

**COMUNIDADES
TERAPEÚTICAS
EN ESPAÑA**

Situación actual
y propuesta
funcional

Domingo Comas Arnau

Septiembre 2006

GRUPO GID

Glorieta de Bilbao, 1
Telf. 91 447 9997
28004 Madrid
www.ateneagrugogid.org

Coordinación de la edición:

Marta Guijarro (Responsable de Comunicación)

Diseño y maquetación:

Héctor Rodríguez

Impresión:

REPROMAS S.L.

ISBN:

84-920617-9-0

Depósito Legal:

M-35282-2005

Índice

(P. 07-15)

1.- Antecedentes, objetivos y metodología del estudio.

(P. 17-36)

2.- La Comunidad Terapéutica: ¿Metodología o Institución?

- 2.1.- Los componentes de un debate siempre aplazado.
- 2.2.- La auto-imagen de las CCTT en España.

(P. 039-066)

3.- Las Comunidades Terapéuticas en España: una aproximación histórica.

- 3.1.- Trayectoria evolutiva global.
- 3.2.- La fase de euforia y precariedad material.
- 3.3.- La Comunidad Terapéutica como una respuesta total a los problemas de adicción a drogas.
- 3.4.- La crisis del modelo y la irrupción de las estrategias de reducción de daños.
- 3.5.- La segunda consolidación.
- 3.6.- Los resultados del año 2005.

(P. 069-087)

4.- Características formales y materiales del dispositivo.

- 4.1.- Fórmula jurídica, autorizaciones, acreditaciones e inspecciones.
- 4.2.- Relaciones con las Administraciones Públicas.
- 4.3.- Presupuestos.
- 4.4.- Condiciones materiales de los dispositivos.
- 4.5.- El equipo técnico: estructura, titulaciones, horarios y contratos.
- 4.6.- Voluntariado y estudiantes en prácticas.

(P. 089-098)

5.- Las Comunidades Terapéuticas y la red asistencial en drogodependencias.

- 5.1.- Criterios de admisión.
- 5.2.- El circuito terapéutico.

(P. 101-114)

6.- El programa asistencial.

- 6.1.- La relación asistencial.
- 6.2.- Las prácticas terapéuticas.
- 6.3.- Criterios de evaluación del caso.
- 6.4.- Socialización e integración social.

(P. 117-128)

7.- Actividades educativas y organización de la vida cotidiana.

(P. 129-139)

8.- La productividad científica de las Comunidades Terapéuticas en España.

- 8.1.- Evaluación de resultados del dispositivo.
- 8.2.- Publicaciones.
- 8.3.- Literatura gris.

(P. 141-144)

9.- Propuestas y conclusiones.

(P. 147-163)

BIBLIOGRAFÍA.

(P. 165-192)

ANEXO 1.

(P. 195-208)

ANEXO 2.

“Las cosas que están bien ordenadas servirán también de guía a la memoria de su orden. Porque así como aprendemos con más facilidad los versos que la prosa, así también aprendemos mejor la prosa que tiene unión que la que no la tiene. De este modo sucede que se dicen de memoria aún aquellas cosas que por de pronto parecería que no tenían unión, repitiéndolas palabra por palabra”.

Marco Fabio QUINTILIANO (80)

Instituciones oratorias

Libro undécimo

Madrid, Librería de la Viuda Hernando,

1887.

Capítulo 1

ANTECEDENTES, OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DEL ESTUDIO.

El libro “El tratamiento de las drogodependencias y las Comunidades Terapéuticas” que publiqué en 1988, fue encabezado por una cita del “Discurso sobre la educación popular de los artesanos y su fomento” de Campomanes, sin duda uno de las aportaciones españolas más representativas (y más originales) de la Ilustración. Dicho texto, que comenzaba diciendo *“Lo que sí importa respecto a todos los artesanos, es que los talleres de los maestros sean manifiestos y conocidos para evitar fraudes y abusos...”*, enmarcaba la misión de aquella obra: Se trataba de “poner orden” en un ámbito que había aparecido de repente, con alto grado de espontaneidad y ante un confuso reclamo social. Como veremos, aquel objetivo se alcanzó, al menos en sus grandes líneas.

Este nuevo libro comienza con una cita de Quintiliano, que me incitó a buscar Frances Yates a partir de un comentario que realiza en su conocido texto “El arte de la memoria”, un texto que orienta en una gran medida esta reflexión sobre las Comunidades Terapéuticas. Dice Yates interpretando a Quintiliano: “Si la memoria no se ejercita, desaparece el recuerdo de las cosas, de tal manera que, cuando falta el recuerdo, la cosa deja de existir, aunque sea tan real como una piedra en el camino”. La cita de Quintiliano explicita los objetivos de este libro, de la misma manera que, hace 20 años, la cita de Campomanes explicitó los objetivos de otro. En este texto vamos a tratar de recuperar una noción (la idea original de Comunidad Terapéutica) que diferentes avatares, que tendremos ocasión de describir, han sepultado en la banalidad de un trabajo cotidiano que se ejerce, mejor o peor, pero sin saber, en muchas ocasiones, para qué. Se trata de una noción que también ignoran, en una gran medida, técnicos y administradores que toman decisiones sobre el destino de personas que tienen problemas con drogas. Esta ignorancia induce a derivar a estas personas hacia recursos terapéuticos inadecuados. Algunas personas son derivadas hacia una Comunidad Terapéutica sin ninguna necesidad, mientras que otras personas que deberían estar allí, ven cómo su vida se deshace, a causa de esta pérdida colectiva de memoria.

Porque aquí lo que se quiere explicar es algo que parece haber desaparecido del imaginario profesional: que las Comunidades Terapéuticas surgieron históricamente como una respuesta técnica ante la ineficacia de las antiguas instituciones de internamiento psiquiátrico. Que, como respuesta asistencial,

la Comunidad Terapéutica demostró su eficiencia diferencial, pero que, quizá por esta misma razón, está siendo rechazada por diversos actores sociales e institucionales.

El tratamiento de las personas con problemas de salud mental, de los “locos”, ha pasado a lo largo de la historia por diferentes fases. En el inicio, el enajenado era un candidato para el exterminio físico, bien a través de los procedimientos de “descuido” o bien de una forma más directa. Aunque es cierto que en algunas culturas se salvaba algún tipo particular de “loco” (pero sólo a este) al que se le otorgaba una condición de sagrado. La opción por la eliminación física fue sustituida de forma progresiva por la reclusión, de tal manera que en la segunda mitad del siglo XIX casi todos los “locos” (aunque sólo una parte de ellos eran verdaderos enfermos mentales) estaban acogidos, por largo tiempo o por vida, en “manicomios” y otras instituciones similares.

La crítica contra esta situación de mera reclusión adoptó dos caminos, el uno denunciaba la falta de criterios claros a la hora de internar al supuesto “loco” haciendo visible la utilización de la institución para deshacerse y reprimir a personas “molestas” o socialmente disconformes. Este camino pronto se radicalizó, en confluencia con la criminología liberal, de tal manera que en el entorno de los años 60, al menos en los países más avanzados, se produjo una oleada masiva de “expulsión de los reclusos” que de pronto se encontraban en la calle, abandonados y sin recursos alternativos a los que acudir (Young, 1999).

El otro camino denunciaba más bien las carencias técnicas de las instituciones de internamiento. Su actitud era más reformista ya que valoraba el internamiento como una oportunidad terapéutica, aunque también establecía la necesidad de procedimientos y protocolos de diagnóstico previo con la finalidad de evitar que perfiles inadecuados fueran dirigidos hacia una institución que ya no era un “deposito indiscriminado” sino un “lugar para la reparación”. La condición terapéutica de la institución se determinaba a partir de ciertos criterios entre los que se puede citar: suficientes profesionales, bien formados, interdisciplinariedad, metodologías activas, transparencia, respeto a los derechos humanos, trabajo con el grupo y tiempos bien administrados.

La descripción de esta opción terapéutica está muy bien argumentada por numerosos autores (Bion, 1959; Bion, 1962; Rapoport, 1968; Main, 1983; Kooyman, 1993) y en particular en la obra del Psiquiatra Social Maxwell Jones al que se le considera como el “fundador” del movimiento de las CCTT y que ha ido explicitando su posición en sucesivos textos (Jones, 1952; Jones, 1953; Jones, 1968; Jones, 1968b; Jones, 1976). La mejor aproximación crítica y científica a la historia de las Comunidades Terapéuticas fue elaborada por el sociólogo australiano Nick Manning, algunas de cuyas conclusiones citaremos más adelante (Manning, 1989). Por su parte algunas narraciones muy sintéticas de dicho movimiento han sido presentadas y elaboradas en España (Roig, 1985; Comas, 1988; Roldán, 2001)¹.

Sin duda, la Comunidad Terapéutica representó, al menos hasta finales de los años 60, la más compleja y bien estructurada de las alternativas para la reforma de la salud mental y así lo interpretó, de manera formal la OMS, cuando sugirió a todos los países que adoptaron dicha estrategia (en las recomendaciones de los Comités de Expertos de los años 1953, 1957 y 1959). Sin embargo, el triunfo de la opción más radical, el desinternamiento masivo que se produjo, país tras país, desde finales de los años 60 hasta principios de los años 80, la difuminó como posible modelo de referencia para la reforma psiquiátrica². La irrupción de los nuevos fármacos, en los años 80 y 90, ha supuesto, quizá por razón de su coste diferencial y en el contexto de la llamada “crisis del Estado de Bienestar”, el abandono, por parte de las estructuras de decisión sanitaria, de esta alternativa para atender los problemas de salud mental de la población.

Pero en paralelo, la alternativa de la Comunidad Terapéutica había encontrado un territorio en el que mostrar, probar y desarrollar sus potencialidades: el tratamiento de los adictos a drogas.

Mientras las redes públicas de Salud Mental se desentendían, con excepciones, de las posibilidades que ofrecía la Comunidad Terapéutica, algunas organizaciones privadas comenzaron a ofertar una metodología que, en principio, era más costosa pero más eficiente ante las necesidades del paciente. En especial la metodología de la Comunidad Terapéutica pervivió, en su momento, en Clínicas Privadas de Salud Mental³ y en dispositivos concertados en los que se iba a tratar a los adictos en régimen de internamiento. A pesar de todo, en el ámbito público algunos profesionales, a título personal, mantienen aún un modelo de intervención basado en la noción de Comunidad Terapéutica.

Por este motivo no podemos, por tanto, perder de vista que el éxito precoz de las Comunidades Terapéuticas en el ámbito de las adicciones se produjo por la irrupción de entidades privadas (aunque casi todas concertadas por las administraciones públicas) que ofertaban una intervención costosa pero eficaz. Tampoco podemos pasar por alto que la cuestión del coste fue, durante un determinado periodo histórico, un tema menor, en parte porque se redujo el mismo sometiendo a las entidades concertadas a precariedades absolutamente ilegales e ilegítimas,

1.-En ocasiones aparece otro relato, que aún reconociendo los orígenes, pasa de puntillas sobre ellos y prefiere situar el punto de partida en DAYTOP, la primera Comunidad Terapéutica exclusiva para Adictos creada en Nueva York entre 1963 y 1964 (De Leon, 2000). Como tendremos ocasión de analizar en el capítulo 2, entre la visión global de la Comunidad Terapéutica y la visión particular del tipo exclusivo de Comunidad Terapéutica para adictos que representa Daytop hay importantes diferencias. La primera supone una metodología general y la segunda, la aplicación concreta de esta metodología al ámbito drogas y, en concreto, a los Programas Libres de Drogas. La primera está abierta al cambio y la segunda presenta ciertas resistencias al cambio. La primera nos muestra la historia completa, mientras que la segunda es el relato particular de la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas, una organización crecida a partir de DAYTOP y que posee una notable presencia social ya que se articula a través de las organizaciones sociales de la Iglesia Católica en todo el mundo (Yablonsky, 1989).

y en parte porque durante este mismo periodo la alarma social establecida en torno a las drogas (en particular la heroína) permitió justificar gastos y medidas extraordinarias.

En España las primeras Comunidades Terapéuticas aparecieron, de forma aislada y tardía⁴, en los años 60 por iniciativa de algunos jóvenes psiquiatras que trataban de reformar los obsoletos manicomios. Pero la oleada de desinternamiento de los años 70 las rebasó y ya no fueron contempladas como tales ni por el Informe para la Reforma Psiquiátrica, ni por la subsiguiente Ley General de Sanidad de 1986, aunque algunas se mantienen como centros privados de éxito, adoptando diferentes denominaciones.

Las Comunidades Terapéuticas para Drogodependientes (CTD) llegaron a España algo más tarde, en el año 1979, aunque alguna de las primeras era una Comunidad Terapéutica para enfermos mentales reconvertida. Entre 1979 y 1986 las CTD se convirtieron en la opción más activa para el tratamiento de los adictos. Disponían de importantes apoyos públicos y de la iniciativa social, pero sobrevivían en condiciones de (a veces extrema) precariedad. Además, se crearon con un alto grado de espontaneidad, mucha voluntariedad, fuertes dosis de auto-didactismo y una marcada ideología transcorsportiva.

Aquellas Comunidades Terapéuticas parecían no gustar a nadie, ni al sistema de salud, ni a los servicios sociales, ni al sistema judicial, ni a los responsables políticos y administrativos, ni siquiera a las familias de los ingresados en ellas, aunque todos alegaban motivos distintos y en ocasiones antagónicos para justificar su rechazo (Comas, 1988). Pero a la vez todos ellos les remitían pacientes, clientes, casos de cumplimiento alternativo de condenas e hijos y, además, las financiaban con procedimientos extraordinarios. Sólo los Medios de Comunicación parecían disfrutar con todo aquello porque las CTD se convirtieron en una fuente continua de noticias (a veces muy ciertas y en ocasiones menos) escandalosas y morbosas.

Con la puesta en marcha del Plan Nacional sobre Drogas la situación cambia. Se realizaron los primeros estudios para tratar de comprender qué eran las CTD (Polo y Zelaya, 1983, Comas, 1988), se apoyó la creación de asociaciones, se realizaron

2.-No podemos dejar de considerar que el argumento, muy razonable, que afirma que la oleada de desinternamiento fue muy útil para acabar con unas instituciones obsoletas, los antiguos manicomios, que se resistían a desaparecer como tales.

3.-En España la Comunidad Terapéutica en el área de salud mental ha sido promocionada por organizaciones como la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo (SEPTG), que ha celebrado dos Symposium sobre el tema, Vitoria, 1991 y Valencia, 1992. En tales symposium, un numeroso grupo de profesionales de los servicios públicos de salud mental ha mostrado cómo la Comunidad Terapéutica ha sabido mantenerse activa en tales ámbitos.

4.-Un retraso que podemos atribuir al aislamiento que vivía España a consecuencia de su sistema político. Se perdió un cuarto de siglo de iniciativas y conocimientos científicos, y entre tales pérdidas la Comunidad Terapéutica es una más.

procesos de formación profesional, incluidos seminarios y encuentros de ámbito nacional, se dignificaron las condiciones físicas de los dispositivos, se pusieron en marcha sistemas de autorización, acreditación y homologación y se construyó un discurso técnico y metodológico sobre las CTD (Comas, 1992). Pero una vez ordenado el sector apareció, a partir de los años 1993-1994, un continuo rumor sobre "la crisis de las CTD".

Un rumor que no se podía ni acabar de confirmar, ni acabar de desmentir, porque faltaban los elementos empíricos que nos permitieran hablar desde la evidencia, ya que a partir de aquellas fechas las CTD se ven envueltas en un progresivo manto de silencio.

En el año 2005 pensamos que había llegado el momento de abrir el embozo y se propuso a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas la realización de una investigación sobre la situación, en España, de las CCTT para adictos a drogas. El punto de partida era repetir la investigación que se había propuesto en 1986 y realizado a lo largo de 1987, para tratar de averiguar lo que había pasado efectivamente durante estos 20 años y cual era la actual situación de este tipo de dispositivos.

Para conseguirlo se recurrió a un diseño muy simple: se preparó un cuestionario, quizá un tanto largo, prolijo y complejo, que figura en el Anexo 1. Para preparar el cuestionario se utilizó de base el utilizado en la investigación similar realizada en 1987 (Comas, 1988), al Cuestionario de Homologación de las Comunidades Terapéuticas de la APCTT de 1992-1996 y el sistema de evaluación conjunto diseñado para esta misma organización (Comas, 1994). También se tuvieron en cuenta los trabajos de supervisión de distintas CCTT realizados en los últimos años. Dicho cuestionario (diseñado para que fuera contestado sobre cualquier ordenador), que fue acompañado por el modelo de carta que también figura en el anexo, se remitió a todas las CTD acreditadas por las Comunidades Autónomas y recogidas en un registro de la Delegación de Gobierno para el PNsD⁵. Al mismo tiempo se preguntó a todas las CCAA si conocían otras CTD que no estuvieran en el listado. La respuesta fue negativa en todos los casos. El listado de las 119 CTD, real y actualmente acreditadas, en España figura en el Anexo 2⁶.

5.-El registro es un poco confuso porque no hay un criterio claro de lo que es una CC.TT. Algunas Comunidades Autónomas incluyen bajo esta denominación a Centros de Día y otras, incluso, a "los dispositivos ambulatorios que son la puerta de entrada en las CC.TT.". Una de ellas desagrega, como si se tratara de dispositivos diferentes, todos los programas de las CC.TT., identificando como una CC.TT. el "programa de integración social del Centro XX". Esta falta de criterio administrativo resulta, en sí mismo, muy relevante.

6.-En el mismo no figuran, porque no están acreditados, ni los Centros de Narconon España que pertenecen a la Iglesia de la Cienciología, ni los centros evangélicos que forman parte de Reto y Remar. En el primer caso, lo expresado en el Informe de 1987 sigue siendo perfectamente válido, porque su forma de trabajar es exactamente la misma (Comas, 1988). Además, está claro que los Centros de Narconon no son Comunidades Terapéuticas por mucho que se empeñen en ello. En cuanto a los centros evangélicos, teníamos un cierto interés en incluirlos en este trabajo, aunque limitándonos a los pocos que aparecen acreditados, para comprobar hasta qué punto habían evolucionado desde 1990 (Silva y Ramírez, 1990). Pero ellas mismas nos indicaron que se excluían del estudio.

En el mismo listado se señalan las que contestaron al cuestionario y las que no lo hicieron. En total contestaron 82 de ellas, es decir, un 68,9% de las registradas⁷. Pero para alcanzar esta cifra, tan discreta en cualquier caso, se tuvieron que realizar cinco ciclos completos de reclamaciones telefónicas, centro a centro. Porque en la fecha prevista como fecha límite para el envío de las respuestas, apenas una veintena de CTD habían contestado al cuestionario, y sólo con las continuas llamadas posteriores, en algunas de las cuales fue incluso necesario recurrir a figuras interpuestas para que ejercieran su influencia, se consiguió alcanzar la cifra antedicha. Debe quedar claro que apenas hubo negativas explícitas entre las que no reenviaron el cuestionario, y muchas trataron de justificarse con argumentos relacionados con la incapacidad para contestarlo.

Los argumentos para no completar el cuestionario fueron de tres tipos: La carga de trabajo cotidiano que les impedía asumir una tarea “tan diferente”, la complejidad del cuestionario y la existencia de una “crisis en la institución o en el equipo” que les impedía dedicar sus esfuerzos a “otro tema”. Se trata de tres argumentos recurrentes, que dieron muchos de los que contestaron, que en ocasiones se entremezclaban formando una nebulosa de “agobio ante lo cotidiano” que, como veremos, son en parte reales y en parte ficticios. De hecho, la lista original facilitada por el Plan Nacional sobre Drogas incluía 134 Comunidades Terapéuticas, pero al preparar el primer envío pudimos constatar que nueve de ellas ya no existían y mientras se realizaba este trabajo de campo, en el primer semestre de 2006, han cerrado sus puertas otros cinco dispositivos. En este periodo, que sepamos, no se ha abierto ninguna nueva Comunidad Terapéutica, aunque alguna ha ampliado sus instalaciones y aumentado el número de plazas. En cualquier caso, los propios resultados del trabajo de campo nos indican que la “idea de la crisis” quizá sea, al menos en este momento, parcialmente cierta y hay una parte importante de dispositivos con problemas. Pero no adelantemos conclusiones.

Las respuestas obtenidas en los cuestionarios fueron grabadas en Excel (en una sola hoja poco manejable por su tamaño pero interesante por sus prestaciones) que ha servido a la vez como base de datos y como instrumento de cálculo para ofrecer los resultados que aparecen en este Informe.

7.-Aunque hemos trabajado sobre 84 cuestionarios, porque en dos Comunidades Terapéuticas coexisten dos espacios y dos programas diferentes, el uno de menores y el otro de adultos, y nos remitieron una doble respuesta. Más adelante ampliaremos la explicación esta cuestión.

Para completar y contrastar los resultados del cuestionario, que en cualquier caso constituyen el cañamazo que orienta los diferentes capítulos de este texto, se recurrió a dos estrategias complementarias. La una fue la búsqueda de toda la literatura, incluida la gris, que se había generado en estos últimos 20 años sobre las Comunidades Terapéuticas en España. Más de un tercio de las entidades que respondieron al cuestionario no sólo mandaron los anexos solicitados sino que incluyeron otros textos y elementos que conforman, una vez editados, más de un metro cúbico de papel. Un resultado inesperado, y opuesto a la idea de crisis, que está muy presente en todo el Informe y de manera particular en el capítulo 8.

La otra estrategia fue un trabajo de contraste “in situ” de carácter cualitativo. Se visitaron 15 Comunidades Terapéuticas: se entrevistaron a sus responsables y/o se realizaron reuniones con el equipo, se revisaron los espacios y se discutió sobre el futuro de las mismas. Después, los responsables de cada visita, dos Psicólogas, Esther Martín (EM) e Inmaculada Aguilar (IA), y un Educador Social, Álvaro Olivar (AO) realizaron sendos informes sobre cada una de ellas. Dos de ellos han dirigido Comunidades Terapéuticas y otra es actualmente responsable de un Servicio Ambulatorio. En algunas de las visitas participó el autor del Informe, Domingo Comas (DC). Los dispositivos visitados, con indicación de quien los visitó, fueron:

- 1._Alborada (Pontevedra) (EM)
- 2._Cartaya (Huelva) (IA)
- 3._CES Entaban (Zaragoza) (AO)
- 4._CITA (Barcelona) (IA)
- 5._Confurco (El Ferrol) (EM)
- 6._El Frago (Zaragoza) (AO)
- 7._Fundación Candéal (Burgos) (AO)
- 8._Kortezubi (Vizcaya) (EM)
- 9._La Coma (Barcelona). (IA)
- 10._Los Almendros (Madrid) (AO/DC)
- 11._Manu-Ene (Vizcaya) (EM)
- 12._Prado de Santa María (Córdoba) (IA)
- 13._Santa Lucía (Madrid) (AO)
- 14._Vañes (Palencia) (IM/DC)
- 15._Vegas Altas (Badajoz) (EM/DC)

Como puede verse, se trata de dispositivos situados en diversas regiones, algunos públicos, otros concertados y alguno privado puro. Algunos proceden de la antigua Red de “entidades profesionales de la APCTT”, otras de Proyecto Hombre y otras pertenecen a Dianova. Algunas funcionan con presupuestos escasos y otras tienen notables presupuestos. Algunas tienen muchas plazas y otras muy pocas. Algunas se sienten en crisis y otras se sienten muy estables, seguras y capaces.

Con los Informes en la mano, los cuatro participantes en la fase cualitativa realizaron una discusión para intentar establecer el perfil común de los centros

visitados. En un primer momento las posiciones eran poco coincidentes, hasta que comprendimos que tratábamos de generalizar las particularidades de una Comunidad Terapéutica o de un grupo de ellas. En realidad resulta difícil definir elementos comunes cuando cada dispositivo ha adoptado -para sobrevivir en un contexto administrativo y corporativo poco favorable, aunque peculiar en cada Comunidad Autónoma- estrategias de adaptación un tanto diferentes.

De hecho, actualmente en España, podemos afirmar que las Comunidades Terapéuticas se caracterizan por la diversidad de situaciones, por el complejo entramado de identidades que utilizan y por la confusión terminológica y metodológica que les envuelve en aquellos espacios donde **deben ser**, aunque sea parcialmente, visibles. Justamente, en el resquicio que forma la combinación entre este problema de falta de identidad y lo que más arriba he llamado "agobio ante lo cotidiano", surge la cuestión de la memoria que se puede formular como: *"No tengo tiempo para aprender a recordar, para pensar sobre mi identidad, porque el trabajo cotidiano, que tiene que ver con personas concretas con necesidades reales, así como la lucha por mantener activa la entidad, me impide disponer del suficiente sosiego para dedicarlo a esta tarea. Soy consciente de que mi déficit de memoria conceptual contribuye al agobio cotidiano, pero no sé por dónde cortar porque las exigencias institucionales me plantean constantes retos y no puedo abandonar a las personas a mi cargo"*.

Pero a pesar de tanta diversidad, de tantas estrategias particulares para la supervivencia, mi instinto positivista me dice que la idea esencial de la Comunidad Terapéutica ha pervivido en todo este proceso, tanto en determinados profesionales, como en determinados centros y de una forma transversal en todos ellos. Porque es una idea muy potente en términos intelectuales, porque es eficaz desde el punto de vista de los derechos sociales y de ciudadanía y porque es razonable, aunque sea costosa de mantener, por los resultados obtenidos. Esto significa que las piedras del camino están en el camino, aunque no seamos capaces de verlas o mirarlas.

No sería sincero del todo si no aclarara que una parte de las ideas que orientan este texto también son el resultado de determinadas tareas de supervisión realizadas en los últimos años con diferentes Comunidades Terapéuticas. Tareas que siempre me dejaron con una sensación de inquietud, porque mis respuestas me parecía que atendían sólo a asuntos provisionales y urgentes, a demandas concretas, las más de las veces angustiosas, de los profesionales, alejándose del corazón de la cuestión. Esto me permite entender muy bien la cuestión del agobio cotidiano y vincularlo, como veremos más adelante, a la falta de atención institucional a las Comunidades Terapéuticas. Por este motivo tengo muy claro que cuando uno se enfrenta a esta disyuntiva entre lo conceptual y lo cotidiano, tiene la obligación de atender a la demanda concreta, pero a la vez se debe mantener la suficiente lucidez para entender que el problema no se limita a esta urgencia, si no que se trata de otra cuestión a la que nunca se puede otorgar la suficiente atención y que acabará por devorarnos. Los objetivos de este

libro pretenden superar la disyuntiva pero suponen también un intento de aliviar esta comezón personal.

Finalmente quiero agradecer al Equipo del Departamento de Investigación y Evaluación de la Fundación Atenea Grupo GiD, encabezado por Carmen Arenas, y en este caso con la participación de Ana Ballesteros y Pilar Moreno, tanto por el buen trabajo de campo realizado, como por la paciencia demostrada para conseguir romper la barrera de la resistencia que solía adoptar la fórmula amable de *"cuánto me gustaría, pero estamos tan agobiados,..."*

Capítulo 2

LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA: ¿METODOLOGÍA O INSTITUCIÓN?

2.1.- Los componentes de un debate siempre aplazado.

2.1.1.- Sobre la necesidad de clarificar la cuestión de la identidad.

La historia, y la identidad, de las Comunidades Terapéuticas requieren un relato que clarifique sucesivos malentendidos. Se trata además de un relato que requiere realizar un cierto debate que no puede seguir aplazándose, aunque justamente en España es donde parece menos necesario. Porque, como concepto, existen dos modelos de Comunidad Terapéutica. De una parte aparece un tipo de Comunidad Terapéutica exclusiva del ámbito drogas, que responde a lo que de forma coloquial se conoce como “modelo Daytop”, y, de otra parte, aparece un tipo de Comunidad Terapéutica extensible al ámbito de salud mental y a otros problemas sociales que incluyen la atención a los adictos a drogas y que de forma coloquial se conoce como “modelo Jones”.

Ambos tipos de Comunidades Terapéuticas reproducen identidades diferenciadas, estructuras corporativas propias y se inscriben sobre tradiciones ideológicas alternativas. Pero a la vez el trabajo cotidiano (que expresa la metodología de la CCTT) en cada uno de estos modelos, al menos si lo circunscribimos al ámbito de atención a los adictos a drogas, es muy similar.

Esto es particularmente cierto en España, donde se ha producido una confluencia de situaciones, que se han descrito en el capítulo primero en términos de estrategias de supervivencia, de adaptación a las nuevas demandas y a los nuevos perfiles y de “agobios cotidianos”, que han producido una peculiar confluencia en el ambiente general interno de los propios dispositivos. Entre aquellos dispositivos que en 1988 identifiqué como “red profesional” y eran, con excepciones, más o menos afines al “modelo Jones” y aquellos que identifiqué entonces como “red Proyecto Hombre” y “red El Patriarca” representaban, con notables diferencias entre sí, el “modelo Daytop” en España (Comas, 1989), hoy en día hay pocas divergencias reales entre todas ellas. Aunque a la vez pervive una notable distinción en los contenidos de la narración, en los signos de identidad, en las tradiciones orales, en vínculos internacionales y en la concepción de la “misión” de unas entidades y otras.

Pero ocurre que a la vez los “excesos de lo cotidiano” impiden visualizar de una forma adecuada todas estas cuestiones. De una parte uno se sabe distinto, pero coloca esta distinción donde no debe⁸, atribuyendo al otro prácticas estereotipadas y alejadas de la realidad. El otro, la otra entidad o el grupo de dispositivos, se convierte en el reverso negativo de uno mismo, las coincidencias reales se ignoran y los demás, cualquiera de ellos, suponen un conjunto de prácticas terapéuticas imposibles que no están en ningún sitio pero sí en la mente de muchos.

Obviamente esto ocurre en parte porque, como veremos, las Comunidades Terapéuticas españolas llevan casi 15 años sin encontrarse, sin compartir espacios identitarios y de reflexión. Sólo aparecen espacios de encuentro esporádico limitados a determinados subgrupos o redes de entidades. Esta situación reitera el grado de abandono y olvido administrativo al que han sido sometidas las Comunidades Terapéuticas. Así, mientras que otras opciones terapéuticas dispongan de oportunidades para construir su identidad, las CCTT en España han estado, durante un largo período, sin disponer de un espacio en el que intercambiar las experiencias y las buenas prácticas. También es cierto, como veremos en el próximo capítulo, que durante otro período de tiempo, al menos hasta 1995, no tuvieron este problema.

Una buena manera de intentar superar esta situación de parálisis conceptual e identitaria consiste en abordar el debate aplazado sobre la Comunidad Terapéutica. Y en este apartado vamos a tratar de hacerlo a partir de una reconstrucción de los orígenes y la evolución posterior de la CCTT.

2.1.2.- La Comunidad Terapéutica según el “modelo Jones”.

La obra de Maxwell Jones se caracteriza por su acentuado carácter didáctico. Sus textos son relatos muy detallados sobre el funcionamiento cotidiano y concreto de las primeras Comunidades Terapéuticas, en particular la experiencia primigenia de la unidad psicosomática de Mill Hill para la rehabilitación de Prisioneros de Guerra que habían permanecido largos periodos en Campos de Concentración, lugar donde surgió la idea de la CCTT. Después continuó con su trabajo durante doce años en la Unidad de Rehabilitación Social del Hospital Henderson en Londres, lugar donde se puso en práctica por primera vez la idea de la Comunidad Terapéutica. Después paso cuatro años en el Hospital del Estado de Oregón (EEUU) donde

8.-Uno de los momentos menos gratificantes de mis tareas como supervisor de Comunidades Terapéuticas, se produce cuando, en alguna de ellas, algún miembro del equipo (no siempre todos, por suerte) comienza a describir las características que, según él, definen las Comunidades Terapéuticas que proceden de otra tradición, así como algunos dispositivos y programas ambulatorios. La carga de ignorancia y estereotipos negativos es, en ocasiones, tan intensa que llega a bloquear las posibles explicaciones. Claro que esto no es nada comparado con las imágenes que de las Comunidades Terapéuticas (de casi todas ellas), emergen en una parte considerable de la red ambulatoria específica de drogas, en la red sanitaria general, en la social y en la judicial. Esta combinación de ignorancia y maledicencia fragmenta la red asistencial, inadecúa las derivaciones, reduce la eficiencia de la misma y crea confusión y malestar en los usuarios, lo que seguramente se traduce en una peor atención. Está claro que existe una responsabilidad político-administrativa en no haber puesto los medios necesarios para resolver esta situación.

desarrolló los aspectos más conceptuales de dicha idea y finalmente en el Hospital Dingleton, un centro de Salud Mental de referencia zonal en Escocia, desde el que trató de proyectar la idea de la Psiquiatría Social sobre una población general.

La parte más significativa de la obra de Jones se refiere a la descripción de su experiencia en la Unidad de Rehabilitación Social del Hospital Henderson, a la que están dedicados sus textos más clásicos (Jones, 1952; Jones, 1953) y en particular los dos traducidos al español por editoriales argentinas hace ya más de 35 años (Jones, 1968a y Jones, 1968b). No hay nuevas traducciones ni reediciones en español y los textos son difíciles de encontrar, aunque todo el mundo los cita. A partir de los años 70, Jones se dedicó más bien a polemizar con los promotores de lo que él llamaba Comunidad Terapéutica Autoritaria y a tratar de fundamentar teóricamente, con escaso éxito, su propuesta (Jones, 1980; Jones, 1986; Jones, 1988). De hecho, Jones es más bien un profesional de la práctica terapéutica que un investigador, y su papel como creador e impulsor de la idea de Comunidad Terapéutica se sustenta más en lo que hizo que en lo que dijo, aunque la descripción de lo que hizo es especialmente interesante y conforma el contenido básico y fundacional de la Comunidad Terapéutica.

Esto resulta evidente en los dos textos traducidos al español, sin duda los más importantes a nuestros efectos. Se trata de dos textos, algo reiterativos, donde se cuenta de manera muy sencilla su experiencia en la Unidad de Rehabilitación Social del Hospital Henderson. Ambos libros deberían ser una lectura obligada para cualquier profesional del área de Comunidades Terapéuticas.

En ambos textos aparece una descripción de la Comunidad Terapéutica como una metodología de trabajo con enfermos mentales, desde una lógica jerárquica que comienza con las nociones y las aportaciones de la Psiquiatría Social (y en particular algunas evidencias que han trabajado antropólogos y sociólogos)⁹. A continuación trata de describir cómo se pueden integrar estas nociones en un hospital general y finalmente acaba por diseñar la metodología de la Comunidad Terapéutica. Se trata de una metodología general y transversal que pone en evidencia mostrando diferentes ejemplos, con patologías diversas, ámbitos diferentes (como la prisión o los programas de mantenimiento), describiendo las necesidades de

9.-Conviene aclarar que la Psiquiatría Social y por ende la Comunidad Terapéutica no son, en la versión de Maxwell Jones, estrategias comunitaristas (ni multiculturales), en la concepción moderna del término. Todo lo contrario, se trata de estrategias centradas en el individuo, profundamente respetuosas con sus derechos y necesidades, interculturales en su definición y post-coloniales en su formulación. En este sentido el apego a la noción de “Comunidad” puede producir no pocos malentendidos en relación a las actuales divisorias ideológicas.

formación de los profesionales o refiriéndose a tareas de grupos específicos como la enfermería.

¿Cómo es esta metodología? Pues la que aplican un grupo de profesionales con una titulación adecuada para realizar sus tareas y formados para actuar según un criterio “democrático”. Entre estos profesionales pueden existir personas que hayan padecido problemas similares a los usuarios (lo que les proporcionará un mayor grado de empatía) siempre que su rol se justifique con una titulación o una preparación adecuada. El concepto de “democrática” parece hoy en día redundante y una reacción al acentuado autoritarismo de las instituciones psiquiátricas en las que incluso los derechos más elementales de los pacientes eran pisoteados a diario por cualquier miembro del personal. Se supone que estas cosas hoy ya no pasan. Pero, en la terminología de Jones, democrático significaba algo más.

Significaba que los roles respectivos de profesionales y usuarios no eran asimétricos, aunque sí eran distintos, complementarios y, sobretodo, muy explícitos. Pero no podía producirse ningún tipo de jerarquía entre ellos, porque todos eran miembros iguales de una misma sociedad en las que estaban sometidos al mismo sistema de derechos y deberes. Conviene retener que Jones enunció este concepto de “Comunidad Terapéutica Democrática” en el mismo momento histórico, y casi en el mismo lugar, en el que Marshall enunció el concepto de ciudadanía y de hecho Jones se limitaba a constatar que en una Comunidad Terapéutica, profesionales y usuarios, todos eran ciudadanos¹⁰.

Las diferencias de roles tendrían, por tanto, que ver con el saber y la utilización de los mismos en términos de ayuda y eficaz atención a las necesidades de los usuarios. Obviamente este saber establecía un principio de desigualdad, pero esto nunca fue contemplado por Jones.

Sobre esta base general Jones estableció otros principios entre los cuales citamos los más importantes:

1._ La realización de asambleas generales de la Comunidad Terapéutica en la que participaban profesionales y usuarios.

10.-La noción de ciudadanía la formuló en 1950 como “un status que garantiza la pertenencia a la sociedad” y que a la vez es un “derecho humano básico” (Marshall, 1950). Conviene retener que Maxwell Jones publicó sus textos fundacionales en 1952 y 1953; también conviene retener que, de la misma manera, en los últimos diez años ha sido necesario poner en evidencia los intentos de limitar el potencial del concepto de ciudadanía.

2._La consideración del conjunto de los profesionales como un equipo para lo cual recurrió a las aportaciones de sociología de las organizaciones.

3._La priorización de las tareas relacionadas con el trabajo en equipo y en particular las diferentes reuniones de equipo, a las que Jones dedicó muchas páginas. La idea es que todos los miembros del equipo poseyeran un nivel de información equivalente sobre las características de los usuarios, sus necesidades, los procesos terapéuticos que seguían y que, además, las reuniones sirvieran para recoger información sobre estos mismos usuarios. Jones formalizó en extenso la cuestión de las reuniones de equipo, con horas mínimas, organización de las diferentes comisiones (acogida, valoración y diagnóstico, seguimiento y evolución de casos, salidas, altas terapéuticas,...), así como el tipo de profesionales que debían participar en las mismas y las tareas que debían desarrollar.

4._La utilización de lo que entonces se llamaba socio-terapia, es decir talleres y prácticas educativas que permitían ir adquiriendo destrezas sociales y en especial el desarrollo de la capacidad para ir asumiendo responsabilidades.

5._La conformación de una “cultura terapéutica” que se sustentaba sobre dos ideas, de una parte los “grupos terapéuticos” (de hecho Bión fue un activo participante en el proyecto de la Comunidad Terapéutica) y de otro, la idea de “compartir” esta cultura (Bión, 1959; Bión, 1962).

6._La idea de que la “confrontación” era imprescindible para avanzar en la resolución de los problemas.

Todo ello suponía para Jones una “nueva modalidad de terapia”, aproximándose a lo que ahora llamaríamos modelo tras-teórico y que trataba de englobar todas las orientaciones terapéuticas entonces practicadas, desde el psicoanálisis hasta los modelos conductuales. Aunque al final Jones acabó asignando a lo que él llamaba “teoría de los sistemas” (y a la sociología de las organizaciones) el papel de “marcos conceptuales” que engloban a todos los demás.

Para Jones la CCTT es un “sistema comunicativo”, porque conforma un espacio holístico para la aplicación práctica de todas las posibles ideas y orientaciones teóricas y metodológicas. Es decir, lo que en términos modernos se conoce como “un sistema cerrado pero operativamente abierto” (la frase es de Habermas). La CCTT es un lugar cerrado en el que fluye la información sin ningún límite, un lugar desorganizado que está en constante organización y que el equipo terapéutico debe poner, de forma continua, en relación con la información externa. En este lugar se produce un proceso de maduración (Jones, 1976) cuya descripción por parte de Jones recuerda mucho a las entonces desconocidas aportaciones de Wygotsky¹¹, sobre la necesidad de las experiencias reales para el aprendizaje de la vida (Wertsch, 1993), en el sentido de que una experiencia real es una participación, activa o contemplativa, que exige la presencia de otras personas en

un acto social efectivamente realizado. En una CCTT cada participante asume un papel particular en la acción, pero a la vez es capaz de comprender la totalidad de la experiencia desde su propio punto de vista, porque en el caso de personas adultas la mera verbalización de la experiencia resulta insuficiente para el aprendizaje de la vida que debe sustentarse sobre la confrontación con experiencias reales (Lipman, 1996).

En cualquier caso, Jones no era inocente y siempre aludió a que la CCTT requería “una sanción positiva desde arriba”, es decir, apoyo institucional y social externo, un equipo de profesionales que creyera en el proyecto y un modelo de referencia (teórico y metodológico) que sustentara todo el entramado (Jones, 1980). El modelo teórico implicaba la “apertura operativa del sistema” y exigía la presencia de profesionales con un nivel de conocimiento científico elevado, para sustentar esta apertura y que la CCTT no derivara hacia una institución cerrada.

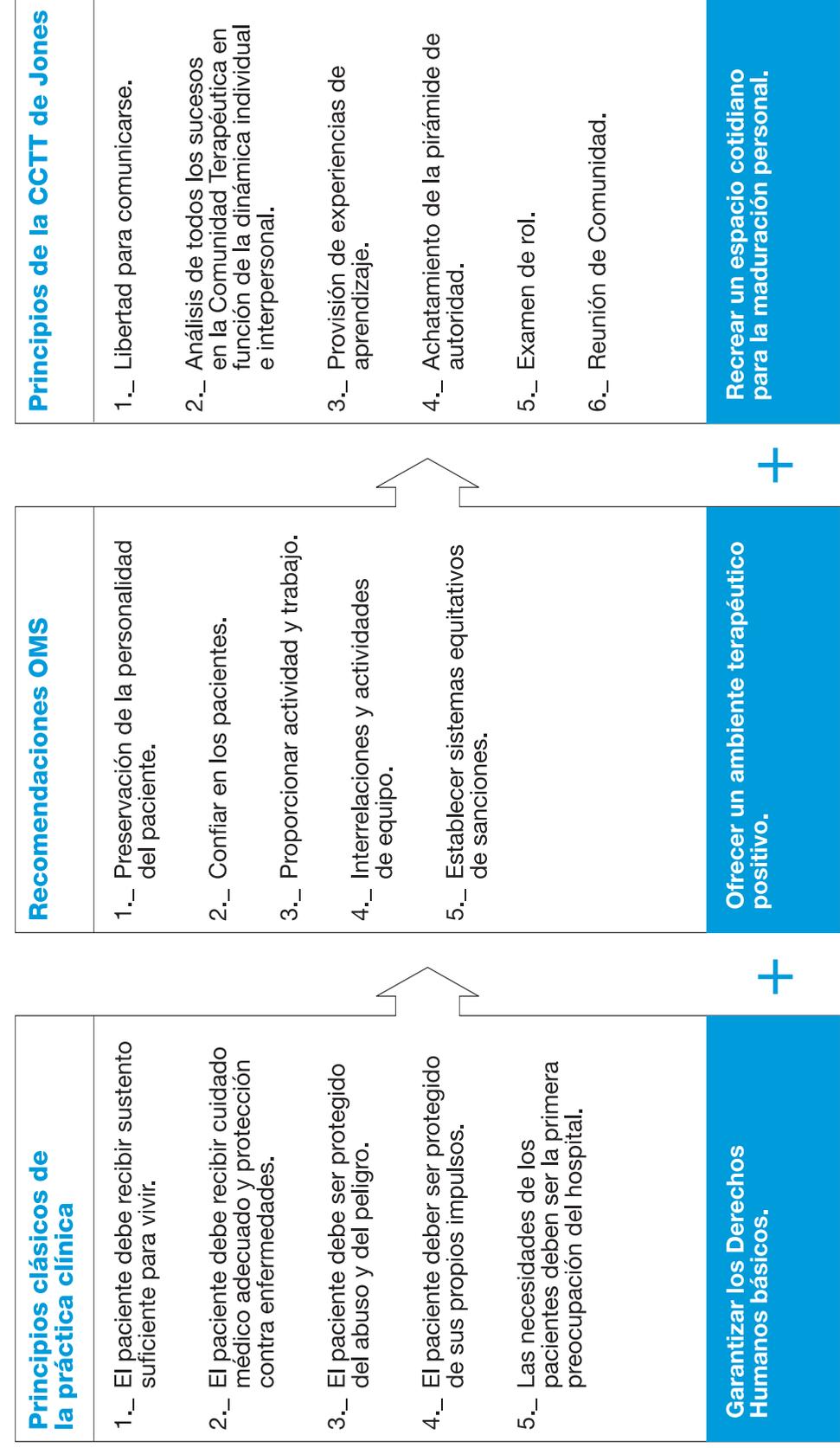
A modo de resumen, en la página siguiente se ha esquematizado a partir de un conocido libro sobre Psiquiatría Social la idea de “la conformación de un ambiente terapéutico en el área de salud mental”, que creo que recoge muy bien la dinámica del área hasta llegar a la CCTT de Jones (Clark, 1964).

Se trata de una evolución que comienza con los principios éticos clásicos de la práctica clínica, sigue por las recomendaciones del Comité de Externos de la OMS de 1952 y concluye con los principios de la CCTT de Jones. El primero pretendía garantizar los derechos humanos básicos, el segundo ofrecer un ambiente terapéutico positivo y el tercero recrear un espacio cotidiano para la maduración personal de los enfermos. La he incluido en el texto porque tal perspectiva evolutiva nos sirve, con mayor vigor que las descripciones anteriores, para entender lo que efectivamente es una Comunidad Terapéutica.

Por último y para concluir esta presentación del modelo de CCTT de Maxwell Jones, voy a añadir una de las conclusiones de una de las evaluaciones de CCTT más precisas realizadas hasta ahora. Para Peter Manning la CCTT supone “*un proyecto integral de reforma sobre el conjunto de modelo de la práctica de la intervención social y sanitaria*” ya que incluye “*una propuesta metodológica, pero*

11.-Aunque es posible que conociera la obra de Mead con la que tiene muchos puntos en común, (Mead. 1934)

La conformación de un ambiente terapéutico en el área de salud mental (tomado de David H. Clark, 1964)



también es un proyecto técnico para mejorar las políticas sanitarias y sociales". Lo cual supone, según él mismo explica, el rechazo de las redes generales, porque esto significa "la culminación de los ideales del Estado de Bienestar, es decir, reconsiderar el papel de las distintas corporaciones profesionales". Para conseguirlo la CCTT apuesta por la "innovación de las prácticas de investigación científica, al adoptar un modelo de investigación aplicada, que se confronta con el modelo de laboratorio de la investigación básica en el área de ciencias de comportamiento" (Manning, 1989).

La conclusión de Manning establece que las CCTT suponen, por encima de su virtualidad esencial, "un programa de investigación mucho más relevante de lo que estima el imaginario científico" pero que se enfrenta a la falta de reconocimiento y de recursos aunque a pesar de todo realiza aportaciones importantes. En el capítulo 8 retomaremos este tema.

También insinúa Peter Manning que la "CCTT científica" se ha construido en contra de la noción de "CCTT carismática" y que el abandono de la práctica de la investigación conduce a la falta de expectativas, después a la rutina, lo que conduce a una crisis, ante la cual las estrategias de supervivencia son inútiles y finalmente se llega al colapso, es decir, al cierre de la CCTT.

La visión que ofrece Manning de la Comunidad Terapéutica de Jones como una oportunidad para ensayar programas de investigación y procedimientos de mejora social, aparece en otros autores, algunos incluso más afines al modelo Daytop. Así, por ejemplo, la CCTT puede ser un espacio para la reestructuración de los sistemas familiares (Yaría, 1988): también puede ser el lugar donde se ponga a prueba "nuevas constelaciones de valores" (Goti, 1990), y su capacidad para adaptarse (que veremos que es cierta) no sólo implica su supervivencia sino que la convierte en un referente a la hora de analizar los procesos globales de cambio social (Mereki, 2004). Quizá demasiado para una institución que siempre ha sobrevivido de una forma un tanto apurada. Porque la historia de las CCTT es también la historia de sus sucesivas crisis y las maneras un tanto paradójicas de cómo las fue superando.

2.1.3.- El modelo Daytop de Comunidad Terapéutica.

La gran crisis de la Comunidad Terapéutica estuvo relacionada con una decisión política, por el efecto de la hegemonía de la criminología liberal en los ámbitos judiciales, unido a la existencia de una opinión pública escandalizada por los sucesivos informes que ponían en evidencia la situación interna de las Instituciones Psiquiátricas. Todo ello produjo la oleada de desinternamiento, primero en EEUU y los países del norte de Europa, después en el sur y finalmente con la Ley General de Sanidad en España en 1986 (aunque los procesos y conflictos se habían iniciado antes). Una oleada que se llevó por delante tanto a las "malas prácticas" comunes en muchos manicomios, como a los procesos de reforma que trataban de evitarlas, entre los cuales, quizá el más significativo, era el de la Comunidad Terapéutica.

Como hemos visto, la Comunidad Terapéutica era una respuesta coherente y racional a la situación de los manicomios, pero cuando llegó la reacción contra los excesos, actuó de una forma masiva e indiscriminada y toda la experiencia terapéutica fue barrida a la vez que los malos tratos, los abusos sexuales o el abandono de muchos enfermos en la propia institución.

En el Informe de 1988 expliqué de una forma más detallada cómo se habían producido estos hechos, aunque por ser tan recientes aparecían de una forma más confusa. Aunque quedaba claro que en aquella tormenta (de la que ofrecía datos para España) barrió con todo, con lo malo (que era mucho) y con bueno (que era poco). Como consecuencia se diluyó la experiencia de la CCTT de Jones (incluidas las primeras y tardías experiencias españolas), al tiempo que, a causa de aquel mismo movimiento socio-político, apareció el segundo modelo de Comunidad Terapéutica específica y exclusiva para adictos a drogas (Comas, 1988). En los párrafos siguientes resumo la historia tal y como la conté hace dos décadas, a partir de las narraciones de otros autores (O'Brien, 1985; Roig Traver, 1986; Yablonsky, 1981; Mann, 1987; Ottenberg, 1985 y Lassoff, 1985), porque tampoco se han producido otras aportaciones posteriores en torno a la historia de las CCTT, salvo en un reciente libro en el cual se han incluido nuevos detalles y desde la perspectiva de la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas (FMCT), esta misma historia (De Leon, 2000).

La ola de desinternamiento provocó, en EEUU, una reacción de los propios enfermos mentales y sus familias que buscaron fórmulas alternativas para resolver el problema de unos enfermos que habían sido considerados crónicos y que, de pronto, estaban en la calle sin ninguna ayuda social, sin apoyo terapéutico y en ocasiones con patologías, no peligrosas para los demás, pero inhabilitantes para sí mismos. Una parte sustancial de aquella población se convirtió en "sin techo" pero otros desarrollaron alternativas originales y autónomas.

Una de las alternativas fue Synanom. Todo comenzó en un garaje (¿Como no!) de Ocean Park en California en el año 1958. Allí se reunían un Grupo de Alcohólicos Anónimos (AA.AA) que acogía a otros enfermos. El fundador del Grupo y de Synanom era un tal Charles Dietrich que trataba de aplicar la metodología de AA.AA a otros enfermos. Ante el fracaso de la opción ambulatoria, decidió crear un centro de internamiento, en Santa Mónica que, como dijo O'Brien el fundador de Daytop, "floreció a lo largo de cinco años ante la indiferencia profesional".

Synanon se constituyó como una "Comunidad Residencial" para adictos a drogas que no admitía ni financiación pública, ni un trabajo terapéutico reglado, ni la participación de ningún profesional, sino que se basaba en una estrategia de pares con el modelo de autoayuda de AA.AA, que actuaban formando una "familia sustituta" ubicada en un lugar físico donde los adictos desarrollaban su "proyecto de vida" al margen de la sociedad. El dispositivo se identifica entonces como "otro lugar" en el que las personas adictas no podían vivir sin recaer en la adicción, lo que supone que debían permanecer de forma indefinida en Synanon.

Quizá por este motivo, para garantizar el futuro y en busca de la supervivencia económica para todos los internos, Synanon era una institución intensamente jerarquizada, que no admitía reingresos y que buscaba expandirse para dar cobijo y una forma de vida a más adictos. Al final adquirió un perfil netamente sectario y se disolvió por los conflictos derivados de su opción como “lugar de vida”.

Lo más interesante de Synanon es sin embargo su dinámica “terapéutica”, una mezcla de AA.AA y de experiencia en Comunidad Terapéutica Psiquiátrica que tenía alguno de sus fundadores. El centro de la metodología eran los “Juegos de Synanon”, que representan la confluencia entre los “grupos terapéuticos” y el “grupo de autoayuda” de AA.AA, a su vez fueron la matriz de todas las posteriores “terapias de confronto” y del “grupo de encuentro”. Se trataba de técnicas que sólo eran posibles en un contexto residencial de la Comunidad Terapéutica, en la que se supone que no hay jerarquías y todos saben lo que hacen los demás. Los juegos parecen cumplir una doble función, de una parte organizan la vida cotidiana en Synanon y de la otra permiten a los miembros del grupo expresar sus emociones con respeto a los demás. La expresión de estas emociones se convierte en una suerte de reflexión sobre el pasado, y este “sacar a la luz” todos estos aspectos de la historia personal permite reconstruir, en público, otro proyecto de vida que se irá consolidando con el apoyo (y el control) de los otros miembros de la CCTT, que comparten procesos similares.

En este sentido, Synanon cumplió una doble misión: de una parte puso a punto una metodología (le dio nombre más bien) y de otra fue el espejo en el que se miraron docenas de instituciones que surgieron en EE.UU. a lo largo de la década de los años 60. En 1975 todas estas entidades fundaron la TCA (Comunidades Terapéuticas de América), que poco después determinó formalmente la misión y las características básicas de la CCTT. La TCA y posteriormente la FMCT estuvieron siempre muy influidos por la CCTT de Daytop Village, surgida en 1964 del encuentro entre un grupo de antiguos internos de Synanon y el apoyo de la Iglesia Católica en Nueva York. Este apoyo ha permitido a Daytop expandirse por todo el mundo y convierte a la Iglesia Católica, aunque de manera indirecta, en la confesión religiosa (en términos mundiales) más activa en este ámbito, aunque muy ligada a una opción metodológica cuya adaptación y transformación parecen muy necesarias.

El programa de Daytop ha sido muy bien descrito en un reciente texto accesible en español (De León), por lo que cualquier resumen sería parcial, pero podemos afirmar que es el fruto de la experiencia y las frecuentes reflexiones de un colectivo profesional (aunque hasta muy recientemente los exadictos eran mayoría) que durante cuatro décadas ha construido, refinado y formalizado un modelo de intervención terapéutica de notable eficacia.

