

Universidad de Deusto
(Tercer Ciclo)

Programa: Orientación e Intervención Psicopedagógica

**LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA "MANUENE"
PARA TOXICÓMANOS:
una evaluación (1983-1996)**

Tesis doctoral presentada por don IÑAKI RODRÍGUEZ CUETO

Para acceder al título de **Doctor en Pedagogía**

Dirigida por el Dr. LUIS PANTOJA VARGAS

Deusto, 20 de diciembre de 2001

ABSTRACT DE LA TESIS: “LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA MANUENE PARA TOXICÓMANOS: UNA EVALUACIÓN (1983-1996)”

El objeto de esta investigación es realizar un estudio que posibilite una reflexión sobre el trabajo desarrollado en la comunidad terapéutica, describiendo los mecanismos de la intervención y los distintos elementos que han contribuido y contribuyen a mejorar la salud y la calidad de vida de los usuarios de este servicio. Analizar y evaluar los distintos factores del tratamiento para saber si la comunidad terapéutica Manuene ha sido eficaz, será el objetivo general de la tesis.

La naturaleza del problema a estudiar es, pues, analizar qué ha ocurrido en los trece años que van desde 1983 hasta 1996 tanto con las personas que tomaron contacto con la comunidad como con el propio modelo de intervención que ha ido evolucionando y enriqueciéndose con todas estas personas.

Se comienza por plantear los principales estudios de seguimiento y evaluación de programas, para pasar, posteriormente, a hablar del concepto de comunidad terapéutica, desde sus inicios en la Inglaterra de los años 30, hasta la concepción actual de trabajo con toxicómanos.

Se describe la comunidad terapéutica Manuene como proyecto de intervención residencial, sus planteamientos iniciales, la filosofía del proyecto, los objetivos, los programas de intervención, las características generales de la población al ingreso, para, a continuación, explicar la metodología seguida en esta investigación. Se muestra cómo se realizó el cuestionario dirigido a familias y a pacientes y cómo lo cuantitativo complementa y apoya las valoraciones más cualitativas.

Más adelante se describe lo que opinan las familias y los pacientes del tratamiento y se ilustra con su descripción los avances realizados y los problemas con los que se tuvieron que enfrentar tanto en el proceso de tratamiento como una vez finalizado éste.

A partir de aquí se elaboran las conclusiones y se presenta una valoración a nivel de estructura del tratamiento, de las características del propio proceso y de los resultados obtenidos. Se indican los cambios que se han ido introduciendo a través de los datos de esta investigación, cambios que suponen todo un reto de futuro y serán fruto de nuevos estudios.

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis ha podido ser realizada gracias a todas esas personas que por alguna causa personal han tenido que vivir en Manuene a lo largo de un periodo de su vida. Ellas y ellos son los verdaderos protagonistas de esta historia.

Así mismo, me gustaría expresar el agradecimiento sincero al equipo de intervención actual: M^a Luz, Patxi, Xabier, Josefina, Koldo, Mikel, Marta, Pepe, Enrique, Aurora y Tomás y, también, a los que ya no están entre nosotros: Juanan y, especialmente, Conchi. Con ellos he aprendido a trabajar en equipo y, sobre todo, he sentido su cercanía, tanto en los buenos momentos como en los malos.

También quiero, de manera particular, agradecer a tres personas sus orientaciones tanto profesionales como, fundamentalmente, personales y que constituyen, cada uno desde su forma de hacer y ser un verdadero modelo a seguir. Estos son: Juanan, Rafa y Luis. Y, cómo no, agradecer a Teresa su ayuda en la construcción del cuestionario.

Por último, agradecer a María, Itziar y Yolanda, secretarias del Instituto Deusto de Drogodependencias, de la Facultad de FICE y de la Asociación Itaca, respectivamente, su continuo apoyo para que esta investigación saliera adelante.

Esta tesis está dedicada a Marije, Garazi, Ane y María.

Mi familia.

Sumario

AGRADECIMIENTOS.....	4
INTRODUCCIÓN.....	9
PARTE PRIMERA: MARCO TEÓRICO GENERAL.....	15
CAPÍTULO 1: ESTADO DE LA CUESTIÓN. LOS ESTUDIOS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE PROGRAMAS.....	17
Introducción.....	17
1.1 Estudios sobre la eficacia de los tratamientos.	19
1.2 Estudios de evaluación al término de los tratamientos.	32
1.3 Investigaciones actuales sobre comunidades terapéuticas en Europa.....	38
1.4 Descripción del primer estudio desarrollado en la comunidad terapéutica Manuene.....	45
1.5 Algunos estudios sobre la evaluación de la calidad del tratamiento.....	48
1.6 Algunas conclusiones.	52
CAPÍTULO 2: HISTORIA DE LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS.....	57
Introducción.....	57
2.1 Primera etapa: antecedentes históricos de las comunidades terapéuticas.	58
2.2 Segunda etapa: la comunidad terapéutica como alternativa de tratamiento de personas con problemas de toxicomanía.	73
2.3 Synanon como primera experiencia de comunidad terapéutica para toxicómanos.....	76
2.4 Daytop village como referencia para las comunidades terapéuticas actuales.....	79
2.5 Enfoques teóricos de estas experiencias. Características comunes y técnicas utilizadas.....	82
2.6 Tercera etapa: desarrollo de la comunidad terapéutica para toxicómanos en Europa.	86
2.7 Análisis histórico de las comunidades terapéuticas en el Estado Español.....	88
2.8 Situación actual de las comunidades terapéuticas en el Estado Español y retos de futuro.	94
2.9 Conclusiones.	106
CAPÍTULO 3: LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA MANUENE COMO PROYECTO DE INTERVENCIÓN RESIDENCIAL: DESCRIPCIÓN DE LA MISMA.....	109
Introducción.....	109
3.1 Fundamentación teórica de las intervenciones terapéuticas en Manuene.....	113
3.2 Descripción general de la comunidad terapéutica Manuene.....	119
3.3 Programas que se llevan a cabo en la comunidad terapéutica.	141
3.4 Otros programas o proyectos de la comunidad terapéutica.	158
3.5. Síntesis.....	176
PARTE SEGUNDA: ESTUDIO CUANTITATIVO Y CUALITATIVO.....	183
CAPÍTULO 4: METODOLOGÍA UTILIZADA EN LA PRESENTE INVESTIGACIÓN.....	185

El contexto de la metodología utilizada.....	185
4.1 Calidad de intervención - calidad del servicio. Una definición de calidad.....	185
4.2 Creación de una cultura de calidad en el equipo de intervención – características.....	188
4.3 La evaluación: aproximación histórica.....	197
4.4 La evaluación: diferentes definiciones, conceptos y tipos.....	199
4.5 Objetivos de la evaluación.....	209
4.6 El modelo de evaluación utilizado en la investigación.....	210
4.7 Objetivos de esta investigación evaluativa.....	212
4.8 Otros objetivos a tener en cuenta.....	214
4.9 Metodología utilizada.....	218
CAPITULO 5: ESTUDIO CUANTITATIVO: EL PUNTO DE VISTA DE LOS PACIENTES Y SUS FAMILIAS.....	229
5.1 Las familias de los pacientes.....	229
5.2 Los pacientes.....	254
CAPITULO 6: ESTUDIO CUALITATIVO: LAS ENTREVISTAS PERSONALES.....	281
Introducción.....	281
6.1 Sobre la exigencia del tratamiento hacia las familias.....	283
6.2 Sobre la exigencia del tratamiento hacia el paciente.....	285
6.3 En referencia al tipo de cambio personal que se ha producido en el paciente.....	286
6.4 Sobre el tiempo de tratamiento.....	288
6.5 Sobre las fases del tratamiento.....	289
6.6 Cuestiones que el tratamiento ha mejorado en el paciente.....	290
6.7 Importancia e interés de los grupos familiares.....	293
6.8 Factores del tratamiento que han ayudado en el cambio personal.....	293
6.9 Sobre el trato recibido por el equipo de intervención.....	295
6.10 Sobre las necesidades al finalizar el tratamiento.....	295
6.11 Sugerencias que se hacen al tratamiento en Manuene.....	297
6.12 Algunas conclusiones.....	298
CAPÍTULO 7 : CONCLUSIONES.....	303
7.1 Valoración de resultados.....	303
7.2 Conclusiones.....	328
BIBLIOGRAFÍA.....	341
ANEXOS: Cuestionarios utilizados para la investigación.....	361

INTRODUCCIÓN

“Como decía mi padre: El trabajo que nunca se empieza es el que más tarda en terminarse”.

(Del libro segundo de “El Señor de los Anillos”).

Me dispongo a escribir este trabajo con tres cuestiones en el pensamiento: comunidad terapéutica para toxicómanos, calidad de intervención y evaluación de resultados.

El hecho de trabajar en lo social durante unos cuantos años, hace tomar conciencia de los déficit que rodean el mundo profesional en este ámbito.

Aunque es verdad que en toda actividad humana está implícita la intención de evaluar, no es menos cierto que lo hacemos normalmente de forma intuitiva, tratando de mejorar la acción, dependiendo del feed-back, de la respuesta a la intervención dada. Esta idea la recoge con mucho acierto Pantoja (1998) cuando escribe: “Este enfoque simple de la evaluación que le es connatural al hombre y a la mujer se deduce fácilmente a partir de la racionalidad de la persona humana cuyas acciones o conductas son siempre finalistas, “la persona siempre actúa por un fin”, decían los antiguos y podemos añadir: una vez que ha actuado persiguiendo alguna intención siempre se pregunta, connaturalmente, si la ha conseguido o cómo le han ido las cosas sin pretensión científica alguna, sólo por función vital” (p. 2).

La preocupación, o mejor dicho, la inquietud que subyace en cada intervención efectuada, hace que pensemos de inmediato en la necesidad de establecer procesos evaluativos más o menos científicos, que nos ayuden a saber que lo que hacemos, no sólo lo hacemos bien sino que, además, sirve para algo.

Sin embargo, el trabajo sobre las dificultades humanas, los problemas de marginación, con colectivos y personas que presentan serios conflictos en su vivir, hace que se vaya postergando el interés inicial de evaluar por tratar de resolver desde la inmediatez los problemas cotidianos de cada día, con lo que este proceso evaluativo corre el riesgo de tardar en finalizarse.

En el caso concreto del trabajo efectuado en la comunidad terapéutica Manuene, la necesidad de evaluar es imperiosa y, al igual que en otros programas residenciales, donde la convivencia y las intervenciones educativas se realizan de forma rápida y decisiva, es, en mi opinión una responsabilidad profesional y social, contrastar la experiencia con los resultados obtenidos para poder introducir mecanismos correctores que garanticen una intervención adecuada. De ahí la importancia de llevar a cabo esta investigación, que ha permitido, como veremos más adelante, servir de marco de reflexión para valorar los cambios a introducir en el modelo de intervención.

Esta necesidad de saber cómo se encuentran en el momento actual las personas que han realizado el tratamiento en la comunidad terapéutica Manuene no es algo nuevo. Ya en 1987 coincidiendo con el II Congreso Mundial Vasco se desarrolló en este marco un Congreso sobre Drogodependencias en donde se presentó una ponencia: “La comunidad terapéutica como programa de intervención estratégica. Experiencia de Manuene”. Esta ponencia presentada por Abeijón (1987), supuso el primer intento intuitivo de verificar la situación de los pacientes que hasta ese momento habían realizado tratamiento en la comunidad.

Los resultados de dicho estudio intuían un futuro esperanzador para los pacientes que realizan el tratamiento en la comunidad terapéutica Manuene. Diez años después se plantea realizar una nueva investigación que posibilite una reflexión sobre el trabajo desarrollado, describiendo los mecanismos de la intervención y los distintos elementos que contribuyan a mejorar la salud y la calidad de vida de los usuarios de este servicio.

La naturaleza del problema a estudiar es, pues, analizar qué ha ocurrido en estos trece años que van desde 1983 hasta 1996 tanto con las personas que tomaron contacto con la comunidad como con el propio modelo de intervención que ha ido evolucionando y enriqueciéndose con todas estas personas.

En este sentido, podemos indicar ya que esta idea de interacción en el modelo de tratamiento es algo que se transmite al grupo de pacientes, fundamentalmente, en la “fiesta de despedida”, es decir, en la finalización por parte de uno de los integrantes del grupo de su estancia en la comunidad. Esta terminación se realiza en forma de “fiesta” y es en un momento de esta actividad cuando se expresa y se hace consciente lo que la persona deja en el

grupo y en el tratamiento en sí. Esta idea coincide con lo que aboga, también, De León (1995) cuando valora positivamente los diseños interactivos que reconocen que el paciente influye en el tratamiento, así como éste influye en el paciente.

La metodología utilizada está en consonancia con la realización de una evaluación sencilla del programa comunidad terapéutica, es decir, no vamos a desarrollar una investigación experimental en toda regla, aunque sí utilizaremos los datos estadísticos para apoyar una valoración más cualitativa del proyecto. Por tanto, vamos a huir de las representaciones artificiales con grupos de control de las variables estudiadas y nos vamos a centrar en lo que Feroso (1994) define como Modelo Cualitativo y, dentro de este Modelo, vamos a tratar de incorporar características del modelo cualitativo fenomenológico. De éste, Feroso indica que “el proceso cognitivo típico del método fenomenológico es la intuición...”(p. 97). Ser protagonista de la acción, del proyecto que se estudia, va a facilitar la descripción del fenómeno y tal como dice Feroso (1994), citando a Langeveld (1965): “Nosotros... no tomamos como punto de partida un concepto, sino el fenómeno mismo, en tanto que lo descubrimos por la experiencia, en que podemos tomar parte...” (p. 99).

También vamos a utilizar técnicas del modelo cualitativo etnográfico, este modelo define la etnografía como la descripción del modo de vida de una raza o grupo de individuos (Feroso, 1994). Así se utilizarán documentos oficiales, actas de reuniones, la entrevista informal o los cuestionarios.

En definitiva se va a trabajar en base a cuestionarios dirigidos tanto a familias como a pacientes, así como, con entrevistas personales y descripciones de los principales programas que conforman la comunidad terapéutica Manuene. Además, trataremos de adentrarnos desde esta perspectiva en lo que supone la calidad de la intervención.

Es por esta razón que las conclusiones y valoraciones se van a ir construyendo desde el comienzo. No sólo vamos a tratar de responder si los objetivos de la comunidad han cumplido los efectos esperados o si la comunidad terapéutica ha sido eficaz y útil a las personas que han pasado por ella; también, si el programa llegó a las personas más problemáticas, si ha habido variaciones en los objetivos a través del tiempo, o, cuáles han sido los programas dentro del

proyecto comunidad terapéutica que más han podido ayudar a las personas que han pasado por el servicio.

No queremos partir de la idea de que la comunidad terapéutica Manuene es un proyecto estático, ya hemos hablado sobre como interacciona el tratamiento con el grupo de pacientes, en este sentido, pensamos que la comunidad terapéutica se construye desde el principio como un programa dinámico y cambiante. Estamos de acuerdo con Pantoja (1998) cuando en su ponencia sobre “Evaluar las intervenciones en drogodependencias: ¿por qué y para qué?” afirma que “la hipótesis de la que se parte es que los programas sociales nunca son estáticos sino dinámicos y cambiantes” (p. 10) y, citando a López Blasco (1991), dice: “lo importante no es únicamente la eficacia, la utilidad, los logros obtenidos. Es más importante la valoración de los problemas con que ha tropezado el desarrollo del programa, la búsqueda de las razones por las cuales ha funcionado y la apreciación de cambios significativos en la práctica profesional” (p. 11).

La estructura planteada en esta investigación ha de partir, lógicamente, por hacer una reseña de los principales estudios de seguimiento y evaluación de programas. Esto, que se desarrollará en el capítulo uno, dará una visión de la situación de los diferentes estudios realizados tanto en Europa, como en América, así como en el Estado Español. Haremos mención expresa al trabajo presentado en el II Congreso Mundial Vasco en 1987 que supuso la primera aproximación intuitiva al trabajo desarrollado en la comunidad terapéutica Manuene.

En el capítulo dos hablaremos del concepto de comunidad terapéutica. Desde sus inicios en la Inglaterra de los años 30, hasta la concepción actual de trabajo con toxicómanos.

Abordaremos el origen de las comunidades terapéuticas como centros de tratamiento en drogodependencias y plantearemos los retos más importantes en la actualidad para las comunidades terapéuticas.

Una vez realizado el recorrido por los diferentes estudios y de haber explicado lo que significa la comunidad terapéutica como proceso de tratamiento a drogodependientes pasaremos a describir en detalle, en el capítulo tres, la comunidad terapéutica Manuene como proyecto de intervención residencial, sus planteamientos iniciales, la filosofía del proyecto, los objetivos, los

programas de intervención, las características generales de la población al ingreso.

En el capítulo cuatro se explicará la metodología seguida en esta investigación. Nos aproximaremos al concepto de calidad, haciendo referencia a la eficacia del programa y profundizaremos en el modelo de evaluación y de las técnicas empleadas. Veremos cómo se realizó el cuestionario dirigido a familias y a pacientes y cómo lo cuantitativo complementa y apoya las valoraciones más cualitativas y presentaremos los objetivos que se persiguen con esta investigación

Describiremos lo que opinan las familias y los pacientes en el capítulo quinto y se representarán los datos del cuestionario de las familias y de los pacientes, así como una valoración de los mismos.

Como hemos indicado anteriormente, no sólo vamos a constatar la realidad estadística a través de unos datos. En el capítulo sexto describiremos las entrevistas realizadas a familias y pacientes que nos van a contrastar sus opiniones con dichos datos. Son relatos de su experiencia en la comunidad terapéutica Manuene e ilustran con su descripción los avances realizados y los problemas con los que se tuvieron que enfrentar tanto en el proceso de tratamiento como una vez finalizado éste.

A partir de aquí comenzaremos a elaborar más conclusiones. Así en el capítulo séptimo, responderemos si realmente la comunidad terapéutica Manuene ha sido eficaz y presentaremos una valoración a nivel de estructura del tratamiento, de las características del propio proceso y de los resultados obtenidos.

Por último, se describirán las conclusiones finales donde se indicarán los cambios que se han ido introduciendo a través de los datos de esta investigación, cambios que suponen todo un reto de futuro y serán fruto de nuevos estudios.

PARTE PRIMERA: MARCO TEÓRICO GENERAL

CAPÍTULO 1: ESTADO DE LA CUESTIÓN. LOS ESTUDIOS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE PROGRAMAS.

Introducción.

Vamos a referirnos en este capítulo a los estudios más significativos sobre la efectividad de los distintos programas para la rehabilitación de toxicómanos. Veremos que la mayor parte de las investigaciones efectuadas parten de un paradigma experimental y sus conclusiones se van a apoyar más en valoraciones estadísticas o cuantitativas que en la descripción de las situaciones. Algunos estudios van a ofrecer puntos en común con la situación particular de la comunidad terapéutica Manuene.

El objetivo fundamental de los estudios de seguimiento y evaluación de programas es la obtención de información sobre la conducta del paciente antes, durante y después del tratamiento.

Para Sánchez-Carbonell (1986), los “estudios de seguimiento de toxicómanos consisten en la identificación de una muestra de sujetos en un momento determinado y su posterior entrevista personal y/o localización mediante registros al cabo del tiempo cara conocer qué ha ocurrido en los distintos intervalos” (p. 167).

Dentro de los objetivos que se pueden plantear en los estudios de seguimiento podemos citar (Sánchez-Carbonell, 1986):

- a. Descripción de la población asistida.
- b. Descripción del centro asistencial y del tratamiento.
- c. Evaluación de los diferentes tipos de tratamiento.
- d. Conocimiento de los distintos puntos de vista del paciente sobre el tratamiento y el centro.
- e. Comparación entre distintas modalidades de tratamiento, centros de la misma modalidad o programas del mismo centro.
- f. Identificación de factores pronóstico.

Nuestra investigación va a incidir precisamente en alguno de los objetivos precedentes. Concretamente en lo que se refiere a la descripción de la

población, la descripción de la comunidad terapéutica y del tratamiento y a la opinión del paciente sobre dicho tratamiento.

La historia nos indica que siempre ha habido interés por conocer las características de los usuarios y por ello se desarrollaron lo que hoy conocemos como estudios descriptivos. En estos estudios, hoy incluidos en la mayor parte de las investigaciones, se recoge información general del paciente como la situación laboral, historia del consumo de drogas, tratamientos efectuados, situación familiar, situación escolar, etc...

Los estudios de seguimiento, sin embargo, tratan de conocer la efectividad del tratamiento sobre los usuarios. Es el estudio de la evolución de una población a través de observaciones para detectar los cambios efectuados en el tiempo.

Esta característica evaluativa se basa en unos criterios que determinan la mejoría del paciente y que son: la disminución del consumo de drogas, disminución de actos delictivos y el aumento de la actividad productiva, estudios o trabajo (Comas, 1992).

Tal como indica Comas (1992), el diseño más generalizado en los estudios de seguimiento es el cuasiexperimental, de tipo longitudinal. Se hace un seguimiento periódico de la conducta más significativa de los pacientes, durante y después del tratamiento. La asignación aleatoria de los sujetos a los grupos experimentales y de control es muy difícil, así que en ocasiones se utiliza como grupo de comparación a los pacientes que abandonan prematuramente el tratamiento.

El instrumento de recogida de información suele ser el cuestionario o autoinforme, y los componentes básicos de la investigación normalmente son: los instrumentos de recogida de datos, los pacientes, los tratamientos, los criterios de recuperación o eficacia de tratamiento, y, las variables que no se puedan controlar o que sufran variaciones no previsibles, durante el tiempo que dura la investigación (Nieva, 1988).

Como se ha descrito anteriormente, el consumo de drogas, la actividad laboral y la situación del paciente en relación con la justicia, son las variables que se recogen en todos los estudios para determinar la integración social de los pacientes.

Los estudios de seguimiento permiten determinar, por tanto, los resultados con relación a: variables predictivas respecto al mejor éxito del tratamiento, lo que facilita el pronóstico (Simpson, 1978; Benson, 1985); diferencias entre diversos tratamientos (Collier y Hijazi, 1974; Pin, Martin y Walsh, 1976; Simpson y col., 1978); diferencias en función del tiempo en tratamiento (Bale, 1980; Dole y Joseph, 1978; Gearing y Thompson, 1975; De Leon, 1985; Sánchez Carbonell, 1988; Melgarejo, 1986).

Una de las cuestiones a tener en cuenta es que los estudios aquí presentados son referencias a diferentes tipos de tratamiento. Generalmente vamos a ver investigaciones realizadas en tratamientos ambulatorios, hospitalarios, con metadona y, también, de comunidad terapéutica. Habrá estudios que realicen comparaciones entre los diversos tipos de tratamiento, donde apreciaremos que el modelo de tratamiento “Comunidad Terapéutica” presenta un alto índice de éxito en comparación con el resto de los tratamientos.

También presentaremos las investigaciones más recientes en referencia a las comunidades terapéuticas en Europa y la situación actual.

Completaremos este capítulo con la descripción de la primera investigación llevada a cabo en la comunidad terapéutica Manuene con motivo del II Congreso Mundial Vasco.

1.1 Estudios sobre la eficacia de los tratamientos.

1.1.1 Estudios de seguimiento más representativos.

Teniendo en cuenta que la eficacia del tratamiento se ha medido según los siguientes criterios: disminución del uso de drogas, disminución de los actos delictivos y aumento de la actividad productiva, ya sea el estudio o el trabajo, vamos a describir los estudios más significativos encontrados en la revisión bibliográfica.

Entre los estudios de seguimiento clásicos podemos citar a Vaillant, que en 1966 publicó una serie de trabajos basados en el seguimiento durante 12 años a 100 pacientes que habían ingresado en el Hospital de Lexington. Las conclusiones más importantes fueron:

- Un 90% del total de pacientes había recaído y otro 90% del total había sido sentenciado a prisión, es decir, había pacientes que recayeron y, además fueron a prisión.
- A los 12 años, el 46% de pacientes estaban abstinentes e integrados en la comunidad y, de éstos, al menos el 30% había mantenido la abstinencia durante tres años.

Otra observación que realizó Vaillant (1973), fue el hecho de que a medida que aumentaba el tiempo de estancia en Lexington se retrasaba la recaída, independientemente que el paciente ingresara voluntaria o judicialmente.

Podemos apreciar cómo ya se comienza a plantear que una característica de éxito en el tratamiento tiene que ver con la estancia en el mismo. Hubiera sido importante en este caso analizar el perfil de la población que ingresaba en el Hospital de Lexington y el contenido del tratamiento hospitalario para valorar mejor quiénes mejoraban con el tiempo y quienes no. No obstante, la observación que plantea Vaillant será necesaria tenerla en cuenta puesto que es algo que se va a repetir en otras investigaciones.

Otra cuestión que merece la pena señalar en esta investigación es la referente al ingreso judicial del paciente. Según indica Vaillant la recaída se retrasaba independientemente que ingresara voluntaria o judicialmente. En la actualidad siempre se ha defendido como garantía de éxito el tratamiento voluntario frente a otras motivaciones, como las judiciales. Parece bastante evidente que la persona quiera acceder a un tratamiento externo a la prisión y que el interés principal sea precisamente éste: salir de la cárcel.

Sin embargo, esta referencia que realiza Vaillant, se expresa recientemente en otros estudios como los de Elzo y colaboradores (1996), donde se indica precisamente que los pacientes llamados “judiciales”, es decir, aquellos que realizan tratamiento como cumplimiento de pena alternativo a la prisión, pueden alcanzar niveles de motivación elevados a la hora de realizar dichos tratamientos y tener un buen pronóstico.

Hoy en día muchos de los pacientes que ingresan en la comunidad terapéutica Manuene son judiciales y la experiencia está demostrando, salvando las distancias, que lo expresado por Vaillant en 1973, es totalmente defendible en el sentido que a mayor tiempo de estancia se produce un aumento de la motivación por cambiar de estilo de vida y evitar así la recaída.

Otro estudio durante este periodo fue el realizado por Winick que formuló la “hipótesis de maduración”, que postula que al cumplir los 40 años muchos adictos tienden a madurar y a abandonar espontáneamente la adicción (Winick, 1964).

Varias investigaciones han trabajado sobre esta hipótesis sin llegar a resultados concluyentes. La mayor parte de ellas apunta a un decrecimiento de la adicción con el paso del tiempo, debido, fundamentalmente, a influencias externas, establecimiento de relaciones personales intensas con otras personas o sustitución de la heroína por otras adicciones como el alcohol.

Sería interesante replantear esta hipótesis en el momento actual donde se está produciendo un cambio en referencia a la edad de ingreso, al menos en la comunidad terapéutica. Si hasta hace unos años el intervalo más significativo estaba entre los 25 y 30 años al ingreso en tratamiento, en estos momentos se sitúa entre los 30 y 35 años, superando en algunos casos los 40 años.

Winick desarrolló la “hipótesis de la maduración” en los años sesenta. Es lógico pensar que los 40 años de entonces no tienen nada que ver con tener 40 años ahora, los cambios sociales y culturales han propiciado un retraso en la maduración personal, entendiendo ésta como el cambio a una vida más autónoma y responsable.

Así, por ejemplo, podemos constatar que la salida del domicilio familiar para iniciar una vida más independiente cada vez se realiza más tarde, seguramente debido a las dificultades de búsqueda del primer empleo.

Por otro lado, habría que analizar otros elementos que tendrían que ver con la educación recibida y los propios valores inherentes a dicha educación y que tienen que ver con el modo de hacer y sentir de la propia persona.

Por tanto, si tuviéramos que plantear en la actualidad lo expresado por Winick, creo que sería difícil llegar a una conclusión generalista respecto a la maduración, o bien pensamos que los 40 años de entonces son los 50 de ahora, cosa poco probable, o bien, nos decantamos por afirmar que las personas adictas a las drogas son en conjunto diferentes de un momento histórico a otro, y en este sentido, las circunstancias que rodean a estos individuos son enormemente más complejas hoy en día que hace treinta años.

La experiencia demuestra que en el modelo de tratamiento de la comunidad terapéutica Manuene, los pacientes ingresados de más de 40 años presentan, en muchas ocasiones, problemas de autonomía y responsabilidad, junto con grandes resistencias para reconocer en sí mismos dichas dificultades por la edad cronológica que presentan y verse confrontados con otros pacientes de menor edad.

Uno de los estudios de seguimiento que aporta información sobre la evolución del sujeto, justo en el otro extremo del perfil de edad, es decir, con adolescentes y, además, sobre los factores que pronostican dicha evolución, es el realizado por Stang (1979), en Oslo, con una muestra de adolescentes drogodependientes a los tres años de la entrevista inicial. ¿Qué conclusiones se desprenden de este estudio?

1. Que en el 34% de la muestra la adaptación social óptima se relaciona con aspectos como: haber crecido en un hogar con ambos padres, ausencia de ingresos en instituciones psiquiátricas, así como ausencia de desajustes importantes en el ámbito familiar, escolar y laboral.
2. También evidencia que durante los tres últimos años, estos adolescentes habían asumido responsabilidades importantes como casarse, tener hijos y establecer amistad con personas no consumidoras de drogas.

Lejos de esta situación óptima de adaptación, nos encontramos en la actualidad con la problemática adolescente. Si antes indicábamos que en la comunidad terapéutica Manuene ingresaban pacientes mayores de 40 años, lo mismo sucede con los pacientes más jóvenes, que cada vez son más y más jóvenes, alrededor de 20 años. Aunque sigue prevaleciendo el intervalo de 30 a 35 años como más tarde se verá.

En 1980 Maddux y Desmond estudiaron el proceso de 248 consumidores de opiáceos atendidos en el antiguo Hospital del Servicio de Salud Pública de Fort Worth en Estados Unidos. Después de cuatro años observaron:

- Que el 22% llevaba tres o más años de abstinencia.
- Un 11% había conseguido una abstinencia de tres años o más, pero había recaído posteriormente.

Los autores observaron que la conversión religiosa, sobre todo para pacientes hispano-americanos y el cambio de residencia eran instrumentos favorecedores de la abstinencia.

Haastrup y Jepsen, también en 1980, al revisar los estudios escandinavos de seguimiento concluyeron que:

- Entre 1968 y 1973, un tercio de los adictos habían abandonado el abuso de las drogas al cabo de tres años y que, al cabo de cinco años, el porcentaje se acercaba al 50 %.

Estos autores realizaron un estudio de seguimiento a 300 sujetos adictos a opiáceos y, a los 7 años de haber solicitado tratamiento, recogieron información mediante entrevistas personales, registros oficiales sobre el consumo de drogas, la integración laboral, actividades delictivas, así como actividades de ocio de los sujetos. Las conclusiones a las que llegaron fueron las siguientes:

- Un 16 % había fallecido.
- Un 20% continuaba con el consumo abusivo de drogas.
- Un 20 % había logrado cierto control sobre el consumo, así como cierto ajuste social.
- Un 20 % tenía una evolución intermedia (ingreso en prisión o en un centro de rehabilitación).
- Un 18 % se encontraba integrado laboralmente y no consumía drogas.
- De un 6% se desconocía su evolución.

Siguieron realizando el seguimiento y al cabo de once años presentaron estas conclusiones:

- El porcentaje de fallecimientos había aumentado a un 26%.
- Un 16% continuaba con el consumo abusivo de drogas.
- Un 12% había logrado cierto control sobre el consumo, así como cierto ajuste social.
- Un 11% correspondía a aquellos sujetos que tenían una evolución intermedia.

- El 24% se hallaba integrado en el área laboral y en actividades de ocio y no consumían drogas.
- Se desconocía la evolución de un 11 % de la muestra.

En las conclusiones de estos estudios, Haastrup y Jepsen exponen dos factores que pronostican la evolución posterior de los sujetos. Tanto el deficiente ajuste laboral y social previo al ingreso, como tener padres con problemas de alcoholismo son mejores predictores de una evolución desfavorable en el seguimiento que la historia de consumo de opiáceos.

Así mismo, Gossop y otros en 1987 realizaron un estudio de seguimiento en Inglaterra con una muestra de 50 sujetos, a los seis meses de haber ingresado en un centro de mantenimiento con metadona (21 días de tratamiento). Concluyeron que:

- El 24% no consumió opiáceos durante dicho periodo de tiempo, aunque casi la mitad correspondía a sujetos que se encontraban en la cárcel o habían ingresado en un centro de rehabilitación.
- El 28% había consumido esporádicamente opiáceos.
- El 16% consumía con cierta regularidad.
- El 32% consumía opiáceos diariamente.

En un estudio de seguimiento de dos años y medio a 150 adictos a opiáceos, Kosten, Rounsaville y Kleber (1987), encontraron que los problemas médicos, sociales, psicológicos, legales y de empleo, mejoraban sustancialmente.

Se encontró, también, que los sujetos que se mantenían abstinentes a la heroína durante el tratamiento, tenían más probabilidades de permanecer abstinentes en el seguimiento dos años y medio después.

En ese mismo estudio, estos autores encontraron que la abstinencia a opiáceos se asociaba con un menor consumo de otras drogas, con una mejoría del área delictiva y con una mejor adaptación social y familiar. Sin embargo, encontraron que ciertas características del sujeto asociadas a trastornos de la personalidad, no eran un buen predictor de la abstinencia en el seguimiento.

Kosten, Jalali, Hogan y Kleber (1983) encontraron también que los adictos a opiáceos, que viven con miembros de su familia generalmente obtienen

mejores resultados en el tratamiento que los toxicómanos que viven solos; pero el apoyo de la familia para que el adicto permanezca libre de drogas depende de que los familiares se den cuenta de la adicción, ya que muchos toxicómanos niegan a sus familias su abuso de drogas. Un mayor compromiso de la familia en el programa, incluyendo a los padres y/o pareja se asocia con un mejor pronóstico.

Este compromiso de la familia en el programa es uno de los pilares básicos que se establecen en la comunidad terapéutica Manuene y que sin duda constituye un factor clave en la eficacia del programa.

En un estudio de seguimiento con residentes de dos comunidades terapéuticas (Page, 1988), y, después de un año de acabado el tratamiento, se realizó una entrevista que contenía 244 cuestiones organizadas en 9 categorías: historia ocupacional, situación vital, situación familiar, sentimientos hacia la comunidad terapéutica, creencias religiosas, uso de drogas, problemas con la ley, amigos y asociaciones y actitudes generales. Uno de los resultados que obtuvieron fue que la cantidad de tiempo que los residentes estaban en tratamiento estaba asociada a un número menor de arrestos después del tratamiento.

Por otra parte, Bale y cols. (1980) constatan que la permanencia del usuario en tratamiento es uno de los factores más importantes para predecir los resultados en el seguimiento, incluso más relevante que el tipo de centro o programa donde el drogodependiente ingresó.

Junto con la relevancia que tiene la duración de la permanencia del usuario en el tratamiento y la relación entre dicho factor y los resultados hallados en los indicadores medidos en el seguimiento, Cutter y otros (1977) constatan que el nivel escolar, la historia de consumo de drogas como la situación legal de los usuarios previa al ingreso, juntamente con la duración de la permanencia en tratamiento, predecían la ausencia de consumo, así como el ajuste social de los sujetos en el seguimiento.

Tanto para Bale como para Cutter la posibilidad de éxito en el seguimiento viene definida por la duración del tiempo en el tratamiento y por las circunstancias que rodean la vida del individuo, tales como la situación legal o la historia del consumo de drogas.

Sin embargo, creo que, tal como afirma Sheffet (1980), al que nos referiremos más adelante, también es necesario tener en cuenta el tipo de centro y el programa de dicho centro en la medida que posibiliten una motivación para un cambio de estilo de vida, que haga superar dificultades de índole personal y donde se aprenda a afrontar las diversas situaciones cotidianas sin necesidad de consumir drogas.

Uno de los autores que más han estudiado las comunidades terapéuticas (De León, 1985), llevó a cabo una investigación con una muestra de 731 toxicómanos que ingresaron en la comunidad terapéutica “Phoenix House”, en los años 1970-1975 para determinar el éxito de tratamiento.

Para este autor, la comunidad terapéutica considera que la toxicomanía es un desajuste global de la totalidad de la persona y que implica una multitud de aspectos, cognitivos, conductuales, afectivos, médicos, educativos, etc..., el problema se centra en la persona más que en la sustancia que se ingiere. La adicción es un síntoma, no la esencia del problema. La desintoxicación química es una condición de entrada, no una finalidad del tratamiento. La rehabilitación se concentra en mantener una existencia libre de drogas (De León, 1985).

Por consiguiente, los sujetos son clasificados no por el tipo de droga que usan, sino por el tipo de problemas sociales o psicológicos que le impulsan a consumir droga.

El diseño de rehabilitación está basado en presupuestos como: la autoayuda, la influencia del tratamiento sobre el paciente que depende de la predisposición de la persona al cambio; la motivación, permanecer en el tratamiento exige una continua motivación; el aprendizaje social, la comunidad terapéutica considera que el cambio del estilo de vida sólo puede ocurrir en un contexto de aprendizaje social.

Ni que decir tiene que estos presupuestos están presentes en la comunidad terapéutica Manuene y expresados en la voluntariedad del paciente a realizar el tratamiento, en el trabajo sobre la motivación y en la posibilidad de cambio personal y cambio de estilo de vida. El tratamiento se considera como un paréntesis en la vida de la persona pero cuyos efectos deben de ser permanentes.

La investigación que llevó a cabo De León pretendía determinar el éxito del tratamiento verificando la integración en la sociedad de dos muestras de pacientes. Para ello realizó un seguimiento de 2 y 5 años después de la salida del tratamiento, a los 525 sujetos que consiguió entrevistar. Los instrumentos de recogida de información fueron una batería de test psicológicos y un cuestionario que recogía información sobre los antecedentes del paciente, las actividades realizadas en el año anterior a la entrevista, la experiencia en comunidad y el periodo posterior al tratamiento.

En cuanto a los resultados, hay una relación entre el tiempo de estancia en tratamiento y los resultados posteriores, es decir, a más tiempo en tratamiento, más acusada es la mejoría de manera que los individuos que abandonaron el tratamiento son los que peor situación tenían en el seguimiento.

En cuanto a las tasas de retención, es decir, el porcentaje de abandonos en referencia a los ingresos producidos, la retención nos daría la capacidad que tiene el programa de captar, de motivar al paciente, en definitiva, de retenerle para que efectúe el tratamiento. Pues bien, De León y cols. (1985), realizaron una investigación entre 7 comunidades terapéuticas. Los resultados clarifican las tasas de retención y los patrones temporales de abandono. La información se sacó de todas las admisiones de 982 sujetos de las 7 comunidades terapéuticas. Los resultados mostraron que:

a. En las 7 comunidades terapéuticas, las tasas de retención a los 6 meses de iniciado el tratamiento se encontraba en un rango entre el 17 y el 34%, mientras que a los 12 meses estaban entre un 4 y un 21%, las diferencias en los programas no eran generalmente significativas.

b. El 16% de los que abandonaban eran readmitidos, y dentro de esta muestra se identificaron dos grupos: un primer grupo que abandonó 4-5 meses después del inicio, estuvieron fuera unos días, volvieron y permanecieron en régimen de residencia. Y otro grupo en el que los sujetos abandonaron más temprano, volvieron por un periodo, pero lo dejaron de nuevo y no volvieron al mismo programa. Lo que quiere decir que en los abandonos múltiples el número de días en tratamiento previo al abandono inicial, parece ser un predictor significativo de la retención a largo plazo.

c. Los patrones temporales de abandono eran uniformes en todos los programas: Una inicial alta tasa de abandonos en los 14 primeros días, que

desciende suavemente dentro de los tres primeros meses, y se mantiene moderadamente hasta los 12 meses.

d. Las estimaciones indican que la probabilidad de permanecer en tratamiento aumenta significativamente con una larga estancia en tratamiento.

e. Los patrones temporales de abandono fueron marcadamente estables, por igual en todas las comunidades.

Estos resultados se pueden utilizar para estudiar el problema del abandono, permitiendo analizar las condiciones que pueden influir en él. Estas condiciones tendrán que ver con la adecuación del paciente al tratamiento, la intervención terapéutico-educativa y la composición del grupo de pacientes.

A su vez, Uchtenhagen y Zimmer-Höfler (1987) realizaron un estudio sobre los programas de tratamiento en Suiza. Utilizaron una muestra de 215 drogodependientes que ingresaron en un Programa de comunidad terapéutica (siete centros); metadona (tres centros); drogodependientes ingresados en la cárcel (cuatro cárceles); así como un grupo de control de 513 personas no adictas.

El seguimiento se llevó a cabo a los dos años del tratamiento y localizaron el 90% de la muestra, tanto de drogodependientes en tratamiento, como del grupo control.

Los resultados de dicho seguimiento demostraron que existía una estrecha relación entre los cambios en los hábitos de consumo y los cambios importantes en otras áreas conductuales. Así, un 49% de los sujetos que permanecieron en comunidad terapéutica, un 29% de los que permanecieron en centros de metadona y un 15% que permanecieron en la cárcel, no consumían drogas.

Las personas ingresadas en centros de metadona obtenían mejores resultados que los de las cárceles, pero, eran peores en comparación con los que ingresaron en comunidades terapéuticas.

Sin tener en cuenta el motivo por el cual el usuario ingresó en el programa de tratamiento, los resultados evidenciaron que los pacientes que permanecieron en comunidad terapéutica expresaban mayor motivación con respecto a la

abstinencia de drogas y a la adaptación social; sin embargo, los usuarios que permanecieron en centros de metadona manifestaron encontrarse motivados en el ajuste social pero desmotivados para lograr el objetivo de la abstinencia.

En cuanto a la valoración emitida por los usuarios sobre la calidad de la asistencia recibida en los diferentes centros de tratamiento, la comunidad terapéutica obtuvo puntuaciones altas en la mayoría de los items explorados, en cambio, los centros penitenciarios las puntuaciones más bajas y los centros de metadona puntuaciones medias.

Sheffet (1980), en la unidad de admisión del Hospital de Martland (New Jersey), llevó a cabo un estudio de seguimiento a los doce meses de haber finalizado el tratamiento de una muestra de casi 4.000 drogodependientes, con el objetivo de evaluar la eficacia de tres programas asistenciales: comunidad terapéutica (tres centros), centros abiertos (dos centros) y un centro de metadona. Sheffet aporta las siguientes conclusiones:

1. El programa de metadona obtiene los índices de retención más altos en comparación con los otros dos programas: 65% en metadona, 22% en comunidad terapéutica y 5% en centro abierto.
2. Las mujeres permanecen más tiempo en tratamiento que los hombres y, a su vez, las casadas más que las solteras.
3. Los índices de retención hallados en las tres comunidades terapéuticas eran significativamente diferentes. Dichas diferencias no se podrían explicar mediante las características de los usuarios y, por tal motivo, considera que la evaluación de estos centros requiere una evaluación individualizada de cada una de las comunidades terapéuticas, en lugar de una evaluación global.
4. Los usuarios con un nivel de estudios superior permanecían más tiempo que aquellos de niveles inferiores.
5. Los usuarios que habían ingresado por presión legal eran más optimistas sobre las posibilidades de cambio.
6. El porcentaje de usuarios dados de alta en el programa de metadona era superior a los encontrados en comunidad terapéutica.

7. Entre los usuarios que finalizaron el tratamiento el consumo de drogas había disminuido y la integración laboral aumentaba.

Sheffet sostiene que no existe una relación directa entre las variables sociodemográficas o características psicológicas individuales que explique, de manera global, el nivel de éxito que los diferentes programas de tratamiento obtienen con los usuarios; sino, que el propio sistema asistencial ofertado sería el elemento clave relacionado con el nivel de éxito logrado, idea ésta ratificada mediante los resultados significativamente diferentes encontrados en las tres comunidades terapéuticas y que, a su vez, tenían un funcionamiento interno diferente entre sí.

Estos estudios multicéntricos demuestran que la comunidad terapéutica es la mejor valorada mayoritariamente, sin embargo, los estudios comparativos entre comunidades terapéuticas no parecen llegar a conclusiones que clarifiquen la mejor forma de intervenir dentro de dicho marco. No solamente Sheffet sostiene que cada comunidad terapéutica tiene formas de intervenir diferentes, estudios más recientes al nivel de la Comunidad Autónoma del País Vasco señalan tal diferencia entre comunidades terapéuticas. Así, Erro (1994) en su estudio señala que cada comunidad terapéutica estudiada posee diferencias en cuanto a:

- Características geográficas, vías de acceso, dotaciones, distribución de espacios, recursos económicos y resultados obtenidos con la población asistida.
- También es diferente el número de personas que integra cada equipo de intervención, el nivel académico, la formación del equipo, la experiencia y formación en el campo de las drogodependencias, las condiciones laborales y la coordinación con otros profesionales.
- Por último, existen diferencias con relación a los aspectos asistenciales relacionados con el proceso de admisión, funcionamiento interno del centro, criterios utilizados para evaluar a los usuarios, así como los distintos programas de intervención y estrategias utilizadas.

No podemos pensar que esto ocurra solamente entre comunidades terapéuticas sino, también, entre otras modalidades de tratamiento. Será necesario detallar y concretar lo común de cada centro para que pueda haber parámetros

parecidos de comparación y, seguramente, esto será difícil dada la diversidad de formas de intervención y funcionamiento de cada centro.

Por lo tanto, la presente investigación no establece un estudio comparativo entre diferentes comunidades terapéuticas puesto que habría que partir de unos criterios standard, comunes que hayan demostrado su eficacia al menos en los cuatro aspectos presentados en los estudios de seguimiento: consumo de drogas, aspectos laborales, delictivos, de formación y, también, los aspectos de salud, para poder ser comparados y se constata que cada comunidad terapéutica, en este caso, trabaja de forma diferente, con criterios diferentes tal como se ha señalado anteriormente, por lo que es importante hacer hincapié en la realización de evaluaciones individuales, complementando el enfoque cuantitativo con un análisis fenomenológico cualitativo, así se pretende hacer en este estudio.

Señalamos finalmente otros dos estudios de seguimiento realizados en el Estado Español. Uno de ellos llevado a cabo por un equipo de profesionales del SPOTT(Diputación de Barcelona), formado por Guardia y cols.(1987), que realizaron un estudio de seguimiento a 73 heroinómanos que solicitaron tratamiento.

Las características de la muestra eran en el 50% de los casos la siguiente: de 18 a 25 años de edad, vivían con sus padres, en grandes poblaciones, con estudios de E.G.B., no trabajaban ni estudiaban. Su nivel socioeconómico era medio o bajo. Tuvieron su primer contacto con la heroína entre los 16 y 22 años de edad, y a la vez tomaban otras drogas. Presentaban inadaptación al medio familiar y habían tenido algún episodio de hepatitis.

Después de analizar los resultados llegaron a las siguientes conclusiones:

- Parece que no existe una tendencia clara, ni hacia la mejora ni hacia el empeoramiento con el paso de los años. Pero sí se observa que los pacientes que se encontraban en situación favorable al año de seguimiento, tienen más probabilidades de encontrarse bien a los tres años. Esta probabilidad aumenta con la duración del tratamiento.
- El mayor porcentaje de pacientes en situación favorable se detectó entre aquellos que habían realizado: un cambio de domicilio al medio rural, un

programa de rehabilitación en comunidad terapéutica o un programa de reinserción sociolaboral.

- La desintoxicación por sí sola no es suficiente para que la evolución del paciente sea positiva si no se complementa con otro programa de tratamiento que atienda la rehabilitación.

Por último, el programa DROSS, de Melgarejo y cols.(1988), que realizó un seguimiento a un año de una muestra de 125 pacientes.

Las variables tomadas en el seguimiento y que inciden en el índice de recuperación son: el consumo de heroína, alcohol y otras drogas en el último mes, los problemas legales, el trabajo actual, los estudios, la convivencia y el ingreso hospitalario en el último trimestre.

Obtuvieron peores resultados los individuos con problemas de consumo de alcohol en la familia, con un inicio del consumo de heroína y su adicción y con un inicio del tratamiento a edad más avanzada.

Se observaron mejores resultados en individuos cuya familia estaba en una situación económica desahogada, permanecían más tiempo en tratamiento y sus periodos de abstinencia dentro del mismo eran más largos.

1.2 Estudios de evaluación al término de los tratamientos.

Vamos a describir ahora los grandes estudios de evaluación llevados a cabo fundamentalmente en Estados Unidos. Estos estudios parten de la idea de medir objetivamente los resultados obtenidos a través de un programa para compararlos con los objetivos y ver en qué grado se han conseguido (Jimeno y Pérez, 1983).

Se trata de valorar la eficacia del programa basándose en los datos que se obtienen de forma sistemática.

Los más significativos han sido los siguientes:

1.2.1 El Programa DARP (Drug Abuse Reporting Program). Organizado en 1969 por un grupo de la Universidad Católica de Texas y financiado por el National Institute on Public Health y por el National Institute

on Drug Abuse, desarrolló durante la década de los 70, entrevistas estructuradas a una muestra de 44.000 pacientes procedentes de 52 centros públicos.

Las modalidades estudiadas fueron: mantenimiento con metadona, comunidad terapéutica, centros ambulatorios y centros de sólo desintoxicación física. Nieva (1988) realiza una breve descripción de estos grandes grupos:

1. La desintoxicación: ordinariamente se hace al ingreso del paciente en el centro y puede efectuarse tanto con ayuda de fármacos como sin ellos. Es de corta duración y, normalmente, precede a otros tipos de tratamientos.
2. El mantenimiento con metadona: sólo para toxicómanos adictos a opiáceos, habitualmente adopta la modalidad de régimen externo con servicios complementarios que varían según los centros.
3. La comunidad terapéutica: en las que el proceso terapéutico hace hincapié en la interacción del grupo.
4. El tratamiento externo libre de droga: se utiliza tanto grupal como individualmente, incluyendo programas y servicios de orientación vocacional, ocupaciones, orientación familiar,...descubriéndose una amplia variedad de modalidades.

Estas modalidades se compararon entre sí con un grupo de comparación formado por sujetos que iniciaron tratamiento pero que no continuaron el mismo.

Las principales conclusiones de este estudio fueron las siguientes:

- a. Los programas de mantenimiento con metadona, comunidades terapéuticas y los servicios ambulatorios obtienen resultados que demuestran la eficacia del tratamiento impartido, mientras que no sucede lo mismo con la modalidad de sólo desintoxicación física.
- b. Los indicadores más consistentes que indican una evolución global desfavorable son la historia delictiva previa y una tasa alta de actividades delictivas, consumo de drogas y desempleo durante el tratamiento. Esto quiere decir que una historia pobre de empleo antes y durante el tratamiento es

predictiva de desempleo, en cambio, disponer de empleo antes y durante el tratamiento es predictor de empleo después del mismo (Simpson, 1982).

c. Existe una estrecha relación entre el tiempo de permanencia en tratamiento y el resultado global. Los sujetos que permanecen más de 90 días en tratamiento obtienen mejores resultados (Simpson, 1981).

d. Parece ser que en el seguimiento a los seis años, el pronóstico de los toxicómanos sometidos a tratamiento es independiente de la modalidad escogida (Simpson, 1982).

Los resultados del programa DARP apoyan, por tanto, la idea de que el tratamiento adecuado es el que consigue disminuir el uso de droga y alcohol y reduce la criminalidad del toxicómano. Del mismo modo parece claro que no hay un único tipo de tratamiento de la toxicomanía eficaz para todos los pacientes, sino que es necesario averiguar qué tipo de tratamiento es el más adecuado para cada paciente.

En este sentido, se está desarrollando en la actualidad una investigación en Europa, denominada BIOMED 2, donde participan experiencias de tratamiento de drogodependencias de varios países europeos, cuyo objetivo sería valorar justamente esto: “qué tipo de tratamiento es más adecuado a cada paciente”. En dicha investigación participa la comunidad terapéutica Manuene activamente y se está a la espera de los resultados.

1.2.2 El programa TOPS (Treatment Outcome Prospective Study). De la experiencia obtenida en el programa DARP se desarrolló el TOPS en donde se entrevistaron a 11.000 pacientes de 41 centros durante los años 1979, 80 y 81.

Fue un estudio de la conducta del paciente antes, durante y después del tratamiento, con la finalidad de planificar y asesorar los planes de tratamiento de drogodependientes en Estados Unidos.

Este programa trabaja con múltiples variables de referencia que, Nieva (1988) en su tesis doctoral las clasifica en las siguientes áreas:

1. Área de antecedentes individuales: Características demográficas, estilo de vida, uso de drogas y de alcohol, experiencia en tratamiento de toxicomanía,

actividades delictivas, actividad laboral y otras conductas productivas socialmente aceptadas que realizara el paciente antes del tratamiento.

2. Área de tratamiento: Tipo de tratamiento, conducta durante el tratamiento (uso de drogas y alcohol, actividad delictiva, trabajo, participación e información en las actividades del tratamiento), valoración que el paciente hace del tratamiento.

