya que erróneamente, se ha considerado que la prevención ha de iniciarse justo en el momento, en que las investigaciones indican que los niños inician sus primeros contactos con las drogas, es decir, a partir de los 10 – 12 años.

La prevención temprana emerge como la real instancia de prevención primaria, la que sin duda es el primer eslabón de la cadena que ha de construir y fortalecer, para así dar consistencia a los esfuerzos que se hacen desde la educación formal, la que desde el currículo escolar intenta hacer de los colegios un espacio de prevención que por sí sólo no ha dado los dividendos esperados en más de treinta años de ejecución.

Por último, no sólo es suficiente levantar propuestas de intervención temprana dirigida sólo a niños en edad preescolar y sus respectivas maestras, sino que queda pendiente, y no es una cuestión menor, garantizar en dichos programas, espacios que permitan no sólo la capacitación de la familia en acciones de prevención, sino la integración efectiva de los mismos, en una suerte de constituir alianzas estratégicas, que apunten a sumar esfuerzos en pro de una efectiva potenciación de los factores protectores en los infantes. “Los niños no pueden ni deben esperar alimentarse del tiempo que nos sobra a los adultos, se merecen los más altos esfuerzos para transformarse en hombre y mujeres de bien”.

## BIBLIOGRAFÍA

- Burkhart, G. (2000). First Childhood Interventions - Possibilities and Experiences in Europe. *Toxicodependencias*. Vol. 6, N° 2. pp. 33-46.
- Calafat, A. (1989). La prevención comunitaria de la droga. En XVII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Madrid.
- Collins, R.C., & Anderson, P. R. (1991). Head Start substance abuse guide. Silver Spring, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Dubas, J., Lynch, K., Galano, J. Geller, S. & Hunt, D. (1998). Preliminary Evaluation of a resiliency-based preschool substance abuse and violence prevention project. *Drug Education* 28 (3) 235-255.
- Florenzano, R. (1994). *Familia y salud de los jóvenes*. Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Hall, N. & Ziegler, E. (1993). Substance abuse prevention: A review relevant to preschool interventions: Theory, practice, and programmes. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation.
- Hall, N. & Ziegler, E. (1997). Drug-abuse prevention efforts for young children: A review and critique of existing programs. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67 (1) 134- 142.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early childhood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112,64-105.
- Jessor, R. (1989). The helath of youth. *Plenary addressee to the world helath assembly*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Jones, E, & Reynolds, G. (1992). The play's the thing. *Teacher's role in children's play*. New York. Teacher's College Press.
- Maddaleno, M. Florenzano, R., Santa Cruz, X. Vidal, S. (1988). Abuso de Flunitrazepam por vía nasal entre

- adolescentes marginales en Santiago de Chile. *Revista Med. Chile*. 116 (7). 691 – 694.
- Minchin, S. (1980). *Families and Family Therapy*. Boston: Harvard.
- Ministerio de Educación de Chile, Fundación Paz Ciudadana y Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (1998). Estudio nacional del consumo de alcohol, tabaco y drogas en la población escolar de Chile: Informe Final 1998. Santiago. Conace.
- Ministerio de Educación y Cultura Comunidad de Madrid.(1997). Programa de Prevención de Drogodependencias en Centros Educativos de la Comunidad de Madrid (P.P.D.).
- Noll, R.B., Zucker, R.A. & Greenberg, G.S. (1990). Identification of alcohol by smell among preschoolers: Evidence of early socialization about drugs occurring at home. *Child Development*. 61, 1520 – 1527.
- Ortega, M.J., Gómez, J.L., Martín, E. & Zayas, I. (1997). *Ayudándole a crecer: Guía práctica de intervención con niños de cero a seis años*. Madrid: Editorial CCS.
- Salazar, J.(2000). Prevención escolar en drogodependencias: Una propuesta de futuro, basada en los logros del pasado. *Novedades Educativas*. Año 12. 113.60–61.
- Salazar, J. y Díaz, G.(2000). Prevención en drogodependencias y familia: una exploración a través del juego. *Planificación y Gestión de Instituciones de Formación*. Praxis.
- Salazar, J.(1998). Interacción familiar como prevención integral: una experiencia chilena en sectores urbanos marginales. *Idea Prevención*. 16. 38 - 42.
- Salazar, J., Díaz, G. & Cayupil, P. (1999). La gran familia: un juego de prevención en drogas. Ponencia presentada al Tercer Encuentro Nacional y Primero Internacional: “*Juego, Creatividad y Aprendizaje*”. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Julio. 1999.
- Salazar, J., Labraña, I., Orellana, N., y Díaz, G. (1997). Manual: El hogar un hábitat de prevención. UFRO - CONACE. 75 pp.
- Salazar, J. (1999). El sociodrama en una propuesta curricular para la prevención de drogodependencias. Juego, Aprendizaje y Creatividad. Pontificia Universidad Católica de Chile. Facultad de Educación. 315 - 331.
- Smilansky, S: (1968). *The effects of sociodramatic play on disadvantaged preschool children*. New York: Wiley.



## **ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE**

Avda. Osa Mayor, 19.  
28023 Aravaca. Madrid.  
Fax: 91 307 00 38  
asociacion@proyectohombre.es  
**www.proyectohombre.es**

DEPARTAMENTO DE GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN  
secretaria@proyectohombre.es  
Teléfono: 91 357 09 28

DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN  
escueladir@proyectohombre.es  
Teléfono: 91 357 92 75

DEPARTAMENTO DE COMUNICACIÓN Y MARKETING  
comunicación@proyectohombre.es  
Teléfono: 971 79 99 29

PROYECTO ES LA ACTUALIDAD EN PREVENCIÓN Y DROGODEPENDENCIAS

**Gracias**  
suscriptores y colaboradores  
por acompañarnos durante todos estos años

**Es el momento de suscribirse para el 2004**

POR SÓLO **10** EUROS

RECIBIRÁ PUNTUALMENTE EN SU DOMICILIO **4** REVISTAS



**INFORMACIÓN**

AVDA. OSA MAYOR, 19. 28023 ARAVACA. MADRID. TELÉFONO: (91) 357 01 04. FAX: (91) 307 00 38.

E-mail: [prensa@proyectohombre.es](mailto:prensa@proyectohombre.es)

[www.proyectohombre.es](http://www.proyectohombre.es)