En Daytop el problema no es la metodología, ni la falta de ajuste entre la teoría y los hechos, como ocurrió en muchas ocasiones a las CCTT del modelo Jones, una “dificultad” que relaté al detalle hace dos décadas (Comas, 1988). Se trata de otra cuestión que podemos explicitar como la “unilinealidad de los objetivos”

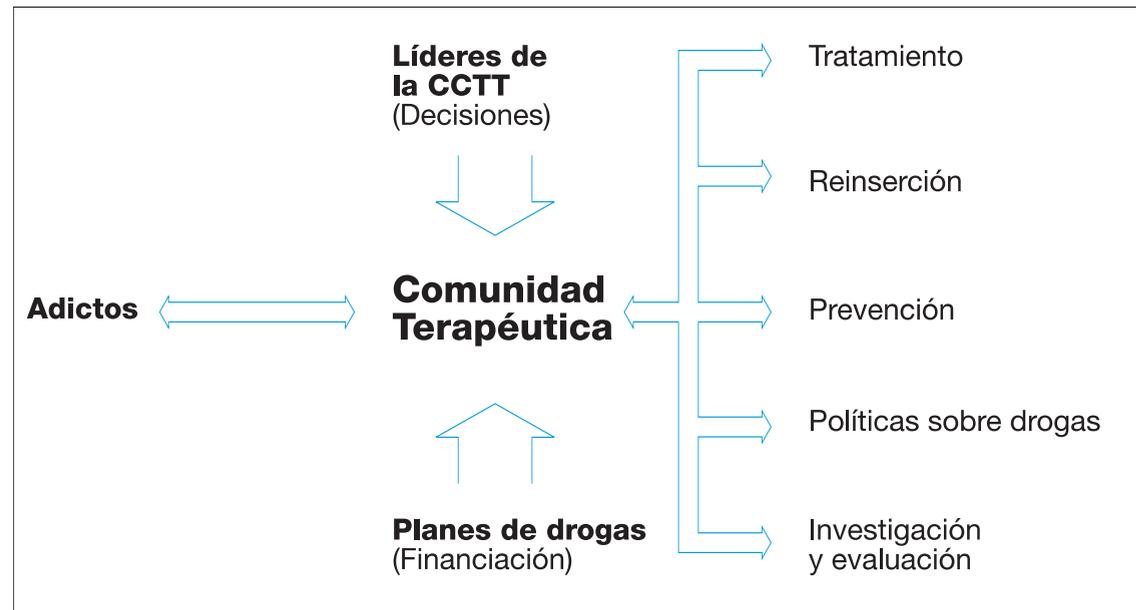
organizados en torno a la opción de la “perspectiva de la recuperación de la vida correcta”, lo que implica un maximalismo redentor muy poco acorde con las actuales políticas de drogas y en particular con las de reducción del daño y el riesgo dominantes en Europa. Se trata, además de “café para todos”, es decir, a no tener en cuenta las características diferenciales de cada adicto, lo cual también se contrapone a la noción de “indicación terapéutica” de la que, y no sólo en Europa, ya nadie duda. Ciertamente con el tiempo el modelo se ha ido adaptando y en la última década ha asumido la práctica del “diagnóstico individualizado” (y la fijación individual de objetivos), pero esto no es compartido por muchas CCTT norteamericanas.

En realidad, la diferencia que articula ambos modelos de CCTT se expresa en los dos esquemas de la página siguiente: (OJO: incluirlos en una página a partir de aquí) Por un lado, aparece el modelo de política sobre drogas centrado en la CCTT, en el que la perspectiva de la persona es sólo la de **esta persona en la propia CCTT**, el único lugar donde se supone puede recuperarse de manera completa y como tal. La Comunidad Terapéutica es el recurso asistencial por excelencia, en el cual confluyen los adictos, los planes y programas de drogas que deben financiar el tratamiento y un liderazgo que fue carismático y ahora se refleja en la rutina de la gestión (Manning, 1989). Las políticas sobre drogas se articulan entonces desde la CCTT, la cual define todas las intervenciones en este ámbito, desde la prevención escolar hasta el tratamiento médico, en base a su propia (e intensa) experiencia.

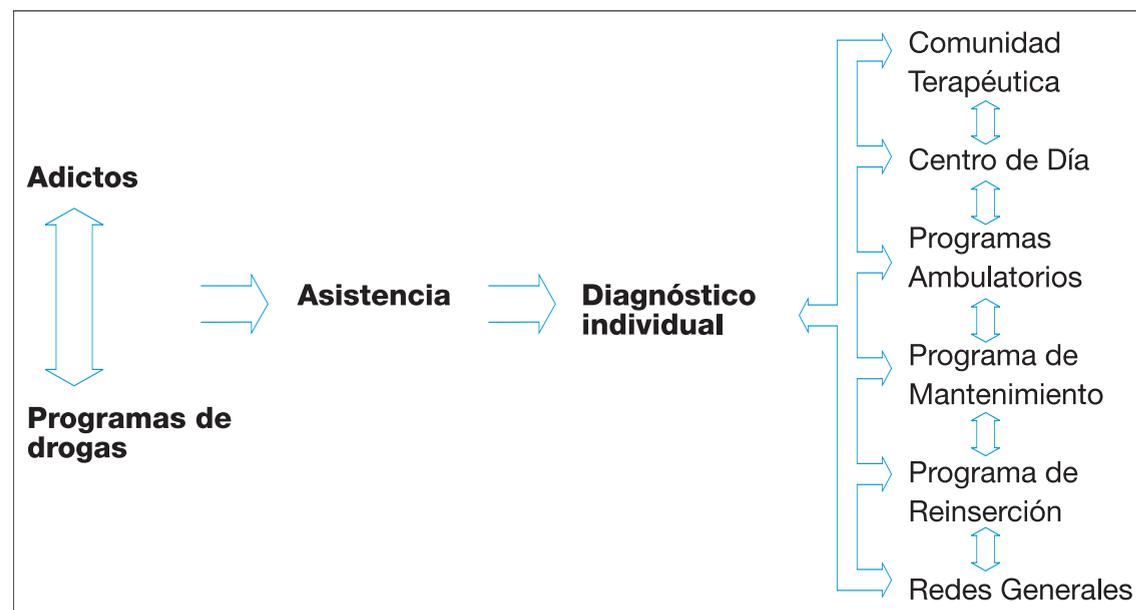
Frente a esto, el modelo centrado en la persona establece una relación primaria oferta/demanda y viceversa, entre los adictos y una constelación amplia de programas de drogas. Una parte de los programas son programas asistenciales y para todos ellos el punto de partida son los diagnósticos individualizados. El diagnóstico produce una indicación y la indicación permite una derivación. Una parte de las derivaciones pueden orientarse hacia una CCTT, que puede haber asumido de una manera total o parcial las técnicas de trabajo de Daytop. Pero en cualquier caso no se trata de una CCTT aislada, si no de un dispositivo que forma parte de una red con la que mantiene relaciones cotidianas y con la que podrá intercambiar usuarios de acuerdo con las necesidades de los mismos.

En España, como veremos más adelante, el primer modelo de CCTT ha desaparecido, y de forma global, aunque sobreviven algunas nostalgias, todas las CCTT forman parte de una red de atención a las drogodependencias que se ajusta al segundo modelo. De vez en cuando aparecen reivindicaciones del papel de la CCTT (Autores Varios, 2004), lo que es bastante pertinente. Pero en ningún caso se trata de reivindicar el modelo de centralidad de la CCTT, sino otra cosa muy diferente y concordante con el segundo modelo: **la adecuada consideración de la CCTT en la red asistencial, como un dispositivo abierto y plural, al que derivar perfiles que puedan beneficiarse de su metodología.**

Modelo centrado en la Comunidad Terapéutica



Modelo centrado en la persona



2.1.4.- Convergencias y divergencias.

Como iremos viendo, la propuesta anterior refleja muy bien la actual situación española. Pero esto no es así en todas partes. En fechas recientes el NIDA, ha editado un documento sobre “La Comunidad Terapéutica” que trata de resumir el “estado de la cuestión” y proponer cambios en la CCTT. La Conferencia mundial de la FMCT de 2006 parece seguir el guión de la agenda que marca dicho documento.

El documento del NIDA nos sorprende desde la evolución de las Comunidades Terapéuticas en Europa, primero porque define a las CCTT como “ambientes residenciales libres de drogas” y las sitúa dentro de las estrategias generales de “auto-ayuda”. Segundo, porque una vez realizada esta definición describe su capacidad global para afrontar problemas, sobre los cuales esta versión dogmática de la CCTT posee una capacidad limitada para la intervención, por ejemplo casos de doble diagnóstico, desarraigo social, menores, casos judiciales, personas con VIH activo,.... Es decir, en EEUU aparecen también nuevas demandas pero se les ofrece una respuesta estable que no se adapta sino que espera que los problemas se adapten a la institución. Esto supone que estos perfiles, estas personas, deberán adaptarse a la actual oferta de CCTTs, aunque, como veremos, propone algunos cambios mínimos en las mismas.

En tercer lugar, porque se plantea problemas como la baja tasa de retención y propone las mismas soluciones que se han adoptado en Europa reduciendo el grado de rigidez del propio recurso. Cuarto, porque establece que la “larga permanencia” en las mismas, que cifra en torno a 90 días, porque es más beneficioso que el resto de programas no residenciales de menor duración típicos del sistema de seguros privados de EEUU. Algo que, en nuestro contexto, podemos interpretar de manera muy paradójica ya que la duración de nuestros programas supera ampliamente los tres meses. Quinto, porque sigue atribuyendo un valor absoluto a factores como “el aislamiento” en parajes rurales y la existencia de un sistema normativo muy estricto, lo que es contradictorio con la propuesta para aumentar la tasa de retención. Aunque a la vez también expone como componente fundamental de la Comunidad Terapéutica todas las técnicas participativas típicas del “modelo Jones”, creando una especie de bucle directivo en el que los usuarios se supone que deben sentirse libres y no manipulados.

En sexto lugar propone una progresiva sustitución de los “consejeros” ex-adictos (un 66% en EEUU) por profesionales titulados. En séptimo lugar no sugiere ningún tipo de relación con las redes sociales y sanitarias externas, limitando el vínculo a las propias organizaciones de auto-ayuda. Varias frases reiteran la idea de que la CCTT es un “lugar de aislamiento” y no conviene que pueda ser “contaminada” desde fuera por la presencia de “instituciones ajenas”, lo que indica que los “nuevos perfiles” propuestos deberán asumir esta condición. Finalmente propone “reducir los periodos de tratamiento para reducir el coste y hacer más viable la CCTT” y reconvertirlas en “centros de día”.

El documento del NIDA, aparte de reflejar el progresivo alejamiento cultural entre ambas orillas del Atlántico norte, parece desde Europa, o al menos desde España, el reflejo de una situación ya superada. Una situación que aquí pertenece al pasado porque la institución ha cambiado profundamente y se ha modernizado, en cambio en EEUU, se pretende preservar las “esencias” de la institución, especialmente en aspectos ideológicos y simbólicos como “libre de drogas” (no dicen nada de fármacos), la preponderancia de la auto-ayuda o el aislamiento físico. A la vez, proponen cambios que, por razones objetivas, son ya inaplazables. Pero se supone que los cambios no deben eliminar las esencias que expresan la identidad de la institución, lo cual genera un planteamiento lleno de paradojas del tipo “no, pero sí”. Obviamente en España veremos cómo tales paradojas han sido superadas, pero el precio ha sido una intensa pérdida de identidad. Sin embargo, no hay que mirar al NIDA para recuperarla sino que debemos considerar un camino alternativo más consecuente: volver a la definición original de Comunidad Terapéutica. En una gran medida porque esto es lo que hemos hecho de forma implícita. Un planteamiento que también ha sido lanzado muy recientemente por uno de los líderes de la CCTT para los drogodependientes (De Leon, 2004),

2.2.- La auto-imagen de la CCTT en España.

Con la finalidad de tratar de visualizar las actitudes de las Comunidades Terapéuticas españolas en torno al debate presentado en el apartado precedente, se incluyó en el cuestionario una batería de veintiuna afirmaciones **acerca de lo que debían ser las CCTT**, sobre las cuales los responsables de la CCTT que rellenaban el cuestionario debían posicionarse en una escala 1-10. Asimismo se proveyó una segunda respuesta sobre el grado de consenso en el equipo en torno a cada una de las afirmaciones y a la puntuación que se le había otorgado, con tres posibilidades diferentes: la primera (CT) que significa “consenso total”, la segunda (CM) que significa “consenso mayoritario con algunas opiniones contrarias” y la tercera (FC) significa “falta de consenso u opinión mayoritaria”.

Pues bien, aunque nos preocupa la fiabilidad de los resultados, porque quizás muchos han tratado de “quedar bien” en una investigación que se ha financiado desde el Plan Nacional de Drogas, asumiendo lo que consideraban una posición “políticamente correcta”, que además estaría enmascarando los disensos, parece claro que la horquilla de la distribución de las puntuaciones medias, que aparecen en la tabla 2.1 indica que cada uno de los ítems ha sido valorado de muy diferente manera, lo cual garantiza la posibilidad de realizar un análisis de los mismos. Conviene señalar que han sido 75 las CCTT que han completado este test, mientras que 3 lo han hecho de manera parcial y han sido eliminadas. La horquilla de resultados se establece desde el 4,6 (suspense) de puntuación media que ofrece el ítem 9, hasta el 9,3 (sobresaliente) de puntuación máxima que ofrece el ítem 21.

Justamente el primero refleja la posición mística y voluntarista de las primeras Comunidades Terapéuticas, mientras el segundo plantea la necesidad de establecer vínculos con otras CCTT, con el conjunto de la red asistencial y con los servicios generales. Así que el viejo modelo de CCTT autosuficiente suspende y la nueva noción de CCTT, con identidad pero formando parte de la red asistencial, casi alcanza el nivel de matrícula de honor. Algo que no merece otro comentario.

TABLA 2
Puntuaciones medias e índice de consenso global de la batería de ítems sobre la identidad de la CCTT.

LA CCTT PARA DROGODEPENDIENTES...	MEDIA	INDICE CONSENSO
Es una institución bien definida que ha probado su eficacia y que no requiere grandes innovaciones sino recursos suficientes para desarrollar de una forma adecuada sus tareas.	7,0	0,104
Mide su grado de eficacia por su capacidad y competencia para vincularse y coordinarse con el resto de la red asistencial y utilizar los recursos generales presentes en el territorio.	6,9	0,109
Lo que importa en una CCTT es que los usuarios se sientan satisfechos por la atención recibida.	6,6	0,112
La transferencia de información entre iguales significa, en el caso de las CCTT, mantener vínculos y contactos con las CCTTs que compartan una orientación similar.	5,4	0,109
La CCTT es una metodología de intervención que debe adaptarse a las cambiantes condiciones del medio social.	9,1	0,093
La eficacia del tratamiento se mide en la evaluación, a largo plazo, del mantenimiento de la abstinencia y el logro de una plena integración social.	7,2	0,103
La CCTT requiere una organización horizontal, en la que las decisiones sobre los internos se tomen por consenso y tras un análisis muy detallado de cada caso.	7,4	0,102
Una Comunidad Terapéutica mantiene y realiza un determinado tipo de oferta asistencial, resultado de una evidencia y una experiencia histórica bien consolidada y no debe cambiar su estrategia frente a modas coyunturales.	4,9	0,116
Una Comunidad Terapéutica no es una entidad cualquiera, sino que esta imbuida de una misión objetiva a la que se debe dedicar todo tipo de esfuerzos sin someterse a las limitaciones laborales de otros empleos.	4,6	0,108
En una CCTT pueden coexistir, sin problemas, orientaciones teóricas, profesionales y conceptuales muy distintas.	4,9	0,117
Una buena CCTT es aquella que consigue modificar de modo radical la conducta cotidiana y las expectativas vitales de los adictos.	5,2	0,113
La metodología de la CCTT se basa en un marco teórico y conceptual reconocible, basado en la experiencia, en evidencias y en buenas prácticas, del que no conviene desviarse.	7,2	0,113
Respetar los derechos de los usuarios significa facilitarles su participación en cualquier toma de decisiones.	5,2	0,107
Una CCTT requiere una cierta coincidencia entre las orientaciones de los miembros del equipo técnico.	8,5	0,093
Una Comunidad Terapéutica es un dispositivo socio-sanitario sometido a las reglas de un protocolo de actuación que sume un colectivo de técnicos contratados para actuar dentro de dichas reglas	7,2	0,103
Un tratamiento eficaz es aquel que consigue alcanzar los objetivos previstos en el propio programa o particulares para un sujeto concreto.	9,1	0,093
La CCTT es una estructura abierta a la innovación, sujeta a un permanente cambio y en la que sólo permanece una estructura metodológica básica.	8,4	0,099
La eficiencia de la organización interna depende de la funcionalidad del organigrama y de una adecuada jerarquización de tareas.	7,8	0,099
Una CCTT debe estar permanentemente observando y analizando los cambios en la realidad para adecuarse a los mismos.	9,0	0,093
Respetar los derechos de los usuarios supone orientarles de una forma adecuada para que puedan superar su adicción, sin tratar de imponerles ninguna disciplina en lo personal.	5,2	0,105
La transferencia de información entre iguales significa, en el caso de las CCTT, mantener vínculos y contactos con todas las CCTT, con la red asistencial y con los servicios sociales y sanitarios generales.	9,3	0,093

Pero lo más interesante ocurre cuando agrupamos las puntuaciones medias de estos 21 ítems en tramos, ya que son tres los ítems que suspenden (8, 9 y 10), seis los que se limitan a aprobar (2, 3, 4, 11, 13 y 20), ocho los que se sitúan en el área de notable (1, 6, 7, 12, 14, 15, 17 y 18) y cuatro en la de sobresaliente (5, 16, 19 y 21).

¿Qué dice cada uno de estos grupos de ítems? Pues el primero, el de los suspensos, se refiere a la pervivencia del viejo y estereotipado modelo de Comunidad Terapéutica. A la que se le añade la idea de que no se puede funcionar sin consenso en el equipo, lo que quizás refleje justamente esta falta de consenso que trataremos de valorar más adelante. Otra interpretación posible es que el pasado suspende pero el futuro parece que depende del establecimiento de una cierta identidad consensuada.

Los meros aprobados agrupan los ítems del trabajo cotidiano de las CCTT, como eficacia para vincularse a la red asistencial, coordinación con otras CCTT que compartan las mismas orientaciones, capacidad para modificar la conducta y las expectativas de los internos, participación de estos usuarios en la toma de decisiones y un adecuado equilibrio en la directividad de la intervención con los mismos.

El área de las puntuaciones que establecen los notables es la más extensa ya que agrupa los elementos metodológicos básicos, así como los conceptos identitarios y teóricos que conforman la Comunidad Terapéutica clásica. Finalmente los cuatro sobresalientes nos hablan de la necesidad del cambio y la adaptación permanente, así como de la coordinación.

Visto en conjunto, en la actualidad, las CCTT españolas construyen su identidad rehuyendo los aspectos míticos del pasado, pasando de puntillas sobre algunos aspectos del trabajo cotidiano, haciendo hincapié en cuestiones de tipo conceptual y metodológico, para posicionarse claramente sobre la necesidad de una transformación continua y común de todo el sub-sector.

¿Hay consenso en torno a esta visión global? Pues parece que no del todo. Porque hemos transformado las respuestas sobre el consenso en puntuaciones, de tal manera que al consenso total le hemos asignado un 1, al consenso mayoritario un 2 y a la falta absoluta de consenso un 3. La suma de puntuaciones para las 70 CCTT que han dado una respuesta a esta cuestión elevada a 1000, conforma un “índice sintético de consenso” que aparece en la segunda columna de la tabla 2.1. Soy consciente de que en estas respuestas la sinceridad puede ser menor, pero esto no importa ya que lo que se pretende es una escala de grado de consenso en cada uno de los ítems. En cualquier caso, debemos tener claro que un resultado de 0,070 supondría un consenso total sin ninguna opinión en contra, que de ahí hasta 0,095 el consenso duplica al disenso y desde el índice 0,095 hasta el 0,140 el disenso aumenta de una forma significativa. Si hubiera puntuaciones por encima de 0,140, que no las hay, significaría que en el conjunto de CCTT españolas el ítem valorado genera intensos disensos.

Pues bien, el límite del amplio consenso es bajo, sólo cinco ítems parecer gozar de un consenso bastante general, son además los mejor puntuados en las valoraciones medias otorgadas, todos ellos se refieren a la necesidad de cambio y adaptación, a las relaciones con otros ámbitos y a la necesidad de tener una fuerte identidad. A la inversa, los ítems que generan menor consenso, en particular el 8 y el 10, se refieren a la necesidad de mantener las viejas señas de identidad de las CCTT, a esto hay que añadirle la cuestión de la satisfacción de los usuarios y la falta de identidad del dispositivo.

¿Qué significa esto? Pues que la opción por el cambio es mayoritaria y hay consenso sobre la misma, pero mientras los directores y coordinadores de programa que han completado el cuestionario (ver capítulo 4) visualizan el cambio como “una gran oportunidad para una nueva institución”, en los propios equipos algunos profesionales con experiencia, que no dejan de entender que el cambio es inevitable y hasta positivo, añoran, a la vez, la poderosa identidad y la seguridad del pasado. De hecho, y como iremos viendo, este es uno de los conflictos más frecuentes en las CCTT.

Algunas descripciones de los Informes de las visitas ayudan a captar mejor estos resultados. Porque así se visualiza la cuestión del cambio, según uno de los observadores en una de las CCTT visitadas.

Respecto a la identidad de la Comunidad Terapéutica, dicen que ahora se han reducido los conflictos respecto a la identidad, pero que en los últimos seis años se ha producido un proceso de adaptación y cambio que supuso crisis en el seno del equipo y cambios de personal en el mismo. El cambio básico que se percibe es la sustitución de la rigidez tradicional por otros enfoques.

En general, perciben como un elemento que dota de identidad a la CCTT elemento educativo: algo “común a todos”, relacionado con el término “comunidad” y que hace referencia al trabajo grupal. La psicóloga también apunta, junto con esto, la individualización de los tratamientos.

Otro elemento definitorio es la metodología, una organización terapéutica educativa que define el trabajo; en el terreno de la metáfora, se decía que el “café para todos” anterior, se ha convertido en diferentes tipos de café en función del perfil, debido a la heterogeneidad del grupo: casos de Patología Dual, jóvenes, etc... Apuntan, poco después, que quizá el verdadero elemento definitorio de la CCTT es que se pueden complementar ambos aspectos –el terapéutico y el educativo- mejor que en un tratamiento ambulatorio.

Otro elemento de importancia es la diferencia entre convivencia y residencia: se utiliza más la observación directa, se ha incrementado lo educativo pero no a costa de lo terapéutico; y, muy especialmente, se

han adaptado los objetivos a la realidad, en casos como la duración del proceso, que se ha acortado. Perciben dos cambios importantes: por un lado, una mayor flexibilidad, que ha supuesto una mayor adaptación; y, por otro lado, una menor intensidad, entendida como un ajuste de la exigencia.

El hecho de que sea un recurso grupal, de autoayuda, es terapéutico, los residentes pasan a tener un cierto protagonismo en el proceso, aumentando su responsabilidad y su autonomía. Esto, junto con un buen ambiente en lo referente a la convivencia, se interpreta como las bases del funcionamiento grupal en CCTT. Se asocia, asimismo, el trabajo relacional, la empatía, la vinculación interpersonal.

Otro elemento que ha cambiado y ha tomado importancia es la apertura al exterior: la CCTT. es semi-urbana (5 minutos en coche) y se trabaja mucho con el exterior, en cuanto a familias y grupos. Esto está muy relacionado con la idea de que el proceso de reinserción comienza mucho antes: a decir de los propios educadores-terapeutas, resulta muy difícil diseñar el tratamiento individual de alguien si no se tiene como referencia qué se hará después. Aún así, piensan que aún falta algo de adaptación a los nuevos perfiles en este apartado, en términos de trabajo en red o coordinación.

Esto último también es un elemento que les parece importante: la CT ahora está más integrada en la red, a diferencia del aislamiento anterior.

Otro elemento de interés para el equipo es que las tres fases del proceso se den en un sólo Centro, dado que se ve mucho mejor la evolución entre los residentes.

En cuanto al propio equipo, mantiene una organización que fomenta la versatilidad (cualquiera puede hacer cualquier cosa) y un cierto eclecticismo, aunque una de las psicólogas no está del todo de acuerdo con este planteamiento. Perciben un mayor nivel de profesionalidad en el equipo, –aunque puede observarse una mayor rigidez en una educadora-terapeuta del sistema tradicional que en el resto de los presentes.

Sobre la cuestión concreta de la Patología Dual, limitan esta cuestión a la esquizofrenia y al trastorno bipolar y se plantean, de forma exclusiva, la duda de “hasta dónde pueden llegar realmente” este tipo de residentes. El médico va ajustando la medicación y eso permite un funcionamiento aceptable; aun así, creen que este tipo de casos son manejables con pequeñas adaptaciones siempre que no se trate de una proporción alta de este perfil en el grupo.

Relacionado con esto último, pero extensible a otros perfiles, comentan que el trabajo por objetivos parciales resulta más válido y realista que el plantearse objetivos finalistas y la abstinencia.

Porque la propia noción de cambio otorga un nuevo papel a las CCTT, incluso para aquellas que respondían a un modelo tradicional. Veamos parte del Informe de otro observador sobre otra de las CCTT visitadas.

Ahora se identifica la CCTT. como “herramienta social”: no como un mero espacio de aislamiento, que en la metáfora se correspondería con un garaje donde se deja aparcado el coche, sino como un “taller de reparaciones”, donde la estancia tiene un carácter más activo y dinámico.

Se entiende que si la sociedad cambia, la CCTT. ha de cambiar para adaptarse a lo que la sociedad va demandando como respuesta ante los consumos problemáticos de drogas.

Como elementos clave de lo que es la CCTT. se destaca la convivencia y, muy especialmente, la contención (entendida metodológicamente), dado que se asume como un hecho evidente que la persona tiene dificultades para dejar la sustancia en su entorno y necesita tiempo para dedicárselo a sí misma.

Otro elemento importante es la normalización como objetivo, más que la abstinencia; desde los profesionales se entiende que no hay que centrar la atención sólo en la droga (a la que se entiende como un síntoma), sino en otros elementos de la persona, y la atención debe ser integral.

Los argumentos se repiten en la visita a otro dispositivo perteneciente a otra antigua “tradición” de CCTT. Las coincidencias en torno a la cuestión del cambio son, en parte, sorprendentes por tratarse de entidades con una historia muy diferente.

Respecto a la identidad de la Comunidad Terapéutica, perciben que en estos años se han producido cambios, muy especialmente en los tres últimos.

Estos cambios afectan en general a la línea de trabajo, dado que se tienen más en cuenta los procesos, y los recursos y habilidades de los usuarios; también se tiene más en cuenta lo individual de la persona y no tanto el “lo mismo para todos” anterior. Dicen que se trabaja más con las familias y no se las utiliza como mero recurso de apoyo al tratamiento del usuario.

Perciben una mayor capacidad para adaptarse a los cambios y que ha disminuido la rigidez, el control y la directividad por parte del equipo, a medida que ha ido incrementándose una actitud más dialogante y menos estricta. También afirman que se ha ido incrementando la responsabilización del paciente respecto a su proceso.

Creen que hay cada vez más heterogeneidad en el grupo de usuarios, sobre todo relacionada con los distintos tipos de adicción (ludopatías, por ejemplo) y el rango de edad cada vez más amplio. Respecto a esto último, perciben mayores dificultades con los jóvenes (hasta 21 años) a la hora de ocupar de forma satisfactoria el tiempo libre, aunque señalan como aspecto positivo que su presencia enriquece los espacios terapéuticos por ayudar a establecer más aspectos comunes a pesar de la distancia generacional.

También interpretan mayores dificultades para las CCTT a la hora de incorporar a usuarios jóvenes por el cambio de valores que se ha producido en la sociedad, la imagen social positiva asociada al consumo de cocaína, el estilo cada vez más permisivo de la educación familiar y los valores consumistas, individualistas y que hacen que parezca fácil obtener el éxito inmediato. Todo esto choca de manera frontal con el concepto de CCTT y valores como la importancia del proceso, la incorporación social como elemento motivador, la importancia del eje normativo en el centro o la de la convivencia y los logros como grupo. Creen que la población más joven muestra una más baja tolerancia a la frustración y que eso ha supuesto una cierta adaptación desde los profesionales, con una mayor flexibilidad.

Respecto a los casos de Patología Dual, afirman que, al no ser atendidos de forma adecuada por la sanidad pública, acaban llegando a la CCTT como espacio de contención, pero en el funcionamiento cotidiano no llegan a cumplir los mínimos por el exceso de fármacos que se les indican y el estado en el que éstos les mantienen.

Otro de los elementos que perciben como deterioradores es el acceso cada vez más frecuente de usuarios que llegan directamente de vivir en la calle de manera precipitada y las dificultades asociadas a esta situación en cuanto a la falta de motivación (que apenas se ha trabajado de manera previa al ingreso) y a la evolución en CCTT.

En cuanto a los cambios que se han producido en el propio equipo, creen que ahora el usuario es más protagonista (frente al protagonismo anterior del terapeuta), que hay más calidad de los procesos, más evaluación y profesionales más formados.

Todo esto tiene mucho que ver con la propia "crisis del modelo clásico de CCTT" y lo que más adelante llamaremos "estrategias de diversificación", es decir, la CCTT ha tenido que cambiar para poder sobrevivir y en este proceso de cambio ha aprendido a hacer cosas nuevas que ahora se visualizan como oportunidades bien aprovechadas. Veamos las impresiones obtenidas en otra visita.

El Centro ha pasado por momentos difíciles en cuanto a sostenibilidad económica. Periodo coincidente con el despliegue de metadona y la consiguiente crisis de las CCTT, a la vez que se produce un aumento de exigencia hacia el recurso por la administración pública unido a un abaratamiento de las plazas.

Como asociación deciden que hay determinadas salidas que no les interesan, como puede ser la de conveniar plazas con algunas administraciones a precios irrisorios. Hay un momento crítico de viabilidad económica que se remonta fundamentalmente por la adaptación del recurso a las nuevas demandas: programa de mantenimiento con metadona dentro de la CCTT, desintoxicación, cocaína, alcohol..., pero sin perder la identidad como recurso; así como por el nuevo programa residencial que ponen en marcha para menores. En la CCTT admitían menores, y desde esta experiencia empiezan a trabajar con menores con trastornos de conducta, que pueden ser o no consumidores, con medidas judiciales algunos de ellos.

El equipo técnico considera que es un recurso muy útil asistencialmente y la gerencia de la Fundación cree que se está remontando el momento oscuro de las CC.TT. Si bien, ha sido la propia entidad la que ha buscado su propio espacio rentabilizando el modelo de intervención de la CCTT.

La Fundación ha ido creciendo en torno a este recurso, le da mucho valor al mismo y al método de trabajo que representa. A la vez, lo ha ido situando en el espacio real que ocupa dentro del resto de recursos asistenciales, incluidos los propios.

Creen que actualmente se está en un momento mejor y que el modelo de CCTT resulta válido para el abordaje de otras patologías. Han trabajado ya con algún caso de ludopatía.

Aunque esta diversificación, y la vuelta a las raíces de la CCTT, conducen, en ocasiones, a salidas, que no por esperadas en el sector, puedan sorprender a los que entendieron que el "tiempo de las CCTT" había pasado.

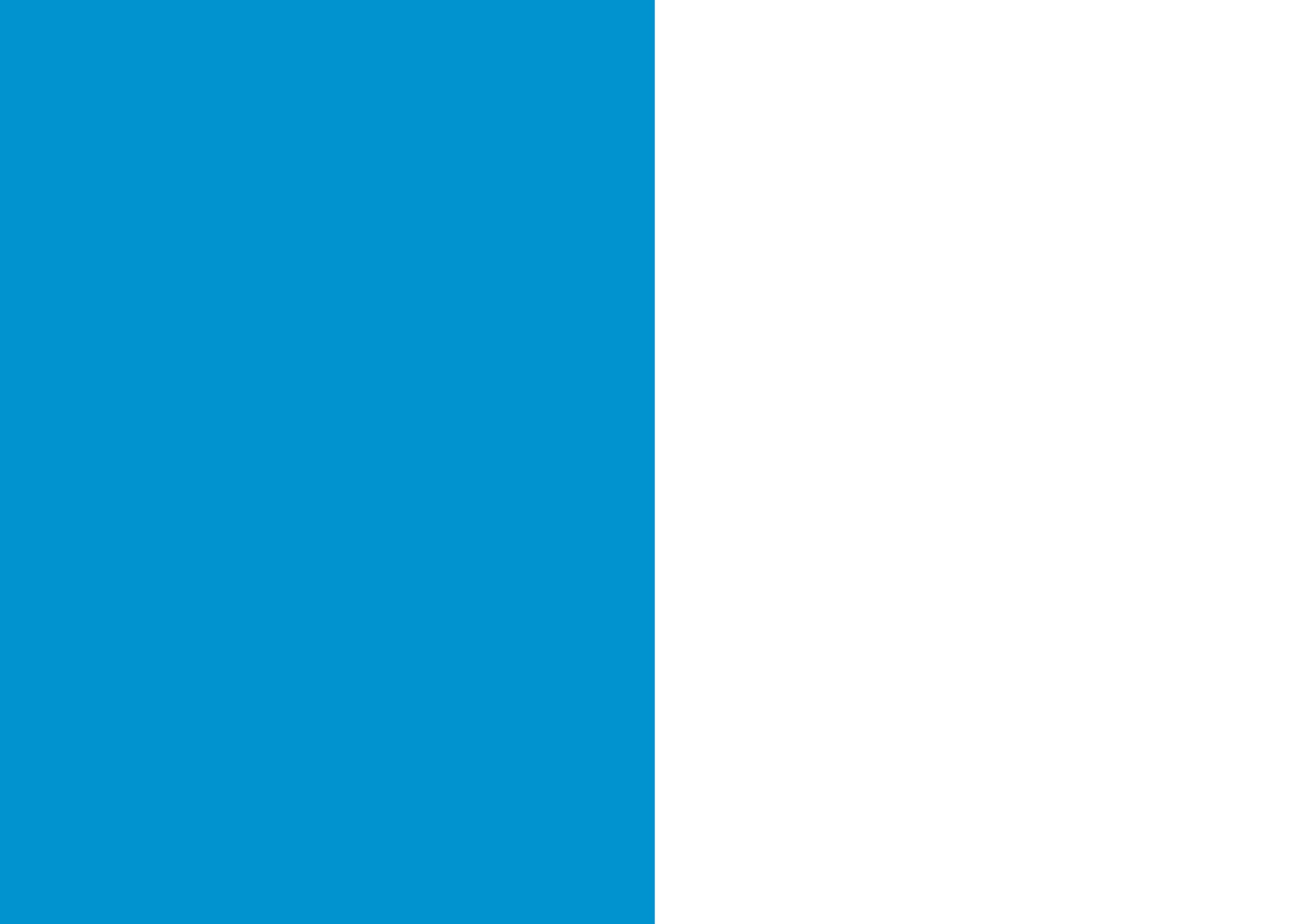
Una vez superada la crisis se han convencido de que el método de intervención dentro del modelo de CCTT es especialmente válido, de hecho han creado una S.L que gestiona una Residencia Urbana para patologías mentales, en la que aplican el modelo de la CCTT para drogodependientes: el dispositivo está situado en el centro de VG. El edificio es propiedad de la S.L. y está preparado para 45 pacientes, la casa tiene 1.861 m2, y todas las plazas están ya conveniadas con XX.

Pero la fase de los cambios no parece haber concluido y se perciben otras necesidades en perspectiva que darán lugar a nuevas demandas y a otro tipo de respuesta que, como veremos en este caso, alguna CCTT ya está proporcionando.

En términos de dinámica social, se percibe una disminución en la exigencia de los padres hacia los jóvenes, así como un incremento en la sobreprotección y en la justificación de comportamientos “desviados”; esto parece un reflejo del cambio que se ha producido en los valores sociales, algo que se hace notar en la relación entre el tipo de perfil y la sustancia que genera la demanda de tratamiento, por la distancia generacional entre los consumidores de unas y otras drogas. Una necesidad que se percibe es la de incrementar el protagonismo de las familias en el proceso, apareciendo como imprescindible una mayor y mejor coordinación CCTT-familia.

E incluso, al final, nos topamos con un dilema que, por su radicalidad y connotaciones éticas, nos obliga a reflexionar sobre los límites de la intervención en CCTT.

También se comentan las dificultades que plantea el perfil de mujeres dedicadas a un cierto tipo de prostitución más o menos normalizada y no necesariamente de lujo y cómo abordar con ellas posibles alternativas en el terreno pre-laboral y ocupacional, cuando sus ingresos, a veces con el simple “descorche”, incrementan de una forma notable los que podrían obtener con cualquier empleo. Algunas se plantean “dejar las drogas” para poder seguir en este “empleo” de una forma más controlada, no consumir y obtener así unos buenos ingresos que quizá necesitan porque son unidades monoparentales con hijos. ¿Cómo se puede plantear en este caso la integración socio-laboral? ¿Como una cuestión moral? Entonces abandonan el programa y no se alcanzan los objetivos asistenciales que se han previsto.



Capítulo 3

LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS EN ESPAÑA: UNA APROXIMACIÓN HISTÓRICA

3.1.- Trayectoria evolutiva global.

Al visualizar la trayectoria evolutiva de las Comunidades Terapéuticas en España se expresa un mito, compartido incluso por muchos profesionales y administraciones del ámbito drogas, que proclama: En nuestro país la Comunidad Terapéutica fue el principal dispositivo de atención a los adictos a drogas en los años 80, luego en los años 90 entró en crisis por el imparable crecimiento de los programas de metadona y pasó a ocupar un lugar residual. El mismo mito, aunque visto desde la otra orilla, añade: Las Comunidades Terapéuticas representaron en su momento la opción dogmática, cuando no totalitaria, de los Programas Libres de Drogas, que las nuevas Políticas Europeas de Drogas basadas en Estrategias de Reducción de Daño han convertido en obsoletas. Pues bien, vamos a ver cómo ninguno de los argumentos de la narración que sostienen ambos mitos es cierto, o al menos no lo es del todo, lo que significa que tales narraciones no reflejan el papel jugado por las CCTT en la atención a las adicciones.

Para comprobarlo, vamos a comenzar por visualizar los datos disponibles sobre la evolución de este tipo de dispositivos en España en la tabla 3.1. En dicha tabla se han recogido, año a año, los datos sobre número de centros, plazas disponibles e ingresos efectuados en el año, que aparecen en las memorias del Plan Nacional sobre Drogas y en las fuentes bibliográficas citadas más abajo.

TABLA 3.1.
Evolución del número de CCTT en España: centros, plazas disponibles, ingresos en el año y proporción que representa sobre el número total de casos atendidos.

AÑO	CENTROS	PLAZAS	INGRESOS	%SEIT
1979	(1)			
1980	(2)			
1981	(4)			
1982	(8)			
1983	(13)	(243)		
1984	(17)			
1985	(24)			
1986	(41)*	(924)		
1987	58			
1988	55			
1989	61*			
1990	62*	1.749*	2.790*	11,1
1991	69*		4.353*	13,9
1992	79*		4.973*	12,8
1993	91*		5.562*	14,2
1994	89*		6.441*	16,3
1995	91*		6.445*	15,2
1996	89*		6.568*	12,4
1997	97*		6.061*	11,5
1998	88*		6.136*	11,2
1999	101*		6.252*	12,2
2000	106*		6.322*	12,7
2001	97*		4.569*	9,2
2002	113*		6.373*	13,6
2003	116*		5.573*	11,8(p)
2004	112*		5.935*	12,6(p)
2005	119			

Al observar la serie detectamos varios problemas. El primero se refiere al hecho de que los datos disponibles sobre Comunidades Terapéuticas son incompletos, en parte porque las memorias del Plan Nacional sobre Drogas (cuya edición se inicia en el año 1986), no comienzan a facilitar datos de Comunidades Terapéuticas hasta la memoria del año 1990, limitándose a partir de entonces a recoger el número de centros acreditados (en ocasiones distribuidos por Comunidad Autónoma), con indicación del volumen total de ingresos en el año precedente. Mientras que a lo largo de todos estos años, las memorias del PNSD informan ampliamente sobre el resto de dispositivos asistenciales.

Así podemos observar el agudo contraste que ofrece la escasa información sobre Comunidades Terapéuticas facilitada por el PNSD en los años 80, con la abundante información que facilitan las memorias sobre otros dispositivos y programas, en particular los Centros Ambulatorios, los programas de mantenimiento con metadona y de forma un tanto espectacular las “camas de desintoxicación hospitalaria”, cuya relevancia asistencial no justifica que hasta 1991 ocuparan más del 50% del espacio de las memorias destinado a describir los dispositivos asistenciales, cuando el volumen de desintoxicaciones ambulatorias (y en CCTT) superaba ampliamente las desintoxicaciones hospitalarias. Además, los datos sobre Comunidades Terapéuticas son siempre globales (número de centros y número de ingresos) sin otros detalles, como, por ejemplo, los relativos al perfil de los atendidos y/o su distribución territorial, que sí aparecen en la descripción de otros dispositivos y en particular las “camas de desintoxicación hospitalaria”.

Por si esto fuera poco, no todos los años se facilitan datos sobre CCTT, mientras que la labor realizada por otro tipo de dispositivos y programas aparece puntualmente todos los años. Como detalle podemos añadir que los datos de los años 1987 y 1988 que hemos recogido en la tabla 3.1 no aparecen hasta la memoria de 1992. Cabe finalmente decir que hemos conseguido reconstruir la serie de datos casi completa, desde 1990 hasta la actualidad, porque algunas memorias facilitan series de datos de años anteriores en los que las mismas habían mantenido silencio sobre las CCTT. Como esta carencia no se detecta al describir los otros tipos de dispositivos o programas, podemos afirmar que la consideración institucional de las CCTT fue siempre la más baja entre todos los dispositivos de la red asistencial.

En la tabla 3.1 también se han reconstruido los datos del periodo 1979-1986 a partir de la información contenida en el primer Informe realizado por este mismo autor en 1987 (Comas, 1988). En dicho libro se censaron 81 Comunidades Terapéuticas para 1986 y la Delegación del Gobierno para el PNSD consideró que 41 de ellas estaban acreditadas. Como disponemos de la fecha de apertura de cada una de ellas (Comas, 1988), se pueden extrapolar los datos y atribuir a cada año, entre 1979 y 1985. El resultado obtenido se ha asignado al número de CCTT. acreditadas existentes en cada uno de estos años, aunque por ser una extrapolación se han dejado los resultados entre paréntesis. Seguramente son cifras que se ajustan bastante a la realidad, ya que no parece posible que, en aquel periodo,

hubiera cerrado y desaparecido alguna CCTT acreditada. En cualquier caso tendremos que volver a realizar este tipo de extrapolaciones más adelante.

También se debe tener en cuenta que en el año 1986, estas Comunidades Terapéuticas acreditadas sólo representaban el 50% de los centros abiertos y el 32% de las plazas, lo que les dejaba en inferioridad frente a otras ofertas no acreditadas, en particular El Patriarca que entonces tenía abiertos más de 25 Centros (si bien algunos de ellos eran meras estructuras logísticas) y representaba el 53% de las plazas (aunque no todas estaban ocupadas por españoles).

En cualquier caso el mito de unas todopoderosas Comunidades Terapéuticas, mimadas por la administración, se deshace cuando observamos los datos disponibles. En los años 80 su papel no era muy relevante porque apenas eran unas pocas, la oferta de plazas era escasa y, además, **tenían tan poca consideración institucional** que sus datos ni tan siquiera se incluían en las memorias del Plan Nacional de Drogas¹². En realidad su protagonismo se derivaba de su presencia mediática (aunque con más informaciones negativas que positivas), lo que se traducía en una gran centralidad de las Comunidades Terapéuticas sobre el imaginario social, sin que esta centralidad alcanzara a las instituciones públicas, en particular las sanitarias, que más bien hacían ostentación de su rechazo.

Justamente en el año 1990, que representaría un momento quasi-mágico de este mito, por ser el año en el que más creció la oferta asistencial de este tipo de dispositivos y un par de años antes (en el año 1992) que los programas de mantenimiento con metadona comenzaron su “imparable” expansión, los pacientes ingresados en las Comunidades Terapéuticas acreditadas sólo representaban el 11% de los casos notificados al Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT)¹³. Una cifra ridícula para el que se suponía era el “dispositivo estrella” de la Red Asistencial.

Tales datos refrendan la idea de que las Comunidades Terapéuticas representaban en los años 80 una fracción discreta de la atención a los adictos a drogas. Es cierto que hablamos sólo de entidades autorizadas y acreditadas y que, al menos hasta 1986, eran menos que las no acreditadas, pero aunque doblemos o

12.-La mera observación de las memorias del Plan Nacional sobre Drogas nos permite afirmar con una certeza absoluta que el dispositivo más relevante en términos institucionales de los años 80 y el que recibió más apoyo público (económico y simbólico), fueron las “camas de desintoxicación hospitalaria”. No sólo su descripción ocupaba la mayor parte de los documentos de las administraciones públicas, sino que, además, se llevaban la parte más sustancial de los presupuestos directos destinados a drogas. Por tanto, si hay un dispositivo que acumule un cierto grado de responsabilidad en la orientación de las políticas asistenciales sobre drogas en los años 80, son estas “camas de desintoxicación hospitalaria”.

13.-La tasa resultado de la razón entre “Ingresos en Comunidad Terapéutica” por “Volumen total de notificaciones recibidas en el SEIT” es, de forma casual, un indicador muy preciso, aunque paradójico, porque recoge los datos de dos fuentes distintas. De una parte, utiliza los datos procedentes de las estadísticas de las Comunidades Autónomas, que recogen el volumen total de casos atendidos en el año por parte de las Comunidades Terapéuticas de su territorio, y por otra parte, las notificaciones del total de nuevos casos en el año, que llegan

tripliquemos las cifras hasta 1986 (Comas, 1988), podemos observar cómo este ámbito de la asistencia de los adictos a drogas sigue siendo precario y marginal. Aunque a partir de 1987 las cosas mejoraron, con un importante aumento del número de Comunidades Terapéuticas públicas y concertadas, con la puesta en marcha el sistema de homologación que describiremos más adelante y con la ampliación del número de centros de la red de Proyecto Hombre, al tiempo que las “Granjas y centros” no acreditados se estabilizaban en su número y descendía el porcentaje de plazas. Al llegar al año 1990/91 las primeras, las acreditadas, suponían la mayoría de CCTT y, sin embargo, este tipo de dispositivo apenas representaban una fracción muy minoritaria del total de la asistencia prestada en España. El mito de las todopoderosas Comunidades Terapéuticas de la década de los años 80, es esto, un puro mito.

De hecho tampoco es cierto que las CCTT comenzaran a “tener problemas por culpa de la metadona”, porque a partir de 1992, las Comunidades Terapéuticas siguieron creciendo hasta alcanzar su máxima expansión en 1996 (con 6.568 usuarios ingresados aquel año), para, en los años siguientes y hasta la actualidad, mantenerse estables en torno a este nivel de plazas. Aunque a lo largo de todo el periodo aparecen algunos altibajos que podemos más bien atribuir a las irregularidades presentes en un sistema de recogida de información en el que las Comunidades Autónomas “comunican” sin ninguna otra contrastación estos datos a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, que se limita a acumularlos.

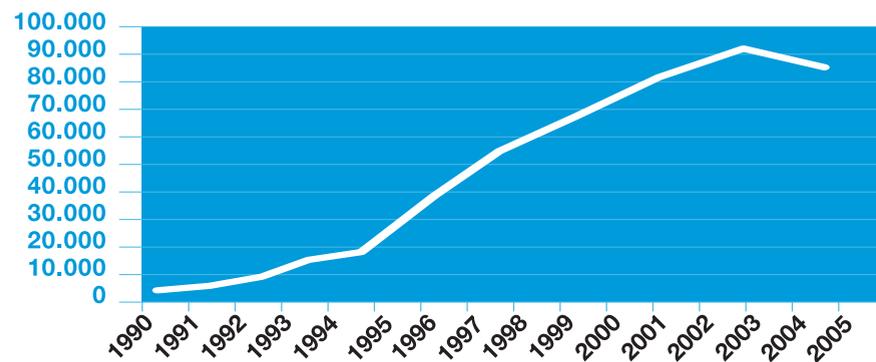
También es cierto que esta estabilidad básica en el número de plazas ha supuesto, desde 1994 una cierta disminución de su relevancia si lo comparamos con el número total de nuevos casos atendidos según la estadística del SEIT (ahora SEIPAD). Pero este descenso en el total de la atención prestada también parece haber concluido a partir del año 2002, en una gran medida porque las demandas asistenciales globales tocan techo y el número de notificaciones de nuevos casos comienza a disminuir: sin embargo, las CCTT mantienen casi estable su oferta, es decir, disminuye el número total de ingresos de la red asistencial, pero las Comunidades Terapéuticas mantienen íntegra su presencia aunque con un menor número de ingresos. En cualquier caso veremos más adelante cómo estas cifras deberían matizarse con los resultados de 2005.

al SEIT. La proporción de los primeros sobre los segundos refleja la tasa de demandas que “acaba” en la Comunidad Terapéutica, porque se supone que los pacientes de CCTT son siempre casos que han sido notificados al SEIT. Entre el resto hay que situar tanto las pérdidas como los atendidos por otros dispositivos o programas.

La otra parte del mito tiene que ver con la metadona. La evolución de la curva del número de casos en programas de mantenimiento con metadona (gráfico 3.1), nos permite sostener, de entrada, que dichos programas no han “quitado pacientes” a las Comunidades Terapéuticas.

En 1991 las cifras de ambas modalidades terapéuticas eran similares ya que aquel año fueron atendidos 2.790 pacientes en Comunidad Terapéutica y 3.023 en programas de metadona. Con posterioridad, las Comunidades Terapéuticas siguieron creciendo coincidiendo con el momento de mayor expansión de la metadona (comparación entre la tabla 3.1 y el gráfico 3.1) para, más adelante, mantenerse estables, al menos hasta que la metadona ha alcanzado su tope de usuarios en el año 2002 (con 90.488 pacientes) y ha comenzado a disminuir los años siguientes. A lo largo de todo este periodo la metadona ha reclutado a sus pacientes, sustituyendo a los programas libres de drogas de tipo ambulatorio, que han pasado a ocupar una posición residual entre los adictos a la heroína, y ampliando la dispensación de metadona en prisiones, que actualmente representa en torno a un 20% de los pacientes en programas de metadona. Más adelante veremos cómo, en la actualidad, el 81% de los internos en CCTT cuya droga principal es la heroína están a la vez en un programa de mantenimiento, lo que significa que metadona y CCTT, al menos en España, no han competido sino que más bien se han complementado y se han “prestado” pacientes. Ciertamente esto no ha ocurrido en otros países en los que la frontera entre programas libres de drogas y metadona se ha trazado de una forma muy estricta.

Gráfico 3.1.
Evolución del número de casos en programas de mantenimiento con metadona



Una cuestión muy distinta es que, en un determinado momento, algunas CCTT adoptaran una posición “ideológica” contra la metadona. En general, se trataba de argumentos morales, muy vinculados a los “dogmas del modelo Daytop” (que ahora están en fase de superación, incluso en EEUU), que expresaban una concepción de la red asistencial basada en el modelo centrado en la CCTT, un lugar “limpio” frente a los lugares “contaminados por el consumo”, por lo que admitir casos de metadona en CCTT suponía “contaminar” la institución. Una dicotomía meramente simbólica que, en ocasiones, no fue fácil romper, pero al final incluso las CCTT españolas más reacias aceptaron, sin transiciones demasiado prolongadas, pacientes en PMM.

De hecho, las propias CCTT saben muy bien, hoy en día y por su propia experiencia cotidiana, que no hay contradicción alguna entre la utilización de prácticamente cualquier fármaco y la CCTT, aunque en muchas no se haya resuelto la cuestión de una correcta dosificación, pero la gran narración mítica antes aludida sigue visualizando la oposición entre ambas, en parte porque no saben que las Comunidades Terapéuticas han ido incluyendo casos de mantenimiento con metadona en su oferta. No estamos, por lo tanto, ante dispositivos y programas antagónicos que se excluyen mutuamente, sino que se complementan sin problemas y de hecho lo hacen, como veremos, en un elevado porcentaje de casos. Como consecuencia, los componentes del mito, la gran narración sobre el pasado esplendor y la posterior crisis de las Comunidades Terapéuticas y la responsabilidad de la metadona en la misma, es una pura “construcción” para enmascarar otros componentes de la historia de las CCTT.

De hecho, lo único cierto es que las CCTT se sintieron primero poderosas y omnipotentes, que después vivieron una cierta crisis y más adelante han vuelto a sentirse protagonistas de su propia historia. Una historia más discreta y sin el acompañamiento de los viejos delirios. Pero son los datos sobre número de centros en activo, plazas e ingresos los que, no nos permiten visualizar esta elipse porque, aunque se detectan unos años de “estabilización”, los datos reflejan un continuo crecimiento de todos estos parámetros. En cambio, la evidencia de la actividad del movimiento de las Comunidades Terapéuticas en España (tabla 3.2), sí nos ofrece una imagen que responde a esta dinámica evolutiva: Una primera **fase de activismo** que representan muy bien las Jornadas anuales de la APCTT, y otros encuentros regionales, así como la fuerte presencia de las CCTT en las jornadas anuales de organizaciones como Socidrogalcohol, una serie de actividades que concluyen de forma abrupta en 1995 con el Congreso de Proyecto Hombre en Vitoria.

Después le sigue una **fase de silencio**, que dura seis años, durante los cuales ni tan siquiera se producen encuentros regionales o locales de CCTT, para finalmente a partir del año 2000 reiniciarse las actividades del movimiento, de una forma más abierta e inconexa, pero con una gran presencia internacional y con encuentros que reflejan una **nueva fase de consolidación** fruto de un intenso proceso de adaptación a los nuevos perfiles y exigencias institucionales.

Esta trayectoria, que no se expresa sobre parámetros cuantitativos sino más bien sobre el terreno de las identidades colectivas, refleja bien las tres fases de la elipse y pone en evidencia que la construcción del mito de las CCTT responde más a percepciones subjetivas, esencialmente a problemas de identidad y memoria, que a realidades objetivas como recursos económicos disponibles o grado de ocupación. Aunque es cierto que estas percepciones subjetivas son importantes y reflejan ciertas realidades, porque en 1995 la CCTT se sustentaba sobre unos componentes que ya no respondían a las necesidades sociales, lo cual supuso tener que realizar una intensa adaptación entre el año 1995 y el año 2000, para finalmente, los últimos seis años, poner en marcha una nueva consolidación identitaria.

TABLA 3.2
Historia del movimiento de las CCTT.
Principales eventos.