3. Comunidad: Integración en la comunidad, factores económicos y sociales que influyen en el individuo, apoyo de la familia y de otras personas durante el tratamiento, composición y cambios en la familia, disponibilidad de drogas en el ambiente cotidiano, conocimiento de los recursos de tratamiento y de los servicios comunitarios.

4. Resultados de tratamiento: Tiempo de permanencia en el tratamiento, uso de drogas y alcohol, conducta delictiva, trabajo, salud mental.

Estas variables pueden servir de modelo cuando se realiza un estudio de seguimiento con drogodependientes.

En este programa, el índice de abandono varía considerablemente según la modalidad de tratamiento:

- Con mantenimiento con metadona, el 35% de los pacientes abandonó el programa tres meses después de comenzar, si bien a los seis meses este porcentaje se extendió al 50%.
- En tratamientos residenciales, durante el primer mes el 25% abandonó el tratamiento y al final del tercer mes se llegó a un 56%.
- En la modalidad de pacientes externos libres de droga, al tercer mes abandonó el programa el 60% (Hubbard, 1984).

En el seguimiento llevado a cabo por Hubbard (1984) durante un año después de finalizado el tratamiento, se observó un descenso en el consumo de droga en todas las modalidades de tratamiento. Se comprobó que el porcentaje de sujetos que consumía después del tratamiento disminuía en función del tiempo de permanencia en el centro, es decir, a más tiempo en tratamiento, menos consumo durante el seguimiento.

Por otra parte, estos autores opinan que se deben impulsar diseños de investigación que posibiliten un conocimiento más exacto del funcionamiento interno de los centros, los espacios asistenciales ofertados a los usuarios, así como las técnicas psicoterapéuticas utilizadas en éstos; y así poder introducir las mejoras necesarias para lograr una asistencia más eficaz y eficiente en el campo de las drogodependencias.

1.2.3 El Equipo de trabajo de la Administración de Veteranos de Filadelfia ha desarrollado un programa que consta de seis componentes para el tratamiento de alcohólicos y dependientes de drogas. Entre sus aportaciones están:

1.2.3.1 Realización de una entrevista estructurada mediante el test ASI(Addiction Severity Index) (McLellan y col., 1982), que se administra en 40 minutos y evalúa 7 áreas: consumo de alcohol y drogas, médica, legal, familiar, empleo y ajuste psicológico.

De acuerdo con su puntuación, dividen a los sujetos en tres grupos:

- a) Sujetos con puntuación ALTA, muestran una ligera mejoría y pobres resultados, independientemente del programa de tratamiento en que sean tratados.
- b) Sujetos con puntuaciones BAJAS, muestran mejorías significativas y obtienen los mejores resultados, independientemente del programa de tratamiento.
- c) Sujetos con puntuaciones MEDIAS, cuyos resultados dependen en parte del programa de tratamiento al que sean asignados.

Entre las aportaciones que realiza, podemos señalar las conclusiones de los siguientes autores:

Para Rounsaville y otros (1987), la abstinencia en el consumo de opiáceos se asociaba con la mejoría en el área delictiva (menor número de actos delictivos), adaptación social con la familia y amigos, así como menor consumo de otras drogas diferentes a los opiáceos.

Dichos cambios desaparecen en el caso de que el sujeto reinicie el consumo, aunque, por otra parte, aquellos que habían comenzado nuevamente a consumir drogas obtenían mejores resultados que los consumidores habituales.

Kosten y otros (1986), señalan que los usuarios que habían solicitado el ingreso en centros de desintoxicación, se caracterizaban por tener menos problemas psicológicos así como mayores problemas con la justicia, mientras que aquellos que ingresaron en programas de tratamiento más largos eran personas con depresión grave y problemas médicos.

Por otro lado, parecen concluir que los usuarios que habían permanecido en tratamiento durante un periodo mínimo de seis meses tenían capacidad tanto para controlar su consumo de opiáceos como para lograr una adaptación social óptima.

No obstante, respecto al consumo controlado constatan que, en la mayoría de los casos, dicho consumo no se mantenía estable y estas personas reingresaban debido a su consumo abusivo de drogas.

En cuanto a qué programa de tratamiento era más efectivo, según los resultados hallados en el seguimiento, la conclusión expuesta por Kosten y colaboradores (1986), es que la efectividad del programa es mayor cuando se ofertan espacios asistenciales adecuados, mediante los cuales el paciente adquiere herramientas para hacer frente a las áreas más deficientes.

1.2.4 El Proyecto EMETYST (estudio multicéntrico de evaluación de tratamientos y seguimientos de toxicómanos), desarrollado en España por Sánchez-Carbonell y cols. (1988): se realizó haciendo un seguimiento durante dos años a 311 adictos a heroína que solicitaron tratamiento en 16 servicios ambulatorios entre marzo y julio de 1985.

El 78% eran varones, con una edad media de 24 años y el 73% vivía con los padres o familiares. En el último año el 53% había trabajado y el 17% había estado encarcelado, el 61% había iniciado tratamiento por primera vez.

Los objetivos de este estudio son (Sánchez-Carbonell y cols., 1988):

- Descripción de la población que solicita tratamiento.
- Evolución de los usuarios a los tres, seis y doce meses del inicio del tratamiento.
- Evaluación de los centros o programas asistenciales.

En general, se observa que el consumo de cocaína, alcohol y tabaco no ha experimentado cambios, el consumo de heroína, cannabis y tranquilizantes disminuyó a los 6 meses y se estabilizó a los 12 y 24 meses. Las tres razones más nombradas fueron el cambio de vida (73%), el acudir a tratamiento (15%), y, la familia (12%).

En el área psicológica se observaron mejoras en las tres variables citadas entre la admisión y los 6 meses y se estabilizaron a los 12 y 24 meses. En el área legal, los juicios y detenciones en los últimos tres meses no experimentaron cambios significativos. El hecho de estar en libertad condicional o provisional en la admisión a tratamiento y haber estado encarcelado en el año previo al comienzo del programa, fueron predictores de mala adaptación social.

En el seguimiento se encontró una relación entre el consumo de heroína y la realización de actividades delictivas.

Los individuos que permanecieron más de 90 días en tratamiento, obtuvieron mejores resultados en las 15 variables estudiadas, especialmente en el área legal y psicológica y presentaron una mejor adaptación social.

A los 24 meses, el 65% convivía con la familia de origen y el 26% con su pareja. Contrariamente a otras investigaciones, en ésta no se observa que convivir con la familia en el seguimiento sea un buen factor pronóstico de una mejor adaptación social ni de un menor consumo de drogas.

Los resultados a los 6 y 12 meses fueron predictores de los que sucedería a los 24, excepto para el consumo de alcohol y tabaco y para el trabajo, lo cual indicaría una estabilidad de los logros obtenidos durante el tratamiento.

1.3 Investigaciones actuales sobre comunidades terapéuticas en Europa.

En un reciente encuentro celebrado en Holanda se debatieron los distintos aspectos en referencia al diseño y efectividad de los tratamientos sobre comunidades terapéuticas en Europa.

Parece ser que uno de los principales problemas a la hora de investigar se ha debido a la propia estructura de la comunidad terapéutica, donde se ha priorizado la formación específica de los componentes de los equipos de intervención y se ha percibido la investigación como una fuerza externa y potencialmente en contra del propio trabajo.

Hoy en día la comunidad terapéutica ha tenido que evolucionar ante los cambios sociales producidos y los cambios de la población y debe ser competitiva ofreciendo servicios en un medio más complejo, para una población más diferenciada. Esta situación favorece el que se produzca una mayor investigación para mejorar el servicio que se presta en las comunidades terapéuticas.

Ya hemos hablado sobre uno de los investigadores que más ha trabajado en el ámbito de las comunidades terapéuticas. Nos estamos refiriendo a De León. Este subraya que el término “Comunidad Terapéutica” es utilizado para definir enfoques distintos y que no todos los programas que se autodenominan “Comunidad Terapéutica” emplean los mismos modelos sociales y psicológicos de tratamiento (De León, 1995). Esta idea es coincidente con lo mencionado anteriormente sobre las diferencias cualitativas de cada programa.

La importancia de las investigaciones de De León en América ha sido tal que hoy no se podría concebir el resto de las investigaciones europeas sin tener en cuenta estos antecedentes americanos.

De León hizo hincapié en la necesidad de describir cuidadosamente los diversos servicios que ofrece la comunidad terapéutica y los tratamientos como fuente de información para una valoración más cualitativa.

Dada la experiencia de la investigación las conclusiones principales que se destacan de los estudios de De León y que afectarán a otras investigaciones europeas vienen determinadas por el descubrimiento de buenos indicadores para la retención en el tratamiento. Estos indicadores tienen que ver con (De León, 1986):

- Circunstancias, motivaciones, buena voluntad y adaptabilidad (CMRS):
 - Circunstancias que conducen a las personas a buscar un tratamiento.
 - Motivaciones que se refieren a razones de cambio en la persona.

- Voluntad de realizar un tratamiento como ayuda en el cambio personal.
- Adaptabilidad entre la persona y la modalidad particular de tratamiento.
- La interacción con el tratamiento.
- Las necesidades del paciente.

En la actualidad, De León (CTCR, 1996) desarrolla el “Cuestionario de Elementos Esenciales”. Se trata de encontrar los elementos esenciales de un modelo genérico de comunidad terapéutica. Este sistema de codificación debería proporcionar utilidad a la hora de hacer comparaciones válidas entre los programas de la comunidad terapéutica.

Debería conducir a una mejora de la formación de los trabajadores, hacer referencias apropiadas y desarrollar estándares de seguridad adaptados de calidad.

Teniendo en cuenta, pues, estos antecedentes americanos, podemos destacar entre las investigaciones europeas las siguientes:

En Alemania, Bühringer en 1985 llevó a cabo una investigación multicéntrica basada en un diseño evaluativo donde se contemplaba: características del paciente, proceso terapéutico en centros residenciales, facilidad en el acceso de los pacientes al centro, predicciones de abandonos y recaídas, factores de influencia y estudios de seguimiento.

Los resultados de dicho estudio fueron que de una muestra de 164 ex-residentes, es decir, personas que habían finalizado el tratamiento, y tras un periodo de 9 meses, una vez finalizado éste:

- El 29% permaneció sin consumir.
- El 6% con algún consumo ocasional.
- El 65% con una recaída considerable.
- El 16% con consumo sólo de cannabis, (Haderstorfer y Künzel-Böhmer, 1992).

En referencia a la situación legal, la mayor parte de los pacientes estaba en libertad condicional y sólo el 16% fue, nuevamente, acusado después del tratamiento.

En cuanto a la situación laboral, el 46% tenía un trabajo durante el tratamiento y el 45% vivía con apoyo de los servicios sociales.

Muchos pacientes expresaban, finalizado el tratamiento, que éste les había ayudado a ver la vida de otra manera, a incrementar su autoestima personal y la confianza para afrontar los problemas.

En Italia el máximo exponente en investigaciones sobre las comunidades terapéuticas lo encontramos en Cancrini y sus colaboradores del departamento de psiquiatría de la Universidad de Roma.

El estudio principal de Cancrini se centra en el desarrollo de una tipología comprensible y útil para comprender como actúa la toxicomanía en la persona consumidora y su entorno y poder asignar dicho paciente a un tratamiento indicado.

Sus principales hipótesis fueron (Cancrini, 1988):

- Los toxicómanos pertenecen a diferentes tipos de individuos y familias.
- Hay una relación entre drogas, sufrimiento y enfermedades psicológicas.
- El fracaso después del tratamiento depende a menudo de la incapacidad del tratamiento y no de la gravedad del caso.

Una de las ideas claves de Cancrini fue relacionar la familia del paciente con la comunidad terapéutica a través de la terapia familiar desarrollada dentro de la propia comunidad.

De su investigación nacen los primeros estudios, donde se pone la atención en:

- a. Los modelos de organización y comunicación en las familias.
- b. La organización psicológica, los mecanismos de defensa, los rasgos característicos presentes en el comportamiento y en la personalidad, así como los aspectos de adaptación del desarrollo individual sobre los que la droga tiene un efecto terapéutico.
- c. Las actitudes, la selectividad en el consumo de drogas, el riesgo de sobredosis y el nivel de interés/desinterés por las consecuencias físicas y/o interpersonales del consumo de drogas, la tendencia a dramatizar o minimizar

hechos relacionados con el uso de drogas, la sensibilidad para reconocer los efectos de la sustancia.

d. El modo en que el sujeto que consume drogas y/o su familia, tienden a establecer relaciones con los profesionales y servicios destinados a ayudarles.

Las investigaciones desarrolladas por este autor comprueban la existencia de un importante componente psicopatológico en la génesis de la toxicomanía.

Las tipologías descritas por Cancrini (1996), en resumen, son:

- TIPO A o toxicomanías traumáticas: en general, lo que describe este tipo de adicción es un acontecimiento traumático que desmorona el equilibrio psíquico de la persona y, ante la imposibilidad de expresar el duelo¹, se produce una evolución patológica y el consumo de droga..
- TIPO B o toxicomanías a partir de una neurosis actual: el síntoma droga aparece ligado a una larga historia de alteraciones del comportamiento, un estado depresivo relacionado con las dificultades del grupo familiar y manifestaciones de un malestar inespecífico (somatizaciones, tedio, insatisfacción, nerviosismo). Se caracterizan por la connotación depresiva del estado de ánimo (falta de elementos ligado al placer que proporciona la droga) y por la actitud de exhibicionismo.
- TIPO C o toxicomanías de transición: el contexto familiar se caracteriza por el esfuerzo de no definir las relaciones; es mantenido por el frecuente número de mensajes paradójicos o incongruentes. Son pacientes definidos como "borderline", pacientes con graves alternancias en el tono del humor.
- TIPO D o toxicomanías sociopáticas: el modelo familiar de comunicación y organización es el característico de familias deterioradas, generalmente de las clases sociales más desfavorecidas, que aparecen como un grupo profundamente desorganizado. En este tipo de adicciones puede destacarse el descuido hacia uno mismo (riesgos y complicaciones secundarias) y la

¹ Imposibilidad de expresar el dolor ante la muerte de un ser querido o ante situaciones traumáticas.

tendencia al “acting-out”² que se traduce en el uso no selectivo de fármacos y en la capacidad bastante débil de sentir emociones.

Esta tipología desarrollada por Cancrini ha servido durante largo tiempo como modelo para el diagnóstico de pacientes en la comunidad terapéutica Manuene. A través de ella se ha podido establecer las primeras hipótesis de cómo el síntoma definido como el consumo de la droga ha influido en la familia y en el propio paciente.

También ha sido útil para explorar y entender las relaciones del paciente con el grupo dentro de la comunidad terapéutica y para el establecimiento de las estrategias de intervención.

En los Países Bajos, Kooyman, fundador de la primera comunidad terapéutica en Europa, Emilihoeve, ha colaborado con el Instituto de Investigación de las Adicciones de la Universidad de Rotterdam. Entre otros instrumentos, Kooyman ha desarrollado uno de seguimiento para evaluar los resultados del programa.

Su investigación partía de las siguientes hipótesis (Kooyman, 1996): 1) cuanto más tiempo se permanece en el programa mejor es el resultado; 2) la participación de los padres ayuda a mantener a los residentes en tratamiento, y por esto, mejora los resultados del programa; 3) la baja educación del sujeto conduce a una más alta tendencia al abandono prematuro del programa y, 4) en la evolución del programa, los periodos caracterizados por un estructura clara o actividades de aprendizaje tienen unos resultados más positivos.

Los resultados indican nuevamente que la duración del programa está relacionada con el éxito de los resultados. Los porcentajes de éxito se mueven entre el 25% de todos los admitidos en la comunidad terapéutica Emilihoeve y el 85% de todos los que finalizaron el programa.

Un nuevo descubrimiento del estudio fue que el éxito puede ser mejorado involucrando a los padres en el programa. Este descubrimiento fue especialmente significativo porque socavó un principio clínico básico del concepto de comunidad terapéutica “cerrada” donde el adicto necesita estar

² Acciones que presentan casi siempre un carácter impulsivo y que adopta a menudo una forma agresiva. El sujeto pasa de una representación, de una tendencia, al acto propiamente dicho.

completamente alejado de la familia y la comunidad porque éstas son las causas origen de su problema de adicción.

Los hallazgos de Kooyman desafiaron este principio probando que la implicación de los padres afectaba directamente a la variable del tiempo de estancia en el programa en una dirección positiva.

En Noruega, el estudio de Ravndal (1994) se preocupa, al igual que los estudios de De León, en cómo reducir el alto índice de abandonos e incrementar la retención de los tratamientos en las comunidades terapéuticas.

De su estudio se desprende que de 200 toxicómanos que solicitaron tratamiento, 144 comenzaron efectivamente el programa, de éstos el 20% completó el programa en su totalidad, el 30% completó un año de tratamiento. La tasa de abandono durante el primer año era de 70%.

En Suecia se llevó a cabo un proyecto de evaluación del tratamiento (Broekaert, 1999). En él colaboraron muchos investigadores y tuvo un gran apoyo por parte del Gobierno.

Un rasgo importante a resaltar en este proyecto fue la descripción extensiva de los programas de tratamiento que participaban en dicha investigación. Analizaban la historia del programa, el entorno, la economía, el grupo de pacientes, el equipo de intervención, las actividades y la ideología del tratamiento.

El estudio indica que la presencia de las propias preferencias de criterio de los investigadores determina los resultados.

En Suiza, Uchtenhagen y Zimmer-Höfler (1987) realizaron investigaciones comparando las comunidades terapéuticas con otros modelos de tratamiento. Estos estudios están descritos en páginas anteriores, únicamente para completar indicaremos que la percepción superior que se tiene de las comunidades terapéuticas, comparadas con otras modalidades de tratamiento, parece ser derivada por una mayor satisfacción expresada en la mejora de la calidad de vida, proporcionada por este tipo de programa; así, el 87% de los pacientes ingresados en comunidad terapéutica piensa que ésta comunicó una mejora de la calidad de vida, el 73% en el grupo de metadona y el 46% en el de prisión.

Otros hallazgos de la investigación conducen a que las comunidades terapéuticas, más pequeñas, que tienen una mayor implicación del equipo de intervención obtienen mejores resultados.

En Bélgica, bajo la dirección de Brockaert (Broekart, Raes, Kaplan, Coletti, 1999), se diseñó un proyecto de investigación en tres comunidades terapéuticas que consideraba el problema de las drogodependencias sólo como una dimensión de un problema más global con componentes tanto individuales como sociales.

Entre las conclusiones podemos resaltar la situación de salud psicológica y/o emocional de los ex-residentes: el 49% de los entrevistados presentó síntomas de depresión y/o ansiedad. En el primer año, después de abandonar la comunidad terapéutica, estos sentimientos no se mencionan. Una vez que el periodo de seguimiento es más largo de un año, los problemas psico-emocionales parecen volver en un gran número de ex-residentes. Así, el 35% de ellos indicó necesitar ayuda con relación a esos problemas.

1.4 Descripción del primer estudio desarrollado en la comunidad terapéutica Manuene.

La ponencia presentada por Abeijón, médico-psiquiatra y Director de la comunidad terapéutica Manuene, en el marco del II Congreso Mundial Vasco en 1987 muestra las primeras informaciones sobre el tratamiento desarrollado en dicha comunidad.

No sólo se muestran los datos más significativos, sino que se perfila, así mismo la filosofía de trabajo; en este sentido, la comunidad terapéutica Manuene se desarrolla, tal como lo describe Abeijón (1987), dentro de una dimensión psicoterapéutica, donde lo que interesa es la persona inmersa en un contexto en el interior del cual, el uso de la droga tiene una dimensión organizante y necesaria para el sistema y para el individuo.

Como podemos apreciar en esta definición una de las características específicas del Modelo de Intervención en la comunidad terapéutica Manuene

es la utilización del abordaje relacional o sistémico como punto de partida para entender la situación del individuo y de su familia y poder planificar mecanismos de intervención.

Se trabaja con la persona, con su familia y con el grupo de pacientes, favoreciendo la adquisición de experiencias que refuercen al individuo y su entorno más inmediato.

Una de las grandes diferencias entre lo descrito en esta ponencia y el funcionamiento actual tiene que ver con la visión exclusivamente psicoterapéutica del trabajo, tal como hemos visto en la definición. Las áreas de trabajo más educativas no aparecerán descritas hasta más tarde. En primer lugar como trabajo concreto que se desarrolla en muchas de las actividades de la comunidad y con profesionales específicos como son los educadores sociales (esta figura profesional aparecerá con reconocimiento social y académico a partir de 1991) y, en segundo lugar como trabajo escrito que se utiliza como material de reflexión en el propio ámbito.

Pero volvamos a los datos de aquellos primeros años. Abeijón (1987) señala que existen dos periodos diferenciados en cuanto al rendimiento práctico de la comunidad y a su consolidación como centro de trabajo terapéutico; el primero se sitúa en el primer año y medio de existencia, que con una capacidad máxima de doce usuarios, trabaja con un grupo pequeño, permitiendo experiencias comunes y la formación de un tejido relacional y una normativa de funcionamiento.

El segundo periodo, con una capacidad máxima de 24 usuarios permite el trabajo con un grupo mediano ya consolidado. Los datos que se ofrecen referidos a 1986, son los siguientes:

- Camas.....	24
- Ingresos.....	36
- Reingresos.....	2
- Altas.....	34
- Abandonos.....	4
- Estancia media tratamiento finalizado.....	229 días
- Índice de Ocupación.....	83,11%
- Índice de Rotación.....	1,5
- Índice de Retención.....	0,89

Vemos en los datos descriptivos referidos a 1986 que hubo 36 admitidos, además dos fueron reingresos, con lo cuál la cifra de ingresos se eleva a 38, de éstos, 34 finalizaron el tratamiento y 4 abandonaron.

La estancia media se situó en los siete meses y medio aproximadamente. Por otro lado, la ocupación alcanzó el 83,11% y la retención definida como la capacidad que tiene el programa de motivar al paciente, de retenerle para que efectúe el tratamiento, se situó en el 89%.

Por último, el Índice de Rotación, definido como el número de pacientes que pasa por cada plaza (cama), durante un año, alcanzó el 1,5, es decir que, durante 1986 pasaron por cada cama casi dos pacientes.

Las conclusiones que aporta este primer estudio en referencia a los pacientes que realizaron el tratamiento en esos cuatro años en Manuene son, entre otras, las siguientes (Abeijón, 1987):

- Necesidad de cuidar al máximo la “cuestión diagnóstica” permitiendo elaborar acuerdos y “objetivos” con las personas implicadas en el problema.
- Desde la perspectiva diagnóstica se tiene en cuenta la tipología de Cancrini (1987). Con esta referencia se comprueba que la comunidad terapéutica Manuene ha servido a pacientes situados en estas categorías:
 - Toxicomanías sustitutivas de las neurosis actuales (tipo B).
 - Toxicomanías sociopáticas (Tipo D).
- Importancia de cuidar el trabajo en la fase de contacto, especialmente en la de desintoxicación como intervención sobre la petición de tratamiento.
- Necesidad de valorar los criterios de alta y objetivos del tratamiento, diversos de la abstinencia de drogas como único parámetro válido.
- Necesidad de contactos con un centro de seguimiento a la conclusión del tratamiento. Se recuperan posiciones socio-familiares anteriores al ingreso.
- El abandono de la comunidad terapéutica no implica necesariamente la pérdida del paciente para el programa.
- La introducción de elementos diferenciadores en los objetivos de tratamiento disminuye la dependencia del usuario con respecto al programa, favoreciéndose el aumento de la capacidad de aceptación de las propias frustraciones.

1.5 Algunos estudios sobre la evaluación de la calidad del tratamiento.

Introducimos una serie de estudios sobre calidad del tratamiento puesto que una gran parte de los resultados obtenidos en la presente investigación está de un modo u otro relacionada con la calidad de la intervención y las investigaciones que se presentan a continuación tienen puntos en común con la comunidad terapéutica Manuene, objeto de esta investigación.

Uno de los primeros trabajos llevados a cabo en este sentido es el realizado por Glaser y otros (1974). Realizaron el estudio sobre 77 Centros asistenciales ubicados en Pennsylvania (EE.UU.). Fue realizado entre 1971 y 1972, y se recogió a través de un cuestionario información referente a las características del centro, usuarios, sistema de financiación económica y sobre los trabajadores.

Se entrevistó a los usuarios que estaban en Centros de Salud Mental y centros de tratamiento psiquiátrico.

Las conclusiones globales derivadas de esta evaluación indicaron que la calidad de la asistencia ofrecida a los usuarios era inaceptable. Según dichos autores menos de un tercio de los centros de tratamiento podía ser clasificado como centros que ofrecían una calidad buena de tratamiento y sólo una cuarta parte de los usuarios en tratamiento era asistido en centros que se ajustaban a dicha valoración.

En función de los resultados obtenidos, Glaser y sus colaboradores proponen determinadas recomendaciones entre las que se destacan las siguientes:

- Resulta necesario definir y delimitar, en colaboración con los trabajadores de los centros, aquellos requisitos mínimos que garanticen la calidad de la asistencia a los usuarios.
- Señalan la necesidad urgente de posibilitar la formación en el campo de la asistencia a drogodependientes a los trabajadores de dichos centros.

- Una vez cubiertas estas áreas, se deben impulsar estudios de evaluación sobre la eficacia de los programas de tratamiento.

En este estudio aparecen dos cuestiones que se identifican claramente con la percepción que se tiene en la comunidad terapéutica Manuene; por un lado, la importancia de fijar criterios mínimos que aseguren la calidad de asistencia a los usuarios. Estos criterios han de ser fijados por el equipo de intervención para su buena puesta en funcionamiento. Por otro, la formación de los profesionales que componen el equipo de intervención va a asegurar una intervención de calidad y profesional.

Angelis y Ross (1978) evaluaron un centro de tratamiento para adolescentes, estableciendo dos grupos entre los responsables de la asistencia: profesionales no-adictos y ex-adictos.

Aunque no encontraron diferencias significativas en el índice de permanencia de los usuarios, constataron que el grupo integrado por profesionales no-adictos disponían de una mayor preparación profesional y realizaban mayor número de contactos con los usuarios asignados a éstos que los profesionales ex-adictos.

Winick (1980) realizó un estudio de evaluación sobre 24 comunidades terapéuticas en el Estado de Nueva York. Las áreas abordadas fueron: usuarios, equipo terapéutico, características de los centros, índices de retención, así como el número de arrestos antes y después del tratamiento de los usuarios.

El autor efectúa una descripción detallada sobre los 1.151 usuarios asistidos en dichos centros, de los 175 miembros que integran los diferentes equipos terapéuticos, así como de las características de funcionamiento interno de dichos centros. Las conclusiones de esta evaluación son, entre otras, las siguientes:

- Los cambios frecuentes de miembros dentro de los equipos terapéuticos se consideran como uno de los aspectos menos favorecedores para ofertar una asistencia de calidad a los usuarios.
- En los centros dirigidos por ex-adictos existe un nivel escolar más bajo entre sus componentes.

- La media de horas semanales trabajadas por cada miembro del equipo es de 46 horas, de las cuales se invierten 13 horas semanales en intervención directa con el usuario (individual, grupal y con la familia), mientras que en actividades de formación sólo 0,5 horas semanales.
- Aquellos centros en los cuales existe un funcionamiento disciplinario importante, traducido en un cumplimiento rígido de las normas, se fomenta la “dependencia” del usuario hacia el centro.
- Existencia de una gama amplia de grupos de terapia, siendo ésta una de las actividades asistenciales más importantes. Sin embargo, en aquellos centros donde existía falta de formación y preparación de los profesionales, el autor cuestionaba el nivel de efectividad de estos grupos de terapia.
- Los porcentajes de abandonos durante los primeros meses eran mayores (54%) en los centros donde existía una disciplina rígida, comparativamente a los que tenían un funcionamiento más flexible (45%). Sin embargo, entre los siete y doce meses, el porcentaje de abandonos se reducía en los primeros(15%) y aumentaba en los segundos(31%). Así mismo, en estos existía mayor número de usuarios con problemas judiciales.
- Los usuarios que permanecían en tratamiento entre cuatro y seis meses tenían mayores probabilidades de no cometer actos delictivos que aquellos con permanencia menor.

En 1984 la Sección de Narcóticos y Abuso de Drogas de New Jersey, recogió información sobre 66 centros de tratamiento, en los que estaban alrededor de 1.100 usuarios, pretendiendo conocer y analizar el funcionamiento interno existente en dichos centros (Biersbach, 1985).

Las áreas incluidas fueron: ideología o modelo de tratamiento, proceso de admisión del usuario, objetivos y métodos asistenciales utilizados en el proceso terapéutico, así como los criterios de evaluación de dicho proceso.

Los resultados a los que llega Biersbach, son, entre otros, los siguientes:

- En cuanto al modelo de tratamiento, la mayoría de los centros respondía a un modelo de modificación de conducta; sin embargo, el

trabajo asistencial con el usuario iba dirigido a cambiar actitudes, adquisición y desarrollo de valores nuevos, desarrollo personal y social del sujeto, así como la búsqueda de sentido a la vida. En casi todos los centros existía una concepción médica del problema de las drogodependencias, al considerar como enfermedad el consumo de drogas.

- El objetivo principal de los centros era lograr que el usuario funcionara de forma adecuada en la sociedad. Sin embargo, de los 66 centros, 60 expresaron orientar su intervención más a las personas que a los problemas de funcionamiento social.
- En el proceso de admisión no había ningún consenso entre los centros, tanto en las técnicas de evaluación utilizados, como los métodos utilizados en el diagnóstico y evaluación.
- En cuanto a los métodos desarrollados, los espacios asistenciales más importantes en los que el usuario participaba era el trabajo, el desarrollo de valores positivos, la capacidad para la toma de decisiones así como la autoestima, la aceptación del concepto de enfermedad, la confrontación y el aprendizaje de hábitos de vida más sana.
- En opinión del 50% de los responsables de los centros, el usuario no deseaba espacios psicoterapéuticos como parte del proceso de rehabilitación, el 40% era de opinión contraria y en el 10% restante se desconocía la opinión. Un 70% de los responsables de los centros asignaba una importancia similar a la terapia de familia y a la formación del usuario.
- La intervención cotidiana en 26 centros estaba centrada en la orientación individual, 6 en la orientación grupal, 8 en la orientación con la familia, 2 llevaban a cabo psicoterapias. En los 13 centros de administración de metadona, la medicación diaria era la intervención asistencial cotidiana más importante. En 9 centros consideraban que el ambiente libre de drogas era lo más óptimo y adecuado y 1 centro se inclinaba por ofrecer al usuario una gama variada de actividades asistenciales.

- Criterios de evaluación: Un 50% de los centros utilizaba el criterio de ausencia de consumo; para un 33% el criterio fundamental de evaluación era la integración laboral; para otro 25% la reducción de actividades delictivas. Así mismo, la honestidad, nivel de autoestima, cambio de actitudes, relación adecuada con la familia, etc..., fueron señalados también como criterios de evaluación.

Por otra parte, Friedman-Glickman(1986) en la evaluación llevada a cabo sobre 22 centros libres de drogas, en los cuales estaban ingresados 2.532 adolescentes drogodependientes, investigaron la relación existente entre determinadas características del equipo de intervención y los índices de fracaso, abandono voluntario, encontrados entre los usuarios.

Estos autores encontraron que los equipos que más años llevaban trabajando en un determinado centro eran aquellos que menor número de fracasos tenía. Así mismo, constatan que los centros que ofrecían una asistencia práctica y dirigida a la resolución de los problemas o necesidades reales del usuario, eran los que tenían un menor número de fracasos o abandonos prematuros.

También destacan que la falta de espontaneidad en las relaciones entre el equipo y el usuario era otro de los factores relacionado con un mayor número de abandonos.

En este sentido podemos constatar que los resultados de este estudio coinciden con la situación de la comunidad terapéutica Manuene en referencia a su equipo de intervención. La mayor parte de sus miembros permanecen juntos trabajando casi desde el comienzo y, por otro lado, se cuida hasta con detalle el trato y la comunicación con el paciente y su familia, así como la escucha de los problemas que expresa la persona en tratamiento.

Tal como señala la presente investigación este dato queda reflejado, como ya veremos, en la satisfacción general de pacientes y familias sobre la relación con el equipo de profesionales.

1.6 Algunas conclusiones.

En la actualidad la evaluación de los tratamientos se desarrolla en tres direcciones.

Por un lado, están las investigaciones que comparan la eficacia de los distintos modelos de tratamiento. Se trata de averiguar cuál de todos los tratamientos es el más eficaz.

Por otro, están las investigaciones que determinan la eficacia de un tipo de tratamiento. Con estas investigaciones se trata de averiguar en qué medida un tratamiento consigue los objetivos o resultados apetecidos por ese modelo terapéutico. A cada modelo de tratamiento se le aplica un sistema de evaluación. No se trata, por tanto, de determinar cuál es el mejor, sino de averiguar si cada uno consigue lo que promete.

Por último, las investigaciones que determinan la eficacia de algún miembro, parte o proceso de un modelo de tratamiento. Se pretende averiguar la función o el papel que cumple cada una de las piezas del conjunto en el resultado final.

Para Comas y cols. (1992), los criterios de eficacia del tratamiento dependen de la finalidad y objetivos de dicho tratamiento. Sin embargo, si se quieren establecer comparaciones entre unos y otros tratamientos es necesario concretar criterios generales, que sirvan para todos ellos con la finalidad de desarrollar un objetivo común y estos criterios generales deben de estar contruidos de modo que representen las “expectativas de la sociedad sobre la efectiva rehabilitación del toxicómano” (p. 39).

En el DARP, el sistema de objetivos implicaban cambios conductuales en aspectos tales como mejora en el empleo, en la abstinencia respecto al uso de drogas ilegales, la moderación en el consumo de alcohol, la estabilidad del modo de vida y de los modelos de actuación familiar y la eliminación de conductas criminales y actividades sujetas a arresto o prisión. (Sells, 1975).

El programa DARP se limitó a medir conductas observables para poder homogeneizar los datos que se obtenían en los diferentes centros.

En los estudios españoles se continuó con esta dinámica de la medición de conductas observables. Se diferenciaron dos posibilidades en la situación evolutiva:

1. Situación favorable: Es la abstinencia total de heroína en el mes anterior a la entrevista, o bien un consumo esporádico y situación favorable en otras áreas (consumo de alcohol, otras drogas, delincuencia...) (Guardia y cols,

1987). O bien no haber consumido heroína después del tratamiento o, habiendo consumido, estar abstinerente en la actualidad o bien estar de nuevo en tratamiento.

2. Situación desfavorable: Serían todas aquellas situaciones evolutivas no incluidas en la definición de situación favorable (Guardia y cols., 1987). O consumir heroína en la actualidad, estar ingresado en prisión o haber muerto.

Todas estas variables están siempre en función del tipo de tratamiento recibido y de las incidencias que se han producido durante el mismo, ya que parece claro que no hay un único tipo de tratamiento de la toxicomanía eficaz para todos los pacientes, sino que es necesario averiguar qué tipo es el más adecuado para cada paciente.

De León y Rosenthal (1977), en la revisión que hacen de los estudios de evaluación sobre la eficacia de los programas de tratamiento, señalan los resultados comunes encontrados así como las deficiencias más importantes de éstos.

Entre los resultados subrayan los siguientes:

- La mayoría de los estudios utiliza uno o varios indicadores relacionados con el consumo de opiáceos, actividades delictivas y ajuste laboral, mediante los cuales se establece el nivel de efectividad del programa de tratamiento.
- Se constata mejoría significativa en los resultados hallados en el seguimiento (a corto, medio o largo plazo), comparativamente a los obtenidos en la entrevista inicial.
- La duración de la permanencia en tratamiento es uno de los indicadores más efectivos para predecir los resultados en el seguimiento.
- Mediante los índices de retención se establece el proceso y predicción de los abandonos en el tratamiento. Es decir, entre los primeros treinta días del ingreso se da el mayor porcentaje de abandonos. El tiempo transcurrido, así mismo, predice la retención posterior.

- Mediante las recaídas y los re-ingresos de los usuarios se establece y se mide el nivel de efectividad de los programas. Dicho indicador, según estos autores, no sería válido debido a que factores externos al programa pueden tener una influencia relevante tanto en las recaídas como en los re-ingresos.

En resumen, en las investigaciones sobre eficacia del tratamiento, los criterios en los que coincide la mayor parte de los autores para determinar ésta y la mejoría de una población son: disminución del consumo de drogas, la disminución de actividades criminales y el aumento de la actividad productiva (estudio o trabajo).

Entre las deficiencias señalan las siguientes:

- Establecimiento de grupo control o de comparación inadecuado por la falta de semejanzas sociodemográficas entre estos grupos y la muestra.
- Dificultad de asignar aleatoriamente a los usuarios a determinados programas de tratamiento.
- Características individuales previas al ingreso, diferentes entre los pacientes, así como cambios específicos ocurridos durante el período de seguimiento son difíciles de controlar.
- Los resultados obtenidos en el seguimiento al año de haber finalizado el tratamiento se relacionan con el programa en el cual el usuario ha permanecido, aunque los hallados en seguimientos más prolongados pueden encontrarse influenciados por otros factores que no pueden ser controlados.

A su vez, Vaillant (1974) a esta lista de deficiencias añade las siguientes:

- El porcentaje de sujetos ilocalizables en el seguimiento no debe superar el 5% de la muestra inicial para que dicho estudio tenga carácter creíble.
- Falta de otros controles externos que verifiquen la validez de la información facilitada por el sujeto, mediante autoinforme.
- No se puede funcionar durante 20 años ofreciendo un modelo de intervención sin haber efectuado una evaluación de resultados.

Si tomamos en cuenta los estudios analizados, tanto los que hemos denominado de seguimiento como los de evaluación, en los diferentes países, encontramos que las conclusiones que se pueden desprender son las siguientes:

- La existencia de una relación entre la patología psicológica de los pacientes y su oportunidad de lograr éxito en su permanencia en la comunidad terapéutica.
- El tiempo de estancia en el programa parece que es el principal predictor de éxito en el tratamiento.
- Otro resultado positivo tras haber finalizado el tratamiento es la reducción de la criminalidad y el desempleo.
- La tasa general de éxito está en el 25% del total de admitidos en el programa.
- Después de un año de tratamiento, el 30% de estos admitidos han abandonado el programa.
- El 85% de los que han finalizado permanecen con éxito después de un año de seguimiento.
- La implicación familiar influye positivamente el tratamiento.

Por otro lado, el breve recorrido por las principales investigaciones europeas sobre comunidades terapéuticas nos hace ver la necesidad urgente de dos cuestiones: la primera tiene que ver con la importancia de la formación del equipo de intervención. La consecuencia inmediata sería contemplar la investigación como una herramienta más de trabajo e integrarla al mismo. No se puede continuar intentando solucionar problemas “a ciegas” sin reflexionar sobre la intervención. A través de la formación se puede tomar conciencia de esta necesidad.

La otra cuestión tendría que ver con la necesidad de establecer coordinaciones con otros equipos a través de asociaciones, encuentros, reuniones. El intercambio no sólo ya de experiencias sino de investigaciones realizadas puede enriquecer el propio trabajo y dar claves de actuación sobre el mismo.

En referencia a las comunidades terapéuticas hay que indicar la existencia de dos redes específicas, una a escala europea, la Federación de Centros de tratamientos Libres de drogas (Euro-TC) y la Federación Internacional de Comunidades Terapéuticas. En el Estado Español existió hasta hace poco la Asociación de Profesionales de Comunidades Terapéuticas; en la actualidad sólo existen algunas iniciativas locales, sin embargo parece constatarse el hecho de que la mayoría de los profesionales estarían dispuestos a establecer puntos de encuentro que haga recuperar un espacio para la reflexión sobre la intervención que actualmente se realiza en las comunidades terapéuticas.

CAPÍTULO 2: HISTORIA DE LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

Introducción.

La historia de las comunidades terapéuticas ha marcado una forma de trabajo que ha servido y sirve a colectivos con problemas en su vivir. Además, ha hecho asentarse a esta alternativa como un espacio de “calidad” traducido como una intervención individual y grupal de “alta exigencia”, por un lado, y por otro, de adecuación a las nuevas realidades sociales que invitan a una flexibilidad en la estructura y organización de la propia comunidad.

A la hora de abordar la historia de las comunidades terapéuticas podríamos considerar tres momentos en el desarrollo de las mismas: la primera tiene que ver con el nacimiento de la comunidad terapéutica en un contexto psiquiátrico para ex-prisioneros de guerra y para marginados sociales en la Inglaterra de los años cuarenta. Este movimiento avanzó a pasos globales llegando diez años después a Estados Unidos; la segunda etapa se refiere a la creación de un modelo de intervención, al principio con alcohólicos y más tarde con toxicómanos, en Estados Unidos a partir de la experiencia de la asociación de “Alcohólicos Anónimos” y que se concretó en las comunidades terapéuticas para personas con problemas de drogas; la tercera sería el desarrollo actual de las comunidades terapéuticas para toxicómanos tanto en Europa como en América. En esta etapa haremos referencia específica a la situación actual en el Estado Español.

Aunque el nombre se mantiene en las diferentes etapas, el contexto en el que nacen y se desarrollan las dos primeras es totalmente diferente y no se puede considerar el desarrollo de las comunidades terapéuticas americanas como una consecuencia de las que se crearon en Inglaterra, en los hospitales psiquiátricos.

Vamos a ir explicando a través de algunos apuntes históricos las diversas características que han definido la comunidad terapéutica para tratar de enmarcar la situación actual de la misma.

2.1 Primera etapa: antecedentes históricos de las comunidades terapéuticas.

Sin ánimo de extendernos demasiado en el desarrollo histórico, se puede indicar que el primer antecedente de las comunidades terapéuticas habría que buscarlo en la filantropía religiosa que se desarrolla a finales del siglo XVIII. Por iniciativa de un grupo de cuáqueros se crea una institución para enfermos mentales de las familias que pertenecen a dicha secta en York-Inglaterra.

La característica de esta institución es el trato referido a los enfermos en donde se excluye la violencia típica de las instituciones para enfermos mentales de la época y el objetivo de integrar al enfermo en la sociedad y si no fuera posible, integrarlo en un modelo institucional de convivencia comunitaria desarrollando actividades laborales.

Esta institución denominada el “Retiro” es descrita por Basaglia (1972) como un lugar donde los pacientes se pueden mover libremente, pueden trabajar en el campo o en el jardín y los medios de contención se usan raramente. Se trata, por tanto, de transmitir confianza al enfermo, recordando eso sí las normas de convivencia y la posibilidad de castigo en caso de que sean transgredidas.

Más adelante Basaglia (1972) señala que “desde un punto de vista religioso, la experiencia del “Retiro” se comprende como intento de salvar al otro. Aparece como esencial el hecho de que no sea tanto una finalidad “médica” de tratamiento como una modalidad “humana” de relación, basada en la confianza de que el espíritu triunfe sobre las malas inclinaciones” (p. 56).

Esta experiencia sirvió de referencia a otras que se inclinaron por realizar tratamientos más humanos con un modelo de vida en comunidad. Así en el siglo XIX, Willian Ellis funda otra institución denominada el “Refugio”, inspirada en los principios del “Retiro” de York. Sin embargo fue John Conolly quien sentó las bases de esta nueva forma de intervención comunitaria dentro de las instituciones psiquiátricas. Los puntos en los que se apoya son los siguientes (Basaglia, 1972):

1. La enfermedad mental no es en sí misma una razón para el aislamiento.
2. Todo enfermo mental debe ser asistido por el Estado.

3. Todo manicomio debe convertirse en una escuela de aprendizaje para los estudiantes de medicina y en un lugar de educación para los enfermos.
4. Todo manicomio debe preocuparse del bienestar del enfermo en la comunidad.

Mejóro las condiciones higiénicas y ambientales y abolió el aislamiento y los castigos físicos. En el instituto de Hanwell donde trabajó Conolly, el clima del tratamiento cambió radicalmente, tal como señala Basaglia (1972): “los cuidadores transformaron su actitud de guardianes en la de enfermeros, la violencia llegó a ser algo excepcional, los pacientes más rebeldes encontraron su lugar y su trabajo en la comunidad hospitalaria, el porcentaje de altas sobre el de ingresos aumentó por encima de los dos tercios” (p. 60).

Si la experiencia del “Retiro” estaba basada en exigencias religiosas, el planteamiento de Conolly trataba de organizar la asistencia psiquiátrica desde un punto de vista más científico con el objetivo de alcanzar resultados terapéuticos.

Si bien hubo otras experiencias de humanizar el tratamiento a los enfermos mentales, no es hasta mediados del siglo XX donde aparece como tal el nombre de comunidad terapéutica. Esta tiene su origen en el Hospital de Northfield en la Inglaterra de 1946 y fue usado por primera vez por Thomas Main.

Sin embargo, como señala Clark (1973), ya en los años veinte, Stack Sullivan organizó una unidad para lo que él llamó “tratamiento psicoanalítico modificado para esquizofrénicos” en el Sheppard and Enoch Hospital de Maryland. La unidad estaba destinada a seis pacientes hombres con un equipo de seis jóvenes auxiliares y logró organizar una atmósfera de calidez y aceptación.

Esta característica de lograr una atmósfera de calidez y aceptación se ha mantenido en el modelo de comunidad terapéutica para toxicómanos. No será la única, ya que como veremos, en el proceso histórico de las comunidades terapéuticas, ha habido una serie de elementos que se han recogido y transformado y que hoy en día se expresan de diferentes maneras.

La experiencia mencionada fue importante ya que hasta entonces el hospital mental era una institución concebida y utilizada como espacio de exclusión social y, como explica el propio Clark, como un lugar exclusivo de intervención psiquiátrica.

Una “institución total”, como indica Goffman (1984) en su libro *Internados*, puede definirse como “un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente”(p. 13).

Más adelante describe: “La característica principal de las instituciones totales puede describirse como una ruptura de las barreras que separan de ordinario estos tres ámbitos de la vida. Primero, todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única. Segundo, cada etapa de la actividad diaria del miembro se lleva a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros, a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas. Tercero, todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas, de modo que una actividad conduce en un momento prefijado a la siguiente, y toda la secuencia de actividades se impone desde arriba, mediante un sistema de normas formales explícitas, y un cuerpo de funcionarios. Finalmente, las diversas actividades obligatorias se integran en un sólo plan racional, deliberadamente concebido para el logro de los objetivos propios de la institución” (Goffman, 1984, p.19-20).

Estas instituciones, que podrían parecerse en su definición a las primeras comunidades terapéuticas para toxicómanos, donde, también se buscaba en un principio la exclusión de éstos de la sociedad en lugares alejados de su realidad cotidiana, tenían una tendencia totalizadora simbolizada por los obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior.

La ponencia de Roig Traver (1985) desarrollada en las XIII Jornadas de Socio-Droga-Alcohol, profundiza más en esta cuestión señalando que ya Esquirol en el s.XIX, expresaba que el asilo debía servir para:

- Garantizar la seguridad personal de los internados y la de sus familias.
- Librarlos de las influencias externas.

- Vencer sus resistencias personales.
- Someterlos por la fuerza a un régimen médico.
- Imponerles nuevas costumbres intelectuales y sociales.

Esta realidad asilar, permanecerá básicamente igual hasta los años treinta, en donde se comenzará con otras experiencias más conectadas con la realidad social.

En el año 1939, Myerson desarrolló la experiencia denominada “Total Push” (Empuje total), nombre del método de tratamiento que creó. Partió de la idea de que los pacientes de larga estancia mejoraban si se les atendía intensamente, de manera que a mejor atención, mayor mejoría, por lo que todo el equipo trabajaba en mantener activo al paciente. Esta experiencia sirvió para ver resultados muy positivos en pacientes marginales, obtenidos por el efecto del tesón y el entusiasmo.

La idea de “intensidad en el tratamiento” se enlaza con el proyecto actual de comunidad terapéutica para toxicómanos, en el que hasta ahora había primado el concepto de “tiempo de estancia” para favorecer un cambio de actitudes y prever un tratamiento satisfactorio. Sin embargo, la posibilidad de establecer una metodología con propuestas que lleguen al individuo de forma intensa, puede provocar efectos de cambio personal, complementado con el factor tiempo de permanencia.

Con el final de la Segunda Guerra Mundial llegaron las transformaciones socioculturales, económicas y legislativas de la posguerra y el modelo asistencial psiquiátrico fue, así mismo, transformándose e iniciando experiencias más humanas, más democráticas, realizándose una crítica al modelo clásico de intervención sobre los enfermos mentales.

Pues bien, este cambio que fue desarrollándose durante la guerra produjo el descubrimiento y la aplicación de varios principios terapéuticos importantes (Roig-Traver, 1985):

- Los programas de rehabilitación resultaron más eficaces cuando se tenía en cuenta al paciente como protagonista de su tratamiento.

- El entorno social y las relaciones interpersonales con los profesionales, tanto en las unidades militares como en las de tratamiento, pudieron proporcionar apoyo emocional en los periodos de tensión.
- El trato y la relación cotidiana con familiares y amigos demostraron reducir la duración de los trastornos.
- El traslado a lugares distantes, por el contrario, los agravaba.
- Las oportunidades de profundizar sobre experiencias temidas resultaron terapéuticas.

Por razones económicas el tratamiento debía ser en la mayoría de los casos colectivo, debiendo desestimarse las terapias individuales.

La experiencia con las tropas durante la Segunda Guerra Mundial recordó a los psiquiatras la inmensa influencia de los factores sociales y de grupo en la salud del individuo, y cierto número de psiquiatras ingleses comenzó a explorar las posibilidades de usar estas fuerzas sociales positivamente, sobre todo en el Northfield Hospital, una unidad inglesa para soldados con desórdenes psico-neuróticos.

Bion y Rickman, en 1943, tomaron un grupo de estos hombres desmoralizados y les propusieron que organizaran la sala del hospital donde estaban ingresados y se responsabilizaran de dicha organización. Con ello lograron desviar la atención de los problemas individuales y se centraron en cómo organizar el grupo.

En el libro “Experiencia en grupos”, Bion va desgranando la manera cómo por medio de la organización del grupo en las actividades cotidianas y sesiones de grupo, se pudo ayudar en los problemas individuales de los enfermos.

Esta experiencia sólo duró seis semanas debido fundamentalmente a que lo que allí ocurrió fue una abdicación de poder por parte de los médicos psiquiatras militares que trasladaron el poder y la responsabilidad a manos de los pacientes, y la Dirección no pudo admitirlo.

Dentro de este grupo de psiquiatras sociales de Northfield colaboraba Main, el cual, en un artículo en el “Bulletin of the Menninger Clinic”, que trataba sobre el daño que el hospital tradicional originaba en las personalidades neuróticas dependientes, usó por primera vez el término de “Comunidad Terapéutica”, describiendo la dinámica de la organización como un todo con el objetivo de resolver conflictos.

Jones fue a lo largo de este periodo, una de las figuras más significativas en lo que respecta al desarrollo de comunidades terapéuticas para el tratamiento de enfermos. Main y Jones pudieron dar contenido a una idea construida desde los valores más humanitarios y expresada en la creación de la comunidad terapéutica como espacio para vivir y aprender.

Jones comenzó el trabajo comunitario con neuróticos cardíacos durante la Segunda guerra y, al concluir ésta, continuó con una unidad de rehabilitación de prisioneros de guerra británicos, ayudándoles en su readaptación social mediante la convivencia en una comunidad de “transición”.

El propio Jones (1980), describe el trabajo en la comunidad terapéutica de la siguiente manera: “Los conceptos de la comunidad terapéutica que comenzaron en los hospitales de la inmediata post-guerra, hasta cierto punto se vieron confirmados a través del surgimiento de las teorías de la conducta y, en particular, de la teoría de sistemas y del desarrollo organizacional. Los conceptos de comunidades terapéuticas y de sistemas abiertos se utilizarán de manera intercambiable” (p. 8).

Debido al éxito de la experiencia con prisioneros de guerra, Jones aceptó la propuesta de crear un servicio para inadaptados sociales y en 1947 abrió una unidad de “neurosis industrial” (Industrial Neurosis Unit) en un ala del Belmont Hospital, en Surrey. Al principio trataba a pacientes con largas historias de desempleo y más tarde a “psicópatas” de toda clase.

En 1954 el nombre original fue cambiado por el de Social Rehabilitation Unit y se transformaría cinco años más tarde en un hospital independiente, el Henderson Hospital.

En su primer libro, “Social Psychiatry”, publicado en Londres en 1952 y reeditado en 1962 con el título de “The Therapeutic Community”, Jones describe estas comunidades como un grupo de personas que poseen una

motivación para el cambio y que se unen con el objetivo de desarrollarse individual y socialmente.

El modelo de actividad en la Unidad Belmont cambió a lo largo de los años; por ejemplo, el psicodrama se usó en los primeros tiempos pero fue abandonado más tarde, sin embargo, la terapia social fue siempre fundamental.

A pesar de que realizaba un trabajo individual con los pacientes, la principal tarea terapéutica se centraba en las reuniones diarias de comunidad, las sesiones de grupo, las reuniones de taller; y todo lo que sucedía era evaluado. Al reconocer que la principal dificultad de estos pacientes radicaba en sus relaciones sociales, éstas fueron constantemente consideradas y estudiadas.

El trabajo de la Unidad Belmont fue estudiado por Rapoport y su equipo, quienes publicaron sus conclusiones en 1960 en el libro titulado “Community as Doctor”, publicado en Londres.

En este texto describen la cultura que se estableció en las reuniones grupales y la constante auto-observación. Señalaron cómo esta cultura afectaba a los pacientes con largas historias personales de comportamiento psicopático y antisocial y analizaron algunos de los resultados alcanzados.

También señalaron los efectos que la cultura tenía en el equipo de profesionales. Distinguieron ciertos temas culturales como: democratización, permisividad, vida comunitaria, confrontación con la realidad y las implicaciones y contradicciones internas de éstos. Sintieron que el valor de la unidad para los pacientes era afectado, en cierto grado, por una tendencia a desarrollar una cultura especial y valorar más el ajuste a la cultura del grupo que el ajuste a la cultura y costumbres del mundo exterior, al cual los pacientes deben volver en última instancia.

Hoy en día, esta cultura de grupo permite en las comunidades terapéuticas reflexionar sobre los valores que se van a transmitir, valores basados en la mayoría de las ocasiones, en los principios que animan el proyecto definido por el equipo de intervención.

Por tanto, las características y la definición de la comunidad terapéutica estuvieron siempre bastante claras. En principio y como idea fundamental, la comunidad terapéutica era siempre un hospital psiquiátrico que adoptaba

ciertos elementos diferenciales en el contexto de la terapia ambiental y la psiquiatría administrativa, es decir (Rapoport, 1974):

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

El rechazo al aislamiento y el objetivo de la rehabilitación era una de las grandes diferencias entre el hospital psiquiátrico de características asilares y la comunidad terapéutica (Jones, 1970). Otro detalle importante en la propuesta de Jones, se derivaba de la visión holística del hospital y tenía que ver con la creación de una “cultura terapéutica” compartida por internos y pacientes en sus relaciones cotidianas y que se adquiría mediante las asambleas.

La comunidad terapéutica representa el último eslabón de un proceso que comenzó con la crisis del movimiento asilar y la creación del moderno hospital psiquiátrico; en este sentido se puede apreciar la evolución de las normas básicas del centro con relación al paciente (Clark, 1973):

- El principio general es el antiguo “*primum non nocere*”, es decir, “no dañar al enfermo”.
- El sustento diario.
- El cuidado médico adecuado contra las enfermedades.
- La protección de sí mismos contra sus propios impulsos.

Siendo las necesidades de los enfermos la primera preocupación del hospital.

En el año 1953 la Organización Mundial de la Salud publicó el tercer informe de su comité de expertos en salud mental. En un capítulo sobre “El hospital mental comunitario”, el comité discute acerca de la atmósfera del hospital mental que era considerada “el factor más importante en la eficacia del tratamiento dado”. Se establecieron, entonces, algunos principios esenciales:

- Preservar la personalidad del paciente.
- Confiar en el paciente.
- Proponer actividades y trabajos de interés para el paciente.

- Mejorar la comunicación con el equipo.
- Evitar sanciones por mal comportamiento.

Que se completarían con las normas de la comunidad terapéutica señaladas por Jones (1970):

- Libertad para comunicarse: esfuerzo constante para abrir los canales de comunicación y liberar los diversos bloqueos que existen entre los individuos y los diferentes niveles de status dentro de la comunidad.
- Análisis de todos los sucesos en la comunidad terapéutica en función de la dinámica individual e interpersonal: se practica en todo momento, pero de forma particular en las reuniones. Todo lo ocurrido importa y a todo integrante le resulta valioso comprender cada hecho.
- Provisión de experiencias de aprendizaje: conveniencia de utilizar todas las posibles ocasiones susceptibles de servir como reeducación social(salidas,..).
- Acatamiento de la pirámide de autoridad: la comunicación abierta elimina muchos de los estratos jerárquicos que tanto bloqueaban el trabajo en la sala tradicional.
- Examen del rol: en distintos momentos todos los miembros de la comunidad se reúnen para examinar lo que están haciendo y el por qué y cómo afecta a otros.
- Reunión de comunidad: se ocupa fundamentalmente de los acontecimientos diarios así como de planificar las próximas actividades de la comunidad. La norma general es de gran informalidad: cualquiera es libre de hablar y cuanto menos presión tenga por parte del médico, mejor.

Para Jones estas reuniones cumplirían una función muy particular al permitir el establecimiento de lo que se ha llamado “cultura terapéutica”, entendiéndose por esto que el abordaje cotidiano de los problemas y el cuestionamiento de los roles acaba modificando la estructura de la comunidad.

Estas reuniones se complementan con las reuniones del equipo terapéutico, de tal manera que las tensiones y ansiedades aparecidas en el contacto con los pacientes puedan manifestarse, sirviendo para su comprensión y, por tanto, su modificación.

A raíz del informe de la OMS, aparecieron algunos trabajos en Estados Unidos, entre los que destacamos el llevado a cabo en el Boston Psychopathic Hospital, donde bajo la dirección del doctor Solomon las salas de los pacientes se convirtieron en un lugar activo, lleno de vida y esperanza. Se sugerían tres hipótesis de trabajo (Clark, 1973):

1. La función básica del hospital mental “es la utilización de todas las formas de tratamiento posible para restituir la salud al paciente y ayudarlo a mejorar lo suficiente para poder dejar el hospital lo más pronto posible. Característica fundamental para el éxito de esta meta sería ayudarlo a vivir una vida tan normal como fuera posible dentro del encuadre institucional...”(p. 39).
2. “La utilización de todas las formas de terapia asequibles requería el uso planeado del medio (ambiente) en su totalidad, consistente en recursos físicos e interacción social entre todas las categorías del equipo y los pacientes...”(p. 40).
3. “Con el propósito de hacer uso efectivo del medio (ambiente) social del hospital, incluyendo mejoras en la motivación del personal, debían evaluarse los conceptos y los métodos de la investigación llevada a cabo por las ciencias de la conducta y ser utilizados siempre que fuera posible”(p. 40).

Otra experiencia que destaca Clark es la historia de Wilmer (Clark, 1973), que organizó una comunidad terapéutica en Oakland, California, donde cambió los tradicionales métodos de coerción por unas reuniones diarias en las que cada mañana se analizaban todos los acontecimientos del centro. Los pacientes comenzaron a ayudar de manera efectiva a sus compañeros, la reclusión se volvió innecesaria y la administración de sedantes disminuyó.

En la Inglaterra de los años 50, Martin que había creado comunidades terapéuticas en el Hospital Claybury, relata los diez años de cambio en un libro (Martin, 1962), donde describe la comunidad terapéutica como un lugar

donde equipo y pacientes se esfuerzan en llevar a cabo un plan de tratamiento específico.

Posteriormente, en la década de los sesenta, aparecen las críticas sociales a las instituciones psiquiátricas realizadas por Basaglia. En esa época Laing y Cooper (Rapaille, 1977) llevaron a cabo sus experiencias dentro de lo que denominaron “antipsiquiatría”, criticando, incluso, el modo de hacer de las propias comunidades terapéuticas.

Rapaille (1977) describe de esta manera el trabajo realizado en el centro psiquiátrico de Shenley en Londres: “Se intentó reunir a jóvenes pacientes que llegaban por primera vez al hospital y que todavía no habían sido deformados, esclerotizados, por años de tratamientos. Dentro del servicio hospitalario, Cooper intentó eliminar las jerarquías demasiado cómodas, la distinción demasiado rígida entre los roles de enfermos, médicos o pacientes. Se abandonó la disciplina rutinaria que mantenían normalmente los enfermeros. A partir de entonces, los “pensionistas” se responsabilizaron de su vida cotidiana. Pueden tanto quedarse en la cama todo el día si lo desean, como ocuparse ellos mismos de tener limpia la habitación o limpiar la vajilla. Si se niegan a hacerlo, no sufren ninguna sanción administrativa, lo único que les ocurrirá es que sufrirán las consecuencias de su suciedad. La gestión del servicio queda asegurada gracias a la convocatoria de reuniones muy frecuentes en las que la asistencia es libre” (p. 61).

Lo que preconiza Laing es una nueva relación terapéutica basada en la igualdad paciente-terapeuta, profundizando en la relación de ambas personas y en las insatisfacciones y satisfacciones de una con la otra; la única diferencia entre ambos sería que el terapeuta está en estado de “seguridad ontológica”, es decir, con la seguridad de afrontar todas las circunstancias de la vida con sentido de realidad, de su identidad y de la de los demás (Rapaille, 1977).

De esta manera entiende que la comunidad terapéutica facilita lo que él denomina “el viaje como proceso natural de curación”, es decir, un viaje de introspección personal que implica tal como indica él mismo (Rapaille, 1977): “Un viaje desde el exterior hacia el interior, de la vida a una especie de muerte, de delante hacia atrás, del yo hacia el sí,...”, y un viaje de vuelta que significa ir: “desde el interior hacia el exterior, de la muerte hacia la vida, de detrás hacia delante, desde el sí hacia un nuevo yo...” (p.51).

Estas experiencias han conformado la denominación posterior de “democrático” a este modelo de comunidad terapéutica dentro del entorno psiquiátrico. Así Rapoport(1974) , ha concretado cuatro aspectos fundamentales de la comunidad terapéutica:

- Democratización en la toma de decisiones, así como en la manifestación de opiniones distintas.
- Permisibilidad hacia aquellos pacientes más afectados, intentando comprender sus conductas con relación a la dinámica grupal.
- Comunidad de intenciones y finalidades.
- Confrontación con la realidad.

Todo ello con los objetivos básicos de (Roig Traver, 1985):

- a. Proporcionar al paciente experiencias que aumenten su conciencia de la realidad, habitualmente alterada.
- b. Facilitar su relación y colaboración con el resto de personas de la comunidad de modo que aumente su seguridad y auto-estima.
- c. Movilizar sus capacidades para que desarrolle su potencial de expresión y realización personal.

Por consiguiente, la comunidad terapéutica aparece, pues, como un modelo de funcionamiento asistencial que permite que se apliquen estrategias diferentes.

Bleandonu clasificó estas estrategias en tres enfoques básicos (Bleandonu, 1970):

* El enfoque empírico, característico del mundo anglosajón; se trataba de atender a un gran número de pacientes con escaso personal, intentando realizarlo en un plazo corto de tiempo. A este enfoque se le añadirán posteriormente las aportaciones teóricas provenientes tanto de las ciencias sociales y de la psicología social, como de la psicología del Yo y del psicoanálisis culturalista norteamericano.

Bleandonu describe su impresión sobre la idea que tenía Jones de como la comunidad terapéutica podría resolver otros problemas individuales y colectivos de la sociedad.

Esta idea de convertir a la sociedad en una gran comunidad terapéutica se recoge, también, en una de las ponencias presentadas con motivo del XIV Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas celebrado en Montreal en 1991. Concretamente se expresaba que si la comunidad terapéutica para toxicómanos era capaz de inducir cambios substanciales en el individuo, como hacerlo más sociable, sería necesario para solucionar los grandes males sociales que la comunidad terapéutica alcanzase no sólo a personas afectadas por el problema de las drogas sino a cualquier persona con ánimo de introducir cambios actitudinales que permitieran una mejor convivencia social.

Estas opiniones que seguramente son acogidas por algunos círculos y/o asociaciones como posibilitadores de un cambio social, sí que abren un debate en el seno de las comunidades terapéuticas en torno a su utilidad.

Si históricamente por el método de trabajo, ampliamente expuesto hasta ahora, han podido ser útiles a personas afectados por problemas psiquiátricos y, posteriormente, y en la actualidad, a personas toxicómanas, se podría pensar en ampliar esta utilidad a otros colectivos con dificultades en su vivir. Veremos lo que nos depara el futuro, el debate está abierto y no sabemos por dónde se caminará. Sería necesario establecer algún estudio de prospección para valorar la idoneidad y aportar datos a la reflexión.

Sigamos, por el momento, con los otros enfoques que nos propone Bleandonu (1970):

* El enfoque psicoanalítico, adoptado por un número reducido de autores entre los que destaca Woodbury. Para éste, el psicoanálisis jugó un importante papel en el nacimiento de las comunidades terapéuticas. No hay que olvidar que Bion, Rickman, Foulkes,...eran psicoanalistas.

Sin embargo, fue Bettelheim quien señaló, en su libro sobre su experiencia en los campos de exterminio nazi (Comas, 1988), el valor del medio ambiente en el cambio de la personalidad. Este texto posibilitó una reflexión desde el enfoque psicoanalítico y, como escribe Bettelheim (1973), “tuve que aceptar

que el medio ambiente podía cambiar la personalidad totalmente, no sólo la del niño, sino también la del adulto” (p. 23-24).

Desde su experiencia en estos campos de concentración donde observó el rápido cambio de comportamientos y personalidad de las personas, reflexionaba escribiendo: ”Desde entonces me ha preocupado el siguiente problema: hasta qué grado el medio ambiente puede influir y modelar al hombre, su vida y personalidad y hasta qué grado no puede hacerlo; de qué manera y hasta qué grado puede utilizarse el medio ambiente para modelar la vida y la personalidad, y de qué manera deberá desarrollarse la personalidad para soportar cualquier medio ambiente, o en otro caso, cambiarlo por otro mejor” (p. 45).

* El enfoque ideológico que es el que más ha profundizado, desde la propia práctica, en la naturaleza y función del poder psiquiátrico.

Uno de los autores que más ha trabajado en esta línea es Basaglia (1977), para quien la comunidad terapéutica supone un método de transformación de las estructuras asilares al cuestionar radicalmente la jerarquía y la institucionalización describiendo la “importancia que reviste el aspecto social de la enfermedad para la determinación de la misma” (p.28).

Este aspecto social lo confirma la “estrecha relación entre psiquiatría y política, porque la psiquiatría defiende los límites de la norma que define una determinada organización politicosocial...”, y, por tanto, esta relación entre psiquiatría y política hace entrar en contradicción a la labor asistencial ya que: “¿de qué manera se puede presumir de curar a quien se sale de la norma, si nuestra principal preocupación es la adaptación a la norma y el mantenimiento de sus límites?” (p.29).

La crítica a todo el sistema institucional por considerarlo como el control de la “mayoría marginada”, hizo que surgiera una acción antipsiquiátrica (denominación creada por Cooper), desvinculada de las limitaciones e influencias de las fuerzas institucionales. En este marco social se constituyó en los años sesenta en Inglaterra lo que se denominó el “Network”.

Para Redler (Basaglia, 1977), psiquiatra norteamericano que trabajó con el grupo de Laing y Cooper, el Network “es una alternativa para las instituciones psiquiátricas, y está constituido por un grupo de personas que vive en Londres

y no tiene límites claros...Cada uno de nosotros busca dar un sentido a su propia existencia como punto de partida de la experiencia ajena...” (p.106).

Este grupo que convive en una comunidad está formado por treinta o cuarenta personas y no existe distinción entre ellos. Hay psiquiatras, asistentes sociales, personas con problemas mentales, y como dice Laing (Basaglia, 1977), “otros usan esta experiencia para desarrollar o profundizar en su vida, como hacemos todos; pero sin ninguna función profesional específica” (p. 116).

El modelo de intervención de este grupo critica, incluso, el modo de hacer de la comunidad terapéutica, indicando que, al igual que el hospital psiquiátrico se ejerce un control a través del grupo de pacientes. Así se expresa el propio Redler sobre este asunto: “Creo que a menudo el eje de las comunidades terapéuticas está en el comportamiento del paciente, más que en su experiencia. Aunque de alguna manera se trate de ambientes favorables al intercambio entre personas, me parece que se ejerce con frecuencia un método de control social más sutil, a veces, explícito por parte del grupo mismo” (p. 107).

Estos enfoques originaron nuevas experiencias que dieron lugar a más investigaciones sobre los distintos modelos de intervención en la comunidad terapéutica. Una de ellas, la investigación de Rapoport (1974), aportó toda una serie de elementos operativos, como:

1. La necesidad de diferenciar claramente el nivel psicoterapéutico del nivel de las actividades destinadas a la adquisición de hábitos sociales, ya que tal distinción es la que permite evitar la aparición de conflictos entre papeles manifiestos y encubiertos, entre distintos temas ideológicos y entre normas intrahospitalarias y extrahospitalarias relativas a la conducta social.
2. El interés que podría derivarse de las oscilaciones orgánicas que se producían en la comunidad que siempre liberaban una gran cantidad de energía entre los pacientes, energía que se podía utilizar positivamente si se conseguía encauzar adecuadamente.
3. Se correlacionó positivamente la aceptación por parte del paciente de la cultura del centro y del tiempo de estancia con la mejoría que éste experimentaba.

4. Como elementos a superar se señalaban, en primer lugar la dificultad de romper la correlación existente entre la situación socio-económica del paciente en el exterior y el buen proceso terapéutico y en segundo lugar la discontinuidad sociocultural entre la comunidad terapéutica y la comunidad social exterior.

En la actualidad estos elementos operativos de la investigación de Rapoport, siguen siendo objeto de debate entre los profesionales de comunidades terapéuticas para toxicómanos en el Estado español y, como veremos más adelante, son objeto, también, de seminarios y elaboración de documentos de trabajo sobre los cambios producidos en las comunidades terapéuticas.

2.2 Segunda etapa: la comunidad terapéutica como alternativa de tratamiento de personas con problemas de toxicomanía.

Si bien hemos descrito el nacimiento del concepto comunidad terapéutica dentro del ámbito de la psiquiatría y del trabajo en los hospitales psiquiátricos ingleses, ahora, vamos a tratar de describir el desarrollo de este concepto aplicado a lo que hoy conocemos como comunidades terapéuticas profesionales para toxicómanos.

Aunque en la mayor parte de la revisión bibliográfica efectuada se señala los años 60 como comienzo de los programas residenciales para toxicómanos, vamos a ver cómo otros autores van un poco más lejos en sus consideraciones históricas y conceptuales.

Así Dominicis (1998) señala que “más allá del término es difícil identificar las raíces de una práctica terapéutica en las que confluyen necesidades como las de pertenecer a un grupo, tener una familia o la más general como la necesidad de comunidad” (p. 17).

Esta necesidad de vivir comunitariamente se expresa en todos los momentos de la historia humana. Dominicis hace referencia a la comunidad de los esenios del antiguo Qumram hasta los kibbutz de Israel y dice que “toda época

histórica ha desarrollado sus utopías comunitarias, fruto del espíritu de la época y de una perenne y nunca adormecida necesidad de comunidad” (p. 17).

Sea o no por esta necesidad de sentirse unido a otras personas o por la tendencia natural a agruparse, lo cierto es que a partir de los años 30 se empieza a configurar en Estados Unidos todo un movimiento que va a tener mucho que ver con el nacimiento de las comunidades terapéuticas para toxicómanos.

Nos referimos a la creación en 1935 de Alcohólicos Anónimos. Este grupo que utilizará el método de auto-ayuda como posibilidad de mejorar en su calidad de vida y dejar el consumo del alcohol, será el precedente de las primeras comunidades terapéuticas americanas.

Los fundamentos de esta asociación habría que buscarlos en los movimientos puritanos de principios de siglo como el Ejército de Salvación, la asociación de jóvenes cristianos (YMCA) o la asociación denominada “Oxford Group”. De hecho los fundadores de Alcohólicos Anónimos pertenecían a este grupo, del que también recogieron su práctica basada en “el compartir, el cambio, el testimonio, la restitución, la rendición, la aceptación de la guía divina y de los valores absolutos. Estos son los elementos que han influido directamente en las ideas de los Alcohólicos Anónimos” (Dominicis, 1998, p. 35).

Yablonsky (1967), sociólogo y estrecho colaborador de Synanon (primera experiencia de comunidad terapéutica para toxicómanos), describe que la comunidad terapéutica recoge la metodología de los Alcohólicos Anónimos que estaba basada en que los propios toxicómanos puedan ayudarse entre sí a comprender los problemas propios, conviviendo en un espacio sin ningún tipo de drogas y por un tiempo concreto. Estas ideas podrían resumirse en:

- Entrada voluntaria en la comunidad.
- Uso de métodos de grupo, en especial grupos de encuentro.
- Uso apropiado de toxicodependientes como coterapeutas.
- Una estructura social abierta que permita al toxicodependiente que entra, subir los peldaños de la organización hasta ocupar posiciones terapéuticas de responsabilidad.

Otra característica que se observará en estas experiencias es lo que ha venido a llamarse la “cultura de la abstinencia”, por la cual no estará permitido no sólo el consumo de drogas, sino cualquier fármaco sea del tipo que sea.

Sería impensable en la actualidad esta “cultura de la abstinencia”, que ha ido perdiendo importancia debido entre otras cosas a las características de los nuevos pacientes que llegan a la comunidad terapéutica, como son los de doble patología (personas con problemas psiquiátricos y a la vez consumidores), y también los que siguen un programa de metadona dentro de la comunidad terapéutica. Sin embargo, se sigue entendiendo a la comunidad como “espacio libre de drogas”, donde únicamente se permiten fármacos establecidos y recetados medicamente.

Pues bien, a partir de estos precedentes, la primera experiencia de un programa residencial para toxicómanos no será llevada a cabo hasta finales de los cincuenta con la creación de Synanon. Este modelo de comunidad terapéutica será el referente obligado para todo el movimiento de comunidades terapéuticas en Estados Unidos.

Para Roig-Traver (1985), se desconoce por qué se ha utilizado el término de comunidad terapéutica para designar los programas residenciales de tratamiento para toxicómanos, ya que difieren mucho del modelo de funcionamiento descrito por Jones en los años cincuenta.

Sin embargo, para Dominicis (1998) la definición dada por la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas, basada en el modelo americano, no difiere significativamente de la definición de Jones. Ambas recurren a temas de cambio, objetivos comunes y ayuda recíproca y representan una alternativa a los modelos tradicionales de tratamiento, en un caso de enfermedades mentales y en el otro de tóxicodependencia.

Roig-Traver insiste en las diferencias, así, la libertad de comunicación desaparece, organizándose la convivencia sobre un modelo jerárquico. Las decisiones dejan de adoptarse democráticamente, ya que existe un programa de tratamiento y el paciente no puede sino adaptarse a él o abandonarlo. El único elemento que se comparte con el modelo original es la reinserción social del paciente.

Para Comas (1988), esta perspectiva es justamente lo contrario a aquello que pretendía Jones.

Diversos autores califican el modelo de Jones como modelo europeo y el de Synanon como modelo americano (Roig-Traver, 1985).

A nuestro entender el modelo europeo representado por Jones se diferencia del modelo americano en que el primero se desarrolló al amparo de las instituciones psiquiátricas tratando de dar solución a personas aquejadas de trastornos mentales. Fue un paso importante en la modernización de dichas instituciones, mientras que el segundo, nació como respuesta a una demanda que se auto organizó alrededor de una patología social. Este modelo resultó ser totalmente anti-institucional y, además, anti-profesional, al menos en los comienzos.

El desarrollo de las comunidades terapéuticas en Estados Unidos se acompaña de la aparición de medidas legislativas que prevén la creación de centros de rehabilitación para toxicómanos y sujetos con “riesgo de serlo”, pudiendo ser ingresados aún sin haber cometido infracciones legales.

En este contexto, en 1961, tres años después de la creación de Synanon en el Estado de California, se promulga la primera ley referente a esta cuestión y cinco años más tarde la “Narcotic Addict Rehabilitation Act” que extiende este tipo de política a escala federal otorgando créditos a los distintos Estados y colectividades locales para el desarrollo de programas de tratamiento y reinserción social (Castel, 1980).

2.3 Synanon como primera experiencia de comunidad terapéutica para toxicómanos.

Synanon se funda en 1958 bajo el auspicio de Dederich en Ocean Park (California). Dederich, que había sido miembro de Alcohólicos Anónimos comienza a incorporar a las reuniones que realiza en su casa, a drogodependientes de opiáceos que buscaban conseguir la abstinencia o reducir el consumo de drogas.

Poco después, un grupo de personas más numeroso se establece en Santa Mónica, creando allí el primer núcleo del sistema social que caracterizará a Synanon.

En esta experiencia los programas de tratamiento estaban dirigidos por antiguos ex-toxicómanos con una presencia muy reducida de personal técnico. Son los propios ex-adictos quienes dirigen el funcionamiento del programa, organizándose jerárquicamente en función de las diferentes responsabilidades dentro de la comunidad. La única posibilidad para el nuevo paciente será el ascenso dentro de la estructura jerárquica. Dederich pensaba que este proceso servía para la posible maduración que permitiría al paciente abandonar anteriores conductas y aprender nuevos patrones de comportamiento más eficaces.

Se consideraba a la persona drogodependiente emocionalmente infantil dentro de un cuerpo de adulto con una socialización defectuosa; por tanto, el objetivo de la comunidad terapéutica sería su maduración personal.

La organización se autofinancia con los subsidios de desempleo de sus miembros, donaciones de particulares y los negocios dirigidos por los propios residentes.

La comunidad de Synanon se convierte en una familia sustitutiva para una serie de personas con malas o nulas experiencias sociofamiliares y en un ámbito donde los residentes pueden vivir como están acostumbrados y no sometidos a la normativa de instituciones como los hospitales que resultan extraños a sus estilos de vida (Roig-Traver, 1985).

Sin embargo, aunque no estén sometidos a reglas hospitalarias sí tienen que acatar las normas rígidas establecidas jerárquicamente. Estas normas, que según el modelo europeo deberían ser establecidas democráticamente, suponen un instrumento de trabajo educativo en su aceptación y conocimiento de los límites personales.

Estas reglas en Synanon tenían un claro componente rehabilitador, sobre todo en aquellas personalidades que pertenecían a contextos marginales y habían desarrollado conductas delictivas.

Otra de las innovaciones de Synanon sería la de los grupos de encuentro, denominados “Synanon Games”, que permitirán tanto el análisis grupal y la expresión de los propios sentimientos, como las manifestaciones de hostilidad y crítica hacia el resto de los miembros de la colectividad. Estos “juegos” han sido descritos como una terapia de ataque donde las desilusiones y la conducta negativa son atacados una y otra vez (Yablonsky, 1967).

El proceso de autoidentificación, o el hallazgo de uno mismo, es el objetivo perseguido en Synanon y los juegos se diseñan para alcanzar este objetivo, siendo una especie de espejo social, en el que el sujeto se ve reflejado y le permite autoevaluarse más correctamente.

En los “Synanon Games” la única regla existente es la que protege a los jugadores de la violencia física. Por lo demás los ataques serán verbales y no se podrá defender a la persona atacada. El acusado, aunque no esté de acuerdo con la acusación tiene que soportarla por poco tiempo, ya que no se puede prestar atención a nadie más allá de diez a veinte minutos.

Todo juego debe enseñar algo sobre el sujeto, y eso se consigue colocándolo en una situación ridícula y surrealista mediante la burla, sátira, insulto,..., que rompen los mecanismos de defensa e invitan a la risa.

A menudo el juego provoca reacciones catárticas que cumplen perfectamente la verdadera finalidad del mismo: nada de resolver los problemas, sino demolerlos, hacerlos desaparecer. Lo que en el fondo para muchos psicoterapeutas ajenos a la organización equivale a esconderlos.

Según distintos autores, la evolución de Synanon ha estado muy vinculada a las experiencias personales de Dederich. En 1963 se produce la primera crisis cuando se debate sobre el futuro de la comunidad, ganando en este caso las tesis del fundador, donde la reinserción social pasaba a ser rechazada y la sociedad era considerada inadecuada para acoger a los toxicómanos recuperados, debiendo permanecer éstos de por vida en la propia comunidad.

Como resultado de esta crisis un grupo de miembros que no acepta estas ideas abandona la comunidad, formando más tarde Daytop, dando origen a la segunda generación de comunidades terapéuticas para toxicómanos (Roig-Traver, 1985).

A partir de aquí en Synanon se rechazan las subvenciones estatales, la intervención profesional y las investigaciones sobre los resultados obtenidos, y con el paso de los años su funcionamiento se vuelve más autoritario y cerrado, alrededor del líder, rechazando el mundo exterior, convirtiéndose en una secta sin ninguna proyección asistencial real.

Ottenberg (1985), en un análisis efectuado sobre las diferencias entre las comunidades terapéuticas y las sectas religiosas, alerta sobre el peligro de que las comunidades terapéuticas se transformen en una secta si se cierran al mundo externo, si desaparece toda posibilidad de inserción en la sociedad, por lo que será necesario desarrollar una ética que establezca los límites de la intervención y el respeto de los derechos fundamentales de la persona.

Los sucesivos problemas con el mundo exterior, la preocupación de la opinión pública ante hechos como el almacenaje de armas o el desarrollo de artes marciales específicas y la megalomanía que preside el funcionamiento de la comunidad caracterizarán los últimos años de Synanon.

A partir de 1978, no parecen existir más referencias sobre esta comunidad. En esa fecha Dederich es acusado por varios delitos y procesado (Roig-Traver, 1985).

2.4 Daytop village como referencia para las comunidades terapéuticas actuales.

Daytop Village se inició en 1963 por iniciativa de un equipo de profesionales a raíz de una visita efectuada a Synanon unos años antes. Su nombre proviene de la frase: “Drug Addicts Treated on Probation” (Drogadictos en tratamiento bajo libertad provisional).

Este equipo de profesionales fue contratado por un organismo público, concretamente por la Corte Suprema del 2º Distrito Judicial del Estado de Nueva York, para llevar a cabo una experiencia de comunidad terapéutica para consumidores en libertad provisional. En el equipo figuraba Shelly, responsable de la oficina del Ministerio, Bassin, criminólogo y experto en terapia de grupos y Casriel, psiquiatra.

Intentaron copiar el modelo de Synanon por sus resultados, sin embargo, durante el primer año no pudieron implantar la metodología por problemas a la hora de elegir el director. No será hasta la contratación de Deitch, antiguo miembro de Synanon, cuando Daytop adopta una forma específica y diferenciada de trabajo con una concepción más abierta y menos doctrinaria que la de Synanon. De esta manera nació Daytop Village.

Este modelo de funcionamiento servirá de referencia obligada para muchas experiencias de tratamiento de drogodependientes. Además, se extenderá por varios países y sus responsables crearán la Asociación de comunidades terapéuticas de América, que anualmente organiza las Conferencias Mundiales de Comunidades Terapéuticas, en donde el modelo que representa Daytop Village tiene una clara hegemonía (Ottenberg, 1985).

Según señala Roig-Traver(1985), a finales de los años 60 contaba con una capacidad de acogida de 400 pacientes. En estas fechas comenzó a evolucionar hacia las antiguas ideas de que la sociedad no era apta para reacoger a los toxicómanos y los trabajos sobre reinserción se fueron olvidando; pero, por otra parte, se comenzó a tomar contacto con colectivos marginales, tipo “panteras negras”, por lo que en 1968 y tras varios conflictos con el consejo de dirección, Deitch abandona Daytop con un grupo de miembros del “staff” y de los residentes. Es entonces cuando Casriel se hace cargo de la dirección imprimiendo un carácter más psicoterapéutico y de inserción social.

Para ingresar en Daytop es necesario pasar una selección basada en la motivación del paciente. Si éste supera esta fase ingresa en algún centro de Daytop.

Esta idea de la motivación del paciente constituye en la actualidad uno de los pilares claves para que un tratamiento en comunidad terapéutica sea satisfactorio. Para ello hay enfoques metodológicos que constituyen un verdadero trabajo sobre la demanda de tratamiento y sobre la motivación. Otra cuestión ligada a ésta y que es complementaria sería la voluntariedad de la persona para iniciar y participar en todo aquello que se proponga en la comunidad terapéutica.

El proceso terapéutico que se sigue en esos centros, desarrolla distintas técnicas como:

- Establecimiento de un modelo de roles, que viene dado por los residentes que han progresado llegando a puestos de responsabilidad o a cargos remunerados.
- Condicionamiento de la conducta, a través de todo un sistema de recompensas, si el paciente cumple con cuanto se espera de él, o de castigos, en caso de trasgresión de las normas de la comunidad, que pueden ser desde el descenso en la jerarquía social hasta la expulsión de la comunidad.
- Terapia de grupo: parecido a lo descrito en Synanon, donde los pacientes pueden expresar sus sentimientos para que todos puedan examinarlos y analizarlos.

A los pacientes que completan el programa, al cabo de 12 a 18 meses, se les considera aptos para la fase de reinserción, que puede durar entre seis y ocho semanas, tras las cuales, el paciente comienza a desempeñar un oficio, bien en Daytop bien fuera de la comunidad. Quienes permanecen hasta esta fase se consideran aptos para la graduación.

En 1978 Daytop disponía de 4 centros residenciales y 5 ambulatorios, donde se atendía a 500 residentes y unos 300 jóvenes de forma ambulatoria.

En 1967 y con la referencia de Daytop, nace en la ciudad de Nueva York, Phoenix House, a partir de un grupo de pacientes del Hospital Beth Israel. El programa es bastante similar al de Daytop, está organizado en forma de “clanes”, grupos de 4 a 6 personas y de la unión de varios de estos grupos se forma la comunidad.

Al igual que en Daytop el tratamiento se realiza en tres fases:

1. De inducción, informando al paciente acerca del funcionamiento de la comunidad, asignándoles tareas dentro de ella.
2. De tratamiento residencial, hasta doce meses.
3. De reinserción, hasta once meses.

El modelo Daytop, contrariamente al de Synanon, utiliza un sistema mixto profesionales-extoxicómanos; se plantea a sí mismo como un recurso para la rehabilitación, que incluye pisos y psicoterapia de apoyo. Mantiene de Synanon la idea de que se trata de alcanzar un grado de maduración personal y de responsabilidad de la que el drogodependiente carece.

2.5 Enfoques teóricos de estas experiencias. Características comunes y técnicas utilizadas.

Según Comas (1988), Synanon y Daytop representan un proceso de vuelta atrás en los logros de la comunidad terapéutica de Jones y otras reformas psiquiátricas. Cuando un juez remite un toxicómano a una de estas instituciones, sabe que están gestionadas por representantes del Estado y, aunque no sean cárceles, son también, instituciones totalitarias (Castel, 1980).

Según Burroughs (1976), a finales de los años 50 y principios de los 60 se produce en Estados Unidos uno de los ciclos más altos en el consumo de heroína. Esta situación creó confusión en las Instituciones de Salud Mental que, en plena reforma, no podían asumir el papel represor ni totalizador que a veces el joven drogodependiente exigía por sus necesidades de vivir la libertad como un riesgo (Comas, 1988).

Es en este momento cuando surgen las comunidades terapéuticas para drogodependientes, algo que, en principio, parecía representar una filosofía contraria a la desarrollada hasta el momento en los hospitales psiquiátricos y que ha producido innumerables confusiones, hasta el punto que el propio Jones clarifica su posición, llamando comunidad terapéutica democrática a aquella que nació en la Inglaterra de los años 30 y 40 y comunidad terapéutica autoritaria al modelo que representa Synanon (Jones, 1985).

En la conferencia de comunidades terapéuticas americanas, celebrada en Roma, en 1985, Jones (1990), afirma: “En el modelo democrático de C.T. cada persona nueva que llega es bienvenida y acogida calurosamente. Después de varias reuniones se espera de él que se comprometa, no sólo en ayudarse a sí mismo, sino en ayudar al tratamiento de los demás”(p. 30).

Sin embargo, “en las comunidades terapéuticas “conductuales” nacidas en Estados Unidos, no cuentan tanto con las teorías psicodinámicas y los cambios de conducta se fomentan sobre todo por la fortaleza de los grupos de stress” (p. 31).

Para completar los distintos enfoques teóricos que sustentan el trabajo en la comunidad terapéutica, conviene añadir la opinión de Bergeret (1980), que desde un punto de vista psicoanalítico, distingue tres tipos de instituciones (Bergeret, 1980):

1. Instituciones fusionales: donde las relaciones entre el profesional que interviene y el paciente son muy cercanas, de tipo simbiótico. A este tipo responderían las instituciones creadas por toxicómanos.
2. Instituciones objetales: el equipo terapéutico considera al paciente como un ser débil. Es el prototipo de las comunidades terapéuticas con programas rígidos.
3. Instituciones anaclínicas: el personal que interviene trata de ser lo más neutro posible con respecto al paciente, incluso frío, cuando se esperaba del equipo terapéutico una mayor directividad.

En la práctica, las diferencias son muy pequeñas. Aunque sí podríamos pensar que en las primeras instituciones que cita Bergeret se colocarían las comunidades terapéuticas tipo Synanon (Instituciones fusionales), en las segundas el modelo Daytop (Instituciones objetales) y, por último, en las terceras las comunidades terapéuticas más de corte “democrático”, tal como las denomina Jones.

Sin embargo, y más allá de estas clasificaciones, las comunidades terapéuticas autoritarias, tal como las cita Jones, se desarrollaron rápidamente, encontrando un eco social que acentuó los procesos de adecuación a las distintas realidades donde se ubicaron.

Así en Estados Unidos, las más de quinientas comunidades terapéuticas existentes en los años ochenta, disponían de unas líneas comunes de actuación, debido a la existencia de una filosofía de tratamiento común a todas ellas (Roig-Traver, 1985).

Entre estas características comunes cabe citar (Roig-Traver, 1985):

1. El rechazo del modelo médico de tratamiento, causante de numerosos fracasos al entender esta problemática desde el punto de vista exclusivamente médico.

Incluso al nivel de lenguaje se trata de evitar el discurso médico por otro más cercano a la sociedad civil: clientes, programas residenciales,...

2. La existencia de programas terapéuticos cuya duración oscila entre uno y dos años.

3. La finalidad de programa es la reinserción social del paciente, libre del consumo de drogas.

4. Tal como define el “Residential Drugs-free Manual” a la comunidad terapéutica como: ”centro de rehabilitación residencial en el que la toxicomanía es tratada como un desorden de la personalidad”, todas las comunidades terapéuticas fuerzan al toxicómano a afrontar sus problemas, cambiar o modificar su conducta y a aprender a mantenerse sin consumir drogas.

5. El ingreso en comunidad terapéutica supone el cese del consumo de cualquier sustancia tóxica.

6. Los individuos consumidores de drogas son considerados como personas que han detenido su desarrollo afectivo (“niños que no han crecido”), y con importantes desórdenes en el control de impulsos. La comunidad terapéutica ofrece un sistema de convivencia - modelo familiar - que hace fracasar las conductas inmaduras permitiendo el aprendizaje de modelos de conducta más adaptativos y adultos, ofreciendo afecto y, al mismo tiempo, exigencia de cambio personal.

7. La comunidad terapéutica ofrece un aislamiento respecto al medio habitual donde se desenvuelve el joven toxicómano.

8. La convivencia que se desarrolla dentro de la comunidad terapéutica tiene forma de auto-ayuda: “sólo tú puedes hacerlo, pero, no puedes hacerlo sólo”.

Con esta declaración en la conferencia de comunidades terapéuticas americanas, celebrada en 1976, se describía el método característico de trabajo. En la medida en que el paciente progresa en el tratamiento, gana en responsabilidades y va adquiriendo ciertos privilegios: llamadas telefónicas, salidas fuera de la comunidad...

9. Toda trasgresión de las normas se sanciona con castigos que tienen por objeto la humillación pública.

10. Los criterios para la graduación, además, de la ausencia del consumo de drogas, son:

- Empleo remunerado o realización de estudios.
- Residencia fuera de la comunidad terapéutica.
- Ahorros en cuenta bancaria.
- Asistencia a las actividades extra-residenciales que se le programen.
- Indicadores de estabilidad personal: aumento de confianza y seguridad en sí mismo, responsabilidad y preocupación por los demás.

Entre las modalidades de intervención, tal como las señala Nadeau (1980), se pueden citar:

a. Grupos de encuentro, hostilidad o ataque verbal. Tienen por objeto enseñar a los residentes a expresar su cólera e irritación hacia los otros.

b. Distribución jerárquica de las tareas: el cumplimiento de las tareas se realiza según un modelo de responsabilidad progresiva. El correcto desempeño de una actividad permite el paso a otra de mayor responsabilidad.

c. La confesión pública. Los grupos de apoyo: partiendo de la hipótesis de que el consumo de drogas sería una forma de amortiguar ciertos sentimientos de culpabilidad, se introducen prácticas para que los miembros del grupo puedan verbalizar sus experiencias que originan esta culpa.

d. Sistema rígido de normas: para que los procesos anteriores puedan facilitarse y pueda el paciente profundizar en el autoconocimiento y el desarrollo de nuevas habilidades, es necesario que exista una clara

delimitación en los comportamientos permitidos para todo el grupo. Las normas básicas suelen ser:

- Prohibición del consumo de drogas.
- Prohibición de la violencia física.
- Prohibición de las relaciones sexuales.

Su trasgresión comporta, generalmente, la expulsión de la comunidad terapéutica.

e. Desarrollo de la competencia personal: mediante el progresivo fortalecimiento del Yo en la interacción con las otras personas en la vida cotidiana, realización de programas escolares y de formación laboral, adaptados a las necesidades de los residentes.

f. Identificación con el equipo terapéutico.

2.6 Tercera etapa: desarrollo de la comunidad terapéutica para toxicómanos en Europa.

Fué Ian Christie uno de los fundadores de Alfa House, en Portsmouth (Inglaterra), después de la visita que realizó a las comunidades terapéuticas en Estados Unidos (Kooyman, 1996).

Esto ocurría en 1970 y en ese mismo año Edwards fundaba unos meses más tarde Phoenix House en Londres.

Esta creación se realizó gracias al esfuerzo continuado de la asociación “Therapeutic Communities of America”, que difundieron el modelo Daytop por Europa.

En 1972, se crea la primera comunidad terapéutica dentro del continente europeo (Kooyman, 1996), la comunidad terapéutica Emiliehoeve en Holanda, que fue puesta en marcha con la ayuda directa de Phoenix House de Londres.

A partir de aquí se van instaurando diversos programas y modelos de atención a toxicómanos. Unos están inspirados en el modelo Daytop, con adaptación a la cultura europea y a las Instituciones cristianas, como Proyecto Hombre, que se desarrolla primero en Italia y, posteriormente, en otros países como España.

Otras comunidades terapéuticas están inspirados en modelos alternativos de vida, con rechazo a la intervención de los profesionales, como, por ejemplo, el Patriarca.

En Francia se produce una reacción contraria al término de comunidad terapéutica, instaurándose el concepto de “comunidades de post-cura” (Foyer de post-cure). En este sentido, Olivenstein (1990), analiza frente a las comunidades terapéuticas democráticas (C.T.D.) su propuesta de modelo francés cuyo eje gira en torno al centro Marmottan en Paris.

A las C.T.D. americanas las encuadra dentro de un modelo vertical, basado en la contención. Este modelo hace que el toxicómano esté sujeto a un programa, con una noción de progresión en las que el toxicómano va adquiriendo mayores responsabilidades. En caso de recaída hay que recomenzar el programa. Se trata de cambiar el comportamiento, poco importan los motivos del consumo.

En la forma longitudinal del modelo francés, la concepción de la toxicomanía varía en tres aspectos:

- Los efectos del producto. Hay que tener en cuenta los fenómenos de la intensidad de la droga.
- Se trata de evitar que el tratamiento consista únicamente en remplazar una dependencia (de las drogas), por otra dependencia de la institución.
- Por último, los modelos identificatorios con los padres están rotos y sería una utopía querer reemplazar un modelo de identificación por otro. Es necesario ofrecer soportes identificatorios, los cuales están constituidos por los diferentes servicios que forman la cadena terapéutica. Dentro de estos servicios se encuadran los centros de post-cura.

Tal como señala O'Brien (1981), algunas comunidades terapéuticas europeas, especialmente en Suecia y Dinamarca, fieles a las propuestas de Jones, han calificado el modelo americano de totalitario y han insistido en que la

admisión debe realizarse como algo que el paciente libremente elige, lejos de cualquier presión familiar o por indicación judicial. Además han indicado que la comunidad terapéutica debe regirse por bases democráticas, siendo gobernada por todos los miembros del grupo y no por el “staff” como normalmente ocurre.

Haciendo nuevamente referencia al Congreso de Roma, citado en el punto anterior, destaca entre las conclusiones la afirmación de Jones en el sentido del interés de intercambiar la información terapéutica de ambos tipos de comunidad, y apunta a la posibilidad de crear un nuevo modelo terapéutico basado en el aprendizaje social que integre ambos modelos y permita una confluencia de los mismos (Ottenberg, 1985).

En este Congreso el invitado de honor, Maxwell Jones, planteó la posibilidad de considerar superada la dicotomía entre las comunidades terapéuticas jerárquicas y las democráticas (Ottenberg, 1985).

El consenso mayor se establece en torno a la importancia del rol de la socioterapia (entendida como actividad, libertad, responsabilidad y aprendizaje), al uso de la Teoría de los Sistemas y al rol de las comunidades terapéuticas democráticas como motores del cambio y la renovación psicoterapéutica en el mundo (O’Brien, 1981).

2.7 Análisis histórico de las comunidades terapéuticas en el Estado Español.

Tal como señala Comas (1988), “en España no se llegó a plantear realmente Psiquiatría Social (es decir, comunidad terapéutica, sectorialización, terapia ambiental y ocupacional), hasta la década de los ochenta. Quizás porque las instituciones políticas democratizadas con mayor retraso fueron las Diputaciones Provinciales de las que dependía la mayoría de “manicomios”. Fue justamente esta falta de participación democrática la que causó que alrededor de 1980 se desarrollara un activo movimiento anti-institucional en el Área de Salud Mental como reacción contra el modelo de la “beneficencia” sin un posible modelo asistencial alternativo. Un ejemplo es que el término comunidad terapéutica no fuese utilizado en España, reflejando que en el

campo de la asistencia psiquiátrica ciertas realidades sociológicas se imponían sobre las posibilidades de realizar experiencias en línea con las propuestas de Jones.

Cuando comenzaron las primeras reformas psiquiátricas reales el término comunidad terapéutica ya se empleaba, como en el resto del mundo, para las comunidades terapéuticas para drogodependientes” (p. 50).

A finales de los sesenta y comienzos de los setenta, existieron experiencias puntuales de tratamiento de pacientes en hospitales psiquiátricos y también cierta producción bibliográfica sobre dichas experiencias. Así, por ejemplo, el programa del hospital psiquiátrico de Oviedo (Bellido, 1971), donde se desarrollaron reuniones diarias que permitieron efectuar una evaluación de resultados con efectos positivos.

Además se produjo una serie de trabajos teóricos como, por ejemplo, el de Mesones (1968), que recoge su experiencia de su paso por el hospital de Dingleton, dirigido por Jones.

Otro trabajo de aquella época fue el desarrollado por Herrera (1969), que recoge las dificultades de aplicación del modelo de Jones para un grupo de alcohólicos.

Por último, indicamos el trabajo realizado por Serigó (1968), que basándose en la concepción social de la psiquiatría de Talcott Parsons, propone un modelo de comunidad terapéutica dentro de un hospital.

Sin embargo, todas estas experiencias quedaron frenadas por el sistema asistencial y las dificultades de transformación de éste.

En España las comunidades terapéuticas nacieron, directamente, como centros destinados a drogodependientes, puesto que anteriormente no había existido ninguna tradición de comunidad terapéutica en un entorno psiquiátrico hospitalario (Comas, 1988).

Las primeras experiencias de comunidades terapéuticas para drogodependientes se iniciaron en Málaga en 1976, bajo el auspicio de la Iglesia Evangélica Remar. Posteriormente, el Patriarca abrirá su primer centro en España en Valencia en septiembre de 1979.

A escala profesional surge la comunidad terapéutica “Casa Lanza”, abierta en mayo de 1979 en Valencia, que si bien depende de un hospital psiquiátrico, no se ubica en el hospital ni recibe pacientes desde el mismo (Bedate, 1982).

En el País Vasco se crea la comunidad terapéutica Manuene (objeto de la presente investigación), en Mayo de 1983, dependiente del Departamento de Sanidad, será la primera de carácter público que se funda independientemente de cualquier estructura hospitalaria.

Las comunidades terapéuticas para drogodependientes adquieren un rápido desarrollo, así, en 1986, existían ochenta y una comunidades terapéuticas para drogodependientes y en 1990 eran ciento veinte con 2.790 personas atendidas, según la memoria del Plan Nacional sobre Drogas de 1990.

En España, las comunidades terapéuticas estaban basadas en ejemplos internacionales, cuyos objetivos podrían resumirse en:

- La completa abstinencia de drogas.
- La consecución de capacidades personales para desarrollar actividades profesionales y sociales.
- El aumento en las personas en tratamiento de las posibilidades de una plena reinserción social.

Muchas de las primeras experiencias se dirigían a colectivos marginales, extendiendo su labor a los toxicómanos según iba aumentando el consumo de sustancias tóxicas (García Mas, 1985).

En 1983, a través de un convenio en el que participaban la Dirección General de Acción Social y Cruz Roja Española, se realiza una investigación sobre comunidades terapéuticas llevada a cabo por Polo y Celaya (1984), en donde se contempla un censo de comunidad terapéutica (que recoge cuarenta experiencias en el ámbito estatal) y se crea una tipología de centros que permitió la clasificación en tres categorías:

- Las comunidades terapéuticas religiosas, fundamentalmente aquellas dependientes de la Iglesia Evangélica.

- Las comunidades terapéuticas de ex-toxicómanos que fueron identificadas como las pertenecientes a “El Patriarca”.
- Las comunidades terapéuticas de carácter profesional, centros caracterizados por la presencia de un equipo profesional, un programa explícito, objetivos terapéuticos y educativos y una orientación a la reinserción.

Este estudio desarrollado durante 1984 supuso un impacto importante, ya que el enunciado de la dicotomía “profesionales/no-profesionales” estableció un referente simbólico y una identidad en las prácticas de los quince centros que fueron calificados como profesionales en el estudio mencionado (Comas, 1988).

Por otra parte, a nivel internacional se estaba dando la circunstancia de un proceso reinstitucionalizador en el que la profesionalización de muchas comunidades terapéuticas que habían nacido como no profesionales era el factor dominante. De ahí que la tipología que se desprende del estudio de Polo y Zelaya (1984) supusiera un factor de identificación para todos aquellos centros que participaron en el proceso de reinstitucionalización (Comas, 1988).

A partir de este estudio, los centros que conformaban la identidad de “profesionales” comenzaron una serie de contactos que les permitió darse cuenta de la gran diversidad de comunidades terapéuticas que existían bajo este epígrafe, pero que en conjunto representaban una serie de prácticas asistenciales llamadas a confluir en lo cotidiano.

Tras sucesivos encuentros se realiza una primera reunión de carácter formal: “primeras Jornadas Estatales de comunidades terapéuticas profesionales para toxicómanos”, en las que participaron diecinueve comunidades terapéuticas y se celebraron en Valencia, entre Mayo y Junio de 1986.

La reunión de Valencia trajo consigo una serie de conclusiones, en las que se señalaba la necesidad de la existencia de una asociación de profesionales, de ámbito estatal, de un sistema de homologación que permitiera determinar cuáles eran las comunidades terapéuticas que podían formar parte de la asociación y cuáles no.

Así mismo se definió una serie de funciones entre las que destacan el intercambio científico y práctico, y la defensa del carácter profesional de la intervención.

En Octubre de 1986 se crea la asociación de profesionales de comunidades terapéuticas para toxicómanos. La identidad profesional viene dada por los siguientes indicadores (Comas, 1992):

- Existencia de un equipo pluridisciplinar amplio y suficiente con titulaciones reconocidas y experiencia de trabajo.
- Existencia de un programa terapéutico definido con base científica y convenientemente aplicado.
- Existencia de medios e instrumentos de evaluación lo más “standard” posible.
- Criterios de diagnóstico, admisión y altas bien definidos y fundados.
- Historial médico, psicológico y social de cada paciente.
- Objetivos orientados a la inserción social del paciente una vez superado el programa.
- Control objetivo de la abstinencia de drogas.
- Inexistencia de adoctrinamiento ideológico.
- Respeto a los derechos del paciente.
- Tratamiento adecuado de sus problemas orgánicos y psicológicos.
- Existencia de un contrato terapéutico y de un reglamento de régimen interno bien conocido por los pacientes que incluya todas las normas y sanciones por su trasgresión.
- Actitud de colaboración con el conjunto de recursos sociales que de forma específica o inespecífica se ocupan de los toxicómanos.