AÑO	ENTIDAD	LUGAR
1986	Encuentro de afines	VALENCIA
1987	APCTT	ZARAUZ (Guipúzcoa)
1988	APCTT	SITGES (Barcelona)
1989	APCTT	ROTA (Cádiz)
1990	APCTT	BAYONA (Pontevedra)
1991	APCTT	MADRID
1992	APCTT	BILBAO
1993	APCTT	OVIEDO
1994	APCTT	EL FERROL (La Coruña)
1995	APCTT	GRANADA
1996	PROYECTO HOMBRE	VITORIA
1997		
1996		
1997		
1998		
1999		
2000	FADA/ITACA EUROPA	SEVILLA
2001	UNIVERSIDAD DE DEUSTO/ITACA ESPAÑA	BILBAO
2002	UNAD	MURCIA
2003		
2004	FEDERACION MUNDIAL DE COMUNIDADES TERAPEUTICAS	PALMA DE MAYORCA
2005		

Podemos, por lo tanto, proponer una nueva narración, dar salida a una historia en tres fases, en tres momentos evolutivos, que, a modo de ejemplo, vamos a expresar sobre los dos componentes de la trayectoria que aparecen en los gráficos de las páginas siguientes¹⁴. El primero se refiere a las reivindicaciones y el segundo a las presencias corporativas. Los he elegido porque ponen en evidencia una parte del proceso muy diferente al obtenido mediante la narración escueta de los datos.

En ambos casos, los tres momentos aparecen diferenciados por tres rupturas, el primero se refiere a la creación de las primeras CCTT para drogodependientes en España entre 1979 y 1982. La segunda ruptura se produce entre 1988 y 1992 cuando se realizan las primeras investigaciones y posteriormente se ponen en marcha los sistemas de acreditación y homologación. La última ruptura se corresponde con el "tiempo de silencio" y con los proyectos frustrados que darán lugar, a partir del año 2000, a lo que hemos llamado segunda consolidación.

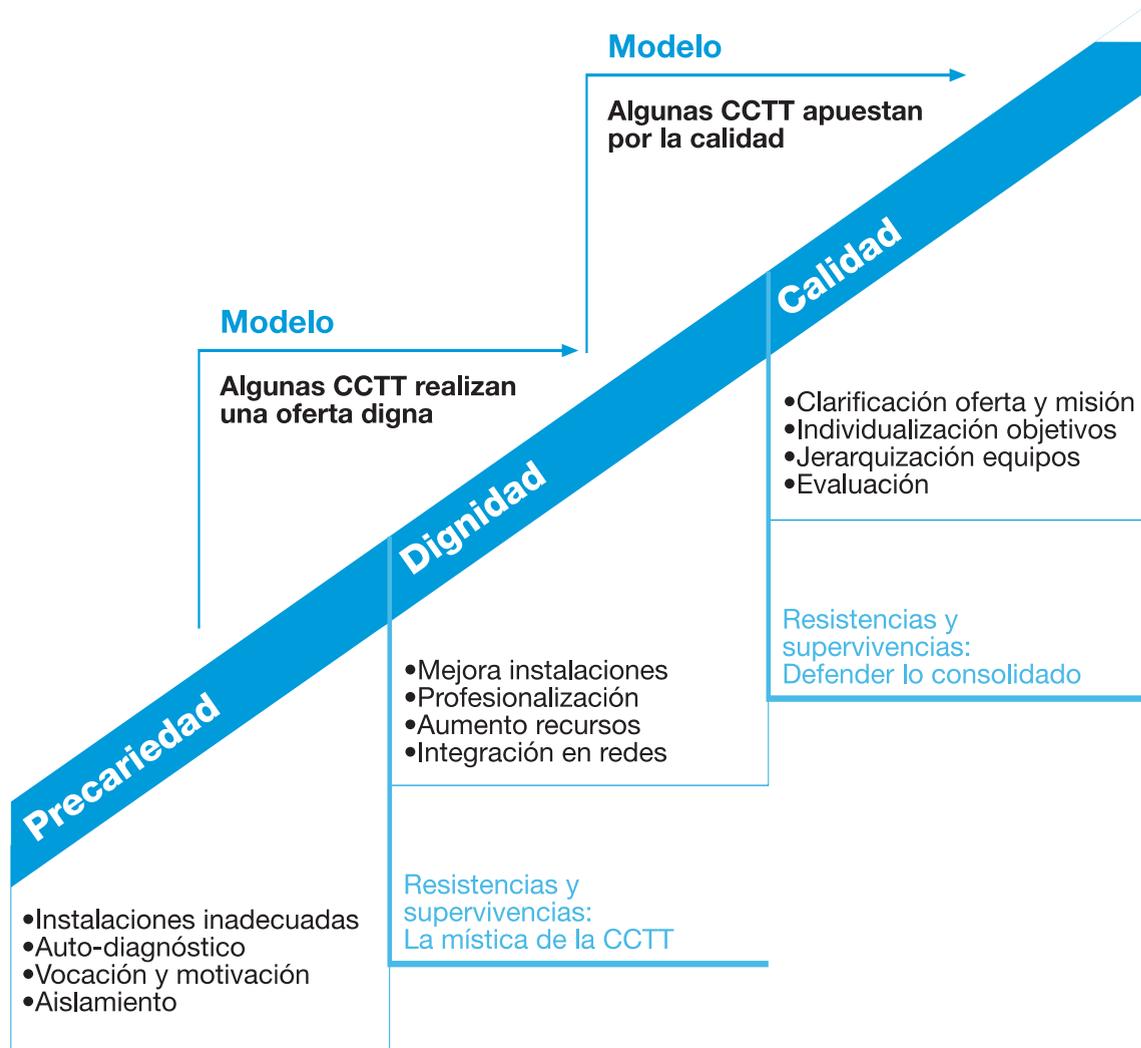
Cada una de las tres fases se articularía entonces a partir de estas rupturas, conformando tres periodos distintos en cada uno de los cuales podemos definir un elemento esencial que determina las características del periodo a través de un juego de retos y respuestas a los mismos.

Esta característica central queda resumida en el primer gráfico sobre la trayectoria reivindicativa con tres palabras: **precariedad, dignidad y calidad**. El punto de partida es el de la precariedad material y técnica, que se compensa con la vocación y una alta motivación en unas condiciones de aislamiento, las cuales permiten el ejercicio del auto-didactismo pero que, a la vez, excitan el morbo de los MCS. En este periodo algunas CCTT profesionales realizan una oferta digna y sirven de modelo para el siguiente momento evolutivo. Conseguir medios y recursos que resuelvan la precariedad es la reivindicación unánime de esta primera fase.

El segundo momento tiene que ver con el logro de un cierto nivel de dignidad, una vez mejoradas las instalaciones se realiza un intenso proceso de profesionalización, lo que a su vez posibilita un aumento de los recursos y la integración en la red asistencial normalizada. La reivindicación se refiere a conseguir la equiparación y el reconocimiento de las redes asistenciales y los otros profesionales, los cuales,

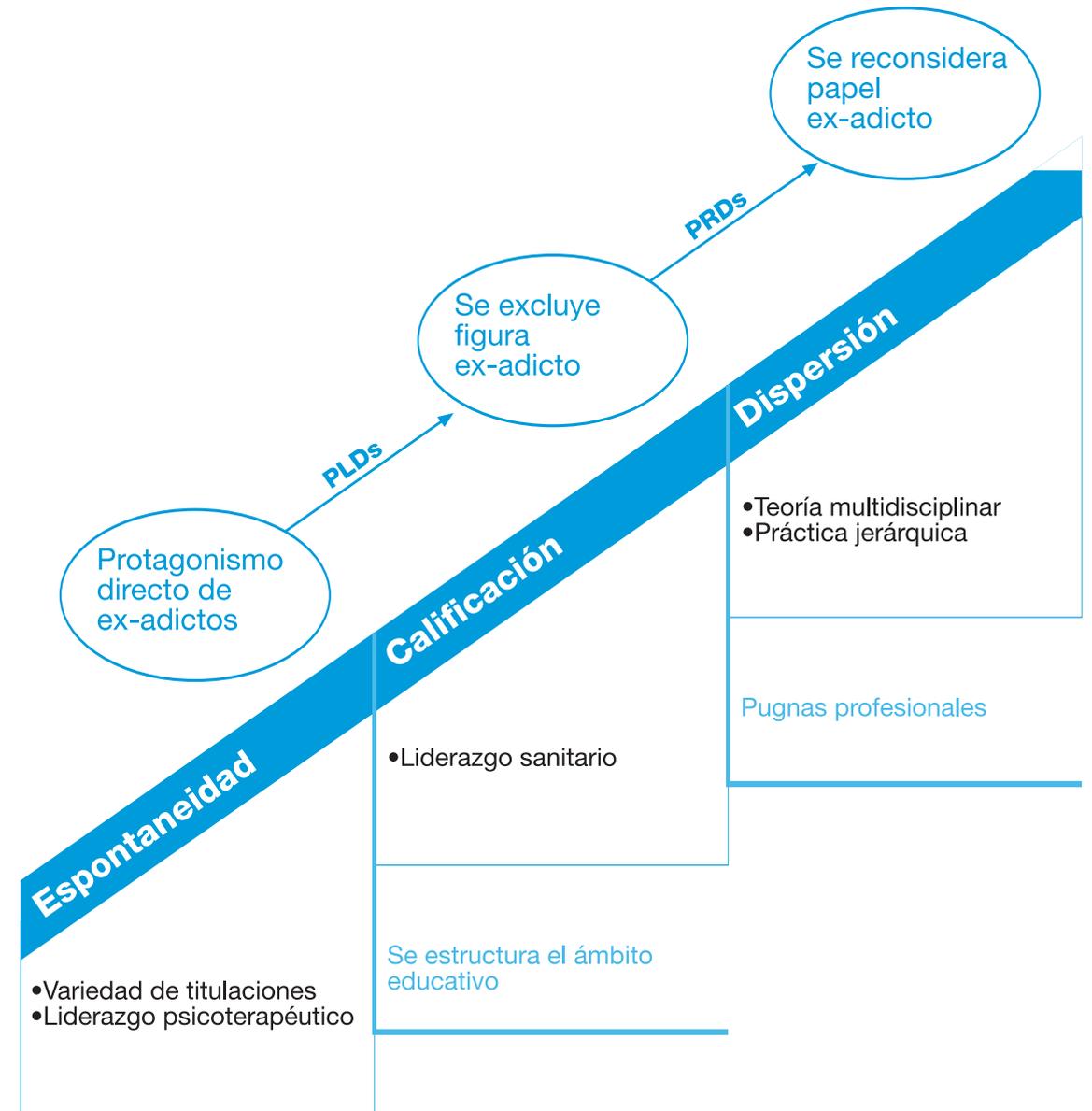
14.-Hace un tiempo (Roldán 2001; Comas, 2001), algunos autores, en paralelo y con muchas coincidencias, realizábamos un análisis histórico de las CCTT, en la que ya distinguíamos tres fases, pero entonces dividimos la actual primera fase en dos periodos distintos, el uno era el mítico de constitución y el otro de profesionalización a partir de la puesta en marcha del PNSD, después hablamos del periodo de crisis y silencio para tratar finalmente de atisbar las maneras de superarlo. En este texto se mantiene el esquema, unificando las dos primeras fases de activismo, manteniendo el "tiempo de silencio" y presentando como una nueva consolidación la implementación de las propuestas que ambos autores realizamos hace poco más de cinco años.

CCTT en España
La trayectoria reivindicativa



1979-1982 Creación primeras CCTT	1988-1992 Investigación, acreditación y homologación	1995-2000 Proyectos frustrados
--	--	--

CCTT en España
La evolución corporativa



1979-1982	1988-1992	1995-2000
------------------	------------------	------------------

exigen a cambio un cierto nivel de calidad, que va a ser la apuesta de algunas CCTT que van a servir de modelo para la siguiente fase. Sin embargo, no todas las CCTT están de acuerdo con este proyecto y se resisten al cambio desde una cierta "mística de la CCTT" anclada en un ideal de pasado heroico.

Finalmente llega el momento de la calidad, en el cual se clarifica una nueva oferta y una nueva misión, en el que la pluralidad de perfiles obliga hacia la realización de diagnósticos y el establecimiento de objetivos individualizados, mientras que los equipos se jerarquizan con una cierta pérdida del viejo espíritu colectivista y se da gran importancia a la evaluación. La reivindicación se refiere ahora a "ser más eficientes" que otros tipos de intervención para justificar el supuesto coste diferencial de las CCTT. Se producen nuevas resistencias por parte de aquellos que consideran que este "crecimiento" pone en duda (y en peligro) lo conseguido en la fase anterior.

El segundo gráfico se refiere a la evolución corporativa y se expresa con tres palabras: **Espontaneidad, calificación y dispersión**. El punto de partida refleja la variedad de titulaciones involucradas en las primeras CCTT y la falta de determinación del rol de cada una de ellas, a pesar de que "lo psicoterapéutico" entendido de muy diferentes maneras y con la participación de diferentes perfiles profesionales (aunque con un claro predominio de psicólogos), ejercía un cierto liderazgo, el cual competía con el protagonismo directo de adictos "rehabilitados" que se proclamaban los "únicos expertos".

La espontaneidad original dio paso a una fase de cualificación profesional, que comenzó con una estructuración del ámbito educativo a partir de las primeras investigaciones y la puesta en marcha de los sistemas de acreditación y homologación. Esta dinámica provocó la exclusión de los antiguos adictos, al tiempo que se implantaba con fuerza la figura del educador, para la que se reconocieron diferentes titulaciones. Se formalizó también lo psicoterapéutico a través de las titulaciones en psicología, pero a la vez esta área se vio rápidamente amenazada por el liderazgo sanitario.

En el último momento, y por la vía de las experiencias en reducción de daños se recupera, y se dignifica, la figura del exadicto, bajo el nuevo concepto de "par", pero el contexto corporativo se diversifica. La jerarquización sanitaria no acaba de cuajar, en una gran medida porque la presencia sanitaria sigue siendo residual y no se siente, salvo excepciones, identificado con la gestión cotidiana de la CCTT. Se mantiene la multidisciplinariedad, aunque en una versión muy teórica, porque los equipos van jerarquizándose, pero las figuras profesionales que se sitúan en el vértice son distintas en cada CCTT. De ahí que hablemos de un momento de dispersión y muy proclive a las pugnas corporativas entre profesionales.

Con estos esquemas, y otros equivalentes, podemos comenzar a desmenuzar la trayectoria histórica (en tres fases) de las CCTT españolas, y a través de la descripción de esta trayectoria podemos recuperar la memoria de lo que es la CCTT.

3.2.- Una fase primera de euforia y precariedad material en la cual la Comunidad Terapéutica supone una respuesta total a los problemas de adicción a drogas.

Hay que comenzar señalando que las CCTT surgen, y realizan su primera consolidación, en España en muy poco tiempo, pero asumiendo un estilo cultural que refuerza los aspectos más dogmáticos del modelo de Daytop. En estos orígenes no podemos olvidar el protagonismo de la potente irrupción de El Patriarca que a la vez reivindicaba a Synanon y a Daytop. Tampoco podemos obviar que las primeras lecturas de unos profesionales autodidactas, se orientaban hacia referencias similares y la más común de aquellos años es la de Phoenix House (Rosenthal, 1973). El origen de la CCTT en España se sustenta así y casi en exclusiva sobre la visión más dogmática de Daytop.

También es cierto que algunos profesionales españoles mantenían contactos con ciertos homónimos europeos que les conducían a dudar de un "modelo tan rígido de CCTT". Pero esta dependencia del modelo Daytop fue puesta en duda de una manera muy lenta, primero por un estudio empírico que diferenció, en España, entre una mayoría de CCTT no-profesionales y una minoría de profesionales, aunque aparte del calificativo no consiguió ubicar a unos y otros en sus respectivas tradiciones (Polo y Zelaya, 1984), para que poco después, en 1986, Andres Roig Traver en un encuentro de Sociodrogalcohol de Palma de Mallorca, clarificara, por primera vez en España, la cuestión de "los dos modelos de Comunidad Terapéutica" (Roig Traver, 1986).

Finalmente, la ubicación de las dos tradiciones y su proyección real sobre las CCTT españolas, fue descrito en el primer Informe sobre CCTT del año 1988 (Comas, 1988), aunque también es cierto que el documento editado por el Proyecto Hombre italiano aquel mismo año fue clave para comprender tanto la oferta diferencial como la continuidad metodológica que representaban ambos modelos (Jones, 1988).

Sin embargo, la clarificación conceptual aportada por aquel Informe (que estaba muy orientado hacia la dignificación de los recursos y la estructuración del ámbito educativo) no resolvió la dependencia ideológica del sector hacia el modelo Daytop, en una gran medida porque durante la primera fase de euforia y precariedad material, que alcanza hasta casi finales de los 80, se produjo una formulación de la Comunidad Terapéutica como una respuesta completa a los problemas de adicción a drogas, que no se superó fácilmente a pesar de que, desde lo meramente conceptual, se suponía que las cosas no debían ser así. Se trata, por tanto, de una visión que se prolongará en los años sucesivos y que sólo será, progresiva y lentamente, modificada por una práctica más comprensiva en la que la Comunidad Terapéutica se visualizará como un dispositivo más de la red asistencial.

La dificultad para resolver este tema tenía que ver con el hecho de que, como se ha explicado en el capítulo precedente, la tradición de Daytop confundía la “respuesta completa” a los problemas de las drogas, con una reclamación de “respuesta exclusiva”. Pero, aunque en su momento algunas Comunidades Terapéuticas españolas adoptaron esta perspectiva maximalista, una parte sustancial de las mismas, nunca exigió **exclusividad**, sino que se visualizó a sí misma con capacidad para **abordar de una forma integral (y suficiente)** los problemas del adicto. Por este motivo, al reclamarles que renunciaran a la exclusividad algunos interpretaron que se les exigía renunciar a lo que consideraban sus capacidades (y habilidades) para resolver los problemas de drogas, es decir, entendieron que se les exigía dejar de ser efectivos y abandonar a **todos** los adictos en su supuesta condición de crónicos¹⁵.

Pero a la vez, en el momento en el que se planteó este malentendido, un nuevo concepto, el de “indicación terapéutica”, facilitó una cierta salida al mismo. Desde que Luigi Cancrini y otros hablaron de “indicación terapéutica” para Comunidad Terapéutica en un conocido artículo publicado en el Boletín de Estupeficientes de Naciones Unidas (Cancrini, 1985), fue evidente que “exclusividad” e “integralidad” suponían no sólo nociones distintas sino incompatibles para la CCTT, ya que la opción por un “abordaje integral” exigía una selección previa de casos que se confrontaba con la idea de “exclusividad” (Fernández, 1988; Apodaca, 1994); cuando más tarde, Eusebio Megías sintetizó el conjunto de criterios para el diagnóstico individual y la indicación terapéutica (Megías, 1994), en la mayoría de CCTT no se sorprendieron y comenzaron a reclamar que se les derivaran los “casos con indicación de CCTT”, a los que lógicamente pretendían abordar de una forma integral. Así, casi sin darse cuenta, las CCTT españolas abandonaron la vía universalista del modelo Daytop y asumieron un componente básico (zonificación y derivación motivada) del modelo Jones.

No podemos olvidarnos de otra dificultad, de otra piedra en el camino, para este proceso: la práctica inexistencia, en la mayoría de Comunidades Autónomas y hasta fechas recientes, de programas de integración social y socio-laboral (Comas y Ramírez de Arellano, 2002).

15.-Esta cuestión sigue planeando como un grave conflicto en algunos Equipos, en los cuales personas, todas ellas con mucha experiencia, se niegan a renunciar a su “capacidad de curar y reinsertar” en función de una definición universal de “crónico”. Su propia experiencia les indica que esto no es cierto y viven, en ocasiones con gran intensidad emocional, lo que ellos consideran, un abandono de las personas que podrían superar su condición de adictos y “curarse”. También es cierto que en aquellos Equipos en los cuales la transición se ha hecho en condiciones, con diagnósticos y propuestas individualizadas que no excluyen el objetivo de una integración social completa, todo el mundo ha aceptado las nuevas reglas del juego. El problema se sitúa en aquellas CCTT que a la vez acumulan un procedimiento de derivaciones inadecuado, la falta de un diagnóstico individualizado (y la inexistencia de una Comisión de acogida), el establecimiento de objetivos caso por caso y la falta de consenso en el propio equipo.

Se trata de una carencia que la opción por un abordaje integral por parte de las CCTT suplía en una gran medida, de hecho, a nadie con una cierta información puede extrañarle que el prototipo público de adicto bien integrado y con trabajo haga siempre referencia a su paso por una Comunidad Terapéutica¹⁶. No es que las CCTT reinsertaran mejor, es que eran, durante mucho tiempo, casi las únicas que tenían programas de integración social y socio-laboral. Por esto cuando se pedía renunciar a sus concepciones de totalidad, muchas CCTT entendieron que se renunciaba, por parte de toda la red asistencial, a los objetivos de la integración social, porque, efectivamente y en la mayor parte del territorio era difícil encontrar programas de integración social y socio-laboral fuera de las CCTT. Ésta, como vamos a ver sigue siendo una apreciación, nada equivocada en muchos territorios, de los equipos de las Comunidades Terapéuticas.

Trasladado todo esto al movimiento de las Comunidades Terapéuticas, podemos recordar que en 1995 se celebra la última de las Jornadas de la APCTT en Granada, en un clima muy distinto al de la euforia que había presidido las reuniones de los años 80 y que la buena organización del evento no logra disipar. Se vivía una sensación de fin de etapa, que fue absolutamente cierta porque las actividades de la APCTT se mantuvieron desde entonces bajo mínimos hasta su efectiva disolución pocos años después. De hecho, la última actividad colectiva de esta organización fue la elaboración de un documento en el que, asumiendo la inevitabilidad de la crisis y la necesidad del cambio, proponía una serie de iniciativas, apelando al habitual voluntarismo del sector (Autores Varios, 1995).

Asimismo, aquel año se celebra en Vitoria el primer Congreso Nacional de Proyecto Hombre y lo que podría haber significado una toma de testigo paradójica, ya que los esfuerzos de la APCTT para desarrollar el “modelo Jones” se sustituían por la entrada en escena de los que habían iniciado su actividad como representantes del “modelo Daytop”. Pero las cosas no eran ya así, porque si bien las entidades de Proyecto Hombre seguían apostando por el “modelo total de respuesta a las drogas”, y en el evento se habló de todo, desde prevención, hasta políticas de drogas y mucho de valores, lo cierto es que en el ámbito puro de la asistencia y en particular en las Comunidades Terapéuticas ya se estaba escenificando la transformación del modelo tradicional de Proyecto Hombre, tanto por

16.-Es el caso de prácticamente todos los adictos rehabilitados que han sido noticia en la prensa porque tenían que ingresar en prisión años después de cometido el delito y para los que sus vecinos (y ayuntamientos) solicitaban un indulto.

parte de los agentes externos a la organización que proponían estrategias en cuyo seno aparecían los elementos del cambio (Abeijón, 1995; Roldán, 1995), como por las preguntas que surgían entre los ponentes de la propia organización (Lucio, 1995; Olivera, 1995; Salamanca, 1995; Azanza, 1995).

La defensa del modelo corrió a cargo de un invitado externo, que en realidad justificó las dudas y no dió otras respuestas que la eficacia demostrada en el pasado (Ottenberg, 1995).

En resumen, en España se estaba produciendo una serie de cambios en las Comunidades Terapéuticas que escenificaban, a la vez, tanto una respuesta ante las nuevas exigencias, como la resistencia a asumir estos cambios. El referente había sido a la vez Daytop y la negación de Daytop en nombre Maxwell Jones. Pero cuando fue necesario construir una nueva Comunidad Terapéutica la identidad se perdió, aunque fuera temporalmente, en el camino.

3.3.- Una fase intermedia de crisis del modelo con la excusa de la irrupción de las estrategias de reducción de daños.

El tiempo de silencio es el tiempo del malestar colectivo, en el que se supone que nadie es capaz de expresar lo que está pasando. La gran narración, el mito sobre las CCTT afirma que esto ocurrió porque las CCTT no fueron capaces de hacer frente a la “ofensiva” de la metadona y perdieron incluso plazas, pero ya hemos visto que esto no es cierto, que las admisiones se mantuvieron e incluso crecieron y que, finalmente, las CCTT se ocuparon de los casos con metadona, de la misma manera que se ocupaban de los casos sin metadona. Algunos han señalado que todo esto ocurrió por el impacto del SIDA, ya que el modelo residencial tenía que excluir a casos con infecciones activas y entonces las CCTT se quedaron sin clientes porque todos tenían SIDA.

Pero esto tampoco es cierto, porque la cuestión del SIDA en Comunidad Terapéutica fue planteada muy pronto (Roig, 1988), aunque también es cierto que las resistencias a planteamientos que supusieran modificar las reglas de exclusión a “enfermedades infecciosas en fase activa” eran muy fuertes (Comas, 1988). De cualquier manera, no fueron las CCTT las que mostraron con más fuerza y por más tiempo esta resistencia (GID, 2004). De hecho, fue El Patriarca la primera de las organizaciones que creó una estructura específica para atender a casos de SIDA y que además generó una estrategia de pares para prevenir la epidemia. Algunas CCTT, que aún existen, se especializaron y sólo tratan casos con SIDA en fase activa e incluso alguna sólo atiende a terminales¹⁷.

En realidad aquella situación de “depresión colectiva” tenía otras raíces. Ya las hemos mencionado y le hemos dado un nombre: pérdida de identidad colectiva.

Veamos un ejemplo: durante un tiempo el debate interno giró en torno a algunos interesantes artículos de Louise Nadeu sobre la cuestión de los derechos individuales en el seno de la Comunidad Terapéutica (Nadeu, 1984; Nadeu, 1987 y Nadeu, 1994). En los mismos, Nadeu sugiere que las crecientes dificultades del sector tienen que ver con una falta de escrúpulos ante los derechos individuales de los internos, lo cual era en muchos casos cierto. Pero ¿se planteaban lo mismo otras instituciones en las que los atentados contra los derechos humanos de los internos eran mucho más frecuentes? Pues no. No digo que Louise Nadeu y el movimiento de las Comunidades Terapéuticas hicieran mal en plantear esta cuestión, sino todo lo contrario; se hicieron preguntas, les dieron respuestas y así avanzaron, mientras otros ámbitos prefirieron obviar el tema. Por este motivo, debemos interrogarnos ante el hecho de que las Comunidades Terapéuticas se plantearan esta cuestión y además lo hicieran de una manera tan estricta como aparece en los artículos de Louise Nadeu, ¿Por un cierto sentimiento de culpa?, ¿A modo de reacción ética frente algunos casos y situaciones poco edificantes? Seguramente, pero también porque el tema de los derechos individuales permitía realizar un debate sobre los límites de la intervención en las propias CCTT. Es decir, al debatir sobre derechos individuales, en realidad, se debatía sobre la misión y la identidad de las CCTT.

Conviene también clarificar que el periodo de silencio colectivo que se inaugura en 1995 y se prolonga hasta el año 2000, no supone que las Comunidades Terapéuticas dejen de producir, de hecho, y como veremos en el capítulo 8, es un momento con una buena productividad científica, en el que además se formalizan algunos procedimientos relevantes, como la supervisión (Barenblit y otros, 1997). De manera particular, en este periodo se formulan los conceptos clave para que más adelante se produzcan los adecuados cambios en las Comunidades Terapéuticas, así, por ejemplo, la noción de complementariedad, sobre la que descansaba a la vez el objetivo global de la salud del adicto y el mantenimiento de alternativas muy especializadas con objetivos de alta exigencia fue formulada desde una perspectiva que incluía a las Comunidades Terapéuticas por la Asociación Itaca en 1997 (Abeijón, 1997).

No podemos tampoco obviar que en Europa estaban pasando cosas muy similares y un buen ejemplo lo constituyen las aportaciones del Congreso Europeo

17.-Una de las paradojas más interesantes de todo el proceso se refiere al hecho de que la vieja CCTT escenificaba con los exadictos una “estrategia de pares” muy parecida a la que se puso en marcha con los programas de reducción del daño y el riesgo, aunque tal estrategia fue más bien un enunciado teórico e intelectual que una práctica extendida. Parte de la paradoja se refiere al hecho de que una parte sustancial de las figuras que han puesto en marcha efectivamente tales prácticas de trabajo con pares, proceden del viejo movimiento de las CCTT, a pesar de que los programas de reducción del daño y del riesgo hayan sido interpretados como “una reacción ante el maximalismo de las CCTT”.

celebrado en Marbella en 1999 (Autores Varios, 1999) y en particular alguna de las ponencias presentadas (May-Majeswski, 1999; Broekaert, Derks y Coletti, 1999; Martens, 1999) reflejan cómo en la Unión Europea se expresaban, de forma más o menos amplia, procesos similares, aunque en el resto del continente parecía que las llamadas a la resistencia gozaban de un mayor eco, mientras que en España predominaba la idea del cambio y la adaptación.

En cualquier caso, en 1999 las estrategias de adaptación ya estaban bien diseñadas (e incluso probadas en muchas CCTT). ¿Cuáles eran estas estrategias? Lo iremos viendo.

3.4.- Una tercera fase en la que se produce una nueva consolidación al adoptar un modelo de CCTT diferente, apoyándose en el argumento del cambio de perfiles.

A partir del año 2.000 se inicia una segunda consolidación, en la que el elemento central se refiere a la generalización de las estrategias de adaptación ensayadas en la fase anterior. Podemos analizar este proceso a través de algunos eventos realizados en estos años.

En el año 2000, en Sevilla, la Red Europea ITACA en combinación con la Junta de Andalucía reunió a unos 300 profesionales de Comunidades Terapéuticas de diferentes procedencias. En el IV Congreso Europeo de Itaca (“Aprender y cambiar”) se escenificó una evolución, que comienza con el “éxito” de las CTD, su posterior “crisis” y el retorno a los orígenes de la CCTT, medido en función de su adaptación a los nuevos perfiles, individuación de los diagnósticos y pluralidad de las respuestas. En la primera parte, diferentes ponentes contaron la historia de esta evolución, bien en el conjunto de Europa, en España, en Andalucía, Grecia y Austria. Después, se habló de las relaciones entre la red asistencial y las CCTT, de CCTT en prisión, en medio urbano y con consumidores en activo. Finalmente se realizaron siete talleres sobre temas como calidad y gestión, doble diagnóstico, menores, madres con hijos, adicciones distintas a drogas, evaluación de la intervención educativa, fármacos y sustitutivos en CCTT, género y supervisión (Autores Varios, 2001).

Aquel mismo año la Junta de Andalucía publicó un texto que otorgaba otra identidad a las CCTT públicas andaluzas que se habían agrupado en una Fundación Pública, la FADA, en una experiencia inédita que les ha otorgado un cierto protagonismo desde entonces (Camacho, Castillo y Monge, 2000).

Un año después y en combinación con el Instituto de Drogodependencias de la Universidad de Deusto, ITACA España celebró un seminario, al que ya nos hemos referido, que se sitúa en la frontera entre ambas etapas y que da por zanjado el conflicto entre los “dos modelos”, al menos en España¹⁸. En aquel encuentro de Bilbao se formuló de forma rotunda la noción de una “nueva Comu-

nidad Terapéutica” que como explicó el primer ponente no era otra cosa que volver a la noción original de CCTT (Guimon, 2001). Otros autores trataron de explicar las razones de la crisis y la propuesta del cambio y la adaptación de la CCTT (Comas, 2001; Roldán, 2001); se planteó el trabajo con casos de doble diagnóstico en CCTT (Semboloni, 2001); la noción de una CCTT sustentada sobre una orientación sistémica como había pretendido Jones (Abeijón, 2001); se habló de calidad (Martín, 2001), de evaluación (Rodríguez, 2001) y de la experiencia de la FAD (López, 2001).

Al año siguiente, el 2002, se celebraron en Murcia las primeras Jornadas de Comunidades Terapéuticas de la UNAD, y aunque con una representación exclusiva de dispositivos de esta entidad, también escenificaron perfectamente esta misma trayectoria: Una mesa de presentación de experiencias de trabajo con casos de patología dual, la presentación de ocho años de experiencias con metadona, el replanteamiento del “problema de las relaciones afectivas en CC.TT., de los reingresos y la prevención de la transmisión de VIH en CC.TT (Autores Varios, 2002).

El mismo año, a través de la FADA, se preparó un documento que ubica muy bien los parámetros de la nueva CCTT (Arenas, Bermudo, Lopez, Martín y Tirado, 2002)

Finalmente en 2004 la Asociación Proyecto Hombre fue la anfitriona, en Palma de Mallorca, de la XXII Conferencia Mundial de la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas (FMCT), que agrupa a las entidades “herederas” del modelo Daytop. La Conferencia de Palma de Mallorca fue algo distinta de los tres Seminarios descritos en los párrafos precedentes, porque representaba globalmente la noción de “influir sobre las políticas de drogas globales” desde la propia Comunidad Terapéutica, que como se ha explicado en el capítulo anterior representa el “centro expresivo” de estas políticas, lo que explica que en las Conferencias Mundiales de la FMCT, se dedique mucho esfuerzo a otros temas como prevención, políticas de drogas, debates sobre valores sociales, trabajo ambulatorio con adolescentes problemáticos, trabajo con la familia y las escuelas,... aunque el logo sigue siendo Comunidad Terapéutica.

18.-Uno de los participantes, Gabriel Roldán, lo expresó de una forma muy gráfica: “Estamos aquí profesionales de la antigua APCTT, del Proyecto Hombre y de Dianova, utilizamos el mismo lenguaje y tratamos de abordar los problemas realizando un debate en el que las coincidencias son mayores que las divergencias. Estamos hablando de una nueva Comunidad Terapéutica en la que las antiguas divergencias se superan con un proyecto común”.

Sin embargo, una somera revisión a los “papeles” sobre Comunidades Terapéuticas presentados en Palma de Mallorca, especialmente por los profesionales españoles que trabajan en Proyecto Hombre, muestra cómo en la FMCT las cosas también cambian. Porque muchos de estos profesionales no quieren ser el “centro ideológico” de las políticas sobre drogas, que sería cosa de la dirección de la FMCT, sino que sólo pretenden ser profesionales de unas Comunidades Terapéuticas que se ajustan más al modelo clásico que a Daytop.

Los “papeles” españoles presentados a la Conferencia de la FMCT, (que son muchos por celebrarse en España), muestran el camino que ha recorrido nuestro país y cómo aún en el seno de la organización donde perviven los sectores más afines al viejo modelo de Daytop, la nueva Comunidad Terapéutica aparece con inusitado vigor. Que esto ocurra en España no parece el fruto de la casualidad sino de una intensa adaptación. Así, en Europa se comienza a reclamar un tipo de CCTT, que ya no es una institución auto-suficiente sino que forma parte de una red como un dispositivo especializado (Timoco, 2006), algo que en España es así, y en la práctica, desde hace casi dos décadas.

El cambio producido en Dianova en este periodo también ayuda a comprender esta segunda consolidación y sus límites. A mitad de los años 90 la antigua organización El Patriarca no fue capaz de captar los signos del cambio, en una gran medida porque estaba sometida a un fuerte liderazgo y en parte porque su estructura internacional le impedía asumir como globales unos cambios que se limitaban, incluso con excepciones, al territorio de la Unión Europea. Ciertamente los países en los que el cambio era más profundo eran justamente aquellos donde la presencia de la organización era más antigua y activa. Finalmente la cuestión del liderazgo se resolvió y, aparte de cambiar la denominación, Dianova inició un proceso de transformación que la llevó desde una defensa radical del “modelo Synanon” hasta adoptar un modelo profesional que asume, de una manera muy competente, los principios del “modelo Jones”.

Claro que para esta transformación, para la que ha sido necesaria una acción muy decisiva de la dirección de Dianova y la participación de agentes externos, se ha tenido que reducir el tamaño de la antigua red, cerrando en España numerosos centros. En este momento las cinco CCTT de Dianova se enfrentan a los mismos problemas que el resto de las CCTT españolas, son los problemas que se van a describir en los capítulos siguientes. Entre los mismos también aparece la cuestión de la memoria y la identidad entre los profesionales contratados en los últimos años por Dianova. En este texto tratamos de dar una respuesta a esta dificultad.

3.5.- La proyección histórica de los datos de las entidades existentes en el año 2005.

¿Podemos confirmar mediante algunos datos las afirmaciones realizadas en los apartados precedentes? Pues sí, porque una visión complementaria, que refuerza

y amplía el análisis histórico que se viene realizando, nos la ofrecen los datos, obtenidos en el cuestionario, que reflejan la proyección histórica de las entidades que han contestado al mismo.

En primer lugar, en el cuestionario aparecía una pregunta sobre la serie histórica de datos, en la que tenían que facilitar, desde el año 1988 hasta el año 2005, el número de plazas del centro, el volumen de admisiones, el número de altas terapéuticas y el número de miembros que componían el equipo, cada año. Se trata de una pregunta complicada pero que casi todos han respondido, aunque algunos nos indicaron que con mucho trabajo. En todo caso, el hecho de que casi todos hayan conseguido reconstruir la serie significa que sus registros están actualizados, lo que indica que las CCTT conservan bien sus historiales. Los resultados obtenidos aparecen en la tabla 3.2.

TABLA 3.2
Evolución histórica de las CCTT entrevistadas.

AÑO	PLAZAS	ADMISIONES	ALTAS TE.	EQUIPO
1988	840	860	281	168
1989	902	1.168	365	186
1990	1019	1.542	452	231
1991	1.264	2.195	584	283
1992	1.534	2.798	794	327
1993	1.702	3.079	1.123	357
1994	1.647	2.714	1.149	363
1995	1.765	2.931	1.361	376
1996	1.775	2.901	1.239	414
1997	1.831	3.011	1.238	446
1998	1.882	3.064	1.251	472
1999	1.881	3.917	1.406	546
2000	2.070	3.139	1.422	570
2001	2.014	4.442	1.596	669
2002	2.241	4.566	1.614	745
2003	2.271	5.053	1.819	806
2004	2.239	5.117	2.142	842
2005	2.374	5.270	2.041	943

Fuente: FAG-2006(B)

Obviamente deberían existir notables diferencias entre esta tabla y la tabla 3.1 en lo que se refiere al número de admisiones (el indicador que ambas tienen en común), pero en realidad no es así. Lógicamente se trata de cifras inferiores en la tabla 3.2, ya que en la misma no están recogidos los datos de todas las Comunidades Terapéuticas sino, según hemos visto, algo más de dos terceras partes de las que existen en la actualidad. Pero además los datos se van diferenciando según se prolongan en el tiempo, porque lógicamente hace 10 o 15 años existían otras CCTT que ahora han cerrado y cuyos datos no hemos podido recoger.

Pero teniendo en cuenta que las CCTT que han contestado representan el 68,9% de las actualmente acreditadas por las Comunidades Autónomas, podríamos extrapolar estos datos al conjunto de CCTT españolas, de tal manera que, para los últimos cuatro años, llegaríamos a las cifras que aparecen en la tabla 3.3.¹⁹

TABLA 3.3
Extrapolación de plazas, admisiones, altas terapéuticas y número de miembros del equipo para el conjunto de CCTT españolas en el período 2001-2005.

AÑO	PLAZAS	ADMISIONES	ALTAS T.	EQUIPO
2001	2.885	6.447	2.316	1004
2002	3.166	6.635	2.343	1.119
2003	3.210	7.359	2.638	1.210
2004	3.297	7.454	3.066	1.264
2005	3.445	7.682	2.946	1.416

Fuente: FAG-2006 (B)

19.-Cinco CCTT no incluyeron los datos de equipo, por lo que los resultados de la columna correspondiente se han incrementado en un 3,5% para poder realizar una proyección más acertada.

Observamos cómo los resultados sobre admisiones son un poco más altos, y en continuo incremento, que los facilitados por las memorias del Plan Nacional sobre Drogas y que aparecen en la tabla 3.1, lo cual resulta coherente si pensamos que el 31,1% de las CCTT que no han contestado al cuestionario son posiblemente las más pequeñas o que están en diversas situaciones de crisis. Pero a pesar de todo (al menos en el número de admisiones, que es la variable común de mayor equivalencia), las que han contestado suman un número de admisiones sólo un 20% inferior a la cifra del Plan Nacional, lo que, si consideramos la afirmación de que las que no respondieron son más pequeñas o están en crisis, significa que los datos del PNsD y los de este Informe son muy cercanos y forman una horquilla de mínimos y máximos, lo que implica que podemos extrapolar el número de altas terapéuticas y de miembros del equipo utilizando el mismo planteamiento.

Así, podemos establecer una hipotética horquilla, para el año 2005, en la cual el punto máximo sería una extrapolación pura de nuestros datos (+31,1% de la tabla 3.3) y el mínimo la diferencia de admisiones con la memoria del Plan Nacional (+20%). Los resultados que aparecen en la tabla 3.5 nos permiten visualizar un sector de un cierto tamaño, y por tanto relativamente consolidado, con una buena oferta de plazas (no necesitamos recordar que todas son residenciales), con un volumen de admisiones y altas terapéuticas, que no sólo justifica su existencia, sino que nos informa de un sector que crece, en los últimos cinco años, a un ritmo sostenido del 3,6% anual.

Asimismo el número de profesionales de CCTT es ya importante (vamos a manejar para otras reflexiones de este Informe que la cifra media es de 1.300) y está creciendo a un ritmo superior, lo cual implica con los datos de la tabla 3.2, que una parte sustancial de los actuales profesionales se han incorporado al dispositivo en los últimos años y, que se sepa, llevamos más de un decenio sin que apenas se haya realizado formación específica sobre CCTT en España, salvo en los casos de la Asociación Proyecto Hombre y la Asociación Dianova.

TABLA 3.5
El tamaño del sector CCTT en España en el año 2005.

	MÍNIMO	MÁXIMO
PLAZAS	2.967	3.445
ADMISIONES	6.587	7.682
ALTAS TERAPÉUTICAS	2.551	2.946
EQUIPO	1.220	1.416
PLAZAS POR CENTRO	22,7	28,1
ADMISIONES POR PLAZA		2,29
ALTAS POR PLAZA		0,89
PLAZAS POR MIEMBRO EQUIPO		2,40

Fuente: FAG-2006 (B)

Podemos también observar que se trata de un sector con centros pequeños, ya que aquellos que se sitúan por debajo de la media mínima de la horquilla son quizá demasiado pequeños. Se produce, en todo caso, una buena optimización del número de plazas (2,29 casos al año por plaza disponible), con un importante número de altas terapéuticas, es decir, de éxitos en el logro de los objetivos previstos para el tratamiento, aunque la cifra de un 38,3% de altas sobre el total de admitidos debería mejorarse, pero es una cifra superior a la de otras modalidades de tratamiento (Comas, 2006) y muy superior a la que nos ofrece la literatura internacional para otros países (De Leon, 2004). También es cierto que el porcentaje anual de altas por admisiones depende de la duración de los programas y a menor duración mayor porcentaje de altas terapéuticas.

Por su parte, la proporción entre plazas y miembros del equipo parece adecuada y en todo caso podría mejorarse ampliando el número de plazas de algunos dispositivos muy pequeños.

Sin embargo, quizá los resultados más interesante de esta serie de datos sean la evolución de los ratios de plazas disponibles por centro (PD/CCTT), de las admisiones por plaza disponible (A/PD), de las altas terapéuticas por plaza disponible (T/PD) y de plazas disponibles por miembro del equipo (PD/E) que aparecen en la tabla 3.6

TABLA 3.6
Evolución histórica de las CCTT entrevistadas.

AÑO	PD/CT	A/PD	T/PD	PD/E
1988	14,1	1,04	0,34	4,6
1989	13,8	1,32	0,40	4,5
1990	15,4	1,54	0,43	4,1
1991	17,4	1,75	0,43	4,2
1992	18,6	1,86	0,50	4,5
1993	18,0	1,83	0,66	4,6
1994	17,8	1,68	0,71	4,3
1995	18,7	1,68	0,77	4,5
1996	19,2	1,68	0,69	4,1
1997	18,2	1,66	0,67	3,9
1998	20,1	1,69	0,68	3,8
1999	17,5	2,19	0,77	3,3
2000	18,4	2,02	0,70	3,5
2001	19,6	2,28	0,80	2,9
2002	18,8	2,09	0,75	2,9
2003	18,6	2,29	0,82	2,7
2004	19,8	2,26	0,93	2,7
2005	18,9	2,29	0,89	2,4

Fuente: FAG-2006(B)

La ratio de plazas por centro, que no puede tomarse como una cifra real ya que se establece una razón entre parámetros no equivalentes (el número total de CCTT de la tabla 3.1 y el número de plazas entre los que han contestado el Cuestionario de la tabla 3.2.) muestra una evidente tendencia al incremento, aunque es cierto que este incremento se produjo básicamente entre 1991 y 1995 en la etapa de dignificación de los centros, en la que abundaron las rehabilitaciones de edificios y el consiguiente aumento del número de plazas.

En los últimos años esta tendencia se ha ralentizado y quizá sería conveniente, como ya se ha dicho, reconsiderar la existencia de algunos centros “demasiado pequeños” o que, como veremos más adelante, no han completado la rehabilitación de sus instalaciones y servicios.

En cuanto al número de admisiones por plaza disponible se ha producido un continuo incremento, lo que implica estancias más cortas. El ratio nos indica que en 1988 la estancia media era prácticamente de un año, y en 2005 es alrededor de cinco meses. El incremento de dicha ratio es constante pero el gran salto se produce en el año 1999, momento en el que, tras intensas presiones de las administraciones públicas, la mayor parte de las CCTT aceptaron reducir la duración de sus programas. Casualmente, en el entorno de los años 1999-2000 es cuando se inicia la fase de la “segunda consolidación” que como hemos visto supone, entre otras cosas, adaptarse a la nueva situación, que incluía la exigencia institucional de tratamientos más cortos. Observando los datos globales parece evidente que muchas CCTT debieron darse cuenta pronto de que los tratamientos más breves les proporcionan más clientes que los programas de larga duración.

Por su parte, el ratio de altas terapéuticas por plazas disponibles aumenta de una forma espectacular a lo largo de todo el periodo (de 0,34 a 0,87), aunque esto tiene que ver, al menos en parte, con la duración de los tratamientos, pero a la vez indica que la menor brevedad no reduce los resultados terapéuticos sino que contribuye a su incremento.

Finalmente en 1988 la proporción de internos por miembros del equipo era de 4,6 y en 2005 se ha reducido a 2,4. Lo que refleja también el aumento de la calidad en los dispositivos. Dicha reducción no se inició en la fase de dignificación (lo cierto es que en aquel entonces la ampliación de los equipos que sugería el Informe de 1988 y el posterior sistema de homologación no fue demasiado bien apoyado por muchas administraciones que preferían un sector menos “pesado”), sino a partir de 1996-97 cuando la ocupación era menor y la imagen de la crisis más potente. Reforzar los equipos se convirtió en una forma de superar aquella situación en una tendencia que se ha mantenido, e incluso aumentado a partir del año 2001 cuando comienza la segunda consolidación, aunque, como ya se ha explicado, la tendencia de este ratio podría invertirse aumentando el número de plazas de las CCTT más pequeñas.

En todo caso, este incremento del número de profesionales responde sin duda a la creciente complejidad de los perfiles de los internos, aunque no podemos obviar, observando los cuestionarios, que la actual media de 2,5 internos por profesional enmascara situaciones muy diversas, desde una CCTT pública en el que esta ratio es de 0,46, es decir más de dos profesionales por interno, hasta algunas concertadas que aún mantienen ratios superiores al 4,6 de 1988. Sin llegar a estos extremos, los otros ratios también enmascaran situaciones muy diversas, desde CCTT con más de 100 plazas a micro-centros con menos de 15, desde estancias medias que superan el año y medio hasta estancias medias de menos de tres meses, y desde cuatro ocupaciones anuales por plaza hasta menos de una ocupación al año.

Parece, en todo caso, que la diversidad de situaciones va dando paso a un modelo más unificado de CCTT, con un número de plazas que parece haberse estabilizado, con una mayor eficiencia en el trabajo, con más admisiones y más altas terapéuticas y una proporción media estándar de dos profesionales por cada cinco plazas.

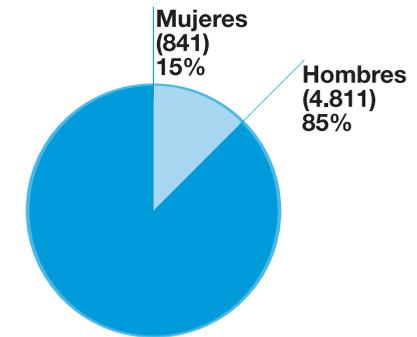
En la misma pregunta se solicitaba que informaran sobre las obras de mejora y las ampliaciones realizadas en la CCTT. Al ser una pregunta de tipo general, las respuestas obtenidas son muy poco descriptivas, pero 71 de ellas, el 87%, informan de alguna obra, ampliación, rehabilitación o mejora durante el periodo de su actividad. Más de un tercio de ellas informan prácticamente de algún tipo de actividad en este sentido la mayor parte de los años; otro tercio parece situar sus ampliaciones y mejoras en unos años concretos (algunas en el entorno de los años 1989-1993 y otras a partir del año 2000). El último tercio solo refiere rehabilitaciones parciales muy de vez en cuando. En cualquier caso la imagen global se corresponde con dispositivos permanentes en obras que van mejorando sus instalaciones y de hecho al realizar las visitas pudimos constatar cómo varias de las que “tienen instalaciones deficientes” (que son las que no han tenido mejoras recientes), están realizando obras de mejora o están en fase de proyecto.

3.6.- El perfil de los usuarios atendidos en 2005.

En segundo lugar, en el cuestionario también se preguntaba por el perfil de los usuarios atendidos durante el año 2005 y casi todas las CCTT respondieron a esta pregunta.

Obviamente las cifras obtenidas en esta respuesta no se corresponden de forma exacta con los totales mencionados más arriba, en parte porque algunas CCTT no han contestado a este dato y en parte porque la mayoría no lo han interpretado como “casos nuevos” sino como total de casos atendidos en el año. Por este motivo, la cifra total de casos es algo superior a la cifras de “admisiones” de la tabla 3.2. Pero está claro que la distribución de estos casos es exacta si suponemos que las respuestas se han ajustado a la realidad.

Distribución por género



Durante el año 2005 han estado en tratamiento 5.652 casos en las CCTT que han contestado el cuestionario, de ellos 4.811 han sido varones y 841 mujeres. Las mujeres representan el 14,8% de las personas en tratamiento, es decir entre dos y cuatro puntos porcentuales por debajo del porcentaje total de mujeres en tratamiento por adicción a drogas, según los últimos datos disponibles del SEIPAD, de cuatro a seis puntos, según la demanda asistencial total por sexo, y entre seis y ocho puntos según la demanda asistencial teórica (Comas, 2006). Lo que significa que las CCTT no atienden de una manera adecuada la demanda potencial de las mujeres. No se trata sólo de una evidencia a partir de los datos obtenidos, sino un reconocimiento explícito de muchas CCTT y en particular de las visitadas.

El argumento para el rechazo siempre es muy parecido y se formula en los siguientes términos: en un centro con 20 plazas o menos, nunca hay más de dos o tres mujeres y en muchos casos hay una sola. Eso obliga a crear espacios específicos que garanticen la intimidad (como baños o habitaciones), así como, se dice, a diseñar intervenciones diferenciadas (por ejemplo, en talleres o en actividad física), lo cual, ante la falta de recursos, resulta complicado. Además la presencia de mujeres reintroduce cuestiones como la sexualidad, que muchas CCTT suelen aparcar, aunque sea de manera provisional²⁰.

20.- Aunque es cierto que algunas CCTT no aceptan ni asumen este argumento e incluso algunas alegan que aparcar los problemas de sexualidad es un grave error.

Cuando las plazas suben a 35 o más, el número de mujeres aumenta hasta un umbral de 5 mujeres por dispositivo, lo cual se supone que ya justifica espacios y actividades específicas, aunque es cierto que en dispositivos de este tamaño el argumento de la “disfunción femenina” pervive. En cualquier caso como son minoría las Comunidades Terapéuticas que tienen este número tan elevado de plazas, se explica que la proporción de mujeres sea más baja que en el conjunto de la red asistencial, porque hay algunas CCTT que, como veremos, no las admiten, y en la mayoría aparecen barreras implícitas para excluirlas.

Pero a la vez hay tres Comunidades Terapéuticas específicas de mujeres, que de alguna manera compensan a las que sólo admiten, como norma o de facto, varones y que se incluyen entre los que han contestado el cuestionario. También es cierto que son muchas las CCTT de pequeño tamaño con una o dos mujeres, -y en las que se sigue manejando el anterior argumento-, pero la presión y la demanda de la red asistencial (en ocasiones la petición de ayuda de un profesional afín) “obligan” a admitir a una mujer. Esta situación nos permite llegar a suponer que en realidad no son los problemas espaciales ni las necesidades de intimidad las que justifican este rechazo ante las demandas de mujeres, sino algo más profundo que se comparte con el conjunto de la red asistencial y que las CCTT de mujeres ponen en evidencia: el modelo asistencial ha sido diseñado para una mayoría de varones y resulta difícil aplicarlo a las mujeres, especialmente cuando existen necesidades especiales (por ejemplo hijos) o historias personales (por ejemplo prostitución) que revuelven al resto de internos varones.

La pregunta es ¿deberían existir modelos específicos de CCTT por género? o ¿se pueden integrar las necesidades de ambos géneros en un modelo de CCTT capaz de renunciar al sexismo? Creo que sí, y de hecho son varias las CCTT mixtas que han adoptado estrategias terapéuticas en las que aparece diferenciado el género. En cualquier caso debería debatirse la pertinencia de ambas opciones: Comunidades Terapéuticas específicas para varones y mujeres, versus Comunidades Terapéuticas mixtas con intervenciones diferenciadas por género. Lo que resulta inadmisibles es que una parte de CCTT sea implícitamente sólo para varones y esto no se exprese de una forma adecuada (Martens, 2004).

Por su parte, entre estos 5.652 casos un total de 194 han sido menores (3,4%), la mayoría, si no todos, en entidades concertadas, emplazados por juzgados de menores y financiados por la red de menores. Sin duda la aportación de algunos menores, desde la aprobación de la Ley del Menor, ha contribuido al sostenimiento de las CCTT (y a la diversificación), pero el porcentaje, como puede verse es muy pequeño (tabla 3.7).

TABLA 3.7
Perfil de atendidos durante 2005.

CONCEPTO	VALOR	%
Menores	195	3,4
Judiciales	2.182	38,6
Droga principal heroína	1.306	24,9
Droga principal cocaína	2.030	38,7
Droga principal alcohol	1.180	22,5
Droga principal otra	729	13,9
Utilizando antagonistas	196	(15,0)
Utilizando agonistas	866	(66,3)
Con doble diagnóstico	1.385	26,4
Extranjeros	165	3,1
Reingresos	448	8,5
Fuente: FAG-2006(B)		

Sin embargo, el volumen de casos con antecedentes judiciales es elevado y supera en varios puntos (entre cinco y siete, según las fuentes) la media de antecedentes judiciales globales entre el conjunto de la población que realiza demandas asistenciales por adicción a drogas. Eso significa que la opción CCTT se sigue considerando de una forma prioritaria para derivar casos judiciales, a la vez y como hemos visto en el capítulo anterior, algunas instancias judiciales utilizan la CCTT como una cárcel alternativa y no como una alternativa a la cárcel.