Sin embargo, muchas de las comunidades terapéuticas profesionales estaban envueltas en la precariedad de recursos, hasta que en 1987 se crea la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, la cual, comienza a realizar una investigación sobre los centros de internamiento, entre cuyas conclusiones figura la necesidad de apoyar las opciones profesionales frente a las no profesionales para que la intervención se base en los objetivos que reconoce el ordenamiento constitucional, garantizándose los derechos de las personas y la calidad de los resultados.

Con la puesta en marcha del Plan Nacional sobre Drogas, el proceso de crecimiento se estabilizó y priorizó el ordenamiento de los recursos. En este nuevo contexto las comunidades terapéuticas profesionales adquirieron el papel de recurso especializado, bien dentro de las distintas estructuras asistenciales autonómicas bien como recursos privados.

En Octubre de 1989 la asociación se reconvierte en una entidad mixta de profesionales y de centros que, gracias al apoyo de las instituciones públicas estatales, permitió eliminar las connotaciones de precariedad, lo que permitió que su trabajo se centrara en el desarrollo de otros objetivos como el sistema de homologación, investigaciones sobre la calidad de la intervención, etc...

La asociación de profesionales de comunidades terapéuticas para toxicómanos constituyó durante algo más de doce años la referencia indiscutible en el Estado Español sobre este modelo de intervención.

Debido a la gran variedad de comunidades terapéuticas existentes se creó un equipo de profesionales para desarrollar un Sistema Standard de Homologación, es decir, la creación de criterios comunes de actuación que supusieran una intervención profesional de las comunidades terapéuticas.

Este equipo dirigido por Comas publica en el año 1994 los “criterios y normas para la homologación de comunidades terapéuticas profesionales para toxicómanos” que sigue siendo, hoy en día, utilizado por diversos centros e instituciones a la hora de la creación y/o mantenimiento de cualquier comunidad terapéutica.

En aquellos años todas las comunidades terapéuticas adheridas a la asociación fueron analizadas a la luz de dichos criterios y normas. Esto supuso por parte de éstas un esfuerzo en actualizarse. El sistema conjunto de evaluación requería (Comas, 1994):

- Función del sistema: cada comunidad terapéutica se compromete a ofrecer una serie de datos standarizados y que sean útiles al conjunto de comunidades terapéuticas. Estos datos tendrían que ver con la evolución y seguimiento de los resultados de la intervención, pudiendo completarlo con otros datos y cuantos instrumentos considere útiles o interesantes.
- Estructura del sistema. Se prevé la obligatoriedad de:

- Tener un fichero de expedientes de casos e historiales con unas condiciones mínimas en cada comunidad terapéutica.
- Realizar una memoria anual en la que se establezca una serie de datos comunes para todas ellas.
- Estar en disposición para que investigadores cualificados y autorizados por el colectivo puedan acceder a la parte no confidencial del fichero de casos.
- Mantener un fichero de casos e historiales con requisitos comunes a todas las comunidades terapéuticas.
- Realizar investigaciones que amplíen el nivel de conocimiento de los propios miembros del colectivo, que ofrezcan datos de interés a la comunidad científica y que den a conocer el tipo de trabajo y resultados que se producen en las comunidades terapéuticas homologadas, para mostrarlas como una alternativa válida y positiva frente a las demandas sociales de exclusión.

A partir de aquí, la tipología establecida por Polo y Zelaya en 1.984 se completa con la aparición de nuevas experiencias en nuestro país, tal como describe Comas (1988):

- Instituciones de carácter público. Comunidades terapéuticas creadas desde organismos públicos como, por ejemplo, la de Manuene.
- Instituciones de carácter privado. Comunidades terapéuticas que se crean a partir de asociaciones privadas.
- Comunidades terapéuticas de ex-toxicómanos como, por ejemplo, el Patriarca.
- Comunidades terapéuticas de carácter religioso como, por ejemplo, las que dependen de Remar.
- Red Proyecto Hombre (creado en Roma en el marco del centro italiano de Solidaridad, muy ligado a los círculos católicos que a partir de 1986 se establece en España), con una metodología muy específica similar a la desarrollada por la comunidad terapéutica Daytop.

2.8 Situación actual de las comunidades terapéuticas en el Estado Español y retos de futuro.

Una de las últimas iniciativas llevada a cabo por la asociación de profesionales de comunidades terapéuticas para toxicómanos fue el desarrollo de un

seminario que bajo el título “reflexiones sobre la situación actual de las comunidades terapéuticas” y coordinado por el autor de esta investigación, se llevó a cabo en el año 1995.

En este seminario participaron diez expertos del Estado Español que debatieron sobre las situaciones y problemáticas que emergían en el trabajo cotidiano de las comunidades terapéuticas.

Desde la celebración de ese seminario hasta la actualidad han transcurrido varios años que han hecho variar algunos puntos de debate ya superados y han aparecido otros que detallamos también.

Se podría decir que el modelo de intervención que ha ofrecido la comunidad terapéutica ha permanecido inalterable durante unos años, se ganó en profesionalidad y en calidad de intervención, pero el desarrollo de los cambios sociales producidos, la aparición del SIDA, los cambios en los modos de consumo, etc..., han hecho aparecer nuevas alternativas de tratamiento (programas de reducción de riesgos) y nuevos perfiles de la población toxicómana, caracterizada en su mayoría por una mayor amplitud de problemas asociados al consumo.

Es interesante señalar cómo la sociedad se está moviendo entre una petición de exclusión de los toxicómanos y al mismo tiempo un interés de integración social de la droga como sustancia, a través de programas de mantenimiento y de metadona.

En la actualidad se están planteando expectativas terapéuticas diferentes a las que se venían proponiendo hasta ahora, ya que la finalidad no es simplemente la curación del consumo de drogas sino que por el contrario, se empieza a valorar positivamente el que el adicto controle su propio consumo.

Todo esto ha hecho superar la tradicional clasificación de comunidades terapéuticas “democráticas” y “conductuales”, creándose diferentes modelos de abordaje en un intento de adaptación a la realidad actual. Estos modelos tienen en común que siguen utilizando los aspectos jerárquicos en la intervención, es decir, un aprendizaje de la responsabilidad personal a través de trabajos que conllevan, al principio, una responsabilidad básica, para posteriormente pasar a un trabajo de responsabilidad intermedia y finalizar el tratamiento con un trabajo de responsabilidad superior (coordinación de

equipos de trabajo, etc...), y también, aspectos más democráticos en la toma de decisiones a la hora de intervenciones grupales específicas, así como, decisiones en el ámbito personal del paciente.

Por tanto, los diferentes modelos se acercan a la realidad actual desde una acción más pragmática que tiene en cuenta los aspectos jerárquicos y democráticos de la intervención.

Por otro lado, se interviene utilizando diferentes marcos teóricos: el condicionamiento instrumental, el cognitivismo, las teorías sistémicas, psicodinámicas, etc. Además, desde la comunidad terapéutica se organiza el sistema de autonomía del paciente o se interviene en la estructura social o familiar, a través de técnicas de la teoría sistémica relacional.

Esta situación provoca una variedad enorme de comunidades terapéuticas. No existe una única respuesta. No sólo hay profundas diferencias entre los programas de tratamiento residencial, como ya se indicaba en el capítulo anterior, sino, que hay una diversidad cada vez mayor de programas que se autodenominan comunidad terapéutica.

Hoy la modalidad de comunidad terapéutica, en general, consiste en una amplia gama de programas que sirven a diferentes usuarios que usan una variedad de drogas y que presentan una complejidad de problemas sociales y psicológicos junto con el abuso de drogas.

Esta riqueza de abordajes hace, por otra parte, constatar una vez más a la comunidad terapéutica como “proceso” y no como un “fin en sí misma”. Esta idea es importante ya que va a determinar el abordaje de los problemas dentro de una red de alternativas de tratamiento de forma coordinada y con el convencimiento de ofertar un mejor servicio y de mayor calidad y eficacia.

Tanto las diferencias de los usuarios como sus demandas clínicas y las realidades encontradas, han hecho desarrollar comunidades terapéuticas residenciales modificadas con planes de estancia distintos (3, 6 y 12 meses), así como comunidades terapéuticas orientadas al estilo de programas de día (Centros de día) y programas de tratamiento ambulatorios (De Leon, 1995).

La mayoría de las comunidades terapéuticas tradicionales ha ampliado sus servicios e incorporado nuevas intervenciones. En algunos casos estas

incorporaciones se agregan pero no alteran el régimen de la comunidad terapéutica. Como ejemplo de estas incorporaciones podemos citar:

- Servicios para la familia.
- Cuidados de atención primaria y servicios médicos.
- Seguimientos socio-laborales. Programas de reinserción laboral.
- Programas de prevención de recaídas.
- Mayor atención a pacientes con hijos pequeños.
- Programas para adolescentes.
- Abordaje de usuarios con problemas judiciales: comunidades terapéuticas para pacientes judiciales.
- Programas de estancia corta para ex-pacientes.
- Programas de carácter preventivo para escolares.
- Una mejor adecuación para los pacientes con mayores problemas en salud mental.

La reflexión, por tanto, sobre la comunidad terapéutica para toxicómanos debe situarse, hoy en día, desde dos posibles enfoques:

- Un enfoque interno, que haga referencia al trabajo diario, a los cambios que se están produciendo en los últimos tiempos, a la estructura del equipo, a la evolución de las figuras del equipo de intervención, a las respuestas que proporciona la comunidad terapéutica.
- Un enfoque externo, referido a la implantación de la comunidad terapéutica en el marco social.

Desde la reflexión interna está apareciendo una serie de elementos de cambio. Uno de ellos se refiere a la necesidad de ofrecer programas más abiertos, facilitando la continuidad terapéutica e integración social y el mejor aprovechamiento del recurso comunidad terapéutica.

Otra de las cuestiones más debatida está relacionada con el carácter normativo de la comunidad terapéutica. Se reflexiona sobre la dirección que debe tomar la intervención desde una perspectiva más dialogante con el propio usuario, es decir, de mayor trabajo interactivo, de flexibilización de normas que sean más acordes con las imperantes en una sociedad pluralista y que faciliten la integración social.

Este trabajo interactivo tendría que ver con una mayor “corresponsabilidad” del paciente en su tratamiento, es decir, decisiones tomadas conjuntamente entre el equipo de intervención y el paciente o grupo de pacientes, decisiones que pueden afectar a la propia marcha de la comunidad terapéutica (aspectos organizativos o estructurales), a las propias intervenciones a realizar e incluso a la propia revisión de las normas de la comunidad.

Esta idea supondría revisar los elementos terapéuticos ya que haría necesaria una mayor activación por parte del profesional. La finalidad sería la de poder ser más flexibles y adaptables a las necesidades del usuario, sin perder calidad y responder a las demandas específicas de los pacientes.

Por otro lado, no hay que perder de vista que la comunidad terapéutica, como espacio comunitario, debe estar regulada por una serie de normas, manifestándose éstas como límites sociales que posibilitan el posterior aprendizaje de vivir en sociedad.

Otro aspecto de reflexión y debate, ya mencionado en el capítulo precedente, es si los pacientes toxicómanos son los únicos clientes de la comunidad terapéutica o si otros pacientes que no tengan una patología central de base que sea la toxicomanía, podrían beneficiarse de este recurso.

En este sentido se expresa Ottemberg (1991) cuando resume el debate mantenido en el 2º Instituto Europeo sobre: ¿Qué no se debe cambiar en la comunidad terapéutica”, celebrado en Bélgica en 1991. Dice: “La misión de la comunidad terapéutica es proveer un ambiente y un método en los que puedan participar personas que alcancen un crecimiento personal y un cambio necesario en sus vidas. Por el momento, la mayoría de comunidades terapéuticas ofrece esta oportunidad a las personas con problemas relacionados con la droga, pero no es la única población que podría beneficiarse de la comunidad terapéutica. Ya muchas comunidades están ayudando a otros grupos de población de alto riesgo: personas en prisión, personas sin hogar y adolescentes con problemas” (p. 4).

Por otro lado, se ve la importancia de analizar el equipo de intervención. En este sentido, el rol profesional debería estar definido por tres características:

- La primera de ella tendría que hacer referencia a que el profesional (psicólogo, educador, médico, etc...) está inserto en la red de intervención en drogodependencias.
- La segunda característica es que debería, también, estar presente en las sociedades científicas propias de su profesión y que no necesariamente son específicas de la red. Esta participación en estas sociedades y asociaciones aportaría una reflexión desde otras perspectivas que enriquecería la propia intervención.
- Una tercera característica sería la posibilidad de reflexionar sobre la propia intervención y los parámetros que se utilizan y poder escribir y publicar dichas reflexiones.

Con relación al análisis externo, el objetivo más inmediato sería el de hacer una oferta de calidad profundizando en los aspectos terapéuticos, metodológicos y de evaluación.

Uno de los elementos que más preocupa del enfoque externo es el que hace referencia a los costes de la comunidad terapéutica, como en capítulos siguientes profundizaremos al reflexionar sobre la evaluación. El análisis de costo-utilidad compara y valora la relación existente entre costos y resultados, considerando el valor de los efectos en los individuos a los que ha afectado el programa, es decir, los beneficios percibidos por el mismo individuo en términos de satisfacción (Pineault y Davelury, 1987).

Una de las ideas que subyacen en esta reflexión se deriva de la rentabilidad de la intervención, en donde, los costes primarios, que hacen referencia a la intervención social, es decir, lo que la persona cuesta a la seguridad social por el tratamiento que recibe, es siempre inferior al coste secundario, que es aquel que la sociedad deja de percibir mientras el sujeto continúa en una situación de improductividad social (Himmelstrand, 1992).

Otro elemento de reflexión externa en la actualidad se refiere a la “imagen social” de la comunidad terapéutica. En este sentido, sería necesario poder modificar la imagen de “lugar de internamiento” que la sociedad tiene de la comunidad terapéutica y poder presentarla como “lugares de calidad”, donde se ofrece un modelo de intervención diferente a personas distintas, con alternativas terapéuticas diferenciadas. Se propone una alternativa terapéutica

que dé respuesta a las necesidades institucionales y sociales desde una oferta de calidad profesional.

Para poder dar respuesta a lo anterior, sería importante profundizar en la coordinación de servicios, lo cual posibilitaría, por un lado, hacer llegar esta nueva imagen de comunidad terapéutica y, por otro, establecer una red de relaciones con los sistemas judicial, sanitario, servicios sociales, colectivos profesionales, Universidad, etc...

En el Seminario organizado por la asociación de profesionales de comunidades terapéuticas que hemos mencionado anteriormente, se incidía en los siguientes elementos diferenciales de la comunidad terapéutica:

- El carácter residencial.
- La presencia del “grupo”.
- La posibilidad de conjugar propuestas de carácter educativo y psicoterapéutico.

El primer elemento se refiere al hecho de que los pacientes viven en la comunidad terapéutica y esto supone que se haga de la vida cotidiana un importante elemento terapéutico.

El carácter residencial no debe implicar un lugar cerrado, sino, que se está abierto y coordinado con otros servicios sanitarios y sociales. “Residencial”, se referirá, por tanto, al hecho de que la comunidad terapéutica posibilita una intervención intensiva durante las 24 horas del día.

El marco residencial en el que se trabaja, facilita un cambio en el estilo de vida; el trabajo no consiste, por tanto, sólo en la deshabituación a las drogas, sino en la realización de un cambio en el estilo de vida. Se establecen para ello unos criterios de trabajo y unos objetivos que la persona va consiguiendo día a día. La posibilidad del paciente de una interacción continua con los profesionales que intervienen y con otros pacientes facilita que se produzcan estos cambios.

La comunidad terapéutica es el lugar donde se pueden encontrar recursos o alternativas para afrontar diversas situaciones sociales, sin necesidad de consumo de drogas y donde se posibilita una acomodación psicológica a

situaciones nuevas y a objetivos fijados. La meta no es solamente la abstinencia de drogas, sino también la acomodación psicológica a la abstinencia y la adaptación a un nuevo estilo de vida sin drogas.

El segundo elemento es la presencia de un marco grupal que define el trabajo terapéutico frente a otros dispositivos de tratamiento. El grupo como elemento de aprendizaje social. El paciente establecerá una experiencia de grupo y convivirá y compartirá con otras personas sus sentimientos. La comunidad terapéutica es una respuesta a la desestructuración de las relaciones del individuo consigo mismo y con los demás, sobre todo a la desestructuración de las relaciones con la familia. El grupo le servirá de soporte para reestructurar las relaciones y abordar los problemas con lazos afectivos importantes que le permitan sentirse seguro.

La tercera característica es la conjugación de propuestas de carácter terapéutico y de carácter educativo. Esto requiere que el equipo de profesionales parta de un proyecto común de intervención y tanto los educadores, como los psicólogos, a través de su específica metodología, de diferentes estrategias, se encaminen hacia unos objetivos consensuados, enmarcados dentro de un trabajo interdisciplinar.

Entre los profesionales de la comunidad terapéutica la comunicación ha de ser continua y abierta, para facilitar que la intervención entre unos y otros esté y aparezca sincronizada. Los educadores, psicólogos, médicos, etc..., tienen su ámbito de trabajo, pero en esta integración los roles de poder se manifiestan intercambiados, las riendas de la intervención se toman de forma alterna. En otros dispositivos, ni la cohesión del equipo ni la intensidad del tratamiento alcanzan los niveles de la comunidad terapéutica.

El modelo de comunidad terapéutica se define, por tanto, como un modelo rehabilitador, científico, evaluable. Tiene la característica de estar integrado en un proceso de tratamiento más amplio, donde la persona es la protagonista de su tratamiento, por lo que debe existir una voluntariedad por parte del paciente a la hora de realizarlo y debe estar coordinado con otros programas ambulatorios. La comunidad terapéutica aparece como un eslabón más dentro de la cadena asistencial.

Al integrarse en un proceso más amplio, se pretende que el paciente vaya adquiriendo mayores responsabilidades, autonomía y compromiso en el

proceso de cura. Esto supone un trabajo de equilibrio entre este proceso de autonomía y el proceso de socialización del propio paciente.

El objetivo sería el alcanzar los requisitos previos a la reinserción social y adquirir los mecanismos básicos que la persona necesita para poder realizar una reinserción adecuada.

A través del trabajo intensivo se accede al control y a la confrontación entre lo que el paciente dice y lo que hace. La convergencia entre estos dos niveles, verbal y conductual, permite cambios psicológicos importantes que en el marco de la comunidad terapéutica se dan en procesos muy agilizados a través de la fuerza del grupo y del equipo terapéutico. La comunidad terapéutica es un marco importante que agiliza el cambio.

Otro elemento característico importante es el que hace referencia a la definición de la comunidad terapéutica como programa libre de drogas. En los momentos actuales se diferencia lo que son drogas con uso terapéutico y médico, de lo que son drogas de abuso. La comunidad terapéutica admite pacientes con medicaciones antidepresivas, neurolépticas y ansiolíticas.

En este sentido, desde la aparición de los programas de reducción del daño y tratamiento con metadona, se veía necesario implementar la administración de metadona, no con fines de desintoxicación, sino con la perspectiva de que las personas que están en programas de metadona se puedan servir de los instrumentos psicoterapéuticos sobre los que se apoya la comunidad terapéutica como intervención en sí misma, como un mecanismo residencial, grupal, psicoterapéutico y educativo al mismo tiempo.

Esto, en la actualidad, es ya un hecho, la metadona como medicación se prescribe al paciente de acuerdo a unos objetivos terapéuticos. Esta se consume de acuerdo a la autorización del equipo terapéutico. En este sentido, la comunidad terapéutica se puede seguir considerando espacio libre de drogas, en tanto que estas drogas no estarían al alcance de los demás y las normativas seguirían siendo exactamente las mismas con respecto al consumo de drogas.

Por otro lado, es importante la presencia de un equipo de profesionales, que debe reunir, al menos, dos requisitos:

- Voluntariedad de querer hacer lo que quiere hacer.
- Tener un proyecto definido.

En cuanto al tema del proyecto sería necesario tener en cuenta:

- El hecho de que un equipo sea profesional no es indicador de que ya existe un proyecto; éste debe ser definido y expresado en algún documento.
- Existe, por tanto, la necesidad de elaborar por escrito el proyecto.
- Existe, también, la necesidad de evaluar los aspectos definidos del proyecto.

Todo lo dicho anteriormente tiene que ver con la necesidad de ofrecer un mejor servicio a la población que está llegando. Nos estamos enfrentando desde hace unos años a un cambio del perfil del paciente; éste acude al tratamiento cada vez más deteriorado, con inmunodepresiones severas, dobles patologías (trastorno psiquiátrico asociado con consumo de drogas), con causas judiciales cumplidas y pendientes de cumplimiento; son pacientes de larga evolución y más marginados socialmente.

La flexibilización y adaptación a las necesidades del usuario y del momento social actual, obligarán a un cambio, no en los parámetros básicos hasta ahora fijados, sino en la necesidad de adaptar la esencia del método a las diferentes necesidades que se vayan planteando.

Esta situación nos plantea la cuestión de que el joven al que atendemos, va a necesitar que se le facilite una serie de recursos posteriores a la comunidad terapéutica que le permitan su reinserción social y laboral.

Esta continuidad de cuidados no supone una opción puramente de oferta de recursos, sino que se presenta como un seguimiento de un paciente durante mucho tiempo y después del paso de éste por diferentes recursos terapéuticos.

Supone, por tanto, una visión de la toxicomanía como una patología de deterioro importante que debe ser asistida durante periodos muy prolongados de tratamiento entroncando los recursos terapéuticos y educativos con los recursos de carácter social. Esta visión presupone una reflexión sobre el momento del alta terapéutica del paciente.

Este planteamiento de la continuidad de cuidados plantea un cambio al nivel de objetivos, entre los cuales debe constar que la intervención profesional tendría que ir encaminada a que el sujeto pudiera llegar a un estado en el cual estuviese en igualdad de condiciones que el resto de la población. Se plantea, por tanto como objetivo, la normalización del sujeto.

En cuanto a los pacientes judiciales, las comunidades terapéuticas se han acercado a los sistemas judiciales y han mejorado los vínculos, pero aún se encuentra poca complicidad en el trasvase de las necesidades de las comunidades terapéuticas para que el paciente pueda hacer un desarrollo de un tratamiento adecuado a unos objetivos psicoterapéuticos y educativos y a las necesidades del sistema judicial.

En el estudio realizado por Elzo y colaboradores, en 1995, sobre alternativas terapéuticas a la prisión, se afirma: “Para el colectivo encuestado las medidas alternativas a la prisión (ingreso en comunidad terapéutica) han sido la clave que les ha ayudado a superar la situación en la que se encontraban. Los resultados son tan elocuentes que no ha habido ningún encuestado que haya cuestionado esta ayuda, así el 100% califica de mucha o bastante ayuda este tipo de alternativas”(p.50-51).

Una de las cuestiones que más preocupa en este aspecto y que supone un reto importante para la comunidad terapéutica, es la referida a la “voluntariedad del paciente”. Siempre se ha pensado que esta característica era condición de un tratamiento con éxito. Sin embargo, en el estudio antes citado se señala que la obligatoriedad de la medida alternativa en muchos de los casos estudiados o la posibilidad de acceder a una comunidad terapéutica en vez de ir a la cárcel, puede hacer cambiar con el tiempo la forma de pensar. El mundo valorativo del sujeto va cambiando y se va encontrando mejor y sobre todo, querido y aceptado por familiares y compañeros, lo que puede producir un autoconvencimiento de querer abandonar el consumo de drogas y, lo que quizás es más importante, abandonar estilos de vida diferentes (Elzo, 1996).

Por último, es conveniente señalar otros retos que en la actualidad se debaten y se experimentan y que han ido apareciendo en este capítulo. De ellos, queremos incidir en tres:

- Programas cortos para ex-pacientes: esta idea supone la posibilidad de que pacientes que han finalizado su tratamiento, puedan en un momento dado, por circunstancias especiales en su vida, volver a la comunidad terapéutica durante un breve espacio de tiempo para trabajar aspectos o dificultades que se les presentan en la actualidad en las que no necesariamente ha mediado un consumo de drogas.
- Apertura de la comunidad terapéutica a pacientes en tratamiento como si de una comunidad terapéutica de día se tratara: en los últimos años se viene observando un aumento en la demanda de pacientes cuyo entorno no posibilita el acceso a tratamientos en régimen de ambulatorio, lo cual ha permitido que haya casos que inician tratamientos sin llevarlos a término, con la expectativa del fracaso y con la consiguiente frustración para los profesionales.

La idea sería que el paciente pudiera acudir a diario a la comunidad terapéutica, marchándose a media tarde. Esta intervención podría cubrir los siguientes objetivos:

- Atender a un tipo de demanda distinta.
 - Potenciar la coordinación entre los centros ambulatorios.
 - Mejorar la calidad de vida del toxicómano.
 - Favorecer un cierto nivel de abstinencia.
 - Favorecer los niveles de socialización del individuo.
- Mayor atención a pacientes con hijos pequeños: existen experiencias en este sentido donde la madre ha podido ingresar con su hijo pequeño en comunidad.

En otros casos, cuando los hijos son un poco más mayores, se mantiene la primera fase de tratamiento individual para progresivamente hacerse cargo y re-aprender la responsabilidad de ser padres o madres, abriendo un espacio de tiempo semanal donde están con los hijos atendiéndoles de forma completa (estudios escolares, higiene, alimentación, etc...).

En definitiva, el futuro de las comunidades terapéuticas dependerá de su continúa capacidad de adecuación a la realidad del entorno, en coordinación con otros servicios, sabiendo mantener la identidad propia.

2.9 Conclusiones.

En síntesis se puede afirmar que la comunidad terapéutica nace en un contexto hospitalario para atender a enfermos mentales con una metodología más humanitaria y participativa, haciendo responsables a los propios enfermos de cuestiones básicas como la organización del espacio donde se desarrolla la vida cotidiana del grupo de pacientes.

Este modelo de comunidad terapéutica que se crea a partir de 1946 en Inglaterra, tiene una serie de antecedentes basadas en las experiencias del “Retiro” de York en el siglo XVIII y en las nuevas tesis sobre la asistencia a enfermos mentales de John Conolly en el siglo XIX.

Fue Maxwell Jones quien más profundizó en la metodología llevada a cabo en la comunidad terapéutica dirigida a enfermos mentales.

Paralelamente al desarrollo de este modelo de intervención, se crea en Estados Unidos otro modelo de comunidad terapéutica dirigida a toxicómanos. Sus orígenes habría que buscarlos en los movimientos puritanos de principios de siglo como el Ejército de Salvación, la asociación de jóvenes cristianos o la asociación Oxford Group. De esta última nace la asociación de Alcohólicos Anónimos en 1935.

Este grupo que utiliza el método de auto-ayuda como posibilidad de mejorar su calidad de vida será el precedente de las primeras comunidades terapéuticas americanas.

Dos experiencias comunitarias han sido la referencia a las comunidades terapéuticas actuales. La primera experiencia fue la creación de Synanon en California en 1958 y la segunda fue la puesta en marcha de Daytop Village en 1963.

Las diferencias entre una y otra habría que buscarlas en el objetivo planteado por cada una. Así, la primera abandonó la idea de integración del toxicómano en la sociedad y degeneró en una secta, por otro lado, los equipos de intervención estaban formados por ex-toxicómanos; no así Daytop que ha mantenido dicha integración como objetivo principal de la comunidad

terapéutica, además, el equipo de intervención comienza a estar formado por profesionales. Este modelo ha servido de referencia obligada para muchas experiencias de tratamiento y, además, se ha extendido por varios países y sus responsables han creado la asociación americana de comunidades terapéuticas.

Se suele identificar al modelo nacido en los hospitales psiquiátricos como “europeo” o “democrático” y al modelo desarrollado en Estados Unidos como “americano” o “conductual”, haciendo referencia a la distinta metodología utilizada. Así en el primero las decisiones se toman democráticamente entre pacientes y equipo de intervención. Sin embargo en el modelo americano se establece un modelo de roles que viene dado por los residentes que han progresado llegando a puestos de responsabilidad a través de un sistema de recompensas, si el paciente cumple con cuanto se espera de él, o de castigos, en caso de trasgresión de las normas de la comunidad terapéutica. También en este modelo se desarrolla las terapias de grupo donde los pacientes pueden expresar sus sentimientos para que todos puedan examinarlos y analizarlos.

El modelo “americano” de comunidad terapéutica se desarrolla en Europa a partir de 1970. La primera de este tipo se crea en Holanda, concretamente la comunidad terapéutica Emiliehoeve. A partir de aquí se van instaurando diversos programas y modelos de atención a toxicómanos.

En España, las comunidades terapéuticas para toxicómanos, no comienzan a desarrollarse hasta la década de los ochenta. Los objetivos estaban basados en ejemplos internacionales como: la completa abstinencia de drogas, la consecución de capacidades personales para desarrollar actividades profesionales y sociales y ampliar las posibilidades de una plena reinserción social.

Para apoyar y consolidar el trabajo de las comunidades terapéuticas se crea en 1986 la asociación profesional de comunidades terapéuticas para toxicómanos. Esta asociación tendrá un protagonismo importante a la hora de reivindicar el papel profesional en el tratamiento a los toxicómanos frente a otras alternativas no profesionales (comunidad terapéutica de carácter religioso o de ex-toxicómanos), para ello se creó un equipo de profesionales para desarrollar un Sistema Standard de Homologación, es decir, la creación de criterios comunes de actuación que supusieran una intervención profesional de las comunidades terapéuticas.

En la actualidad el propio modelo profesional de comunidad terapéutica se ha diversificado presentando una gran variedad de programas que utilizan distintas técnicas. Tienen en común que siguen utilizando los aspectos jerárquicos en la intervención, es decir, un aprendizaje de la responsabilidad personal a través de trabajos que conllevan, al principio, una responsabilidad básica, para posteriormente pasar a un trabajo de responsabilidad intermedia y finalizar el tratamiento con un trabajo de responsabilidad superior (coordinación de equipos de trabajo, etc...), y también, aspectos más democráticos en la toma de decisiones a la hora de intervenciones grupales específicas, así como, decisiones en el ámbito personal del paciente.

Tres son las características que se mantienen dentro de las diferentes ofertas de comunidad terapéutica, estas son:

- Su carácter residencial.
- La presencia del “grupo”.
- La posibilidad de conjugar propuestas de carácter educativo y psicoterapéutico.

Estas características no han sido impedimento para que las comunidades terapéuticas hayan ampliado sus servicios y hayan incorporado nuevas intervenciones como:

- Servicios para la familia.
- Cuidados de atención primaria y servicios médicos.
- Seguimientos socio-laborales. Programas de reinserción laboral.
- Programas de prevención de recaídas.
- Mayor atención a pacientes con hijos pequeños.
- Programas para adolescentes.
- Abordaje de usuarios con problemas judiciales: comunidades terapéuticas para pacientes judiciales.
- Programas de estancia corta para ex-pacientes.
- Programas de carácter preventivo para escolares.
- Una mejor adecuación para los pacientes con mayores problemas en salud mental.

El futuro de la comunidad terapéutica para toxicómanos dependerá de la flexibilidad para adecuarse a las nuevas demandas y en consecuencia crear nuevos estilos y programas de intervención.

CAPÍTULO 3: LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA MANUENE COMO PROYECTO DE INTERVENCIÓN RESIDENCIAL: DESCRIPCIÓN DE LA MISMA

Introducción.

La comunidad terapéutica Manuene abrió sus puertas un 4 de julio de 1983. Es un centro incluido en la red pública Osakidetza (Servicio Vasco de Salud), como una parte más del tratamiento de rehabilitación de toxicómanos. Está ubicada en el municipio vizcaíno de Larrabetzu, zona rural, a 20 km. de Bilbao y tiene una capacidad para veinticuatro pacientes en régimen de internado.

Si tuviéramos que hacer una definición, podríamos comenzar diciendo que la comunidad terapéutica Manuene es el espacio donde se trabaja la realidad global del individuo, desde los detalles básicos de las relaciones humanas, hasta las repercusiones de los problemas del grupo en la estructura de la personalidad del paciente.

La comunidad terapéutica Manuene trata de dar respuesta a la desestructuración de las relaciones, por un lado, del individuo consigo mismo y, por otro, de éste con los demás. Para ello se intenta explorar y reconstruir la historia de su entorno familiar de donde este individuo ha surgido, se ha alimentado y ha hecho crisis; proponiendo a la familia que sea partícipe y objeto del proceso de reestructuración, que en última instancia se extiende a la relación del individuo con grupos más amplios y, en definitiva, a su plena inserción social.

Desde el año 1983, han pasado 16 años y en este trayecto se podría decir que ha atravesado por tres etapas diferenciadas donde el proyecto de intervención ha ido cambiando y adecuándose a estos tres momentos.

- La primera etapa dura alrededor de cinco años, desde 1983 hasta 1988. Este primer momento responde a una situación histórica en la atención al toxicómano que estaba caracterizada por:

- + Equipos formados por ex-toxicómanos en la creencia que nadie mejor que ellos podría entender el problema, recogiendo, en este contexto, la tradición de las comunidades terapéuticas americanas.
- + El objetivo principal del tratamiento es la abstinencia, sin entrar excesivamente a explorar las causas.
- + Irrupción del SIDA.
- + Coincidencia con el momento álgido del consumo de heroína.

Se decide, por tanto, poner en marcha Manuene con un modelo mixto que combine el trabajo profesional y la acogida familiar. Se propone a una familia para que pueda vivir en Manuene y acoja a los pacientes. El equipo se completaría con una serie de profesionales que atendería al grupo. Las normas irían encaminadas hacia las reglas de convivencia de la familia.

En esta etapa la comunidad terapéutica Manuene comenzaba su andadura con dos ideas de fondo (Abeijón, 1987):

a.- “Normalización de la asistencia al toxicómano”, esto significa ofrecer desde la sanidad pública una oferta profesional adecuada de tratamiento al toxicómano como un paciente más, como otros muchos, que debe ser atendido en la red pública. Normalizar la asistencia al toxicómano supone crear una infraestructura que permita ofrecer una imagen integradora de la patología del toxicómano dentro de los recursos sanitarios públicos.

Es decir, las manifestaciones propias de dicha patología, tanto a escala individual o personal, como colectiva o social, pueden ser comprendidas y encontrar un significado y, lo que es más importante, incluso una respuesta en los canales de la red sanitaria normal que se adecuen con criterios modernos a las nuevas problemáticas.

b.- “Una respuesta profesionalizada”; una reflexión científica sobre los hechos, la búsqueda de parámetros de actuación eficaces y la existencia de resultados, con coordenadas que pretenden aplicarse a las nuevas problemáticas.

El programa de la comunidad terapéutica Manuene se desarrolla dentro de una dimensión psicoterapéutica-educativa de manera global. Lo que interesa es el usuario como persona inmersa en un contexto, en el interior del cual el uso de

la droga tiene una dimensión organizante y necesaria para el sistema y para el individuo.

- La segunda etapa dura alrededor de ocho años entre 1989 y 1996, en ella la acogida familiar da paso a un trabajo más profesionalizado. Se hace más hincapié en el trabajo psicoeducativo, la figura del educador social se consolida a nivel universitario y va adquiriendo mayor importancia dentro de este ámbito.

Al mismo tiempo en esta época se produce el auge de las comunidades terapéuticas profesionales y de la asociación profesional de comunidades terapéuticas para toxicómanos (A.P.C.T.T.), asociación creada en el año 1985.

En Manuene se interviene en clave de pensamiento sistémico, trabajo de grupos y acompañamiento psicoterapéutico. Se observa la petición de ayuda como cambio personal y se trata de ofrecer un modelo de intervención desde un enfoque sistémico que aumente la capacidad de tolerancia ante determinados comportamientos y utilice los recursos comunitarios como elementos integradores y favorecedores del cambio.

- La tercera etapa que llega hasta la actualidad se inicia aproximadamente en 1996, con las siguientes características:
 - + Diversidad de objetivos.
 - + Disminución de la importancia del consumo de heroína y aparición de las drogas de diseño.
 - + Control de la epidemia del SIDA.
 - + Integración en un medio diversificado de la red de Salud Mental.
 - + Desaparición de la Asociación de Profesionales de Comunidades Terapéuticas- A.P.C.T.T. y con ella un espacio para la reflexión sobre la intervención psico-educativa de las propias comunidades.
 - + Pérdida de autonomía organizativa.
 - + Integración de pacientes con metadona.
 - + Modificación del modelo de intervención.

En esta etapa se comienza a debatir algunas de las cuestiones aparecidas en el último apartado del capítulo precedente referidas a los posibles cambios a introducir en el proyecto de intervención que recojan las características de la

población actual. Así se debate sobre la flexibilización y adaptación del modelo a las necesidades del usuario y del momento social presente, donde nos vamos a encontrar con pacientes que deben ser asistidos durante periodos prolongados de tratamiento, a la manera de cómo facilitar una serie de recursos posteriores a la comunidad terapéutica que le permitan su reinserción social y laboral, a la introducción de programas de prevención de recaídas, etc.

Sin embargo, en la trayectoria histórica de la comunidad terapéutica, ha habido una serie de elementos que se han mantenido a través del tiempo dentro de la filosofía y estructura interna del trabajo en Manuene:

- Los referentes del trabajo profesional en cuanto a la formación que han girado en torno a cuatro ejes:
 - + La formación básica universitaria.
 - + La formación en drogodependencias.
 - + Formación en trabajo grupal.
 - + Formación en el pensamiento sistémico.

- La importancia del trabajo grupal. Entendiendo la comunidad como un "laboratorio" de trabajo grupal y personal y presentándolo no como una oferta de vida, sino como algo transitorio.

- La importancia del trabajo interdisciplinar en equipo. Entendiendo al equipo como un sistema en donde la acción de cualquier miembro repercutirá en la acción de los demás. No bastará, por tanto, decir: "yo hago bien mi trabajo", pues será necesario darse cuenta de que se está inserto en un grupo de trabajo y que lo que yo haga repercutirá en el trabajo de los demás.

A continuación, vamos a tratar de describir algunos aspectos de Manuene, planteamientos básicos, objetivos, mecanismos de intervención, elementos a tener en cuenta en el proceso de tratamiento, así como, el perfil de la población a la hora de su ingreso.

3.1 Fundamentación teórica de las intervenciones terapéuticas en Manuene.

La comunidad terapéutica Manuene se apoya en las siguientes convicciones teóricas en su trabajo terapéutico con toxicómanos.

En primer lugar en las teorías psicodinámicas en donde la adicción se entiende como una protección individual ante la aceptación de la realidad personal, caracterizada de falta de seguridad, confianza y baja autoestima.

La autoestima se desarrollará mediante un comportamiento que implique el dominio de las situaciones y la consecución de metas personales. En la comunidad terapéutica Manuene se propone que el toxicómano que no cree en su deshabituación, se descubra deshabituándose y comience a pensar que es posible tener la seguridad personal de vivir sin drogas.

Si tenemos en cuenta que la autoestima se desarrolla en el proceso de socialización, en este caso tendremos que planificar la reorganización de los ritmos alterados, desde los más sencillos de alimentación y reposo, hasta los más complejos de relación y trabajo, de aceptación de las coordenadas de tiempo y espacio de la realidad; todo ello supone un trabajo de filigrana en el que hay que reunir un complicado cúmulo de situaciones que permitan realizar con éxito este proceso. Este no se desarrolla de una forma lineal, sino que fluctúa entre el avance y el retroceso y elabora con el retroceso nuevas pautas de avance. Esto es aceptar las posibles recaídas y trabajar con ellas para convertirlas en elementos de avance que generen elementos de tensión que hagan descubrir otros de progreso en la deshabituación. Se impide la marginación permitiendo un contacto con el medio y desarrollando acciones de integración social. Se contempla al toxicómano globalmente, abordando las alternativas físicas, socio-familiares, educativas y psicológicas.

Se realizan análisis intercomunitarios y terapias ocupacionales. Se recupera la dinámica psicológica y social.

El toxicómano desestructura su personalidad y distorsiona su comportamiento social, por lo que la comunidad terapéutica constituirá el espacio donde se hará posible la reestructuración progresiva de estos factores alterados.

Ahora bien, no se trata sólo de reestructurar y recomponer, sino sobre todo de reencontrar las bases dinámicas que permitan el funcionamiento de la estructura de la personalidad, no sólo la elaboración de defensas que eviten la ansiedad y la angustia, sino la elaboración de respuestas que satisfagan al “yo” del toxicómano recuperado.

Encontrar las bases dinámicas que permitan, no sólo aceptar las normas de comportamiento social sino de reencontrar el juego satisfactorio de la relación grupal, éste es el objetivo del trabajo terapéutico en Manuene.

En segundo lugar, las intervenciones en la comunidad terapéutica Manuene se basan en teorías de orientación sistémica, o bien en lo que se ha venido en llamar “abordaje relacional sistémico”, basado en la Teoría General de los Sistemas y que se aplica a todos los sistemas humanos. Según esta teoría cada sistema o grupo está compuesto por una serie de elementos en interacción y con una organización tal que un cambio en el estado de uno de los elementos irá seguido por cambios en los demás. En este sentido se entiende la adicción como un síntoma que puede equilibrar las relaciones familiares, distrayendo la atención de otros problemas.

Desde esta orientación se planifica el trabajo con las familias de los pacientes toxicómanos, desarrollando grupos multifamiliares en la propia comunidad terapéutica, facilitando la colaboración y la implicación en el tratamiento del toxicómano.

Se trata, por tanto, de introducir cambios en el sistema familiar que permita el abordaje de los verdaderos problemas que el paciente a través de su toxicomanía ha ido encubriendo.

En tercer lugar, las intervenciones en Manuene se fundamentan en la pedagogía del trabajo desarrollada por Freinet. El trabajo en la comunidad terapéutica Manuene se entiende no como el aprendizaje de determinadas técnicas, sino como el proceso por el cual la persona en tratamiento puede descubrir su capacidad de hacer el trabajo y de hacerlo bien. También a través del trabajo el paciente se responsabiliza de su quehacer, lo cual tendrá consecuencias positivas en su relación con el grupo de pacientes. Así mismo el trabajo facilitará una reflexión individual sobre las dificultades personales.

Freinet desarrolló un instrumento de trabajo sobre las normas de convivencia grupal. Este instrumento se aplica en la comunidad terapéutica Manuene y está basado en los conceptos de auto-ayuda que ya pusieron en práctica las primeras comunidades terapéuticas para toxicómanos. Concretamente se trata de la posibilidad de criticar aquellas situaciones que sean motivo de trasgresión de las normas y que se describirá más adelante en este mismo capítulo.

Por último, hay otras bases teóricas que han conformado la forma de intervenir terapéuticamente de Manuene. Entre ellas, la pedagogía del oprimido de Freire, entresacando la idea de que el paciente es el protagonista de su tratamiento y el concepto de “empatía” y la no-directividad de Rogers, que nos propone un acompañar al paciente desde una comprensión profunda para poder entender el mensaje que nos envía, y al mismo tiempo saber intervenir para el cambio.

Todas estas convicciones han desarrollado un concepto de Manuene que Abejón (1989) lo define como: “aquella realidad que envolviendo totalmente en tiempo y en espacio cada uno de los aspectos de la persona a escala psicológica y social, pretende facilitar la creación de un universo relacional nuevo que permita construir patrones de comunicación individuales y sociales para la persona y el grupo. En definitiva, recrear un universo relacional significativo en el que sea posible expresar los conflictos y reconstruir los mecanismos autoagresivos, transformándolos en posibilidades de una relación distinta” (p. 24).

Veamos paso a paso cómo se expresan los distintos elementos de esta definición en la intervención terapéutica en Manuene:

- “Realidad que envuelve totalmente en tiempo y espacio a cada uno de los aspectos de la persona a nivel psicológico y social”: la comunidad terapéutica está diseñada para poder convivir durante las 24 h. del día, es decir, que el paciente se encuentra envuelto en un ambiente y una cultura que propicia la convivencia con los otros en un espacio único. Este aspecto residencial es una de las principales características de la comunidad terapéutica.

- “Pretende facilitar la creación de un universo relacional nuevo que permita construir patrones de comunicación y vida social para la persona y el grupo”: en la relación con los otros, con el grupo, la persona va descubriendo su forma de ser y la va expresando. No sólo es importante el encuentro terapéutico en Manuene, a través de la vida cotidiana, del conflicto diario, la persona puede explorar y construir nuevos mecanismos de relación que le permitan descubrir y aprender recursos personales de contacto y maniobra con la realidad.
- “Recrear un universo familiar significativo en el que sea posible expresar los conflictos y reconstruir los mecanismos autoagresivos, transformándolos en posibilidades de una relación distinta”: a través de las herramientas diseñadas en la comunidad terapéutica, se pueden expresar los conflictos que surgen en la propia convivencia diaria, posibilitando espacios concretos para poder hablar de las dificultades surgidas en la comunicación, dando tiempos de reflexión sobre las situaciones conflictivas, intentando abordar la relación con la otra persona y hacia el grupo desde una dimensión más tolerante, más a la escucha y con responsabilidad personal.

En el modelo de intervención de la comunidad terapéutica Manuene tres son, por tanto, los elementos más importantes que dan cierta garantía de éxito a la finalización del tratamiento: la voluntariedad del paciente de querer y estar mínimamente motivado para hacer el tratamiento, la colaboración de la familia y su implicación en el mismo y la profesionalidad del equipo de intervención que valora y ayuda a llevar el tratamiento a buen término.

El programa de tratamiento de la comunidad terapéutica Manuene tiene en la propia voluntariedad del paciente la base principal; esto quiere decir que una de las características del tratamiento es que, nada puede hacerse si el paciente no quiere hacerlo.

Para Abeijón (1987), esta voluntariedad expresa una realidad evidente: “La de que nadie puede curar a otro, siempre es el otro quien resuelve su propia problemática, se cura; para esto hay que querer hacerlo, esta voluntad debe de estar manifiesta expresamente por parte del paciente y de una manera objetiva, concreta y visible” (p.30).

Como se ha indicado antes, el equipo de intervención de la comunidad terapéutica Manuene tratará de que el propio paciente sea el protagonista de su tratamiento, respetando el proceso y el ritmo interno de cada toxicómano.

“Ser protagonista supone explícitamente dos cosas para el equipo terapéutico en su relación con el paciente: la primera se puede definir y concretar en estas dos expresiones frecuentemente dichas al toxicómano: “Nadie va a poder hacer las cosas por ti”, “No podemos hacer nada que tú no quieras hacer”. El equipo terapéutico podrá acompañar al paciente en su proceso lento de resolución de los problemas, haciendo propuestas de avance y ayudando a comprender las situaciones que se presenten, pero no podrá hacer mover los pies al propio paciente. La segunda se puede expresar en esta otra frase frecuentemente utilizada también en el trabajo directo con toxicómanos: “Nadie va a correr detrás de ti para que hagas o no hagas tal o cual cosa”. Esto redefine la realidad de la situación en el encuentro entre el toxicómano y el equipo terapéutico: “La problemática es esencialmente tuya, no nos pertenece a nosotros”. La distancia creada, que no-alejamiento frío, le da al equipo la posibilidad de trabajar con las diferentes situaciones que puedan presentarse, así como, devolviendo el problema a su propietario, permitir que éste sea el protagonista y respetar el trabajo que éste ha de realizar” (Abeijón, 1987, p.30).

En cuanto a la colaboración de la familia, la situación aquí es tan delicada como la anterior. La labor del equipo será implicar a todos en el problema del toxicómano.

Solicitar la participación de la familia tratando de transmitir la importancia de trabajar conjuntamente, dejando ver que el equipo no puede hacer nada sólo. Es una intervención que busca la acción al nivel de fondo y no de forma. Trabajar con la familia evita el sentimiento, por parte de ésta, de sentirse sometida a tratamiento como si fuese la culpable de la situación en la que está viviendo.

Esta voluntariedad de la familia sitúa tanto a ésta como al paciente en una posición de colaboración hacia el tratamiento y supone una implicación activa por parte de la misma.

La voluntariedad no es sólo un elemento que concierne al toxicómano y a su familia, sino que también compromete, y así ha de ser expresado de una manera concreta, al propio equipo de intervención.

Este debe aceptar la responsabilidad de seguir el proceso con capacidad de exigencia de análisis, al mismo tiempo que deberá tener capacidad creativa para elaborar respuestas ante las posibles crisis que vayan apareciendo. Esta responsabilidad se expresa al ingreso del paciente y se manifiesta en la confianza depositada por este en el equipo de intervención lo cual facilita, durante el tiempo que dura el tratamiento, que se pueda explorar las áreas más íntimas de la persona para poder intervenir ante las diversas situaciones que se producen en la comunidad con una intencionalidad terapéutica.

Sin embargo, de las fases de que consta el tratamiento en Manuene, que se describirán más adelante, en la primera de estas fases, el equipo de intervención puede ser capaz de rechazar la demanda de un paciente para iniciar el tratamiento o al comenzar el mismo. Este “no” puede significar tres cosas:

1. Que el paciente no ha conseguido “seducir” al equipo de intervención y éste no encuentra suficientes apoyos en el paciente para iniciar un tratamiento “en serio”. Por ejemplo, no ha cumplido con las condiciones previas al ingreso como la abstinencia del consumo o existen dudas al respecto o el acompañamiento familiar no se ha realizado convenientemente.
2. Que una vez dentro de la comunidad terapéutica y estando en la primera fase del tratamiento, el equipo de intervención considera que no existe adecuación del paciente al programa y valora la necesidad de realizar un trabajo previo antes de ingresar de nuevo.
3. Que en las condiciones del segundo apartado, el equipo de intervención se siente incapaz para abordar el caso, bien sea a corto o a largo plazo y lo deriva a otro equipo más adecuado.

3.2 Descripción general de la comunidad terapéutica Manuene.

3.2.1 Elementos terapéuticos de la comunidad.

- **El grupo:** El grupo elabora los mecanismos de control, permite el desarrollo de la problemática individual, acepta los comportamientos e incide sobre ellos.
- **Relación persona-grupo:** Las relaciones interpersonales se evalúan en grupo, sometidas a una exigencia grupal, no olvidando que se trata de una secuencia corta en el tiempo y por lo tanto, es necesario exigir progresos evaluables por el conjunto de personas que participan de la experiencia y que se encarga de hacer explícito el conjunto de elementos del avance experimentado, sea por la persona o por el propio grupo.
- **Aceptación de roles:** De lo dicho anteriormente se comprende que el grupo acepte la división de papeles y/o tareas, división que se plantea como elemento socializador en la que participan todos los miembros y en la que la autoridad está definida en los responsables últimos de la comunidad, sobre los que reposa la responsabilidad global del experimento.
- **El trabajo como agente terapéutico-educativo:** El trabajo y las tareas que se distribuyen a lo largo de la jornada constituyen uno de los elementos fundamentales en la deshabituación ya que se trata de reconstruir el ritmo, no sólo de realización de una tarea, sino de construcción de una responsabilidad fácilmente evaluable. El trabajo no se presenta al inicio como una imposición, sino como un elemento más de la terapia de deshabituación, en el cual se exigen resultados.

3.2.2 La comunidad terapéutica no es un lugar de marginados.

El toxicómano reacciona frente al colectivo social en medio del cual desarrolla su vida normal, automarginándose, creando unas claves de lenguaje y de comportamiento excluyentes y propios que provocan un rechazo por parte del colectivo social.

Por otra parte, a escala individual, el toxicómano provoca la marginación de determinados componentes de su propia estructura personal, determinadas normas se encuentran marginadas y excluidas del lugar que hasta entonces ocupaban.

La comunidad terapéutica pretende desde el principio, romper este esquema de automarginación, enfrentándose al toxicómano con su propia realidad personal y social.

Como consecuencia de todo lo anterior, se deduce que la comunidad terapéutica se sitúa como un escalón más que relaciona a la persona del toxicómano con el medio familiar, por un lado, y social por otro.

Por lo tanto, al mismo tiempo que el toxicómano permanece en el centro, no se descuidará el trabajo con la propia familia, sobre todo en el caso de los adolescentes, para desangustiar y facilitar la reinserción buscando los medios y los mecanismos para conseguirla.

Es posible que no siendo un lugar de marginados, haya pacientes de ambientes marginales que perciban una mejor calidad de vida en la comunidad que en su propia casa. Es necesario, por tanto, además de clarificar el objetivo de la estancia en Manuene, incidir en la cuestión de la inserción en el medio particular, posibilitando que el propio sujeto sea generador de cambios substanciales en su vida.

Sin embargo, seguirá siendo un hecho la existencia de pacientes que expresen el deseo de una mayor estancia en la comunidad como veremos en el capítulo sexto.