En cuanto a la droga principal, se ha producido uno de los grandes cambios en las actuales CCTT. En realidad esperábamos un fuerte incremento de los casos de cocaína, pero no tanto porque la cocaína es la droga principal en un 38,7% de los casos de internos en CCTT, mientras la heroína ya sólo representa un 24,9%. Pero el cambio inesperado se refiere a algo de lo que se habla poco: la creciente presencia de alcohólicos, con una demanda potencial en expansión. En este momento ya hay prácticamente tantos usuarios con problemas de heroína como usuarios con problemas de alcohol en CCTT (tabla 3.7).

Pero además, los usuarios cuya droga principal es la heroína están tomando agonistas (suponemos, metadona) en un 66,3% y antagonistas (seguramente naltrexona) en un 15%. En total, un 81,3% de los heroinómanos en CCTT están en un programa de mantenimiento. Se trata de un cambio extraordinario, hace sólo diez años el porcentaje de heroinómanos en programas libres de drogas representaba casi el 100% de los usuarios de Comunidad Terapéutica y ahora apenas es el 2,3% ¿Dónde están en España las famosas Comunidades Terapéuticas

que “representan la opción dogmática de los programas libres de drogas”?
¿cómo es posible seguir oyendo estas afirmaciones en referencia a nuestras
CCTT del año 2006?, ¿quizá porque se mira hacia otras?

Pero no sólo esto, un 26,4% (tabla 3.) son casos con doble diagnóstico, lo que
equivale a decir “con tratamiento farmacológico”. Lo que reitera el profundo cambio,
la adaptación correspondiente a la segunda consolidación, vivido por las CCTT
españolas en los últimos años.

Aunque de otra parte si observamos la proporción de reingresos, y a pesar de
todo lo que se habla en las CCTT, en especial aquellas que se sienten abocadas
a la condición de “residencias para crónicos”, lo cierto es que son, al menos por
ahora, muy escasos, ya que sólo representan el 8,5% de los casos atendidos
durante 2005.

Finalmente hay muy pocos extranjeros (un 3,1%), un porcentaje muy similar al
conjunto de la red asistencial (Comas, 2006), lo que reitera la idea de que o bien
los extranjeros tienen menos problemas de drogas que los españoles de origen,
o bien realizan menos demanda asistencial porque carecen de la información (y la
actitud) adecuada.

Capítulo 4

CARACTERÍSTICAS FORMALES Y MATERIALES DEL DISPOSITIVO.

4.1.- Fórmula jurídica, autorizaciones, acreditaciones e inspecciones.

La fórmula jurídica describe el tipo de entidad de la que forma parte la CCTT y la dependencia de la misma, en la tabla 4.1 podemos observar como tres de cada cuatro CCTT dependen de una organización privada (el 75,6%) y una es pública (el 24,5%). En comparación con el año 1987 (aunque excluyendo los dispositivos de la “red evangélica” y de Narconón que fueron incluidos en aquel Estudio), la proporción público versus privado, refleja un crecimiento de la opción pública que pasa del 16,6% al 24,5%, mientras que la privada desciende en igual medida.

TABLA 4.1
Fórmula jurídica de la entidad.
(Verticales)

	%
Administración pública	11,6
Fundación pública	12,9
Asociación	28,2
Fundación privada	42,3
Sociedad anónima o civil	5,1
Cooperativa o similar	-
Fuentes: FAG-2006 (B)	

Pero en realidad el aumento de las CCTT públicas no es tal, porque en 1988 las “granjas” de El Patriarca representaban el 53,6% de la oferta privada y, como ya hemos explicado, se contabilizaron todos los dispositivos de dicha red cuando muchos de ellos eran más bien centros logísticos y además un importante número de plazas eran ocupadas por extranjeros (aunque también aparecían españoles en las “granjas” de otros países). Por este motivo podemos afirmar que la oferta de CCTT públicas se ha consolidado a lo largo de los años, ya que si contabilizamos la lista completa nos encontramos con 31 CCTT públicas sobre un total de 119 centros y recordar que en 1988 eran 11 CCTT públicas sobre un total de 66 centros equivalentes. El ritmo de crecimiento de la oferta pública es, por tanto ligeramente más intenso que el del conjunto de CCTT.

En todo caso la transformación más importante en estos años reside en el cambio de fórmula jurídica entre las privadas, ya que en 1988 la fórmula de la Fundación no existía y ahora es ampliamente mayoritaria. El otro cambio importante reside en la desaparición de El Patriarca como red específica que entonces, como ya se ha explicado, representaba prácticamente la mitad de la oferta tanto en dispositivos como en plazas²¹.

Otra novedad entre las públicas se refiere a la aparición de la figura de la Fundación Pública que se supone permite gestionar de una forma más ágil, con criterios de entidad privada, unos dispositivos que sin embargo son “propiedad” de las administraciones públicas. La mayor parte de estas CCTT pertenecen a la FADA y convierten a la CCAA de Andalucía en la mayor “concentración” de CCTT públicas del país. Apenas hay empresas privadas en el sector (SA/SL), pero llama especialmente la atención la falta de entidades y dispositivos que adopten la fórmula de cooperativa u otras colectivas similares.

¿De quién dependen las CCTT públicas?, pues 18 de ellas, es decir casi todas las que se definen públicas y contestan al cuestionario (21), indican que dependen de las administraciones de las Comunidades Autónomas, una indica que depende de una Diputación Provincial, una de un Cabildo y otra de un Ayuntamiento. Dos de ellas indican que dependen de la CCAA, pero que la gestión corresponde respectivamente a una Diputación Provincial y de un Municipio. Este es otro cambio importante en relación a

21.-En la actualidad la Fundación Dianova, cuyos orígenes en El Patriarca son muy explícitos, no forma ninguna red propia, sino que está formada por seis CCTT profesionales que no hemos diferenciado del conjunto

1987, porque más de la mitad de las 11 CCTT públicas en aquel entonces dependían de Ayuntamientos (5) y de Diputaciones Provinciales (2). La evolución de la dependencia de las CCTT públicas también refleja los cambios en la administración de referencia para las políticas de drogas.

En cuanto a las autorizaciones y acreditaciones, han contestado a esta pregunta 69 dispositivos mientras 11 han dejado de responderla, quizá porque las respuestas de los demás han sido muy prolijas, es decir, han mencionado, en prácticamente todos los casos las autorizaciones y acreditaciones obtenidas, la referencia legal de las mismas y la administración que las otorga. Las no respuestas no siguen ninguna lógica y como de todas ellas nos consta que al menos están acreditadas por la CCAA, podemos suponer que no han respondido por desinterés o porque la persona que rellenó el Cuestionario no conocía esos datos, aunque también es cierto que dos de ellas indican que “no tienen”.

En cualquier caso, el hecho de que las respuestas efectivamente obtenidas sean tan completas apoya esta interpretación. En general las respuestas se refieren a las licencias municipales de apertura y a otras licencias y registros municipales, a las normas autonómicas de funcionamiento, acreditación y autorización, a normativas sanitarias y sociales de cada CCAA, a exenciones de impuestos, a declaraciones de utilidad pública de diversas administraciones, a la Ley de Asociaciones y Fundaciones, algunos incluso citan el CIF y el IAE (o su exención), así como diferentes tipos de registros, finalmente en numerosos casos (19) se cita la acreditación como centro dispensador de metadona.

Además, son también muchas las CCTT que indican haber sido objeto de una auditoría o inspección externa, aunque en este caso son dieciocho las que no responden a la pregunta y cuatro las que indican que “no tienen”; el tipo más frecuente es la inspección de sanidad, pero también aparecen auditorías de entidades privadas, entre ellas, las entidades multinacionales más conocidas entre las dedicadas a auditoría, también aparecen otras auditorías de firmas locales en concierto con las CCAA, también hay inspecciones de Riesgos Laborales. Con más frecuencia de la esperada (9 casos) se citan normas ISO-9000, en 6 casos a AENOR y en otros 6 casos a consultoras privadas para ajustarse a la Ley de Protección de Datos y en 11 casos se habla de auditorías de calidad por parte de entidades privadas, en 14 casos de habla de “control de subvenciones” y en 17 casos de auditorías para mantener autorización y acreditación. Aunque no se preguntaba explícitamente en el Cuestionario cinco CCTT han contestado, en este apartado, que tienen “supervisión externa” (tres de ellas han añadido “clínica”) y por el conocimiento del sector me consta que actualmente son algunas más.

El contraste con 1987 no puede ser más extremo, en aquel momento las autorizaciones eran escasas y no existían aún los sistemas de autorización, las CCTT vivían “echadas al monte” e incluso el status de las públicas (y las concertadas) era confuso. Ahora es un sector muy controlado administrativamente y que se ajusta, en grandes líneas, a criterios de transparencia. También podíamos hablar

de la pervivencia de un pequeño núcleo de entidades que parecen resistirse (o no han tenido oportunidad) de entrar en esta dinámica de normalización. Pero a pesar de todo el núcleo central de las CCTT refleja la existencia de un sector bien controlado por las administraciones y bastante transparente, tanto en relación a otros sectores asistenciales similares como a su situación hace 20 años.

Si existiera un Programa de Investigación continuo sobre CCTT (o no se hubiera quebrado el del pasado), este tema debería haber sido ya objeto de una investigación particular.

4.2.- Relaciones con las Administraciones Públicas y distribución de las plazas

En primer lugar, han contestado a la cuestión del tipo de relación contractual con las administraciones públicas, un total de 59 entidades, es decir todas las privadas sin excepción, siendo lo más frecuente los convenios y conciertos con CCAA (51), pero también con numerosas Diputaciones Provinciales (17) y Ayuntamientos (29), también aparecen las administraciones insulares (4). En algunos casos se habla de Contratos y de “contratos plaza” especialmente con ayuntamientos. Las que indican subvenciones son menos (27), además la mayoría se refieren al 0,52% del IRPF y en varios casos (11) se refieren explícitamente a entidades financieras. Conviene también señalar la existencia de figuras locales especiales como “subvención convenida o conveniada”.

En segundo lugar, 52 CCTT nos indican las cantidades que han percibido de las administraciones públicas y de las entidades financieras, que suman en conjunto 27.362.315 euros para el año 2005, es decir una media de 526.198 euros por cada entidad, lo que a todas luces parece una cifra un poco alta y más cuando la comparemos con el volumen total de plazas concertadas y los presupuestos de las CCTT que aparecen en los próximos apartados. Pero al final veremos cómo esta cifra es cierta. Si extrapolamos esta cifra al conjunto de CCTT que no son públicas (en total 88) podemos imaginar que las aportaciones públicas a las CCTT se mueven en España sobre una cifra máxima, algo elevada en todo caso, porque suponemos que han contestado mejor las que están bien apoyadas y disponen de más recursos, de un total de 46 millones de euros. Lo cual supone, aunque sea algo más baja, una cantidad notable.

En tercer lugar, han contestado casi todas las entidades (77) a la cuestión de la tipología de las plazas del centro, de tal manera que en la suma de la distribución de plazas aparecen algunas más que en el número total reflejado en el capítulo anterior, quizá porque hay plazas que pueden ser de dos tipos y estar, durante un tiempo, concertadas o subvencionadas y otra temporada ser privadas. La tabla 4.2 muestra, por tipo de plaza, el número de plazas de cada tipo, el número de centros que indican tener este tipo de plazas, así como algunas características relevantes de las mismas.

Podemos afirmar, con los datos de la tabla 4.2, que estamos ante un conjunto de recursos especializados públicos y privados que garantizan un acceso gratuito, por la vía de los centros primarios públicos, aunque también existen plazas de beneficencia y plazas privadas para acceder a tales recursos de manera directa.

TABLA 4.2
Distribución de plazas en CCTT.

TIPO DE PLAZA	NÚMERO	CENTROS	CARACTERÍSTICAS
Públicas	704	21	Gratuitas, pero en cuatro casos se admiten pequeñas aportaciones para gastos personales (máximo 150 al mes). Si los usuarios disponen de recursos en una CCTT, deben pagar coste hostelero. En otro caso, son sólo gratuitas para vecinos del municipio.
Concertadas	877	45	Gratuitas, la mitad admiten aportaciones hasta un máximo de 200€€ Gran variabilidad de situaciones de posible financiación
Privadas	552	34	Coste medio de 1.202 € al mes, 104 plazas privadas son gratuitas porque la subvencionan ellos mismos. Hay además descuentos y acuerdos con subvenciones parciales.
Subvencionadas	265	26	Gratuitas total o parcialmente, 56 tienen algún coste (de 700 a 190 euros), 41 son variables según circunstancias. En total, aparecen una mayoría de subvenciones públicas, unas pocas de entidades benéficas y otras de entidades financieras o empresas.
TOTAL	2.398		

Fuente: FAG-2006 (B)

4.3.- Presupuestos, ingresos y gastos.

Los resultados sobre cuestiones económicas deben observarse con mucha precaución, en primer lugar porque, como puede observarse en la tabla 4.3, fueron pocos los cuestionarios que incluyeron estos datos, en segundo lugar porque los privados y concertados contestaron más que los públicos, lo que es lógico ya que la cuestión de los costes y los conciertos es, como hemos visto, muy importante para ellos, mientras que muchos de los públicos son conceptos que incluso se ignoran ya que se difuminan en una gestión más amplia. Finalmente esta claro que no siempre se comprendieron bien los conceptos por parte de las personas que completaban el cuestionario, y la demostración palpable es que varios, ¡respondieron en pesetas!, lo que nos obligó a repasar cada cuestionario, observar el tamaño de la CCTT y realizar la oportuna corrección, lo que aparte de otras comprobaciones, que nos condujeron a rechazar otros caso hizo singularmente complicado llegar a los resultados de este apartado.

Se preguntó por los datos presupuestarios de los ejercicios 2005 y 2006, para obligar a reconsiderar la pregunta y no contestarla al azar, así como por la cuenta de resultados (ingresos y gastos) del año 2004. En ambos casos se diferencié el

dispositivo, es decir la propia CCTT, de la entidad que lo incluye y que se supone incluye más programas y dispositivos (en algunos casos incluso otras CCTT). Los datos presupuestarios aparecen en la tabla 4.3 y en la misma podemos ver como fueron poco más de la mitad los que contestaron a la cuestión de los presupuestos del dispositivo y menos de la mitad los que contestaron a la cuestión del presupuesto global de la entidad. La diferencia de cifras parece coherente porque puede ser que algunos directores de CCTT ignoren el balance económico global de la entidad.

TABLA 4.3
Presupuestos 2005 y 2006 por dispositivo y entidad.

	CENTROS	TOTAL	MEDIA
Presupuesto 2005 dispositivo	49	21.874.979	434.183
Presupuesto 2005 entidad	34	31.516.542	926.957
Presupuesto 2006 dispositivo	48	22.129.115	461.023
Presupuesto 2006 entidad	36	36.536.213	1.014.894
Fuente: FAG-2006 (B)			

En cualquier caso y a pesar de la diferencia de respuestas resulta evidente que los presupuestos de las propias CCTT son bastante inferiores a los presupuestos de las entidades, lo que significa que la CCTT no es la fuente exclusiva de recursos de la entidad sino que vienen a suponer algo menos del 50%. Obviamente si hubieran contestado más CCTT públicas a esta cuestión (dispositivo y entidad) son en este caso lo mismo, la diferencia sería menor. En todo caso estas cifras confirman que las CCTT han seguido políticas de diversificación para poder sobrevivir y que las entidades que las soportan tienen, hoy en día más programas con los que obtienen otros, e importantes, recursos económicos. También significa que a la pregunta de las aportaciones públicas en Convenios, subvenciones y convenios del apartado anterior, han contestado más con los datos de la entidad que los de propio dispositivo. Lo que a su vez significa que entienden que las aportaciones y subvenciones a las entidades tienen como finalidad primordial el mantenimiento de la CCTT.

Por otra parte si extrapolamos el presupuesto de las que han respondido al conjunto de las CCTT, el presupuesto total para 2006 de todas las CCTT en España sería de 55 millones de euros, lo cual en la hipótesis mínima de plazas para 2005, arroja una cifra media de coste plaza de 20.340 anuales y en la hipótesis máxima de plazas es de 16.400 (aunque seguramente sería algo más alto si se incluyera un número superior de CCTT públicas). En cualquier caso esta horquilla (1.360 a 1.700 al mes) se ajusta a las expectativas y a los casos conocidos del sector y se aproxima al coste medio de la "plaza privada" de la tabla 4.2.

Conviene destacar que las plazas privadas más caras (aunque hay algunas para casos especiales que superan esta cifra) cuestan 2.000 euros al mes (más un depósito de 1.200 euros, que sólo se devuelve si se cumplen ciertas condiciones), lo cual supone un coste de 24.000 euros anuales por plaza.

A modo de resumen podemos decir que todo parece bastante coherente y concordante con los resultados de las aportaciones públicas a las plazas concertadas y que se han descrito en el apartado precedente. Pero si este es el esquema económico actual de las CCTT está muy lejos de los 5.100 plazas por año de 1987 (Comas, 1988) y de los casi 8.000 euros plaza por año que se proponían en el sistema de homologación (Comas, 1992), y aunque estas cifras hay que estafactarlas con el IPC, resulta que la mejora de las condiciones de las CCTT es muy evidente, a pesar de la supuesta crisis, del tiempo de silencio y de la necesidad de estrategias de diversificación. Pero también es concordante con otras mejoras como el aumento de los equipos terapéuticos y la proporción de profesionales por plazas, lo cual a su vez es el resultado de la mayor complejidad de los perfiles en tratamiento. Como consecuencia el sector de las CCTT no sólo representa un ámbito bien controlado y transparente, sino que además en términos económicos posee un tamaño apreciable y unos ingresos, en continuo crecimiento, que garantizan su viabilidad.

Un último detalle se refiere a la cuenta de resultados del año 2004 (el cuestionario se tenía que completar el primer trimestre del 2005 y los datos de dicho ejercicio no iban a estar disponibles). No podemos reconstruirla con una cierta fiabilidad porque no todas las entidades han contestado de la misma manera, ya que 36 han contestado a los ingresos del dispositivo y 41 a los gastos, en cambio 48 han contestado a los ingresos de la entidad y 40 a los gastos. En total sólo 27 entidades han contestado a todas las preguntas y hemos podido reconstruir con ellas esta especie de meta-cuenta de resultados (tabla 4.4).

TABLA 4.4
Cuenta de resultados de 27 CCTT en 2004.

	INGRESOS	GASTOS
Dispositivo CCTT	28.122.600	28.101.700
Entidad global	41.322.530	35.872.970
Fuente: FAG-2006 (B)		

En dicha tabla podemos observar como las CCTT han equilibrado sus resultados, con una pérdida de apenas 20.000 euros. Pero las entidades manejan una pérdida espectacular de casi 6.000.000 de euros. Hemos comprobado los datos una y otra vez y aunque el desajuste esta soportado por 16 entidades de las 27, lo que implica que es una situación muy común sobre la que no nos atrevemos a realizar ninguna interpretación plausible, incluida la posibilidad de un "error sistemático" por parte de los directivos de las CCTT que rellenaron el cuestionario y que tienen una información escasa sobre las entidades globales en las que están inscritos.

4.4.- Condiciones materiales de los dispositivos.

La mayor parte de edificios y construcciones de los Centros, el 55,2%, son edificios mixtos rehabilitados y con partes de nueva construcción, un 27,6% son edificios antiguos rehabilitados pero sin ninguna parte nueva y un 17,1% son edificios de nueva planta que suponemos se han construido con la finalidad de ser CCTT. La mayor parte de estos últimos son centros públicos. Esta situación refleja muy bien los avatares de las CCTT que nacieron en viejos edificios que han sufrido sucesivas rehabilitaciones, como hemos visto en el capítulo 3 y que han ido incorporando nuevas alas conforme crecía la demanda de plazas.

Se trata de edificios grandes, con una superficie media de 1.502 metros cuadrados, por término medio un 40,6% de este espacio (609 metros cuadrados) se dedica a residencia, un 12,2% (183 metros cuadrados) se dedica a espacios para el Equipo Técnico y un 47,2% (708 metros cuadrados) se dedica a talleres, aulas, gimnasios y otras instalaciones. En realidad y conociendo muchas CCTT esta última categoría agrupa a espacios polivalentes, en ocasiones muy disfuncionales por su destino en el pasado y en ocasiones también muy mal utilizados. Conviene en todo caso tener en cuenta que las medias obtenidas agrupan situaciones muy diferentes y hay varias CCTT con más de 3.000 metros construidos y una docena larga que no superan los 300 metros. Obviamente la distribución de espacios entre las una y las otras es muy diferente.

Teniendo sólo en cuenta las CCTT que han proporcionado estos datos (74) aparecen 926 habitaciones, el tamaño resultante de estas unidades residenciales que incluyen la habitación, el baño, salas y zonas comunes, es de 48 metros cuadrados. Como la media de plazas por cada habitación es de 2,57 internos, cada uno de ellos dispone, en la parte residencial de 18,67 metros cuadrados. Es decir nos situamos sobre parámetros que superan las mínimas exigidas para la parte residencial de una residencia. También es cierto, de nuevo, que se produce una gran variedad de situaciones.

Tal variedad se constata al observar la distribución, según plazas, de las habitaciones (tabla 4.5), hay habitaciones individuales, en 51 centros, pero las más abundantes son las dobles y las triples, existe también un importante número de

habitaciones de cuatro o incluso más plazas. Sin duda las habitaciones dobles tienen una cierta lógica asistencial y hasta se podrían justificar las triples, pero por encima de esta cifra, el resto parece reflejar una precariedad que, con las cifras económicas del sector creíamos desterrada.

Seguimos insistiendo en la cuestión de la diversidad de situaciones, que en este caso podrían corregirse por el hecho de que la mayor parte de las habitaciones de cuatro o más plazas, según nos informan en las visitas y se constata en las relaciones con CCTT, sólo se ocupan parcialmente. Esto es cierto porque las cifras del cuadro 4.5 extrapoladas a 80 CCTT nos proporcionan 2.582 plazas en habitaciones y, en la tabla 3.2 hemos visto que estas mismas CCTT nos proporcionan la cifra total de 2.254 plazas, lo que indica que hay al menos 330 plazas residenciales que no se ocupan y no se consideran plazas de CCTT.

TABLA 4.5
Tipología de habitaciones.

	NÚMERO	CENTROS	PLAZAS
Individuales	145	51	145
Dobles	376	64	752
Triples	189	51	567
Cuádruples	156	44	624
Más de cuatro	60	33	+300
TOTAL	926	74	+2388
Fuente: FAG-2006 (B)			

Como último detalle de este apartado podemos decir que en el Cuestionario FAG-2006 (B) no se ha incluido ninguna pregunta sobre auto-mantenimiento. Aunque si se ha incluido el tema entre las actividades educativas. Fue una decisión tomada tanto porque este fue uno de los temas más trabajados en el Informe de 1987, porque entonces era no sólo una práctica común sino una fuente de diferentes abusos, como por el hecho de que imaginaba que esto se habría acabado en 2006. Sin embargo lo cierto es que en las visitas se apreció la pervivencia de prácticas de auto-mantenimiento, como tareas menores de rehabilitación, talleres en los que se construía y se arreglaba el mobiliario y en particular utilización de la auto-producción agraria como fuente de alimentación, que se cocinaba en una cocina que a la vez era un taller. Es decir, aparte de las actividades deseducativas que describiremos en el capítulo 7, algunas CCTT procedentes del sector profesional, aun tienen ingresos atípicos resultado de sus prácticas laborales en la CCTT. A la vez, en otras CCTT, cuando se les preguntó por esta cuestión, vinieron a decirnos, con mucha ironía, que cuánto tiempo hacía que no veíamos una CCTT.

No estamos ante una práctica muy extendida, pero pervive, aunque, a algunos, les parezca muy lejana en el tiempo y ajena a las actuales CCTT. En una de las CCTT el observador pudo constatar como las prácticas y los talleres agrícolas estaban bien integrados en el proceso, como permitían otorgar responsabilidades útiles a los internos, lo bien que se sentían estos con dichas prácticas, ya que seguían toda la trayectoria de las hortalizas, desde la tierra hasta el comedor pasando por la cocina, y cómo este proceso formaba parte de la identidad cultural y los procedimientos terapéuticos y educativos del centro. ¿Conviene, a estas alturas, proponer la eliminación de estas prácticas si son funcionales al proceso terapéutico y educativo? ¿Por qué contribuyen de manera indirecta al sostenimiento de la CCTT?

Hay que recordar que en su día, en el Informe de 1988 y en el sistema de homologación posterior, se buscó la forma de eliminarlas por los abusos que se apreciaban tras las mismas. ¿Pero y hoy en día? ¿Cuándo no hay abusos y en el dispositivo cumplen una función no económica sino educativa y terapéutica? Podríamos volver a reconsiderar la cuestión y analizarla desde estos nuevos parámetros, aunque hay que recordar, a modo de ejemplo, que estos ingresos en especie deberían tributar.

4.5.- El equipo técnico: estructura, titulaciones, horarios y contratos.

Lo primero que nos preguntamos en relación al equipo técnico es: ¿Quién rellenó el cuestionario? Para concluir que esencialmente el director/a (o coordinador/a en algunos casos) de la CCTT, ya que de 78 centros que especifican este dato, 73 han sido contestados por la figura jerárquica máxima. Entre todos estos centros, en cuatro casos, se especifica que es un responsable de menor nivel que ejerce provisionalmente de director. En otros dos casos por un voluntario, en un caso por “la Trabajadora Social” y en un caso por “la Presidenta de la Asociación” aunque esta posibilidad se excluía en las instrucciones. Debemos, por otra parte recordar que entre aquellos que no contestaron al cuestionario, la excusa de “no hay director” fue muy frecuente, y de alguna manera tenemos la sensación de que las figuras directivas son en las actuales CCTT un bien escaso y que efectivamente su carencia es motivo de muchas crisis.

¿Cuál era la titulación de los que respondieron? Pues casi la misma que el conjunto de directores/as que se describen más abajo. Lo más frecuente son los licenciados (y doctores) en psicología (28 profesionales que suponen un 36% de las respuestas), muchos de ellos especifican además “especialista en psicología clínica” y algún master en drogodependencias. Le siguen los diplomados en trabajo social (11 respuestas que suponen un 14%) y muy cerca los licenciados en medicina (9 casos con un 12%) entre los que figuran dos psiquiatras. El resto, un amplio 38%, refleja una gran variedad de titulaciones, que por orden son: sin título superior (6), educador social (5), técnico superior o licenciado sin especificar

(4), magisterio (4), ATS o enfermería (4), licenciado en pedagogía (3), ingeniero técnico (2), licenciado en economía (1) y licenciado en filología (1).

En 23 cuestionarios (29,5%) el único responsable de completar el Cuestionario fue la figura antedicha, mientras que en el resto contó con alguna ayuda. Dicha ayuda parece seguir dos patrones, el primero es el del modelo directivo, que podríamos atribuir a la mitad de los casos, en el mismo participan los miembros con mayor relevancia en el dispositivo (en particular el médico y el responsable terapéutico o educativo), el segundo patrón es el de una figura “secundaria”, desde un becario hasta un trabajador a tiempo parcial pasando por un “voluntario”, que podríamos atribuir a la otra mitad de las respuestas que indican un trabajo de respuesta colectivo y que seguramente refleja que el primer desbroce del Cuestionario (y la búsqueda de datos) la realizó esta figura secundaria y que el director/a se limitó a contestar las cuestiones más “delicadas” y a supervisar el resto. La distribución de las respuestas refleja muy bien la situación actual de las CCTT desde el modelo más jerárquico, hasta la visión más colectivista, pero el colectivismo horizontal se limita al Equipo de Dirección. Conviene recordar que como hemos visto en el capítulo 2, las actuales CCTT españolas padecen algunos problemas de falta de consenso interno.

En cuanto a la composición de los Equipos, los hemos distribuido por los roles que ejercen y describimos sus principales características.

TABLA 4.6
Rol directivo.

EDAD MEDIA	43,5 AÑOS	
DEDICACIÓN	A tiempo completo todos con alguna excepción cuando hay dos roles de dirección	
ANTIGÜEDAD	11,3 años	
SEXO	52% mujeres /48% varones	
CONTRATO	Casi todos fijos, con más laborales administrativos que funcionarios en las públicas, algún temporal y 7 casos “de sustitución”.	
TITULACIÓN		
	Psicología	34
	Psiquiatría	2
	Medicina	7
	Trabajo Social	9
	Pedagogía	4
	Educación Social	5
	Magisterio	3
	Enfermería	2
	Otra licenciatura	5
	Otra diplomatura	8
	Título de FP	5
	Sin ningún título	4

Fuente: FAG-2006 (B)

Comenzando por el rol de directivo, en 67 CCTT se ha informado sobre 88 roles de directivo, ya que muchas han incluido situaciones de codirección y subdirectores. Son personas de una cierta edad, con una media de más de 43 años, con una desviación típica escasa porque hay muy pocos de más de 50 años y casi ninguno de menos de 35 años. Un poco más de mujeres que de varones y con una cierta antigüedad en el dispositivo (11,3 años de media). Las titulaciones más frecuentes son la de Psicólogo, seguida de Trabajo Social y Medicina, así como otras Licenciaturas. Conviene señalar que en 36 casos (41%) este rol directivo lo ejercen personas con sólo diplomatura o estudios inferiores, lo que implica que las CCTT han sido una buena oportunidad laboral para personas con estudios medios o inferiores.

En cuanto al rol de terapeuta es ejercido por 196 profesionales en 69 centros, son más jóvenes que los directores, en una gran medida porque aparecen algunos menores de 30 años, trabajan a tiempo completo aunque "el último" suele a hacerlo a tiempo parcial, es un colectivo altamente feminizado (73%), con un predominio de contratos fijos, aunque ya comienzan aparecer una gran variedad de contrataciones. En una gran mayoría son psicólogos (64,2%), pero ejercen la función de terapeuta otros titulados, algunos ciertamente afines como medicina y pedagogía, pero otros más extraños como trabajo social, educación social y especialmente no titulados.

TABLA 4.7
Rol terapeuta.

EDAD MEDIA	35,6 AÑOS	
DEDICACIÓN	Tiempo completo con excepciones en el primer y segundo terapeuta, pero a partir del tercer terapeuta predomina el tiempo parcial.	
ANTIGÜEDAD	7,9 años	
SEXO	73% mujeres / 23% varones	
CONTRATO	Predominio de los fijos (56%), pero con pequeñas cifras de funcionarios (5%), temporales (14%), de servicios (12%), de obra (9%) y otros incluidos algunos voluntarios	
TITULACIÓN	Psicología	126
	Psiquiatría	-
	Medicina	6
	Trabajo Social	10
	Pedagogía	6
	Educación Social	15
	Magisterio	2
	Enfermería	-
	Otra licenciatura	4
	Otra diplomatura	9
	Título de FP	4
	Sin ningún título	14

Fuente: FAG-2006 (B)

El rol sanitario ha sido atribuido a 79 trabajadores por parte de 44 CCTT, su edad media es un poco más alta que los terapeutas, llevan, por término medio menos de cinco años trabajando en el sector, casi todos son médicos y enfermeros, con más varones que mujeres, su dedicación se divide entre jornadas completas, medias jornadas y otros tiempos parciales, y con contratos poco estables.

TABLA 4.8
Rol sanitario.

EDAD MEDIA	37,6 AÑOS	
DEDICACIÓN	Hay un cierto equilibrio entre jornadas completas y medias jornadas o menos horas	
ANTIGÜEDAD	4,9 años	
SEXO	52% Varones / 48% Mujeres	
CONTRATO	En la pública, laborales e interinos; en las privadas, más contratos de servicios que fijos, hay abundantes sustituciones y algunos voluntarios.	
TITULACIÓN	Psicología	2
	Psiquiatría	7
	Medicina	36
	Trabajo Social	-
	Pedagogía	-
	Educación Social	-
	Magisterio	3
	Enfermería	26
	Otra licenciatura	1
	Otra diplomatura	-
	Título de FP	2
	Sin ningún título	-

Fuente: FAG-2006 (B)

En total 53 entidades indican que tienen trabajadores con el rol de monitores, sumando un total de 246 profesionales, su edad media es de 35 años pero el rango de edad es muy amplio con casos que superan los 60 años y bastantes casos de menores de 25 años, lo mismo pasa con la antigüedad, cuya media es escasa, sin embargo alrededor de un 17% llevan más de 20 años en CCTT y casi un 40% no alcanzan los tres años. Las titulaciones son de lo más diversas, aunque entre educación social y magisterio suponen el 39%. Pero ejerciendo de educadores hay psicólogos, médicos y bastantes trabajadores sociales. Aunque hay bastantes trabajadores con rol de educador que sólo tienen un título de FP, son pocos los que no tienen ningún título por lo que globalmente se produce una cierta sobre-cualificación en el colectivo. Hay más varones que mujeres.

TABLA 4.9
Rol educador.

EDAD MEDIA	35,9 (Con gran dispersión)	
DEDICACIÓN	Predominio jornadas completas (74%) aunque hay un importante núcleo de medias jornadas (26%)	
ANTIGÜEDAD	6,8 (Con gran dispersión)	
SEXO	57% varones / 43% mujeres	
CONTRATO	En las públicas laborales (11%), predominan los fijos (64%) aunque también hay temporales (15%) y de obra (8%). Muy raros los demás.	
TITULACIÓN	Psicología	21
	Psiquiatría	-
	Medicina	4
	Trabajo Social	23
	Pedagogía	20
	Educación Social	59
	Magisterio	37
	Enfermería	-
	Otra licenciatura	18
	Otra diplomatura	26
	Título de FP	32
	Sin ningún título	12

Fuente: FAG-2006 (B)

Un total de 164 personas han sido definidas con un rol de monitor en 43 CCTT, conviene señalar que hay CCTT con educadores y monitores, CCTT con sólo educadores y CCTT con sólo monitores. Tienen una edad media elevada (41,2 años) con menos dispersión en las edades que los educadores y llevan bastantes años trabajando en la CCTT. El nivel global de titulación es bajo y no hay apenas titulaciones educativas, sin embargo siguen apareciendo psicólogos y trabajadores sociales ejerciendo este rol. Es el rol más masculinizado (62%) y en general son trabajadores fijos con jornadas completas.

TABLA 4.10
Rol monitor.

EDAD MEDIA	41, 2 AÑOS	
DEDICACIÓN	A tiempo completo casi sin excepción.	
ANTIGÜEDAD	7,3 años	
SEXO	62% varones y 38% mujeres	
CONTRATO	Alto porcentaje de fijos (76%) y resto muy variado	
TITULACIÓN	Psicología	9
	Psiquiatría	-
	Medicina	-
	Trabajo Social	12
	Pedagogía	-
	Educación Social	2
	Magisterio	3
	Enfermería	-
	Otra licenciatura	6
	Otra diplomatura	8
	Título de FP	75
	Sin ningún título	46

Fuente: FAG-2006 (B)

En 37 aparece la figura del Trabajador Social con 44 profesionales en total, aunque ya hemos visto que hay 55 trabajadores sociales ejerciendo otros roles en la CCTT. Casi todos están diplomados en Trabajo Social y son mujeres, llevan un tiempo escaso en la CCTT y trabajan a tiempo completo aunque con contratos poco estables.

TABLA 4.11
Rol trabajador social.

EDAD MEDIA	32,4 AÑOS	
DEDICACIÓN	Todos tiempo completo salvo 4 casos	
ANTIGÜEDAD	4,8 años	
SEXO	84% mujeres y 26% varones	
CONTRATO	48% fijos, 14% temporales, 11% obra, resto diversos incluidos voluntarios	
TITULACIÓN	Psicología	-
	Psiquiatría	-
	Medicina	-
	Trabajo Social	40
	Pedagogía	2
	Educación Social	2
	Magisterio	-
	Enfermería	-
	Otra licenciatura	-
	Otra diplomatura	-
	Título de FP	-
	Sin ningún título	-

Fuente: FAG-2006 (B)

En 30 entidades hablan de auxiliares administrativos y otras 30 (no todas coincidentes) menciona al personal de servicios, los primeros suman 37 y los segundos 56. Los primeros son algo más jóvenes que los segundos y han estudiado FP (se supone que auxiliar administrativo) los segundos no suelen tener ningún tipo de estudios. Son bastantes antiguos, trabajan a jornada completa y tienen contratos muy estables.

TABLA 4.12
Rol administrativo y personal servicios.

EDAD MEDIA	37,8 AÑOS / 41,6 AÑOS		
DEDICACIÓN	En ambos casos 70% jornada completa y 30% media jornada o menos		
ANTIGÜEDAD	Ambos 6,5 años		
SEXO	Auxiliares: 73% mujeres y 27% varones Servicios: 40% mujeres y 60% varones		
CONTRATO	Casi todos fijos, laborales en la administración, algunos voluntarios		
TITULACIÓN	Psicología	-	-
	Psiquiatría	-	-
	Medicina	-	-
	Trabajo Social	1	-
	Pedagogía	-	-
	Educación Social	-	-
	Magisterio	1	2
	Enfermería	-	-
	Otra licenciatura	-	-
	Otra diplomatura	10	-
	Título de FP	23	10
	Sin ningún título	4	43

Fuente: FAG-2006 (B)

En resumen hemos obtenido los datos de 910 miembros de los equipos, es decir, prácticamente todos los de los cuestionarios remitidos. Nos ha costado un cierto esfuerzo sistematizar estos datos pero ha valido la pena, porque teníamos la obligación de realizar un análisis pormenorizado debido a que el esfuerzo de las CCTT para contestar a esta pregunta también fue notable. Una conclusión de éstos datos, y al margen de las que el lector curioso encontrará en las tablas, es que este es un sector con un notable equilibrio de sexos, con 47,1% de varones y un 52,9% de mujeres, en el que las mujeres ocupan más los puestos de responsabilidad (dirección y terapeutas), salvo los sanitarios, aunque también ocupan los roles de auxiliares administrativos, mientras que los varones ocupan los puestos inferiores.

Finalmente tenemos que referirnos al hecho de que las visitas a los dispositivos nos ofrecieron algunas informaciones complementarias, sobre temas que no podíamos, o no sabíamos cómo preguntar en el cuestionario, pero que conocíamos de otras experiencias. Se trata de la cuestión de los conflictos en los equipos de las CCTT y de la falta de consenso interno en alguno de ellos.

El primer elemento a considerar es que son varias las CCTT, algunas públicas y otras privadas, que carecen de dirección, siendo desempeñado este puesto de forma provisional por alguno de los profesionales del Equipo, en ocasiones de

forma más implícita que explícita, o funcionando el Equipo como “un todo horizontal” más o menos equilibrado, algo que coincide con nuestros datos.

La falta de dirección tiene mucho que ver con la creciente definición de los perfiles adecuados para realizar esta función, en general licenciados en medicina e incluso con especialidad en psiquiatría. Pero hay pocos médicos disponibles para estos puestos y en general con ninguna formación en CCTT, o incluso con una visión estereotipada de la misma. Por otra parte la recuperación del rol del médico y del psiquiatra como director de la CCTT, en esta vuelta a los orígenes del modelo, ha supuesto generar un cierto conflicto con el resto de los profesionales, acostumbrados a una relación muy interdisciplinar e igualitaria, frente a la cual, algunos médicos, están acostumbrados a estructuras más jerárquicas, y poco concordantes, en todo caso, con el modelo tradicional de CCTT de Maxwell Jones.

Incluso la enfermera apunta que cada vez hay más pacientes psiquiátricos, más descompensados y demasiado medicados. Piensa que en la CCTT hay mucha presión médico-psiquiátrica en detrimento del aspecto socio-educativo. Refiere que si se medicaliza en exceso la CCTT se tambalea el modelo bio-psico-social. Con la integración en Salud Mental se mejoraría la situación laboral del Equipo, es decir el cambio puede ser bueno para los trabajadores, pero no tanto para los internos, porque la mentalidad de muchos profesionales de la salud no es demasiado acorde con la dinámica de una CCTT.

Está claro que hay una percepción generalizada acerca del riesgo que supone el excesivo peso médico en el tratamiento y el consiguiente desvanecimiento del trabajo socio-educativo, (o la pérdida de fuerza y reconocimiento de esta intervención); y las consecuencias que esto conlleva.

Este conflicto entre los “médicos” y el resto del equipo se supone que es actualmente el principal, quizá porque toca la raíz de la identidad de la CCTT y que no deja de representar una paradoja temporal, porque los creadores de la CCTT fueron en su origen médicos, más bien poco aficionados a las jerarquías y a los fármacos (aunque entonces eran pocos los fármacos eficaces). También es cierto que dos de las CCTT visitadas y que hemos identificado como “con equipos muy bien cohesionados” están dirigidas por médicos con especialidad en Psiquiatría, pero a la vez, en ambos casos se trata de médicos muy expertos en CCTT y con una fuerte identificación con este tipo de dispositivo. En todo caso los datos nos indican que es un conflicto un poco ficticio ya que el colectivo sanitario es muy escaso en las CCTT y además sus contratos son muy inestables. Quizá el conflicto esté más bien relacionado con los servicios externos en los que esta “sanitarización” se ha producido en mayor medida. Entonces los sanitarios de las CCTT “pagan el pato” de un conflicto con el exterior.

La existencia de este conflicto con lo sanitario ha desviado la atención de otros conflictos corporativos, en particular el que fue, durante años, el conflicto principal

entre los psicólogos y los educadores. En los informes de algunas de las visitas el tema reaparece y en la reunión con el Equipo para hablar de identidad y futuro, algún educador o algún psicólogo “matiza” las afirmaciones del otro profesional. En general el desacuerdo parece referirse a la “excesiva permisividad” que los educadores atribuyen a los psicólogos y a la “excesiva rigidez” que los psicólogos atribuyen a los educadores. Estos últimos llegan a afirmar que *“a los psicólogos se les engaña con facilidad”*, lo que molesta profundamente a los aludidos, al menos hasta que un tercero interviene para afirmar que *“con trabajo en Equipo no hay engaño posible”*.

Este ejemplo real, coincidente en dos de los Informes, muestra la pervivencia del desencuentro entre ambos colectivos, aunque no sabemos si está presente aún en muchas CCTT, en parte porque cuando hay un conflicto global con un “director médico” (un figura en realidad escasa, pero en muchas CCTT se ha producido un periodo de “dirección sanitaria” que ha concluido cuando este profesional ha conseguido otro puesto) tales desacuerdos se difuminan y en parte por la emergencia del nuevo conflicto “trasversal en términos corporativos” entre, por una parte los “antiguos” profesionales de CCTT, que asumen el papel de los administradores de la mística de la CCTT y de otra parte los “nuevos” profesionales que no parecen dispuestos a aceptar ningún aporte de misticismo. Los “nuevos” son en ocasiones (especialmente en las CCTT de Asociaciones) “antiguos” profesionales que compaginan su trabajo con los recientes programas asumidos por la misma entidad o que simplemente han asumido la necesidad del cambio.

Este conflicto parece estar en fase de resolución en una mayoría de CCTT, con la “victoria” de los “nuevos”, ya que cuando no es así, la CCTT entra en crisis y, como hemos visto en el capítulo 3, desaparece.

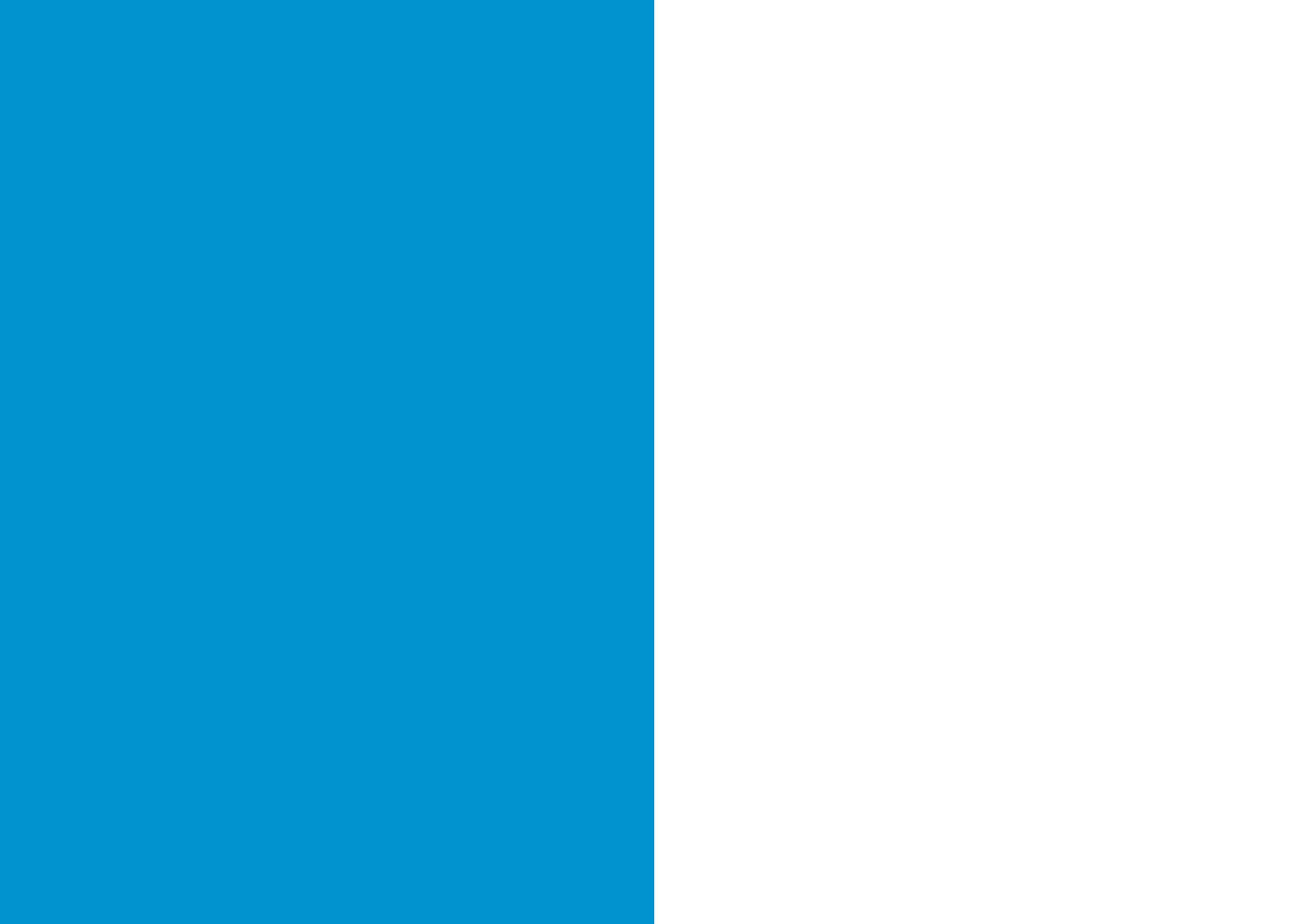
Finalmente todos estos conflictos (y la falta de consenso) se condensan en una cuestión, una vieja conocida de las supervisiones, y que ha reaparecido en numerosas visitas: los turnos. Porque ¿Corresponden horarios y turnos a distintos perfiles profesionales? ¿Implica la antigüedad prioridad? ¿Los turnos se autogestionan o dependen de la dirección? Y finalmente, ¿Quién define el salario correspondiente a cada turno?. Como puede comprobarse la CCTT ha entrado en una fase de normalización laboral más que evidente, aunque muchos desacuerdos se trasladan al terreno de lo conceptual o de “las necesidades de los internos”.

En todo caso, lo observado en una de las visitas dio pie, a una de las profesionales participantes en la observación de estas CCTT, a realizar la siguiente reflexión: *“Después de tantos y tantos años de trabajo multidisciplinar, es decir, varios profesionales ponerse de acuerdo para actuar sobre un mismo sujeto, aún no se ha tenido en cuenta la necesidad de trabajar la propia dinámica que se genera dentro de los equipos de profesionales. Se sigue apelando a la buena voluntad de los trabajadores para entenderse y solventar los problemas”*.

4.6.- Voluntariado y estudiantes en prácticas.

En el cuestionario sólo se pregunta por la presencia o la ausencia de este tipo de figuras, sin especificar las tareas que van a realizar. En cuanto al voluntariado, son cuarenta y seis los centros que indican que de forma habitual y organizada utilizan los servicios de voluntarios en el dispositivo, mientras que treinta y uno indican que no y otros siete no contestan a esta pregunta. Si consideramos sólo a los que han contestado vemos como un 60% dispone de voluntarios y un 40% no los tiene. Hay una presencia casi unánime de centros y dispositivos del Proyecto Hombre en la primera situación, mientras que las CCTT públicas suelen situarse fuera de esta oferta de voluntarios. También es cierto, según hemos observado en diferentes centros, que muchos voluntarios son familiares de antiguos internos, que han conocido el dispositivo por este motivo.

En cuanto a los estudiantes en prácticas es una situación más común ya que cincuenta y ocho entidades contestan que sí y diecinueve contestan que no (y las mismas siete anteriores no contestan a esta pregunta), lo que supone, entre las que responden, que un 75% si tiene estudiantes en prácticas y un 25% no los tiene. Aquí la dispersión según tipo de entidad es más amplia y parece relacionarse con el tamaño, ya que cuando se trata de entidades con un número de plazas pequeño, presupuestos escasos y debilidad de sus vínculos institucionales, no hay estudiantes en prácticas, pero si el tamaño, los presupuestos y las relaciones institucionales son consistentes, los estudiantes aparecen. De hecho, son las entidades públicas y las del Proyecto Hombre las que mejor manejan esta situación, que también aparece en aquellas entidades concertadas que “parecen ir muy bien”.



Capítulo 5

LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS Y LA RED ASISTENCIAL EN DROGODEPENDENCIAS

5.1.- Criterios de admisión.

Para describir y analizar los criterios de admisión se preguntó, como en 1987, por los de exclusión. Para facilitar la respuesta se apuntó una serie de criterios generales que aparecen en la primera columna de la tabla 5.1. En la segunda columna se ha incluido el número de CCTT que indican tener alguna limitación relacionada con este criterio y en la última columna aparece una somera relación de tales limitaciones con el número de CCTT que las aplican entre paréntesis.

La limitación más importante, que adopta un carácter casi general, se refiere a las enfermedades contagiosas en estado activo y las explicaciones hacen referencia a posibilidades de contagio en un ambiente residencial. Se cita mucho la tuberculosis pero no el SIDA u otras enfermedades infecciosas. Parece que en este tema hay un criterio de prudencia muy lógico por el contexto de convivencia y el deterioro de salud de muchos de los internos. Aunque esto dirige el debate hacia “qué hacer con los pacientes con enfermedades contagiosas en fase activa” para los que no existen otros recursos especializados.

A continuación las dos limitaciones más frecuentes (e igualadas en cifras) son la edad y las enfermedades mentales. La primera se refiere a que los usuarios deben ser mayores de edad (algunas CCTT también incluyen una edad máxima), aunque ya sabemos que ciertas CCTT tienen programas específicos para menores. En cuanto a la segunda, es un tanto confusa y no parece existir un criterio claro, sino una norma ambigua que permite a los equipos de las CCTT una relativa discrecionalidad con casos “complicados”. También es cierto que no hay un consenso total en relación a una tipología de diagnósticos psiquiátricos y psicológicos.

TABLA 5.1
Frecuencia y descripción de los criterios de exclusión.

CRITERIO	CCTT	DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN
Geográfico	28	Vecinos del municipio (2), de la provincia (3) o de la CCAA (11). También se prioriza zona cercana o sanitaria (14). No pueden vivir en el propio municipio (2). Se menciona posibilidad excepciones (13) o diferencias entre plazas públicas o privadas (5)
Por edad	48	Mayoría de edad (46) Edad máxima (4)
Relacionado con el género	19	Sólo varones (12) Sólo mujeres (2) Reserva máxima plazas mujeres (5)
Relacionado situación familiar	11	No parejas (6) y/o hijos (5), se exige familia apoyo (5)
Enfermedades contagiosas	57	Se indica siempre "en fase activa", "no controlable", "aguda" o "contagiosa", no se cita SIDA en ningún caso, pero si TB (29)
Minusvalías	34	Se menciona existencia de barreras arquitectónicas (22), se indica "imposibilidad de participar en actividades" (12)
Problemas de conducta	9	No aceptación de normas (6) Sociopatías severas (3)
Antecedentes judiciales	3	Voluntariedad (1), condenas superiores a 3 años (1) y más del 10% internos
Antecedentes delitos contra libertad sexual	7	Por los delitos mencionados
Enfermedades mentales	48	Descripciones amplias que hacen referencia a compatibilidad con actividades del centro, gravedad, compensación con fármacos y recursos disponibles en el mismo.
Consumo de drogas	8	Programa libre de drogas, incluido alcohol
Reingresos	21	"Valoración del caso" (13) Máximo veces (4) Tiempo mínimo entre ingresos (4)
Fuente: FAG-2005 (B)		

A continuación aparecen los criterios relacionados con las minusvalías que ya sólo expresan menos de la mitad de los centros y que aluden a dos circunstancias. De una parte la inadecuación de las instalaciones y la inexistencia de barreras arquitectónicas, lo cual es muy cierto en la mayoría de centros. De otra parte, la “imposibilidad de participar en las actividades” lo que no es tan cierto y refleja una visión algo estereotipada de las minusvalías.

La siguiente limitación es geográfica, y se supone que responde a normas administrativas relacionadas con la vecindad y el acceso a los servicios. También hay una lógica de zonificación sanitaria, y en dos casos se indica que “no pueden vivir en el propio municipio” lo cual nos recuerda otras épocas. Estas limitaciones parecen corresponder a las públicas o a aquellas que tienen conciertos por el total de sus plazas, en cambio las privadas no suelen mostrar limitaciones geográficas e incluso son varias las CCTT con algunos usuarios procedentes de otros países.

Finalmente otra limitación que parece conservar su importancia son los rein-gresos, ya que si bien nadie los limita con carácter general, son muchas las que hablan de valorar el caso y algunas citan un máximo de veces (en general 3) y un tiempo entre los mismos (de seis meses a un año).

El resto de limitaciones son ya poco frecuentes, de un lado la del sexo, tema al que hemos dedicado ya unas reflexiones, la cuestión de parejas e hijos que seguramente es más amplia de lo que reflejan los datos, los antecedentes por delitos sexuales, el consumo de drogas (muy pocos se definen como “programas libres de drogas” en España) y la limitación por problemas de conducta que parece hacer sólo referencia a la aceptación previa de las normas del centro.

Conviene destacar, tema que vamos a retomar en el siguiente apartado, que apenas hay ninguna limitación por antecedentes penales, si excluimos los delitos sexuales antes mencionados.

La desaparición de esta última limitación es el cambio más importante entre 1987 y la actualidad (Comas, 1988). Hace dos décadas, casi un 60% de las CCTT no admitían casos con antecedentes judiciales (con un perfil de población entonces muy judicializada), en cambio ahora, y como hemos visto, casi un 40% de usuarios tienen antecedentes judiciales. El cambio que se ha producido, y que hemos cuantificado en el capítulo 2, de ser, con anterioridad, todas las CCTT “libres de drogas” al actual uso masivo de metadona y otros fármacos también es importante.