3.2.3 Objetivos globales de la comunidad terapéutica Manuene.

Los objetivos globales al ingreso de un paciente en la comunidad son propuestos en la entrevista que se mantiene en el centro ambulatorio y que es previa al ingreso en la comunidad. Estos objetivos son:

A. La deshabitación del consumo de drogas.

B. Posibilitar un cambio de estilo de vida que haga normalizar los comportamientos:

- En el ámbito social: la familia, la pareja, las amistades, la escuela...
- En el laboral: la consecución de un trabajo, el mantenimiento del mismo y el rendimiento.
- En el socio-jurídico: adquirir conciencia de su situación en el caso de tener pendientes causas de juicio en el momento de ingresar en la comunidad terapéutica. Desde Manuene se informará, previa petición de la justicia, de aquella situación de tratamiento en la que se encuentra el paciente.

Al ingreso en la comunidad hay un objetivo ya cumplido: la desintoxicación de la droga. Este objetivo es claramente exigido en la demanda de tratamiento y se puede cumplir, dependiendo de los pacientes, o en la unidad de desintoxicación de un hospital, o en el domicilio particular, con controles periódicos.

Superado el objetivo de la desintoxicación, nos encontramos con un paciente en fase de trabajo personal en búsqueda de aquellos problemas que le han llevado o ayudado a caer en el consumo de droga.

En Manuene existen unos objetivos específicos comunes a todos los pacientes (Abeijón, 1989):

- Posibilitar una abstinencia en el consumo de drogas.
- Conseguir la deshabituación.
- Solucionar los conflictos intrapsíquicos relacionales.
- Solucionar los conflictos familiares.
- Hacer un seguimiento y control de patologías orgánicas.
- Potenciar una educación sanitaria referida a drogas.
- Facilitar el proceso de inserción social.
- Ayudar a la recuperación de valores de convivencia.
- Desarrollar hábitos de trabajo.
- Reforzar hábitos de aseo y limpieza personal.
- Facilitar el acceso a niveles socio-culturales básicos.

3.2.4 Los usuarios: tipos de toxicómanos asistidos y su perfil al ingreso en la comunidad terapéutica.

Para Abeijón (1989), la comunidad terapéutica no es una solución para todos los toxicómanos, sino un elemento más de oferta en un plan de asistencia y que para ciertos toxicómanos es imprescindible.

Estos podrían estar divididos en los siguientes grupos (Abeijón, 1989):

- **Toxicómanos con familias desestructuradas:** Son personas que viven en un medio familiar que impide, por sus propias características, plantear, sea una desintoxicación sea un tratamiento más a largo plazo. Para ello la comunidad terapéutica se presenta como el lugar idóneo donde se reconstruye el medio familiar y les permite plantearse, seriamente, las etapas de un tratamiento; reconstruir una familia amplia que permita aceptar las características de la propia personalidad y los conflictos que puedan conllevar, así como exigir en consecuencia, el esfuerzo de elaboración de un proceso de tratamiento a largo plazo.
- **Toxicómanos con grave problemática social:** Se trata de toxicómanos adolescentes que se encuentran en grave riesgo de trastornos sociales, delincuencia, prostitución, etc. Para ellos la comunidad terapéutica es el lugar idóneo que les permite no entrar a englobar el ejército de adolescentes falsamente considerados como psicópatas infantiles o delincuentes juveniles que se encuentran, por su drogadicción, en cárceles y reformatorios.
- **Toxicómanos con grave problemática psicológica:** Son aquellos que presentan graves alteraciones de su personalidad relacionada con la droga o desencadenadas por ella.
- **Toxicómanos sin alteraciones graves:** Son los que necesitan tan sólo salir de su medio habitual relacionado con la droga para fortalecer su proceso de deshabitación y elaborar pautas posteriores de reinserción social.

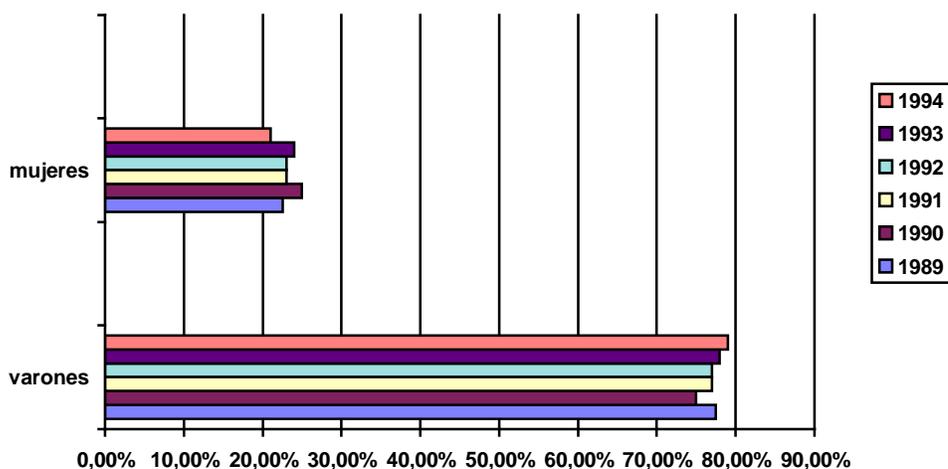
En cuanto al perfil de la población con la que se trabaja en Manuene, habitualmente llega con diferentes trayectorias de desarrollo y aprendizaje. Las características generales al ingreso son:

- Privación de oportunidades de acceso a los bienes y recursos de la comunidad.
- Problemas laborales. Falta de trabajo y de expectativas para encontrarlo.
- Escasa formación básica con falta de motivación para continuar estudios.
- Experiencias de discordia familiar, condiciones familiares adversas, patrones de conducta violenta, malos tratos, ausencia de comunicación, falta de claridad y consistencia en las pautas de crianza, en las expectativas y en las reglas, falta de supervisión e incoherentes métodos de disciplina.
- Afrontamiento inefectivo de los problemas.
- Patrones de conducta antisocial.
- Sentimientos de hostilidad y recelo hacia instituciones y agentes sociales, a los que se responsabiliza de las desventajas y adversidades que padecen.
- Dificultades para mantener estrechas relaciones interpersonales y expresar empatía.
- Problemas con la justicia.
- Búsqueda de gratificaciones inmediatas y dificultades para demorarlas y esperar.
- Salud en proceso de deterioro. Aparición de enfermedades crónicas (hepatitis,...), y, en muchos casos de la seropositividad a los anticuerpos del VIH.
- Incremento de problemas de salud mental asociado al consumo (doble patología).

Presentamos a continuación algunos datos concretos del perfil de los usuarios que han pasado por la comunidad terapéutica Manuene.

- **Sexo.**

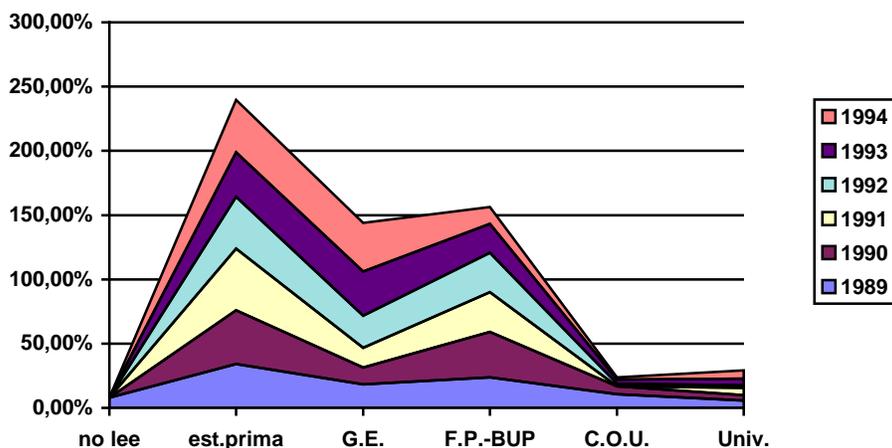
En el periodo comprendido entre 1.989 y 1.994, más del 70 % de la población correspondió a varones, siendo alrededor del 23 % el porcentaje de mujeres.



Este es un dato bastante general en referencia a otras comunidades terapéuticas estatales de carácter mixto, donde el porcentaje de hombres es bastante superior que el de las mujeres.

- **Nivel cultural.**

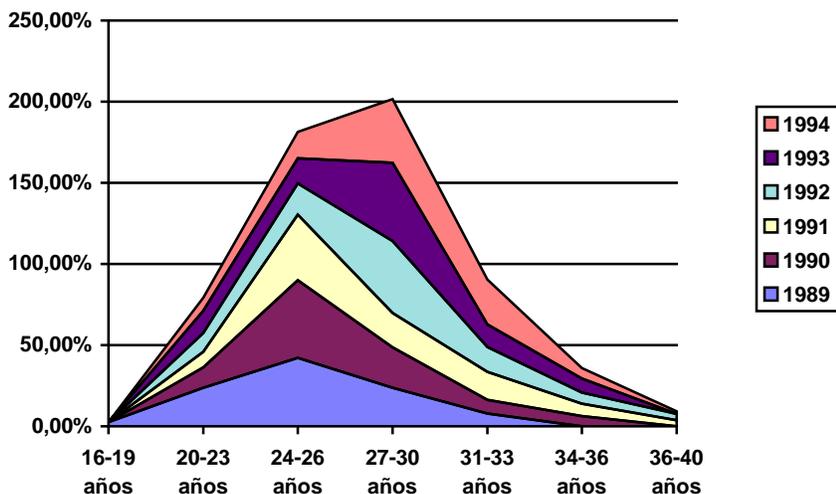
En el periodo 1989 a 1994, la evolución del nivel cultural se sitúa en una población mayoritariamente con estudios primarios. Algo más de un 40 % no dispone de Graduado Escolar. Se puede apreciar en el eje de las abscisas los porcentajes anuales acumulados en donde los estudios primarios se sitúan cerca del 250% y en menor porcentaje acumulado los pacientes que poseen Graduado Escolar o estudios de Formación Profesional o BUP. Este porcentaje se puede situar alrededor del 30% anual.



Esto conduce a la conclusión que las personas que inician el tratamiento mayoritariamente no poseen la formación básica ni cualificada, por lo que los programas que se ofrecen en la comunidad, en este sentido, pueden resultar de total utilidad.

• **Edad.**

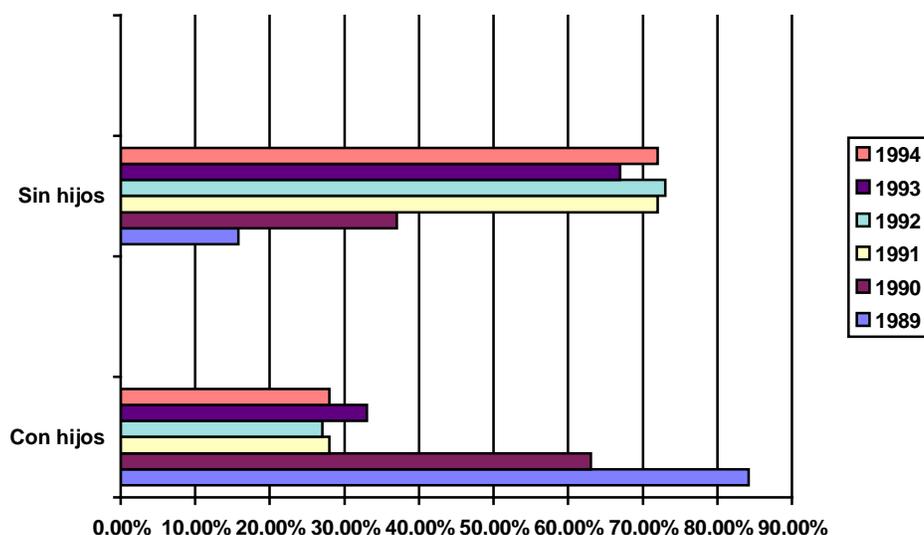
En el año 1989, la media de edad se situaba entre 24 y 26 años mientras que en 1994, esta media ha crecido hasta situarse en el intervalo de 27 y 30 años, dándose la característica que a partir del año 1990 han comenzado tratamiento personas de más de 36 años.



Se puede apreciar en el gráfico como el porcentaje anual acumulado va desplazándose alcanzando en el año 1994 un máximo del 200% en el intervalo entre 27 y 30 años.

Esto confirma lo dicho anteriormente, es decir, que la población que acude actualmente a la comunidad terapéutica se está situando en una media de edad de 35 años, normalmente pacientes de larga evolución y con un deterioro importante en el nivel de relaciones personales y sociales; se podría decir que se encuentran más marginalizados.

- **Pacientes con/sin hijos.**

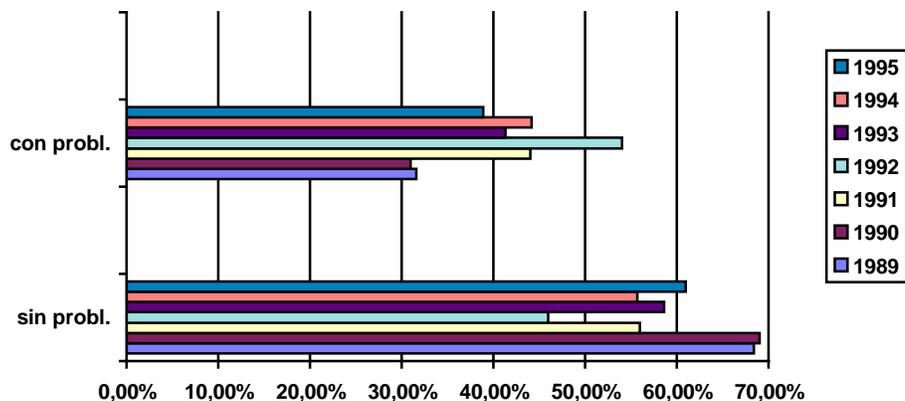


La evolución que muestra esta variable indica que durante los años 1989 y 1990 el porcentaje de pacientes con hijos era superior a la media. Sin embargo, a partir del año 1991 este porcentaje ha disminuido en los últimos años manteniéndose alrededor del 29 %.

- **Problemática judicial.**

Esta variable nos ofrece un perfil mediante el cual podemos concluir que la tendencia es a decrecer en cuanto a la población con problemas judiciales. El punto de inflexión parece situarse en 1992, donde el porcentaje de casos con problemas judiciales llegó al 54 % de la población.

A partir de este año ha comenzado a disminuir, situándose en el año 1995 en el 39 % de la población atendida.



Esta disminución ha podido ser ocasionada con la puesta en marcha de los programas de reducción de riesgos y de objetivos intermedios. Sin embargo, con la entrada en vigor del nuevo Código Penal esta situación podría variar.

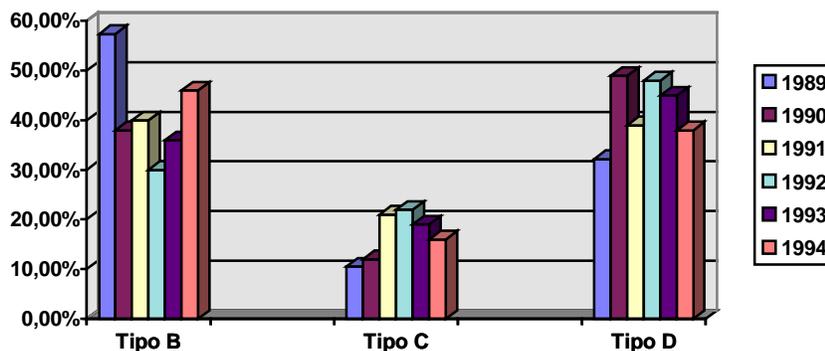
- **Evolución diagnóstica.**

A partir de 1990, se incrementa la población que al ingreso presenta doble patología, es decir, problemas psiquiátricos asociados, en muchas ocasiones, al consumo de drogas.

Así mismo, aumentan los pacientes de familias de clase social baja, familias en donde la mayoría de las ocasiones las relaciones interpersonales que se producen son aisladas. Normalmente son hijos abandonados en instituciones o con familias multiproblemáticas. Estos pacientes, al ingreso, presentan una ausencia de la interiorización de límites, normas, figuras significativas, y en ellos la toxicomanía es una etapa más de la conflictividad individual, familiar y social.

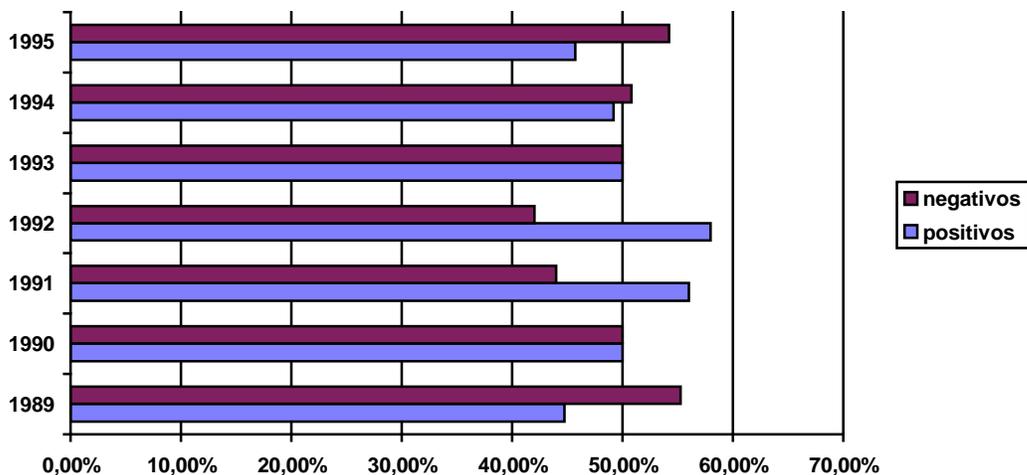
Esta evolución parece haberse mantenido hasta 1994. Este año se equilibró este tipo de pacientes con otros cuya tipología se caracteriza por una tendencia depresiva, con un consumo controlado normalmente, con una conflictividad familiar ocasionada frecuentemente por el conflicto entre los padres, causado y mantenido por el síntoma del hijo, con gran implicación de uno de los padres y el papel periférico del otro.

De acuerdo con la tipología de Cancrini(1996), descrita en el capítulo uno, se ha producido un incremento en las tipologías de transición y sociopáticas, es decir, de los tipos C y D, frente al tipo B.



• **Evolución del VIH.**

Desde 1989 hasta 1992 los casos de seropositividad al SIDA fueron en aumento, llegando al 58% de la población de la comunidad terapéutica. A partir de este año se produce un cambio de tendencia y ya en 1995 dicho porcentaje volvió a descender a niveles parecidos al año 1989, es decir, en torno al 46 %.



Esta disminución probablemente sea debida a la puesta en marcha de los programas de reducción de riesgos. Sin embargo, en la población con la que se trabaja, siguen existiendo patologías relacionadas con tuberculosis, hepatitis, enfermedades de transmisión sexual y otras asociadas al complejo SIDA.

- **Experiencia laboral.**

Sólo un 35 % ha trabajado en algún empleo por cuenta ajena con anterioridad a su toxicomanía, presentando unos itinerarios laborales poco definidos, con una baja cualificación formativa y profesional y por periodos muy cortos de tiempo.

Los pacientes toxicómanos que han acudido a Manuene en los años estudiados, presentan a su vez una muy baja expectativa sobre todo en cuanto a las capacidades personales y, por tanto, poca ilusión por conseguir un trabajo.

3.2.5 Organización de las actividades en la comunidad terapéutica Manuene.

3.2.5.1 La entrevista de admisión: En la entrevista de admisión, realizada por el equipo de intervención, se elabora un diagnóstico, delimitando áreas de conflicto del paciente. La metodología ha incluido siempre dos preguntas a los pacientes:

- ¿Quién soy yo?
- ¿Por qué quiero venir aquí?

Con estas dos preguntas iniciales se trata de conseguir que el paciente exprese lo que considera han sido las dificultades que le han llevado al consumo de drogas y sus expectativas de la estancia en la comunidad terapéutica. En esto consiste la primera parte de esta entrevista.

Tras esta primera parte, el equipo de profesionales elabora una propuesta doble:

- a. Por un lado, la duración del tratamiento.

- b. Por otro, en función del diagnóstico obtenido, se construye una frase, llamada “frase de propuesta”, basándose en la información que el paciente ha transmitido en la entrevista sobre sus dificultades, formas de relación, etc.; esta frase le servirá de referencia para comenzar la reflexión sobre las cuestiones personales que han podido ser causa del consumo de drogas; cada paciente tiene una frase diferente según sus propias características.

En la segunda parte de la entrevista se presenta la propuesta del equipo de intervención tanto al paciente que va a ingresar como a su familia. Si acepta la propuesta, se formula verbalmente el contrato terapéutico que consistirá en el compromiso de participar en las actividades del centro y, por parte de la familia de realizar el seguimiento al paciente y asistir a terapias familiares y respetar las normas.

A continuación se indican al paciente las tres normas principales del centro:

- a. No se permite el consumo de drogas, salvo café y tabaco que se controlan desde la propia comunidad.
- b. No se permite la violencia física o verbal.
- c. No se permiten las relaciones sexuales.

En la actualidad, los cambios introducidos en el modelo de intervención han hecho variar la forma de la entrevista de admisión que procede de la manera siguiente:

En un primer momento, y una vez realizada la demanda por parte del paciente a través de cualquier centro ambulatorio de salud mental del Servicio Vasco de Salud (Osakidetza), se mantiene un primer contacto bien con el paciente solo o bien con éste y la familia, si la demanda viene de ambos. Se pregunta sobre la historia del paciente y las dificultades que ha tenido, se valora la motivación para realizar el tratamiento, se exploran necesidades, se pregunta sobre las expectativas y se informa sobre el modelo de intervención de la comunidad terapéutica.

Si la petición viene sólo del paciente, se acuerda un segundo contacto donde se invita a la familia y, nuevamente, se valora el compromiso por parte de

ambos para iniciar el tratamiento. Así mismo, se informa sobre las normas y compromisos que se adquieren. En esta entrevista es posible acordar la fecha de ingreso del paciente.

Estas reuniones se realizan bien en el centro de salud mental demandante o en la institución donde esté ingresado el paciente (prisión, hospital psiquiátrico,...).

El día del ingreso en la comunidad terapéutica se realiza una entrevista de acogida, donde se recogen más datos de la historia personal del paciente y se aclaran las dudas que puedan surgir tanto en la familia como en la persona que ingresa.

Durante la estancia en la comunidad terapéutica se realiza otra entrevista para cambiar de etapa. En esta reunión se establecen objetivos más concretos de trabajo personal y se desarrolla lo indicado anteriormente referente a la construcción de una “frase de propuesta” y la fijación del tiempo de estancia.

Hay otro tipo de entrevistas denominadas entrevistas “de valoración” que se realizan dependiendo del tiempo de estancia previsto. Así, es posible proponer a un paciente, no un tiempo completo de tratamiento, sino partido, por ejemplo, tres meses más la valoración, lo cual significa que pasados esos tres meses se realizará una nueva entrevista para valorar la marcha del tratamiento y la necesidad de continuar en la comunidad terapéutica o no. En caso de continuar se fijará un nuevo tiempo de estancia.

Por último, hay un espacio de trabajo individual realizado por los educadores del centro y que se desarrolla a través de tutorías cuyos objetivos están señalados en este mismo capítulo. El paciente es el que elige, una vez pasado un tiempo en la comunidad, al tutor-educador con el que mantendrá una serie de reuniones individuales de forma periódica.

3.2.5.2 Descripción de las fases del itinerario terapéutico.

A la hora de poner en marcha las fases de tratamiento hay que tener en cuenta las siguientes directrices:

- **Capacidad de respuesta:** el equipo debe responder en todo momento con una actitud de ayuda hacia el paciente, de forma inmediata cuando la situación así lo requiera y corresponsabilizando al grupo de pacientes ante decisiones donde ellos son los sujetos de la intervención.
- **Fiabilidad:** la intervención coordinada y la información coherente hacen que el paciente considere “de fiar” al educador y al equipo de intervención. Dar información clara, sencilla y adaptada a las características del paciente y del grupo es importante ante el riesgo de que le lleguen mensajes distintos o contradictorios por parte del equipo.
- **Elementos tangibles:** La apariencia del educador y el equipo de intervención y de las instalaciones transmiten al paciente información respecto al valor de la actividad que se realiza. Es importante, en este sentido, cuidar los pequeños detalles como evitar la apariencia de mal estado de los aparatos o utillajes cotidianos, etc.
- **Interacción humana:** Una buena comunicación con el paciente se consigue sabiendo escuchar, teniendo en cuenta su punto de vista y manteniéndolo informado.
- **La continuidad:** La creación de vínculos estables a lo largo del tratamiento es importante a la hora de poder intervenir con eficacia. El cambio de profesionales de forma periódica no permite una buena intervención.

A partir de estas directrices en la intervención se construye un proceso de tratamiento cuyo objetivo principal es el acercamiento del paciente a su entorno inmediato con los recursos personales suficientes para hacer frente a situaciones conflictivas que anteriormente al tratamiento le habían ocasionado consumos de drogas.

Las fases de tratamiento que esta investigación analiza son las que han venido funcionando hasta 1997; a partir de ese año y teniendo en cuenta, entre otras cosas, las conclusiones de este estudio, dichas fases se han adecuado a las demandas actuales de tratamiento y están descritas en el último capítulo.

Hasta la fecha indicada las fases o etapas del tratamiento eran las siguientes:

- La primera fase consistía en la adaptación del paciente a la dinámica de la comunidad terapéutica por lo que no se producía ninguna salida al exterior del centro. A partir del primer mes el paciente podía recibir la visita de sus familiares los domingos por la mañana. Esta primera fase tenía una duración aproximada de tres meses.
- La segunda fase tenía la característica de poder salir los fines de semana con acompañamiento familiar. Se trataba de un primer acercamiento al entorno cotidiano y se posibilitaba un trabajo terapéutico con la familia para ir abordando los diferentes problemas que podrían darse durante los fines de semana. Al igual que la anterior etapa tenía una duración aproximada de tres meses.
- Durante la tercera y última etapa el paciente podía salir sólo los fines de semana, era la fase previa a la finalización del tratamiento y se proponía un trabajo personal de inserción social a todos los niveles: retomar viejas amistades que no tuvieran que ver con los consumos de drogas, hacer nuevos amigos, sondear las posibilidades de un trabajo laboral, etc...Esta fase tenía una duración aproximada de tres o cuatro meses.

3.2.5.3 Estructura organizativa del tratamiento.

Una vez que el paciente es admitido en el centro y está de acuerdo con la propuesta terapéutica que se le ha hecho, el día de su ingreso será presentado al resto del grupo. Al finalizar la presentación, se le asignará un “hermano mayor”, es decir, un paciente que lleva ya un tiempo en la comunidad y que será el responsable de indicarle la dinámica de vida cotidiana que llevará en adelante: normas, trabajo, etc... Durante esta fase, este “hermano mayor” será el punto de referencia concreto del paciente recién ingresado. Desde el primer día participará en los trabajos cotidianos.

La organización de todas las tareas de la comunidad terapéutica recae en los propios pacientes. La limpieza, la preparación de las comidas, la siembra, la recolección, la organización del tiempo libre, la coordinación de los distintos equipos, etc..., está en manos de cada uno de los miembros de la comunidad, que están organizados como si de una empresa se tratara.

Se propicia todo tipo de roles, interacciones grupales y experiencias personales que permita la expresión de las dificultades a través del ejercicio de la autoridad, la responsabilidad, el reconocimiento del malestar, la satisfacción, la valoración, los mecanismos de defensa y huída, el ejercicio de la constancia, etc..., formando un conglomerado de sentimientos, reacciones e informaciones que son los elementos con los cuales vamos a trabajar.

Es decir, el trabajo en la comunidad terapéutica adquiere un doble sentido: por un lado, la realización de una responsabilidad, de un trabajo que hay que hacerlo bien; por otro, la atención a situaciones personales conflictivas que se producirán en el cumplimiento de dicha responsabilidad.

La posible aparición de crisis personales en esos momentos será aprovechada para un crecimiento personal y de cambio.

La progresión en las tareas no sólo depende del tiempo de permanencia en el programa, sino de la situación global en la que se encuentre cada individuo.

Existen cuatro “grupos de responsabilidades”, con sus normas y objetivos, y cada grupo contiene otras intermedias. Estos grupos son:

Grupo de servicios-normas:

- Coordinador de grupo. Responsable de normas y ambiente.
- Responsable de plancha.
- De tiempo libre.
- De la prensa.
- De clases-estudio.
- De gimnasia.
- De jardinería.
- De noticias.

Grupo de trabajo:

- Coordinador de grupo.
- Responsable de huerta.
- De invernadero.
- De obras.
- De mantenimiento.

- De pinturas.
- De animales.
- De restauración de muebles antiguos.

Grupo de cocina:

- Coordinador de grupo.
- Cocinero.
- Ayudante de cocina.

Grupo de limpieza:

- Coordinador de grupo.
- Trabajadores.

Normalmente el paciente al ingreso en la comunidad terapéutica es asignado al equipo de menor responsabilidad, es decir, al grupo de limpieza. En la medida en que gana en responsabilidad pasa por las responsabilidades llamadas “intermedias” para, al final del tratamiento, estar de coordinador de algún grupo de trabajo.

Hay que tener en cuenta que la intervención que se desarrolla en la comunidad terapéutica Manuene, trabaja con el mundo simbólico que rodea a cada propuesta terapéutica y a cada actividad del centro. En este sentido hay que entender también que el trabajo asignado a cada paciente en un momento concreto obedece a este estilo de funcionamiento. Así, por ejemplo, cuando un paciente ingresa en comunidad y trabaja en el grupo de limpieza, se entiende que tiene que efectuar tanto la limpieza exterior (casa, cuartos de baño, etc...), como la limpieza interior personal.

3.2.5.4 Actividades que se desarrollan en un día normal.

Durante el día se llevan a cabo una serie de actividades que se pueden clasificar en tres clases. En primer lugar aquellas que rigen la vida cotidiana de la comunidad, tales como el aseo personal, la ventilación de los cuartos y camas por la mañana, el arreglo de las habitaciones, la organización de un horario equilibrado entre las horas de descanso, las de trabajo y las comidas, etc...

En segundo lugar, las actividades que se organizan en torno al trabajo propio de la comunidad terapéutica y que se han descrito en las responsabilidades que cada paciente tiene que desarrollar. Así, podremos indicar las tareas dedicadas a la limpieza, el trabajo en el campo, las tareas de cocina, etc...

En tercer y último lugar estarán las reuniones diarias entre las que podemos destacar las terapias de grupo, que se realizan los lunes y miércoles; las reuniones de grupos familiares que se llevan a cabo los jueves, la asamblea general que se hace los viernes y las reuniones de los grupos de trabajo, las cuáles se desarrollan en distintos días de la semana, así las reunión del equipo de cocina se hará todos los martes, la del equipo de limpieza todos los miércoles y así sucesivamente.

3.2.5.5 Servicios que presta la comunidad terapéutica Manuene.

Si tuviéramos que definir las tareas que realiza de forma concreta la comunidad terapéutica Manuene, éstas serían:

- Consulta y seguimiento de patología orgánica.
- Terapia medicamentosa y psicofarmacológica. Incluido el programa de metadona.
- Terapia grupal.
- Terapia familiar y multifamiliar.
- Terapia individual.
- Terapia de pareja.
- Laborterapia.
- Actividades de carácter informativo sobre drogas.
- Preparación para el acceso al Graduado Escolar.
- Actividades de carácter cultural.
- Actividades informativas sobre recursos socio-laborales.
- Actividades de educación sanitaria.
- Actividades sobre educación en el tiempo libre.
- Actividades de expresión corporal.

3.2.6 El equipo de trabajo.

El equipo de la comunidad terapéutica Manuene tiene un modelo de funcionamiento “interdisciplinar”. Está compuesto por:

- 1 psiquiatra.
- 2 psicólogos, uno de ellos coordinador de equipo.
- 1 enfermera.
- 6 educadores sociales.
- 1 médico, que también realiza funciones de terapeuta familiar.
- 1 gobernanta.
- 1 auxiliar administrativo.

A diferencia de los equipos “pluridisciplinares”, donde coexisten varias disciplinas y el abordaje de los problemas y la intervención se realiza desde cada “saber profesional”, a través de diversas intervenciones, el equipo “interdisciplinar” plantea la idea de la intervención única y global sobre el sujeto o sobre el grupo. En este sentido, la interdisciplinariedad hace referencia al hecho de ponerse de acuerdo todas las disciplinas profesionales para poder actuar conjuntamente.

Hacia esta dirección se dirigen otros equipos de comunidades terapéuticas como el de Agipad (Díaz y col.,1984) en Gipúzkoa que señala: “La eficacia de la labor del equipo radica no en la suma de los esfuerzos individuales realizados por cada uno de sus miembros en las respectivas áreas, sino en la integración de esos esfuerzos comunes, que es lo que en último término constituye el verdadero trabajo interdisciplinar”(p. 153).

Es decir, por una lado la cultura que se traspasa al grupo de pacientes es que el equipo interviene globalmente y no cualquiera sus miembros a nivel individual. Por otro, dentro del equipo las supuestas barreras del “saber académico” dan paso a una “escucha” de equipo y a un abordaje global de los problemas.

Estamos de acuerdo con el equipo de intervención de Agipad (Díaz y col., 1984) en definir como fundamentos de este modelo de trabajo en equipo los siguientes:

- **Tener objetivos comunes** que unifiquen y consoliden la acción que se quiere llevar a cabo en dos sentidos: uno, de cara a la construcción y desarrollo del propio equipo, (dentro de este apartado se plantea como indispensable la formación y reciclaje de todos los miembros del equipo a todos los niveles), y dos, de cara a la intervención con el grupo de pacientes.
- **Tener criterios unificados:** Es necesario dentro del equipo de intervención integrar las diferentes opiniones y concepciones del trabajo. Esto no supone que deba elegirse la opción individual más completa, sino complementar con las opciones individuales un marco conceptual válido para todos, un planteamiento ideológico común y una actitud flexible en cuanto a las diversas alternativas de tratamiento.

Estos criterios han de ser elaborados, conocidos y asumidos por todo el equipo, y han de estar bien definidos para que la intervención hacia el grupo de pacientes sea coherente y no origine contradicciones.

- **Tener roles definidos:** las funciones, tareas y responsabilidades han de estar bien definidas y ser conocidas por todos.
- **Tener una estructura funcional dinámica:** teniendo en cuenta todos los puntos de vista de los profesionales del equipo de intervención, esta estructura debe favorecer la creación de un plan, de un proyecto específico, que el equipo construya como modelo de intervención propio. Este proyecto definirá los distintos programas, en este caso de la comunidad terapéutica, las actividades y la programación de las mismas. Este proyecto ha de ser dinámico en la medida que se pueda adaptar a la realidad de cada momento.

Además de estos fundamentos, sería bueno añadir los siguientes:

- Tener los miembros del equipo las situaciones bien definidas: cada miembro del equipo debe adquirir la convicción íntima de que es útil al grupo y que ocupa en él un lugar, una posición particular y única.
- Eliminar los obstáculos en las comunicaciones: para que el equipo funcione conveniente y eficazmente, es indispensable un diálogo abierto y sin obstáculos.

- Estar abiertos hacia el exterior: el equipo ha de ser flexible a las cuestiones del exterior y participar en redes asociativas afines al trabajo.
- Ser auténticos: para que un equipo evolucione favorablemente cada miembro debe poder aparecer tal como es. Pero no basta esto, hay que preocuparse de la mejora a través de la formación, como ya hemos indicado anteriormente.

La asunción de un proyecto demanda a la vez reflexión, creatividad y acción en equipo. En este marco, cada miembro del equipo está obligado a reflexionar sobre su intervención, realizar reuniones de evaluación y reajuste de su trabajo. Este aspecto del trabajo es y debe ser exigente. No basta con realizar una función, ir a un trabajo unas horas concretas; es necesario poder reflexionar y hacerlo en equipo, teniendo en cuenta las propias dimensiones del equipo de trabajo en donde:

- Se pueda analizar las intervenciones y reflexionar sobre los ajustes del proyecto.
- Se tenga en cuenta los diversos puntos de vista, sea posible realizar hipótesis de trabajo, elaborar reflexiones a partir de intervenciones, etc.
- Se pueda auto-evaluar y evaluar al compañero de trabajo, sin sentir amenazada la "identidad personal".
- Se pueda comunicar con los otros profesionales sobre los hechos y sentido de las acciones.
- Y, como ya ha quedado expresado, se adentre en un proceso de formación continua. Mediante la formación el equipo se autootorga la mejor garantía de duración en el ejercicio de sus funciones, de la evolución hacia el mejoramiento y de una real satisfacción profesional.

En Manuene semanalmente, todo el equipo de profesionales se reúne para valorar la marcha de la comunidad terapéutica.

Para poder ser más eficaces, estas reuniones se estructuran alrededor de tres áreas:

1. Área de intervención: en donde se evalúa el trabajo desarrollado con el grupo. Se divide en las siguientes sub-áreas:

- a. Situación del grupo: valoración de los criterios de exigencia, responsabilidad, trabajo...
 - b. Registro de observaciones individuales: en este apartado se valora la situación individual de cada paciente, posibles intervenciones a llevar a cabo tanto desde el punto de vista terapéutico como educativo.
 - c. Entrevistas: información de las próximas entrevistas de admisión, pacientes de nuevo ingreso y de las entrevistas de valoración o seguimiento de pacientes ya ingresados.
 - d. Fases de tratamiento: valoración de la fase de tratamiento en que se encuentra cada paciente.
2. Área de organización: en donde se tratan los aspectos organizativos del centro, tanto de orden interno como de acciones cara al exterior, aspectos de gestión y administración,...
3. Área de coordinación: es el área reservada a los temas del equipo (formación, participación en jornadas, encuentros, discusión de temas laborales, horarios, etc...).

Posteriormente a cada reunión se emite un informe con las conclusiones de la misma y se detalla el próximo orden del día.

Así mismo, una vez al mes se establece una reunión de formación específica para el equipo, donde se reflexiona sobre las estrategias de intervención a la luz de los contextos teóricos establecidos.

Por último, trimestralmente el equipo se reúne para evaluar la comunidad terapéutica, el alcance de los objetivos marcados, las dificultades que han surgido, la valoración de la calidad de la intervención, el análisis del perfil de los toxicómanos que ingresan, la adecuación de las estrategias ante los cambios de población atendida, etc...

Una de las características que guía el trabajo del equipo en Manuene es la posibilidad de poder participar en otros foros y asociaciones, así como la facilidad de acudir a congresos y jornadas donde el intercambio de experiencias redonda en una mejora de la intervención en la comunidad terapéutica.

En este sentido, la mayor parte de las personas del equipo está participando en asociaciones como: Profesionales de Comunidades Terapéuticas, Itaca (Asociación Europea de Intervinientes en toxicomanías, Asociaciones de Educadores Sociales, etc...).

Por otra parte, se participa en visitas concretas a otras comunidades terapéuticas, tanto estatales como europeas; así mismo, otros miembros del equipo participan en cuestiones formativas, a través del Instituto Deusto de Drogodependencias, entidad perteneciente a la Universidad de Deusto (Bilbao) dedicada a la formación de profesionales en drogodependencias y a la investigación sobre esta materia.

Es también importante el tiempo dedicado a dar a conocer el trabajo que se realiza. En este sentido, la comunidad terapéutica es visitada periódicamente por otros profesionales, tanto a escala estatal como europea y americana.

Dentro de este apartado es importante señalar que la comunidad terapéutica Manuene ha constituido desde su creación un lugar de formación. Así, y gracias a la colaboración con el Instituto Deusto de Drogodependencias, citado anteriormente, habitualmente pasan alumnos bien del propio Master de Drogodependencias bien de Educación Social, a realizar las prácticas propias de dichos perfiles académicos.

3.3 Programas que se llevan a cabo en la comunidad terapéutica.

3.3.1 La intervención psicoterapéutica.

Si entendemos la comunidad terapéutica Manuene como una realidad que envuelve en tiempo y espacio a cada uno de los aspectos de la persona, tanto a nivel psicológico como social, y que se pretende facilitar la creación de un universo nuevo que permita construir patrones de comunicación individuales y sociales, la terapia de grupo es el marco y el espacio donde una persona “desde el aquí y el ahora” puede analizar y revisar los conflictos para reconstruir los mecanismos agresivos, transformándolos en posibilidades de una relación distinta.

Si además la comunidad terapéutica es un espacio que relaciona a la persona del toxicómano con el medio familiar, no se puede descuidar el trabajo con la propia familia que ayudará a la reinserción futura en el medio social del toxicómano.

De esta forma, la intervención psicoterapéutica propiamente dicha se centra en:

- Grupo de pacientes.
- Grupo de familiares.
- Entrevistas individuales.
- Seguimiento – Reinserción.

3.3.1.1 Grupo de pacientes (psicoterapia de grupo).

Funcionan en la actualidad dos grupos de terapia con una frecuencia de reunión cada grupo de dos veces por semana, con una duración de 90 minutos cada sesión. La asistencia al grupo es obligatoria para todos los pacientes del centro.

El grupo de terapia es eminentemente de tendencia analítica, aunque también se incluyen numerosas intervenciones desde el psicodrama o desde la Gestalt.

Cada persona que ingresa en el centro realiza, como ya se indicó en puntos anteriores, una entrevista de admisión (estando presente el equipo de intervención), al final de la cual se elabora una propuesta que se codifica en forma de “una frase simbólica”; así cada paciente tiene una propuesta individual, que le va a “acompañar” en la resolución “de su problema” y va a dar sentido y dirección a todo el trabajo psicoterapéutico.

El objetivo primordial es un trabajo en profundidad con el paciente sobre su propia persona, es decir, sus mecanismos de enfrentamiento con la realidad.

Todas las actividades del centro, la interrelación con el grupo de pares y con el propio equipo, son los “instrumentos” que van a facilitar y propiciar, el “darse cuenta” del núcleo problemático y es todo esto, junto con el grupo de terapia, lo que va a permitir un cambio en la experiencia personal que se podrá traducir en un cambio de comportamiento.

El grupo elabora los mecanismos de control, permite el desarrollo de la problemática individual, acepta los comportamientos extraños e incide sobre ellos.

Por tanto, la relación persona-grupo, tal como se ha indicado, constituye un elemento primordial del trabajo en la comunidad.

Los contenidos temáticos que suelen aparecer en el grupo de terapia, son:

- Sexualidad.
- Agresividad.
- Familia.
- Culpa.
- Homosexualidad.
- Duelos³.
- Autonomía.
- Autoridad.
- Interés por obtener placer inmediato.
- Autoestima.
- Incapacidad para asumir responsabilidades.
- Comunicación de sentimientos.

3.3.1.2 Grupo de familiares (grupo multifamiliar).

¿Por qué grupos de familiares dentro de la comunidad terapéutica? Desde el modelo de intervención que se lleva a cabo en Manuene, se entiende la toxicomanía como un síntoma que tiene una función dentro de la organización familiar.

El ciclo vital de la familia, según Haley, tiene las siguientes etapas:

1. Matrimonio o el cambio de status en la persona.
2. Nacimiento de un hijo.
3. Momento en el que los hijos inician una vida de autonomía.

¹ Normalmente son sentimientos contenidos ante el fallecimiento de algún familiar o amigo y que necesitan ser expresados para poder superar el dolor que produjo en su momento.

4. Salida de cada hijo.
5. Jubilación.

Cada uno de estos momentos presupone un fuerte cambio en las reglas de funcionamiento del sistema familiar y exige el abandono de costumbres, esquemas y roles, tanto por parte de los padres, en cuanto tales y en cuanto a pareja, como de los hijos.

A veces el sistema familiar se muestra incapaz de afrontar este cambio, entonces puede surgir la toxicodependencia como síntoma en uno de sus miembros, que va a impedir modificar excesivamente su funcionamiento.

Los grupos de terapia que existen en la comunidad terapéutica Manuene están formados por cinco familias, están juntos familiares y pacientes, y se reúnen semanalmente.

El grupo es conducido por un médico, formado en terapia de familia y de grupo y un psicólogo.

Los contenidos temáticos de este grupo tienen que ver con situaciones que se dan entre los pacientes y sus familias, cuando éstos salen los fines de semana e incluso situaciones emocionales anteriores al comienzo de tratamiento que pudieran estar bloqueados.

Es importante que este trabajo con las familias, se haga en el centro ya que el tratamiento no es “algo” alejado de la realidad, sino todo lo contrario. Es necesario traer y trabajar el entorno del paciente en el propio centro, para que pueda profundizar en las dificultades y resolverlas de modo satisfactorio.

3.3.1.3 Entrevistas individuales.

Tanto al ingreso del paciente como durante su estancia, se lleva a cabo una serie de entrevistas cuyo objetivo es valorar la situación del paciente en cuanto a los objetivos planteados en la admisión del mismo.

Estas entrevistas realizadas por el psicólogo constituyen un instrumento de trabajo individual y se hacen de forma periódica con los pacientes que se encuentran en la primera fase de tratamiento y de manera más puntual cuando

están en la segunda fase. Es necesario tener en cuenta que en esta segunda fase el paciente participa en las terapias de grupo semanales.

3.3.1.4 Seguimiento – Reinserción.

Una vez que el paciente ha terminado su tratamiento en el centro, se propone un seguimiento psicoterapéutico en dos direcciones:

- **Terapia individual:** para aquellos casos en los que se considera conveniente un abordaje de este tipo, se facilita el contacto con el terapeuta que propuso su ingreso en la comunidad terapéutica.
- **Terapia familiar:** para aquellos casos en los que se ha comenzado a abordar una problemática familiar determinada y la familia acepta este tipo de seguimiento.

3.3.2 La intervención educativa.

3.3.2.1 La praxis educativa en la comunidad terapéutica Manuene.

Si partimos de la base de que la integración del toxicómano en su medio social normal es un tanto complicada por la gran variedad de elementos que conlleva la adicción a las drogas, se deduce que el aspecto educativo, siendo un proceso más de su tratamiento, va a tener un papel importante en la adaptación del toxicómano a la calle y, en definitiva, a la sociedad.

La persona al caer en la adicción, sufre un estancamiento en su proceso evolutivo tanto en el ámbito personal como cultural.

Paralelamente comienzan a darse otros fenómenos: el convencimiento de incapacidad para el trabajo, el cambio en su sistema de valores y la forma de relacionarse con los demás, etc... Todo esto provocará la formación de hábitos y actitudes cada vez más marginales.

Así, el toxicómano que la mayor parte de las veces ha quedado estancado en la adolescencia, encuentra su identidad con relación a un grupo de referencia concreto (el mundo marginal), por lo que interiorizará, sin elaboración, todo tipo de formas rituales y reglas con las que construir un sistema de valores y

consistencias dentro del propio individuo que sólo le servirá mientras pertenezca al grupo marginal.

El proceso educativo irá encaminado a conseguir una ruptura de dicho sistema de valores, de esos hábitos, conductas, etc... , permitiendo que el paciente se vea a sí mismo en su forma de “ser” y “estar”, para que llegue a aceptarse con sus propias deficiencias y capacidades. De esta forma, comenzará a ser protagonista de sus propios cambios y podrá elaborar un nuevo sistema de valores.

3.3.2.2 Principios educativos.

El trabajo educativo en la comunidad terapéutica Manuene se entiende como una respuesta “profesionalizada” ante las situaciones de marginalidad, definiendo a esta, como una falta de valores y no sólo como pobreza en el más amplio sentido de la palabra (pobreza cultural, económica).

Se intenta una intervención socio-educativa dentro de un proyecto con “iniciativa histórica”. Es decir, un proyecto que considere al individuo como constructor y protagonista de su historia, basado en “iniciativas innovadoras” que tenga como criterio de acción la formación de hombres y mujeres, sujetos históricos, que sean, personal y colectivamente, sujetos de su propia vida y de la vida de la sociedad a que pertenecen.

En este sentido, la práctica profesional ha de estar basada en “metodologías participativas”, en donde se pueda romper con el esquema: “tú eres el problema y yo la solución”, y se pueda dotar de “responsabilidad” al sujeto protagonista de su propio proceso. Es importante ser consciente de las potencialidades de la persona, lo que ha de obligar a observar cómo la gente resuelve sus problemas e identifica sus necesidades y obliga a ayudar a resolver los problemas al tiempo que adquieren competencias.

Se trata, por tanto, de responsabilizar a la persona en su proceso y consecuentemente corresponsabilizarle en las decisiones que afectan a su tratamiento y al de los demás, teniendo en cuenta que va a aprender a convivir en grupo y el grupo le va a servir de espejo de su conducta.

La función del educador ha de estar enmarcada dentro de lo que supone estimular, organizar, sugerir, desafiar, problematizar, contener, acompañar, ser reflejo de la situación individual y grupal de los pacientes, sin imponer ni manipular, siendo conscientes, como afirma Freire (1973), que nadie educa a nadie, nadie se educa sólo, nos educamos en comunión, mediatizados por el mundo.

Todo ello supone que el educador acepta el deseo de aprender acompañando al grupo. Lo que sitúa al educador al lado del grupo, con una idea clara de la cultura de valores a transmitir, entre los cuales se puede hacer hincapié en: el esfuerzo, la exigencia, la claridad, la responsabilidad y la promoción de la salud.

La intervención socio-educativa en Manuene trata, por tanto, de restablecer y ampliar de forma positiva la red de relaciones personales significativas, así como de tejer la red comunicacional y facilitar el aprendizaje de actitudes prosociales.

Por otra parte, el trabajo educativo debe desarrollarse en una dimensión de “universalidad” por una doble razón: primero, porque el problema de las drogodependencias y las situaciones que se generan afectan a todos los ámbitos sociales y, segundo, porque es necesario valorar globalmente las situaciones para poder realizar una efectiva coordinación con los sistemas implicados (educación, justicia, bienestar social,...).

Otro de los conceptos que se tiene en cuenta en la intervención educativa que se desarrolla en Manuene, tiene que ver con lo que Rogers(1981) definió como "autenticidad", es decir, la posibilidad de comunicar lo que soy sin ambigüedades, “sólo mostrándome tal cual soy, puedo lograr que la otra persona busque exitosamente su propia autenticidad” (p. 41). Esta idea que Rogers plantea como paradigma de la relación entre cliente y terapeuta, se redefine en el proyecto educativo de Manuene como un valor a transmitir a los pacientes y que puede tener su significado en la propia relación del grupo. Sin embargo, en la relación que se establece entre los educadores y el grupo de pacientes, esta característica de la intervención tendría sus límites, ya que es importante conocer los propios sentimientos y aceptarlos, pero, cuando se interviene con el grupo es necesario controlarlos, es decir, mantener la distancia adecuada en situaciones, por ejemplo, de conflicto para poder intervenir correctamente.

Sí se acepta como importante el poder hablar de los sentimientos que se generan en el trabajo cotidiano en las reuniones de equipo.

Por otro lado, es necesario destacar dos aspectos a tener en cuenta en el trabajo educativo:

1º Por una parte, la "**comprensión empática**", es decir, la idea de permitir penetrar en el mundo de los sentimientos y significados personales del otro y verlos tal como él los ve, de tal manera que el educador pueda plantear con claridad los significados de su experiencia que han permanecido oscuros y encubiertos para el toxicómano.

2º Por otra, "**confirmar al otro**", es decir, tal como lo expresa Buber (1995), "cuando el individuo reconoce al otro en todo su ser, se reconoce a sí mismo, como hombre, y marcha desde este reconocimiento a penetrar en el otro, entonces habrá quebrantado su soledad en un encuentro riguroso y transformador" (p.145). Esto significa aceptar la total potencialidad de la persona y aceptarla como un proceso de cambio y transformación, de esta manera, la ayudo a confirmarse y a realizar sus potencialidades.

También se destaca la importancia de la creación de un buen ambiente donde la relación se dé de forma segura y libre para el paciente. Esta idea adquiere importancia en la entrevista de admisión y en las tutorías: "Crear una atmósfera de libertad que le permita expresar sin traba alguna sus pensamientos, sus sentimientos y su manera de ser".

Como pista interesante para comprender el proceso de las personas que están en Manuene, se puede indicar la que expresa Kierkegaard (1943) en referencia a las causas de la desesperación. Este pensador existencialista indica que una de estas causas reside en no elegir ni desear ser uno mismo y que la forma más profunda de desesperación es la del individuo que ha elegido ser alguien diferente de sí mismo. Por otro lado, en el extremo opuesto a la desesperación se encuentra el desear ser el yo mismo que uno realmente es.

Reconocer a la persona que está en proceso de transformación, con posibilidad de elegir su propia vida y abrirse a la experiencia y el cambio, son algunos de los principios que guían la acción educativa.

Se entiende, por tanto, la comunidad terapéutica Manuene, como un modelo atípico, dentro de los marcos teóricos tradicionales existentes que han configurado a las comunidades terapéuticas, tal como señala Jones (1985), las: "democráticas" y "conductuales".

La comunidad terapéutica Manuene pretende superar estas coordenadas y plantear el trabajo desde un abordaje interdisciplinar.

Se considera que la acción educativa que se desarrolla en Manuene está precedida por:

- Una reflexión sobre el hombre.
- Un análisis del medio de vida concreto, del "hombre concreto" a quien se quiere ayudar.