También ha cambiado la cuestión de los “trastornos de conducta” a la que en 1987 aludían el 67% de las CCTT. En el mismo sentido resulta claro que las CCTT, que antes eran muy estrictas, se han “abierto” a enfermedades mentales e infecciosas (no en fase activa). Se ha incrementado en cambio el control geográfico por el crecimiento de las públicas y las concertadas totales y nos da la impresión que también se ha incrementado la exclusión por razón de sexo. No se ha resuelto la cuestión de las minusvalías y no resultan demasiado coherentes los datos en

torno a la cuestión de los reingresos ya que parece que no hay limitaciones, pero como hemos visto, tampoco reingresos.

5.2.- El circuito terapéutico.

Se ha conseguido información sobre las vías de acceso a la Comunidad Terapéutica de 8.866 casos. De ellos, 4.888 han sido derivados por otra institución y 3.978 han accedido a la CCTT de forma directa. Lo cierto es que hay más casos acerca de los que se nos informa sobre su vía de acceso que ingresos durante 2005 (casi 1.000), pero podemos suponer que, de nuevo, se han confundido ingresos con casos en tratamiento en 2005. De todas formas es un número suficiente de casos como para que los datos sean muy relevantes.

El porcentaje de casos atendidos de forma directa supone un 45% mientras que los derivados de otras instituciones representan en 55% lo que implica que las actuales CCTT españolas son tanto un dispositivo de la red de drogas como un dispositivo autónomo que acoge directamente los casos. Conviene matizar que los casos en directo se “concentran” en aquellas entidades que proceden de la “tradición Daytop”, mientras que en el resto predominan la situaciones mixtas (con mayoría de casos derivados), salvo en las CCTT públicas en las que prácticamente todos los casos han sido derivados por otra institución.

TABLA 5.2
El acceso a las CCTT.

	CASOS	%
Red ambulatoria	4.091	46,1
Directos	3.978	44,8
Prisiones y juzgados	645	7,3
Red sanitaria	78	0,9
Otros	74	0,9
TOTAL	8.866	100
Fuente: FAG-2005 (5)		

¿Cuáles son estas instituciones? Pues los centros y dispositivos ambulatorios (distintos en cada CCAA) que forman parte de la red en un 83% de los casos, prisiones y juzgados en un 13% de los casos, la red general sanitaria en un 3% de los casos y otros, también, en un 3% de los casos. Son datos esperables, pero llama la atención que desde prisiones y juzgados lleguen **directamente** y sin pasar por los recursos de la red básica el 6% de los internos de las CCTT españolas. Deberían facilitarse explicaciones sobre el circuito terapéutico a ambas administraciones. La siguiente descripción lo dice todo:

Resulta destacable que uno de los elementos que más ha deteriorado el trabajo en CCTT sea la derivación de casos con aplicación de “Medidas de seguridad”

(arts. 96 y 102 del Código Penal), la duración de cuyo tratamiento es establecida por el juez en función de la pena impuesta y sin que el criterio profesional tenga peso alguno. Este tipo de casos son aceptados por el equipo sin posibilidad de coordinación real, dado que no hay negociación posible; y, a su vez, alterna de forma importante el concepto de CCTT como lugar de cambio, dado que en algunos casos, la duración de su estancia en el centro está prevista para seis años.

En cuanto a las condiciones en las que se originan las derivaciones desde la red asistencial ¿Cómo se producen las mismas? ¿Vienen bien informados los casos? Pues parece que bastante bien, a juzgar por los resultados de la tabla 5.3, casi todos ellos incluyen el correspondiente informe médico o sanitario, un tercio un informe psiquiátrico (seguramente los demás no lo necesitan). El porcentaje de informes psicológicos desciende en relación a los médicos, pero si lo sumamos a los psiquiátricos alcanzamos el 100% de los casos. Hay una cifra bastante correcta de informes sociales y familiares, también de “informes judiciales” que superan incluso el porcentaje de casos judiciales (aunque quizá los ingresados “en directo” tengan menos antecedentes) y en poco más de un 5% de los casos no se recibe ningún tipo de informe.

TABLA 5.3
Presencia de informes de derivación.

TIPO DE INFORME O HISTORIAL	CASOS	%
TOTAL CASOS	4.710	100
Médico o sanitario	4.195	89,0
Psiquiátrico	1.526	32,3
Psicológico	3.410	72,3
Social	3.597	76,3
Familiar	3.130	66,4
Judicial	2.429	51,1
Ninguno	259	5,4
Fuente: FAG-2005 (B)		

Otra cuestión importante se refiere a la **utilización de recursos externos por parte de las CCTT**. La tabla 5.4 nos permite observar que las CCTT se han volcado hacia la utilización de estos recursos, en una práctica que era bastante escasa en 1987 (Comas, 1988). Para leer dicha tabla se pueden consultar las instrucciones del cuestionario en la que se indicaba se describieran de forma ordenada, según la frecuencia, los servicios externos utilizados, de tal manera que en la primera fila se indicara el servicio más utilizado y se concluyera con el servicio menos utilizado. Algunas CCTT han completado la respuesta citando hasta 15 servicios externos.

Por otro lado, para completar la valoración se pedía que calificaran la frecuencia del uso de este servicio según una escala con cuatro posiciones, “continuo”,

“mucho”, “bastante” y “escaso”. En la tabla hemos convertido estas cuatro posiciones en puntuaciones de 4 a 1 y hemos calculado una tasa media de frecuencia según la proporción de respuestas sobre 100 en cada número de orden y ponderado las proporciones por las puntuaciones. Esto significa que 0,400 sería la máxima puntuación si se utilizan de continuo todos los servicios mencionados y 0,100 sería la mínima puntuación si todos los servicios se utilizaran de forma “escasa”.

TABLA 5.4
Utilización de servicios externos.

ORDEN	TIPO DE SERVICIO	TASA
1	Servicios sanitarios (96%) Judiciales (3%) Otros (1%) 0.350	0.350
2	Servicios sanitarios (46%) Judiciales (19%) Servicios culturales (21%) Servicios empleo (9%) Otros (5%)	0.246
3	Servicios culturales (57%) Judiciales (9%) Empleo (6%) Sanitarios (10%) Servicios deportivos (9%) Otros (9%)	0.244
4	Servicios culturales (36%) Servicios sociales (23%) Deportivos (17%) Empleo (5%) Sanitarios (5%) Judiciales (4%) Otros (10%)	0.227
5	Servicios educativos (32%) Sociales (21%) Culturales (19%) Deportivos (12%) Empleo (4%) Judiciales (3%) Sanitarios (3%) Otros (6%)	0.226
6	Contestan sólo 42% y repiten todo en porcentajes similares	0.194
7	Contestan sólo 27% y repiten todo en porcentajes similares. Aparecen oficinas extranjería	0.191
8-15	Respuestas aisladas y variadas	-

Fuente: FAG-2005 (B)

La primera línea de uso de los servicios externos, tanto en intensidad como en frecuencia se corresponde con los servicios sanitarios, dicho uso prioritario se prolonga a todos los niveles de orden porque se citan diferentes tipos de servicios sanitarios, incluidos los dentistas. El vínculo externo más importante corresponde por tanto a los servicios sanitarios, lo que refuerza el análisis del conflicto que realizábamos en el capítulo precedente: no se trata de un conflicto interno sino más bien de la importación de un malestar externo relacionado con la dependencia sanitaria de los usuarios.

Otra importante presencia (que sería la segunda o la tercera) se refiere al sistema judicial, con una intensidad menor pero con una cierta frecuencia, aunque aparece y reaparece en todos los puntos de orden de la lista. Esta cuestión ya ha sido tratada más arriba, pero conviene señalar ahora que aparte de remitir casos sin ningún criterio, parece que el sistema judicial también obliga a un cierto nivel de gestiones que deberían corresponder a otras instituciones o al propio sistema judicial (Aguinaga y Comas, 1996).

Compartiendo la posición con el sistema judicial aparecen los servicios de tipo cultural, desde museos y bibliotecas, hasta cines y teatros, pasando por diversas actividades de ocio. Si agrupamos en este concepto a los servicios de tipo deportivo, está claro que pasarían a ocupar el segundo lugar y muy a la zaga de los sanitarios.

En cuarto lugar, quizá podríamos situar a los servicios de empleo aunque su frecuencia es escasa pero, para los casos en los que se utilizan se hace de manera muy intensiva. Esto demuestra que son muchas las CCTT que se siguen ocupando de la integración socio-laboral de algunos usuarios muy en directo.

En quinto lugar, se situarían los servicios sociales a los que se acude para diversas gestiones que no han sido especificadas en los cuestionarios, y por último y sexto lugar, aparecen los servicios educativos.

El orden de utilización de los servicios externos es pues: sanitarios como prioridad obligada, culturales y deportivos como parte del programa de la CCTT, judiciales por obligación en un alto porcentaje de casos, empleo porque no existen programas de integración socio-laboral externos, y finalmente de manera más puntual servicios sociales y educativos. Este orden y su frecuencia nos dice mucho de cómo son las actuales CCTT y qué perfiles atienden.

Por último, y en relación a **las derivaciones desde la Comunidades Terapéuticas**, en los cuestionarios se nos ha informado sobre el destino tras el alta terapéutica o el abandono de 3.575 casos de los cuales 819 (el 23%) no se derivaron a ningún lugar y el resto lo fueron básicamente a la red primaria de centros ambulatorios incluidos "programas de metadona" con 2.088 casos (58%), pero también a "centros de día" con 73 casos (2%), a "pisos de acogida" con 71 casos (2%), a "la prisión" con 46 casos (1,3%) y a otras CCTT con 39 casos (1,1%). El resto, 439 casos, resultan de difícil clasificación, aunque hay 114 casos en los que

se indica que fueron derivados “al hogar” o “a su familia”. Una respuesta que nos deja bastante perplejos.

En resumen, parece que el circuito terapéutico funciona formalmente de una manera bastante correcta y muy diferente a hace dos décadas. Sin embargo las visitas pusieron en evidencia desajustes bastante serios y especialmente un sentimiento de falta de utilización de criterios correctos de indicación terapéutica a la hora de realizar tales derivaciones.

El resto de observaciones se encuadran dentro de la postura ya citada: a la CCTT se manda lo que les parece a los centros de derivación, sin criterio; es el “último recurso” (con las connotaciones asociadas a esta expresión); piensan que les “cuidan” menos que a otros recursos públicos, tanto asistenciales como preventivos, y mucho menos que a las entidades privadas (a las fundaciones y asociaciones que se cuidan a sí mismos y buscan la manera de rechazar ciertos casos); afirman una y otra vez “éste es un centro muy especializado, de alta exigencia, y esto no se entiende desde fuera”, a juicio del observador esta situación refuerza tanto la visión negativa del dispositivo que inhibe las posibilidades (y la necesidad) de cambio.

Lo que condujo a una de las personas que realizaban las observaciones, profesional de un centro ambulatorio, a una reflexión que recogemos por su interés.

El ingreso de personas muy deterioradas, que pude observar, me hizo pensar en la disparidad de criterios ante los objetivos que puede haber entre un centro ambulatorio y un centro residencial, bien por el desconocimiento del funcionamiento de una CCTT, bien por las presiones a las que ambos servicios se ven expuestos a la hora de intervenir, bien porque no se dé buena información o coordinación entre ambos. Lo cierto es que los objetivos marcados no siempre coinciden, o se ven diferentes realidades frente a un mismo sujeto. Hay intervenciones que no tienen como finalidad la línea terapéutica del sujeto sino que encubren o se toman ante las carencias de recursos, dificultades técnicas concretas o falta de competencia o criterio profesional.

Hay personas muy deterioradas que difícilmente se pueden incorporar a la dinámica interna de una CCTT y participar de las actividades previstas, máxime cuando parte del tratamiento de los internos está sustentado en las tareas domésticas y de intendencia. Hay dinámicas internas en las CCTT que dificultan la entrada a determinados perfiles y no están preparados para atenderlos. Por otro lado, mirar los problemas desde una sola óptica puede cargar la balanza hacia un lado, en este sentido toxicómanos sin techo, enfermos y con significativa alteración psíquica no siempre pueden llevar a cabo una convivencia normalizada, sin embargo, ante la falta de recursos específicos arriban en las CCTT como

única salida. O bien se dota de medios a los centros y se prepara a los profesionales o bien, se dan otras alternativas.

La intervención de las CCTT ante los nuevos perfiles es un hecho, pero se está realizando de forma brusca, sin que se haya previsto el necesario reciclaje de los profesionales. El abordaje de la patología dual en las CCTT es un reto al que hay que poner límites y unos criterios que faculden el alcance de la intervención. Es un buen momento para reflexionar sobre las líneas de tratamiento a seguir ante la realidad actual.

Asimismo el debate (en forma de grupo de discusión) que se realizó con los observadores que se ocuparon de las visitas y que se ha descrito en el capítulo 1, permitió entender algunas falacias (y los problemas) que subyacen a la idea de “integrarse en una red normalizada” por ejemplo, salud mental. Porque las CCTT públicas o concertadas que se integran en dichas redes parece que han resuelto los problemas de coordinación y derivación cuando no es así en absoluto. De una parte pudimos constatar cómo dicha integración era efectiva en temas de gestión como plantillas, horarios, sueldos, presupuestos (y su justificación), instalaciones e intendencia. Pero esto complicaba las cosas, ya que lo que antes se hacía sin darle importancia ahora se convertía en un vía crucis burocrático. El ejemplo de las obras menores y el mobiliario es paradigmático, y una parte de los esfuerzos de la dirección (y los auxiliares administrativos cuya presencia aumenta) se dirige en esta dirección.

Pero a la vez, y esto es lo importante, la integración no resuelve los problemas de coordinación, ya que de una parte la cuestión de las derivaciones (indicación y perfil) no se resuelve, las CCTT pierden además autonomía y se sienten “obligadas” a atender casos que se les remiten desde centros con escasa competencia técnica para comprender el perfil adecuado para una CCTT. De otra parte la integración casi nunca supone un acceso a los servicios que presta la red a otros “servicios o dispositivos de la misma”. Es decir, las CCTT están dentro a efectos de control, pero fuera a efectos de prestaciones, aunque se las reconozcan los protocolos generales.

Un ejemplo de estas actitudes lo constituye el caso, bastante frecuente en todas las redes generales, de que a los internos en CCTT no se les atiende si no van acompañados del profesional equivalente en la misma. Es cierto que muchas CCTT realizan este acompañamiento y lo justifican a efectos de control o de “cuidado” ¿Pero porqué lo exigen las redes generales? ¿Establecen la misma regla para otro tipo de usuarios? ¿Desde cuándo para ir a una urgencia hospitalaria o a gestionar mi desempleo en el INEM tengo que ir acompañado? ¿En qué se han suspendido las garantías legales de un interno en una CCTT para exigir este acompañamiento?

En cuanto a la derivación, una vez realizada la integración en una red general, parecen existir dos modelos, el de “lista única en el centro directivo de la CCAA”,

y el de “territorialización”. La territorialización se vive mejor por parte de las CCTT, en especial si se trata de todo el conjunto de dispositivos y programas de drogas presentes en un territorio determinado, ya que permite establecer vínculos entre los propios profesionales, que se intercambian información, establecen criterios concretos para las derivaciones y se organizan para los seguimientos. En el intermedio aparece un modelo restringido de territorialización en el que los dispositivos que realizan la derivación son sólo de un determinado tipo, en general centros ambulatorios específicos.

En cuanto al modelo de la “lista única” produce muchos rechazos entre los profesionales de las CCTT, por tres razones. La primera alegación se refiere a que la indicación terapéutica resulta casi siempre inadecuada ya que se trata de los *“casos que nadie quiere y como no te conocen te los mandan a ti inventándose un diagnóstico”*, la segunda alegación, que a pesar de esta inadecuación no pueden ser rechazados y la tercera que el seguimiento es imposible y en un caso se indica que incluso *“muchos cambian de residencia para quedarse a vivir aquí y así podemos seguir en contacto”*.

Un caso extremo se refiere a los conciertos que implican derivaciones fuera de la propia CCAA, mucho más frecuentes de lo que se imagina, y a pesar de las limitaciones a las que hemos aludido antes. Aunque hay experiencia de “buenas prácticas” en este sentido, con indicaciones correctas e informes completos y adecuados, la mayor parte de las veces se acepta esta opción por razones de supervivencia, lo que ha producido situaciones muy grotescas.

Capítulo 6

EL PROGRAMA ASISTENCIAL

6.1.- La relación asistencial.

No resulta fácil analizar la relación asistencial en sí misma por lo que vamos a tratar de describirla utilizando una serie de indicadores que establezcan las características más notorias de la misma, pensando que a partir de las mismas podemos acercarnos a una serie de procesos y procedimientos cuyo grado de formalización, en el conjunto del ámbito de drogas, pero también fuera de él, es bastante escaso, o muy particular de una determinada orientación de tipo psicoterapéutico.

TABLA 6.1
Documentos en los que se formaliza la relación asistencial.

DOCUMENTO	EXISTENCIA	COPIA
Reglamento de Régimen Interno	88,7	60,0
Normas Generales y régimen de sanciones	75,0	53,7
Contrato terapéutico individual	92,5	68,7
Reconocimiento de responsabilidades	52,5	22,5
Programa Terapéutico	88,7	31,2
Programa de Actividades	80,0	38,7
Fuente: FAG-2005 (B)		

El primer indicador a utilizar es la formalización documental de esta relación. En la tabla 6.1 vemos cómo, la casi totalidad de las CCTT firma un contrato terapéutico individual, así como una gran mayoría dispone de un Reglamento de Régimen Interno y una normas generales conocidas por los usuarios. El porcentaje de entidades que nos han remitido estos tres documentos es importante y de hecho disponemos de 146 documentos, con los que se cubre la práctica totalidad de las CCTT de la muestra. El contenido de estos documentos refleja formatos y desarrollos muy diferentes, y más o menos amplios, pero contenidos muy similares, ya que, en general, se adopta una lógica de derechos y deberes, de sanciones y de limitaciones muy equivalentes.

En realidad la existencia de estos tres documentos, y en particular el contrato terapéutico explica que sean menos las CCTT que tengan un reconocimiento de responsabilidades o un conocimiento informado, más típicos del área sanitaria. Además nos han remitido muy pocos modelos. Las CCTT, antes de que este tipo de contratos se generalizaran en la red sanitaria, ya disponían del “contrato terapéutico”, el cual, cuando está bien redactado, equivale jurídicamente a un reconocimiento de responsabilidades, así como a un conocimiento informado. En realidad, las CCTT podrían optar por el modelo tradicional de contrato terapéutico o asumir las nuevas fórmulas (más normalizadas) del ámbito sanitario. En cualquier caso parece lógico que se adopte una posición común.

En cuanto al programa terapéutico y al programa de actividades, son también una gran mayoría las que afirman tenerlo, pero ya son menos las que nos lo han remitido. Por este motivo tenemos la sensación de que son aún muchas las CCTT que si bien tienen un “redactado” es poco más que un “papel” de estatus poco formal y que convendría revisar.

El segundo indicador que vamos a utilizar para analizar la relación asistencial se refiere a la estructura de gobernabilidad de la CCTT (tabla 6.2). En la misma podemos observar cómo están presentes, de forma mayoritaria, todos los elementos que garantizan una cierta calidad en el proceso terapéutico.

En primer lugar, la dirección individualizada. Parece que en algo más de un 20% de las CCTT este elemento no está presente, lo que resulta un hecho preocupante. En segundo lugar, un elemento de dirección corporativa que complementa la dirección individual en más de la mitad de los casos, lo que implica una cierta calidad en la gestión terapéutica.

En tercer lugar, hay casi siempre responsables de área identificados (incluso más que directores) y funciones formalmente definidas para cada tipo de profesional, aunque ya hemos visto que esto no evita la aparición de algunos conflictos corporativos, justamente los podemos considerar una consecuencia de esta definición competencial.

En cuarto lugar, existen tutorías individualizadas en tres de cada cuatro CCTT. En realidad esta es una práctica tradicional que forma parte de la identidad de las mismas, especialmente en el modelo Daytop. Aunque ahora algunos dispositivos están abandonando el modelo de las tutorías (que en general gestionan los educadores) y sustituyéndolo por un modelo más global de profesionales especializados, lo que implica abandonar un principio básico de la CCTT y aproximarse más bien a un modelo de “hospital de adictos”.

TABLA 6.2
Elementos que conforman la estructura de gobernabilidad del dispositivo.

ELEMENTOS	ESTÁN
Dirección individualizada del dispositivo	78,7
Dirección corporativa del dispositivo	56,2
Responsables de área identificados	82,5
Funciones formalmente definidas para cada tipo de profesional	76,2
Tutorías individualizadas	76,2
Comisión terapéutica (para valorar la evolución terapéutica global del dispositivo)	73,7
Comisión educativa (para valorar la evolución de los procedimientos educativos globales del dispositivo).	62,5
Supervisión externa	47,5
Fuente: FAG-2005 (B)	

Asimismo, en quinto lugar, disponen de comisión terapéutica y comisión educativa una gran parte de CCTT, aunque llama la atención que haya menos comisiones educativas que terapéuticas.

Finalmente cabe destacar que, casi la mitad de CCTT, reciben algún tipo de supervisión externa, aunque también es cierto que una parte importante de estas supervisiones sólo se dirigen a los psicólogos.

En cuanto a la **duración del tratamiento**, que sería el tercer indicador, observamos que 9 CCTT establecen una duración indeterminada para el tratamiento, mientras que 7 tienen una duración fija, de ellas 2 tienen cinco meses, otras 2 de seis meses, 1 de ocho meses, otra de 10 y otra de 14 meses. El resto de CCTT (64) manejan una duración del tratamiento en una horquilla de máximos y mínimos. La horquilla global varía desde un mes a 24 meses, pero la moda se sitúa entre tres meses y nueve meses, aunque con diferentes horquillas en cada CCTT. Existe por tanto una gran variedad aunque es cierto que más del 50% de las CCTT se sitúan en algún tramo de esta moda de horquillas de 3 a 9 meses.

En cuanto a la duración media para el año 2005, parece que todo el mundo la tiene muy bien calculada y muchos la indican en días, otros en meses y días y otros en meses. Para unificarlos hemos transformado todas las duraciones en días y el resultado es una media global de 273 días, es decir poco más de 9 meses. Una duración tan prolongada, que cae incluso fuera de la horquilla estándar quizá tenga que ver, por un lado, con la posibilidad de que sólo se han contabilizado las altas terapéuticas para establecer esta media (la duración media mínima la establece una CCTT con 135 días) y por otro lado con el hecho de que hay 6

CCTT con duraciones medias superiores al año y otras 3 con duraciones medias superiores a dos años.

6.2.- Las prácticas terapéuticas.

El análisis de la relación asistencial nos conduce a un relato mucho más pormenorizado de las prácticas terapéuticas, comenzando por la forma en la cual se fijan los objetivos (tabla 6.3). De entrada podemos observar que la individuación y la flexibilidad domina sobre la rigidez de los objetivos prefijados. De hecho los cinco ítems forman una escala desde la mayor rigidez a la mayor flexibilidad. Pues bien, el ítem más rígido apenas refleja la forma de fijar los objetivos de un 3,6% de las CCTT españolas y la suma de los dos ítems que están en la balanza de la rigidez sólo suponen el 17,2%.

TABLA 6.3
¿Cómo se fijan los objetivos?

PROCEDIMIENTO	%
Los objetivos son los mismos para todos los internos, están previstos en el programa y han sido explicitados en la red externa y/o a los usuarios en la acogida.	3,6
Los objetivos se han fijado de forma global por la CCTT según los diferentes perfiles que atiende, se fijan de forma automática a partir del diagnóstico inicial.	13,6
Los objetivos los fija la comisión de acogida de forma específica para cada interno a partir de las posibilidades que brinda el tratamiento en la CCTT.	2,5
Los objetivos los fija la comisión de acogida de forma específica para cada interno tratando de adaptar los recursos de la CCTT a las necesidades particulares de cada uno de ellos y a su evolución en el dispositivo.	36,1
No se fijan objetivos al inicio sino que se van estableciendo según evoluciona el usuario bien por la comisión de seguimiento, bien por los distintos profesionales.	44,2
Fuente: FAG-2005 (B)	

Por su parte los ítems que se sitúan en la balanza de la flexibilidad acumulan el 80,3% de las respuestas, y en particular el ítem más flexible casi alcanza la mitad de las respuestas. Este último ítem, ir cambiando los objetivos a lo largo del tratamiento, expresa una postura tradicional de las CCTT que no tienen otros recursos asistenciales. Se trata además de una posición que explica su extrema adaptabilidad, pero a la vez refleja una cierta debilidad en la formulación de su misión y por tanto de su propia identidad. Tanta flexibilidad sorprende además a los observadores externos, incluso a los partidarios de establecer objetivos individuales que estarían más bien de acuerdo con la idea de que los objetivos los fija, de una vez y para siempre, la comisión de acogida de forma específica para cada interno a partir de las posibilidades que brinda el tratamiento en la CCTT, porque si no, ¿cómo se va a evaluar el caso?

En cuanto a los tipos de objetivos presentes en el dispositivo se recogieron en una pregunta abierta que ha sido de muy difícil codificación, porque en las respuestas se han establecido 590 denominaciones y descripciones de objetivos, a los que además se les ha atribuido una valoración 1-10 para cada uno de ellos. Como los objetivos están explicitados de muchas maneras distintas ha sido difícil agruparlos, por lo que hemos establecido nueve grandes áreas, indicando la proporción de CCTT que denominan y describen cada uno de ellos, así como la puntuación media de valor atribuida a todos los objetivos que forman parte del grupo (tabla 6.4).

TABLA 6.4
Tipos de objetivos y valoración de la importancia de los mismos.

GRUPO DE OBJETIVOS	ALGUNOS ÍTEMS	PUNTUACIÓN
Relacionados con la salud	Atender patologías orgánicas y psiquiátricas. Alimentación e higiene personal. Vida saludable. Educación para la salud. Aprendizaje de auto-cuidados.	8,6
Con la desintoxicación y abstinencia a las drogas	Pautas medicamentosas. Controles de orina. Prevención recaídas.	7,4
Con modificaciones de la conducta	Mejorar la comunicación. Normalizar hábitos. Habilidades sociales. Educar en valores. Reestructuración cognitiva	7,1
Con normalización de horarios y actividades	Cumplimiento normativa. Sueño/vigilia. Convivencia. Cambio de estilo de vida.	8,2
Con cambios en la personalidad y en los referentes del sujeto	Expresión de la afectividad y manejo de emociones. Trabajar con la motivación. Crecimiento personal. Autoestima. Reconstruir historia personal. Conciencia del problema.	8,3
Con resolución de conflictos familiares	Reconstrucción relaciones y lazos familiares. Intervención con la familia.	7,5
Con auto-control	Romper con la cultura y el ambiente de las drogas. Control de impulsos.	8,7
Con cuidados	Calidad de vida y atención personalizada. Descanso y reparación. Alojamiento (alcohólicos). Resolver problemas judiciales.	8,1
Con integración social y empleo	Búsqueda activa de trabajo. Manejo en comunidad. Reconstruir red social. Vivienda.	8,8

Fuente: FAG-2005 (B)

Lo cierto es que los objetivos que se plantean las CCTT (cada una de ellas y todas en conjunto) son tan numerosos que parecen imposibles, pero el holismo y las sinergias que establece la metodología de la institución lo permite. ¿Cuáles son los objetivos prioritarios de la institución? Pues primero los objetivos relacionados con la integración social y después el auto-control. Pero, en tercer lugar, ya aparecen una serie de objetivos sanitarios que hace años apenas existían. Mantienen su importancia los objetivos relacionados con la normativización de horarios, de hábitos y de actividades, lo que a su vez tiene mucho que ver con el auto-control. También son importantes las modificaciones de "personalidad" y en menor medida los "cuidados", a los que hace unos años apenas se les prestaba atención (Comas, 1988).

Pero lo que más llama la atención, aparte de la fuerte aparición de los objetivos sanitarios y los cuidados, es la pérdida de relevancia de los objetivos relacionados con la abstinencia a drogas y la conducta. Pero, incluso el objetivo de abstinencia más común se expresa como "establecer pautas medicamentosas adecuadas", lo que implica un cambio notable en la trayectoria de las CCTT españolas, y en este sentido, quizá sólo de ellas y algunas otras europeas.

¿Cuáles son las prácticas terapéuticas más comunes en las CCTT? Pues por tradición y por identidad del dispositivo son los grupos, algo que es el eje articulador tanto de la CCTT del modelo Daytop como del modelo Jones. Después les siguen los controles analíticos, lo que demuestra que la abstinencia es menos importante pero que el conocimiento de los consumos (y su evitación) sigue siendo un componente básico en las estrategias de la CCTT. Al mismo nivel aparece la intervención psicológica individual, lo cual resulta muy concordante con la composición del equipo técnico que hemos analizado en capítulo 4.

Después aparece la terapia familiar, que en la descripción que se realiza de la misma se demuestra que no es tal, sino más bien orientación y apoyo a la familia (cuando no el establecimiento de meras relaciones entre familia y CCTT) y un poco por debajo la atención sanitaria, lo que vendría a demostrar que aunque los objetivos relacionados con la situación de salud de los internos son prioritarios, lo cierto es que dicha prioridad no se corresponde con un desarrollo equivalente de la atención médica. Finalmente aparece la atención psiquiátrica que ofrece menos de la mitad de las CCTT cuando casi todas ellas tienen casos de doble diagnóstico. Aunque también es cierto que el diagnóstico y la atención de estos casos puede, ser tarea de los psicólogos con algún apoyo externo puntual.

TABLA 6.5
Presencia de diferentes prácticas terapéuticas.

PRÁCTICA	%	DESCRIPCIÓN
Atención médica interna	78,5	Exámenes, valoración y diagnóstico, controles, seguimiento enfermedades, control fármacos incluida metadona.
Atención psiquiátrica	43,7	Diagnóstico, apoyo a psicólogos y coordinación con salud mental.
Atención psicológica individual	93,7	Se especifica frecuencia entrevistas y en algunos casos se indica orientación terapéutica.
Grupos terapéuticos	100	Abundancia de grupos terapéuticos, de funcionamiento del centro y educativos, muy frecuentes y con ritmos preestablecidos.
Terapia familiar	87,5	La mayoría no es terapia familiar sino orientación y apoyo.
Controles analíticos	93,7	A cada salida, aleatorias o con un determinado ritmo.
Otras	33,7	Atención jurídica, prácticas educativas y relacionadas con socialización.
Fuente: FAG-2005 (B)		

6.3.- Criterios de evaluación del caso.

Conociendo cómo se establece la relación asistencial y cuáles son las prácticas terapéuticas, pasemos a considerar cómo se evalúan los casos. En primer lugar veamos cuáles son las valoraciones que se realizan de manera formal o informal en cada CCTT (tabla 6.6).

Lo primero que nos llama la atención es la fuerte relación de estas valoraciones con las prácticas terapéuticas que aparecen en el epígrafe anterior, lo que resulta coherente, porque no hay posibilidad de evaluación sin la correspondiente práctica y, por otro lado, parece poco usual pensar en que los profesionales vayan a poner en marcha procedimientos terapéuticos sin diagnóstico o evaluación del caso.

Quizá por este motivo lo menos común sean las valoraciones psiquiátricas y lo más común las psicológicas. Aunque es cierto que las psiquiátricas tienen un mayor grado de formalización que las psicológicas. Las valoraciones sociales y familiares son también frecuentes aunque el grado de informalidad es muy importante. En cambio, las valoraciones sanitarias son más escasas pero a la vez las más formalizadas. Llama la atención la baja incidencia de las valoraciones de tipo educativo (y su alta informalidad) cuando lo educativo es uno de los ejes constituyentes de la CCTT.

TABLA 6.6
Valoraciones realizadas.
 (% Horizontales)

INSTRUMENTO	FORMAL	NO FORMAL	NINGUNA
Valoración sanitaria interna	65,0	15,0	20,0
Valoración psicológica	67,5	23,7	8,7
Valoración psiquiátrica	32,5	13,7	53,7
Valoración social y/o familiar	70,0	22,5	7,5
Valoración educativa	58,7	26,2	15,0
Otros	16,2	0,0	83,7
Fuente: FAG-2005 (B)			

Obviamente muchas de estas valoraciones las realiza de forma personal cada profesional, pero la metodología de la CCTT implica la presencia de comisiones de valoración en la que forman parte diferentes profesionales. En la tabla 6.7 hemos recogido la frecuencia en la que las comisiones más comunes aparecen en las CCTT y los perfiles profesionales que forman parte de las mismas.

Son mayoría las CCTT que disponen de las tres comisiones típicas de acogida seguimiento y altas terapéuticas, aunque la más común es la de seguimiento. Si bien su composición nos genera ciertas dudas, en primer lugar porque en bastantes casos no se especifica la composición, en segundo lugar porque en la composición de las comisiones de seguimiento y altas terapéuticas se indicaba (“distintas a la anterior”) y muchas CCTT nos han contestado que sí para después señalar que “es la misma que la anterior”, y en tercer lugar porque muchas de estas comisiones están formadas por un solo profesional, lo cual es una pura contradicción, así en las comisiones de acogida hay varias “comisiones” en las que sólo está el trabajador social, a la vez las de seguimiento hay varias “comisiones” en las que está sólo un psicólogo. En cambio, las comisiones de altas terapéuticas suelen ser más amplias, quizá porque en casi todas figuran directores o coordinadores.

En cuarto lugar, resulta un poco sospechoso que en las comisiones de seguimiento y de altas terapéuticas haya tantas respuestas con “todos”.

Aunque las comisiones están hegemonizadas por los psicólogos, atendiendo al número de trabajadores sociales que aparecen en las CCTT, está claro que éste es el territorio primordial de su actividad, especialmente en las comisiones de acogida y alta terapéutica en las que ejercen el papel de “contacto con el exterior”. Por su parte, los médicos están mucho en las comisiones de acogida, pero casi nada en la de alta terapéutica (lo cual parece lógico ya que los aspectos relacionados con la salud se han aclarado normalmente en las primeras fases del internamiento). Conviene destacar la ausencia de educadores en todas estas

comisiones. Finalmente otros profesionales aparecen puntualmente en relación a peculiaridades de algunos equipos técnicos, como la ausencia de otras figuras o el papel tradicional que ha desempeñado este profesional en la CCTT.

TABLA 6.7
Existencia de comisiones de valoración.

COMISIONES	%	LA FORMAN
Comisión de acogida que valora la información disponible sobre el caso, la necesidad de diagnósticos complementarios y establece los objetivos individuales.	83,7	No lo especifican (7) Equipo de acogida (4) Todos (1) Directores (16) Trabajadores sociales (21) Educadores (12) Psicólogos (42) Médicos (20) Psiquiatras (1) Equipo derivante (1) Maestros (2) Enfermeros (3)
Comisión de seguimiento de casos (distinta a la de acogida) que realiza un seguimiento de cada caso para valorar el cumplimiento de los objetivos y proponer modificaciones.	85,0	No lo especifican (7) Todos (14) Es la misma que anterior (11) Directores (7) Psicólogos (33) Trabajadores sociales (17) Educadores (18) Psiquiatra (2) Médicos (14) Enfermeros (2) Maestro (1)
Comisión de altas (distinta de la comisión de seguimiento y a la de acogida) que establece el logro de los objetivos, el alta terapéutica y un plan de derivación al dispositivo de referencia.	72,5	No lo especifican (1) Es la misma que la anterior (12) Todos (11) Directores y coordinadores (24) Psicólogos (32) Trabajadores sociales (15) Psiquiatra (1) Educadores (16) Médicos (3) Maestro (1) Enfermero (1)
Fuente: FAG-2005 (B)		

¿Cómo se registran las valoraciones y los diagnósticos? Pues se dispone de un fichero central con los historiales de todos los casos, aparte algunos profesionales mantienen sus propios historiales, que además se guardan de una manera sistemática (tabla 6.8). Por este motivo, se nos ha respondido de una forma tan precisa a muchas preguntas del cuestionario relacionadas con plazas y perfiles de los internos. Además tenemos la experiencia de otros trabajos de campo recientes en los que los registros de las CCTT son todo un ejemplo (Comas, 2006). El famoso “cuaderno de bitácora” que tienen casi todas las CCTT no sólo es un instrumento de registro y comunicación imprescindible, sino que además representa muy bien este afán de “claridad” que ha caracterizado siempre a las CCTT.

OPCIONES	%
Existe un fichero central con los historiales de todos los casos.	95,0
Cada profesional mantiene sus propios historiales.	31,2
Los expedientes de los casos que ya no están en la CCTT se guardan en un lugar seguro por el tiempo que marca la ley.	47,5
Los expedientes de los casos que ya no están en la CCTT se guardan en un lugar seguro por un tiempo indefinido.	61,2
La información relevante se anota diariamente en un cuaderno de bitácora que todo el mundo debe consultar al iniciar su turno.	80,0
Fuente: FAG-2005 (B)	

Otra pregunta incluida en el cuestionario se refería al grado de consenso en los criterios de evaluación y la respuesta. Como no podía ser de otra manera, es de consenso absoluto (tabla 6.9). Pero ahí, por otras experiencias y los resultados obtenidos en el capítulo 2, no podemos acabar de creerlo, ya que los déficits relacionados con la identidad y la memoria se expresan, en la CCTT, en algunos conflictos que ya hemos descrito y que seguramente toman cuerpo en los desacuerdos (implícitos y explícitos) sobre criterios de evaluación. Es cierto que hay muchas CCTT en las que existe consenso, pero no más de un 80%, porque disponemos de algunas evidencias de desacuerdos en esta materia. También es cierto que muchos desacuerdos podrían ser calificados como “discusiones y debates creativos”, que no influyen sobre la calidad de la atención prestada.

TABLA 6.9
Consenso en los criterios de evaluación.

SITUACIÓN MÁS COMÚN	%
Existen criterios de evaluación compartidos por todo el equipo.	81,2
Cada profesional establece sus propios criterios.	5,0
La evaluación la realiza la dirección o un determinado grupo de profesionales.	6,2
Depende de cada caso.	3,7
NC.	3,7
Fuente: FAG-2005 (B)	

Para concluir este apartado pedimos en el cuestionario, en una pregunta abierta, que nos dieran las definiciones que utilizaban para algunos conceptos como baja terapéutica, expulsión, abandono, alta terapéutica y derivación. Pues bien, lo primero es que ha sido en torno a un tercio los que nos han proporcionado alguna definición de dichos términos, para decirnos en muchos casos que no los utilizan (tabla 6.10). Otros se han limitado a proporcionarnos sinónimos. Muy pocos han realizado especificaciones que reflejen posiciones de los propios dispositivos en torno a cómo operar en las situaciones que describen tales conceptos.

En este sentido el término que ha recibido especificaciones más completas ha sido el de “derivación”. Los hemos resumido en dos opciones. La primera refleja los casos de fuerza mayor, enfermedad o prisión son los más citados, y la segunda se utiliza la “derivación” como sinónimo de “traslado forzoso” por problemas de disciplina o de incumplimiento de objetivos. Salvo en un caso, nadie ha proporcionado una definición positiva de “derivación”, del tipo “traslado a otro dispositivo de la red para continuar con el tratamiento o la rehabilitación” porque esto siempre es “alta terapéutica”. Es decir, se visualiza que las obligaciones de la CCTT concluyen en el momento en el que concluye el programa y a la vez, el programa concluye cuando acaban las obligaciones (en forma de objetivos logrados) por parte de la CCTT.

TABLA 6.10
Definiciones.

CONCEPTO	ESPECIFICACIONES
BAJA TERAPÉUTICA	RESPONDEN 22: No la usan (8) "Alta voluntaria" (2) "Alta condicionada" (1) "Abandono del programa" (3) "Expulsión" (2) "Fuerza mayor: enfermedad o prisión" (2) "Alta condicionada" (1) "No se pueden cumplir los objetivos" (2) "Se incorpora a otro programa" (2)
EXPULSIÓN	RESPONDEN 30: No lo usan (5) "Alta por expulsión" (5) "Alta disciplinaria" (7) "Incumplimiento de normas" (4) "Falta grave según reglamento: violencia o consumo" (7) "Agresiones" (1) "Petición unánime del Equipo Técnico" (1)
ABANDONO	RESPONDEN 29: Todos "alta voluntaria o abandono sin haber finalizado el proceso" En un caso requieren "un mes sin contacto posterior"
ALTA TERAPÉUTICA	RESPONDEN 30: "Alta terapéutica" (7) "Cumplimiento de objetivos" (15) "Finalización tiempo" (7) "Valoración Equipo" (1)
DERIVACIÓN	RESPONDEN 29: "Derivación" (4) "Traslado por fuerza mayor o necesidad terapéutica" (6) "Traslado por incumplimiento de normas" (16) "Traslado a otra CCTT" por las dos anteriores (3)
Fuente: FAG-2005 (B)	

En el cuestionario no se incluyó, el tema de los Instrumentos de evaluación que deberá aparecer en futuras versiones. Aunque, por otra parte, se solicitaba que los anexaran en la pregunta final del mismo y son muchos los que lo han hecho, pero al no existir una pregunta sobre esta cuestión no lo hemos podido analizar. Si parece, revisando los documentos remitidos, que se ha producido un incremento en el uso de instrumentos estandarizados y un abandono de los tradicionales instrumentos más o menos espontáneos que caracterizaban el trabajo de las CCTT hace dos décadas, nos da además la impresión que el libro de Ioseba Iraurgi y Francisco González sobre este tema ha tenido una gran influencia (Iraurgi y González, 2002).

6.4.- Socialización e integración social.

El último apartado se refiere a la cuestión (y a los programas) de integración social. De entrada preguntábamos por la cuestión de las salidas de los usuarios que en 1987 nos ofreció un panorama poco halagador con importantes restricciones a la libertad de movimientos de los usuarios. Este es, sin duda, un problema resuelto, pero a la vez, se ha convertido en una estrategia terapéutica que permite a las CCTT vincular estas salidas con objetivos de integración social (tabla 6.11). El cambio en esta cuestión ha sido muy profundo y la “ideología del aislamiento” ha desaparecido de las CCTT españolas.

TABLA 6.11
Las salidas de los usuarios.

PRÁCTICA	%
La CCTT no mantiene ninguna estrategia de socialización, los pacientes ingresan para realizar un tratamiento sanitario, tienen salidas de acuerdo con las normas hasta que se produce el alta definitiva.	1,2
Las salidas se programan de acuerdo con una estrategia terapéutica y en las mismas se incluyen objetivos de socialización que se evalúan a la vuelta.	88,6
Para determinado perfil de tipo de interno no se programan objetivos de socialización y para otros sí se hace.	7,5
Los diferentes profesionales actúan en esta materia de acuerdo con sus propios criterios y en relación a aquellos internos que tutorizan.	2,5
Fuente: FAG-2005 (B)	

En realidad la mayoría de CCTT españolas realizan actividades relacionadas con la integración social e incluso son muchas las que tienen un programa específico de integración social o socio-laboral. Talleres y cursos prelaborales, búsqueda activa de empleo y demanda de prestaciones sociales parecen ser actividades comunes (tabla 6.12). La ocupación del ocio y del tiempo libre es, como veremos, también una práctica educativa y por ellos la actividad más frecuente de la tabla 6.12. Se incluyó en esta pregunta la cuestión de las “visitas familiares” que en realidad trataba de completar la pregunta anterior (tabla 6.11) pero era disfuncional con la redacción de la misma. El resultado nos obliga a pensar que si hay tanta visita familiar es que no hay tantas salidas. Aunque sabemos que esto depende de fases.

TABLA 6.12
Actividades de integración social y similares.

ACTIVIDAD	SI	%
No se realiza ninguna actividad relacionada con la integración social o socio-laboral.	19	-
Talleres y cursos pre-laborales.	49	63,3
Búsqueda activa de empleo.	61	50,2
Estrategias de ocupación del ocio y el tiempo libre.	75	90,8
Demanda de prestaciones sociales.	65	41,5
Visitas familiares.	66	84,5
Fuente: FAG-2005 (B)		

En cuanto al seguimiento de los usuarios, en una escala de cinco ítems, desde la absoluta carencia de seguimiento hasta un programa estructurado, aparece una cierta diversificación de opciones (tabla 6.13). Pero la tendencia mayoritaria apunta hacia un cierto seguimiento de estos usuarios por parte de la propia CCTT, aunque es cierto que esta es una tarea poco organizada en la mayoría de CCTT.

TABLA 6.13
Seguimiento de los usuarios.

SITUACIÓN	%
El interno abandona el centro y no volvemos a tener contacto con el mismo salvo en caso de reingreso.	5,0
El interno es derivado al dispositivo de referencia y no volvemos a tener contacto con el mismo salvo si vuelven a derivarlo.	16,2
Mantenemos contactos esporádicos con algunos internos pero no de forma organizada.	26,2
Para algunos internos mantenemos un programa de seguimiento con contactos periódicos más o menos formalizados.	21,2
Hay un programa de seguimiento de casos tras el alta terapéutico, que se ofrece a todos los internos, con objetivos precisos y actividades bien regladas.	31,2
Fuente: FAG-2005 (B)	

Por otro lado, se preguntaba por la existencia de prácticas novedosas en relación a la integración social. No hubo demasiadas respuestas reales a esta pregunta, aunque parece que las CCTT se consideran muy legitimadas para abordar la cuestión de la integración social, en una gran medida porque, como explicó un informante, no hay recursos externos que cumplan ciertas funciones, y esto, como hemos visto, es cierto.

En cuanto a la inserción social, aparece la duda de qué hacer con ciertos perfiles; no hay recursos sociosanitarios que permitan la continuidad del tratamiento, y se rechaza de plano la imagen de la CCTT como una "vía muerta" donde se queden aparcados algunos perfiles. En este sentido se percibe una mayor dificultad relacionando la falta de recursos post-CCTT y la reducción del tiempo de estancia, apareciendo una mayor necesidad de controlar los resultados y más dificultades para romper el vínculo educador-residente.

Pero en lo que se refiere a innovaciones en proyectos de inserción social y socio-laboral cincuenta y ocho CCTT no contestaron a esta pregunta (69%), mientras que veintiséis sí lo hicieron (31%). Pero de estas últimas veintiuna se limitaron a citar como innovación alguna actividad que ya parece en las tablas 6.11, 6.12 y 6.13. En cualquier caso, el tono en el que la describen algunos tales como "innovaciones" parece indicar que se refiere a "recientes descubrimientos desde la praxis de la entidad" y que podríamos relacionar con esta falta de recursos externos. Merece la pena reflejar las respuestas de estas supuestas "innovaciones", indicando además, el número de menciones que recibe cada una de ellas.

- 1.- Búsqueda activa de empleo (8).
- 2.-Talleres más o menos originales (7).
- 3.-Terapia familiar o programa de familias o amigos (3).
- 4.-Participación en ONGs y en tareas de voluntariado (4).
- 5.-Cursos FIP, INEM o FPO (5).
- 6.-Actividades sociales en el entorno (5).
- 7.-Compatibilización de la permanencia en la CCTT con Programas sociolaborales externos (4).
- 8.-Actividades educativas propias (2).
- 9.-Participación (la entidad) en Programas Europeos de Inserción (2).

Otras cinco CCTT nos han señalado lo que nos parecen, a título personal, innovaciones más auténticas y que también reflejamos por si se consideran útiles:

- 1.-Creación de cooperativas y empresas de inserción social desde la propia CCTT y organización de las tareas educativas como preparación para las mismas (3).
- 2.-Estancias e intercambios de usuarios con otros dispositivos (1).
- 3.-Encuentros europeos de fútbol de EURO-TC (1).
- 4.-Elaboración, durante un año, de un libro con "experiencias personales" en colaboración con otros colectivos con problemas sociales (1).
- 5.-Curso de "emprendedores y creación de empresas" (1).

Capítulo 7

ACTIVIDADES EDUCATIVAS Y ORGANIZACIÓN DE LA VIDA COTIDIANA

7.1.- La importancia de las actividades educativas en el funcionamiento de la Comunidad Terapéutica.

La cuestión de las “actividades educativas” es uno de los componentes esenciales de la Comunidad Terapéutica. En una CCTT los usuarios no están largos espacios de tiempo “a la espera” de unas prácticas terapéuticas que les van a “curar”, sino que están ocupados todo el día en actividades significativas que implican un aprendizaje social. A través de las actividades se adquieren responsabilidades y se entrenan en las nuevas habilidades asumidas en lo terapéutico. Lo educativo constituye el espacio cotidiano para poner a prueba el logro terapéutico, y a la vez supone una forma de obtener “informaciones y evidencias de comportamiento” sobre aquello que, en la terapia, pueden ser sólo buenas intenciones y palabras vacías. Algo relevante cuando nos enfrentamos a una población que ha hecho de la mentira (o el disimulo) un estilo de vida, pero algo especialmente importante cuando esta misma población ha sido objeto de un doble diagnóstico y padece diferentes formas de psicopatía.

De hecho, siempre he creído, quizás influido por una temprana lectura de Ervin Gofman en mi juventud, que Maxwell Jones concibió la idea de la Comunidad Terapéutica, entre otras cosas, para resolver el problema de la mentira en la relación terapéutica formal. En el capítulo cuatro he mencionado cómo esta cuestión, la de “mentir al terapeuta” es utilizada en los conflictos corporativos entre miembros del equipo, sin entender que justamente “la Comunidad Terapéutica es un todo” en el cual la posibilidad de mentir se complica. Con esto no quiero decir que sea común, o fácil, engañar a los terapeutas, y a los sanitarios, ya que la relación terapéutica casi siempre acaba por establecer vínculos de confianza. Pero no sólo estamos ante una población complicada sino también ante un tiempo limitado. La CCTT establece sinergias entre lo educativo y lo terapéutico en un espacio residencial en el que la densidad de los acontecimientos permite actuaciones que, en un contexto más abierto, requerirían mucho más tiempo e intervenciones menos informadas.

De hecho, fue Jones el que convirtió a los celadores en educadores y el que atribuyó un papel educativo a todo el personal, en particular a los profesionales

de la enfermería y al resto de los auxiliares sanitarios que participaban en la reunión de equipo con una doble representación, ya que debían ejercer de un lado un papel como profesionales especializados y, de otro lado, como educadores (Jones, 1968a). Más adelante, cuando esta doble función supuso algunos conflictos laborales, introdujo la figura del educador como tal (Jones, 1968b), pero sin que el personal de enfermería, y el resto de miembros del equipo, abandonara su papel educativo, como parece ahora ocurrir en las CCTT españolas, en las que cada rol se “especializa” en sus tareas.

En el modelo Daytop²², por sus orígenes como grupo de auto-ayuda, el “educador” es, casi siempre, un exadicto que ha concluido el programa con éxito y ha recibido una formación como monitor. En este caso se supone que su experiencia vital le dota de un nivel de empatía en relación a los problemas de otros adictos, que el profesional externo nunca podrá alcanzar. Siguiendo este modelo se han producido experiencias de lo más diversas, desde aquellos casos en los que estos “monitores” son promocionados a su nuevo estatus mientras permanecen en el programa terapéutico, hasta aquellos casos en los que se exige un proceso formativo externo de mayor o menor duración.

El papel atribuido en cada CCTT a este monitor exadicto también es distinto, en algunos casos, cumple la función de “mediador e intérprete” entre los profesionales y los usuarios; en otros se les selecciona por sus habilidades de control (en particular detección de situaciones de consumo y capacidad para afrontar situaciones de violencia) y finalmente, en otros, se considera que sus experiencias constituyen un “currículum oculto” que sólo se manifiesta en el ejercicio de sus actividades como profesional, lo que implica que debe ejercer este rol profesional, el cual, por sus vivencias personales, desempeñará con especial habilidad.

¿Cuántos monitores exadictos hay en las CCTT españolas? ¿Y cuántos educadores profesionales? La verdad es que no se sabe. En el capítulo 4, hemos visto que hay trabajadores con el rol de monitor, y nos consta que un porcentaje importante son exadictos, pero en nuestras CCTT los exadictos se distribuyen en todos los roles, desde directores hasta terapeutas, pasando por los educadores profesionales y otras figuras de las que no excluimos los sanitarios. Una situación

22.-En EEUU, actualmente, aún la mitad de los miembros de los equipos siguen siendo antiguos adictos, aunque la tendencia es a reducir esta cifra (NIDA, 2003). En España las CCTT que proceden del modelo Daytop han reducido este porcentaje a un tercio o menos y las demás siempre tuvieron una escasa presencia de exadictos en sus equipos.

que cabe relacionar con la historia natural de las drogas en España y el impacto de la heroína sobre el colectivo universitario en los años 70 y principios de los 80. Además, después de un tiempo de rechazo, que ha reducido su proporción en todos los dispositivos y programas de la red de drogas, los exadictos, tal y como hemos explicado en el capítulo 3, vuelven a ser reivindicados desde la óptica de las estrategias de reducción de daños. Su papel en las CCTT, si está bien definido, no debería, por tanto, suscitar hoy en día ninguna crítica.

El análisis de las actividades educativas quizá nos proporcione alguna pista sobre esta cuestión, porque, ¿cuáles son las actividades educativas que se realizan en las CCTT españolas? En el Informe de 1988 el análisis de “lo educativo” tenía una presencia un tanto residual, ya que sólo se listaban las actividades educativas que se realizaban en las Comunidades Terapéuticas y que por orden de frecuencia según el número de CCTT que las practicaban fueron: 1) Deportes (85%); 2) Actividades culturales (80%); 3) Laborterapia (74%); 4) Educación para la salud (71%); 5) Terapia ocupacional (66%); 6) Actividades sociales (51%); 7) Actividades musicales (43%); 8) Actividades religiosas (23%), 9) Publicaciones (9%), 10) Teatro (9%) y 11) Excursiones (6%). El Informe hacía especial hincapié en que la suma ponderada de horas semanales para laborterapia y terapia ocupacional era de 40,45 horas lo que ya estaba entonces por encima del nivel legal de horas de trabajo.

Se observaba además cómo estas dos actividades se dedicaban, en muchos dispositivos, a labores de mantenimiento, a trabajos agropecuarios, así como a autoconstrucción y rehabilitación de la propia Comunidad Terapéutica, con la coartada de “recuperar normas y hábitos laborales”, lo que provocó la reacción institucional contra este tipo de prácticas, que fueron prohibidas en las normas de homologación (Comas, 1992) y en los reglamentos de acreditación de las CCAA. Obviamente no se “prohibían” las prácticas educativas, pero sí aquellas que implicaban ingresos económicos para la CCTT. La idea básica es que no se podía “explotar” laboralmente a los internos. Tampoco debemos ser maniqueos ya que, visto en perspectiva estas malas prácticas se pueden interpretar como una consecuencia de las condiciones de precariedad material y falta de apoyo público de las CCTT, al menos hasta finales de los años 80. Desde esta fecha, las administraciones públicas pudieron ser más exigentes porque comenzaron a financiar, con mayor o menor liberalidad dependiendo de los territorios, a las CCTT.