Se parte de la idea que la persona debe llegar a ser sujeto de su propia vida por medio de la reflexión sobre su situación y las circunstancias que la rodean, con la esperanza que quien lo realiza y se compromete, más se construye a sí mismo.

El hombre en la medida que se integra a las condiciones de su contexto vital crea su cultura. La cultura, en Manuene, adquiere especial importancia como resultado de la actividad que se desarrolla en la cual se pretende transmitir los valores recogidos en los principios educativos. Una cultura nueva, diferente a la cultura de la droga, donde se hace hincapié en el esfuerzo creador y recreador del hombre y de su trabajo, como elementos claves para modificar las relaciones de diálogo con las otras personas.

La cultura así entendida podría definirse como la manera en que el grupo vive, piensa, siente, se organiza y comparte la vida. De esta manera se entiende al grupo como sujeto de cultura en donde la experiencia intensa que se vive en Manuene es elaborada internamente por la persona que construye o reconstruye así sus ideas y valores. Con las ideas y valores emprenderá acciones en el grupo en el que vive, convirtiéndose así en "constructor de cultura".

Todos estos principios educativos obligan al equipo de educadores a estar en una actitud de formación permanente bien analizando la propia intervención

bien conociendo otras experiencias que aporten elementos nuevos al proyecto en cuestión.

3.3.2.3. Objetivos de la acción educativa.

Entre los objetivos que se podrían destacar de la acción educativa en Manuene estarían:

a) Acerca del equilibrio personal.

- Conocer y comprender los aspectos básicos del funcionamiento del propio cuerpo.
- Valorar los beneficios del hábito del ejercicio físico, la higiene y la alimentación equilibrada.
- Descubrir la forma adecuada que permita encauzar de forma equilibrada cualquier actividad: trabajo, ocio, relaciones afectivas...
- Adquirir las habilidades que permitan desenvolverse con autonomía y responsabilidad en los diferentes ámbitos de la vida.
- Desarrollar la capacidad de toma de decisiones, valorando sus consecuencias y siendo consecuente con ellas.
- Aprender a desarrollar actividades en el tiempo libre.
- Prevenir la aparición de determinadas prácticas sociales, que pueden ser nocivas para la salud.

b) Acerca de la relación con grupo.

- Aprender a comunicarse con los otros y reflexionar sobre cuáles son los procesos implicados en su uso.
- Llegar a tomar conciencia de que se forma parte de un grupo y que la actuación de un miembro repercute en los demás y viceversa.
- Aprender a apreciar los valores básicos que rigen la vida y convivencia humana y obrar de acuerdo con ellos.
- Aprender a relacionarse de forma constructiva y clara con otras personas, favoreciendo actitudes de cooperación, exigencia, participación, interés y respeto.
- Tomar conciencia de la necesidad de respetar las normas que rigen la vida colectiva.

c) Acerca del desarrollo cognitivo.

- Elaborar estrategias de identificación y resolución de problemas en los diversos ámbitos de la vida cotidiana.
- Desarrollar actitudes críticas.

d) Sobre las relaciones con el entorno.

- Participar en redes asociativas para su integración social.
- Organizar actividades culturales y deportivas.

3.3.2.4 Funciones del educador en la comunidad terapéutica Manuene.

El educador interviene dentro del proceso de desarrollo personal e integración grupal, participando en la orientación de dichos procesos y potenciando actitudes positivas, sentimientos de utilidad, entendimiento de las normas y dinámicas integradoras.

Se trata, por tanto, de crear o ayudar a crear sólidos cimientos de autoestima, a través de marcar pautas o propuestas de trabajo, propiciando:

- La capacidad de escucha.
- Los procesos de reflexión.
- El ser escuchado.
- La mejora de la expresión.

Las funciones específicas que lleva a cabo el educador son, por tanto, las siguientes:

- Básicas: conjunto de actividades dirigidas al aprendizaje del cuidado e higiene personal, salud, alimentación y necesidades básicas de la persona.
- Normativas: supone la representación de un cierto número de reglas y valores.
- De autoridad y contención: ejerce un poder delegado por el que hace respetar las reglas, mantiene los límites establecidos y protege a la persona de sus propios impulsos.

- De ayuda: por medio de la cual, escucha, protege, tranquiliza, valora, facilita la expresión, elimina tensiones.
- De identificación: presenta una imagen que proporciona al sujeto posibilidades de encontrar modelos accesibles y deseables de imitar.
- De dinamización: debe motivar a la participación y a la acción, dinamizando en todo momento al grupo.
- De facilitación, orientación y apoyo: a través de ellas el educador ayuda en aspectos relacionados con el trabajo escolar, la cultura y el ocio y proporciona informaciones y vías de acceso al aprendizaje y al mundo laboral.
- Función sobre las áreas de trabajo: cada educador se responsabiliza de un área de trabajo, planificando, orientando y evaluando la ejecución de estas áreas de trabajo con el resto de los componentes del grupo.

El ejercicio de estas funciones tiene como punto de partida el conocimiento de la persona y de los grupos, que es la base necesaria para la intervención educativa del educador.

El marco de actuación viene establecido por la “vida cotidiana” de la propia comunidad. En este sentido es importante la presencia del educador en todos los momentos de esta cotidianidad para establecer referencias estables en el grupo al cual dirige la intervención.

Guerau en su libro “La vida pedagógica” (1986), define “educar” como: “Ayudar a la persona a que se abra a la vida” (p. 129), y partiendo de esta reflexión propone las siguientes funciones globales:

- Función productora de equilibrio, placer corporal, imaginativo y emotivo. Tiene que ver con los afectos y sentimientos.
- Función crítica: productora del dominio sobre sí mismo y sobre la realidad externa. Tendría que ver con las técnicas de aprendizaje social.
- Función temporal: introduce vitalmente en la corriente y ritmo de la historia y en los grandes temas del momento actual.
- Función personal: descubre y respeta la propia identidad y lo irreductible que hay en cada individuo humano.

Estas funciones invitan a entender el proceso educativo y ayudan a la hora de la reflexión en el equipo sobre la tarea educativa.

Partiendo, pues, de todo lo anterior, el educador intervendrá en todos los momentos interrelacionándose con el individuo y con el grupo, estando al mismo tiempo dentro y fuera del grupo.

Debe acompañar al grupo y al individuo: ni demasiado lejos, porque crearía sensación de abandono y/o desinterés en el grupo respecto al educador, ni demasiado cerca, ya que podría provocar situaciones de dependencia.

El “acompañar” al grupo supone intervenir en actividades establecidas para planificar o para evaluar las diferentes áreas o procesos: reuniones de tiempo libre y su concreción en actividades semanales o de fin de semana, actividades culturales, reuniones de trabajo, valoración de propuestas, entrevistas de admisión, asambleas, cenas y comidas comunitarias, y, también, en situaciones especiales de conflictos, de crisis, haciendo un trabajo de contención y demarcación de los límites a través de la configuración y transmisión de las normas.

Crearé confianza en el grupo, con lo cual evitaré que se guarden secretos, haciendo posible siempre un ambiente agradable, buscando lo positivo del grupo.

Hay que tener en cuenta que ante ciertas decisiones del educador, el grupo puede reaccionar usándolo como “chivo expiatorio” proyectando en él toda la agresividad y frustración, a fin de evitar afrontar su propia problemática personal.

Si esto ocurre el educador debe evitar su implicación personal y responder de forma adecuada, bien confirmando la decisión que haya tomado bien devolviendo la respuesta en un intento de afrontar la dificultad surgida en dicha situación.

3.3.2.5 Elementos concretos en el trabajo educativo.

La intervención del educador en la vida cotidiana de la comunidad terapéutica se estructura sobre la base de lo que Guerau (1986) denominaba “mediaciones”; esto es, “una realidad concreta, situada entre el educador y el educando que da consistencia, objetividad y realismo al diálogo que se

establece entre ambos en la convivencia cotidiana..., el educador utiliza todas las mediaciones de la vida, tratándose de jóvenes, las mediaciones fundamentales, que engloban otras muchas, son las siguientes: lo doméstico, lo laboral, lo sexual, lo vecinal, lo político,...”(p. 216-217).

A través de la vida cotidiana, el educador interviene como incitación y apoyo a la persona.

Aunque el objetivo perseguido sea la creación de una situación dinámica y susceptible de cambios impulsados por el propio grupo, es fundamental que la forma específica de presencia del educador sea tal que garantice la seguridad necesaria para hacer posibles los cambios.

En este sentido, indicamos algunas actuaciones realizadas por los educadores de la comunidad y que recogen con acierto Martinell y Franch (1994):

- Actuaciones que generan seguridad: como la acogida al ingreso del paciente, realizar intervenciones coordinadas de los distintos educadores en los diferentes momentos de la vida cotidiana de la comunidad, servir de referencia normativa al grupo,...
- Actuaciones que generan situaciones que, por ejemplo, marquen los límites de éstas, posibiliten aspiraciones personales, estimulen la utilización de los recursos disponibles,...
- Actuaciones que generan relaciones: disponibilidad al contacto personal, descentralizar las relaciones, abrir ámbitos nuevos de contactos,...
- Actuaciones que generan proximidad a los puntos de dificultad cotidianos, regulación de las dificultades que aparecen, dirigir el tratamiento formal de los problemas, abrir vías de diálogo y de cuestionamiento interno,...

Otro elemento importante en la intervención socio-educativa es aquel que tiene que ver con la relación de ayuda. Rogers (1981) la define como toda relación en la que al menos una de las partes intenta promover en la otra el crecimiento, el desarrollo, la maduración y la capacidad de funcionar mejor y enfrentar la vida de manera más adecuada. En otras palabras, podríamos definir la relación de ayuda diciendo que es aquella en la que uno de los participantes intenta hacer surgir, en una o ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes y un uso más funcional de éstos.

Esta concepción de la relación de ayuda está fundada, evidentemente, en una fe en las capacidades potenciales que tiene el individuo para cambiar y enfrentarse de forma efectiva a sus conflictos.

En relación a éstos, un aspecto fundamental en el trabajo de la comunidad terapéutica es el que tiene que ver con las actuaciones que regulan dichos conflictos. El conflicto es un hecho inherente y natural en toda colectividad y, por tanto, desde un punto de vista educativo es preciso considerarlo como un elemento que hay que trabajar positivamente; sobre todo si se tiene en cuenta que muy a menudo constituye la exteriorización de un problema que muchas veces no se manifiesta de forma consciente o aceptada por el individuo.

Para abordar el conflicto se utiliza un instrumento poderoso como es la norma, que posibilita, por un lado, el trabajo con los límites normativos tanto a nivel personal, como de grupo de pacientes y, por otro, ayuda a la regularización de los conflictos.

Otro instrumento utilizado en este contexto, como veremos, es la posibilidad de “crítica”, como actitud de ayuda para clarificar situaciones transgresoras de otra persona del grupo. Es necesario entender y dar a entender que la “crítica” no debe ser otra cosa que dar criterios para cambiar. Con la crítica el grupo puede ayudarse en su proceso de desarrollo. La crítica bien hecha transmite información útil para el cambio, se centra más en las posibilidades de cambio y de mejora del comportamiento que en “pillar” al otro en fallos y renuncios.

Los puntos de intervención del educador en lo que se puede denominar como “elaboración de conflictos”¹, pasan por las afirmaciones siguientes:

- Hay que aceptar las situaciones de conflicto; es contraproducente negarlas o camuflarlas.
- Es necesario evitar la implicación personal del educador en el conflicto; es el grupo quien tiene que vivir sus propios conflictos.

¹ Con el término “elaboración de conflictos” se entiende aquellas actuaciones dirigidas a una resolución dialogada de los mismos, en donde no sea necesario camuflar los sentimientos generados por éstos. En otras palabras, enfrentarse al conflicto puede suponer un aprendizaje para poder expresar los sentimientos de forma diferente a otras ocasiones anteriores (esconder, negar o reaccionar de forma violenta ante las consecuencias de éstos).

Con estas ideas de fondo, los elementos concretos en el trabajo educativo en la comunidad terapéutica Manuene, son:

- **El horario normalizado:** un horario que equilibra y organiza la vida cotidiana.
- **Las normas:** además de regular los conflictos que surgen en el grupo, las normas ayudan a establecer las condiciones de convivencia en la comunidad. Se debe tener en cuenta una serie de criterios que organicen y clarifiquen cuestiones como que las personas en tratamiento sientan la comunidad terapéutica como una propiedad provisional; como algo prestado que tendrá que ser devuelto para que sirva a otros tan necesitados como ellos, que en la organización de la vida cotidiana sea el propio grupo de usuarios el protagonista, organizador y responsable último de las tareas y funcionamiento práctico y que el orden, los límites y normas no sean arbitrarias, por capricho o por un mal diseño de las condiciones ambientales, sino claras e iguales para todos.

Las normas deben ser revisables, lo contrario ocasionaría dejarlas obsoletas, y a la libre interpretación. La revisión permite una puesta al día y una igual intervención de todo el equipo que se traduce en más seguridad para los usuarios.

La revisión de las normas no implica un cambio permanente, pues el cambio permanente ocasiona confusión y sensación de poca seguridad.

La adecuada optimización de las normas permite disponer de una eficaz herramienta de trabajo en pro del objetivo que nos ocupa: “La búsqueda del conocimiento personal para el cambio”. Las normas son necesarias para regular la convivencia y marcar las dificultades de cada uno.

- **Las tutorías:** a través de éstas se ayuda a los pacientes a conseguir una buena integración en la comunidad y en el grupo, se detectan los posibles problemas del paciente y se trata de objetivarlos para su abordaje posterior. Así mismo las tutorías permitirán descubrir necesidades del paciente y situarlo ante las mismas.

- **La reunión de coordinadores:** Se trata de una reunión diaria donde los cuatro coordinadores de cada grupo, junto con el educador, diseñan el trabajo de cada día en cada responsabilidad.
- **Reuniones de trabajo:** Semanalmente se realiza una reunión con cada grupo de trabajo. En estas reuniones se trata de valorar el trabajo efectuado con relación a las dificultades personales que se expresan durante el mismo.
- **El trabajo cotidiano:** El educador está atento a la realización de las responsabilidades y trabajos cotidianos en una doble vertiente: cuida de las relaciones interpersonales que se dan en el trabajo y de que la tarea se realice convenientemente bien.
- **“Yo critico”, “Yo felicito”, “Yo propongo”:** Supone el método concreto donde se expresan las “críticas”. Estos paneles están basados en la teoría de Freinet (1974), se aplican de manera que posibiliten una ayuda desde la claridad de todas las acciones y actividades de cada persona en tratamiento. Son la columna vertebral del desarrollo de la vida cotidiana en la comunidad terapéutica, donde se expresan las dificultades ante las normas, se redescubre el concepto de ayuda desde una crítica constructiva y se potencia la responsabilidad de cada uno ante el grupo.

El panel de las críticas es ampliamente utilizado por el grupo. Así mismo, se reconoce a través del panel de “yo felicito”, a aquellos miembros del grupo que han realizado algún trabajo digno de felicitación. Por último, en el panel de propuestas, el grupo sugiere actividades o cualquier asunto relacionado con la marcha del centro y que el equipo de intervención valorará en la asamblea.

- **La asamblea:** Constituye uno de los momentos principales dentro del proceso de tratamiento. De periodicidad semanal es un encuentro de todo el grupo, donde la mayor parte del equipo está presente. Al comienzo de la misma y, como si de un ritual se tratara, se leen una por una todas las críticas y autocríticas escritas y firmadas durante la semana. Posteriormente, las personas aludidas hablan sobre estas críticas y lo que representan en el trabajo de sus propias dificultades personales, siendo interpelados continuamente por el resto del grupo. Es éste un momento crucial, pues es el único espacio que, de alguna manera canaliza las

tensiones acumuladas durante la semana. Todo ello moderado y controlado por el equipo.

La alternativa a una crítica se denomina “reparación”. Este concepto introducido en la cultura grupal de la comunidad terapéutica supone el reto de aceptar la responsabilidad ante el grupo y ante la propia persona de sus acciones, mediante la expresión concreta de una acción que “repare” el hecho que ha ocasionado la crítica o críticas y que suponga una ayuda en la dirección del cambio personal.

En definitiva, la persona criticada deberá presentar una reparación en consonancia con el hecho criticado y exponiéndola en la asamblea, donde el grupo le animará a su consecución si supone realmente esfuerzo y exigencia o le mostrará su rechazo si es algo que propone sin la necesaria convicción de compromiso.

El equipo participará en la discusión evitando medidas de autocastigo o señalando posibles reparaciones e incluso llegando a proponer al paciente la realización de una “propuesta” que pueda posibilitar una reflexión sobre las dificultades expresadas a través de las críticas.

La asamblea está dividida en dos partes claramente definidas:

- Una primera donde se evalúa por grupos pequeños las reparaciones efectuadas durante la semana.
- Una segunda que es la asamblea propiamente dicha.

3.4 Otros programas o proyectos de la comunidad terapéutica.

3.4.1 Programa de Graduado Escolar.

Si hace seis años nos encontrábamos con jóvenes menos desestructurados en el aspecto cultural (alrededor del 80% tenían algún tipo de titulación), en la actualidad la edad del paciente ha aumentado y es mayor el tiempo que llevan fuera de todo lo que significa cualquier tipo de formación.

Así pues, se plantea la necesidad real de adquirir una formación básica, como es el Graduado Escolar, que posibilite, entre otras cosas, acceder al mundo laboral y aumentar el nivel cultural.

Los parámetros utilizados en este programa son:

- **Responsabilidad:** Por parte del profesional ofertando una serie de recursos. Por otra, del paciente, teniendo una disposición al aprendizaje.
- **Libertad:** Facilitar la expresión espontánea y autónoma que facilite el desarrollo de la creatividad.
- **Socialización:** Fomentar el trabajo en grupo que desarrolle la relación del mismo.
- **Individualización:** Desarrollando las capacidades personales.

Como características significativas del programa podemos citar dos:

1. Las clases son impartidas por un miembro del mismo grupo; aunque las clases son preparadas junto al educador responsable de la Escuela, dicha actividad se considera como una responsabilidad más dentro del tratamiento, de tal manera que se posibilita trabajar las dificultades personales del paciente que hace de profesor y, al mismo tiempo, se trabaja la responsabilidad de dar bien las clases.

2. Por otro lado, la comunidad terapéutica está homologada por el centro vasco de Educación Básica a distancia (C.E.B.E.V.A.D.), de tal manera, que los exámenes se realizan en la propia comunidad y la corrección de los mismos se efectúa por el educador responsable de la Escuela, enviando las actas de los exámenes a este centro que homologa los resultados y expide la titulación oficial correspondiente.

Por otro lado, dentro de este programa formativo existen otras alternativas como:

- Preparación para el acceso a la Universidad de mayores de 25 años.
- Incorporación a los recursos del I.N.E.M.
- Dar continuidad a los cursos inacabados (BUP, Universidad, F.P...).
- Posibilitar la incorporación a cursos que el paciente esté interesado en iniciar.

3.4.2 Programas culturales y de tiempo libre.

Entre los programas culturales que se ofertan en la comunidad terapéutica podemos distinguir cuatro:

1. **Espacios y tiempos de lectura programada:** se desarrolla todas las tardes coincidiendo con las horas de clase. El objetivo principal es la creación de hábitos de lectura. Así pues, toda persona habrá leído por lo menos un libro durante su periodo de tratamiento. Son muchos los casos en que éste ha sido el primer libro que se ha leído. Al finalizarlo, el paciente hará una exposición-comentario a todo el grupo donde se generará un debate en torno al tema del libro.

2. **Tiempo para escuchar música:** se sigue una lista de discos programados anteriormente por el grupo. Los discos al igual que los libros los proporciona la propia comunidad.

Se escucha todo tipo de música de forma equitativa. Al igual que se hace con la lectura de un libro, hay espacios para poder presentar un disco ante el grupo previa preparación del mismo.

3. Hay una tarde a la semana que se dedica exclusivamente a **programas culturales**. Además durante el fin de semana se aprovecha para realizar actividades socio-culturales-deportivas. Como ejemplo de estas actividades podemos citar:

- Salidas al teatro.
- Charlas sobre diversos temas invitando a un ponente especializado.
- Numismática.
- Invitación a músicos para presentar sus últimas producciones.
- Salidas en mountain-Bike.
- Salidas al monte. Paseos ecológicos.
- Visitas a museos de bellas artes, etnográficos...
- Cursos de escalada en roca.
- Cursos de equitación.

4. Otras actividades: Se desarrollan fundamentalmente durante la época de invierno y verano. Son:

- **Preparación de actividades navideñas.**

La navidad constituye uno de los momentos más significativos en la comunidad terapéutica. Es un espacio donde confluyen intervenciones más de tipo educativo, tanto dirigidas al grupo como a las propias familias.

En un intento de recuperar ciertos hábitos familiares y un ambiente centrado en la tradición navideña, se desarrolla una serie de actividades que para la mayoría de las personas que están realizando el tratamiento supone un reencuentro con una vivencia pasada, en ocasiones novedosa, y que va a marcar dentro del proceso de tratamiento un recuerdo imborrable que puede producir una adquisición de pautas por la intensidad de las intervenciones que se producen durante ese periodo de tiempo. Estas pautas son asimiladas dentro de los cambios personales que a nivel global se van produciendo.

Es a finales del mes de octubre cuando se comienza a construir de forma paulatina y cuidadosa las diferentes actividades que se van a desarrollar más tarde.

Entre otras cosas durante este mes empieza a funcionar un grupo de personas cuyo objetivo es la confección de las postales navideñas que se enviarán más tarde a todas las familias y personas que han pasado por la comunidad terapéutica, así como, a todas aquellos que tienen o han tenido algo que ver con la comunidad y, también, a gentes del mundo de la cultura, de la comunicación, de la política, de las redes asociativas en drogodependencias, otras comunidades terapéuticas, etc...

Estas postales se construyen de forma artesanal y normalmente son alrededor de quinientas, firmadas por todos los integrantes de la comunidad terapéutica al lado de una frase alusiva a la navidad confeccionada así mismo por el propio grupo de pacientes.

En el mes de noviembre se realiza una actividad en la que participa todo el grupo y que dura casi una mañana entera y es la introducción del árbol de navidad en la casa.

Manuene permite, por su entorno natural, un trabajo educativo potenciando el cuidado de la tierra y el máximo respeto de la naturaleza, así como el desarrollo de otros valores ecológicos. Dentro de esta clave educativa se realiza una plantación anual de alrededor de ochenta árboles de diferentes especies, la mayor parte de frondosas (roble, haya, castaño,...) y, en menor medida, de otras tipo frutales, etc...

Es necesario tener en cuenta lo anterior para explicar cómo se desarrolla la actividad de la colocación de árbol navideño. Dentro del terreno de Manuene existe un bosque de pinos de avanzada edad, en el cual, anualmente se elige aquel que se encuentra más deteriorado. En el día señalado este pino es cortado y llevado a hombros por todo el grupo hasta el interior de la casa. Normalmente, por su gran altura (siete metros), se introduce con gran dificultad y es necesario el esfuerzo de todos para que quede bien colocado. Posteriormente, habrá una persona responsable de su decoración, añadiendo ramas, colocando luces, poniendo bolas y objetos navideños. También esta persona se encargará de decorar el resto de la casa con motivos navideños.

Para comienzos del mes de diciembre, el ambiente que se respira en la comunidad es ya totalmente navideño. Las postales que se envían durante la primera semana de este mes son contestadas en las semanas siguientes y colocadas en largas tiras de tela de colores dando, si cabe, un mayor énfasis al ambiente. En total se reciben alrededor de doscientas.

Sin embargo, la navidad no es un tiempo de vacaciones y esto hay que tenerlo presente cuando se convoca a las familias al encuentro navideño que se realiza anualmente en la semana de Nochebuena.

Este encuentro tiene tres partes diferenciadas: primero la acogida de las familias, donde todo el grupo se implica en la tarea; después, una pequeña reunión en la cual se explica el funcionamiento de la casa en navidad, en donde, se hace llegar el mensaje de que estos días no constituyen unas vacaciones sino, que es un buen momento para poder comunicarse la familia entera. Para facilitar esta relación el día de Nochebuena, Navidad, Año Nuevo y Reyes se enmarcan en este trabajo que se propone: que cada persona en tratamiento conviva con su familia de forma, tal vez, diferente a otras veces, celebrando la navidad, la llegada del Año Nuevo y los regalos de Reyes. Por tanto, se señalan los días de entrada y salida a la comunidad terapéutica.

En esta reunión, así mismo, se indican las normas a tener en cuenta, entre la que destaca el cuidado y el esfuerzo familiar en el no consumo de alcohol.

La tercera parte de este encuentro se desarrolla en un ambiente más distendido, alrededor de turrone y dulces preparados por el propio grupo y con villancicos de fondo, se charla con cada familia, recogiendo impresiones, facilitando el diálogo entre unos y otros.

Otra de las actividades que se realizan durante estos días y que viene preparándose durante el mes de noviembre es la celebración de Nochevieja. Este día al atardecer se junta el equipo al completo con todo el grupo y se realiza una particular celebración de la despedida del año y la bienvenida del nuevo: el comienzo de este entrañable acto viene marcado por el brindis que se realiza por el Año Nuevo, para pasar posteriormente a la realización de actividades lúdicas: juegos, representaciones, canciones navideñas, bailes, etc...

Se finaliza con la entrega de regalos que tiene como característica que nadie ha de saber quien le hace el regalo. Este "amigo invisible" coloca días antes su regalo con el nombre a quien va dirigido en el árbol de navidad, a ser posible sin ser visto. El "amigo invisible" puede ser cualquiera del grupo o del equipo, quince días antes se hace el reparto de papeles para que cada cual sepa a quien debe efectuar este regalo.

La navidad en Manuene suele ser algo que queda en el recuerdo de todos los que la han vivido y, así lo constatan las personas que más tarde visitan la comunidad y dicen que en ese espacio de tiempo "reaprendieron" la sencillez de estar entre amigos, de disfrutar de la familia y de las diferentes posibilidades de vivir la navidad.

- **Preparación y realización de un campamento volante en bicicleta por Navarra, durante el verano.**

Organizar un campamento volante dentro del proceso de tratamiento tiene como objetivo ofertar una vivencia intensa en un ambiente menos normativo que en la comunidad terapéutica, que facilite la comunicación interpersonal y se consolide la confianza grupal.

Se construye un campamento basado en el esfuerzo y en el apoyo grupal necesario para ir alcanzando las diferentes etapas del recorrido. Por ello, se propone un campamento volante y en bicicleta, donde cada día se establece unos objetivos alcanzables y unos temas de reflexión que sirven de guía durante esos días.

Entre los objetivos que se plantean podemos señalar los siguientes:

- Ofertar una experiencia intensa a nivel grupal que ayude en la creación del propio grupo a través de la confianza y los momentos lúdicos.
- Crear un momento de encuentro distinto con el "otro", a través del esfuerzo y la aventura.
- Desarrollar un clima que facilite la comunicación y la ayuda.
- Posibilitar un encuentro con la naturaleza. Viviendo en un entorno natural día tras día, aprendiendo a respetarla, conociendo el hábitat del entorno.
- Descubrir la riqueza cultural e histórica de la zona.
- Potenciar las capacidades personales.
- Desarrollar nuevas habilidades sociales.

Para programar el campamento volante es necesario elegir un recorrido que facilite la tarea propuesta, es decir, que en el plazo de una semana se pueda experimentar, conocer, aprender y descubrir toda una serie de recursos que la zona pueda dotar.

Por otro lado, es importante contar con una serie de servicios que tengan en cuenta la higiene, el descanso, la asistencia sanitaria, la seguridad vial, etc...

Es por ello, que se elige un recorrido de alrededor de ciento sesenta kilómetros, a través de pueblos de la comarca de Estella (Navarra) y de los montes limítrofes, haciéndose el recorrido por carreteras secundarias y con poco tráfico rodado.

Es importante dotar al campamento de una línea de fondo de reflexión que día a día facilite un encuentro del grupo. Para ello, se propone que un miembro del grupo prepare una reflexión escrita sobre el tema propuesto y que lo lea y lo comente a primera hora de la mañana.

Algunos temas de reflexión propuestos son: el encuentro con el esfuerzo, la comunicación, la ayuda del grupo, etc...

En el campamento volante la mayor parte de las responsabilidades que se realizan en la comunidad terapéutica se transforman en otras más adecuadas para el itinerario que se va a desarrollar.

Así, hay que tener en cuenta el buen uso de las tiendas de campaña y su limpieza. También, la limpieza del entorno, las normas de circulación, el equipo de cocina, las compras diarias, etc...

Normalmente se cuenta con dos furgonetas de apoyo: la del centro, que acompaña en todo momento al grupo que va en bicicleta por la carretera, que va marcando los descansos, que atiende cualquier incidente que se pueda producir, y, otra, que transporta todas las tiendas de campaña, mochilas, alimentos y útiles de cocina.

En esta última va el grupo que se ocupa de preparar las comidas, hacer las compras diarias, etc.... De tal manera que cuando las personas que van en bicicleta llegan a los lugares de descanso, se puede contar con las comidas ya preparadas, poder descansar o llevar a cabo alguna actividad de tiempo libre.

En carretera se organizan tres grupos de ocho o nueve personas aproximadamente para facilitar la circulación.

Esta estructura hace que las responsabilidades se diversifiquen, así ha de haber:

- Responsable de tienda de campaña, encargado de su buena colocación, limpieza y recogida de la misma, así como del grupo que duerme en dicha tienda.
- Responsables de todas las tiendas de campaña. Son siete tiendas de campaña y son dos los que se encargan de ponerlas a punto antes de salir de campamento, supervisar su buen uso durante el mismo y volverlas a revisar para dejarlas en buen estado, después del campamento.
- Responsables de grupos de carretera. Se encargan del cumplimiento de las normas de tráfico, así como de la animación del propio grupo. Siempre se hace referencia a la reflexión comentada de la mañana y pueden proponer como llevar a cabo el tema del día.

- Responsable de cocina: es el encargado de todo lo referido a las comidas, junto con un educador se encargará de organizar las compras diarias.
- Ayudantes de cocina: serán dos personas diferentes cada día, y, se encargarán de todo lo referente al orden en la furgoneta grande, servir comidas, limpieza, etc...
- Responsabilidad de bicicletas: serán dos personas y se encargarán de cargarlas y descargarlas en la furgoneta grande, revisarlas y ponerlas a punto a diario, taparlas por las noches y candarlas.
- Responsable del diario del campamento: se realiza un diario especial de la experiencia y una persona se encarga de redactarlo.
- Responsable narrador/a de vídeo: durante el campamento se realiza un vídeo y se propone a una persona que vaya narrando la experiencia.
- Responsable de actividades de tiempo libre: es el encargado de preparar todo aquellos juegos y actividades de tiempo libre a realizar en los momentos de descanso.
- Responsable de fotografía: será el encargado de realizar las fotos y diapositivas del campamento.
- Responsable de "fuego de campamento": todas las noches después de cenar, se realiza un "fuego de campamento". Hay una persona del grupo encargada de hacerlo y una vez encendido animará la velada. Esta tiene dos partes diferenciadas. La primera es una valoración del día transcurrido, incidentes que han surgido, como se ha desarrollado el itinerario, conflictos en el grupo, consecución de los objetivos propuestos. La segunda parte es más lúdica y se realizan juegos, cantos, etc...

Organizar un campamento volante en Manuene supone poner en marcha todos los recursos que proporciona lo que podríamos denominar “educar en el tiempo libre”. Hacer frente a las posibles adversidades del recorrido: aprender a montar un campamento de tiendas de campaña, organizar y animar una velada alrededor de un fuego de campamento, responsabilizarse de la cocina y compras diarias, tener a punto las bicicletas o aprender a narrar lo sucedido a diario son algunos de los elementos que el grupo lleva a cabo con la ayuda del equipo de educadores que lo acompaña en esta experiencia.

3.4.3 Programa de reinserción socio-laboral.

La reinserción del drogodependiente se debe ir fraguando desde el primer contacto con él y deberá consolidarse a lo largo de toda la intervención,

relacionando a la persona con su medio. Desde esta perspectiva el trabajo que se desarrolle en la comunidad terapéutica debe ir encaminada a este objetivo.

Así mismo, desde esta realidad se percibe un aspecto de suma importancia que permanecía al margen de todo este proceso que no es otro que el de la integración laboral. La integración familiar y social es objeto de una amplia intervención desde distintas perspectivas: educativa, psicológica, etc..., pero, las carencias y limitaciones en este terreno eran notorias y la intervención familiar y social no han influido como era de esperar en este ámbito de la integración laboral.

Dos razones, por tanto, animan a planificar y comenzar a realizar este programa:

- La eficacia global de la intervención quedaba mermada por no prestar atención a este campo donde la educación tiene tanto que decir.
- La necesidad de implicar y coordinar los recursos normalizados o específicos de la comunidad para establecer la conexión del sujeto y su entorno.

De esta forma, la reinserción se entiende como la utilización de recursos comunitarios, laborales, sociales, etc., con una finalidad de apoyo a la persona rehabilitada de su adicción a las drogas.

Otro argumento en pro de este tipo de intervenciones es que si se parte de situaciones carenciales notables, es preciso remediar las diferencias en el punto de partida. Así se ponen en marcha los programas compensatorios en aspectos formativos y de capacitación laboral.

Los procesos de orientación en este programa pretenden favorecer la convergencia o adecuación entre el autoconcepto profesional que el sujeto posee y las categorías profesionales que puede desarrollar. De esta forma, cada individuo diseñará un proyecto de empleo acorde con sus recursos y necesidades particulares y los del mercado de trabajo. Para ello, la intervención ha de:

- a) Facilitar el autoconocimiento personal en las áreas aptitudinal, actitudinal, de intereses, de expectativas y valores de trabajo.

b) Facilitar el conocimiento de las diversas opciones formativas y profesionales del entorno y sus características.

c) Incentivar la iniciativa del sujeto.

d) Procurar la adaptación del individuo a la dinámica contemporánea de cambio permanente, suponiendo esto ejercer una función de motivación dirigida igualmente hacia la formación permanente.

En este sentido, es importante aclarar que la orientación sólo podrá tener efectos positivos sobre sujetos con una formación básica y complementaria suficiente como para afrontar con un mínimo de probabilidades de éxito la búsqueda y hallazgo de un empleo. De aquí, que para el colectivo que atendemos, la orientación para la inserción laboral se plantee, antes de nada, como orientación para la adecuación formativa.

e) Procurar el desarrollo de habilidades del sujeto para hacer un uso más autónomo e inteligente de la formación.

f) Estimular el desarrollo de las habilidades y recursos implicados en la elección de decisiones formativas y laborales y en las tareas de búsqueda de empleo.

Por tanto, los objetivos que se plantean con este programa serán los siguientes:

- Objetivo general: facilitar la inserción laboral de la población atendida, en especial de los que presentan mayor dificultad objetiva de lograrlo.
- Objetivos específicos:
 - Facilitar la adquisición de conocimientos sobre las oportunidades formativas y de empleo.
 - Facilitar la adquisición de conocimientos sobre las características del mercado laboral.
 - Facilitar un conocimiento concreto de las capacidades, expectativas, motivaciones y actitudes profesionales y laborales individuales.

- Desarrollar proyectos de inserción adecuados a las características y condiciones del individuo y mercado.
- Desarrollar habilidades para la elaboración y ejecución de estrategias de búsqueda de empleo.
- Adquirir conocimientos y destrezas sobre técnicas de apoyo a las estrategias de búsqueda de empleo.

Todos estos objetivos vendrían a desarrollarse a un nivel de concreción más específico, en planes individuales de inserción.

3.4.4 Programa de educación para la salud.

Esta experiencia se engloba como un elemento más del proceso reeducativo que tiene lugar en la comunidad terapéutica.

Tras unos años de trabajo se ha podido constatar dos hechos:

- Que la población que reside en la comunidad se interesa por temas relacionados con la salud.
- Que tienen una actitud de “escucha” y, por tanto, de aprender.

Esta actitud permite el desarrollo de capacidades y habilidades de aprender.

Los hábitos de salud en este colectivo tienen dos características importantes a destacar:

- a) Por un lado, estas actitudes de salud no entraron a formar parte del currículum educativo infantil,
- b) O bien, si fueron enseñadas, el uso continuado de drogas ha producido una pérdida y olvido de estos hábitos.

Por todo ello, la estancia en la comunidad terapéutica Manuene, es un momento importante para adquirir o desempolvar estos hábitos. Este programa de salud está pensado para un periodo completo de estancia en la comunidad y para desarrollar varios temas.

A la hora de enunciar los objetivos, debemos tener en cuenta que el ingreso en la comunidad posibilita el manejo de hábitos saludables (ducha diaria, ejercicio físico regular, diversificación y regularización dietética, etc.).

Por todo ello, los objetivos deben ir encaminados a conseguir hacer propios y espontáneos estos hábitos que la dinámica en el centro ya produce.

Por tanto, estos objetivos serán:

- a) Conseguir información clara sobre temas de salud que afecten específicamente a este colectivo.
- b) Desarrollar hábitos de higiene personal y colectiva.
- c) Conocer el propio cuerpo y el del sexo contrario.
- d) Dar información y material sobre las dos enfermedades que más preocupan (Hepatitis y SIDA).

La experiencia se organiza con un carácter cíclico y separado por bloques temáticos.

Antes del inicio de la experiencia se pasa a cada participante un cuestionario para evaluar el grado de conocimiento y de interés sobre cada uno de los temas propuestos.

Como resultado de esta encuesta se desarrollan los siguientes temas: nutrición y dietética, enfermedades infecciosas, hábitos de higiene y de salud, aparato sexual masculino y femenino, métodos anticonceptivos y embarazo, recopilación de dudas e inquietudes.

Como metodología de trabajo se propone una sesión semanal de una hora de duración y coordinado por un educador y la enfermera de la comunidad. El tiempo se organiza de la siguiente forma:

- Breve explicación teórica y de objetivos para cada tema.
- Apoyo con materiales tanto escritos como audio-visuales.
- Aplicación de los contenidos a uno mismo y su entorno próximo (familia, vida en la C.T., etc.).
- Evaluación de la sesión (dudas y preguntas).

Como conclusión de este programa, se puede decir que esta experiencia se basa en dos conceptos básicos:

- Conseguir grados cada vez mayores de salud es una responsabilidad individual y no de los servicios sanitarios.
- La salud no es un concepto estático, ni abstracto en sí mismo. Al contrario, es necesario ver la salud como un proceso dinámico y que evoluciona en función de actitudes del individuo, así como por factores medio-ambientales.

En estos pacientes se ve como su patología orgánica tiene una fuerte incidencia en el proceso de tratamiento de drogodependencias y de forma más emergente dentro de una comunidad terapéutica. En ésta el espacio vital es por sí mismo un agente de salud y posibilita el desarrollo de estas habilidades ya que son consustanciales a este espacio. Por lo que un programa de educación para la salud de estas características debe ir encaminado a aclarar las dudas y a dinamizar la responsabilidad individual para obtener mejores grados de salud.

3.4.5 Programa de prevención de recaídas.

En la comunidad terapéutica se ofrece un marco inmejorable para llevar a cabo un programa de prevención de recaídas por las siguientes razones (Urbano, 1999):

La primera es el carácter global del abordaje facilitador del cambio en el residente: terapéutico, educativo, sanitario, familiar, social, ...

La segunda es el carácter residencial, que facilita un seguimiento continuo tanto de las situaciones de riesgo como de las alternativas propuestas en estas situaciones.

Los aspectos sobre los que se trabaja en prevención de recaídas son:

- **Los hábitos:** horarios, cuidado físico y aspecto exterior, orden y constancia.

- **La convivencia y habilidades sociales:** expresión de pensamientos, sentimientos y emociones, capacidad de emitir críticas y autocríticas tanto positivas como negativas.
- **Actitudes y conductas:** enfrentamiento adecuado a los problemas y conflictos que surgen de la convivencia (con el grupo y con la familia), manejo del estrés y de la ira, la capacidad de frustración y el enfrentamiento y asimilación de los límites y la autoridad, etc.
- **Cultura y tiempo libre educativo:** clases para la obtención del título de Graduado Escolar, el acceso a la Universidad, etc. (suponen un aumento del nivel cultural y una preparación de cara a la reinserción); actividades diferentes, variadas, planificadas para espacios de ocio y tiempo libre.

Todos ellos son aspectos pertinentes y necesarios para una modificación del estilo de vida y se ponen en marcha cuando el usuario entra a la comunidad.

Desde enero de 1996 se lleva a cabo un programa específico de prevención de recaídas, basado en la orientación del modelo de Marlatt y Gordon. A diferencia de otros modelos que subrayan y proponen un cambio en los hábitos de conducta, el de Marlatt y Gordon presta atención a las dificultades que aparecen en la fase de mantenimiento de la abstinencia, proponiendo la búsqueda de estrategias adecuadas para hacer frente a las situaciones de riesgo que inevitablemente aparecen en dicha fase.

Según el modelo de Marlatt y Gordon (1985), el proceso de cambio se desarrolla en tres etapas:

- a) Asumir el compromiso del cambio.
- b) Llevarlo a cabo.
- c) Mantener el cambio logrado.

Para Marlatt la prevención de recaídas es un programa de autocontrol diseñado con el fin de ayudar a los individuos a anticipar y a afrontar los problemas de recaídas en el cambio de las conductas adictivas.

La recuperación válida implica un papel activo y responsable para alcanzar el autocontrol. Así, sólo después de asumir esta decisión y el compromiso de llevarla a cabo, se puede iniciar eficazmente un programa de prevención de recaídas.

Como objetivo general se marca la creación de un encuadre fijo que permita (Urbano, 1999):

- La exploración y la exposición de posibles temores y dificultades que los residentes encuentren en el proceso de inserción.
- La reflexión sobre el proceso de la recaída.

Como objetivos específicos:

- Establecimiento y/o afianzamiento de un programa de modificación del estilo de vida que permita:
 - Facilitar el descubrimiento de nuevas actividades de ocio y tiempo libre.
 - Orientar en estos primeros pasos en la búsqueda o afianzamiento de redes y soportes sociales .
- Conocer los signos y síntomas que pueden poner en marcha un proceso de recaída y el entrenamiento en técnicas de afrontamiento.

Los temas en los que se profundiza son los siguientes:

1. Qué es una recaída. Diferencia entre recaída y consumo ocasional. Procesos internos y externos que se generan. Consecuencias positivas y negativas tanto de la abstinencia como de una posible vuelta al consumo.
2. Situaciones de alto riesgo generales y personales. Selección de las más problemáticas. Búsqueda individual de estrategias de afrontamiento.
3. Técnicas de control frente a situaciones estresantes. Cómo influye nuestro pensamiento en nuestros actos. Estados emocionales negativos.
4. Resolución de problemas y toma de decisiones.
5. Depresión y aburrimiento. Planificación del tiempo libre. Uso positivo del tiempo libre.
6. Tipos de comunicación. Comunicación efectiva. Su importancia en la relación con los otros. Habilidades sociales básicas.

7. Búsqueda de respuestas nuevas ante deseos de consumo. Estrategias específicas en estos casos.

8. Proceso de una recaída. Efectos de la violación de la abstinencia. Estrategias en caso de consumo ocasional.

Las técnicas más utilizadas son: estudio de casos, simulaciones y juegos, role-playing, comentarios de textos.

3.4.6 Programa de educación física.

Se plantea un programa de educación física en la comunidad terapéutica dentro del aprendizaje de hábitos saludables.

En un plano fisiológico encontramos que el propio cuerpo, realizando una actividad física moderada, puede secretar hormonas producidas por sus propias glándulas que se asemejan a los efectos de algunos tóxicos.

Dichas hormonas como las endorfinas, encefalinas, o la conocida adrenalina se acoplan a las terminaciones nerviosas, como lo harían los propios tóxicos, produciendo efectos similares a éstos (aunque evidentemente, los efectos secundarios son diametralmente opuestos). De esta manera encontramos que las personas que están en proceso de rehabilitación, reciben de las sesiones de educación física, un sentimiento de bienestar muy positivo.

Físicamente son personas que llegan al centro muy deterioradas y se caracterizan por una baja eficacia de la capacidad cardio-respiratoria. La inmensa mayoría llegan al centro con un peso corporal inferior al recomendado médicamente y, por lo tanto, con poco o nulo desarrollo muscular. El mejorar este aspecto aumenta la autoestima, normalmente muy dañada hasta ese momento.

En todos los pacientes a nivel general, se da una mejora física para poder hacer frente mejor a las dificultades cotidianas de la convivencia en grupo.

Conceptos como: grupo, esfuerzo, superación, disciplina, resultan fácilmente trabajables en sesiones de educación física, siempre y cuando la persona que dirige las sesiones conozca los objetivos a lograr en cada uno de ellos, así como

las características del grupo de personas con las que va a tener que trabajar y el estado de cada una de ellas en el momento de la implementación de la misma.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que en la mayoría de las ocasiones se percibe como una actividad de ocio la propia educación física, por lo que es probable que (dependiendo de las vivencias del individuo) disfrute realizando un trabajo de autoconocimiento que de otra manera pudiera verlo como algo costoso y poco atractivo.

A través del programa de educación física se podrá trabajar la “tensión física” acumulada por la expresión de la problemática del individuo en las distintas situaciones que se vive en la comunidad terapéutica.

Entre los objetivos que se plantean en este programa podemos señalar:

a. A nivel físico:

- Recuperar las capacidades físicas básicas del individuo.
- Conocimiento anatómico del cuerpo humano.
- Conocimiento práctico de posibles autoayudas para lesiones e incapacidades físicas.

b. A nivel psicológico y social:

- Posibilitar al individuo una manera más de expresión de todos sus problemas.
- Favorecer la autoestima e imagen del individuo.
- Trasladar a la vida del individuo unos hábitos saludables de ejercicio, higiene y alimentación.

Las sesiones que se realizan dentro del programa de educación física son de dos tipos:

- **Puntuales:** Cuando en momentos determinados se acumula un grado importante de tensión a nivel individual que aconseja la práctica de algún ejercicio concreto para poder descargar dicha tensión.
- **Regulares:** estas sesiones constan de dos partes. Una teórica donde se imparten nociones básicas de conocimientos fisiológicos y anatómicos, se informa sobre el porqué hay que calentar antes de un ejercicio hasta cómo prevenir esguinces y cómo cuidarlos en caso de que se tengan. Otros temas

que se abordan son los referentes al funcionamiento del sistema cardio-respiratorio, de los músculos, de los tendones, de los ligamentos, la función del sistema nervioso central, primeros auxilios ante esguinces, tendinitis, golpes, tirones, agujetas, etc..., y, otra parte práctica donde se realizan ejercicios y se experimenta ante situaciones como, por ejemplo, qué es lo que ocurre cuando se corre sin calentar, cuál es el resultado de una prueba si alguien no tiene quien lo anime y cuál es la diferencia cuando sí lo tiene, con qué variables fisiológicas se puede controlar la intensidad de una prueba, etc. Se intercalan entre un ejercicio y otras actividades de fuerza individuales y juegos intensos que motiven a la participación. Los últimos momentos de la sesión se dedican a las conclusiones, cómo se han sentido, qué han visto claro de todo lo trabajado y qué les ha gustado.

3.5. Síntesis.

En este capítulo se ha abordado la descripción de la actividad que se desarrolla en la comunidad terapéutica Manuene, desde las etapas que han marcado su historia hasta los programas que en la actualidad se están llevando a cabo.

Merece la pena remarcar los elementos que se han mantenido a través del tiempo. Tres han sido estas características:

1. Aquellos referentes profesionales que tienen que ver con la formación:
 - La formación básica universitaria.
 - La formación en drogodependencias.
 - La formación en trabajo grupal.
 - La formación en el abordaje sistémico.
2. La importancia del trabajo grupal, entendiendo la comunidad como un espacio de trabajo grupal y personal y ofertándolo como un paréntesis en la vida de una persona y no como algo final en sí mismo.
3. El trabajo interdisciplinar en el equipo de profesionales.

Además de estas características, la intervención terapéutica en Manuene ha venido marcada por una fundamentación teórica de la cuál entresacamos las siguientes cuestiones:

1. Las teorías psicodinámicas.
2. Las teorías de orientación sistémica.
3. La pedagogía del trabajo desarrollada por Freinet.
4. La pedagogía del oprimido creada por Freire.
5. Las teorías de la no-directividad de Rogers y su concepto de empatía.

A través de los planteamientos teóricos que han guiado la intervención en Manuene, Abeijón (1989) construye la siguiente definición de la comunidad: “aquella realidad que envolviendo totalmente en tiempo y en espacio cada uno de los aspectos de la persona a escala psicológica y social, pretende facilitar la creación de un universo relacional nuevo que permita construir patrones de comunicación individuales y sociales para la persona y el grupo. En definitiva, recrear un universo relacional significativo en el que sea posible expresar los conflictos y reconstruir los mecanismos autoagresivos, transformándolos en posibilidades de una relación distinta” (p. 24).

En el modelo de intervención que se propone en Manuene, tres son los elementos más importantes que dan cierta garantía de éxito a la finalización del tratamiento:

1. La voluntariedad del paciente de querer y estar motivado para hacer el tratamiento.
2. La colaboración de la familia del paciente y la implicación de la misma en el proceso del tratamiento.
3. La profesionalidad del equipo de intervención que valora y ayuda a llevar el tratamiento a buen fin.

A partir de los elementos anteriormente citados y del planteamiento teórico descrito se diseña una serie de programas cuyos objetivos globales son:

1. La deshabituación del consumo de drogas.
2. Posibilitar un cambio de estilo de vida que haga normalizar los comportamientos:
 - En el ámbito social: la familia, la pareja, las amistades, la escuela...
 - En el laboral: la consecución de un trabajo, el mantenimiento del mismo y el rendimiento.
 - En el socio-jurídico: adquirir conciencia de su situación en el caso de tener pendientes causas de juicio en el momento de ingresar en la comunidad

terapéutica. Desde Manuene se informará, previa petición de la justicia, de aquella situación de tratamiento en la que se encuentra el paciente.

Normalmente se acepta, en Manuene, cualquier persona que tenga problemas por el consumo de drogas. Esta problemática suele estar asociada a diferentes problemas, entre ellos se destaca:

1. Que las familias de la persona toxicómana estén desestructuradas.
2. Que el toxicómano tenga una grave problemática social.
3. Que el toxicómano tenga una grave problemática psicológica.
4. Que no presente alteraciones graves.

Cualquiera de estas dificultades pueden combinarse entre sí, sólo en ocasiones pueden presentarse aisladas, habitualmente las dificultades de tipo social o psicológico suelen estar generadas en familias con múltiples problemas.

La organización de la comunidad terapéutica Manuene está marcada por las siguientes directrices:

1. Capacidad de respuesta por parte del equipo de profesionales, con actitud de ayuda hacia el paciente.
2. Fiabilidad ante el paciente y el grupo por parte del equipo, transmitiendo mensajes claros, sencillos y adaptados a las características del paciente.
3. Elementos tangibles como la apariencia del educador o el equipo de intervención o de las mismas instalaciones, transmiten al paciente información respecto al valor de la actividad que se realiza.
4. Interacción humana dirigida a una buena comunicación con el paciente donde la capacidad de escucha haga tener en cuenta el punto de vista de éste.
5. Continuidad de vínculos estables a lo largo del tratamiento entre el equipo y los pacientes. El cambio de profesionales de forma periódica no permite una buena intervención.

A partir de estas directrices se construye un proceso de tratamiento cuyo objetivo principal es el acercamiento del paciente a su entorno inmediato con los recursos personales suficientes para hacer frente a situaciones conflictivas que anteriormente al tratamiento le habían ocasionado consumos de drogas.

La organización de todas las tareas de la comunidad terapéutica recae en los propios pacientes. El trabajo adquiere un doble sentido: por un lado, la realización de una responsabilidad, de un trabajo que hay que hacerlo bien; por otro, la atención a situaciones personales conflictivos que se producirán en el cumplimiento de dicha responsabilidad.

La progresión en las tareas dependerá del tiempo de permanencia en el programa y de la situación global en la que se encuentre cada individuo. El paciente al ingreso será asignado al grupo de limpieza, posteriormente, en la medida en que gane en responsabilidad pasará por otras hasta llegar a ser coordinador de algún grupo de trabajo.

El equipo de profesionales realiza su trabajo desde un punto de vista interdisciplinar, es decir, planteando la idea de la intervención única y global sobre el sujeto o sobre el grupo. La interdisciplinariedad hace referencia al hecho de ponerse de acuerdo todas las disciplinas profesionales para poder actuar conjuntamente. Los fundamentos de este modelo de trabajo son los siguientes:

1. Tener objetivos comunes.
2. Tener criterios unificados.
3. Tener roles definidos.
4. Tener una estructura funcional dinámica.
5. Tener las situaciones bien definidas.
6. Eliminar los obstáculos en las comunicaciones.
7. Estar abiertos al exterior.
8. Ser auténticos.