Una parte de los recursos se destinó a profesionalizar las tareas educativas, lo que permitió la estructuración, como hemos visto, del ámbito educativo y la conformación de un colectivo muy activo de educadores de CCTT. El carácter residual del análisis de lo educativo en el Informe de 1988 se compensó con la asunción de las reivindicaciones de lo educativo y de los educadores en el sistema de homologación de las CCTT de la APCTT. Esta reivindicación se convirtió en un movimiento corporativo y en una fuerte presencia de lo educativo en todas las Comunidades Terapéuticas en los años siguientes.

¿Se ha mantenido esta presencia con los cambios que ha sufrido la Comunidad Terapéutica en España? Pues no está claro, porque después de un cierto protagonismo de los educadores durante unos años, en los últimos tiempos este perfil profesional parece haber perdido relevancia. En parte podemos atribuir esta pérdida de relevancia a que en muchos dispositivos los educadores han sido los profesionales que más se han resistido a los cambios, y en especial a la introducción de fármacos, metadona y casos con doble diagnóstico, aunque esto no ha ocurrido en todas las CCTT, e incluso en algunas han sido los educadores los que han liderado las transformaciones. A la vez, como hemos visto, el proceso de adaptación ha sido protagonizado por profesionales de la salud (incluidos psicoterapeutas), que tienen ciertas dificultades para entender el trabajo educativo, lo que les ha llevado a minusvalorar el área.

Para tratar de averiguar, de una forma objetiva, cómo está el tema educativo actualmente en las CCTT, hemos venido realizando en los capítulos precedentes una serie de preguntas (y análisis) que nos han permitido visualizar cómo “lo educativo” está siempre presente en la CCTT. Pero vamos a tratar de completar su imagen con las respuestas obtenidas a preguntas abiertas y formuladas desde la realización (o no) de una serie de actividades (ver cuestionario apartado 13). Se trata de preguntas muy abiertas, cuyos resultados vamos a presentar en detalle, para poder interpretar así de una manera correcta la “cuestión educativa” en las CCTT.

7.2.- Actividades relacionadas con la educación formal.

Comenzando por la educación formal en la tabla 7.1 vemos el número de centros, sobre la muestra total de ochenta, que tienen una, dos, tres o cuatro actividades educativas formales, así como el listado (y la frecuencia) de las mismas. Se trata de un modelo de tabla que vamos a repetir en los apartados siguientes.

TABLA 7.1
Actividades educativas formales.

NÚMERO	CENTROS	ACTIVIDADES
1	46	Educación primaria y secundaria de adultos (12)
2	24	Graduado escolar (11)
3	9	Educación permanente (4)
4	4	Diversos cursos preelaborales homologados (15)
		Cursos manipulación alimentos (7)
		ESO (3)
		FPO (5)
		Matriculación en su curso de los menores (3)
		UNED (6)
		Carné de conducir (4)
		Confusión entre formal e informal y pertenecerían a otros apartados (14)

Fuente: FAG-2006 (B)

Son casi el 60% los centros que tienen una actividad educativa formal, menos de un tercio los que realizan dos actividades y una minoría los que tienen tres o cuatro actividades. En todo caso las actividades son menos ya que se han confundido quince actividades educativas formales con no-formales que deberían estar en los otros apartados de este capítulo. Las actividades más frecuentes son los cursos pre-laborales homologados (a los que podríamos añadir el más común de manipulación de alimentos), la educación de adultos y la obtención del grado escolar. Para la educación formal también se recurre a la UNED, a los cursos FPO y al carné de conducir.

7.3.- Actividades relacionadas con talleres ocupacionales.

La tabla 7.2 presenta los talleres ocupacionales presentes en las CCTT españolas. Son muchos porque incluso hay una con ocho talleres y la mayoría tienen tres o más talleres. Debemos interpretar que estos talleres ocupacionales no son formativo-laborales y por tanto no implican tanto un aprendizaje técnico, sino una ocupación del tiempo en actividades significativas y reales, sobre las que se produce, a la vez, una acción educativa. El tipo de taller más frecuente (que tienen el 61% de las CCTT) tiene que ver con la vida en la naturaleza, con cultivos y cuidado de animales. Algo sobre lo que existen ciertos discursos en torno a su valor terapéutico, especialmente para personas que han vivido una vida urbana falta de oportunidades para entender (y vivir en directo) los ciclos de la vida. En cualquier caso es la posibilidad que ofrecen muchas CCTT situadas en ambientes rurales.

Otros talleres habituales son los de albañilería, carpintería y restauración de muebles, cocina y limpieza y lavandería, que en algunas CCTT tienen esta consideración mientras que en otras, como veremos, se consideran actividades relacionadas con el mantenimiento de la casa. Porque si alguien cocina o lava las sábanas, aunque se considere un taller ocupacional, lo cierto es que está haciendo un trabajo útil para la vida cotidiana de la CCTT como ayudar a dar de comer a los internos o mantener limpia la ropa.

En cambio otros talleres, también frecuentes, como informática, cerámica y artesanía o bricolaje y manualidades, apuntan más bien a talleres ocupacionales en el pleno sentido del término.

Hay otros muchos talleres ocupacionales, que demuestran la variedad de cosas que se puede hacer en una CCTT, algunos que tienen un evidente contenido cultural como teatro, cine, prensa y lectura, otros más bien laboral como pintura, chapa y pintura, fontanería, encuadernación, soldadura, auxiliar administrativo, electricidad, cerrajería, forja, serigrafía,... Lo que demuestran que o bien se han producido algunas confusiones en las respuestas o lo que se considera ocupacional en algunas CCTT es laboral en otras.

TABLA 7.2
Actividades con talleres ocupacionales.

NÚMERO	CENTROS	ACTIVIDADES
1	60	Albañilería y similares (16)
2	50	Carpintería y restauración (17)
3	43	Agricultura, ganadería, horticultura y jardines (49)
4	28	Informática (16)
5	13	Cocina (16)
6	3	Cerámica y artesanía (5)
7	2	Bricolage y manualidades (16)
8	1	Limpieza y lavandería (7)
		Pintura (7)
		Chapa y pintura (1)
		Fontanería (2)
		Masaje y relajación (3)
		Teatro, cine, prensa y lectura (8)
		Encuadernación (2)
		Soldadura (3)
		Auxiliar administrativo y similar (2)
		Electricidad (2)
		Cerrajería (2)
		Forja (1)
		Serigrafía (1)
		Espejos (1)
		Cuadros de nudos (1)
		Yeso, escayola y hormigón (1)
		Manipulados (1)
		Otras y no explícitas (13)

Fuente: FAG-2006 (B)

7.4.- Actividades relacionadas con el mantenimiento de la casa.

En realidad las actividades de mantenimiento de la casa son muchas más si además les añadimos aquellas que se han considerado talleres ocupacionales por su planteamiento pero ayudan a mantener la casa por su finalidad. En la tabla 7.3 aparecen todas aquellas que las propias CCTT han considerado como tales actividades de mantenimiento de la casa y en este caso lo son todas por su finalidad. A pesar de que no son todas observamos cómo en la mayoría de CCTT se realizan cuatro o más actividades de mantenimiento.

TABLA 7.3
Actividades relacionadas con el mantenimiento de la casa.

NÚMERO	CENTROS	ACTIVIDADES
1	76	Cocina y despensa (59)
2	68	Limpieza y lavandería (76)
3	65	Tareas de autonomía personal (8)
4	48	Mantenimiento general (51)
5	24	Animales, huerto y jardín (39)
6	11	Gestión y organización del centro (21)
7	3	Leña (4)
8	2	Pintura (12)
9	2	Costura y plancha (5)
10	2	Carpintería, albañilería, fontanería (6)
		Otras y no explícitas (19)

Fuente: FAG-2006 (B)

La gran actividad es la limpieza y/o la lavandería que se vendría a realizar en prácticamente todas las CCTT y lo cierto es que salvo en un caso no conocemos ninguna CCTT que tenga un servicio externo de limpieza. La cocina es otra gran actividad de mantenimiento. De hecho, si sumamos todos los talleres ocupacionales de cocina con las actividades de cocina resulta que en prácticamente todas las CCTT los internos colaboran en la cocina, y de nuevo, salvo en un par de CCTT que tienen un servicio de cocina externa, en todas ellas hay una cocina y aunque exista un cocinero/a profesional los internos realizan, al menos, labores de pinche. Hay otras tareas relacionadas con el mantenimiento de la casa, desde aquellas que se han calificado de mantenimiento general hasta las de gestión y organización del centro, pasando por costura y plancha, así como obras menores de albañilería.

Esto significa que, en prácticamente todas las CCTT, las tareas de los internos son parte del proceso normal de funcionamiento de la casa, y que si los internos no realizaran estas tareas, el coste por plaza aumentaría de una forma notable. Es más, podemos imaginar, que limpieza, catering externo o un equipo de cocina y otras tareas de mantenimiento supondrían que el coste medio de la plaza (1200 euros) aumenta entre un 20 y un 30 por cien.

En la CCTT existe la idea tradicional de que todas estas actividades son educativas, que sirven para adquirir responsabilidades y auto-disciplina, y a la vez los internos consiguen, por sus logros, adquirir confianza en sí mismos y aumentar su auto-estima. En general los educadores y monitores están ahí, mientras se realizan estas tareas, no para controlar su efectiva realización, sino para establecer una relación natural con los internos y poder valorar sus avances. La idea de Jones era que el interno se sintiera, por esta vía, parte de la institución, la idea de Daytop es volver a adquirir un sentido vital mediante el trabajo. Es, en el fondo, lo mismo y es parte esencial de la CCTT.

Pero ya hemos explicado antes cómo esto produjo no pocos abusos hace un par de décadas. Los abusos se han corregido, pero no se ha resuelto el problema de imagen (ni algunas cuestiones legales) ligadas a esta cuestión. Las CCTT deberían debatir sobre este tipo de “trabajo” y proponer soluciones legales acordes con su función terapéutica.

7.5.- Actividades de ocio y tiempo libre no-culturales.

La tabla 7.4 describe las también abundantes actividades de ocio y tiempo libre. El deporte, muchos tipos de deportes, suponen el primer nivel de ocupación del tiempo libre en CCTT, quizá porque se supone que es parte de un proyecto de salud y de recuperación psicofísica. Senderismo, paseos, excursiones y actividades medio-ambientales son el otro gran frente para el ocio y el tiempo libre. Hay otras actividades menores relacionadas con el cuerpo y algunas de tipo cultural, que quizá no han sido incluidas en su mayoría en este apartado porque figuran en el siguiente de “actividades culturales”.

TABLA 7.4
Actividades de ocio y tiempo libre.

NÚMERO	CENTROS	ACTIVIDADES
1	75	Deporte sin especificar (67)
2	72	Actividades lúdicas y de ocio sin especificar (21)
3	57	Senderismo y paseos no urbanos (30)
4	37	Actividades medio-ambientales y campamentos (8)
5	18	Excursiones y paseos sin especificar (22)
6	12	Fútbol (7)
7	5	Baloncesto, voleibol y frontón (4)
8	4	Cine (27)
9	1	Juegos de mesa y similares (27)
		Playa y piscina (7)
		Lectura y prensa (11)
		Equitación (2)
		Baile, expresión corporal, yoga y otras (16)
		Teatro (4)
		Revista (3)
		Música (5)
		Informática (3)
		Pesca, piragüismo, windsurf y vela (5)
		Otras y no explícitas (12)

Fuente: FAG-2006 (B)

7.6.- Actividades culturales.

La tabla 7.5 enumera y describe las actividades educativas y culturales de carácter no formal, es decir, aquellas que no producen una certificación con valor educativo. Se decía en la presentación: “Entre ellos, se pueden indicar los cursos de Educación para la Salud, la información sobre normas de tráfico o los talleres de orientación sexual o legal”. El resultado es que ésta ha sido la actividad más citada, pero también las actividades claramente culturales, desde teatro hasta talleres de muy diversas características.

Llama la atención que teatro y cine, lectura y prensa se citen en talleres ocupacionales, en ocio y tiempo libre y en actividades culturales. Pero el cine aparece más como ocio mientras que el teatro como cultura. Lo que refrenda un estereotipo público que “normaliza” las actividades educativas de las CCTT. Es decir, los usuarios hacen, aunque de manera más intensiva y para recuperar las experiencias perdidas, lo que hace la población general y, seguramente los educadores, les dan el mismo sentido. Es la idea de recuperar aceleradamente una ciudadanía (entendida como “condición media”) que se había congelado en la adicción.

TABLA 7.5
Actividades culturales.

NÚMERO	CENTROS	ACTIVIDADES
1	72	Educación para la salud, sexualidad, VIH y tabaco (66)
2	71	Alfabetización (8)
3	63	Teatro (19) Cine (6)
4	41	Museos y otras salidas culturales (31)
5	16	Aulas temáticas, de actualidad y de lectura (30)
6	8	Educación en valores (4)
7	3	Informática (8)
8	2	Educación medio-ambiental (7)
9	2	Educación para el consumo (5)
10	1	Excursiones (12)
		Prevención de recaídas (7)
		Meteorología (3)
		Educación vial (6)
		Manipulación de alimentos (5)
		Confección revista (6)
		Talleres relacionados con lo laboral (7)
		Habilidades sociales, autoestima y similares (12)
		Talleres y seminarios sobre música, multiculturalidad, Violencia y género (15)
		Orientación legal (6)
		Otras y no explícitas (15)

Fuente: FAG-2006 (B)

7.7.- Prácticas grupales de carácter socio-educativo.

Finalmente la tabla 7.6 sirve para mostrarnos cómo la dinámica grupal conforma las actividades socio-educativas del dispositivo. Es la idea de la CCTT en su más pura expresión y si estas actividades se eliminan, la institución resultante será mejor o peor pero ya no será una Comunidad Terapéutica.

En este sentido observemos que de nuevo reaparece el cine, pero esta vez como “cine-forum”. Es decir, al final se trata de devolver al cine, en la CCTT, la entidad cultural que no tiene para la vida de una mayoría de ciudadanos. No para promover ciudadanos distintos, sino para compensar un déficit en la trayectoria de los adictos. Algo que sólo se puede hacer desde la CCTT.

TABLA 7.6
Actividades socio-educativas.

NÚMERO	CENTROS	ACTIVIDADES
1	67	Asambleas, reuniones y grupos cotidianos (65)
2	69	Asambleas, reuniones y grupos no cotidianos (62)
3	54	Seminarios y debates (49)
4	40	Reuniones y grupos sectoriales (34)
5	12	Video y cine forum (27)
6	4	Grupos y módulos específicos de objetivos terapéuticos (21)
7	1	
8	1	

Fuente: FAG-2006 (B)

En conclusión, se nos han comunicado un total de 1.403 actividades educativas que se realizan en las CCTT españolas que han contestado al cuestionario. Esto significa casi 18 actividades por cada dispositivo. Son muchas tareas que requieren una cierta organización y que en conjunto permiten formular la identidad de la CCTT como un espacio educativo. De hecho, en muchas CCTT la intensidad de estas actividades educativas no sólo marca el estilo global del dispositivo sino que son su principal seña de identidad, mientras que lo psicoterapéutico (y lo sanitario) permanece en un segundo plano, o mejor dicho en un plano más tenue, aunque sea el de la “atención y la curación”. Pero lo educativo es la vida cotidiana.

También es cierto que algunas CCTT comienzan a arrinconar a lo educativo, pero entonces se encuentran con problemas que van desde la gestión del tiempo a la contrastación de los avances terapéuticos. Una buena dirección de CCTT debe conseguir un cierto equilibrio entre lo terapéutico y lo educativo, o mejor expresado debe conseguir aunar las adecuadas sinergias entre ambas, que lo cotidiano no devore lo terapéutico, que lo terapéutico no se olvide de lo cotidiano-real.

TABLA 7.7
Distribución de las actividades educativas.

	1	2	3	4	5	6+	TOTAL	%
FORMALES	46	24	9	4	-	-	83	5,9
TALLERES	60	50	43	28	13	6	200	14,2
MANTENIMIENTO	78	68	65	48	24	20	303	21,5
OCIO Y TIEMPO LIBRE	75	72	57	37	18	22	281	20,2
CULTURALES	72	71	63	41	16	15	278	19,8
SOCIOEDUCATIVAS	77	69	54	40	12	6	258	18,3

Fuente: FAG-2006 (B)

Conviene destacar, al observar la distribución global de las actividades educativas (tabla 7.7), que todas ellas parecen articularse sobre tres ejes, uno formal y más escaso, el otro más intenso relacionado con la vida cotidiana de la casa y el último con el aprendizaje a través del ocio. Las tres áreas de experiencias de la vida (Comas, 2004), puestas en el mismo orden y con similar intensidad con la que se realiza el tránsito de la niñez a la vida adulta.

En una de las visitas se describe una CCTT que parece representar un modelo estándar de todo el análisis que se ha realizado en este capítulo, se describe de manera muy precisa lo que es el ámbito educativo y lo que supone para el conjunto de la CCTT.

Con respecto a las actividades educativas, realizan, asociadas a la educación formal, grupos de cultura general pero sin intención de alcanzar ningún tipo de titulación reglada; en el terreno prelaboral, se desarrollan cursos del INAEM (es centro homologado por esta institución), siendo el actual uno de mantenimiento de edificios, de una duración entre 80 y 100 horas, para el que acude un profesor del propio INAEM; también se desarrollan actividades de jardinería y pintura. En lo referente al mantenimiento, éste está organizado en sectores de trabajo y se compone de jardín, huerto, administración, mantenimiento, limpieza, cocina y lavandería del centro. Las actividades de ocio y tiempo libre están externalizadas los fines de semana (salidas al cine, al teatro, culturales), mientras que de lunes a viernes se desarrollan espacios de tiempo libre no programado, 3 días a la semana se hace gimnasia y también actividades de manualidades. Con cierta frecuencia se hacen salidas consecutivas a un albergue de P. con una mitad de los residentes en cada salida. En referencia a los grupos socioeducativos, se desarrollan talleres de habilidades sociales y se celebran dos asambleas semanales, con una parte preparada por el equipo y otra por los residentes.

Finalmente quisiera resaltar que una de las CCTT públicas más antiguas, que fue una de las líderes en los procesos de profesionalización, que también ha liderado diversos procesos de cambio, ha adoptado la siguiente estrategia global que comparte, al menos parcialmente, con otras dos CCTT: primero, cierra todos los fines de semana (viernes tarde a domingo hasta las 20 horas), lo que implica que todos los internos tienen que irse a su casa durante estos días, además, sólo en los casos de primera fase tiene la obligación la familia de ir a recogerlos. A esto hay que añadirle que algunos lunes hay reunión de equipo por lo que los internos no llegan hasta las 20 horas de este día. Segundo, la comida es un self-service sin horas fijas (servida por la misma empresa que en el hospital de referencia) y en la que cada uno come según tenga prevista la organización de actividades del día. Tercero, a partir de la segunda fase (3-4 meses), tiene bastantes horas libres para salir de la Comunidad a realizar otras actividades, educativas, terapéuticas y para organizar su vida. Y cuarto, al llegar a la tercera fase se autogestiona y planifica sus horarios, de tal forma que algunos sujetos asumen la Comunidad Terapéutica como una especie de Centro de Noche, mientras que para otros puede llegar a ser una especie de Centro de Día.

¿Produce esto algún tipo de descontrol?, ¿De carencia educativa? Veamos lo que dice el observador que realizó la visita: *“La primera impresión es que todos, desde el principio, están en la tarea, es decir, en lo que se supondría la finalidad de una CCTT. No plantearon temas o problemas colaterales como falta de personal, equipamientos inadecuados, falta de recursos, y cosas similares. No sé si fruto de una sólida y estricta dirección, o porque son un servicio público mixto en el que la mitad de los profesionales son funcionarios y los otros contratados por una entidad externa. Lo cierto es que el equipo parece tener consensuado un marco teórico que fundamenta la intervención. El programa terapéutico está claramente establecido y se aprecia coherencia. La sensación a primera vista no es que las normas y organización de la casa sostienen el tratamiento, sino que aquellas están sostenidas por el eje terapéutico. Lo educativo cobra gran importancia, todos los internos tienen tareas a realizar, desde lectura de libros hasta diversos “seminarios formativos” (aunque no hay actividades pre-laborales en la propia CCTT sino fuera). Un detalle significativo, en este sentido, es la figura del personal de servicios a los que se considera como un miembro más del equipo, lo que permite al resto de educadores y pacientes centrarse en otras actividades y no en acciones que a veces tienen poco de educativas y mucho de rellenar huecos. Los retos que ellos plantean para las CCTT son interesantes, porque realizan una definición de perfiles y criterios técnicos para el ingreso en la Comunidad, que modifica la falta de autonomía en la selección de casos que caracteriza a una mayoría de CCTT, que no pueden realizar esta selección, en parte porque no poseen una pauta técnica bien elaborada, con la que puedan apoyar y sustentar sus decisiones y con la que evitan las arbitrariedades contrarias al buen funcionamiento del propio dispositivo. ¿El resultado?: son muy eficientes”.*

Capítulo 8

LA PRODUCTIVIDAD CIENTÍFICA DE LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS EN ESPAÑA

8.1.- Evaluación de resultados del dispositivo.

El apartado 13 del cuestionario se preguntaba sobre la evaluación, pudiendo responder de forma positiva o negativa a los cinco supuestos que aparecen en la tabla 8.1. Lo primero que debemos destacar de dicha tabla es el alto número de respuestas en blanco, incluidas en la columna (NC), lo cual resulta llamativo si consideramos que la pregunta no parecía, en principio, tan difícil.

TABLA 8.1
Actividades relacionadas con la evaluación.

(% Horizontales)

TAREAS	SI	NO	NC
Realizan una recogida de datos sobre el proceso para elaborar una memoria anual.	88,8	3,7	7,5
Han diseñado y puesto en marcha un estudio de seguimiento permanente para la evaluación de resultados.	49,0	38,0	14,0
Han realizado algún estudio de seguimiento para la evaluación de resultados con alguna cohorte.	32,5	53,5	14,0
Han participado o participan en algún estudio colectivo (con otras CCTT o dispositivos de la red) de seguimiento permanente para la evaluación de resultados.	22,6	63,5	12,9
Han participado o participan en algún estudio colectivo (con otras CCTT o dispositivos de la red) de seguimiento para la evaluación de resultados con alguna cohorte.	22,6	66,2	11,2

Fuente: FAG-2006(B)

Observamos cómo la mayor parte de CCTT recogen datos para elaborar una memoria anual y son muy pocas las que indican explícitamente que no lo hacen. Veremos en el próximo apartado cómo esto es muy cierto y el volumen de memorias anuales publicado por las Comunidades Terapéuticas es muy amplio.

Asimismo casi la mitad de los dispositivos (49%) ha diseñado y puesto en marcha un estudio de seguimiento permanente para la evaluación de resultados, lo que no deja de ser en parte sorprendente y en parte esperanzador. Sin embargo

todavía son menos de un tercio los que ya han realizado este tipo de estudio (32,5%), así como los que han participado o participan en algún estudio colectivo (con otras CCTT o dispositivos de la red) de seguimiento permanente para la evaluación de resultados (22,6%). En todo caso cifras importantes, que se nutren de la existencia de redes que realizan tareas de evaluación conjunta, desde la FADA de la Comunidad Andaluza a una serie de programas locales adheridos a la Asociación Proyecto Hombre, pasando por Dianova, e incluidos convenios de carácter regional, en los que la evaluación de resultados se ha convertido en una tarea formal de los dispositivos.

Sin embargo, y en oposición a estos datos, parece que no hay demasiadas evaluaciones sobre Comunidades Terapéuticas en España, o al menos son poco conocidas y citadas, de la misma manera que no las hay sobre el conjunto de la red de dispositivos que atienden a adictos a drogas, aunque también es cierto que en nuestro país la mayoría de estudios de seguimiento se han realizado sobre usuarios de Comunidad Terapéutica, bien de forma exclusiva o bien formando parte de la muestra de estudios multi-céntricos, lo cual significa que en un contexto en el que la evaluación de resultados es poco frecuente, las Comunidades Terapéuticas constituyen una excepción loable.

En realidad esto no es nuevo, porque las Comunidades Terapéuticas para Drogodependientes, en particular las que se orientan a través del modelo Daytop siempre han sido muy proclives a la evaluación de resultados. De hecho el famoso estudio de DE LEON, WEXLER y JAINCHILL, publicado en 1982, con una cohorte de usuarios de la CCTT de Phoenix House de 1970 y 1971, permitió mostrar el alto grado de eficacia de las mismas. Claro que también el mismo estudio fue la base de una intensa polémica: se suponía que eran resultados muy buenos pero sólo para un segmento particular de adictos, que eran los que acudían o eran aceptados por las CCTT. Desde entonces, las Comunidades Terapéuticas norteamericanas demuestran cíclicamente que obtienen buenos resultados (NIDA, 2005), pero esto no desanimó a los defensores del argumento de la "selección intencional de casos". También es cierto que las CCTT norteamericanas no son tan abiertas, ni atienden a perfiles tan complejos como las actuales CCTT españolas y siguen siendo muy exigentes con la motivación, salvo las especializadas en casos judiciales y tratamientos obligatorios, en las que la dinámica de la motivación personal parece ser, al menos en EEUU, algo particular. No disponemos de información equiparable correspondiente al conjunto de Europa.

Este mismo debate se ha realizado en España, y de hecho la respuesta a la cuestión de la motivación versus la selección de casos y de la atención básica versus los objetivos maximalistas, ha sido uno de los elementos que ha permitido superar el tiempo de silencio para entrar en la "segunda consolidación". Pero ha sido un debate a lomos de la necesidad de sobrevivir y planteado siempre, y aunque parezca paradójico, en términos más bien abstractos, ya que habiendo podido ser realizado con datos españoles, no ha sido así porque las evaluaciones españolas sobre CCTT no suelen ser demasiado conocidas (y mucho menos utilizadas institucionalmente).

Soy consciente, por mi experiencia con el sector asistencial en drogas, de que en general estas evaluaciones “no se las creen” fuera del ámbito de las propias CCTT. A pesar de ciertos avances en evaluación, como la conformación de procedimientos evaluativos formando parte del trabajo cotidiano, que son propios de las CCTT (Yubero, 2004). De hecho, aún es frecuente hoy en día, toparse con afirmaciones sobre las CCTT que se circunscriben a un estereotipo negativo y reclaman “evaluaciones”, y no es raro escuchar discursos públicos sobre la “ineficacia y falta de adaptación de las CCTT a los nuevos perfiles y necesidades”. Los mismos que realizan estas afirmaciones y discursos insisten, en ocasiones desde la administración, que la evaluación pondría las cosas en su sitio. Extraña composición del mapa racional de unos técnicos, que a la vez afirman que hay que trabajar basándose en evidencias, pero al tiempo expresan la “creencia” de que las CCTT no son un dispositivo idóneo digan lo que digan las evaluaciones y sin hacer ninguna referencia a las mismas o a algún argumento que pudiera sustentar su falta de credibilidad. A la vez, hasta ahora, no existe ninguna revisión técnica (o meta-evaluación) de las evaluaciones realizadas en CCTT que pudiera mostrar que esta “creencia” en sus carencias técnicas pudiera ser cierta. Mientras tanto esta sigue siendo “la creencia sobre las CCTT” que acompaña, de forma paradójica, al reclamo de evidencias en el ámbito del tratamiento de las adicciones.

De hecho, desde el primer momento, se realizaron evaluaciones de resultados de las CCTT, en un proceso que se ha mantenido en el tiempo. Las citas bibliográficas que acompañan a este Informe, todas ellas seleccionadas según un criterio formal y científico así lo demuestran (Roca y Bedate, 1983; Guardia, Masip y Viladrich, 1987; Erro, 1994; Apodaca, 1995; Apodaca, Montejo, Legardi, Moreno, Aresti, Duque, y Avellanal, 1995; García, Roldán y Comas, 1995; Carrón, Fernández y Llorente, 1996; Aguilar, García, Oria y Domínguez, 1996; March y Orte, 1997; Fernández, Llorente, Gutiérrez y Vielva, 1998; Rodríguez, 1998; Arrizabalaga, Urrestarazu y Huerga, 2000, Luengo, Romero y Gómez Fraguera, 2000; Fernández y Secades, 2001; Rodríguez, 2002, Fernández-Montalvo, López-Goñi, Lorea y Landa, 2003; Roca y Caixal, 2003; Deben, Fernández, López-Goñi, Illescas y Santos, 2004; Fernández, 2005). No son en cambio tan numerosos los estudios multicéntricos en los que una parte de la muestra se haya obtenido de Comunidades Terapéuticas y sea identificada por esta característica para establecer resultados comparativos entre modalidades asistenciales (Comas, 1992), en una gran medida porque los estudios multicéntricos españoles son escasos.

A partir de las peticiones sobre literatura gris del cuestionario no hemos reunido otros informes de evaluaciones de resultados realizados sobre CCTT y no publicados, lo que implica que la evaluación es una tarea que las CCTT realizan con un cierto rigor, de una forma mayoritaria por medios de encargos externos a académicos y cuyas conclusiones son aceptadas por revistas científicas y publicados. También es cierto que algunas memorias anuales recogen los datos de tal manera que podríamos considerarlas evaluaciones de procesos, pero no vamos a entrar en esta cuestión, porque los propios centros no las consideran así.

Tampoco es este el lugar para realizar una meta-evaluación de todas estas evaluaciones de resultados, pero podemos apuntar, a modo de resumen, que las conclusiones son muy similares en todas ellas y reflejan una cierta estructura, -tanto metodológica como en lo relativo a los resultados obtenidos-, común.

En primer lugar, los resultados a medio plazo (entre tres y cinco años) son bastante buenos, con una horquilla de casos plenamente reinsertados y normalizados que se mueve entre el 35% y el 65%, aunque es cierto que la proporción de “pérdidas” sobre la línea base es importante²³. Por otra parte, la satisfacción con el dispositivo es bastante general y la opinión unánime, aún de aquellos que no han superado sus problemas con las drogas, es que la CCTT “le ayudó mucho”. Por otra parte siempre queda un núcleo de personas, muy variable según los estudios, que manifiesta no haber conseguido mantener los resultados obtenidos en la CCTT, o que no alcanzaron el alta terapéutica y recayeron. Muchas de estas personas muestran perfiles de cronicación y se ajustarían a los nuevos objetivos y nuevos programas de las CCTT que han comenzado a evaluar no tanto objetivos maximalistas de plena integración social, sino los “objetivos intermedios” que aplican a dichos perfiles. Está claro que las nuevas opciones de readmisión, que dicen haber adoptado las CCTT españolas para asumir estos perfiles de crónicos, son una respuesta a los resultados de las evaluaciones.

No sólo por la cuestión de las readmisiones, está claro que las evaluaciones realizadas han servido para apoyar el proceso de cambio, que venimos describiendo de las CCTT españolas y, a la vez, muestran el grado de eficiencia de este tipo de dispositivo. El problema sigue siendo las dificultades que plantea el tema “diagnóstico, indicación y derivación”, pero una vez resuelto el mismo, con los resultados de las evaluaciones podemos afirmar que la Comunidad Terapéutica, tanto para adictos como seguramente para otros problemas de salud y sociales, debería representar un tipo de dispositivo especializado (y una metodología) bien asentada y justificada en lo técnico, consolidada en lo económico y adecuadamente representada en el imaginario social, que constituiría uno de los recursos esenciales del Estado de Bienestar.

23.-Aunque esto depende de cómo se haya establecido la línea base. Cuando para confeccionar la misma se utilizan todos los ingresos en un determinado periodo, las pérdidas suelen superar el 60%. En cambio, cuando la línea base se establece sobre las altas terapéuticas de este mismo periodo, las pérdidas casi siempre bajan del 30%. En cualquier caso, se trata de cifras muy similares a las obtenidas con cualquier estudio realizado con una muestra de población con adictos a drogas, obtenida con cualquier tipo de dispositivo o programa (Comas, 2006).

8.2.- Publicaciones.

Todas las publicaciones formales y bien citadas, comunicadas por las entidades que han respondido al cuestionario han sido revisadas e incluidas formalmente en la bibliografía que figura en este informe. Se ha seguido el criterio de citar sólo las referencias que habían sido correctamente escritas y que aparecían en **publicaciones formales**, incluidas las actas editadas de congresos y seminarios. Sólo once CCTT han remitido referencias bibliográficas formalmente adecuadas. Por este motivo y para completar la bibliografía de este informe (aparte de las referencias internacionales que son citas que aparecen en diferentes momentos del texto) se han contrastado estas publicaciones con las bases documentales del Plan Nacional sobre Drogas (Base ELEUSIS) y el Centro de Documentación sobre Drogas y otros Trastornos Adictivos de la Comunidad de Madrid, que administra la base de datos del INDID que en su origen fue gestionada por la FAD.

Al comparar las tres fuentes mencionadas aparecen algunas carencias importantes en cada una de ellas, especialmente entre la literatura gris que se nos ha comunicado a través de los cuestionarios y las bases de datos mencionadas (que sin embargo tienen mucho en común). Conviene destacar que existen autores con abundantes referencias que no aparecen en la bibliografía, en una gran medida porque no son publicaciones formales. En este sentido, hemos podido observar cómo en el cuestionario se hacía referencia a una ponencia presentada en una reunión de la APCTT, sin actas editadas, y en cambio “se olvidaban” de la publicación formal de la misma en una revista científica. En una gran medida esto significa que se valora más la presencia en “el ambiente cultural de las CCTT considerado como un grupo de pares”, que la referencia curricular y científica formal, lo que a su vez explica la abundancia de literatura gris a la que haremos referencia más adelante.

Debemos aclarar que entre la bibliografía formal citada se han eliminado numerosas referencias de la revista PROYECTO, de la Asociación Proyecto Hombre, por ser más bien descripciones de programas o resúmenes de otras publicaciones (unas 70 referencias según las bases de datos citadas). También se han eliminado las actas de las reuniones anuales de la APCTT mencionadas en el capítulo 3, la mayoría de las cuales no tenían ISBN (64 referencias excluidas)²⁴.

24.-Asimismo se han eliminado las publicaciones del antiguo boletín de la APCTT, aunque entre las mismas figuran interesantes reflexiones. Sin embargo, se incluyen las citas de la nueva revista de esta asociación, GACETA, con un único (y muy relevante) número publicado en 1996. Esta decisión, similar a la realizada con la revista PROYECTO y el Congreso de la Asociación Proyecto Hombre de Victoria en 1996, refleja con claridad el sentido que ha animado esta selección bibliográfica.

Sí aparecen en cambio las citas de las ponencias del “Congreso de Vitoria de 1995” del Proyecto Hombre, tanto porque están formalmente publicados como por ser artículos importantes que han sido citados en el texto.

También se han eliminado las citas procedentes de las actas de jornadas nacionales y autonómicas de Socidrogralcohol, aunque algunas también tenían ISBN (unas 96 referencias), aunque se ha hecho una excepción con dos ponencias de Andres Roig Traver de 1986 en Palma de Mallorca por su interés. Tampoco se han considerado los libros de resúmenes de los encuentros nacionales de Chiclana de la Frontera (27 referencias), ni de las jornadas anuales de Alcorcón (19 referencias), en las que las Comunidades Terapéuticas han estado presentes con frecuencia²⁵. Tampoco están las numerosas publicaciones de la Asociación El Patriarca que, salvo excepciones, no están en las bases de datos, y que sumarían unas 50 referencias aunque con algunas reiteraciones, que están tanto en la base de datos de Dianova, como, en su mayor parte, en la de la Fundación Atenea.

En total se han identificado algo más de 300 referencias que no hemos considerado ni literatura gris, ni publicaciones formales de carácter científico, ya que en realidad forman parte del proceso de difusión de la cultura de las Comunidades Terapéuticas. Conviene tener en cuenta que aquellos textos con un cierto valor científico que pudieran aparecer en toda esta literatura, suelen luego ser publicados de una manera más formal y figuran en la bibliografía. En cualquier caso creemos que la selección realizada representa bien el tamaño y el desarrollo de las CCTT en España, aunque, por supuesto, con otros criterios, este volumen podría reducirse (si fuéramos muy estrictos) o ampliarse (incluyendo la totalidad de las publicaciones).

Entre las publicaciones formales se han excluido las citas correspondientes a los diseños de programas, las memorias anuales y las publicaciones periódicas de las propias CCTT. El volumen de los primeros, es decir **los diseños y presentaciones** de programas, es, aunque parezca extraño, bastante discreto en las respuestas de los cuestionarios, ya que sólo se han eliminado 67 referencias en estas respuestas. Un dato inesperado porque se supone que casi todo el mundo elabora este tipo de documentos y trata de publicarlos. De hecho revisando la

25.-Esto ha producido un efecto paradójico: algunos autores, que trabajan en CCTT y son muy prolijos en sus publicaciones sobre las mismas, no aparecen en la bibliografía o aparecen con una o dos referencias cuando nos habían mandado un listado de una o dos docenas, pero todas ellas en jornadas y congresos no indexados. Se trata de profesionales muy competentes, que además se han molestado en formalizar y difundir la “cultura y la forma de trabajo de la CCTT”, pero que no pueden figurar en esta relación de publicaciones. La condición periférica y los estereotipos sobre las CCTT contribuyen a esta marginación. No puedo dejar de reconocer su labor, pero la necesidad de superar el actual estatus de las CCTT nos obliga a ser exigentes.

literatura gris, incluida la reflejada por las citadas bases de datos ELEUSIS e INDID, las posibles referencias a programas no superan los 200 documentos, poco más de un documento por cada CCTT, lo que quizás signifique que nadie las considera, a la postre, a estos programas terapéuticos como publicaciones si no están formalmente editadas.

En cambio las segundas son muy abundantes porque, como hemos visto, casi la totalidad de las entidades publican **memorias anuales** de una forma habitual. De hecho, ésta era una de las obligaciones previstas por el sistema de homologación de Comunidades Terapéuticas Profesionales de la APCTT, y casi todas las homologadas mantienen esta costumbre. Las entidades que proceden de la red de Proyecto Hombre, tanto las que forman parte de la Asociación como las que forman parte de la Confederación suelen publicar memorias anuales y también memorias conjuntas. Por su parte Dianova ha comenzado a publicar memorias anuales que incluyen los datos de todas las CCTT que forman parte de dicha entidad. En conjunto entre las memorias anuales remitidas con el cuestionario, las que figuran en las bases de datos mencionadas y otras fuentes personales, incluida la base de datos de la propia Fundación Atenea GrupoGID, hemos reunido algo más de 850 memorias anuales, la mayor parte de ellas formalmente impecables, lo que proporciona una fuente de información muy completa que no vamos a analizar (no está entre nuestros objetivos y su volumen es excesivo) en este informe.

Pero sí podemos afirmar que el conjunto de memorias anuales publicadas sitúa a las Comunidades Terapéuticas en un nivel alto en el **cumplimiento del compromiso de transparencia, rendición de cuentas y buenas prácticas**, lo que no es habitual ni en las instituciones del Tercer Sector, ni en los dispositivos especializados de los servicios públicos de salud. Sin duda este esfuerzo a favor de la transparencia tiene mucho que ver con la idea de compensar la “mala imagen” del dispositivo en algunos ambientes profesionales e institucionales. En cualquier caso y en términos de logro comparativo, las CCTT cumplen con este compromiso en mucha mayor medida que otros dispositivos con mejor imagen pública, profesional y administrativa. Lo que demuestra que los argumentos formales de transparencia que promocionan algunas organizaciones, como la Fundación Lealtad, tienen, al menos por ahora, menor relevancia institucional que los falsos estereotipos y las “creencias sobre las CCTT” de algunos profesionales a las que hemos aludido en el apartado anterior.

Por tanto, desde las Comunidades Terapéuticas los pasos hacia una cultura de la intervención social, democrática, abierta y participativa, resultarán siempre positivos porque no representan ninguna amenaza y sí muchas ventajas. Paradojas de la vida para una institución sobre la que se expresa una imagen global poco favorable.

Tampoco podemos dejar de señalar que una parte (muy minoritaria) de las Comunidades Terapéuticas no cumplen con este compromiso, y aunque el

volumen de documentación reflejado en los párrafos precedentes resulta apabullante, existen aún CCTT totalmente ágrafas, lo que reitera la variabilidad de situaciones y la falta de exigencias de algunas administraciones. Las propias CCTT deberían tratar de resolver esta situación, ya que este grupo minoritario de entidades sirve para sostener la permanencia de “las falsas creencias” sobre las CCTT.

En cuanto a las **publicaciones periódicas** tipo revista o boletín de la propia entidad son relativamente abundantes, aunque muy diversas en su formato y contenido, desde aquellas que ofrecen varias páginas editadas con criterios profesionales hasta aquellas que se imprimen de una forma más artesanal, desde las que contienen información para los profesionales y que en general edita la propia institución, hasta aquellas que expresan las preocupaciones cotidianas de los usuarios del dispositivo y que suelen ser editadas por estos mismos usuarios. Pero una parte de estas publicaciones adoptan un tono equidistante de difícil clasificación. Esto nos invita a proponer una investigación particular sobre esta literatura tan peculiar.

Centrándonos en las publicaciones formales que aparecen en la bibliografía, hemos reunido 161 citas bibliográficas sobre CCTT producidas en España²⁶. Siete de ellas en revistas especializadas internacionales. Con un volumen de unos 1.200 profesionales trabajando en el sub-sector (aunque sólo la mitad titulados superiores) y unos presupuestos totales que, como hemos visto, no superan los 45 millones de euros al año, lo que equivale a una pequeña área de salud, estamos ante un buen ratio de productividad científica de un subsector asistencial en España, lo cual no deja de resultar paradójico, teniendo en cuenta la imagen de las CCTT a la que venimos aludiendo. También es cierto que las CCTT representan un sub-sector especializado y no deberíamos compararlo con un área de salud, sino con un centro de especialidades, que ofrecen una producción científica mucho más elevada. Pero en este caso el trato institucional y económico está muy lejos de cualquier especialización sanitaria, ya que con este volumen de plazas y profesionales, se multiplican, al menos por cuatro, los presupuestos de las CCTT.

La mayor parte de esta literatura está en revistas científicas indexadas o en publicaciones con ISBN, en todo caso la revisión de todas estas publicaciones, con ojos de evaluador de literatura científica nos dice que la mayoría de ellas

26.-No se han contabilizado tampoco los artículos de autores no españoles aparecidos en la REVISTA ITACA, que sin embargo figuran en la bibliografía, en una gran medida porque ITACA, a pesar de ser una revista internacional estaba editada en España, con un Comité de Redacción y un Comité Científico con mucha presencia de españoles, y además fue la revista de referencia para las CCTT de la antigua APCTT durante el “periodo de silencio” entre 1995 y 2001. Los artículos publicados en ITACA tuvieron sin duda una cierta influencia en la conformación de los cambios que permitieron a las CCTT superar este periodo. No es extraño que el siguiente periodo, el que hemos llamado de la segunda consolidación, se haya descrito a partir del encuentro internacional organizado por ITACA en Sevilla en el año 2.000. Tampoco se han contabilizado las referencias no españolas de la REVISTA PSYCHOTROPES, que se han utilizado prolijamente en el texto porque, aunque se editaba en francés y en Canadá, tenía un consejo de redacción español y se manejó mucho en las CCTT. Sin embargo los españoles no publicaron, curiosamente, en dicha revista ningún artículo sobre CCTT, aunque sí sobre otros temas.

cumplirían las normas y criterios más estrictos. Debemos tener en cuenta que el lugar periférico de una parte importante de las publicaciones desde las Comunidades Terapéuticas seguramente tiene mucho que ver con el estereotipo negativo sobre las mismas al que nos referíamos más arriba, así como a las dificultades de la investigación científica española en sobrepasar las barreras idiomáticas y culturales que, a modo de control, establece el centro teórico de producción científica situado en las universidades anglosajonas.

Además, el hecho de que las aportaciones del “modelo Daytop” más ortodoxo y seguramente algo más alejado del canon científico estándar que el “modelo Jones”, esté más presente en los ámbitos de poder académico norte-americano y por tanto disponga de un acceso más continuo a las publicaciones científicas, supone una nueva barrera para las CCTT europeas, pero al tiempo desvela las incongruencias de la relación centro versus periferia en el reconocimiento de la producción científica: no es una cuestión de ciencia sino de poder (y en este caso de modelo ideológico).

No podemos obviar el hecho de que la totalidad de esta literatura citada ha sido producida por prácticamente sólo dieciocho Comunidades Terapéuticas y de hecho, apenas diez de ellas han producido tres cuartas partes de la misma. Y en muchos casos, esta es además una tarea sin continuidad, lo que indica que esta producción científica estaba ligada a figuras particulares o equipos que se cohesionaron en un momento concreto para luego desaparecer²⁷. Esto significa que algo más de tres de cada cuatro CCTT españolas poseen una productividad científica nula, mientras que una pocas son altamente productivas. Asimismo apenas cuatro o cinco personas investigamos sobre Comunidades Terapéuticas sin trabajar en las mismas y la financiación de esta vía de investigación no resulta fácil, ya que no existe ninguna prioridad sobre CCTT en los programas de investigación públicos. Por este motivo no podemos hablar de un programa de investigación consolidado, pero sí de un cierto nivel de producción científica, poco congruente con el estatus otorgado al sub-sector.

¿Cómo cuadrar esta tasa de producción científica global con esta descripción de desigualdades internas? Pues, de nuevo, podemos dar la respuesta que venimos

27.-Lo cierto es que algunas CCTT que fueron productivas en el pasado no nos han remitido ninguna referencia con el cuestionario, aunque las hemos recuperado en las bases de datos, por curiosidad les preguntamos por dichas referencias y dijeron ignorarlas. Entre una y otra circunstancia se ha producido un cambio en la gestión del dispositivo por razones administrativas. Los nuevos profesionales no sólo desconocen la historia de su dispositivo, sino que además “no han leído” textos muy relevantes para un buen desarrollo de su labor cotidiana.

reiterando en el texto: hay Comunidades Terapéuticas que funcionan como tales, y por su propia estructura y misión, producen de forma automática mucha investigación, mientras que otros centros y dispositivos que se identifican formalmente como Comunidades Terapéuticas, en realidad no lo son y no producen nada.

Esta respuesta implica a su vez que carecer de apoyo y no formar parte de ninguna prioridad de I+D, carece de importancia cuando la “lógica asistencial” supone realizar de forma automática aportaciones al conocimiento. Que los programas y planes nacionales de investigación obvien esta realidad, y prefieran apoyar financiaciones costosas a procedimientos terapéuticos ad-hoc y disfuncionales con el medio, muestra un cierto grado de incompetencia por parte de los evaluadores académicos que toman las decisiones en estos planes.

Finalmente al observar la evolución de dicha producción podemos observar cómo hay una tendencia al alza y a la diversificación, cómo el ritmo de producción aumenta a partir del año 2000 y cómo aparece muy ligado a las nuevas características de los dispositivos una vez superada la fase de adaptación a nuevos perfiles y necesidades. Una parte sustancial de las publicaciones producidas en los últimos cinco años se inserta en la noción de “la reducción del daño como meta global” y se refieren a cuestiones como metadona, doble diagnóstico, mujer, fármacos en CCTT, objetivos intermedios, sexualidad, SIDA, ... En cambio, han desaparecido temas tradicionales, e imprescindibles, como lo educativo. Se mantiene con fuerza la cuestión de las familias y la integración social.

8.3.- La literatura gris.

La literatura gris es más extensa que las publicaciones formales, aunque en ocasiones no es fácil diferenciarla porque mucha de ella adopta el formato de un texto, tipo artículo, para publicación. Como ya se ha explicado hemos tenido que establecer criterios formales de publicación para diferenciarla. El tipo de literatura gris más abundante son los textos descriptivos del programa terapéutico (a pesar de que con anterioridad, y en otra perspectiva, nos ha parecido escasa), algunos describen todo el programa y otros describen aspectos parciales del mismo, pero en general son “documentos institucionales” cuyo mayor interés reside en un análisis comparativo de todas estas aportaciones. También aparecen bastantes ponencias y artículos no publicados, porque han sido presentados en reuniones internas, en jornadas locales y en organismos o estructuras de coordinación asistencial. Son muy similares a los artículos formalmente publicados, aunque entre esta literatura gris no suelen incluir los trabajos con un perfil más bio-médico que sólo aparecen como tales en publicaciones formales, lo que supone una optimización del esfuerzo realizado por parte de este sector de profesionales.

No resulta fácil realizar una estimación del volumen de toda esta literatura, tanto por las reiteraciones como por la existencia de muchas referencias incompletas. Pero podemos estimar en unas 290 las referencias (y documentos) reunidos

para este trabajo, a los que habría que sumar los 300 textos publicados, pero excluidos del apartado anterior por las razones que se exponen más arriba. Se trata de un conjunto de materiales (un total de casi 600 documentos) que conforman una cierta "cultura específica", que también se podría estudiar de una forma particular, aunque parece muy desigual, ya que algunos textos podrían ser evaluados positivamente para ser publicados (y de hecho alguna de las descripciones de programas lo han sido), pero otros ofrecen una calidad dudosa.

Debemos tener en cuenta que este bloque de literatura gris conforma un componente tradicional de las CCTT: se trata de difundir su trabajo entre pares y en su ámbito de captación de usuarios, especialmente en la propia red asistencial de drogas. También puede visualizarse como una práctica necesaria para poder adquirir experiencia y alcanzar un nivel suficiente para producir publicaciones más formales.

En todo caso la distancia que separa el bloque de la literatura gris (600 documentos) y las publicaciones (161 referencias), a lo que debemos añadir las 850 memorias mencionadas más arriba, nos indica que las Comunidades Terapéuticas españolas se sitúan más bien sobre la noción de "Comunidad Terapéutica como cultura", mientras que la "Comunidad Terapéutica como proyecto científico" recibe un menor grado de atención²⁸. Aunque quizá sería más justo decir que la mayoría asume la primera noción y una pequeña minoría la segunda. En consecuencia, las administraciones públicas deberían apoyar a este segundo grupo para que asumiera una función de liderazgo y contribuyera a la recuperación global de las señas de identidad primarias de la CCTT.

28.-También es cierto que, según hemos visto, más de dos centenares de referencias de esta literatura gris estarían incluidas en la revista PROYECTO, en las actas de las jornadas de la APCTT y en las actas de las jornadas de Socidrogalcohol, por lo que no son exactamente literatura gris, sino que ocupan una posición intermedia. En todo caso, esta posición no desdice la conclusión principal sino que establece una densa continuidad entre ambos tipos de literatura lo que refuerza las relaciones entre "lo cultural" y "lo científico" en las CCTT.

Capítulo 9

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

1._ Se ha realizado un análisis empírico de la situación de las Comunidades Terapéuticas para drogodependientes españolas. Dicho análisis ha puesto en evidencia cómo en los últimos años se ha producido una transformación muy compleja, la cual ha conducido a dichos dispositivos desde una cierta correspondencia original con el modelo Daytop y con la noción de CCTT dominante en el ámbito internacional, hasta la constitución de una institución peculiar, ajustada a las políticas globales de reducción de daños hegemónicas en España. Dicha trayectoria ha supuesto **una recuperación, más implícita que explícita, del modelo original de Comunidad Terapéutica** tal y como fue formulado por Maxwell Jones hace seis décadas.

2._ Dicha recuperación ha abierto las puertas para una cierta expansión, por primera vez en España, de la metodología de la CCTT hacia otros sectores y temas. No sólo las actuales CCTT asumen otros perfiles, sino que **su forma de trabajar se expande** hacia otros dispositivos de salud mental, menores o centros para mujeres que sufren maltrato. En el propio ámbito de drogas la metodología de la CCTT se está proyectando sobre algunos Centros de Día e incluso en programas entre pares.

3._ La orientación adoptada en el recorrido de la trayectoria de las CCTT españolas ha sido el resultado de la presión del medio, es decir de las políticas sobre drogas, y sólo en algunos casos ha sido una opción surgida de la propia reflexión. La presión institucional se ha traducido, de entrada, en una etapa de precariedades que han obligado a adaptaciones para garantizar la propia supervivencia. La presión ha sido posible porque la totalidad de las CCTT españolas son o bien públicas o bien subsidiarias de las administraciones públicas. En todo caso el nivel de adaptación alcanzado, tanto a los nuevos perfiles como a las nuevas políticas, convierten actualmente a una mayoría de CCTT españolas en **instituciones especialmente fuertes y competentes**, aunque, en muchos casos, tienen que seguir lidiando con administraciones públicas que no les reconocen sus verdaderas capacidades. En muchos casos la presión hacia el cambio, a través de la precarización, subsiste, aunque el cambio ya se ha producido efectivamente.

4._En este proceso se ha producido una pérdida importante que convendría recuperar: **se trata de la cuestión de la identidad corporativa**. En realidad, ésta no es una cuestión exclusiva de las CCTT españolas ya que ha ocurrido en toda Europa, o al menos en aquellas regiones donde este cambio ha sido más intenso (Broekaert y Slater, 2002).

5._En las puntuaciones a un complejo test sobre la actual identidad de las CCTT españolas hemos establecido que la opción por el cambio obtiene mejores puntuaciones, mientras que la opción por mantener estilos de trabajo más nostálgicos reciben puntuaciones muy bajas. Sin embargo aparecen problemas relacionados con el consenso en diversas CCTT, así como conflictos derivados de una adaptación en el que **la nueva identidad no se ha clarificado del todo**.

6._Las actuales 119 CCTT españolas acreditadas ofertan en torno a 3.200 plazas, realizan unas 7.100 admisiones al año y proporcionan unas 2.600 altas terapéuticas. Todo esto gracias al trabajo de alrededor de 1.300 profesionales, con una mayor proporción de mujeres que varones y que además ocupan los roles directivos. La titulación de estos profesionales es muy variada, aunque los psicólogos siguen representando, por su número, por las responsabilidades que asumen y por su presencia en todos los roles, el profesional arquetípico de las CCTT. Los profesionales de la educación ocupan un segundo lugar, aunque la variedad de sus titulaciones diversifica su actuación técnica y corporativa. Se han incorporado algunos profesionales sanitarios y de trabajo social pero su presencia sigue siendo, en parte, poco significativa.

7._El presupuesto total del sector gira a en torno los 55 millones de euros anuales, de ellos unos 46 millones son aportaciones de las administraciones públicas, lo que permite conformar, con otras aportaciones menores, un sector asistencial especializado en el que casi todas las plazas son, más o menos, gratuitas. **El coste medio por plaza es de 1.500 euros mensuales** o lo que es lo mismo 18.000 euros anuales, una cifras relativamente discretas. El porcentaje de CCTT públicas es el que más ha crecido, pero el conjunto de plazas conveniadas, concertadas y subvencionadas con el sector privado sigue siendo el más importante.

8._Se trata de **dispositivos adecuadamente gestionados, correctamente autorizados y homologados**, que han realizado un intenso esfuerzo de modernización de sus instalaciones, en parte como una estrategia para sobrevivir y adaptarse a las nuevas demandas sociales y administrativas.

9._En este sentido se ha producido una adaptación externa en el que las entidades que administran las diferentes CCTT han optado por ofertar nuevos programas, algunos de drogas y otros no, algunos asistenciales y otros no. A la vez se ha producido una adaptación interna, y en el año 2005 la mayor proporción de usuarios son **consumidores de cocaína** (como droga principal), habiéndose incorporado también numerosos casos de **alcohólicos** y apareciendo muchos **dobles diagnósticos** (casos psiquiátricos que consumen drogas). Los **casos**

judiciales son también muy importantes, sin que se haya resuelto el problema de la coordinación con dicho ámbito. Uno de cada cuatro usuarios consume heroína, la mayoría en programas de agonistas, mientras permanecen en CCTT, de tal manera que el programa clásico libre de drogas para heroinómanos que representaba el 100% de la oferta de las CCTT hace dos décadas se circunscribe, hoy en día, al 2,3% de sus usuarios.

10. Este nuevo perfil de usuarios es el resultado de una notable apertura en los criterios de admisión y una creciente participación en los circuitos terapéuticos normalizados, aunque globalmente el 45% de los casos sigue accediendo a la CCTT de forma directa. Asimismo las CCTT **utilizan cada vez más los recursos externos**, en especial los sanitarios, pero con la notable excepción de los programas de integración social y socio-laboral, ya que las CCTT están mejor preparadas para dar respuestas a esta cuestión que los recursos externos.

11. Se ha formalizado la relación asistencial, con estructuras, prácticas, duraciones, procedimientos para fijar objetivos, evaluaciones, valoraciones y diagnósticos, así como registros bien diseñados y programados, y que **deberían ser aceptables para el conjunto de profesionales de las redes generales**. Lo terapéutico, en combinación con la transformación de la gestión, ha determinado los cambios producidos en las CCTT.

12. Las **prácticas educativas** son muy variadas, constituyen la columna vertebral de la vida cotidiana en la CCTT, reflejan mucha imaginación y un intenso trabajo, establecen intensas sinergias con el programa asistencial pero adolecen de una cierta formalización que ofrezca un mayor sentido a todas estas actividades. Son el fruto histórico de una dilatada experiencia residencial, pero **están poco adaptadas a los nuevos perfiles y necesidades**.

13. Los resultados de las Comunidades Terapéuticas españolas han sido, y actualmente **son, evaluadas, en una proporción y con una intensidad, muy poco frecuente** tanto en los ámbitos de drogas como en el conjunto de programas sociales y sanitarios. La experiencia de la consideración institucional y profesional que ha tenido la evaluación de las CCTT demuestra que las apelaciones a la necesidad de la evaluación por parte de las instituciones son, con frecuencia, más retóricas que reales. En cualquier caso las CCTT españolas han sabido aprovechar las conclusiones de sus evaluaciones para ordenar el proceso de cambio y adaptar sus prácticas a los resultados obtenidos. Sería conveniente realizar una meta-evaluación de todas estas evaluaciones que deberían estudiarse como ejemplos de buenas prácticas.

14. Un pequeño grupo de CCTT, muy bien identificadas con la noción original de CCTT, está **produciendo aportaciones científicas relevantes**. En cambio otra parte importante de centros se limitan a producir documentación que "difunde la cultura de las CCTT" en ámbitos muy concretos y limitados. Finalmente otro grupo reducido no produce nada. Parecería conveniente que las administraciones

públicas apoyaran tanto la ampliación de la difusión pública de la “cultura de las CCTT”, como la consolidación de un programa de investigación para las CCTT. En España se dan las condiciones idóneas para poner en marcha este proyecto que podría tener gran relevancia internacional.

15._Las Comunidades Terapéuticas españolas han producido la suficiente literatura técnica, adaptada a los nuevos perfiles, necesidades y tareas de las CCTT, para que el conjunto de profesionales que trabajan en las mismas estuvieran bien formados, con un **currículo común** (Tsiboukli, 1997), con un cuerpo de referencias bibliográficas propio que les otorgara identidad, que les permitiera mejorar sus practicas y poder realizar una oferta colectiva de calidad.

16._Parecería adecuado que la administración pública apoyara la creación de una estructura técnica de apoyo a las CCTT españolas. Una estructura en la que estuvieran presentes las propias entidades, pero a la vez independiente y externa, con un equipo técnico que pudiera, entre otras cuestiones, promover la formación continua de los profesionales del área y otorgar certificaciones de servicios.

17._Está claro que las CCTT han cambiado mucho en las últimas dos décadas, porque como ya nos demostró Alejandro Dumas, 20 años después las cosas siempre son muy diferentes, aunque por otra parte desde Gardel ya sabemos que 20 años no son nada.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

-
- ABEIJÓN J.A (1987), "*La Comunidad Terapéutica como programa de intervención estratégica. Experiencia de Manu-Ene*", en AUTORES VARIOS (1987), **II Congreso Mundial Vasco, Drogodependencias**, Vitoria, Gobierno Vasco.
 - ABEIJÓN, J.A. (1995), "*El equipo terapéutico en el tratamiento de las drogodependencias*", en AUTORES VARIOS (1995), **Congreso Nacional Proyecto Hombre**, Vitoria, PH.
 - ABEIJÓN, J.A. (1997), "*Reducción del daño: una meta global*", en ITACA, Vol. 2, nº 2.
 - ABEIJÓN, J.A. (2002), "*Pensamiento sistémico en el trabajo residencial en una Comunidad Terapéutica*" en ABEIJÓN, J.A. y PANTOJA, L. (2002), **Comunidades Terapéuticas: pasado, presente y futuro**, Bilbao Universidad de Deusto.
 - ABEIJÓN, J.A. y ARÓSTEGUI, E. (2002), "*Pasado, presente y porvenir de las Comunidades Terapéuticas*", en ABEIJÓN, J.A. y PANTOJA, L. (2002), **Comunidades Terapéuticas: pasado, presente y futuro**, Bilbao Universidad de Deusto.
 - ABEIJÓN, J.A. y PANTOJA, L. (2002), **Comunidades Terapéuticas: pasado, presente y futuro**, Bilbao, Universidad de Deusto.
 - AGUILAR L.; GARCIA J.G.; ORIA E. y DOMINGUEZ J. (1996), "*Variables que influyen en el tratamiento en comunidad terapéutica: un estudio de seguimiento*", en GACETA, 1996, nº 1-2.
 - AGUILAR, I. (1997), "*Retención en la Comunidad Terapéutica: la CT profesional de Barajas*", en ADICCIONES, Vol. 9, nº 2.
 - AGUILAR, L. (1995), "*Evaluación de variables que pueden contribuir al éxito del tratamiento en Comunidad Terapéutica*", en BOLETÍN DE SALUD PÚBLICA DE NAVARRA, nº 12.
-

- ALICANTE, P. (1991), *"Intervención del educador social en una Comunidad Terapéutica con pacientes seropositivos"*, en AUTORES VARIOS (1991), *Encuentro estatal de educadores sociales en drogodependencias*, Madrid, CREFAT.
 - APODACA, I. (1993), *"Auto-estima y locus de control en una muestra de Proyecto Hombre"*, en ADICCIONES, Vol. 5, nº 4.
 - APODACA, I. (1994), *"Asignación de pacientes a tratamiento"*, en PROYECTO, nº 12.
 - APODACA, I. (1995), *"Ocho aspectos críticos en la valoración de la eficacia de los tratamientos"* en la REVISTA ESPAÑOLA DE DROGODEPENDENCIAS, Vol.20, nº1.
 - APODACA, I.; MONTEJO, E.; LEGARDI, N.; MORENO, A.; ARESTI, A.; DUQUE, J.M. Y AVELLANAL, N. (1995), *"Características de los toxicómanos que no inician o interrumpen el tratamiento"*, en ADICCIONES, Vol 20, nº 2.
 - ARAMBURU J.; ETXEBESTE C.; LIJO M.E.; FERNANDEZ J. y CHAVARRI M.C (1987), *"Reeducar en la Comunidad Terapéutica"*, en AUTORES VARIOS (1987), *II Congreso Mundial Vasco, Drogodependencias*, Vitoria, Gobierno Vasco.
 - ARENAS F.P., BERMUDO M. V., LOPEZ R., MARTIN J.E. y TIRADO P. (2002), *Programa de intervención en Comunidad Terapéutica en Andalucía*, SEVILLA, COMISIONADO PARA LAS DROGODEPENDENCIAS.
 - ARENAS, F. (2000), *"Historia de las Comunidades Terapéuticas en el ámbito andaluz"* en AUTORES VARIOS (2000), *La comunidad terapéutica en la red asistencial: Objetivos y Estrategias*, Sevilla, FADA/ITACA
 - ARRIZABALAGA, B.; URRESTARAZU, M. y HUERGA, E. (2000), *"Evaluación de altas terapéuticas en Proyecto Hombre de Guipúzcoa"*, en EDUCACIÓN SOCIAL, Nº 14.
 - AUTORES VARIOS (1993), *"Evolución de la red asistencial española"* en BOLETIN CREFAT, nº 18.
 - AUTORES VARIOS (1994), *Mujer drogodependiente: características, tratamiento y estudio de evaluación*, Madrid, Instituto Spiral.
 - AUTORES VARIOS (1995), *Reflexiones sobre la situación actual de las comunidades terapéuticas*, Bilbao, APCTT.
 - AUTORES VARIOS (1999), *Congreso europeo sobre rehabilitación y políticas sobre drogas*, Marbella, Ayuntamiento.
-

- AUTORES VARIOS (1999), *Experiencias Europeas de Atención a Drogodependientes con hijos*, San Sebastián, Haize-Gain.
 - AUTORES VARIOS (2001), *La Comunidad Terapéutica en la red asistencial: objetivos y estrategias*, Sevilla, FADA/ITACA.
 - AUTORES VARIOS (2002), *Jornadas de Comunidades Terapéuticas de UNAD*, Madrid, UNAD.
 - AUTORES VARIOS (2004), *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias*, Madrid, Asociación Proyecto Hombre.
 - AUTORES VARIOS (2005), *Relato de las aportaciones del Grupo GID al conocimiento sobre adicciones y otros problemas sociales*, Madrid, Fundación Atenea / Grupo GID.
 - AZANZA, I. (1995), *“Estudio de factores ansiógenos en toxicómanos internos en Comunidad Terapéutica y su relación con variaciones inmunitarias y ponderales: respuestas en afectados por la infección VIH/SIDA y en no afectados”*, en AUTORES VARIOS (1995), *Congreso Nacional Proyecto Hombre*, Vitoria, PH.
 - BARENBLIT, V.; COLETTI, M.; INOCENCIO, R.; DIAZ, M. y PLAZAOLA, M. (1997), *Supervisión clínica e institucional en drogodependencias*, San Sebastián, Haize Gain.
 - BENITEZ, A.M. y LEÓN, M. (2000), *“La Comunidad Terapéutica: un espacio abierto a la incorporación social”*, en CAMACHO, A.J.; CASTILLO, A.J. y MONGE, I. (2000), *La incorporación social sobre drogodependencias en Andalucía*, Sevilla, Comisionado para la droga.
 - BERMUDEZ, J.I. (1990), *“Drogodependencias e institución penitenciaria: modelos de intervención. Módulos en régimen de Comunidad Terapéutica”*, en COMUNIDAD Y DROGAS, Monográfico nº 12.
 - BION, W.R (1959), *Experiencias en Grupos*, Barcelona, Paidós, 1985.
 - BION, W.R. (1962), *Aprendiendo de la experiencia*, Barcelona, Paidós, 1980.
 - BOIRA, S.; GAJON, I. y USED, P. (2000), *“Historia personal: reelaboración y cambio”*, en EDUCACIÓN SOCIAL, nº 14.
 - BOIX, F. (1989), *“La función de las Comunidades Terapéuticas”*, en AUTORES VARIOS (1989), *Simposio científico sobre drogas y sociedad*, Santander, UIMP.
 - BROEKAERT E. y SLATER A. (2002) *“Desarrollo inicial del movimiento de Comunidades Terapéuticas”*, en PROYECTO, nº 42.
-

- BROEKAERT, E. y VAN DER STRAETEN, G. (1998), "*History, philosophy and development of the therapeutic community in Europe*", en ITACA, Vol. 3, nº 2.
 - BROEKAERT, E.; DERKS, J. y COLETTI, M. (1999), "*Arte y ciencia de la nueva Comunidad Terapéutica*", en AUTORES VARIOS (1999), *Congreso europeo sobre rehabilitación y políticas sobre drogas*, Marbella, Ayuntamiento.
 - BROMER H. y HUBER J. (1997), "*Adaptacion de las parejas y los hijos de los pacientes toxicómanos*", en AUTORES VARIOS (1997), *La formacion de los terapeutas y la adaptacion de los tratamientos a los nuevos perfiles de consumo de drogas*, Madrid, ITACA.
 - CABEÇADAS, H. (2000), "*Power and ritual dimension in Therapeutic Communities*" en ITACA, Vol. 5, nº 1.
 - CABEÇADAS, M.H. (1998), "*Rituales terapéuticos y drogadicción: un abordaje antropológico*", en ITACA, Vol. 3, nº 3.
 - CAMACHO, A.J.; CASTILLO, A.J. y MONGE, I. (2000), *La incorporación social sobre drogodependencias en Andalucía*, Sevilla, Comisionado para la droga.
 - CANCELO, J. (1995) "*Intervención desde la Comunidad Terapéutica en la problemática de las drogodependencias*", en LAMEIRAS, M. y LÓPEZ, A. (1995), *La prevención y el tratamiento de la drogodependencia*, Vigo, Universidad de Vigo.
 - CANCRINI, L. y NOCERINO, S. (2000), "*Patología dual en Comunidad Terapéutica: una experiencia de trabajo*", en PROYECTO, nº 33.
 - CANCRINI, L.; CONSTANTINI, D. y MAZZONI, S. (1985), "*Toxicomanía entre jóvenes: estudio de su tipología y pertinencia con programas de tratamiento*", en BOLETIN DE ESTUPEFACIENTES DE NNUU, Vol. 37, nº 2-3.
 - CARRETERO, C.; FERNANDEZ MARCH T.; BAYARRI M (1988), "*Función de la asamblea en un sistema abierto: la Comunidad Terapéutica*", en REVISTA ESPAÑOLA DE DROGODEPENDENCIAS, Vol. 13; nº. 3,
 - CARRÓN, J.; FERNÁNDEZ, C. y LLORENTE, J.M. (1995), *Sistema estándar de evaluación de la APCTT*, Barcelona, APCTT.
 - CASETE L. y LOPEZ A (2004), "*Abordaje de un caso de patología dual en modalidad residencial. evaluación y tratamiento psicológico*", en CONDUCTAS ADICTIVAS, Vol. 4, nº. 4.
 - CAURIN, P.; SEVA, A.; GALINDO, F.K. Y AUSEJO, M. (2004), "*Estudio descriptivo de personas drogodependientes dadas de alta en Proyecto Hombre Zaragoza entre 1988 y 2000*", en ANALES UNIVERSITARIOS ESPAÑOLES DE
-

PSIQUIATRÍA, Número extraordinario.

- CERVANTES, M. y CAÑELLAS J. *“Problemáticas emergentes en CCTT: relaciones afectivas en el marco de CCTT”*, en AUTORES VARIOS (2002), *Jornadas de Comunidades Terapéuticas de UNAD*, Madrid, UNAD.
- CLARK, D. H. (1964), *Psiquiatría administrativa: Los roles en la Comunidad Terapéutica*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1973.
- COMAS, D. (1988), *El tratamiento de las drogodependencias y las Comunidades Terapéuticas*, Madrid, Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el PNSD.
- COMAS, D. (1992), *Los estudios de seguimiento: una experiencia metodológica*, Madrid, Fundamentos.
- COMAS, D. (1993), *Asociación de Profesionales de Comunidades Terapéuticas para Toxicómanos*, San Sebastián, APCTT.
- COMAS, D. (1994), *Criterios y normas para la homologación de Comunidades Terapéuticas Profesionales para Toxicómanos*, Barcelona, APCTT.
- COMAS, D. (1995), *“Desarrollo de la Comunidad Terapéutica profesional en España: la función de la evaluación”*, en LAMEIRAS, M. y LÓPEZ, A. (1995), *La prevención y el tratamiento de la drogodependencia*, Vigo, Universidad de Vigo.
- COMAS, D. (1998), *“Ciudadanos, profesionales, instituciones, programas de investigación y movimientos sociales en la prevención de las drogodependencias”*, en INTERCAMBIO, Nº 1.
- COMAS, D. (2000), *“Historia y situación actual de las comunidades Terapéuticas en el ámbito español”*, en AUTORES VARIOS (2000), *La comunidad terapéutica en la red asistencial: Objetivos y Estrategias*, Sevilla, FADA/ITACA
- COMAS, D. (2002), *“Historia de la implantación y desarrollo de las Comunidades Terapéuticas en España”*, en ABEIJÓN, J.A. y PANTOJA, L. (2002), *Comunidades Terapéuticas: pasado, presente y futuro*, Bilbao Universidad de Deusto.
- COMAS, D. (2006), *Perfiles formativos y laborales de los adictos españoles atendidos en la red asistencial durante el año 2004*, Madrid, Fundación Atenea. Existe una versión sólo para la Comunidad de Madrid, en COMAS, D. (2006a), *Los itinerarios laborales y educativos de los adictos atendidos en la red asistencial de la Comunidad de Madrid en el año 2004*, Madrid, Agencia Anti-droga de la CAM.
- COMAS, D.; ROLDAN, G. y GARCÍA, E. (1996), *“Políticas sobre drogas a partir de un estudio longitudinal retrospectivo”* en ADICCIONES, Vol. 8, nº 2.

- CRUZADO, M.J. y MORENO M. (2002), *“Patología dual: ¿un problema de diagnóstico o psiquiatrización del drogodependiente?”*, en AUTORES VARIOS (2002), *Jornadas de Comunidades Terapéuticas de UNAD*, Madrid, UNAD.
 - DE LEON, G. (1997), *“Comunidades Terapéuticas”*, en GALANTER y CLÉBER (1997), *Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias de la American Psychiatric Press*, Barcelona, MASSON.
 - DE LEON, G. (2004), *“Comunidades Terapéuticas: reciprocidad investigación praxis”*, en AUTORES VARIOS (2004), *Desafíos y avances en el tratamiento de las drogodependencias*, Madrid, Proyecto Hombre.
 - DE LEON, G. (2002), *La Comunidad Terapéutica y las adicciones: Teoría, modelo y método*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 2004.
 - DE LEON; WEXLER H.K.; JAINCHILL N. (1982) *“Therapeutic community: success and improvement rates 5 years after treatment”*, en INTERNATIONAL JOURNAL OF ADDICTIONS, Vol 17; nº. 4;
 - DEBEN, O., FERNÁNDEZ, M^a. C., LÓPEZ-GOÑI, J. J., ILLESCAS, C. Y SANTOS, J. R. (2004), *“La Evaluación de la eficacia en Proyecto Hombre”*, en AUTORES VARIOS (2004), *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias*, Madrid, Asociación Proyecto Hombre.
 - DEITCH, D.A. y ZWEBEN, J.E. (1985) *“Communautes Therapeutiques et coercion”*, en PSYCHOTROPES, Vol 2, nº 3.
 - DIAZ, J.J., ORTIGOSA L., GUINOT C. (1984), *“El equipo interdisciplinar en Comunidades Terapéuticas”* en AUTORES VARIOS (1984), *El tratamiento multidisciplinar de las drogodependencias*, Vitoria, Gobierno Vasco.
 - DUBOIS C., (1983), *“Raconter la Boere et la Mothe: deux communautes therapeutiques en haute garonne”*, en PSYCHOTROPES Vol .; nº 1.
 - ECHEBURUA, E. (1999), *“De las drogodependencias a las adicciones”*, en REVISTA ESPAÑOLA DE DROGODEPENDENCIAS, Vol 24, nº4.
 - ERRO, M. (1994), *Evaluación de Comunidades Terapéuticas para drogodependientes*, Vitoria, Gobierno Vasco.
 - EXTREMERA, I.; MELCHOR, N. y LEYVA, S. (2000), *“Reflexión metodológica en Comunidad Terapéutica”*, en CAMACHO, A.J.; CASTILLO, A.J. y MONGE, I. (2000), *La incorporación social sobre drogodependencias en Andalucía*, Sevilla, Comisionado para la droga.
-

- FAVA, G. y SIMONELLI, A. (1999), "*Experiencia Clínica y de investigación con madres toxicómanas y sus hijos*" en ADICCIONES, Vol. 10, nº 3.
 - FERNÁNDEZ G., (2000), "*Comunidad Terapéutica para un programa de objetivos intermedios*", en PROYECTO nº 33.
 - FERNÁNDEZ C. (1998), "*Investigación y desarrollo de la calidad en comunidades terapéuticas europeas*", en ADICCIONES, Vol. 10, nº 2.
 - FERNANDEZ C., (2005), "*Evaluación de necesidades, procesos y satisfacción de drogodependientes con y sin problemática judicial tratados en Comunidades Terapéuticas*" en ADICCIONES, Vol. 17, nº 4.
 - FERNÁNDEZ, C., LLORENTE J.M., GUTIERREZ, M (1998), "*Comunidades Terapéuticas en el tratamiento del abuso y dependencia de sustancias*", en MONOGRAFÍAS DE PSIQUIATRÍA, Vol. 10, nº 6.
 - FERNÁNDEZ J.R. y SECADES, R., (2001), *Evaluación de la eficacia del programa Proyecto Hombre*, Madrid, Asociación Proyecto Hombre.
 - FERNÁNDEZ, Y. y MATUTE, A, (1997), "*Experiencia de trabajo desde las actitudes en comunidades terapéuticas*", en CAMACHO A.J.; CASTILLO A.J. y MONGE I., *Intervención socioeducativa sobre drogodependencias en Andalucía*, Sevilla, Comisionado para la droga.
 - FERNÁNDEZ, C. (1998), "*Investigación y desarrollo de la calidad en Comunidades Terapéuticas europeas*" en ADICCIONES, Vol. 10, nº 1.
 - FERNÁNDEZ, C. y LLORENTE, J.M. (1999), "*Comunidades Terapéuticas para toxicómanos: nuevas perspectivas*", en BECOÑA, E. (1999), *Avances en drogodependencias*, Santiago de Compostela, Universidad de Santiago.
 - FERNANDEZ, C.; LLORENTE J.M.; GUTIERREZ M. y VIELVA I. (1998), "*Psychological and behavioural factors associated with relapse among heroin abusers treated in therapeutic communities*", en ADDICTIVE BEHAVIORS, Vol. 23, nº. 2.
 - FERNÁNDEZ, C.; LLORENTE, J.M. y ONAINDIA, E. (1997), "*Depresión y actividad cognitiva: Un estudio de Comunidades Terapéuticas para Toxicómanos*", en ADICCIONES, Vol. 9, nº 1.
 - FERNÁNDEZ, C.; LLORENTE, J.M.; GUTIERREZ, M. y NISO, M. (1996), "*Características de personalidad de heroinómanos tratados en Comunidad Terapéutica*", en ADICCIONES, Vol. 8, nº 1.
 - FERNÁNDEZ, G. (1997), "*Algunas reflexiones sobre el tratamiento del toxicómano en Comunidad Terapéutica*" en CUADERNOS DE PSICOANÁLISIS, nº 12.
-

- FERNÁNDEZ, T. (1986), *"Psicodrama psicoanalítico aplicado al tratamiento de toxicómanos en régimen de Comunidad Terapéutica"*, en DROGALCOHOL, Vol. 11, nº 1.
 - FERNÁNDEZ, T.; BAYARRI, M. y GOMEZ, J. (1988), *"Función de la acogida y la selección en el tratamiento de pacientes toxicómanos en régimen de Comunidad Terapéutica"*, en REVISTA ESPAÑOLA DE DROGODEPENDENCIAS, Vol. 13, nº 1.
 - FERNÁNDEZ-MONTALVO, J., LÓPEZ-GOÑI, J. J., LANDA, N., ILLESCAS, C., LOREA, I. Y ZARZUELA, A. (2004), *"Trastornos de personalidad y abandonos terapéuticos en pacientes adictos: resultados en una Comunidad Terapéutica"* en INTERNATIONAL JOURNAL OF CLINICAL AND HEALTH PSYCHOLOGY, 4 (2) 271-283.
 - FERNÁNDEZ-MONTALVO, J., LÓPEZ-GOÑI, J.J., LOREA, I. Y LANDA, N. (2003), *"Evaluación de la eficacia del Programa Educativo-Terapéutico para la rehabilitación de personas toxicómanas de Proyecto Hombre de Navarra"* en ANALES DEL SISTEMA SANITARIO DE NAVARRA, 26 (2).
 - FLORES, M. (2002), *"De la polémica a la realidad: metadona en CCTT, ocho años de experiencia"*, en AUTORES VARIOS (2002), *Jornadas de Comunidades Terapéuticas de UNAD*, Madrid, UNAD.
 - GALÁN, A., CEVERINO A. y GARCÍA-VICENT V. (2003), *"Patología dual: implicaciones del tratamiento neuroléptico en el déficit cognitivo"* en ACTAS ESPAÑOLAS DE PSIQUIATRÍA, 31(1).
 - GARCÍA, A., CEVERINO, A. y GARCÍA-VICENT, V. (2002), *Reflexiones sobre Bioética en Adicciones*, Marbella, Fundación Marbella Solidaria.
 - GARCÍA, E., ROLDAN, G. y COMAS, D. (1995), *Estudio de seguimiento de la Comunidad Terapéutica Haize-Gain 1982-1992*, San Sebastián, AGIPAD
 - GARCÍA, E., ESPINA, B., PUMAR, A., AYERBE (1996), *La emoción expresada familiar como factor pronóstico en toxicomanías*, San Sebastián, Haize-Gain.
 - GARCÍA-VICENT V. y OCHOA, E. (2001), *"Efectos neuroendocrinos de la naltrexona"* en OCHOA, E. (2001), *Tratamiento de la dependencia de opiáceos con antagonistas: Clínica de Naltrexona*, Madrid, Masson S.A.
 - GOTI, M. E. (1990), *La Comunidad Terapéutica*, Buenos Aires, Nueva Visión.
 - GOTI, E. (2004), *"Reflexiones tras el XXII Congreso Mundial. Un paso adelante"*, en PROYECTO, nº51.
-

- GUARDIA, J.; MASIP, J. y VILADRICH, M.C. (1987), *“Estudio de seguimiento de adictos a la heroína a tres años de su admisión a tratamiento”*, en COMUNIDAD Y DROGAS, nº 3.
 - GUTIERREZ, T. y RAICH, R.M. (1994), *“Estudio descriptivo de Comunidades Terapéuticas para drogodependientes”* en ADICCIONES, Vol. 6, nº 2.
 - HERNANDEZ, A.M.; FERNANDEZ, T. y ARANDA, E. (1988), *“Arte-terapia: toxicomanía e iniciación a través del discurso estético”*, en REVISTA ESPAÑOLA DE DROGODEPENDENCIAS, Vol. 13, nº 3.
 - HINOJAL, R.; MARTINEZ, J.J.; RODRIGUEZ, A.J. (1988), *“Características de la población sometida a tratamiento contra la toxicomanía en Comunidad terapéutica en España”*, en BOLETIN DE ESTUPEFACIENTES DE NNUU, Vol. 40., nº 1.
 - IRAURGI, I. y GONZÁLEZ, F. (2002), *Instrumentos de evaluación en drogodependencias*, Barcelona, Aula Médica.
 - JONES, M. (1952), *Social psychiatry; a study of Therapeutic Communities*, Londres, Tavistock.
 - JONES, M. (1953), *The Therapeutic Community: a new treatment method in psychiatry*, Nueva York, Basic Books.
 - JONES, M. (1968), *Beyond the Therapeutic Community: Social learning and social psychiatry*, New Haven, Yale University Press. Versión en español, *Más allá de la Comunidad Terapéutica*, Buenos Aires, Genitor, 1968.
 - JONES, M. (1968); *Social Psychiatry in practice: the idea of the Therapeutic Community*, Harmondsworth, Penguin Books. Versión en español: *La Psiquiatría Social en la práctica: la idea de la Comunidad Terapéutica*, Buenos Aires, Américalee, 1970.
 - JONES, M. (1976), *Maturation of the Therapeutic Community: an organic approach to health and mental health*, Nueva York, Human Sciences Press.
 - JONES, M. (1980), *“La Comunidad Terapéutica ¿sobrevivirá y crecerá?”*, BOLETÍN DE LA SEPTG, 1991;
 - JONES, M. (1988), *Comunita Terapeutica: Conversazioni con Maxwell Jones*, Roma, CIS.
 - JONES, M., (1986), *«Pourquoi deux types de communautés thérapeutiques»*, en PSYCHOTROPES, Vol III; nº 1. Original publicado en: JOURNAL OF PSYCHOACTIVE DRUGS (1984), vol.16; nº1;
-

- JORDA, M. (1989), *"El educador en el tratamiento de las toxicomanías"*, en REVISTA ESPAÑOLA DE DROGODEPENDENCIAS, Vol. 14, nº 1.
 - KOOYMAN, M. (1996), *La Comunidad Terapéutica para drogodependientes: Intimidad, implicación de los padres y éxito del tratamiento*, Bilbao, Mensajero.
 - KORMAN, V. (1994), *"El sujeto sujetado a las drogas"*, San Sebastián, Haize-Gain.
 - LEÓN, M. (1997), *"Estructura piramidal como modelo de intervención socioeducativa en una comunidad terapéutica"*, en CAMACHO A.J.; CASTILLO A.J. y MONGE I., *Intervención socioeducativa en drogodependencias en Andalucía*, Sevilla, Comisionado para la droga.
 - LIPMAN, M. (1996), *Natasha: Aprender a vivir con Vygotsky*, Barcelona, Gedisa, 2004.
 - LÓPEZ GOÑI, J.J. (2005), *Evaluación de la eficacia de la CCTT de Proyecto Hombre de Navarra*, Pamplona, UPN.
 - LUENGO, M.A.; ROMERO, E. Y GÓMEZ FRAGUELA J.A. (2000), *Análisis de la eficacia y prevención de recaídas en el consumo de drogas*, Santiago, Editorial Compostela.
 - LLORENTE, J.M. y FERNANDEZ C. (1999), *"Comunidad Terapéutica profesional en el abordaje de pacientes en tratamiento con metadona"*, en TRASTORNOS ADICTIVOS, Vol. 1, nº 2-3.
 - LLORENTE, J.M. y FERNÁNDEZ, C. (1999), *"Comunidades terapéuticas: situación actual y perspectivas de futuro"*, en ADICCIONES, Vol. 11, nº 4.
 - LLOVES M.A., (2002), *"Problemáticas emergentes en CCTT: el fenómeno de los reingresos"*, en AUTORES VARIOS (2002), *Jornadas de Comunidades Terapéuticas de UNAD*, Madrid, UNAD.
 - LOPEZ DE LERMA, J. *"De la Comunidad Terapéutica a la terapéutica de la comunidad"*, en INFORMACIÓN PSIQUIATRICA, nº 117/118;
 - LOPEZ, R.M., (2002), *"Comunidad Terapéutica en los servicios sociosanitarios públicos de atención a drogodependientes: la experiencia andaluza"*, en ABEIJÓN, J.A. y PANTOJA, L. (2002), *Comunidades Terapéuticas: pasado, presente y futuro*, Bilbao, Universidad de Deusto.
 - LUCIO, D. (1995), *"Modelo de intervención en Proyecto Hombre"*, en AUTORES VARIOS (1995), *Congreso Nacional Proyecto Hombre*, Vitoria, PH.
-

- LUJAMBIO, L. y MUÑIZ F, (2005), *“Modelo de intervención para menores con problemas de consumo y de conducta de Dianova”*, AUTORES VARIOS, (2005), *Menores y Drogas*, Pamplona, Dianova.
- MANNING, N.(1989), *The Therapeutic Community Movement: Carisma and Routinization*, Londres, Routledge.
- MANSILLA, F. (1996), *“Abordaje terapéutico de la drogodependencia como proceso”*, en *ADICCIONES*, Vol. 8, nº 3.
- MARCH, M.X. y ORTE, C. (1997), *Avaluació del Proyecto Home Balears*, Palma de Mallorca, Proyecto Hombre.
- MARTENS,J. (2004), *“Enfoque de género en el trabajo con mujeres residentes en nuestras CCTT estándar para toxicómanos”*, en AUTORES VARIOS (2004), *Desafíos y avances en el tratamiento de las drogodependencias*, Madrid, Proyecto Hombre.
- MARTENS J., (1999), *“Mujer en la comunidad terapéutica”*, en *PROYECTO*, nº 30.
- MARTENS, J. (1999), *“Terapia Bonding en la Comunidad Terapéutica”*, en AUTORES VARIOS (1999), *Congreso europeo sobre rehabilitación y políticas sobre drogas*, Marbella, Ayuntamiento.
- MARTIN R., BRU F., COLOMO C. (2002), *“Prevención de la transmisión sexual del VIH en CCTT: análisis de la situación y diseño de programa de intervención”*, AUTORES VARIOS (2002), *Jornadas de Comunidades Terapéuticas de UNAD*, Madrid, UNAD.
- MARTÍN, J. (1996), *“Situación actual y perspectivas de las comunidades terapéuticas en el tratamiento a toxicómanos”*, en *ADICCIONES*, VOL 8, 3.
- MARTÍN, J. (2002), *“Criterios de calidad en la intervención en la Comunidad Terapéutica”*, en ABEIJÓN, J.A. y PANTOJA, L. (2002), *Comunidades Terapéuticas: pasado, presente y futuro*, Bilbao Universidad de Deusto.
- MARTINEZ, S., (1985), *“Comunidades para toxicomanos en italia”*, en *REVISTA DE ESTUDIOS DE JUVENTUD*, nº 17.
- MAY-MAJESWSKI, A. (1999), *“Aplicación de la clínica psiquiátrica y de la Comunidad Terapéutica a las necesidades de pacientes con diagnóstico dual”* en AUTORES VARIOS (1999), *Congreso europeo sobre rehabilitación y políticas sobre drogas*, Marbella, Ayuntamiento.
- MEAD, G.H. (1934), *Espíritu, Persona y Sociedad*, Barcelona, Paidós, 1982.

- MEGÍAS, E. (1997), "*Indicación terapéutica en toxicomanías*", en COMUNIDAD Y DROGAS, Nº, 4.
 - MEREKI, P. (2004), "*Las fronteras variables en las Comunidades Terapéuticas*", en AUTORES VARIOS (2004), *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias*, Madrid, Asociación Proyecto Hombre.
 - MILLAN, A. y BALDOSA, F.M (2000), "*Comunidades Terapéuticas e inserción social: de lo imposible a lo posible*", en CAMACHO, A.J.; CASTILLO, A.J. y MONGE, I. (2000), *La incorporación social sobre drogodependencias en Andalucía*, Sevilla, Comisionado para la droga.
 - MONEO F., (2003), "*Mi experiencia de aprendizaje por inmersión en una Comunidad Terapéutica*", en ASMR, Vol. 2, nº 4.
 - MONGE, I., (2000), "*Animación sociocultural en Comunidad Terapéutica e incorporación social*", en CAMACHO, A.J.; CASTILLO, A.J. y MONGE, I. (2000), *La incorporación social sobre drogodependencias en Andalucía*, Sevilla, Comisionado para la droga.
 - MORATALLA, T.; SOLER, F. y GIMENEZ, T. (1990), "*Técnicas de intervención Grupal en Comunidad Terapéutica*", en FONS INFORMATIU, nº 20.
 - NADEAU L., (1984), "*Les paradoxes de l'intervention aupres des toxicomanes*", en PSYCHOTROPES, Vol. 1, nº 3.
 - NADEAU, L. (1987), "*¿Cuándo la Comunidad Terapéutica para toxicómanos se convierte en maltratante?*", en REVISTA ESPAÑOLA DE DROGODEPENDENCIAS, Vol 12; nº 2.
 - NADEU, L. (1992), "*Enjeux ethiques dans le traitement des toxicomanes: la difference entre une communaute therapeutique et une secte*", en PSYCHOTROPES, Vol. VII; n. 3.
 - NIDA (2003), *La Comunidad Terapéutica*, Washington, NIDA.
 - OLIVERA, P. (1995), "*Intervención terapéutica con familias en el Proyecto Hombre*", en AUTORES VARIOS (1995), *Congreso Nacional Proyecto Hombre*, Vitoria, PH.
 - ORDAX, J. (2004), "*Mujer drogodependiente tratada en una Comunidad Terapéutica*", en JANO, nº 1549.
-

- ORTEGA R. (2002), "*Patología dual*", en AUTORES VARIOS (2002), *Jornadas de Comunidades Terapéuticas de UNAD*, Madrid, UNAD.
 - OTTENBERG, D. (1995), "*Qué no se puede cambiar en la Comunidad Terapéutica*", en AUTORES VARIOS (1994), *Congreso Nacional Proyecto Hombre*, Vitoria, PH.
 - PALACIOS, L. (1997), "*La Familia del Drogodependiente*", en AUTORES VARIOS (1997), *Drogodependencias. Sociología, evaluación, proceso*, Madrid, Fundación Instituto Spiral.
 - PALACIOS, L. (1998), "*Terapia Multifamiliar en Alcoholismo*", en MOSAICO, nº 14.
 - PALACIOS, L. (2002), "*Abordaje psicoterapéutico de la adicción femenina*", en SIRVENT, C.; BLANCO, P. y PALACIOS, L. (2002), *La Adicción en la Mujer*, Madrid. Instituto de la Mujer.
 - PALACIOS, L. (2002), "*Características diferenciales del abordaje psico-terapéutico de la adicción femenina*", en ADICCIONES, 14 (2)
 - PALACIOS, L. (2002), "*El terapeuta quemado*" en ADICCIONES, Vol. 15, nº 1.
 - PAN H., SCARPITTI F.R., INCIARDI J.A., LOCKWOOD D. (1993), "*Some considerations on therapeutic communities in corrections*", en INCIARDI, J.A. (1993), *Drug treatment and criminal justice*, Newsbury Park, SAGE,
 - PEDRERO E.J. (1996), "*Comunidad Terapéutica desde fuera: aportaciones al debate sobre la imagen de la CCTT*", en GACETA, nº 1-2.
 - PEDRERO E.J. y MARTINEZ I.M. (2001), "*Marco teórico para la evaluación de resultados en la comunidad terapéutica profesional: confluencia de aspectos psicológicos y educativos*", en ADICCIONES, Vol. 13, nº 3.
 - PEDRERO E.J., OLIVAR A, (2003), "*Revisión del cuestionario de cambio educativo en Comunidad Terapéutica profesional (cce-r): estructura factorial y relación de la socialización con variables de personalidad y psicopatología*", en TRASTORNOS ADICTIVOS, Vol. 5, nº 2.
 - PÉREZ, F. y MARTÍN, I. (2005), "*La adicción al sexo o el mito de Don Juan*" en PROYECTO, nº 34.
 - PÉREZ, F. y MARTÍN, I. (2005), "*La dependencia al trabajo*" en PROYECTO, nº. 35.
 - PIÑEIRO P., LEIVA F. y RIUS F (1998), "*Factores predictivos de abandono de Comunidades Terapéuticas en pacientes drogodependientes*", en ATENCIÓN PRIMARIA, Vol. 22, nº 1.
-

- PLAZAOLA, M. (1997), "*Supervisión con educadores de comunidades terapéuticas de toxicómanos*", en AUTORES VARIOS, *Supervisión clínica e institucional de drogodependencias*, San Sebastián, AGIPAD.
 - POLO, LL y ZELAYA, G. (1983), *Las Comunidades Terapéuticas en España*, Madrid, Cruz Roja Española.
 - POULOPOULOS, CH. (2001), "*El desarrollo de las Comunidades Terapéuticas: riesgos y dificultades en la transición*", en ITACA, Vol. 6, nº 1.
 - RAPOPORT, R.R. (1968), "*Comunidades Terapéuticas*" en David Sills (1968), *Enciclopedia internacional de las ciencias sociales*, Madrid, Aguilar.
 - ROCA X. y CAIXAL G. (2003), "*Efectos del tratamiento de toxicomanías en Comunidad Terapéutica respecto la reincidencia en el delito*", en CONDUCTAS ADICTIVAS, Vol. 3, nº 1.
 - ROCA, F. y BEDATE, J.R. (1983), "*Evaluación de un año de funcionamiento de una Comunidad Terapéutica para Toxicómanos*", en DROGALCOHOL, Vol. 11, nº 1.
 - RODRIGUEZ, I. (1998), *La Comunidad Terapéutica para Toxicómanos: una evaluación (1983-1996)*, Madrid, UNED.
 - RODRIGUEZ, I. (2002), "*Evaluación de la eficacia de los tratamientos en Comunidad Terapéutica: la visión de los usuarios y sus familiares*", en ABEIJÓN, J.A. y PANTOJA, L. (2002), *Comunidades Terapéuticas: pasado, presente y futuro*, Bilbao Universidad de Deusto.
 - ROIG, A. (1986), "*El modelo americano de Comunidad Terapéutica y difusión en Europa*", en XIII JORNADAS NACIONALES DE SOCIDROGALCOHOL, Palma de Mallorca.
 - ROIG, A. y FERNANDEZ, T. (1988) "*Tratamiento y rehabilitación de drogodependencias. Casa Lanza: experiencia de un equipo en trabajo*", en FABREGAS J y BARDON (1988), *La toxicomanía: sujeto, objeto y contexto*, Barcelona, Espaxs.
 - ROIG, A. (1986), "*La Comunidad terapéutica*" en XII JORNADAS DE SOCIO-DROGALCOHOL, Palma de Mallorca.
 - ROIG, A. (1988), "*Posibles repercusiones de la infección por VIH en el tratamiento de los drogodependientes: ¿Cómo puede afectar a las CCTT?*", en REVISTA ESPAÑOLA DE DROGODEPENDENCIAS, Vol. 13, nº 1.
 - ROLDÁN, G. y BERASATEGUI, A (1987), "*Incidencia sobre un grupo de pacientes y el equipo de trabajo del proceso de un paciente de sida en Comunidad Terapéutica*", en AUTORES VARIOS (1987), *II Congreso Mundial Vasco, Drogodependencias*, Vitoria, Gobierno Vasco.
-

- ROLDÁN, G. (1989), "*Toxicomanías y Comunidades Terapéuticas*", en FARMA-CEUTICOS, número extraordinario.
- ROLDÁN, G. (1991), "*La Comunidad Terapéutica: lo ideal, lo útil y lo fantasmagórico*", en BOLETÍN DE LA APCTT, nº 7.
- ROLDÁN, G. (1992), "*Institucionalización en drogodependencias: las Comunidades Terapéuticas*", en REVISTA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL, Vol.1, nº 2.
- ROLDÁN, G. (1993), "*Comunidades Terapéuticas y SIDA*", en SEISIDA, Vol. 4, nº 3.
- ROLDÁN, G. (1994), "*Droga, dependencia y grupo*", en CLÍNICA Y ANÁLISIS GRUPAL, Vol. 16, nº 3.
- ROLDÁN, G. (1994), "*Influencia del SIDA en los modelos de consumo de drogas*", en JANO, Nº 1072.
- ROLDÁN, G. (1996), "*Grupoanálisis en Comunidad Terapéutica con drogodependientes*", en CLÍNICA Y ANÁLISIS GRUPAL, Vol. 18, nº 2.
- ROLDÁN, G. (1997), "*Objetivo: cuidarse (con drogas y sin drogas)*", en SEISIDA, Vol. 8, nº 4.
- ROLDÁN, G. (2000), "*Atención a drogodependientes con hijos en centros residenciales*", en PROYECTO, nº 39.
- ROLDÁN, G. (2001), "*Treatment of drug addicts by a professional staff team using a Therapeutic Community and group psychotherapy*", en THERAPEUTIC COMMUNITIES. THE INTERNATIONAL JOURNAL FOR THERAPEUTIC AND SUPPORTIVE ORGANIZATIONS, Volume 22, Nº 1.
- ROLDÁN, G. (2002), "*La función de la Comunidad Terapéutica, ayer y hoy*", en ABEIJÓN, J.A. y PANTOJA, L. (2002), **Comunidades Terapéuticas: pasado, presente y futuro**, Bilbao, Universidad de Deusto.
- ROLDÁN, G., "*¿Están las Comunidades Terapéuticas adaptadas a las necesidades actuales?*", en PROYECTO, nº 46.
- ROLDÁN, G., PERURENA, J., GUINOT, C. y BERASATEGUI, A. (1987), "*Incidencias sobre un grupo de pacientes y el equipo de trabajo, del proceso de un paciente de SIDA en Comunidad Terapéutica*" en AUTORES VARIOS (1987), **II Congreso Mundial Vasco, Drogodependencias**, Vitoria, Gobierno Vasco.
- ROSENTHAL, M.S. (1973), "*Phoenix House: a Therapeutic Community program for the treatment of drug abuse and drug addicts*" en BRILL L. y HARMS E. (1973), **Yearbook of drug abuse**, New York, Behavioral Publications.

- RUIZ R., CASETE L., CARRERA I.H., LOPEZ N., MARCOS C., MARIÑO A. (1996), "*Estudio sobre la incidencia y valor pronóstico del codiagnóstico psiquiátrico en usuarios de una Comunidad Terapéutica*", en GACETA, nº 1-2.
 - SALAMANCA, L.; ALONSO, A. y PRIETO, J.M. (1995), "*Crisis a lo largo del proyecto terapéutico-educativo Proyecto Hombre*", en AUTORES VARIOS (1995), **Congreso Nacional Proyecto Hombre**, Vitoria, PH.
 - SANCHIZ, J.R.; LOPEZ, S.; IBERN, I.; SOTO, M.; BLANCO, X.R.; MARTINEZ, M.C., PONS, I. y VANCELLS, G., (1996) "*Comunidad Terapéutica para drogodependientes dentro de prisión*", en GACETA, nº 1-2.
 - SANTOS, P., PALOMARES, J. V. Y PASTOR, M. A. (1999), "*VARIABLES predictoras de finalización en programa de una U.D.R.*", en TRASTORNOS ADICTIVOS, Vol. 1, nº 3-4.
 - SECADES, R. y MAGDALENA, Y. (2000), "*Predictores de la retención en una Comunidad Terapéutica para drogodependientes*", en ADICCIONES, Vol. 12, nº 3.
 - SECADES, R.; FERNANDEZ, J.R. y FERNANDEZ, C. (1991), "*Estudio de determinantes en recaídas de heroinómanos*", en REVISTA ESPAÑOLA DE DROGODEPENDENCIAS, Vol. 16, nº 4.
 - SEMBOLONI, P.G. (2002), "*Comunidad Terapéutica hoy: un lugar de patologías compartidas*", en ABEIJÓN, J.A. y PANTOJA, L. (2002), **Comunidades Terapéuticas: pasado, presente y futuro**, Bilbao Universidad de Deusto.
 - SILVA, A. y RAMÍREZ, E. (1990), **Las Comunidades Terapéuticas evangélicas en España**, Madrid, Grupo GID
 - SIMONELLI A., CALVO V. (2003), "*Comunidades Terapéuticas para madres drogadictas con hijos*", en ADICCIONES, Vol. 15, nº 2.
 - SIRVENT C. (2005), "*Motivadores de consumo de alcohol en adolescentes: Análisis de diferencias inter-género y propuesta de un continuum etiológico*" en ADICCIONES, Vol. 17, nº 2.
 - SIRVENT C. y PASTOR E, (1987) "*Comunidades Terapéuticas para toxicómanos*" en SIRVENT C. (1987), **Curso sobre drogodependencia**, Palencia, Fundación Spiral.
 - SIRVENT, C. (1997), "*Teoría y Dialéctica del Método Psicoterapéutico en Drogodependencias*", en SIRVENT, C. RODRÍGUEZ, J. (1997), **Drogodependencias. Sociología, evaluación, proceso**, Madrid, Fundación Instituto Spiral.
 - SIRVENT, C. (2002), "*Dependencias relacionales: codependencia, bidependencia y adicción afectiva*", en SIRVENT, C.; BLANCO, P. y PALACIOS, L. (2002), **La Adicción en la Mujer**, Madrid. Instituto de la Mujer.
-

- SIRVENT, C.; BLANCO, P. y FRANCO, M. (1995), *Los Centros de Día en Drogodependencias en España*, Madrid, Fundación Instituto Spiral.
 - SIRVENT, C.; BLANCO, P. y PALACIOS, L. (2002), *La Adicción en la Mujer*, Madrid. Instituto de la Mujer.
 - TALBOT R., FERNANDEZ C. (2002), "*Evolución de la intervención con pacientes duales en Comunidad Terapéutica*", en AUTORES VARIOS (2002), *Jornadas de Comunidades Terapéuticas de UNAD*, Madrid, UNAD.
 - TIMS, F.M.; LEON, G. y JAINCHILL N (1994), *Therapeutic Community : advances in research and application*, Rockville, NIDA.
 - TINOCO, R. (2006), "*Comunidades terapêuticas livres de drogas: intervenção ideológica à intervenção psicoterapêutica*" en TOXICODEPENDENCIAS, Vol. 12, nº 1.
 - TORRES M. (2002), "*Patología dual en Comunidad Terapéutica*", en AUTORES VARIOS (2002), *Jornadas de Comunidades Terapéuticas de UNAD*, Madrid, UNAD.
 - TSIBOUKLI, A. (1997), "*Programas de formación para personal nuevo de CCTT: la necesidad de un curriculum común*", en ITACA, Vol. 2, nº 1.
 - URQUIOLA A.; PERURENA, J., SAINZ, M., FERNÁNDEZ, J.M., LIJÓ, M.E. y CRESPO, M. (2002), "*Patología dual en la Comunidad Terapéutica de Haize-Gain*", en AUTORES VARIOS (2002), *Jornadas de Comunidades Terapéuticas de UNAD*, Madrid, UNAD.
 - VELAZQUEZ I. y RODRIGUEZ A. (1996), "*Proceso de integración de una persona ciega en Comunidad Terapéutica*", en GACETA, nº 1-2.
 - VERDEJO, A., AGUILAR, F., PEREZ, M. (2004), "*Alterations in the decision making processes linked to the ventromedial prefrontal cortex in drug-abusing patients*", en REVIEW OF NEUROLOGY, 38 (7).
 - VERDEJO, A., LÓPEZ, F., AGUILAR, F. Y PÉREZ-GARCÍA (2005a), "*Differential effects of DMA, cocaine, and cannabis use severity on distinctive components of the executive functions in polysubstance users: A multiple regression analysis*", en ADDICTIVE BEHAVIORS, Vol. 30, nº 1.
 - VERTONGEN M. (1986), "*Instances repressives et Communautés Therapeutiques*", en PSYCHOTROPES, Vol. 3, nº 2.
 - WERTSCH, J.V. (1985), *Vygotsky y la formación social de la mente*, Barcelona, Paidós.
-

- WERTSCH, J.V. (1993), *Voces en la mente: un enfoque sociocultural para el estudio de la acción mediada*, Madrid, Visor.
 - YABLONSKY, L. (1989), *The Therapeutic Community*, Nueva York, Garner Press.
 - YARÍA, J.A. (1988), *Los adictos, las Comunidades Terapéuticas y sus "familias"*, Buenos Aires, TRIEB.
 - YATES, F. (1966), *El arte de la memoria*, Barcelona, Taurus, 1974.
 - YOUNG, J. (1999), *La sociedad excluyente*, Madrid/Barcelona, Marcial Pons, 2003.
 - YUBERO, A. (2004), *"Construcción de un proceso interno de evaluación, de programas de tratamiento de adicción a drogas"*, en AUTORES VARIOS (2004), *Desafíos y avances en el tratamiento de las drogodependencias*, Madrid, Proyecto Hombre.
 - ZAFRIDIS P., (2002), *"Las Comunidades Terapéuticas y la adicción a la mentira"* en ITACA, Vol. 6, nº. 2.
-

Anexo 1

CUESTIONARIO COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

FAG-2006(B)

1. INSTRUCCIONES GENERALES.

Garantía de confidencialidad

Los datos recogidos con este cuestionario van a ser tratados estadísticamente con el óptimo de garantías de confidencialidad siguiendo las normas e instrucciones previstas en la Ley de Secreto Estadístico (LFEP-1989) y la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal (15/99). No será identificado ningún dispositivo de forma concreta en el Informe y en caso de utilizar algún ejemplo o caso, será previamente consultado al mismo. La única excepción la constituyen los datos de identificación del apartado 2 que serán presentados en forma de listado. Dicho listado incluirá a la totalidad de CCTT localizadas con motivo de este trabajo y sólo se indicará si han contestado, o no, al cuestionario.

Una vez tratados estadísticamente los cuestionarios serán destruidos.

Por su parte el Director del Estudio, en su condición de miembro de AEDEMO, garantiza lo previsto en las normas de esta Asociación y asume el Código Ético internacional de CCI/ESOMAR, así como lo previsto en las Guías ESOMAR que armonizan las Normas sobre Trabajo de Campo.

Se especifica esta garantía de confidencialidad para invitar a la mayor sinceridad posible en las respuestas. Este estudio no es una evaluación ni individual ni colectiva. En el anterior estudio de ámbito nacional sobre CCTT, realizado en 1987, se obtuvieron respuestas muy sinceras, lo que permitió detectar las carencias del sector y proponer las medidas oportunas para subsanarlas. Creemos que dicha propuesta produjo una mejora sustancial en las condiciones de las CCTT.

¿Cómo se puede completar el cuestionario?

El cuestionario ha sido escrito en WORD y en forma de "Tabla" para facilitar la respuesta en las columnas o filas correspondientes. Hemos elegido este modelo tan sencillo para que todo el mundo pueda responder con facilidad aunque disponga de un equipamiento informático mínimo. A la vez se han evitado "añadidos estéticos" para reducir el peso del archivo al mínimo para aquellos que no tengan

banda ancha. Con esta opción se evita además que se produzcan des-configuraciones por causa de divergencia en sistemas operativos y en las relaciones por e-mail. Obviamente esto obliga al GID a realizar una grabación posterior, pero a la vez rentabiliza la recogida de datos.

Al mismo tiempo el modelo elegido permite ampliar las respuestas hasta donde se considere idóneo e incluso, en algunos casos que se señalan oportunamente, añadir filas y columnas (mediante la función "tabla" e "insertar"). Asimismo al escribir en una fila se puede ampliar indefinidamente el número de líneas, por lo que para evitar problemas de desajuste rogamos se respete el "auto-formato" de las tablas.

El cuestionario parece muy largo, pero esto es debido al interés por simplificar las respuestas y al amplio desarrollo de las preguntas. Pero en realidad, una vez recopilados los datos solicitados en algunos apartados, se contesta en poco tiempo.

¿Qué datos debemos completar?

Todos, porque el cuestionario está concebido para recoger las informaciones disponibles en cualquier Comunidad Terapéutica. En el caso, poco probable, de que un dato o repuesta no fuera pertinente para la institución convendría señalarlo a pie de tabla.

¿Cuántos Cuestionarios hay que completar?