Para que el equipo evolucione favorablemente es necesario, además, apoyarse en procesos formativos los cuáles son la mejor garantía de duración en el ejercicio de las funciones, de la evolución hacia el mejoramiento y de una real satisfacción profesional.

De entre los programas que se llevan a cabo en la comunidad terapéutica Manuene, podemos destacar:

1. El programa de intervención psicoterapéutica. Este programa lo integran la psicoterapia de grupo, con una frecuencia de reunión de dos veces por semana, el grupo de familiares, donde semanalmente se

valora la marcha del tratamiento y de lo que acontece los fines de semana, las entrevistas individuales y el proceso de seguimiento-reinserción una vez finalizada la comunidad terapéutica.

2. El programa de intervención educativa. En este apartado se describen los principios y objetivos de la acción educativa, después se hace referencia a las funciones del educador en la comunidad terapéutica y, finalmente, se hace un recorrido entre los principales elementos en el trabajo educativo, entre los que destacan:

- El horario normalizado.
- Las normas.
- Las tutorías.
- La reunión de coordinadores.
- Las reuniones de trabajo.
- El trabajo cotidiano.
- El panel de “yo critico”, “yo felicito” y “yo propongo”.
- La asamblea.

Otros programas que se llevan a cabo en la comunidad terapéutica Manuene, son:

1. Programa de Graduado Escolar. Destinado para aquellos que al ingreso en la comunidad carecen de esta titulación básica.
2. Programas culturales y de tiempo libre. Entre los que se ofertan se pueden distinguir:
 - Espacios y tiempos de lectura programada.
 - Tiempo para escuchar música.
 - Programas culturales (teatro, visitas a museos,...).
 - Preparación de actividades navideñas.
 - Organización y realización de un campamento volante en bicicleta.
3. Programa de reinserción socio-laboral. Diseñado con el objetivo de facilitar la inserción laboral de la población atendida, así como de facilitar la adquisición de conocimientos sobre las oportunidades formativas y de empleo.
4. Programa de educación para la salud. Teniendo en cuenta que el ingreso en la comunidad terapéutica posibilita el manejo de hábitos saludables,

se realiza este programa con los objetivos de desarrollar hábitos de higiene personal y colectivos, conocer el propio cuerpo y el del sexo contrario y dar información y material sobre los temas de salud, incluidos enfermedades, que más preocupen a los pacientes.

5. Programa de prevención de recaídas. Como objetivo general de este programa se marca la exploración y exposición de posibles temores y dificultades que los pacientes encuentren en el proceso de reinserción, así como una reflexión sobre el proceso de recaída. Como objetivos específicos se pueden señalar el establecimiento de un programa de modificación del estilo de vida y conocer los signos y síntomas que pueden poner en marcha un proceso de recaída y el entrenamiento en técnicas de afrontamiento.
6. Programa de educación física. Se plantea con dos objetivos importantes. Por un lado a nivel físico, en el que se tiene en cuenta la recuperación de las capacidades físicas de la persona, el conocimiento anatómico del cuerpo y el conocimiento práctico de posibles autoayudas para lesiones; y, por otro a nivel psicológico, en el que se posibilita al individuo una manera más de expresión de todos sus problemas, favorecer la autoestima y trasladar a la vida cotidiana del sujeto unos hábitos saludables de ejercicio, higiene y alimentación.

PARTE SEGUNDA: ESTUDIO CUANTITATIVO Y CUALITATIVO

CAPITULO 4: METODOLOGÍA UTILIZADA EN LA PRESENTE INVESTIGACIÓN.

El contexto de la metodología utilizada.

Tal como se señala al comienzo de esta investigación, uno de los objetivos marcados viene definido por comprobar cómo las intervenciones efectuadas en la comunidad terapéutica están dentro de los parámetros de calidad actuales.

Antes de describir la metodología empleada, vamos a atrevernos en este capítulo a introducir un tema que está muy de moda en los ámbitos de trabajo social y que se está acercando tímidamente al discurso en los equipos de intervención que trabajan en el área social.

Vamos, pues, a tratar de definir de qué concepto de calidad estamos hablando y cómo puede influir en la evaluación que aquí presentamos de la comunidad terapéutica Manuene.

4.1 Calidad de intervención - calidad del servicio. Una definición de calidad.

Se sabe que el concepto de calidad comenzó a un nivel industrial allá por los años 40 ó 50 y que la acepción de dicho término hacía referencia a la calidad física de los productos que se fabricaban o los servicios que se generaban.

No es nuestro interés profundizar en la historia, pero sí indicar algunas cuestiones que pueden tener que ver con el trabajo que se desarrolla en la comunidad terapéutica Manuene

Así pues, parece que las empresas de ámbito industrial descubrieron en su día la necesidad de controlar la calidad del producto final. Y no solamente al final, sino que vieron que era rentable asegurar el proceso de elaboración del producto, es decir, pensaron que todo lo que sucedía en la empresa tenía consecuencias en el resultado final.

De esta manera, las grandes empresas fueron creando técnicas y estrategias de gestión que facilitaron el trabajo y mejoraron la eficacia y el rendimiento de sus trabajadores.

Una de las características de estos procesos de calidad es que se configuran como un instrumento al servicio del beneficio empresarial, es decir, la introducción de mecanismos que indiquen un abordaje en la gestión de la calidad parece que debe de ser una decisión de los directivos de la empresa.

Un plan de calidad debe obedecer, por tanto, a un modelo estratégico que tenga en cuenta:

- El compromiso de la dirección para el establecimiento de una cultura de calidad.
- El trabajo en equipo.
- La utilización de técnicas de calidad.

Sin embargo, el concepto de calidad que se quiere indicar, en el contexto de esta investigación, intenta ir más allá de la mera decisión de comenzar o no un proceso por parte de unos directivos y sin menospreciar que pueda ser el camino “oficial” existen otros indicadores que explican, por ejemplo, el trabajo realizado por el propio equipo de intervención o por los propios trabajadores.

En el caso de la presente investigación es importante comprender que en la comunidad terapéutica (el trabajo cotidiano, la experiencia, la práctica y el diseño teórico de la intervención), la calidad se entiende, no como un apartado más de la oferta de servicios, sino como un factor global del saber hacer, en donde todo está relacionado y en donde es necesaria la participación de todos los profesionales que conforman el equipo de intervención.

Nos referimos a factores tales como la calidez en el trato hacia los pacientes, la atención a los mismos, la sensación de seguridad que debe transmitir el equipo de profesionales, de credibilidad, de confianza, etc...

La calidad sería sinónimo no sólo de querer hacer bien las cosas y de mejorar el propio trabajo, sino que este querer se refleje en la práctica, en la eficacia del proyecto.

La industria introdujo la idea de calidad y de su control por una cuestión de rentabilidad económica en un marco de competencia. En un centro de atención a toxicómanos no se funciona solamente con este parámetro. Debe intervenir la cuestión de la ética social y profesional que lleva a ofertar el servicio de la mejor manera posible, con la máxima calidad óptima.

La calidad de la que hablamos tendría, por tanto, que integrar los siguientes elementos:

- La eficacia, es decir, la intervención del equipo de profesionales que genera buenos resultados traducidos, en este caso, en una integración social positiva del paciente.
- La eficiencia, en donde no sólo cuenta la competencia del profesional a nivel individual, sino el esfuerzo del equipo a escala global. Eficiencia entendida como rendimiento en el propio trabajo.
- La satisfacción de los profesionales, tanto por el ambiente de trabajo (a nivel de equipo, en el ámbito de los recursos, a nivel de formación, etc...), como por la realización de un buen trabajo y la continuidad del proyecto.
- La satisfacción de los usuarios, medida tanto durante el proceso de estancia en la comunidad terapéutica, como posteriormente a dicha estancia.

Además, habría que introducir la necesidad de contar con unos costes equilibrados, objetivo de toda empresa en donde se aplican las técnicas de calidad. Sin embargo, no se va a profundizar sobre este importante elemento, aunque, a decir verdad, sería necesario realizar un estudio con detalle que contrastase los procesos de intervención y los resultados con los costes que genera la comunidad terapéutica. Esto daría una visión más general sobre la eficiencia del programa.

Consecuentemente con todo lo anterior la comunidad terapéutica debe, dentro de los parámetros de calidad, adecuarse a las necesidades de la población, es decir, debe tener la flexibilidad de adaptarse a las características actuales que rodean a la población con la que se trabaja.

4.2 Creación de una cultura de calidad en el equipo de intervención – características.

Tal como señala Gabor(1991) en su libro las características de la calidad serían:

- Prever: definir el objetivo.
- Hacer: ejecutar las tareas definidas.
- Actuar: llevar a cabo las acciones necesarias.
- Verificar: medir los resultados obtenidos y nuevamente, prever.

Dicho de otra manera, los elementos a tener en cuenta en una cultura de calidad serían:

- La planificación.
- La ejecución.
- La evaluación.

En nuestro caso, la planificación sería el diseño de objetivos y su expresión en un conjunto de actividades realizadas con metodologías adecuadas y en equipo, para que las cosas se hagan:

- Bien a la primera.
- Con buena comunicación con el usuario.
- Con análisis de las intervenciones efectuadas.

La ejecución de las intervenciones supone que todos los miembros del equipo:

- Saben lo que tienen que hacer.
- Saben lo que están haciendo.
- Controlan sus intervenciones.

Con la evaluación obtendríamos un sistema de información de los resultados obtenidos, tanto de los aspectos más positivos, como de los negativos.

Hoy en día las empresas y servicios hablan de “calidad total”, esto es, un conjunto de principios y de métodos organizados en una estrategia global

orientados a movilizar todo el servicio para obtener una mejor satisfacción del usuario al menor coste posible.

A nivel europeo se puede hablar de un modelo específico para la gestión de la calidad. Este modelo desarrollado por la European Foundation for Quality Management (E.F.Q.M.) es aplicado a partir de 1994 en el sector público (salud, educación y administración) y en pequeñas y medianas empresas, aborda nueve elementos donde cada uno representa un criterio que puede utilizarse para evaluar y mejorar el progreso de la organización hacia una mejor gestión.

Estos criterios han sido analizados por una comisión de asociación europea "Erit" (asociación de intervinientes en toxicomanías), tratando de adaptarlos a la realidad de las comunidades terapéuticas europeas. Describen dichos criterios de la siguiente manera (Martín Pozas, 1998):

- Criterio 1: *Liderazgo*. Los líderes son los propietarios, gestores, responsables, gerentes y otras personas que desarrollen actividades directivas. También se considera líder a los responsables de funciones o procesos administrativos o funciones clínicas específicas, así como los líderes de los equipos de terapeutas, educadores o personal médico. Es necesario un liderazgo eficaz traducido en un funcionamiento adecuado de los procesos y actividades de planificación, dirección, coordinación y mejora de los servicios en la asistencia al drogodependiente dentro del programa.
- Criterio 2: *Planificación estratégica*. Son las funciones, procesos y actividades que desarrolla el programa para formular, detallar y revisar su estrategia, su modelo de intervención y la convierte en planes y acciones.
- Criterio 3: *Recursos humanos*. Es el modo en que el programa desarrolla todo el potencial de sus recursos humanos y los implica en el logro de los objetivos.
- Criterio 4: *Gestión de recursos*. Se refiere a la gestión eficaz y eficiente de los diferentes recursos del programa, optimizando su uso y empleando la menor cantidad de recursos posibles y de la mayor calidad para obtener la máxima satisfacción de los pacientes, personal y clientes externos.

- **Criterio 5: *Sistema de la calidad y procesos.*** Se refiere a cómo el programa ofrece sus servicios. Los procesos a analizar son todos los procesos del programa desarrollados para la prestación de productos y servicios en la asistencia a los pacientes.
- **Criterio 6: *Satisfacción del cliente.*** Son los resultados que obtiene el programa con relación a la satisfacción de sus clientes.
- **Criterio 7: *Satisfacción del personal.*** Se refiere a los resultados que obtiene el programa en relación a la satisfacción de sus empleados y miembros del equipo.
- **Criterio 8: *Impacto en la sociedad.*** Referido a los resultados que el programa consigue a la hora de satisfacer las necesidades y expectativas de la comunidad en que está situada. El programa ha de tener en cuenta el impacto e influencia de sus actividades en la comunidad y ha de conocer también y tener en cuenta las necesidades de ésta y sus expectativas. Los responsables del programa deben comprometerse y concienciar al personal de la necesidad de influir de manera positiva y activa en la sociedad que indirectamente está apoyando su existencia.
- **Criterio 9: *Resultados económicos.*** Se refiere a cuáles son los resultados del programa en relación a los objetivos de actividad marcados y a la hora de satisfacer las necesidades y expectativas de todas aquellas personas e instituciones que tienen un interés financiero en él o de un modo u otro lo sustentan.

En esta investigación vamos a fijarnos en el criterio que tiene que ver con los clientes y vamos a valorar mediante una serie de indicadores la satisfacción de los usuarios de la comunidad terapéutica Manuene.

En cuanto a la satisfacción de los profesionales, sí parece indicado incluir algunas de las claves de lo que supone la calidad de vida en el trabajo. En este sentido, en la comunidad terapéutica Manuene siempre se ha tenido presente que la intervención se desarrolle teniendo en cuenta:

- Una mejora y un buen desarrollo del servicio.

- Un respeto al hombre y la creación de un medio de trabajo que provoque deseos de trabajar en él y proporcione sentido al trabajo.
- Favorecer la plena expresión de las capacidades humanas desde el punto de vista profesional.

Teniendo esto en cuenta estamos de acuerdo en el abordaje que realiza Turkotte cuando habla del modelo global de la calidad de vida en el trabajo. Para este autor habría que tener en cuenta las siguientes variables (Turcotte, 1986):

- La naturaleza de la tarea.
- El entorno de la tarea.
- Las características del individuo.
- Los elementos espacio-temporales.
- La satisfacción frente a la vida en general.

Para Turcotte la definición de la calidad de vida en el trabajo vendría expresada de la siguiente manera: "La dinámica de la organización del trabajo que permite mantener o aumentar el bienestar físico y psicológico del hombre con el fin de lograr una mayor congruencia con su espacio de vida total" (p. 30). No sorprende, por tanto, que uno de los indicadores de calidad importante sea la existencia y descripción de un proyecto de intervención elaborado en el seno del equipo de atención y que sirva de guía a la hora de intervenir sobre el grupo de pacientes.

En otros estudios, como los de Hackman y Oldhan(1975), en la naturaleza de la tarea se incluyen:

1. *Dimensiones del trabajo:*

- Variabilidad de tareas. Variedad de las distintas actividades que requieren el uso de una determinada habilidad o de un determinado talento.
- Identificación con la tarea.
- Importancia de la tarea. Impacto interno o externo que tiene la tarea sobre otras personas.
- Autonomía.
- Retroalimentación de la tarea en sí misma. Información sobre el desempeño, a partir de los indicios proporcionados por la misma tarea.

- Retroalimentación de agentes. Información sobre el desempeño del profesional emitida por sus superiores o compañeros de trabajo.
- Relaciones con los demás.

2. *Respuestas afectivas frente a la tarea:*

- Satisfacción general que proporciona la tarea.
- Motivación interna en el trabajo. Nivel de satisfacción propia frente a la tarea.
- Satisfacciones específicas: remuneración, formación, desarrollo personal,...

3. *Necesidad de desarrollo individual.*

4. *Motivación que ofrece el trabajo.*

Si entendemos que la calidad de vida en el trabajo se tiene que sustentar en un equipo de profesionales, tendremos que valorar un buen funcionamiento de equipo donde demos cabida a lo anteriormente expuesto. De esta manera evitaremos procesos de "queme" o de estrés negativo de las personas que intervienen directamente en la comunidad terapéutica.

Por otro lado, es necesario establecer una estructura de equipo que satisfaga las expectativas de los profesionales y que, consecuentemente, revierta en una buena calidad de intervención.

En este sentido, en la comunidad terapéutica Manuene, se establece un marco de trabajo "interdisciplinar" (descrito en el capítulo 3º), es decir, que partiendo de un pensamiento compartido y de unas líneas de acción definidas cada cual, desde su saber y respetando las funciones de liderazgo, aporta y participa en las decisiones globales del equipo.

Es importante hacer hincapié en el "saber" y no en el "poder" que se posee por tener determinada formación. El "saber" se comparte con el resto del equipo para poder intervenir desde la globalidad, sin embargo, el "poder" individualiza la intervención y no deja que la comunicación fluya libremente en las decisiones de equipo, pudiéndose llegar a producir situaciones contradictorias en las intervenciones.

Por tanto, es necesario entender el trabajo en equipo desde un punto de vista de “profesionalidad”, definida en el esbozo de Código Deontológico del educador social (Pantoja, 1996), como:

- La realización de un servicio social, porque:
 - + se poseen ciertas aptitudes.
 - + Se ha adquirido una técnica.
 - + Se tiene una intencionalidad terapéutica-educativa.
 - + Se trabaja sobre la base de un proyecto, realizado en equipo.
 - + Se trabaja en equipo.
- Se está en disposición de formación permanente.
- Se posee un interés vital gratificante, una motivación.
- Se está retribuido con justicia.

En la comunidad terapéutica Manuene, se tiene presente en todo momento la situación motivacional del equipo. Periódicamente se realizan reuniones específicas en donde se valora la satisfacción de los profesionales rellenando una ficha individual y que está realizada a partir de la propuesta realizada por Guerau (1985), a través de la cual se reflexiona sobre dicha situación.

Los aspectos a estudiar están basados en un juicio de valor y como tal interpretados y son los siguientes (Guerau, 1986):

1. *Relación profesional con el grupo de pacientes*: se señala si esta relación es optima, algo distante, demasiado implicada o neutra.
2. *Relación profesional con el equipo*: une una tarea explícita (la reestructuración positiva del grupo), pero es inviable sin una tarea implícita (la red relacional que se teje entre las personas del equipo). Ambos aspectos se incluyen en este concepto. Habría que señalar si se está habitualmente integrado, habitualmente marginado o según en qué aspectos.
3. *Sentimiento de eficiencia global*: es el que empuja a experimentar que uno posee recursos y puede arbitrar nuevos recursos para desempeñar bien su función. Relaciona el rendimiento en el trabajo con el resultado que se obtiene. Emparenta con la "competencia". Habría que señalar si se tiene suficiente competencia, mediana competencia o incipiente competencia.

4. *Fatiga por relaciones con el grupo*: habría que señalar si se está muy fatigado, si hay exceso de fatiga, fatiga normal o descansado.

5. *Fatiga por tensiones de equipo*: desgaste producido para mantener el equilibrio grupal, propio de todo trabajo en equipo. Habría que señalar una clave parecida al anterior concepto.

6. *Perfeccionamiento de la identidad profesional*: Habría que señalar si no se experimenta avance, si se experimenta avance incipiente ó si se experimenta avance significativo.

7. *Sentimiento de gratificación profesional global*: grado de placer profesional que permite autorealizarse. Habría que contestar si en conjunto gratifica, no gratifica o sólo gratifica en ocasiones.

Pues bien, durante el año 1996 se efectuaron reuniones mensuales donde se recogieron las opiniones del equipo de intervención de la comunidad terapéutica Manuene sobre la base de los siete puntos anteriores, los resultados generales fueron los siguientes:

- En referencia con la relación profesional con el grupo de pacientes, en el 48% de las ocasiones se percibía la relación como óptima, en el 19% como algo distante, en el 27% como demasiado implicada y en el 6% como neutra.
- Sobre la relación profesional con el equipo, en el 84% de las ocasiones se percibía una relación donde se está habitualmente integrado, y tan sólo en un 6% se hacía referencia a según en qué aspectos.
- También, el sentimiento de eficiencia global ofrece resultados interesantes. Así en el 65% de las ocasiones el equipo se presenta con suficiente competencia, en el 19% con mediana competencia y en el 16% con incipiente competencia.
- En cuanto a la fatiga por relaciones con el grupo, en el 26% de las veces se indicaba la existencia de exceso de fatiga y en el 74% de fatiga normal.

- La fatiga por relaciones con el equipo refleja mayoritariamente una fatiga normal en el 77% de las ocasiones, en el 19% se indica, incluso, estar descansado y tan sólo en el 4% se presenta un exceso de fatiga.
- Sobre el perfeccionamiento de la identidad profesional, en el 52% de las veces se ha experimentado avance incipiente, en el 32% avance significativo y en el 16% no se ha experimentado avances importantes.
- Por último, el sentimiento de gratificación profesional, es decir, la satisfacción general del equipo se ha dado en el 100% de las ocasiones.

Estos datos reflejan que el equipo de intervención de la comunidad terapéutica Manuene presenta una cohesión importante fruto de la experiencia de años y del estilo de trabajo propuesto en donde el modelo interdisciplinar está presente.

La sensación de un equipo compacto debe sentar las bases para la creación de una cultura de calidad tanto en el seno del equipo como en la intervención propiamente dicha. Para ello es necesario estar abiertos a la posibilidad de introducir cambios.

Una cultura comprende lo siguiente:

- Valores de las personas.
- Actitudes de las personas.
- Conducta de las personas.

Los elementos clave para que a través de la cultura así definida se puedan realizar cambios en el equipo serían:

- Claridad del propósito, de los valores básicos y de los objetivos.
- Liderazgo.
- Proceso de cambio planificado.

Tener claro el propósito de hacia donde camina el centro, supone que el equipo ha desarrollado y reflexionado sobre (ver capítulo 3º, sobre la descripción de la comunidad terapéutica):

- La definición del propósito del centro. Descripción de los fines del centro.
- La definición sobre los componentes clave y valores en que se sustenta el centro.
- La especificación de los objetivos, de lo que se debe alcanzar para hacer el propósito y los valores esenciales evidentes, explícitos y reconocibles.

Para que se dé el proceso de cambio es necesario:

- Que todo el equipo esté involucrado en la tarea de participar en el diseño de objetivos y de mejora del centro.
- Que se diseñe una formación que satisfaga las necesidades de los profesionales en términos de un contenido y una programación apropiados.
- Que se asegure que las mejoras de calidad son consistentes entre sí y van en la misma dirección.
- Que se diseñen indicadores de calidad-fijación de estándares.

En este último apartado, lo más importante para obtener resultados de la fijación de estándares es que éstos sean:

- Medibles.
- Claros y explícitos.
- Que estén de acuerdo con los propósitos y principios del servicio.
- Alcanzables con los recursos disponibles.
- Controlados por mecanismos específicos.

Y como de una evaluación se trata, podríamos decir que el indicador es el signo con el que señalamos los grados de una cosa y las variaciones inducidas en ella (Martínez, 1972).

En otras palabras, los indicadores sirven de patrón para medir, evaluar o mostrar el progreso de una actividad, respecto a las metas establecidas y el logro de sus objetivos.

Ahora bien, tal como señala Ander-Egg(1992), para la evaluación de procesos sociales, tales como la participación de la comunidad en un programa de salud, otro tipo de indicadores no estadísticos pero consensuados, quizá puedan ser más útiles.

En muchos centros los indicadores de calidad se han definido utilizando el modelo Donabedian (1991) de estructura-proceso-resultado. Este ha proporcionado a los profesionales un modelo sencillo para establecer estándares medibles y por escrito:

- Estructura: incluye los recursos de un servicio como, procedimientos disponibles, cantidad de profesionales, nivel de formación y equipamiento.
- Proceso: incluye la manera en la que se ofrece un servicio como, intervenciones terapéuticas, procesos de información y comunicación.
- Resultado: incluye las formas en las que tanto profesionales como pacientes, pueden evaluar si los servicios han sido efectivos.

4.3 La evaluación: aproximación histórica.

En este apartado vamos a centrarnos en una de las características propias de todo proceso de calidad, esto es la evaluación. En el anterior punto hemos ido introduciendo ya esta idea, hemos presentado una breve evaluación en referencia a la situación motivacional del equipo de intervención y hemos expresado la necesidad de saber y valorar los resultados de la intervención.

A pesar de que la idea de la evaluación está presente en todas las actividades de la práctica cotidiana nos encontramos, normalmente, con la dificultad de llevarla a cabo de manera precisa debido, entre otras causas a que las acciones evaluativas comprenden un gran número de aspectos de distinto nivel de complejidad.

Según Stufflebeam (1993), la idea de evaluar parece ser que apareció allá por el año 2.000 a.C., cuando oficiales chinos dirigieron unas investigaciones de los servicios civiles. Posteriormente, Sócrates en el s.V a.C. ya utilizaba cuestionarios evaluativos de su metodología didáctica.

No es hasta el s.XIX donde se conocen otras prácticas evaluativas en el campo de la educación. Así la experiencia de Horace Mann para evaluar si las escuelas de Boston educaban bien a sus estudiantes o la investigación de Joseph Rice para valorar los conocimientos de ortografía de estudiantes de un amplio sector escolar (Stufflebeam, 1993).

Sin embargo, fue Tyler (1942), en los años 40, el que acuñó el término de "evaluación educacional", definiéndola como: "el proceso que tiene por objeto determinar en qué medida se han logrado unos objetivos previamente establecidos". Definida por Stufflebeam como época tyleriana (Stufflebeam, 1993, p. 34).

A través de este programa Tyler pudo demostrar que su método tenía claras ventajas sobre los demás. Desde el momento en que la evaluación incluía comparaciones internas entre los resultados y los objetivos, ya no necesitaba recurrir a costosas comparaciones entre grupos de control y grupos experimentales. El método se centra en determinar el grado de éxito, por lo que se opone a métodos indirectos que determinan factores como la calidad de la enseñanza, los materiales, la participación, etc...

A principios de los años 60, algunos de los más importantes evaluadores educacionales se dieron cuenta de que su trabajo y sus conclusiones no ayudaban demasiado a los que elaboraban currículos y no respondían a las preguntas sobre los programas que planteaban aquellos que necesitaban comprobar su grado de efectividad. Esta valoración quedó reflejada en las opiniones y artículos de Cronbach, el cual, recomendó a los evaluadores que reconceptualizaran la evaluación como un proceso consistente en recoger y formalizar información que pueda ayudar a quienes elaboran los currículos. Cronbach afirmaba que el análisis y la relación de los resultados de un test, podrían ser de más utilidad a los profesores que informarles sobre el promedio del total de las calificaciones. Esta época fue definida por Stufflebeam como la "época del realismo" (p. 36).

Como resultado de la creciente inquietud producida por los esfuerzos realizados en las evaluaciones con resultados negativos, el Phi Delta Kappa creó el National Study Committee on Evaluation (Stufflebeam y otros, 1971). Este comité recomendó el desarrollo de nuevos métodos y teorías de evaluación. Es a partir de este tipo de iniciativas cuando comienzan a aparecer nuevas conceptualizaciones sobre la evaluación.

Aproximadamente en 1973, el campo de la evaluación empezó a cristalizar y a emerger como una profesión, relacionada con sus antecedentes de investigación y control. A partir de aquí comienza para Stufflebeam (1993) la "época del profesionalismo" (p. 40).

A partir de aquí surgen diferentes modelos, definiciones y contextos donde se lleva a cabo las prácticas evaluativas. Sin ánimo de describir los diferentes modelos evaluativos, sí que será oportuno, antes de entrar de lleno en la explicación del modelo utilizado en la presente investigación, ofrecer y reflexionar sobre las distintas acepciones de lo que se entiende por evaluación.

4.4 La evaluación: diferentes definiciones, conceptos y tipos.

Vamos a señalar brevemente algunas de las definiciones más importantes sobre evaluación. La mayoría de ellas van a coincidir en lo sustancial, pero van a aportar pequeñas diferencias, matices que se pueden tener en cuenta en el proceso evaluativo.

En este sentido, y entre las opiniones que interesan a este estudio, nos encontramos primeramente con la definición que hace la Real Academia de la Lengua Española: "evaluar es señalar el valor de una cosa" (Ander-Egg; Aguilar, 1992, p. 3). En esta misma línea de pensamiento, podemos colocar a Scriben (1967), para el que evaluar es un proceso por el cual se estima el mérito o el valor de algo.

En definitiva, como primera aproximación al concepto de evaluar podríamos decir que es un proceso orientado a emitir un juicio de valor (Ander-Egg-Aguilar, 1992).

En este contexto podemos pensar en las diferentes actividades cotidianas en las que expresamos un juicio, ya sea para valorar lo que hacemos o lo que no hacemos, las decisiones que tomamos o las cosas que realizamos.

Para Stufflebeam, a la hora de evaluar existen tres importantes fuentes de criterios (Stufflebeam-Shinkfield, 1993):

1. Las distintas expectativas de los clientes.
2. El mérito o excelencias del servicio en cuestión.
3. La valoración del servicio como necesario.

Ya se indicaba en la introducción a esta investigación que el interés de la misma reside precisamente en la realización de un análisis cualitativo donde

se debe tener en cuenta exactamente las expectativas de los clientes, la descripción del servicio (ya efectuado en el capítulo anterior) y la valoración, emitiendo un juicio, sobre la eficacia de la comunidad terapéutica y desde aquí confirmar la necesidad del servicio y las mejoras a introducir.

La idea de la evaluación habría que diferenciarla de otros concepto afines. Así, por ejemplo, y como veremos más adelante, algo que se ha realizado de forma periódica en los centros de drogodependencias es todo aquello que hace referencia al seguimiento del servicio.

Esto quiere decir que se realiza un proceso analítico que, mediante un conjunto de actividades, permite registrar, recopilar, medir, procesar y analizar una serie de informaciones que revelan la marcha o desarrollo de una actividad programada (Ander-Egg; Aguilar, 1992).

Por tanto, mientras que el seguimiento tiene como objetivo valorar el logro de las metas de un programa, la evaluación pretenderá enjuiciar esos logros, así como los resultados obtenidos como consecuencia de dicho programa (Ander-Egg; Aguilar, 1992).

Por otro lado, conviene diferenciar la evaluación, del control ya que son parecidos. Mientras que el control es una verificación de resultados, la evaluación es un enjuiciamiento de dichos resultados. Una cosa es constatar lo que pasa (control) y otra juzgar por qué pasa lo que pasa (evaluación) (Ander-Egg; Aguilar, 1992).

Valorando lo que pasa, vamos a poder controlar los déficit del programa. En este sentido, la evaluación de las intervenciones en drogodependencias, debería ir encaminada a establecer las correcciones necesarias en las actuaciones realizadas de cara a lograr un mejor ajuste de los programas, como instrumento de un proceso más complejo de toma de decisiones.

Si atendemos a las "normas" del Joint Committee (1981), donde se aconseja la colaboración de evaluadores y clientes, la evaluación debería cumplir cuatro condiciones principales:

1. *Que sea útil*: la evaluación debe estar dirigida a aquellas personas y grupos que estén relacionadas con la tarea a evaluar. Debe ayudar a identificar lo bueno y lo malo del programa. Debe poner énfasis en las cuestiones más

importantes. Proporcionar informes claros, y en general, debe facilitar no sólo informaciones acerca de las virtudes y defectos sino, también, soluciones para mejorarlo todo.

2. *Que sea factible*: utilizando procedimientos evaluativos que puedan ser utilizados sin demasiados problemas y dirigidos de modo eficiente.

3. *Que sea ética*: basada en compromisos explícitos que aseguren la necesaria cooperación, la protección de los derechos de las partes implicadas y la honradez de los resultados.

4. *Que sea exacta*: la evaluación debe describir con claridad el objeto en su evolución y en su contexto. Debe revelar las virtudes y defectos del plan de evaluación, de los procedimientos y de las conclusiones, debe estar libre de influencias y debe proporcionar unas conclusiones válidas y fidedignas.

Otros autores como Kaufman y English, en 1979, consideran que "la evaluación consiste en analizar las discrepancias entre lo que es y lo que debe ser" (Ander-Egg; Aguilar, 1992, p.10), es decir, la disparidad entre una situación deseada o esperada y otra existente o real.

En el campo de la intervención social, una definición más adecuada sería la que nos ofrece Ruthman (1977) "la investigación evaluativa sería el proceso de aplicar procedimientos científicos para acumular evidencia válida y fiable sobre la manera y grado en que un conjunto de actividades específicas produce resultados o efectos concretos" (Ander-Egg; Aguilar, 1992, p. 10).

Otro autor Suchman (1967), define la investigación evaluativa como un "conjunto de procedimientos para la recogida y análisis de datos que aumentan la posibilidad de "probar", más que de "afirmar" el valor de una actividad social" (Ander-Egg; Aguilar, 1992, p.13). Lo identifica con investigación sobre la efectividad de una intervención social. Es un modelo cientifista ya que considera que la evaluación debe disponer de la lógica del método científico.

Para Espinosa Vergara (1993), evaluar será "comparar en un instante determinado lo que se ha alcanzado mediante una acción con lo que se debería haber alcanzado de acuerdo a una programación previa" (p. 14).

En esta misma línea podemos citar la definición que realiza Ander-Egg (1990), para el que la evaluación hace referencia "al acto o proceso de determinar el valor de alguna cosa" (p. 19). Aplicado a programas y proyectos, la evaluación consiste en utilizar una serie de procedimientos destinados a comprobar si se han conseguido o no las metas u objetivos propuestos, identificando los factores o razones que han influido en los resultados y formular las recomendaciones pertinentes que permitan tomar las decisiones con el fin de introducir correcciones o reajustes necesarios.

Dicho de otra forma la evaluación es la "comparación o constatación que resulta de confrontar lo que se ha hecho (lo realizado), con lo que se quería hacer (objetivos propuestos), investigando, también, por qué ha ocurrido lo que ha ocurrido (los factores que han influido en los resultados)" (Ander-Egg, 1990, p. 20).

Por otro lado, introduciéndonos en el campo de la salud, tenemos las definiciones procedentes de Champagne (1985) y James (1969), los cuales consideran que la "evaluación de programas es realizar un juicio sobre una actividad, un recurso o un resultado". De esta definición se derivarán tres tipos de evaluación: de estructura, de proceso y de impacto (Ander-Egg; Aguilar, 1992, p. 10).

En el mismo sentido se expresará Donabedian (1991), al indicar que la función primera de la evaluación es la de determinar el valor o grado de éxito en la consecución de un objetivo determinado.

En el ámbito del desarrollo comunitario, nos encontramos con definiciones tales como: "La evaluación es el análisis de los efectos y las consecuencias de los diferentes modos de actuación sobre una situación, para definir en un plazo cuáles son los más productivos de soluciones" (Dutrenit, 1984), es decir, "la evaluación sólo será útil si se utiliza como medio para mejorar un programa" (Ander-Egg; Aguilar, 1992, p.11). Será necesario conocer las cualidades y debilidades de un programa para poder modificarlo.

Es decir, la evaluación sólo tiene sentido en la medida que sirve para tomar decisiones concretas. De modo semejante se expresan Stufflebeam (1993) o Cronbach (1982); éste dice que "la evaluación es el enjuiciamiento sistemático de la valía o el merito de un objeto", o bien, " el proceso sistemático de recogida y valoración de información útil para una eventual toma de

decisiones" (Ander-Egg; Aguilar, 1992, pp. 12-19). Lo importante no será, por tanto, el procedimiento de recogida de información, sino, la toma de decisiones.

En este sentido, Cronbach hace hincapié en que sólo hay que recoger la información más relevante para tomar una decisión. Está convencido que las evaluaciones cumplen una función política e insiste en que en todas las etapas de una evaluación, desde la planificación hasta el informe final, es esencial una excelente información..

Scriven (1967), por su parte, definió la evaluación como “una actividad que consiste en la recopilación y combinación de datos de trabajo mediante la definición de unas metas que proporcionen escalas comparativas o numéricas, con el fin de justificar:

- los instrumentos de recopilación de datos.
- Las valoraciones.
- La selección de las metas” (Ander-Egg; Aguilar, 1992, p. 12).

Una de las aportaciones más interesantes de este autor viene referida a la diferenciación que efectúa entre mérito y valor. Así, el valor de una acción viene dado por el grado de necesidad que existe de hacerla, es decir, cuanto más necesario es hacer algo, más valor tiene. El mérito, en cambio, tiene que ver con la buena realización de algo, independientemente del valor que tenga.

Por tanto, en la tarea de evaluar, hay que “señalar criterios y normas que permitan establecer tanto el mérito como el valor del objeto evaluado” (Ander-Egg; Aguilar, 1992, p. 12-13).

Este autor centra la prioridad en las consecuencias reales que produce la intervención social y toma como criterio las necesidades de los usuarios, al igual que después lo hará Monnier (1992) cuando dice que en su concepción de evaluación pluralista es necesario contar con todos los actores que participan en la evaluación.

Al igual que Monnier se sitúa Stake (1967). Para éste, la evaluación ha de centrarse en las necesidades de los usuarios y recoge dentro de su modelo tanto procedimientos descriptivos como procedimientos de emisión de juicio de valores. Para él, la parte descriptiva es ya una evaluación, un paso previo

para la correspondiente valoración. Este concepto se acerca más a lo que hemos definido como una evaluación más cualitativa.

La diferencia entre el modelo de Stake y Scriben es que aquél se centra en las necesidades de los usuarios de la evaluación como criterio de valor y el de éste, se centra más en la satisfacción de las necesidades del usuario. Schuman, sin embargo, más cientifista, utiliza los objetivos del programa como criterio de valor.

Entre los autores españoles, aparte de los mencionados, podemos citar a Alvira (1991), para el cuál, evaluar sería la recogida de información sobre las intervenciones para ver de qué manera funcionan y cuáles son sus efectos y consecuencias.

A partir del planteamiento de Alvira, otro autor español, Caride (1989), incluye en la evaluación el análisis y la interpretación de los resultados del programa y esquematiza la definición en las siguientes etapas:

- Un proceso de reflexión y valoración crítica, continúa y sistemática,
- Referida a momentos y factores que intervienen en el desarrollo de un programa;
- Al objeto de determinar cuáles pueden ser, están siendo o han sido sus efectos, resultados o logros.

Dentro del panorama español y siguiendo la tradición de Cronbach y Scriben, Cabrera (1987) hace hincapié en la necesidad de tomar decisiones basándose en el análisis de la información más relevante de la entidad evaluada.

La aportación de Briones(1988), también es significativa. Según este autor, "la evaluación interactiva es un proceso de investigación participativa que analiza la organización, el funcionamiento y desarrollo de un programa en relación con sus objetivos, las expectativas de sus participantes y los resultados obtenidos" (Ander-Egg; Aguilar, 1992, p. 15).

La OMS, en 1981, dio la siguiente definición aplicada al campo de la salud: "La evaluación es un medio sistemático de aprender empíricamente y de utilizar las lecciones aprendidas para el mejoramiento de las actividades en curso y para el fomento de una planificación más satisfactoria mediante una

selección rigurosa entre las distintas posibilidades de acción futura. Debe ser, pues, un proceso permanente encaminado a aumentar la pertinencia, la eficiencia y la eficacia de las actividades de salud"(Ander-Egg; Aguilar, 1992, p. 16). Sin embargo, la definición más generalizada es la que formuló la UNESCO en 1979 y que se modifica muy poco en su versión última de 1984. Dice así: "La evaluación es el proceso encaminado a determinar sistemática y objetivamente la pertinencia, eficiencia, eficacia e impacto de todas las actividades a la luz de sus objetivos. Se trata de un proceso organizativo para mejorar las actividades que se hallan aún en marcha y ayudar a la administración en la planificación, programación y decisiones futuras"(Ander-Egg; Aguilar, 1992, p.16).

Con todos estos elementos y definiciones, Ander-Egg y Aguilar (1992), apuestan por una definición global que trata de recoger los principales rasgos característicos de las consideraciones precedentes. Así, definen evaluación como: "La forma de investigación social aplicada, sistemática, planificada y dirigida; encaminada a identificar, obtener y proporcionar de manera válida y fiable, datos e información suficiente y relevante en que apoyar un juicio, acerca del mérito y el valor de los diferentes componentes de un programa (tanto en la fase de diagnóstico, programación o ejecución), o de un conjunto de actividades específicas que se realizan, han realizado o realizarán, con el propósito de producir efectos y resultados concretos; comprobando la extensión y el grado en que dichos logros se han dado, de forma tal, que sirva de base o guía para una toma de decisiones racional e inteligente entre cursos de acción, o para solucionar problemas y promover el conocimiento y la comprensión de los factores asociados al éxito o al fracaso de sus resultados" (p. 18).

Esta propuesta de evaluación de programas de trabajo social y servicios sociales lleva implícitos dos tipos de evaluación.

En el primer caso se trata de utilizar procedimientos encaminados a comprobar en qué grado se han conseguido o no las metas y objetivos propuestos e identificar los factores o razones que han influido en los resultados.

La cuestión es: ¿lo que hacemos responde a lo programado? Esto sería la evaluación formal.

En el otro caso, se remite a la intencionalidad del programa de acuerdo a la situación-problema que se desea cambiar. Se evalúan los cambios reales que se han efectuado y operado en la situación concreta.

La cuestión es: ¿los cambios y modificaciones que se producen en la situación-problema son resultantes (total o parcialmente) del programa o proyecto? Es lo que se denomina evaluación sustantiva.

Antes de analizar si lo que hacemos responde a lo programado o si los cambios son resultantes del programa, habrá que tener en cuenta lo que Monnier (1992) define como evaluación pluralista, en ella se indica, por una lado, “la importancia de establecer evaluaciones “desde abajo”, es decir, desde los actores que participan en el programa, y por otro, si la evaluación es creíble (por tanto, útil), si goza de la legitimidad ante los ojos de los actores sociales a quienes incumbirá después aplicar las mejoras sugeridas por la propia evaluación” (p. 143).

Sin embargo, la mayor parte de los autores descritos estaría de acuerdo con el paradigma experimental cuyo modelo parte de la consideración de dos grupos: El grupo experimental sobre el que se realiza la acción y el grupo de control que sirve de referencia.

Existen actualmente diferentes modelos o diseños de evaluación. Como dice Espinoza Vergara (1993), éstos van "desde rigurosos esquemas científicos hasta sencillas formas de evaluación. No siempre se podrá recurrir a modelos óptimos para detectar en la mejor forma, el comportamiento y los efectos de un proyecto. Muchos obstáculos se oponen a ello. La escasez de recursos, los temores al descubrimiento de los logros reales y las limitaciones técnicas de los propios evaluadores son algunos de esos obstáculos".

"La mayoría de las veces", prosigue Espinoza Vergara, “los evaluadores se deberán conformar con la elección de modelos sencillos y prácticos, pero, acordes con las reales posibilidades de su institución, aunque ello signifique sacrificar un poco la exactitud del proceso" (p. 95).

En cuanto a los tipos de evaluación, vamos a describir los más importantes siguiendo la clasificación indicada por Ander-Egg y Aguilar (1992):

1. Según la procedencia de los evaluadores, pueden distinguirse cuatro tipos de evaluación:

- Evaluación externa: es aquella que recurre a evaluadores que no están relacionados con el servicio o proyecto que se evalúa.
- Evaluación interna: se realiza con personas que pertenecen al programa o proyecto a evaluar, pero, que no son directamente responsables de la ejecución.
- Evaluación mixta: es una combinación de las anteriores; se realiza con un equipo de trabajo compuesto tanto de personas ajenas al programa como pertenecientes al mismo.
- La auto evaluación: las actividades evaluativas están a cargo de aquellos que están implicados en la ejecución de programa y que valoran y enjuician sus propias actividades para determinar si están cumpliendo las metas propuestas.

2. Según el momento en que se evalúa:

- Evaluación antes: se realiza antes de tomar la decisión de emprender un proyecto. Se hace en la fase de diseño del programa, trata de comparar la eficacia o la rentabilidad económica de las diferentes acciones para alcanzar los objetivos deseados (Pineault- Daveluy, 1987).
- Evaluación durante: se llama, también, evaluación de gestión, continua, concurrente o concomitante. Se realiza en la fase de ejecución, suministrando información sobre la marcha del programa. Su objetivo es establecer en qué medida se está cumpliendo el programa de acuerdo con la propuesta inicial.
- Evaluación ex-post: es la que se realiza una vez que el programa ha finalizado. Se lleva a cabo una vez que el proyecto ha alcanzado su pleno desarrollo (meses o incluso años después de finalizada la ejecución). También se la suele llamar evaluación de impacto, ya que valora los resultados obtenidos y obtiene enseñanzas para futuros proyectos.

3. Según las funciones que cumple la evaluación:

- Evaluación sumativa: hace referencia al estudio de los resultados o efectos de un programa (Patton, 1978). Determina el valor de un programa una vez

ha sido desarrollado, investiga los efectos y los compara con las necesidades de los usuarios.

- Evaluación formativa: hace referencia al seguimiento que se realiza durante el proceso de ejecución de un programa.

4. Según los aspectos del programa que son objeto de evaluación: Haciendo una revisión de los diferentes autores, podemos citar a:

- Luque y Casquete (1989), las evaluaciones que pueden realizarse son las siguientes:

- Evaluación de necesidades.
- Evaluación de procesos.
- Evaluación de resultados.
- Evaluación de eficacia.
- Evaluación de costos.

- Caride (1989), distingue cuatro tipos de evaluación:

- Evaluación de contexto/evaluación de necesidades.
- Evaluación del diseño.
- Evaluación del proceso.
- Evaluación del producto.

- Alvira (1991) establece una nueva tipología de evaluaciones de acuerdo a un criterio analítico/lógico y con una relación de tipo jerárquico entre ellas:

- Evaluación de necesidades.
- Evaluación del diseño/conceptualización del programa de intervención.
- Evaluación de la evaluabilidad.
- Evaluación de la implementación.
- Evaluación de la cobertura.
- Seguimiento del programa.
- Evaluación de resultados.
- Evaluación del impacto.
- Evaluación económica.

- En el campo de la salud se acepta la clasificación de Pineault y Daveluy (1987) y Donabedian (1991), que establecen tres tipos de evaluación:

- Evaluación de la estructura.

- Evaluación del proceso.
- Evaluación de los efectos.

- Por último, la propuesta de Ander-Egg (1990), pasa por una triple distinción:
 - Evaluación del diseño y conceptualización del programa:
 - + Evaluación del estudio-investigación.
 - + Evaluación del diagnóstico.
 - + Evaluación del diseño del programa.

 - Evaluación de la instrumentación y seguimiento del programa (evaluación del proceso):
 - + Evaluación de la cobertura.
 - + Evaluación de la implementación y seguimiento.
 - + Evaluación del rendimiento del personal.
 - + Evaluación de la estructura y ambiente organizacional.

 - Evaluación de la eficacia y eficiencia del programa (evaluación de resultados).

4.5 Objetivos de la evaluación.

Cualquier evaluación debe reunir una serie de objetivos concretos, Ander-Egg (1992), hace un elenco de objetivos que nuestra investigación recoge y hace suyos. Estos son:

1. Medir el grado de pertinencia, idoneidad, efectividad y eficiencia de un proyecto o servicio:
 - **Pertinencia:** Es la capacidad que tiene el proyecto para resolver la situación-problema que le dio origen. En nuestro caso si la comunidad terapéutica Manuene puede ayudar a resolver los diferentes problemas del grupo de pacientes.
 - **Idoneidad:** Es la capacidad que tiene el proyecto de hacer coherentes las actividades y tareas con las metas y objetivos propuestos. La búsqueda de la coherencia entre la filosofía del proyecto, los objetivos y la intervención

del equipo de profesionales se ha recogido en el capítulo III, en la descripción de Manuene.

- **Efectividad o eficacia:** Hace referencia al grado en que se han conseguido las metas y objetivos propuestos mediante la realización de las actividades y tareas programadas. Haría referencia a los resultados y a la opinión de familias y pacientes sobre su situación actual y si ha tenido algo que ver el paso por Manuene para conseguir o no ciertas mejoras en la calidad de vida.
- **Eficiencia o rendimiento:** Se trata de relacionar los esfuerzos empleados y los resultados obtenidos.

2. Facilitar el proceso de toma de decisiones para mejorar y/o modificar un programa o proyecto: Estas decisiones pueden ser:

- Introducir modificaciones en el proyecto que se está evaluando. En este caso, introducir cambios en el modelo de intervención de la comunidad terapéutica Manuene.
- Mejorar la metodología utilizada.
- Modificar la estructura y/o funcionamiento de la organización.
- Modificar la estrategia en desarrollo.

3. Otros objetivos que se pueden lograr:

- Aceptar, rechazar o reajustar determinados enfoques o metodologías de intervención social.
- Revisar críticamente los supuestos teóricos que sustentan el programa.
- Aumentar el conocimiento acerca del problema que origina el programa.

4.6 El modelo de evaluación utilizado en la investigación.

Dado que el objeto de nuestra investigación se centra en analizar los resultados del programa, se va a elegir un modelo que combine la evaluación sustantiva, cualitativa y pluralista.

Estamos de acuerdo con Monnier (1992), y lo comentábamos en la introducción, cuando afirma que “el dispositivo experimental es estático,

mientras que la evidencia señala que los programas desencadenan procesos dinámicos. Los cambios en el transcurso de los programas abundan porque los valores de los organizadores y de los destinatarios evolucionan, tanto como respuesta al propio programa, como por la evolución del formato del programa en función de los obstáculos que no pueden anticiparse en su totalidad; por último, porque el problema social que el programa intenta solucionar se transforma” (p. 69).

Por tanto, en este estudio nos estamos moviendo entre un modelo cualitativo de evaluación, el concepto de evaluación sustantiva, en tanto que vamos a tratar de responder a las preguntas: ¿Es efectivo el programa en lo referente a la consecución de los objetivos que se persiguen? ¿Cuál es la opinión de los usuarios acerca del programa? ¿Cómo se ha modificado la situación de los usuarios con el programa? ¿Los cambios y modificaciones que se producen en los pacientes son resultantes (total o parcialmente) del proyecto comunidad terapéutica Manuene?, y la concepción de la evaluación pluralista de Monnier (1992), en tanto en cuanto vamos a tener en cuenta los actores: equipo de intervención, pacientes y familias, y los resultados y cambios a introducir van a ser contrastados más tarde con los propios protagonistas y, por supuesto, dentro de un marco de trabajo donde se tiene en cuenta el concepto de la “cultura de calidad”.

El diseño obedece a un modelo no experimental, realizando una evaluación únicamente "después". Se trata de una evaluación interna, ya que el que efectúa la investigación pertenece al programa y será una evaluación de resultados, una evaluación ex-post. El programa es un proyecto plenamente desarrollado y se van a valorar los resultados para mejorar la intervención en el programa.

También tendrá elementos de la evaluación denominada sumativa que hace referencia a los efectos del programa y los vamos a tratar de comparar con las necesidades de los usuarios. En este sentido, tenemos en cuenta la propuesta de Patton (1978) referida a la "evaluación centrada en la utilización", ya que los métodos utilizados en la presente investigación son los propios de la situación particular del programa comunidad terapéutica Manuene.

A la hora de analizar la calidad de la intervención se van a diseñar unos indicadores basados en el modelo de Donabedian (1991) de estructura-proceso-resultado.

- En la estructura se van a incluir los recursos del servicio como el equipamiento de la comunidad, la cantidad de profesionales, el nivel de formación de dichos profesionales y la existencia de un proyecto de intervención.
- En el proceso se incluye la manera en la que se ofrece el servicio como las intervenciones terapéuticas, la participación de la familia, las fases de salida durante el tratamiento, los factores del tratamiento que ayudan al cambio personal, etc.
- En el resultado se incluyen las formas en las que tanto profesionales como pacientes, pueden evaluar si los servicios que ofrece el programa de tratamiento de la comunidad terapéutica Manuene han sido efectivos. Se analizarán los cambios producidos en los pacientes, la relación mantenida con el equipo de intervención, la calidad de la atención recibida, las áreas de trabajo personal que hubieran necesitado seguimiento al finalizar el tratamiento, etc.

Responder a la pregunta si la comunidad terapéutica Manuene ha sido eficaz, la vamos a entender desde el planteamiento donde lo cuantitativo va a reflejar la importancia necesaria para apoyar la valoración cualitativa. Veamos, pues, a continuación la metodología empleada y los instrumentos utilizados.

4.7 Objetivos de esta investigación evaluativa.

Los objetivos propuestos en esta investigación son:

Objetivo General

Analizar y evaluar los distintos factores del tratamiento para saber si la comunidad terapéutica Manuene ha sido eficaz.

Objetivos Específicos

1. Realizar un análisis de la situación actual de las personas que han realizado el tratamiento en la comunidad terapéutica Manuene.

2. Concretar y analizar los tipos de cambio que se han producido en los pacientes como resultado del tratamiento efectuado en Manuene.
3. Evaluar los factores del tratamiento que más han influido en los cambios actitudinales de los pacientes.
4. Valorar la calidad de la atención terapéutica y reeducativa ofrecida.
5. Sondar las necesidades actuales de las familias.
6. Obtener nuevas propuestas de acción para este marco de trabajo.