Uno diferente por cada dispositivo. Esto significa que aquellas entidades que gestionen más de una Comunidad Terapéutica, entendiéndose que cada "lugar físico" es un Centro diferente aunque desarrolle los mismos programas, por tanto deberán completar "in situ" un cuestionario por cada uno de ellos. A la inversa y en caso de dispositivos que desarrollen en un mismo lugar físico "programas" claramente segregados (con al menos una parte del equipo diferente y los internos bien diferenciados), deberían consultar al GID para concertar si se contesta un cuestionario diferente por cada uno de ellos.

¿Cómo se puede reenviar el cuestionario?

Por correo electrónico a la dirección cctt@grupogid.org. En el caso de que su equipamiento informático no lo permita, así como los anexos que no puedan ser remitidos como "archivo anexo" en el propio correo, pueden utilizar el correo postal y dirigirse a Grupo GID, Glorieta de Bilbao, 1, 3º Iz. 28004 Madrid, indicando en el sobre "MATERIALES FAG-2006 (B)". Tal y como indicábamos en la carta, las consultas telefónicas pueden dirigirlas a Carmen Arenas, 91.447.99.97.

¿Quién tiene que responder al cuestionario?

Queremos conocer los datos formales y la opinión de los responsables institucionales, por este motivo, el cuestionario debe ser contestado necesariamente por el director/a del dispositivo, con o sin el concurso de otras figuras con responsabilidad en el mismo. Por director/a entendemos el responsable del dispositivo y no a otras figuras situadas en el ámbito de gestión y administración. Esto significa que el cuestionario debe responderse, tal y como se ha indicado, desde cada una de las Comunidades Terapéutica contactadas y citadas.

¿Podría indicar en este punto (fila inferior) la categoría formal, PROFESIONAL (titulación) y laboral (estatus), de la persona que completa el cuestionario?

TITULACIÓN

STATUS LABORAL EN LA ENTIDAD

En el caso de que otras personas hubieran contribuido a completar el Cuestionario ¿Podría indicarnos también sus categorías formales? ¿Podría indicar si su participación ha sido “completa” o “parcial”? En caso de necesidad puede añadir más filas

TITULACIÓN

STATUS PARTICIPACIÓN

2.- IDENTIFICACIÓN DEL DISPOSITIVO.

A continuación figuran los datos básicos que identificarán a cada uno de los dispositivos participantes en la publicación del Informe. En aquellos casos en los que no se haya producido respuesta sólo se indicarán los datos del listado adjunto (Ver notas en la parte inferior de la tabla).

CONCEPTO	DATO DE REFERENCIA
Nombre CCTT	
Dirección postal	
Municipio (con CP)	
Teléfono	
e-mail	
Nombre entidad (si diferente)	
Dirección administrativa	
Municipio (con CP)	
Fecha apertura (mes/año)	
Número actual de plazas	
Total miembros equipo	
Persona de contacto (opcional)	
Dependencia	
Indicación de perfil (opcional)	

- La “dependencia” puede ser “pública”, “privada concertada completa”, “privada concertada parcial” (es decir con plazas privadas y públicas) o “privada”.
- Por “indicación de perfil” se entiende que la CCTT adopta un criterio para definir los casos que de forma preferente acoge, por ejemplo “mujeres con hijos”, “doble diagnóstico”, “adictos a heroína”, “alcohólicos”,.... si no existe ninguna indicación de perfil preferente se puede señalar “todo tipo de pacientes”.

3.- TRAYECTORIA HISTÓRICA DEL DISPOSITIVO.

Se trata de reconstruir la evolución del dispositivo al margen de la posible incidencia de cambios en las estrategias terapéuticas. Completar la tabla exige recopilar algunos datos, lo que la convierte en la más compleja de todo el Cuestionario. Sin embargo es de sumo interés, porque tales datos nos permitirán estudiar la evolución objetiva del sector desde el año 1988 hasta la actualidad, al margen de otros datos que parecen poco fiables. Para completar los datos de la tabla hay que tener en cuenta las siguientes definiciones.

- **AÑO:** indica el año natural de referencia. Las CCTT abiertas antes de 1988 no tienen que incluir datos anteriores a este año. Las CCTT abiertas en años posteriores tienen que comenzar a indicar estos datos a partir del año **siguiente** a su apertura.
- **PLAZAS:** se trata del número de plazas disponibles (y ofertadas) a 31 de diciembre de cada año.
- **ADMISIONES:** número total de admisiones (nuevos casos y reingresos) efectuadas a lo largo del año.
- **ALTAS TERAPÉUTICAS:** número total de altas terapéuticas en el año por finalización del programa. Lógicamente se excluyen expulsiones, abandonos y otras circunstancias que impiden finalizar el programa. En este punto no establecemos una definición formal de estos conceptos y cada dispositivo puede utilizar los criterios propios para definir estas situaciones.
- **EQUIPO:** número total de miembros del equipo técnico con independencia de su titulación. Para ser miembro del Equipo Técnico se requiere la existencia de una vinculación laboral formal.
- **INFRAESTRUCTURA:** En aquellos años en los que se hayan producido mejoras sustanciales en la infraestructura física, como edificaciones nuevas o rehabilitaciones integrales, indicar, en el año correspondiente, “obras” si las mismas no supusieron ampliaciones en la dimensión del Centro y “ampliación” si este fue el caso.

NOTAS:

1.- Aquellos dispositivos que se hayan cerrado durante un determinado periodo de tiempo o se hayan trasladado de lugar y hayan cambiado su denominación en este periodo, siempre que se haya producido una cierta continuidad en el programa, en parte del equipo y/o en la entidad de gestión, se consideran como parte de esta “trayectoria evolutiva”. Aunque en este último caso se añadirán los datos relativos a tales cambios en segunda tabla de este apartado.

2.- Puede que una parte de los informantes que completan el Cuestionario hayan comenzado a trabajar en el mismo con posterioridad a su apertura y en un momento determinado del periodo considerado. Como consecuencia puede que no conozcan bien el historial solicitado, que en este caso y para los datos solicitados en este apartado pueden completar la información, con otros miembros del Equipo Técnico o la Entidad de dependencia, sin necesidad de identificarlos en el apartado 1.

AÑO	PLAZAS	ADMISIONES	ALTAS T.	EQUIPO	INFRAESTRUCTURA
1988					
1989					
1990					
1991					
1992					
1993					
1994					
1995					
1996					
1997					
1998					
1999					
2000					
2001					
2002					
2003					
2004					
2005					

NOMBRE.....	DOMICILIO DE UBICACIÓN.....	PERIODO	CAUSA CIERRE O TRASLADO....

4.- LA OPINIÓN DEL EQUIPO TÉCNICO EN TORNO A LA IDENTIDAD DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA.

A continuación figuran una serie de frases relacionadas con la imagen y contenido de las Comunidades Terapéuticas, para cada una de ellas nos gustaría que te posicionaras personalmente (de forma individual o contando con las personas que te ayudan a rellenar el cuestionario y has citado en el apartado 1) en una escala 1 (máximo desacuerdo) a 10 (máximo grado de acuerdo) sobre lo que crees que **debería ser** una Comunidad Terapéutica.

En la siguiente columna "EQUIPO", nos gustaría que indicaras el grado de consenso en el Equipo en torno a esta afirmación y a la puntuación que le has otorgado. En esta caso (CT) significa "consenso total", (CM) significa "consenso mayoritario con algunas opiniones contrarias" y (FC) significa "falta de consenso u opinión mayoritaria".

Para responder a estos ítems agradeceríamos el máximo de sinceridad teniendo en cuenta, además, la garantía de confidencialidad establecida en el apartado 1.

La CCTT PARA DROGODEPENDIENTES ...	PUNTÚA	EQUIPO
Es una institución bien definida que ha probado su eficacia y que no requiere grandes innovaciones sino recursos suficientes para desarrollar de una forma adecuada sus tareas.		
Mide su grado de eficacia por su capacidad y competencia para vincularse y coordinarse con el resto de la red asistencial y utilizar los recursos generales presentes en el territorio.		
Lo que importa en una CCTT es que los usuarios se sientan satisfechos por la atención recibida.		
La transferencia de información entre iguales significa, en el caso de las CCTT, mantener vínculos y contactos con las CCTTs que compartan una orientación similar.		
La CCTT es una metodología de intervención que debe adaptarse a las cambiantes condiciones del medio social.		
La eficacia del tratamiento se mide en la evaluación, a largo plazo, del mantenimiento de la abstinencia y el logro de una plena integración social.		
La CCTT requiere una organización horizontal, en la que las decisiones sobre los internos se tomen por consenso y tras un análisis muy detallado de cada caso.		
Una Comunidad Terapéutica mantiene y realiza un determinado tipo de oferta asistencial, resultado de una evidencia y una experiencia histórica bien consolidada y no debe cambiar su estrategia frente a modas coyunturales.		
Una Comunidad Terapéutica no es una entidad cualquiera, sino que esta imbuida de una misión objetiva a la que se debe dedicar todo tipo de esfuerzos sin someterse a las limitaciones laborales de otros empleos.		
En una CCTT pueden coexistir, sin problemas, orientaciones teóricas, profesionales y conceptuales muy distintas.		
Una buena CCTT es aquella que consigue modificar de modo radical la conducta cotidiana y las expectativas vitales de los adictos.		
La metodología de la CCTT se basa en un marco teórico y conceptual reconocible, basado en la experiencia, en evidencias y en buenas prácticas, del que no conviene desviarse.		

Respetar los derechos de los usuarios significa facilitarles su participación en cualquier toma de decisiones.		
Una CCTT requiere una cierta coincidencia entre las orientaciones de los miembros del equipo técnico.		
Una Comunidad Terapéutica es un dispositivo socio-sanitario sometido a las reglas de un protocolo de actuación que sumen un colectivo de técnicos contratados para actuar dentro de dichas reglas		
Un tratamiento eficaz es aquel que consigue alcanzar los objetivos previstos en el propio programa o particulares para un sujeto concreto.		
La CCTT es una estructura abierta a la innovación, sujeta a un permanente cambio y en la que sólo permanece una estructura metodológica básica		
La eficiencia de la organización interna depende de la funcionalidad del organigrama y de una adecuada jerarquización de tareas		
Una CCTT debe estar permanentemente observando y analizando los cambios en la realidad para adecuarse a los mismos		
Respetar los derechos de los usuarios supone orientarles de una forma adecuada para que puedan superar su adicción, sin tratar de imponerles ninguna disciplina en lo personal.		
La transferencia de información entre iguales significa, en el caso de las CCTT, mantener vínculos y contactos con todas las CCTT, con la red asistencial y con los servicios sociales y sanitarios generales.		

5.- ASPECTOS LEGALES Y ADMINISTRATIVOS.

5.1.- Fórmula jurídica.

Indicar con una **X** en "RESPUESTA" cual es la fórmula jurídica del dispositivo.

FORMULA	RESPUESTA
Administración Pública	
Fundación Pública	
Asociación	
Fundación Privada	
Sociedad anónima o civil	
Cooperativa o similar	

Si es una Administración o Fundación pública indicar la dependencia con una **X**.
En el caso de dependencia doble colocar la **X** en todos los ítems que sea necesario.

DEPENDENCIA	RESPUESTA
Comunidad Autónoma	
Diputación Provincial	
Cabildo o Consejo Insular	
Municipal (incluye mancomunidades)	

5.2.- Autorizaciones y acreditaciones.

Indicar aquellas autorizaciones, acreditaciones y licencias (incluidas las fiscales) que se han obtenido para garantizar la legalidad y el correcto registro del dispositivo. En cada caso indicar la categoría y denominación del documento, la referencia legal del mismo (tipo de Ley o norma en la que se basa) y la administración que la ha otorgado. Si se necesitan más filas añadir las.

DENOMINACIÓN.....	REFERENCIA LEGAL....	ADMINISTRACIÓN.....

5.3.- Inspecciones y auditorías.

Indicar las cuatro últimas inspecciones o auditorías a las que ha sido sometido el dispositivo. En caso de que no se haya realizado ninguna indicarlo con una **X** en la primera fila, en la columna "FECHA".

ENTIDAD QUE LA REALIZO.....	FECHA	OBJETIVOS DE LA MISMA.....
No existen		
1.		
2.		
3.		
4.		

5.4.- Relaciones económicas con las administraciones públicas.

Indicar los contratos, convenios, subvenciones y otras ayudas que hayan estado vigentes durante el año 2005 con las administraciones públicas. Señalar la administración que las ha concedido, acordado o resuelto y el valor total de las mismas en este mismo año. En caso de que no se haya realizado ninguna indicarlo con una X en la primera fila, en la columna "ADMINISTRACIÓN". Si se necesitan más filas añadir las.

TIPO DE RELACIÓN...	ADMINISTRACIÓN	VALOR ECONÓMICO 2005
No existen		

5.5.- Oferta de tipo de plazas para posibles usuarios.

Indicar el número total de plazas disponibles y distribuir las en públicas, concertadas o privadas. Señalar el coste mensual de la estancia para el usuario si lo hubiere y aunque fuera una cantidad reducida o simbólica. Cuando se trate de plazas totalmente gratuitas indicar "Gratuita". Cuando los costes mensuales varíen en función de circunstancias indicar las mismas en "observaciones". Debe entenderse que este coste se refiere al usuario, por tanto una plaza concertada en la que el usuario no pague nada, aunque se le facture un determinado coste a una administración, es para el usuario "gratuita".

	PLAZAS	COSTE	OBSERVACIONES.....
Públicas			
Concertadas, contratadas o subvencionadas por la administración pública			
Privadas			
Subvencionadas por la propia entidad u otra de carácter benéfico			
TOTAL			

5.6.- Presupuesto anual y cuenta de resultados.

Indicar el presupuesto anual de los años 2005 y 2006 del propio dispositivo y de la entidad de la que depende, así como las cifras que se solicitan de la cuenta de resultados correspondientes al año 2004. En el caso de que las cuentas de la entidad y el dispositivo sean coincidentes repetir las en ambas columnas.

	DISPOSITIVO	ENTIDAD
Presupuesto 2005		
Presupuesto 2006		
Ingresos totales 2004		
Gastos totales 2004		

Si no se ha respondido a las cuestiones anteriores indicar si se trata de alguna de estas razones (con una X).

CAUSA	RESPUESTA
En el dispositivo no tenemos presupuesto propio ni mantenemos una cuenta de resultados	
La entidad o la administración de referencia no nos facilita estos datos.	
No nos ha parecido pertinente facilitar estos datos y resultados.	
Otra	

SI LA CAUSA ES "OTRA" INDICAR CUAL.....

6.- DESCRIPCIÓN FÍSICA DEL DISPOSITIVO.

Responder a las siguientes preguntas en torno a la descripción de las condiciones físicas del dispositivo. En la primera fila responder según se prevé en los entrecomillados. Los porcentajes deben sumar 100.

CONCEPTO	RESPUESTA
¿Se trata de una construcción "nueva", de un edificio "rehabilitado" o un espacio "mixto" en el que se producen ambas situaciones	
Número de metros cuadrados totales construidos y utilizados.	
% de espacio para residencia internos	
% de espacio para despachos y otras instalaciones del Equipo Técnico	
% de espacio para talleres, aulas, gimnasios y otras instalaciones comunes	
Número total de habitaciones para residentes.	

Realizar una distribución del número de habitaciones para los residentes según el número de camas disponibles en cada una de ellas.

TIPO	NÚMERO
Individual	
Doble	
Triple	
Cuádruple	
Más de cuarto	
TOTAL	

7.- CRITERIOS DE ADMISIÓN.

Indicar si existe algún criterio o límite para la admisión en cada uno de los apartados de la tabla siguiente con una X en la columna “SI” y describir después este criterio o limitación. No es necesario justificarlo, solo definirlo con claridad.

CRITERIO O LÍMITE	SI	DESCRIPCIÓN DEL CRITERIO O LIMITACIÓN
Geográfico		
Por edad		
Relacionado con el género		
Relacionado situación familiar		
Enfermedades contagiosas		
Minusvalías		
Problemas de conducta		
Antecedentes judiciales		
Antecedentes de delito contra la libertad sexual		
Enfermedades mentales		
Algún tipo particular de consumo de drogas		
Reingresos		

8.- VÍNCULOS CON LA RED EXTERNA DURANTE EL AÑO 2005.

8.1.- Servicio de procedencia.

Para los casos atendidos durante el año 2005 indicar, en cifras absolutas, los datos que se requieren en la tabla. No olvidar nunca añadir el total en la primera fila. También se pueden aumentar el número de filas si fuera necesario.

Indicar el dispositivo a través del que han sido remitidos los pacientes. En la segunda fila se indican los casos que han sido “accesos directos” a la CCTT y que por tanto no procedían de ningún otro dispositivo que los hubiera derivado, si no se ha producido ninguno indicar lógicamente 0. Por Tipo de servicio se entienden dispositivos como “Centro Ambulatorio” (con la denominación propia de cada CCAA), “Centro de Salud Mental”, “Programa de metadona”, “Centro de Servicios Sociales”,....

Cuando los casos hayan sido derivados desde distintos dispositivos, pero idénticos y de una misma red, por ejemplo todos los Centros Ambulatorios de una ciudad o de una CCAA, no hay que indicar cada dispositivo en concreto sino “Centros ambulatorios de la CCAA”. Esta fórmula no vale para aquellas CCTT que, a través de diferentes conciertos, reciben casos desde centros de CCAA distintas a las de su ubicación. En este caso deberán indicar cada CCAA en el “tipo de servicio” y el número de casos que ha remitido durante 2005.

	TIPO DE SERVICIO.....	NÚMERO CASOS
TOTAL	----	
1	Acceso directo	
2		
3		
4		
5		
6		

8.2.- Documentación facilitada por los recursos de procedencia.

Establecer, a partir del número total de casos acogidos en 2005, cuantos de ellos han ingresado habiendo obtenido previamente la CCTT los tipos de informes o historiales que se citan.

	TIPO DE INFORME O HISTORIAL	NÚMERO CASOS
TOTAL	----	
1	Medico o sanitario	
2	Psiquiátrico	
3	Psicológico	
4	Social	
5	Familiar	
6	Judicial	
7	Ninguno	

8.3.- Utilización de servicios externos durante el tratamiento.

Indicar los servicios externos utilizados con mayor frecuencia (no hay que sobrepasar las siete menciones) por parte de los internos. Nos referimos a aquellos usos que hayan sido organizados y facilitados por la CCTT. Pueden tratarse de servicios sanitarios o sociales, desde un Hospital a un dentista pasando por el “arreglo” de los papeles del desempleo, pero también de servicios educativos o culturales, desde acudir a una formación a visitar un museo, pasando por participar en actividades deportivas organizadas.

Para indicar la frecuencia utilizar las siguientes respuestas, “*continuo*” cuando se trata de un uso cotidiano y casi integrado en la labor de la CCTT, “*mucha*” cuando se realice con una periodicidad determinada, por ejemplo casi todas las semanas. “*Bastante*” cuando esta frecuencia no alcanza los parámetros anteriores pero se le aproxima, y “*escasa*” cuando este uso es excepcional. En todo caso el listado de utilización de estos servicios va del más frecuente (1) al menos frecuente (7).

	TIPO DE SERVICIO.....	FRECUENCIA
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

8.4.- Destino de las derivaciones.

Indicar el dispositivo al que han sido derivados los pacientes tras el alta terapéutica (u otras situaciones que permitan realizar esta función). En la tercera fila de la tabla se indican los casos en los que no se ha producido tal derivación, si ninguno ha sido derivado a otro servicio o dispositivo indicar lógicamente **0**. Para la denominación de estos servicios o dispositivos rigen las mismas instrucciones que en el apartado 8.1.

	TIPO DE SERVICIO.....	NÚMERO DE CASOS
TOTAL	----	
1	No se derivaron	
2		
3		
4		
5		
6		

9.- PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN Y OBJETIVOS DEL PROGRAMA ASISTENCIAL

9.1.- Documentos que formalizan la relación asistencial.

Indicar si existen de forma explícita (es decir por escrito) y mediante una X, los siguientes documentos y si se entregan una copia a los internos al ingreso, en caso de que la respuesta sea positiva es necesario anexar una copia de los mismos como archivo adjunto compatible o enviarla por correo postal.

DOCUMENTO	EXISTENCIA	SE ENTREGA
Reglamento de Régimen Interno		
Normas Generales y régimen de sanciones		
Contrato terapéutico individual		
Reconocimiento de responsabilidades		
Programa Terapéutico		
Programa de Actividades		

9.2.- Estructura de gobierno y gestión terapéutica.

Indicar si los siguientes elementos de gobierno y gestión terapéutica están presentes en el dispositivo mediante una **X** en la columna “ESTÁN”.

ELEMENTOS	ESTÁN
Dirección individualizada del dispositivo	
Dirección corporativa del dispositivo	
Responsables de área identificados	
Funciones formalmente definidas para cada tipo de profesional*	
Tutorías individualizadas	
Comisión terapéutica (para valorar la evolución terapéutica global del dispositivo)	
Comisión educativa (para valorar la evolución de los procedimientos educativos globales del dispositivo).	
Supervisión o Asesoramiento externo	
(*) Si existe hay que remitir el correspondiente documento entre los anexos solicitados.	

9.3.- Duración del tratamiento

Indicar si la duración del tratamiento es “Indeterminada” con un **SI**, si es “Fija” señalando el número de meses de duración y si se trata de una duración variable contestar “En horquilla” los máximos y mínimos de la misma. Las tres respuestas son incompatibles entre si. Estimar finalmente la duración media del tratamiento para los casos de alta terapéutica durante 2005.

Indeterminada	
Fija	
En horquilla	
Media 2005	

9.4.- Fijación de objetivos

Indicar cual es el procedimiento más habitual para fijar los objetivos terapéuticos para los internos. Elegir uno sólo con una X.

PROCEDIMIENTO	REPU
Los objetivos son los mismos para todos los internos, están previstos en el programa y han sido explicitados a la red externo y/o a los usuarios en la acogida	
Los objetivos se han fijado de forma global por la CCTT según los diferentes perfiles que atiende, se fijan de forma automática a partir del diagnóstico inicial	
Los objetivos los fija la Comisión de Acogida de forma específica para cada interno a partir de las posibilidades que brinda el tratamiento en la CCTT.	
Los objetivos los fija la Comisión de Acogida de forma específica para cada interno tratando de adaptar los recursos de la CCTT a las necesidades particulares de cada uno de ellos y a su evolución en el dispositivo.	
No se fijan objetivos al inicio sino que se van estableciendo según evoluciona el usuario bien por la Comisión de Seguimiento, bien por los distintos profesionales.	

9.5.- Tipos de objetivos.

Indicar, en la actualidad, cuales son los objetivos que se fijan con mayor frecuencia para los internos hasta un máximo de 7 (pueden ser menos). Listarlos de mayor frecuencia a menor, describirlos de una forma somera, señalar los indicadores que se utilizan para evaluar su cumplimiento y valorar la frecuencia con la que alcanzan siendo (1) que no se alcanzan casi nunca y (10) que se alcanzan siempre.

	OBJETIVOS.....	DESCRIPCIÓN Y / O INDICADORES....	VALOR
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

9.6.- Prácticas terapéuticas presentes en el dispositivo

Indicar (mediante una X) si las prácticas que se citan a continuación aparecen en el dispositivo y realizar una somera descripción de las mismas.

PRÁCTICA	SI	DESCRIPCIÓN.....
Atención médica interna		
Atención psiquiátrica		
Atención Psicológica individual		
Grupos terapéuticos		
Terapia familiar		
Controles analíticos de consumo		
Otras		

10.- ACTIVIDADES EDUCATIVAS Y VIDA COTIDIANA.

10.1.- Actividades relacionadas con la educación formal.

Denominar y describir someramente las actividades de educación formal (es decir que produzcan una certificación con valor educativo). En caso de que no existan indicarlo con una **X** en la primera fila. Si hubiera más de cuatro actividades añadir nuevas filas.

DENOMINACIÓN ACTIVIDAD.....	DESCRIPCIÓN.....
No existen	
1.	
2.	
3.	
4.	

10.2.- Actividades relacionadas con talleres ocupacionales.

Denominar y describir someramente las actividades en los talleres ocupacionales existentes en el dispositivo (o a uno cercano al que se desplacen los internos). En caso de que no existan indicarlo con una **X** en la segunda fila de la tabla. Si hubiera más de cuatro actividades añadir nuevas filas.

DENOMINACIÓN ACTIVIDAD.....	DESCRIPCIÓN.....
No existen	
1.	
2.	
3.	
4.	

10.3.- Actividades relacionadas con el mantenimiento de la casa.

Denominar y describir someramente las actividades de mantenimiento de la casa que se utilizan como terapia educativa u ocupacional. En caso de que no existan indicarlo con una **X** en la primera fila. Si hubiera más de cuatro actividades añadir nuevas filas.

DENOMINACIÓN ACTIVIDAD.....	DESCRIPCIÓN.....
No existen	
1.	
2.	
3.	
4.	

10.4.- Actividades de ocio y tiempo libre no-culturales.

Denominar y describir someramente las actividades organizadas y programadas de ocio y tiempo libre, salvo las culturales que se detallan en el apartado siguiente. En caso de que no existan indicarlo con una **X** en la primera fila. Si hubiera más de cuatro actividades añadir nuevas filas.

DENOMINACIÓN ACTIVIDAD.....	DESCRIPCIÓN.....
No existen	
1.	
2.	
3.	
4.	

10.5.- Actividades culturales.

Denominar y describir someramente las actividades educativas y culturales de carácter no formal (es decir que no produzcan una certificación con valor educativo). Entre ellos se pueden indicar los cursos de Educación para la Salud, la información sobre normas de tráfico o los talleres de orientación sexual o legal. En caso de que no existan indicarlo con una **X** en la primera fila. Si hubiera más de cuatro actividades añadir nuevas filas.

DENOMINACIÓN ACTIVIDAD.....	DESCRIPCIÓN.....
No existen	
1.	
2.	
3.	
4.	

10.6.- Prácticas grupales de carácter socio-educativo.

Denominar y describir someramente las actividades grupales de carácter socio-educativo como las asambleas, debates u otras prácticas de tipo colectivo. En caso de que no existan indicarlo con una **X** en la primera fila. Si hubiera más de cuatro actividades añadir nuevas filas.

DENOMINACIÓN ACTIVIDAD.....	DESCRIPCIÓN.....
No existen	
1.	
2.	
3.	
4.	

11.- SOCIALIZACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL.

11.1.- Actividades de socialización.

Indicar (con una **X**) cual de estas frases refleja con mayor precisión la actitud del dispositivo en relación a la socialización de los internos.

PRACTICA	RESPUESTA
La CCTT no mantiene ninguna estrategia de socialización, los pacientes ingresan para realizar un tratamiento sanitario, tienen salidas de acuerdo con las normas hasta que se produce el alta definitiva	
Las salidas se programan de acuerdo con una estrategia terapéutica y en las mismas se incluyen objetivos de socialización que se evalúan a la vuelta	
Para determinado perfil de tipo de interno no se programan objetivos de socialización y para otros sí se hace.	
Los diferentes profesionales actúan en esta materia de acuerdo con sus propios criterios y en relación a aquellos internos que tutorizan.	

11.2.- Actividades de integración social o sociolaboral.

Indicar si en el dispositivo se realizan algunas de las siguientes tareas relacionadas con la integración social o socio-laboral de los usuarios. Las respuestas positivas se indicaran con una X en la columna de "SI". En la última columna se indicara el % de ingresos que normalmente acceden a este tipo de prestaciones. La respuesta lógica a la segunda fila (ninguna) será del 100%.

ACTIVIDAD	SI	%
No se realiza ninguna actividad relacionada con la integración social o socio-laboral		
Talleres y cursos pre-laborales		
Búsqueda activa de empleo		
Salidas Programadas		
Demanda de prestaciones sociales		
Visitas familiares		

En caso de que la CCTT disponga de alguna experiencia positiva, distinta a las anteriores, de algún tipo de actividad de integración social y socio-laboral, agradeceríamos la describiera a continuación.

EXPERIENCIA.....

11.3.- Programa de seguimiento al abandonar el dispositivo.

Indicar cual de estas situaciones es la que se produce con más frecuencia al abandonar el usuario el dispositivo con alta terapéutica. Señalar con una X una sola respuesta.

SITUACIÓN	RESP.
El interno abandona el centro y no volvemos a tener contacto con el mismo salvo en caso de reingreso.	
El interno es derivado al dispositivo de referencia y no volvemos a tener contacto con el mismo salvo si vuelven a derivarlo.	
Mantenemos contactos esporádicos con algunos internos pero no de forma organizada.	
Para algunos internos mantenemos un programa de seguimiento con contactos periódicos más o menos formalizados.	
Hay un programa de seguimiento de casos tras el alta terapéutico, que se ofrece a todos los internos, con objetivos precisos y actividades bien regladas.	

12.- CRITERIOS DE EVALUACIÓN DEL CASO.

Indicar si se dispone de los siguientes instrumentos de valoración del caso mediante una X. Si se trata de documentos que tienen un carácter formal (fichas o protocolos) colocar la X en la columna “formal” y en este caso es necesario anexar una copia de los mismos como archivo adjunto compatible o enviarla por correo postal. En caso de que no tengan carácter formal indicarlo en la siguiente columna.

INSTRUMENTO	FORMAL	NO FORMAL
Valoración sanitaria interna		
Valoración psicológica		
Valoración siquiátrica		
Valoración social y/o familiar		
Valoración educativa		
Otros		

Indicar si existen los siguientes órganos de coordinación (con una X) y en caso positivo añadir que miembros del Equipo Técnico lo forman. Hay que tener en cuenta que las tres Comisiones pueden ser la misma pero que tiene asignadas las diversas tareas citadas. En este caso indicar que “sí” existe e indicar en “la forman...” la frase “es la misma”.

ÓRGANO	SI	LA FORMAN.....
Comisión de acogida que valora la información disponible sobre el caso, la necesidad de diagnósticos complementarios y establece los objetivos individuales.		
Comisión de seguimiento de casos (distinta a la de acogida) que realiza un seguimiento de cada caso para valorar el cumplimiento de los objetivos y proponer modificaciones.		
Comisión de altas (distinta de la comisión de seguimiento y a la de acogida) que establece el logro de los objetivos, el alta terapéutica y un plan de derivación al dispositivo de referencia.		

Responder a las siguientes cuestiones con una **X** en caso positivo

CUESTIÓN	SÍ
Existe un fichero central con los historiales de todos los casos	
Cada profesional mantiene sus propios historiales	
Los expedientes de los casos que ya no están en la CCTT se guardan en un lugar seguro por el tiempo que marca la Ley	
Los expedientes de los casos que ya no están en la CCTT se guardan en un lugar seguro por un tiempo indefinido	
La información relevante se anota diariamente en un cuaderno de bitácora que todo el mundo debe consultar al iniciar su turno.	

¿Cuál de estas situaciones es la más común? Indicarlo con una **X** (sólo una)

SITUACIÓN	MÁS COMÚN
Existen criterios de evaluación compartidos por todo el equipo	
Cada profesional establece sus propios criterios	
La evaluación la realiza la dirección o un determinado grupo de profesionales	
Depende de cada caso	

Indicar la definición utilizada en la CCTT para cada uno de los siguientes conceptos:

CONCEPTO	DEFINICIÓN
BAJA TERAPÉUTICA	
EXPULSIÓN	
ABANDONO	
ALTA TERAPÉUTICA	
DERIVACIÓN	

13.- EVALUACIÓN DE RESULTADOS DEL DISPOSITIVO.

Indicar cuales de las tareas enumeradas a continuación se realizan en la CCTT, en caso positivo la **X** se colocará en la columna de "SI" y en caso negativo la **X** se colocará en la columna de "NO".

TAREAS	SI	NO
Realizan una recogida de datos sobre el proceso para elaborar una memoria anual		
Han diseñado y puesto en marcha un estudio de seguimiento permanente para la evaluación de resultados		
Han realizado algún estudio de seguimiento para la evaluación de resultados con alguna cohorte		
Han participado o participan en algún estudio colectivo (con otras CCTT o dispositivos de la red) de seguimiento permanente para la evaluación de resultados		
Han participado o participan en algún estudio colectivo (con otras CCTT o dispositivos de la red) de seguimiento para la evaluación de resultados con alguna cohorte		

En caso de que contesten "SI" recuerden añadir las referencias bibliográficas en el apartado 15 e incluir los textos entre los anexos solicitados.

14.- PERFIL DE LOS INTERNOS DURANTE 2005.

Indicar, en términos absolutos es decir el número de casos que cumplen cada condición, las cifras correspondientes a las variables mencionados para el conjunto de ingresos realizados a lo largo del año 2005.

VARIABLE	CASOS
Total	
Varones	
Mujeres	
Menores de edad	
Con antecedentes judiciales	
Droga principal heroína	
Droga principal cocaína	
Droga principal alcohol	
Droga principal otra	
Utilizando antagonistas	
Utilizando agonistas	
Con doble diagnóstico	
Extranjeros	
Reingresos en el mismo centro	

15.- EQUIPO TÉCNICO.

15.1.- Composición.

Responder a los datos solicitados sobre el perfil de los miembros del Equipo Técnico de acuerdo con las instrucciones que figuran más abajo. Si el Equipo Técnico está formado por más de 22 profesionales añadir filas. A efectos prácticos se pueden considerar la situaciones laborales existentes a diciembre del 2005.

	ROL	TÍTULOS	HORAS S.	SEXO	EDAD A.	ANTIGUO	CONTRATO
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
10							
20							
21							
22							

CÓDIGOS PARA LOS DATOS SOBRE EL EQUIPO TÉCNICO.

- **ROL:** Utilizar los siguientes Códigos:
(1) dirección, (2) terapeuta, (3) sanitario, (4) educador, (5) monitor, (6) trabajador social, (7) administrativo, (8) personal de servicios.
- **TÍTULOS:** Utilizar los siguientes Códigos:
(1), Psicología, (2) Psiquiatría, (3) Medicina, (4) Trabajo social, (5) Pedagogía, (6) Educación social, (7) Magisterio, (8) Enfermería, (9) Otra licenciatura, (10) Otra diplomatura, (11) título de FP, (12) sin ningún título superior, medio o FP. En los casos en los que los licenciados posean el título de Doctor indicarlo con un (*) tras el Código.
- **HORAS S:** Indicar número de horas a la semana de trabajo.
- **SEXO:** V/M
- **EDAD A:** Edad actual.
- **ANTIGUO:** Antigüedad de vida laboral (contrato) en la entidad (años)
- **T. CONTRATO:** Tipo de Contrato, utilizando los siguientes Códigos. (1) Funcionario, (2) Laboral administración pública, (3) Interino administración pública, (4) Fijo, (5) Temporal, (6) De obra, (7) De servicios, (8) de sustitución, (9) Otro.

15.2.- Voluntariado.

Indicar si de forma habitual y organizada utilizan (con un X) servicios de voluntariado en el dispositivo.

SI	
NO	

15.3.- Estudiantes en prácticas.

Indicar si de forma habitual y organizada cuentan con (con un X) estudiantes en prácticas en el dispositivo.

SI	
NO	

16.- RELACIÓN DE PUBLICACIONES PRODUCIDAS DURANTE EL PERIODO 1988-2005.

Indicar por orden cronológico todas las publicaciones (libros, artículos científicos, artículos de opinión, ponencias en congresos) generados en el desarrollo de las tareas del dispositivo, bien por personal propio o ajeno. Se agradece utilicen las normas UNESCO para las citas: Apellido y nombre del autor/es y años de publicación entre paréntesis y en la primera línea. En segunda línea título completo, si es libro en negrita, si es artículo, ponencia o capítulo de libro colectivo, en cursiva y entre comillas. En el caso de libros colectivos se añadirá a continuación la referencia completa del libro siguiendo idénticos criterios. En el caso de revistas el nombre de la misma en mayúsculas con el número y la fecha de publicación. En la tercera línea se indicará el lugar de la publicación y la editorial.

En el caso de publicaciones que afecten a varias CCTT todas ellas deberán indicar la referencia bibliográfica de la publicación como si fuera propia. Esta norma incluye a todas los casos en los que las publicaciones se refieren a una entidad que agrupa a varias CCTT, en este caso, y tal y como se ha comentado, cada CCTT debe completar un Cuestionario e incluir en este apartado todas las publicaciones que tengan que ver con la misma aunque sea reiterativo con otras CCTT de la misma entidad.

Se pueden añadir a la tabla tantas filas como sea necesario. Asimismo se pueden ampliar en cada fila cuantas líneas sea pertinente.

ORDEN	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA COMPLETA.....
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

En el caso de que la CCTT quiera dejar constancia de algún documento no publicado, singularmente evaluaciones, investigaciones o descripciones de la misma, incluidas Tesis Doctorales que hayan utilizado datos de la CCTT, pueden referenciar esta literatura gris en el siguiente apartado, aunque en este caso es necesario remitir el documento fotocopiado y por vía postal. Dichos documentos se entregarán al fondo documental del PNsD, se indizarán y entrarán a formar parte de la base de datos del mismo.

ORDEN	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA COMPLETA.....
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

RELACIÓN DE ANEXOS SOLICITADOS.

Añadir una **X** en todos aquellos que se remiten y de acuerdo con la respuesta facilitada en el apartado correspondiente del Cuestionario donde se citan estos documentos. La **X** se colocará en la columna adecuada según sea un archivo adjunto (en formato compatible) o bien se envíe por vía postal. Pueden enviar otros anexos si los consideran de interés para el Estudio. Obviamente si varios anexos estuvieran contenidos en un único documento sólo hay que mandar un único texto.

	REFERENCIA	ARCHIVO	POSTAL
REGLAMENTO DE RÉGIMEN INTERNO	9.1		
PROGRAMA TERAPÉUTICO	9.1		
CONTRATO TERAPÉUTICO INDIVIDUAL	9.1		
NORMAS GENERALES Y SANCIONES	9.1		
RECONOCIMIENTO DE RESPONSABILIDADES	9.1		
FUNCIONES DE CADA PROFESIONAL	9.2		
MEMORIA 2004	VARIOS		
FICHAS DE HISTORIALES (SANITARIA)	12		
FICHAS DE HISTORIALES (PSICOLÓGICA)	12		
FICHAS DE HISTORIALES (SOCIALES)	12		
FICHAS DE HISTORIALES (EDUCATIVAS)	12		
ESTUDIOS DE SEGUIMIENTO	13		
LITERATURA GRIS	15		

ESTE CUESTIONARIO HA SIDO REGISTRADO Y ES PROPIEDAD DE LA FUNDACIÓN ATENEA GRUPO GID. PARA UTILIZARLO, EN CUALQUIER PAÍS DE LA UNIÓN EUROPEA Y EN CUALQUIERA DE SUS IDIOMAS, DEBEN SOLICITAR LA CORRESPONDIENTE AUTORIZACIÓN.

Anexo 2

LISTADO DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS ACREDITADAS Y RELACIÓN DE RESPUESTAS

ANDALUCÍA

CT “El canto del gallo”

Sí

Arroyo la Sardina. Crta. Huelva-Ayamonte. S/N.

21500 Gibraleón (Huelva)

95 930 21 95

Ceshuelva@terra.es

CT Proyecto Hombre

Provincia: Cádiz

CET Santa Elena

Sí

Carretera Lucena s/n

14500 Puente Genil (Córdoba)

95 760 27 12

Stln@dianova.es

CT Centro de Mijas

Sí

Apdo. de Correos 504

29640 Fuenjirola (Málaga)

95 211 91 31/55

ana.m.bedoya@juntadeandalucia.es

CT Proyecto Hombre Granada

Sí

C/ Algramesón, 30

18183 Huétor-Santillán (Granada)

95 854 54 62

cthuetor@adecua.es

CT Centro de La Línea

Sí

Avda. de España 96-98

11300 La Línea (Cádiz)

95 617 55 77

CT Azahara

SÍ

C/ Virgen del Patrocinio, nº 2
Alcalá de Guadaira (Sevilla)
95 568 19 31
comunidadterapeutica@proyctohombresevilla.com

CT Padre Benito Gil

SÍ

Ctra. Algarrobo s/n
29750 Málaga (Málaga)
95 251 10 49
central@proyctohombremalaga.com

CT Centro Tarifa

SÍ

Ctra.Nac. 340 K.71
11380 Tarifa (Cádiz)
95 623 64 91
Elisa.l.torronteras@juntadeandalucia.es

Centro Cartaya

SÍ

Crtra. Nal. 431 KM 107 Finca Valle Salado
21450 Cartaya (Huelva)
95 950 41 94 / 95 950 41 96
Manuel.b.zamorano@juntadeandalucia.es

La Quinta

SÍ

Cortijo La Quinta- Paraje la Quinta
Laujar de Andarax (Almería)
95 052 40 12
noesso@larural.es

CT Reinserción Azahar

SÍ

Subida al Monte Victoria,3 "Villa Emilia"
29012 (Málaga)
95 226 80 57
azaharph@hotmail.com

CT Hacienda de Toros

SÍ

Carretera De Istán, Km.4
29600 Marbella (Málaga)
952774465/952828693
vicentegarcia@fundacionmarbella.org

CT Los Palacios

SÍ

Apdo. Correos 98
41720 Los Palacios y Vfca. (Sevilla)
95 589 80 58 • francisco.sanchez.m@juntadeandalucia.es

CT Las Lomas – Asociación Jomad

Provincia: Málaga

CT Proyecto Hombre

Provincia: Córdoba

CT Cortijo De Buenos Aires

*Centro de Rehabilitación de
drogodependientes Cortijo de Buenos Aires
18182 El Fargue (Granada)
95 834 02 25*

SÍ

Asociación Nuevo Rumbo

*Sor Policarpa, 17,2º
04005 Almería (Almería)
95 027 60 99
nuevorumbo@nuevorumbo.e.telefonica.net*

SÍ

CT Fundación Girasol

*Carretera El Bosque km. 5
11630 Arcos de la Frontera (Cádiz)
95 670 22 61
carmela@girasolfundacion.es*

SÍ

CT Poveda

Provincia: Sevilla

CT Vado de los Bueyes

*Crta. Benamejí-Jauja, km 9 Camino Curado
14910 Lucena (Córdoba)
95 747 68 47
arcoiris@fundacionarcoiris.org*

SÍ

CT “Prado De Santa María”

*Carretera Palma del Río- Hornachuelos, km. 5
14740 Hornachuelos (Córdoba)
95 747 68 47
arcoiris@fundacionarcoiris.org*

SÍ

CT Manantial

*Finca El Romeral, s/n
11350 Castellar de la Frontera (Cádiz)
95 665 31 08/95 623 64 67
ctmanantial@ono.com*

SÍ

CT Lopera

*Ctra. Arjona-Lopera km. 5 Apdo. nº 56
23780 Lopera (Jaén)
95 312 24 78/95 312 24 07*

SÍ**CT Centro Almonte**

*Ctra. De Cabezudos km 23, Apdo Correos 68
21730 Almonte (Huelva)
95 950 61 69
francisca.coronel@juntadeandalucia.es*

SÍ**ARAGÓN****CT “El Frago”**

*Camino Zarrampullo s/n
50611 El Frago (Zaragoza)
97 668 93 38
ctelfrago@aragob.es*

SÍ**CT “Entaban” de Proyecto Hombre**

*Camino de Enmedio, nº 24
50011 Miralbueno (Zaragoza)
97 634 01 75
Comunidadph@telefonica.net*

SÍ**CT Centro de Rehabilitación “Visión”**

*Camino del Abejar, 130
50011 Zaragoza (Zaragoza)
97 677 35 59
info@fundacionvision.org*

SÍ**CT Fundación Argos**

*Avda. Zaragoza, nº 19
50296 Urrea de Jalón (Zaragoza)
97 665 56 42/90 236 72 41
argosadicciones@terra.es*

SÍ**CT“La Paz” Miralbueno**

*Camino Del Canal 96
Zaragoza
97 653 48 31*

SÍ

CT “La Encina”

SÍ

Camino Pinseque s/n
50180 Utebo (Zaragoza)
97 677 20 92
laencina@hijascaridadpam.org

CT Hermanos Franciscanos de la Cruz Blanca

O' Cambalache
Provincia: Huesca

ASTURIAS**CT Femenina Oviedo (Instituto Spiral)**

SÍ

Montes del Sueve nº44
33012 Oviedo (Asturias)
98 511 11 11/98 511 48 52
oviedo@institutospiral.com

CT “El Valle”

SÍ

Muñón 33115 Sto. Adriano.
98 576 16 57 Fax: 98 576 14 69
aptas-elvalle@terra.es

CT A.R.A.I.S. Pravia

Provincia: Asturias

CT De Candás

SÍ

Proyecto Hombre Asturias Pielgo S/N
33430 Candás
98 587 05 80

BALEARES**CT Ses Sitjoles**

SÍ

Cami de Son Marrano Km 11
07630 Campos
971 65 25 92/971 65 04 5
sessitjoles@projectehome.com

CT Casa de Familia

SÍ

Servei Tractament Alcoholismo C/ Salelles, 1
07012 Palma de Mallorca
971 71 11 42 – extensiones 110 y 111
sapiencia@conselldemallorca.net

CT Casa Oberta

*C/ Canonge Barcelo Nº10
07350 Binissalem
97 151 22 74
casaoberta@projectehome.com*

SÍ

CT Son Ribes

*Camí de la Real, 25
07010 Palma de Mallorca
97 176 84 61*

SÍ

CT Centro de Reinserción Social Mar Sis

*C/ Mar, 6, 3r
07012 Palma de Mallorca
97 172 26 63
crsmarsis@gmail.com*

SÍ

CANARIAS**CT La Fortaleza de Ansite**

*Barranco de Tirajana S/N. Apto. Correos 34
35110 Santa Lucía (Las Palmas De Gran Canaria)
92 814 91 20. Fax: 92 814 91 21
Lafortaleza1@infonegocio.com*

SÍ

CT Casa Esperanza

*Los Berrazales s/n – Valle de Agaete
35489 Agaete (Gran Canaria)
92 889 86 82/92 8554151
Proyectoesperanza@caritas-canarias.org*

SÍ

CT Zonzamas

*C/ Maneje s/n
35500 Arrecife (Las Palmas)
92 884 36 98/92 884 32 83 Fax: 92 884 35 76*

SÍ

CT Las Crucitas

*Avda. Fundador Gonzalo González, 60
38600 Granadilla de Abona (Santa Cruz de Tenerife)
92 277 00 51
antadgranadilla@ANTAD.e. telefonica.net*

SÍ

CT “Itaca”

*C/Puerto de la Madera nº9
38350 Tacoronte (Tenerife)
922572811 • Ct.tfe@proyectohombrecanarias.com*

CANTABRIA

Centro de Rehabilitación y Reinserción de Drogodependientes de Pedrosa

SÍ

Isla de Pedrosa s/n
 39618 Pontejos (Cantabria)
 94 250 21 12 / 94 250 24 44
 n.galindo@fundacionsbs.com

CT Los Lares S.A.L.

SÍ

Tomas Maza Solano N°82
 39611 Guarizo (Cantabria)
 94 255 87 00
 loslares@terra.es

CT Proyecto Hombre

Provincia: Cantabria

CASTILLA-LA MANCHA

CT Solidaridad del Henares “Proyecto Hombre”

Provincia: Guadalajara

CT Asociación Escuelas para la Vida

SÍ

Apdo. Correos, 26
 16500 Huete (Cuenca)

CT Proyecto “Re-Nacimiento” Albacete

Provincia: Albacete

CT Proyecto “Re-Nacimiento” Ciudad Real

Provincia: Ciudad Real

CT Ceres

SÍ

C/ Nueva, 25
 13700 Tomelloso (Ciudad Real)
 92 651 01 03
 fceres@interbook.net

CT Basida

SÍ

Ctra. Badajoz-Valencia, Km. 361 13200 Manzanares
Ciudad Real
 92 662 20 61
 manzanares@basida.org

CTD El Alba

Avda. de Francia, 4
45005 Toledo
92 521 61 54
Mmberruguete@jccm.es

SÍ**CT Ludovico Pavone**

Provincia: Toledo

CASTILLA Y LEÓN**CT Adroga**

Provincia: Burgos

CT Integrada Fundación Candéal

Finca del Priorato
09199 San Medel (Burgos)
94 748 47 70
Comunidad@proyctohombreburgos.com

SÍ**CT Aldama**

Provincia: Palencia

CT Residencial Vañes

Ctra. Cervera-Potes, km 7
34846 Vañes (Palencia)
979870712 / 979870201
spiralv@institutospiral.com

CT Proyecto Hombre Valladolid

C/ Linares, 15
47010 Valladolid
983 25 90 30
proyctohombre@proyctohombrea.org

SÍ**CT Proyecto Hombre**

Camino Viejo De Villaralbo, S/N
49028 Zamora
98 051 18 70
Zamoraph@hotmail.com

CT "San Román"

Finca "El Chafaril"
49880 Peleagonzalo (Zamora)
98 046 80 52

SÍ

CATALUÑA

CT La Coma

SÍ

Mas La Coma, s/n

08691 Monistrol de Montserrat (Barcelona)

93 835 02 36

grupatra@grupatra.org

CT Can Serra

SÍ

Apdo de correos

17745 Lladó (Girona)

97 255 35 63

canserra@grupatra.org

CT Associació EGUEIRO

Provincia: Tarragona

CTD “Urbana d’Igualada”

Provincia: Barcelona

CTD “Can Puig”

Provincia: Barcelona

CTD “La Masia”

Provincia: LLeida

CTD “Sant Miquel de Ter”

Provincia: Barcelona

CTD “Can Coll”

Provincia: Barcelona

CTD “Mas Mia” CITA

Provincia: Barcelona

CTD Centre d’atenció toxicologica residencial”

Provincia: Barcelona

CTD “Centre Tarapéutic La Garriga”

Provincia: Barcelona

CT Can Parellada

SÍ

Urbanización Can Juli - C/ Angels s/n

L’Ametlla del Vallès (Barcelona)

93 844 61 93 – 93 844 61 33

cpa@dianova.es

EXTREMADURA

CT “La Garrovilla”

Ctra. Presa de Montijo, s/n
06800 Mérida (Badajoz)
92 433 51 00
ctgarrovilla@wanadoo.es

SÍ

CT Vegas Altas

Ctra. De Miajadas S/N, Apdo. Correos 165
06400 Don Benito (Badajoz)
92 481 14 89/92 480 00 14
ctvegasaltas@hotmail.com

SÍ

CT Fundación Centro Santa Bárbara

C/ Coria, nº 25
10600 Plasencia (Cáceres)
92 719 91 08
phextrem@hotmail.com

SÍ

CT Proyecto Vida

Provincia: Cáceres

CT Rozacorderos

Provincia: Cáceres

CT Finca Capote

Provincia: Cáceres

CT Casa Roja

Miguel Sánchez, 12
06900 Llerena (Badajoz)
924870314
casaroja@telefonica.net

CR Atención Menores Drogodependientes “Valdoco”

Apdo. Correos 352
06800 Mérida (Badajoz)
cuentame-merida@terra.es

SÍ

GALICIA

CT O Confurco

Doniños "O Confurco"
15593 Ferrol (A Coruña)
98 144 50 51

SÍ

CT Fonte Douro

Provincia: A Coruña

CT "Alborada"

Piñeiro-Rías, nº 10
36739 Tomiño (Pontevedra)
98 663 34 03
ct@alborada.org

SÍ

CT Proxecto Home Galicia

Cernadas
15871 Portomouro – Val do Dubra (A Coruña)
98 188 26 33
fmg@proxectohome.org

SÍ

MADRID

CT Villaviciosa de Odón

Provincia: Madrid

CT El Batán

Provincia: Madrid

CT Navalcarnero

Provincia: Madrid

CT Los álamos

Provincia: Madrid

Basida

Ctra. Antigua de Toledo, Km. 9
28300 Aranjuez (Madrid)
91 892 35 37
aranjuez@basida.org

SÍ

CT de Barajas

C/ Camino Viejo de Hortaleza 20
28042 Madrid
91 305 51 93 /94 • Ctbarajas2004@yahoo.es

SÍ

CET Santa Lucía

SÍ

Ctra. Tiernes a Ambite – Km 19
28580 Ambite (Madrid)
91 872 34 61
santalucia@dianova.es

CT Los Almendros

SÍ

C/ Santa Virgilia, 25
28033 Madrid
91 763 19 00
adoratri@jazzfree.com

MURCIA**CT La Huertecica**

Provincia: Murcia

CT Proyecto Hombre

SÍ

Ctra. De Mazarrón, km 2,5
El Palmar
96 888 21 19
phmurcia@hotmail.com

CET La Quintanilla

SÍ

Holla del Mollidor
30510 Yecla
96 843 50 83
yecla@dianova.es

NAVARRA**CT Lizarra**

SÍ

Av. Pamplona 59
31200 Estella
94 855 29 86
ctlizarra@proyectohombrenavarra.org

CT Egiarte

SÍ

Apartado correos 111
31800 Altsasu
94 846 88 33
egiarte@biaizpe.net

CT Larraingoa

Valle De Erro – Larraingoa
31697 Erro
94 839 21 50
antox@telefonica.net

Sí

CET Zanduetza

Valle de Arce
31438 Zanduetza (Navarra)
94 876 02 85
zanduetza@dianova.es

Sí

PAÍS VASCO**CT Foronda. Osakidetza**

Provincia: Ára

CT Fundación Jeiki. Proyecto Hombre

Provincia: Ára

CT Mendigane

Provincia: Bizkaia

CT Paul Enea (Proyecto Hombre)

Barrio Zubiete, 59
48192-Gordexola
94 679 91 91 fax: 94 679 93 42
comunidad@gizakia.org

Sí

CT Kortezubi

Provincia: Bizkaia

CT Manu – Ene

Barrio Bsaras, nº 29
48195 Larrabetzu (Bizkaia)
94 455 81 69
manuene@smeb.osakidetza.net

Sí

CT Sustraiak. Fundación Izan

Provincia: Guipúzcoa

CT Haize-Gain (Agipad)

Artikutzako Bidea 26
20180 Oiartzun
94 349 33 86
haizegain@agipad.com

Sí

CT de Lasao. Fundación Izan

Provincia: Guipúzcoa

VALENCIA**UDR Los Vientos**

Provincia: Valencia

UDR “Balsa Blanca”

Ap. C. Nº 5
46810 Enguera (Valencia)
96 213 22 16
Jovipal@jazzfree.com

SÍ**CT Las Acacias Asociación “Proyecto Vida”**

Provincia: Valencia

CT Alqueria Amigo

Cº Caminás s/n
12005 Castellón
96 423 67 45
fundacion@proyectoamigo.org

SÍ**CT Llaurant La Llum**

Partida Terragona, s/n Apartado Correos 80
46220 Picassent (Valencia)
96 123 28 70
llaurantllum@terra.es

SÍ**UDR Julián Álvarez Subirats**

Fundación Arzobispo Miguel Roca (Proyecto Hombre)
Provincia: Valencia

CT “Los Granados” Patim

Plaza Tetuán 9, 3º
12001 Castellón
96 421 45 93/96 425 17 77
patim@drogas.infomail.es

SÍ