Se trata, por tanto, de realizar una evaluación de resultados y analizar los distintos elementos que contribuyen a mejorar la salud y la calidad de vida de los usuarios de este servicio.

Han transcurrido trece años desde el comienzo de la andadura de la comunidad terapéutica y durante estos años los objetivos marcados han ido evolucionando en la forma, pero no en el fondo, entre ellos el ofrecer una respuesta profesionalizada a la población toxicómana.

Las claves que han favorecido el proceso de éxito en el tratamiento han tenido que ver con afrontar la situación desde un punto de vista práctico para encontrar una solución adecuada para cada caso, es decir, diferenciación al máximo de las respuestas según las características de la situación que se tiene enfrente.

Así pues, durante estos trece años se ha trabajado en esta línea de acción, la cual, se ha ido mostrando efectiva a escala experimental y es ahora cuando se presenta la actual investigación tratando de plantear un sistema de evaluación dirigido a usuarios, familias y al propio equipo de profesionales.

El objeto del estudio, por tanto, se centra en recopilar información para detectar los factores del tratamiento que más han influido en los cambios actitudinales de los pacientes, contrastar la calidad de la atención ofrecida y sondar las actuales necesidades de las familias y pacientes.

Para responder a este objetivo se diseña dos tipos de cuestionario, uno dirigido a las familias y otro a los paciente. El cuestionario es el mismo para todas las

familias y pacientes, por lo que se hace necesario valorar la respuesta teniendo en cuenta que no es lo mismo un paciente que realizó el tratamiento hace diez años, que otro que lo acaba de finalizar. Por lo tanto, el tiempo transcurrido será uno de los factores diferenciales de esta evaluación.

Uno de los objetivos indirectos de este estudio tiene que ver con la posibilidad de realizar un protocolo de evaluación continuada, para que no sea necesario que transcurran otros trece años para analizar las consecuencias del tratamiento. Por otro lado, la introducción de una cultura de calidad dentro del equipo de intervención ha de tener en cuenta esta cuestión.

4.8 Otros objetivos a tener en cuenta.

Además de estos objetivos, se elaboraron otros más cuantitativos propuestos desde el área asistencial del servicio, englobado en la red de Salud Mental de Bizkaia perteneciente al Servicio Vasco de Salud-Osakidetza.

En este sentido, durante los años 92 y 93 los objetivos para un nivel de calidad en el área asistencial eran:

- Cumplimentar el registro de Salud Mental.
- Elaboración de índices de retención, no menor del 0,7 y una ocupación no menor del 70%.
- Especificar intervenciones terapéuticas.
- Elaboración de diagnósticos, pronósticos y evaluación del tratamiento.

Los indicadores establecidos para conseguir estos objetivos fueron los siguientes:

- Periodicidad de reuniones de los responsables del centro con la Dirección de Área. Nº reuniones anuales..... 04
- Número de admisiones de la zona geográfica del centro de salud mental. Total al año..... 85%
- Índice de retención del programa. No menos del.....0,7
- Nº de sesiones clínicas..... 12

- Porcentaje de historias clínicas bien cumplimentadas..... 85%
- N° de proyectos de investigación..... 02
- Porcentaje de anotaciones en el proyecto terapéutico.....80%
- Porcentaje de reingresos en el centro. No mayor del.....20%
- Estancia media en el centro.....07 meses
- N° reuniones del equipo de intervención por semana..... 01
- N° reuniones al mes con otros centros..... 01
- N° alumnos acogidos en prácticas.....20
- Cumplimentación de protocolos..... 93%
- Porcentaje de pacientes ingresados programados..... 80%

Estos indicadores se han ido cumpliendo año tras año; en algunos casos, el índice ha sido superior al planteado y, en otros, como en el caso de "proyectos de investigación", no se han realizado.

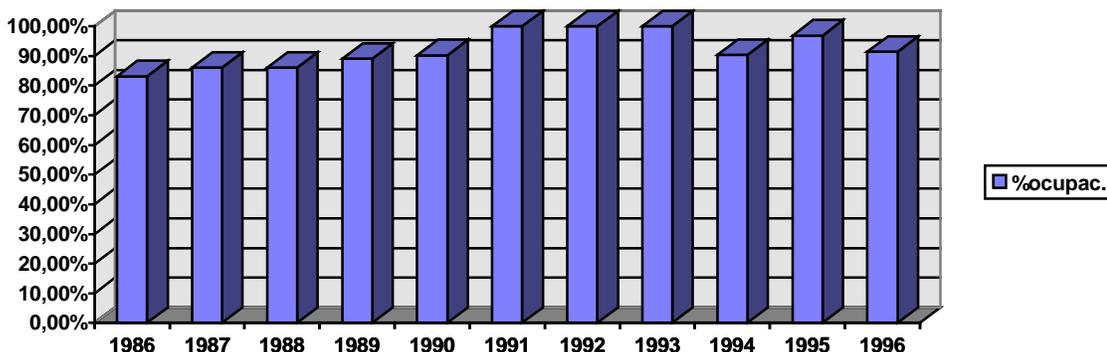
Vamos a describir a continuación tres de los índices más habituales en este tipo de indicadores. Nos estamos refiriendo a los de ocupación, rotación y retención.

El índice de ocupación mide el porcentaje anual de ocupación de la comunidad terapéutica Manuene sobre 24 plazas existentes. En la década de 1986 a 1996, tal como se recoge en los objetivos no ha bajado del 80%. Ha sido el siguiente:

Años	1986	1987	1988	1989
% ocupación	83,11%	85,98%	86%	89,04%

Años	1990	1991	1992	1993
% ocupación	90,17%	100%	100%	100%

Años	1994	1995	1996
% ocupación	90,3%	96,8%	91,4%

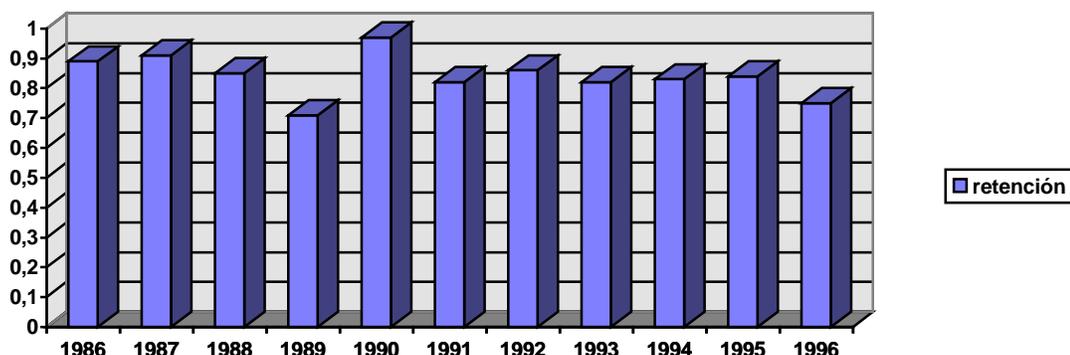


El índice de retención mide la capacidad del programa para retener al paciente en tratamiento, es decir, nos va a explicar los abandonos producidos en relación con los ingresos efectuados. Si es 1, la retención ha sido máxima y se entiende que no ha habido abandonos, si es menor de 1 significa que se han producido abandonos. En nuestro caso, el índice de retención establecido en los objetivos no debía de bajar de 0,7, y como vamos a ver a continuación en la década estudiada esto se ha cumplido.

Años	1986	1987	1988	1989
retención	0,89	0,91	0,85	0,71

Años	1990	1991	1992	1993
retención	0,97	0,82	0,82	0,86

Años	1994	1995	1996
retención	0,83	0,84	0,75

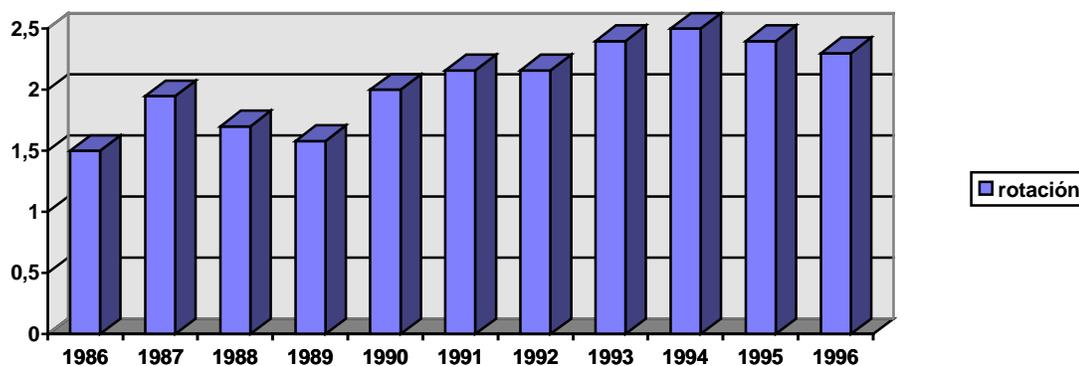


Por último, el índice de rotación va a medir el número de pacientes que pasan por cada plaza-cama en un año. La media en esta década de 1986 a 1996 se sitúa en dos pacientes que han pasado por cada cama en un año, según vamos a ver a continuación.

Años	1986	1987	1988	1989
rotación	1,5	1,95	1,7	1,58

Años	1990	1991	1992	1993
rotación	2	2,16	2,16	2,4

Años	1994	1995	1996
rotación	2,5	2,4	2,3



La consecución de estos índices más cuantitativos demuestran como los objetivos propuestos se van cumpliendo, por lo que desde este punto de vista se podría afirmar que la comunidad terapéutica Manuene ha sido eficaz. Sin embargo, vamos a seguir profundizando en el resto de los instrumentos que se han utilizado.

4.9 Metodología utilizada.

Como el objetivo general se centraba en el análisis de la eficacia de los distintos factores del tratamiento se elaboró el cuestionario teniendo en cuenta dos cosas: primeramente se clasificó el proyecto Manuene en los diferentes programas que lo componen así como en las partes diferenciadas del proyecto global, con el fin de construir una serie de indicadores que permitieran ordenadamente recoger la opinión de familias y pacientes.

Una vez elaborados estos se construyó el cuestionario con preguntas basadas en dichos indicadores.

Para ello resultó útil seguir el guión propuesto por Donabedian (1991), y se dividió los indicadores en aquellos que podrían dar información sobre la estructura, el proceso y los resultados, tratando de valorar, así mismo, la calidad establecida en la propia intervención terapéutica en la que se tiene en cuenta el grado de satisfacción de los usuarios y de los profesionales. Estos indicadores no estadísticos, pero consensuados dentro del proyecto de intervención complementaron otros de tipo más estadístico.

Esta clasificación se contrastó con otros estudios como el realizado por la comunidad terapéutica Haize-Gain en Gipuzkoa en el año 1992. El cuestionario de dicha investigación sirvió de base para la elaboración del presente estudio fue, por tanto, adaptado a los indicadores creados para tal fin, corregido y ampliado.

El resultado fue la elaboración de los siguientes indicadores:

- Al nivel de *estructura*: incluye los recursos del servicio, cantidad de profesionales, nivel de formación, equipamiento, etc...

1. *Equipamiento de la comunidad terapéutica*: con este indicador tratamos de definir la adecuación de las instalaciones para realizar el tratamiento. Pensamos que es necesario tener un buen equipamiento y entorno que facilite un ambiente de trabajo personal y grupal. Dividimos el equipamiento en:

- Entorno natural.
- Cuartos de baño.
- Dormitorios.
- Lavandería.
- Cocina.
- Salas de Estar.
- Biblioteca.
- Otros Equipamientos (calefacción, coche del centro, mobiliario y equipo de oficina, etc...).

2. *Cantidad de profesionales*: el equipo lo componen once profesionales entre ellos un psiquiatra, varios psicólogos, educadores, ATS,...; la ratio por educador es de 4 pacientes.

3. *Nivel de formación de los profesionales*: todos los profesionales tienen formación media o superior y son formaciones específicas; así las titulaciones son de psicología, medicina, educación social. Por otro lado, está la formación específica en toxicomanías. En este indicador se valora la capacitación del equipo de profesionales.

4. *Existencia de un proyecto de centro definido*: este indicador nos va a explicar la coherencia de las intervenciones tanto terapéuticas, como educativas.

- Al nivel de *proceso* que incluye la manera en la que se ofrece un servicio, intervenciones terapéuticas, educativas, procesos de información,...

1. *La exigencia del programa de tratamiento*: se considera la exigencia a dos niveles: para la familia y para el propio paciente. Este indicador nos va a explicar el nivel de exigencia del programa. La exigencia la establecemos, también, como un valor en sí mismo, el esfuerzo por la superación, el

enfrentamiento a las dificultades personales, son otras claves que nos explican la exigencia.

2. *La participación de la familia*: está relacionado con la variable "éxito en el tratamiento". Este indicador nos va a medir la importancia de esta participación.

3. *La entrevista de admisión*: este indicador nos va a explicar la utilidad de la entrevista de admisión. Este primer contacto se construye de manera que el paciente pueda hablar en un ambiente de confianza, sobre su proceso de toxicomanía, sobre los acontecimientos más significativos de su vida y sobre los problemas de índole personal. Así mismo, se trata de definir el trabajo que se va a desarrollar en la comunidad terapéutica.

4. *La propuesta de trabajo*: en la entrevista de admisión se propone al paciente una propuesta de trabajo en la comunidad terapéutica. Esta propuesta contiene dos partes diferenciadas, por un lado, tiempo de tratamiento en la comunidad, por otro, una frase simbólica que servirá para comenzar a reflexionar sobre la problemática personal en la primera etapa de tratamiento en Manuene. Este indicador nos va a medir la adecuación o no, de esta propuesta al paciente.

5. *Tiempo de tratamiento*: tiene que ver con el anterior indicador sobre la propuesta de trabajo, pero que se concreta en el tiempo propuesto de tratamiento. Nos va a explicar si se considera suficiente para la consecución de los objetivos de trabajo personal. Hay que tener en cuenta que el indicador de estancia media se sitúa en siete meses.

6. *Fases de salida durante el tratamiento*: nos va a explicar la adecuación de dichas fases en el tratamiento. En esta investigación las fases de tratamiento han sido:

- La primera se desarrolla íntegramente en la comunidad terapéutica.
- En la segunda fase el paciente comienza a salir los fines de semana acompañado por su familia.
- En la tercera fase el paciente sale los fines de semana solo, hasta finalizar el tratamiento.

7. *Importancia de los "grupos familiares" durante el tratamiento:* estos grupos están diseñados para la participación familiar en el tratamiento y con una periodicidad semanal. Los contenidos que se trabajan en estos grupos tienen que ver con situaciones que se dan entre los pacientes y sus familias cuando éstos comienzan a salir los fines de semana e incluso situaciones emocionales anteriores al comienzo del tratamiento que pudieran estar bloqueadas. Este indicador nos va a explicar la importancia y el grado de interés de la familia hacia dichos "grupos".

8. *Factores del tratamiento que ayudan al cambio personal:* estos factores son todas aquellas actividades que se ofertan en la comunidad terapéutica dentro de un proceso más global de intervención. Se establecen los siguientes indicadores:

8.1 *Terapias de grupo:* conducidas por un psicólogo y un psiquiatra, se centran en la reflexión grupal de las diferentes problemáticas personales. El objetivo primordial es un trabajo en profundidad del paciente sobre su propia persona, analizando sus mecanismos de enfrentamiento con la realidad.

8.2 *Actividades de tiempo libre:* todas aquellas actividades que se realizan fuera del horario de trabajo. Su importancia reside en la posibilidad de relacionarse con el "otro", en un ambiente más flexible, aprender a organizar el tiempo libre de otra forma, etc...

8.3 *Horario normalizado:* se trata de habituar a un horario normalizado y en la comunidad terapéutica se posibilita un horario que tiene que ver con la realidad cotidiana diaria.

8.4 *Normas:* son importantes a la hora de establecer un marco de convivencia grupal.

8.5 *Responsabilidades de trabajo:* la educación en la "responsabilidad" constituye uno de los objetivos fundamentales de la comunidad terapéutica. Por tanto, la responsabilidad en cada área de trabajo se construye de manera que el paciente se implique en dicha tarea y pueda desarrollarla convenientemente.

8.6 *Aprendizaje de habilidades sociales:* todas aquellas actividades que van a hacer contrastar las dificultades personales con la realidad, van a ayudar

a establecer unos instrumentos personales de contacto y maniobra con la propia realidad.

8.7 *Integración socio-laboral*: de manera específica se crea este programa para ayudar a las personas que han finalizado el tratamiento a conseguir una serie de recursos personales para conseguir un trabajo.

8.8 *Higiene, salud y deporte*: importancia especial se dan a las actividades de la comunidad terapéutica que tienen que ver con los hábitos de higiene, salud y deporte. En este sentido, se establece diariamente un espacio de "gimnasia de mantenimiento", así como, actividades de índole deportiva.

8.9 *Programa de Graduado Escolar*: establecido para todos aquellos pacientes que no poseen el título de Graduado Escolar. Este título se puede obtener en la propia comunidad gracias al convenio establecido con "educación de adultos" que faculta al centro a realizar no sólo las clases diarias, sino, también, los exámenes necesarios para la obtención de dicho título. Este indicador nos va a señalar la cantidad de pacientes matriculados para la obtención del Graduado Escolar y el número de personas que lo ha obtenido.

8.10 *Actividades culturales*: en este indicador entran todas aquellas actividades que tienen que ver con la cultura, ya sean charlas de personas significativas en algún ámbito concreto, como audiciones de teatro, etc..

8.11 *Entrevistas de valoración*: establecidas para aquellos usuarios cuya propuesta de trabajo se haya subdividida en varios tiempos. Se trata de valorar el trabajo realizado y de establecer nuevos objetivos.

8.12 *Asambleas*: constituye uno de los espacios más importantes de la comunidad terapéutica. En ella se contrastan los comportamientos de los usuarios frente al propio grupo.

8.13 *Reuniones de trabajo*: para poder evaluar el trabajo desarrollado por los grupos de trabajo, se establecen semanalmente una reunión para poder contrastar el trabajo personal con el propio grupo de trabajo.

8.14 *Entrevistas individuales de tutoría*: al igual que en las entrevistas de valoración, el objetivo sería valorar el trabajo personal efectuado y la consecución de objetivos. La diferencia estriba en que en la tutoría el

educador establece una guía de entrevista que se realiza mensualmente con todos los pacientes del grupo independientemente de su tiempo de propuesta.

8.15 *Reuniones de valoración cuando el paciente sale solo en la última etapa del tratamiento* (programa de prevención de recaídas): una vez que se comienza con la última fase, se ve necesario reforzar a los usuarios frente al riesgo de una recaída. Para ello se posibilita una reunión semanal donde se valoran las diversas situaciones que se han encontrado en las salidas de fin de semana.

8.16 *Campamento volante de verano*: actividad de tiempo libre, pero que por la intensidad de la convivencia que se establece, merece ser un indicador propiamente dicho.

8.17 *La fiesta de despedida*: constituye la última actividad del tratamiento en la comunidad terapéutica. Se construye de manera creativa mediante "expresiones dramáticas", en la fiesta de despedida se expresan las cuestiones personales significativas de la persona a la que se despide, así como los cambios percibidos en el mismo.

- Al nivel de *resultado*: incluye las formas en las que tanto profesionales como pacientes, pueden evaluar si los servicios han sido efectivos.

1. *Tipo de cambio personal que se ha producido en el paciente*: ante todo, este indicador nos va a explicar si se ha producido algún cambio motivado por el tratamiento y si se ha producido indicar cuál ha sido.

2. *Tipo de cambio que se ha producido en el sistema familiar*: al igual que el anterior indicador, éste nos va a explicar si se ha producido algún cambio motivado por el tratamiento con relación a la familia.

3. *Situaciones que han mejorado en el paciente*: se establecen cinco tipos de indicadores:

3.1 Situación respecto al consumo de drogas.

3.2 Situación de mayor probabilidad de encontrar trabajo.

3.3 Situación judicial.

3.4 Situación físico-orgánica.

3.5 Situación escolar-profesional-universitaria.

4. *Relación con el equipo y calidad de atención:* este indicador nos va a señalar la opinión de familiares y paciente en relación al trato, capacitación del equipo, comunicación con éste y calidad de atención recibida. establecida con el equipo de atención.

5. *Áreas que hubieran necesitado seguimiento al finalizar el tratamiento:* se establecen cinco indicadores:

5.1 Salud.

5.2 Relación con otras personas.

5.3 Seguimiento socio-laboral.

5.4 Seguimiento psico-terapéutico.

5.5 Educación o formación.

6. *Necesidades en el momento de finalización del tratamiento:* este indicador nos va a explicar las necesidades que tenía la familia en el momento de finalizar el tratamiento y que no obtuvieron respuesta. Se establecen nueve indicadores en este aspecto:

6.1 Necesidad de recuperar la confianza en el familiar.

6.2 Necesidad de intercambiar impresiones con otras familias fuera de la comunidad terapéutica.

6.3 Mayor apoyo para la reinserción socio-laboral.

6.4 Tener citas con el psicólogo más inmediatas a la finalización del tratamiento y más periódicas.

6.5 Haber seguido con los "grupos familiares" alguna vez más.

6.6 Preparación a las familias para saber cómo actuar, una vez finalizado el tratamiento.

6.7 Más tiempo en el centro.

6.8 Ninguna necesidad.

6.9 Otras necesidades.

7. *Situación motivacional del equipo:* tal y como se ha explicado en páginas anteriores se trata de recoger y evaluar las distintas relaciones que establece cada miembro del equipo con su trabajo.

La presente investigación trata de proponer una valoración de estos indicadores.

Para ello, se elaboraron dos tipos de cuestionarios. El primero de ellos dirigido a las familias de las personas que han pasado por la comunidad terapéutica Manuene. El segundo a los pacientes que han pasado por Manuene.

Con el fin de facilitar al máximo la cumplimentación de los cuestionarios, se optó por formular las preguntas de tal forma que cerrasen las respuestas, contemplándose entre éstas un apartado abierto en el que consignar otras respuestas diferentes. Así en el cuestionario de familias, bajo el título “así creemos que nos ayudó Manuene”, se establecieron 21 preguntas de las cuales tres eran abiertas, referidas a las necesidades que tiene la familia en la actualidad, actividades en que se estaría dispuesto a colaborar y sugerencias para mejorar el programa de tratamiento. El resto de las preguntas eran cerradas.

El cuestionario de pacientes se dividió en dos apartados. El primero titulado “así me ayudó Manuene” recoge en 24 preguntas la valoración de los distintos programas desarrollados en el tratamiento, con una pregunta final de tipo abierta y que muestra las posibles sugerencias para mejorar el programa de tratamiento. El segundo apartado titulado “así es mi situación actual” revisa en 17 preguntas el perfil actual del paciente y su satisfacción del mismo.

Se enviaron los dos cuestionarios teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- El intervalo de tiempo: se envió a todos los pacientes que pasaron por la comunidad terapéutica Manuene entre Julio de 1983 y diciembre de 1996, ambos inclusive.
- No se enviaron cuestionarios a las familias de los pacientes de los cuales había constancia de su fallecimiento.

VALIDEZ.

La validez del cuestionario se refiere a lo que este mide y a cómo lo mide. Para Anastasi (1980), su validez “debe determinarse respecto al uso particular para el que se considera” (p. 103).

En este sentido, una vez elaborado el cuestionario basándose en los indicadores antes descritos, y con el fin de validarlo, se envió a una muestra elegida al azar de 20 pacientes y 20 familias, con los cuales se contactó directamente y tras explicarles la investigación que se estaba llevando a cabo, se les pidió que respondieran al mismo, indicando aquellas cuestiones que no se entendían o quedaban poco claras, tanto al nivel de contenidos como de respuestas.

Se consideró en principio que los ítems del instrumento tenían validez de contenido: su formulación se ajustó a los objetivos de la investigación (las respuestas de las familias y los pacientes demostraron que el cuestionario mide lo previsto en los objetivos que se pretenden evaluar) y la muestra era representativa de la forma de conducta que había de medirse.

Una vez valoradas las respuestas de esta muestra se re-elaboró el cuestionario y se envió por separado a pacientes y familias. Una carta de presentación y explicación del proyecto acompañó a los cuestionarios que fueron remitidos por correo postal con mención expresa del anonimato, la confidencialidad de la información a aportar, así como la limitación temporal para la recepción de respuestas.

En cuanto a la consistencia del cuestionario, aunque no se elaboró ninguna correlación para la obtención de la fiabilidad, se valoró como buena la explicación de Anastasi (1980). Este describe el método de Kuder-Richardson y dice que: “para hallar la fiabilidad de un test con una sola aplicación de una sola forma, es necesario basarse en la consistencia de las respuestas de los sujetos a todos los elementos y que esta consistencia se halla influida por el muestreo de contenido y por la heterogeneidad de la muestra. Cuanto más homogénea sea la muestra, más alta será la consistencia entre los elementos” (p. 87).

En este sentido se apreció que la muestra era homogénea (esta homogeneidad se basa en que respondieron el cuestionario las familias y pacientes que realizaron el tratamiento en la comunidad terapéutica Manuene), por lo que ambos cuestionarios se dieron como fiables.

MUESTRA.

El número de pacientes total en el intervalo de tiempo antes señalado fue de trescientos cuarenta y cinco (345), de los cuales se tenía confirmación de cincuenta y un (51) fallecimientos. Se envió el cuestionario, por tanto, a doscientas noventa y cuatro (294) pacientes y familias. Respondieron al cuestionario de familias un total de 127 (43%), y al cuestionario de pacientes 123 (42%), valorándose como una buena respuesta.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el paquete informático SPSS 05.00.01 para Windows, con el que se obtuvieron frecuencias y porcentajes. Este análisis se contrastó con las preguntas abiertas realizadas en el cuestionario, que tenían que ver con las necesidades al finalizar el tratamiento y las sugerencias para la mejora del mismo.

Posteriormente, se realizó una valoración cualitativa basada en entrevistas personales. La razón que indujo a realizar este análisis se debió a que los datos obtenidos podrían describir la vivencia real del paciente y su familia sobre el tratamiento realizado en Manuene. Se contactó con diez familias y pacientes al azar con el fin de mantener una entrevista directa y descriptiva de su experiencia en torno al tratamiento efectuado y teniendo como guión los propios indicadores antes mencionados. Para realizar estas diez entrevistas se tuvieron que realizar veinte contactos telefónicos, ya que hubo familias que declinaron responder en directo sobre lo vivido en la época del tratamiento.

La descripción de estas entrevistas se valoró y contrastó con los anteriores análisis dando lugar a las conclusiones que presentamos en los últimos capítulos de esta investigación.

Posteriormente, se convocaron a familias y pacientes a cuatro reuniones consecutivas, independientemente de sí habían contestado o no al cuestionario. A estas reuniones acudieron un total de 66 familias, distribuyendo las reuniones con el criterio de la fecha de comienzo del tratamiento. Así, en la primera reunión se convocó a familias y pacientes que comenzaron del año 83 al 87, en la segunda los que comenzaron del año 88 al 90, en la tercera los que comenzaron del año 91 al 93 y en la cuarta los que comenzaron del año 94 al 96.

En estas reuniones se volvió a explicar el motivo del estudio y se comentaron los resultados. A partir de aquí se debatió sobre las mejoras a introducir en el tratamiento. La mayor parte de las familias mostró su deseo de colaborar en proyectos específicos. Surgieron algunas propuestas que se indicarán en el capítulo de conclusiones.

En el siguiente capítulo vamos, pues, a describir los datos demográficos de la muestra, así como otros datos resultantes de los cuestionarios y vamos a introducir las primeras valoraciones.

CAPITULO 5: ESTUDIO CUANTITATIVO: EL PUNTO DE VISTA DE LOS PACIENTES Y SUS FAMILIAS.

5.1 Las familias de los pacientes.

A. Preguntas cerradas del cuestionario.

Una de las cuestiones más importantes y significativas de este cuestionario viene representada por los indicadores que hacen referencia al “tipo de cambio” que la familia piensa que se ha producido en el paciente que ha estado en tratamiento en Manuene y qué factor o programa ha contribuido a estos cambios. Las respuestas han sido las siguientes (Tabla 1):

Tipo de cambio	Porcentaje de casos
Categorías	
convivir mejor con los demás.....	41,1
mejor relación con la familia.....	64,3
aceptar mejor las normas.....	26,4
ser más responsable.....	50,4
más exigencia hacia él.....	17,1
más exigencia hacia los otros.....	8,5
ser más autónomo.....	15,5
ocupar mejor el t.l.....	19,4
más confianza en sí.....	34,1
más a gusto consigo.....	26,4
cuidarse más.....	31,0
nuevos hábitos de vida.....	34,9
buscar nuevos amigos.....	22,5
otros.....	6,2
ningún cambio.....	9,3

Tabla 1

Se percibe como el mayor cambio realizado una “mejora de la relación con la familia” (64 %), seguido por un “aumento de la responsabilidad personal” (50%) y de una “mejora de la convivencia con los demás” (41%).

Por otro lado, se percibe como “poco” conseguido todo lo que tiene que ver con la “exigencia” tanto hacia el paciente (17%), como a los demás (8,5%), “ser más autónomo” (15,5%) y “la ocupación del tiempo libre” (19%).

Así mismo, en cuanto a los factores o programas de intervención que han podido influir globalmente en estos cambios, podemos apreciar en la Tabla 2 los siguientes resultados:

Tipo de programa	
Categorías	Porcentaje de casos
Terapias de grupo.....	84,3
Actividades de tiempo libre.....	22,8
Horario normalizado.....	48,8
Normas.....	55,9
Responsabilidades de trabajo.....	63,0
Aprendizaje de habilidades sociales.....	9,4
Integración socio-laboral.....	18,9
Higiene, salud y deporte.....	18,1
Programa de Graduado Escolar.....	8,7
Actividades culturales.....	11,8
Tutorías-entrevistas individuales.....	30,7
Campamento Volante de verano.....	3,1
Programa Prevención de recaídas.....	14,2
Fiesta de despedida.....	28,3
Otros.....	3,9

Tabla 2

Se puede afirmar que el factor que más ha ayudado en los posibles cambios personales es el de “terapias de grupo” (84%), seguido de “responsabilidades de trabajo” (63%), “normas” (56%) y “horario normalizado” (49%).

Realizando un análisis descriptivo de los datos, podríamos hacer las siguientes consideraciones:

1. En las variables que tienen que ver con la opinión sobre el “cambio familiar”, en donde se analizaba la mejora de: la comunicación familiar, la organización de la familia, el reparto de responsabilidades y la confianza familiar, se observa que un 60% piensa que se ha producido un cambio en la “comunicación familiar”, es decir, ha mejorado dicha comunicación; un 24% piensa que ha habido cambio en la “organización familiar”; un 26% en el

“reparto de responsabilidades” y un 54% en la “confianza familiar”. (Ver Tabla 3).

Sólo el 21% opina que no se ha producido “ningún cambio en la familia”.

CAMBIOS EN LA FAMILIA	
En la comunicación familiar	60%
En la organización familiar	24%
En el reparto de responsabilidades	26%
En la confianza familiar	54%
Ningún cambio	21%

Tabla 3

2. En cuanto a la relación de la familia con el equipo, se estudiaban tres variables:

- El trato recibido, esto es toda relación con las familias referente a la acogida en el centro y a la forma establecida en dicha relación.
- La capacitación profesional.
- La comunicación con el equipo, esto es, todo lo referente a la explicación del tratamiento, información de la situación de los pacientes y todo lo que tiene que ver con la intervención en la familia.

Las familias en general tienen una opinión bastante óptima de esta relación. Así, y tal como se explica en la tabla 4, el 66% de las familias opina que el trato recibido por el equipo ha sido muy bueno y el 28% bueno, sólo el 5% piensa que ha sido regular.

Sobre la capacitación profesional el 65% considera que dicha capacitación es muy buena y el 35% buena.

Por último, el 29% opina que la comunicación establecida con el equipo ha sido muy buena y un 54% buena, frente al 12% que piensa que ha sido regular y el 3% que ha sido mala.

3. En cuanto a la variable “exigencia para la familia”, el 63% de las familias opina que el tratamiento ha supuesto bastante exigencia, es decir, todo el esfuerzo encaminado al seguimiento del paciente, acompañamiento, cumplimiento de las normas durante los fines de semana y en las salidas, asistencia a reuniones, grupos familiares y terapias.

4. El 83% de las familias opina que el tratamiento para el paciente ha sido entre muy y bastante exigente, frente al 16% que piensa que ha sido poco o nada exigente.

5. En la variable “salidas los fines de semana”, el 61% considera que dichas salidas han sido las adecuadas. Estas salidas estaban configuradas en las siguientes fases:

- La primera fase los pacientes no realizan ninguna salida a su casa. Esta fase dura aproximadamente tres meses.
- La segunda fase los pacientes comienzan a salir acompañados durante los fines de semana. Esta fase tiene una duración de tres meses.
- La tercera fase los pacientes empiezan a salir solos y con planes concretos para los fines de semana. También tiene una duración aproximada de otros tres meses.

6. En cuanto a la variable “grupos familiares”, se ha tratado de recoger tanto la importancia y el interés de las familias por los mismos, así como su frecuencia y periodicidad.

Así, el 86% opina que estos grupos son muy importantes para el tratamiento del paciente, frente al 11% que piensa que han sido poco o nada importantes.

Consecuentemente a esta importancia, el 88,5% de las familias muestra mucho o bastante interés hacia los mismos, frente al 10% que los considera poco o nada interesantes.

Sin embargo, el 66% los considera frecuentes y el 27,5% poco frecuentes. Preguntados sobre cada cuánto tiempo se podrían realizar la mayor parte de las familias (el 76%), no contesta.

7. La opinión que las familias tienen sobre las instalaciones es muy satisfactoria. Así, el 99% considera como muy adecuado el entorno natural. El 91% piensa que los dormitorios son muy o bastante adecuados, el 88,5% opina lo mismo referente a la lavandería, el 89% considera también que los

cuartos de baño son bastante adecuados, el 90% piensa lo mismo de la cocina, el 89% lo mismo de las salas de estar y, por último, el 80% de la muestra cree que la biblioteca era bastante adecuada para su uso durante el tratamiento.

8. En relación a la mejora experimentada por el paciente, se estudian las siguientes variables:

- Desaparición o descenso en el consumo de drogas.
- Mayor probabilidad de encontrar trabajo.
- Mejora de la situación judicial.
- Mejora de la situación físico-orgánica.
- Mejora de la situación escolar.

Como se indica en la Tabla 4, el 71% de las familias tiene la percepción de una mejora en el descenso del consumo de drogas; un 48% piensa que el tratamiento ha mejorado la posibilidad de encontrar trabajo, un 29% opina que ha mejorado la situación judicial a raíz de la realización del tratamiento; un 61% que ha mejorado la situación física-orgánica y un 25% piensa que ha habido una mejora en la situación escolar o de formación en general.

CAMBIOS EN EL PACIENTE	
Mejora en el descenso del consumo de drogas	71%
Mayor probabilidad de encontrar trabajo	48%
Mejora de la situación judicial	29%
Mejora en la situación físico-orgánica	61%
Mejora en la situación escolar	25%

Tabla 4

9. En cuanto a la necesidad de seguimiento una vez finalizado el tratamiento, se puede resaltar que el 59% opina que es importante un seguimiento psicoterapéutico. Este seguimiento supone terapias individuales de forma periódica en el centro ambulatorio.

El 22% piensa que es necesario un seguimiento de tipo orgánico o de salud. Dado que ésta es una de las áreas donde las familias muestran una mayor preocupación, resulta curioso que este porcentaje no sea más elevado, parece que la satisfacción por la mejora conseguida durante el tratamiento, un 61%

como indicábamos anteriormente, es suficiente y no es necesario un seguimiento específico en este ámbito.

Un 37% opina que sería necesario un seguimiento de tipo socio-laboral que incluyera una mayor atención a la búsqueda de un trabajo, el entrenamiento de habilidades sociales y la participación en cursos y programas de formación laboral.

Por último, tan sólo un 18% piensa que sería importante un seguimiento de tipo escolar.

10. En cuanto a la variable “necesidades al finalizar el seguimiento”, podemos recoger las siguientes opiniones: el 47% señala que la necesidad más importante al finalizar el tratamiento fue “recuperar la confianza en el familiar”.

Este mismo porcentaje, el 47%, lo señalan aquellas familias que indican la necesidad de “preparación”, es decir, el saberse preparados para poder intervenir con el familiar en distintas circunstancias aparece como una necesidad en la finalización del tratamiento.

El 32% señala como necesidad la posibilidad de “más grupos familiares”, aunque se haya finalizado el tratamiento; el 31%, la necesidad de un mayor apoyo a la “reinserción socio-laboral” y el 30% propone más “citas con el psicólogo”.

No parece necesaria la posibilidad de permanecer “más tiempo en el centro” (20%) y el “intercambio con otras familias” (14,5%).

11. Por último, en la variable “tiempo de tratamiento”, la mayor parte de las familias piensa que fue el adecuado (65%), frente a un 22% que opina que fue corto o muy corto.

Otros datos significativos del cuestionario de familias.

Cruzando determinadas variables del cuestionario, podemos entresacar lo siguiente:

1. Nos interesa saber qué factores o programas del tratamiento han influido más en la percepción de cambio.

Como anteriormente señalábamos, los tres cambios más significativos han sido: mantener una mejor relación con la familia, ser más responsable y convivir mejor con los demás.

Tal como se señala en la Tabla 5, la “mejora en la relación familiar”, parece que se ha debido principalmente a los siguientes programas:

- A las “terapias de grupo” en un 85,5%.
- Al programa “responsabilidades de trabajo” en un 67,5%
- A las “normas” en un 57%.
- Al “horario normalizado” en un 48%.

En cuanto a “ser más responsable”:

- El 88% piensa que es debido al factor o programa “terapias de grupo”.
- El 74% a las “responsabilidades de trabajo”.
- El 55% a las “normas”.
- El 48% al “horario normalizado”.

Por último, “convivir mejor con los demás” parece deberse a los siguientes programas:

- Al 87% que piensa que es debido a las “terapias de grupo”.
- Al 64% a las “responsabilidades de trabajo”.
- Al 62% a las “normas”.
- Al 51% al “horario normalizado”.

PROGRAMAS QUE MÁS HAN INFLUIDO EN EL CAMBIO DEL PACIENTE			
	Mejora relación familiar	Ser más responsable	Convivir mejor con los demás
Terapias de grupo	85,5%	88%	87%
Responsabilidades de trabajo	67,5%	74%	64%

Normas	57%	55%	62%
Horario normalizado	48%	48%	51%

Tabla 5

2. En general, resulta significativo que el 56% de la muestra piense que el factor o programa “terapias de grupo” ha sido influyente para el cambio “mejor relación con la familia”.

3. Otro dato que resulta significativo es que, en general, el factor o programa “terapias de grupo”, tiene los porcentajes más altos en comparación con el resto de factores.

Así, por ejemplo, el 85% piensa que las terapias de grupo han ayudado a “aceptar mejor las normas” y el 95,5% percibe que las terapias de grupo han influido en tener “más confianza en sí mismo” y el 93% creen que este factor ha influido en los “nuevos hábitos de vida”.

4. Nos interesa saber cómo han influido los diferentes programas del tratamiento en la percepción de la mejora del paciente.

En este sentido, podemos señalar que en general la mayor parte de los factores o programas ha ayudado en el descenso del “consumo de drogas”. Los principales, según la opinión de las familias, han sido: las “terapias de grupo”(71%), las “actividades de tiempo libre” (70%), el “horario normalizado” (81%) y las “normas” (50%).

También la mayor parte de los factores ha contribuido a la “mayor probabilidad de encontrar trabajo”.

En este sentido, los más importantes han sido:

- Las “terapias de grupo” (57%).
- Las “responsabilidades de trabajo” (47%).
- Las “normas” (41%).
- El “horario normalizado” (31%).

En cuanto a la mejora de la “situación judicial”, los resultados apuntan a que también la mayor parte de los programas del tratamiento de Manuene, ha ayudado a la misma. Los que más han contribuido han sido:

- Las “terapias de grupo” (54%).
- Las “normas” (38%).
- Las “responsabilidades de trabajo” (36,5%).
- El “horario normalizado” (33%).

La situación física-orgánica también mejora con la mayor parte de los factores o programas, los que más han influido han sido:

- Las “terapias de grupo” (73%).
- Las “responsabilidades de trabajo” (58%).
- El “horario normalizado” (47%).
- Las “normas” (46%). (Ver Tabla 6).

PROGRAMAS QUE MÁS HAN INFLUIDO EN LAS MEJORAS PERSONALES

	Terapias de grupo	Responsabilidades de trabajo	Horario normalizado	Normas	Actividades de tiempo libre
Menor consumo de drogas	71%	-----	81%	50%	70%
Mayor probabilidad de encontrar trabajo	57%	47%	31%	41%	-----
Mejora de la situación judicial	54%	36,5%	33%	38%	-----
Mejora de la situación físico-orgánica	73%	58%	47%	46%	-----

Tabla 6

5. Con respecto a la situación escolar/formación, las familias no plantean datos significativos que indiquen que los pacientes adquieran una formación por el hecho de hacer el tratamiento.

Se podría afirmar que las familias están más preocupadas porque el paciente deje de consumir drogas que por una mejora en la situación escolar. Esta afirmación viene apoyada en que un 44% de las mismas no ha respondido a este ítem.

Por otro lado, las familias diferencian entre la situación escolar y la formación. La primera está claramente identificada en el programa específico para sacar el título de Graduado Escolar y dirigido a todos aquellos pacientes que al ingreso en la comunidad terapéutica carecen del mismo. Es un programa de carácter obligatorio.

En este sentido, otra razón por la que los datos no son especialmente significativos en esta variable se debe a que en los cuestionarios recogidos a los pacientes, cincuenta y dos afirman que ya lo tenían al ingreso en la comunidad, es decir, el 42%.

Sin embargo, para las familias, el aspecto formativo que es identificado al hecho de conseguir unos conocimientos pre-laborales que faciliten, posteriormente, la inserción socio-laboral es muy importante. Así veremos más adelante como la mayor parte de las mismas opinan, en las preguntas abiertas, que el tratamiento debiera facilitar dicha formación laboral.

6. Las familias opinan, también, que el esfuerzo empleado en el tratamiento y traducido en la exigencia producida por el acompañamiento permanente al familiar, la asistencia a los grupos familiares, los continuos desplazamientos hasta la comunidad terapéutica, etc., ha ayudado en el descenso del consumo de drogas, el 46% piensa que ha habido relación entre este descenso y la exigencia del tratamiento respecto a las familias.

En capítulos anteriores se ha descrito a la comunidad terapéutica Manuene como un tratamiento de “alta exigencia” y así se transmite a la familia y al paciente al ingreso en la comunidad. Se entiende esta exigencia en contraposición de los hábitos cotidianos en el entorno de la drogodependencia, donde la falta de normas, organización de la vida cotidiana o el conseguir lo que se desea de forma inmediata (baja tolerancia a la frustración), ha alejado al paciente de ser responsable hacia sí mismo y hacia los demás, produciéndose un abandono personal donde aparentemente nada importa. En

este sentido, el 51% de las familias consideran el tratamiento en Manuene “bastante exigente”, tanto para ellas mismas, como para el paciente.

Por otro lado, las familias consideran que esta exigencia ha servido, sobre todo, para mejorar la situación físico-orgánica del paciente, además de disminuir el consumo de drogas.

7. La mayor parte de las familias considera que el tiempo de tratamiento es el adecuado (65%), de estos el 50% piensa que ha habido una mejora en el menor “consumo de drogas”.

8. En general hay una muy buena impresión del trabajo del equipo de intervención. En este sentido, las familias opinan que la capacitación profesional y la buena comunicación pueden influir en la mayor probabilidad de encontrar trabajo. Parece que las familias valoran como cierta garantía para encontrar trabajo, el que el paciente tenga una buena comunicación con el equipo y, además, que éste presente unas buenas características profesionales.

Así mismo, la buena comunicación con el equipo podría tener relación con una mejora de la situación judicial. (Tabla 7).

NIVEL DE SIGNIFICACIÓN CHI-CUADRADO

	Mayor probabilidad de encontrar trabajo	Mejora de la situación judicial
Capacitación profesional del equipo de intervención	0,09053	-----
Comunicación con el equipo de intervención	0,02928	0,03431

Tabla 7

9. El 64% de las familias opina que el tratamiento efectuado en Manuene, ha mejorado la relación con el paciente y lo señala como uno de los cambios más notables dentro de la dinámica familiar, es decir que sí se ha producido un cambio en la mejora de la comunicación entre paciente y familia y ha aumentado la confianza en éste.

A estos cambios ha contribuido principalmente la mejor aceptación de las normas por parte del paciente y el hecho de ser más responsable, con lo cuál la familia se muestra más confiada hacia el paciente y mejora la comunicación.

10. También es importante señalar cómo los cambios producidos han mejorado en mayor o menor medida una serie de variables como: la mejora en el descenso del consumo de drogas, la mayor probabilidad de encontrar trabajo, la situación judicial y la situación físico-orgánica.

Así las familias señalan que “convivir mejor con los demás”(85%), “cuidarse más” (97%), “tener más confianza en sí mismo” (95%), “tener mejor relación con la familia” (87%) o “estar más a gusto consigo mismo”(93%), ayuda a que el paciente disminuya el consumo de drogas. (Ver Tabla 8).

CAMBIOS PERSONALES QUE AYUDAN A MEJORAR

	Mejora en el menor consumo de drogas	Mayor probabilidad de encontrar trabajo	Mejora de la situación judicial	Mejora de la situación físico-orgánica
Convivir mejor con los demás	85%	-----	-----	-----
Mejor relación con la familia	87%	-----	-----	-----
Cuidarse más	97%	-----	-----	91%
Tener más confianza en sí mismo	95%	83%	-----	94%
Estar más a gusto consigo mismo	93%	-----	80%	-----
Ser más responsable	-----	72%	-----	-----
Más exigencia hacia sí mismo	-----	-----	80%	-----
Buscar nuevos amigos	-----	-----	-----	95,5%
Nuevos hábitos de vida	-----	-----	-----	92%
Más exigencia hacia los demás	-----	-----	-----	91%

Tabla 8

Parece que mejora la “mayor probabilidad de encontrar trabajo”, el tener “más confianza en sí mismo” (83%) y “ser más responsable” (72%).

Mejora la percepción de la “situación judicial”, tener “más exigencia hacia sí mismo” (80%) y estar “más a gusto consigo mismo” (80%).

Por último, mejora la “situación física-orgánica”:

- “Buscar nuevos amigos” (95,5%).
- “Más confianza en sí mismo” (94%).
- “Nuevos hábitos de vida” (92%).
- “Más exigencia hacia los demás” (91%).
- “Cuidarse más” (91%), según se refleja en la Tabla 8.

11. Por otro lado, las familias son de la opinión que los “grupos familiares” que se realizaron durante el tratamiento en Manuene y donde se valoraban las incidencias de la convivencia de la familia con el paciente, durante los fines de semana, y se abordaban diferentes aspectos de la vida familiar fueron muy importantes (55%) para la mejora en el descenso del consumo de drogas, tener una mayor probabilidad de encontrar trabajo y la mejora de la situación físico-orgánica. (Ver Tabla 9).

NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE LA CHI-CUADRADO

	Mejora en el descenso del consumo de drogas	Mayor probabilidad de encontrar trabajo	Mejora de la situación física-orgánica
Importancia de los grupos familiares	0,01576	0,01605	0,04983

Tabla 9

La percepción de las familias es que a través del diálogo que se desarrollaba en estos grupos se mejoraba la comunicación familiar y, consecuentemente, se podía mejorar en los otros aspectos mencionados.

También los grupos familiares han sido muy importantes a la hora de recuperar la confianza en el paciente. Así mismo, parece que esta importancia que se da a los grupos familiares viene influida por la opinión de que se ha producido un cambio en la organización familiar del individuo, como se observa en la Tabla 10.

NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE LA CHI-CUADRADO

	Mejora de la comunicación familiar	Mejora de la organización familiar	Mejora de la confianza en el familiar
Importancia de los grupos familiares	0,09222	0,07339	0,00670

Tabla 10

12. También parece que el cambio que se ha producido en la mejora en la comunicación familiar se relaciona con la mejora en el descenso en el consumo de drogas, la mayor probabilidad de encontrar trabajo y la mejora de la situación física-orgánica. Así mismo, se puede apreciar una relación directa entre la mejora de la confianza familiar y la mejora en el descenso del consumo de drogas y la mayor probabilidad de encontrar trabajo. (Ver Tabla 11).

NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE LA CHI-CUADRADO

	Mejora en el descenso del consumo de drogas	Mayor probabilidad de encontrar trabajo	Mejora de la situación física-orgánica
Mejora de la comunicación familiar	0,00047	0,00528	0,03896
Mejora en la confianza en el familiar	0,00021	0,03956	-----

Tabla 11

13. Al finalizar el tratamiento, las familias consideran como una necesidad el estar preparadas para hacer frente a cuestiones concretas. Esta necesidad parece tener que ver con un seguimiento socio-laboral y un seguimiento psico-terapéutico. (Ver Tabla 12).

NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE LA CHI-CUADRADO

	Seguimiento socio-laboral	Seguimiento psico-terapéutico
Necesidad de que la familia esté mejor preparada	0,03565	0,00235

Tabla 12

14. En general, las familias opinan que permanecer más tiempo en el centro mejoraría todos los aspectos estudiados: mejora en el descenso del consumo de drogas, mayor probabilidad de encontrar trabajo, mejora de la situación judicial, mejora de la situación físico-orgánica y mejora de la situación educativa o de formación. (Ver Tabla 13).

NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE LA CHI-CUADRADO

	Mejora en el menor consumo de drogas	Mayor probabilidad de encontrar trabajo	Mejora de la situación judicial	Mejora de la situación físico-orgánica	Mejora de la situación escolar o de formación
Más tiempo en la Comunidad Terapéutica	0,00285	0,00459	0,00747	0,07258	0,00028

Tabla 13

B. Preguntas abiertas del cuestionario de familias.

Se preguntó a las familias sobre tres cuestiones:

- Necesidades que tiene la familia en la actualidad.
- Actividades en que se estaría dispuesto a colaborar.
- Sugerencias para mejorar el programa de tratamiento en la comunidad terapéutica Manuene.

Dada la enorme cantidad de respuestas, para su presentación se organizaron las mismas por apartados, quedando distribuidas de la siguiente manera:

1. ¿Qué necesidades considera que tiene la familia en la actualidad?

A. Necesidades referidas a la comunicación de la familia y a la recuperación de la confianza en el familiar:

- Necesidad de comunicación con el hijo (3 veces).
- Más diálogo (3 veces).
- Aprender a dialogar más tranquilamente.
- Recuperar la confianza en el familiar (3 veces).
- Establecer de nuevo un cauce de comunicación fluido y de confianza.
- Falta de comunicación.
- Confiar plenamente en él, sin temor a recaídas.

- Arreglar diferencias entre padre y madre.
- Falta de comunicación entre la familia.
- Que aprenda a enfrentarse a la vida sin egoísmo y a valorar a la familia en sí misma, aceptando su futuro incierto.
- Responsabilidad (2 veces).
- Falta de decisiones.
- Menos egoísmos personales.

B. Necesidades referidas a la salud:

- Mejora de la salud.
- Un poco de tranquilidad, familiar con salud precaria.
- Ayudar a conocer y convivir con todas las consecuencias de esta enfermedad.
- Más información respecto a su salud. Evolución de la seropositividad y una información específica de los análisis periódicos, que según la respuesta formal están "muy bien", pero, que no nos tranquilizan, porque no explica el grado de normalidad y de riesgo que suponen en sí mismos.
- Apoyo sobre el tema del Sida (2 veces).

C. Necesidades referidas a la integración socio-laboral:

- Mejora económica.
- Integración social del paciente (8 veces).
- Falta de trabajo.
- Algún cursillo para que esté ocupado.
- Estabilidad económica-relación social.
- Falta de expectativa laboral.

D. Necesidades referidas al proceso de tratamiento del paciente:

- Reafirmación de la decisión de dejar definitivamente las drogas.
- Paciencia para esperar que siga madurando y pueda llegar a independizarse de sus padres.
- Cambiar impresiones con el equipo.
- La recuperación, está en una fase de inestabilidad.
- Descartar el riesgo de recaídas.
- Necesidad del abandono total del mundo de la droga.
- Saber actuar una vez finalizado el tratamiento.
- Citas periódicas con el psicólogo.
- Más tiempo en el centro.
- Preparación a las familias.
- Hacer comprender al paciente que no sólo se trata de dejar la heroína.

- Apoyo psicológico ante el miedo a la recaída.
- Orientación en el trato y actuación a seguir.
- Una pronta recuperación del paciente.
- Seguir con los "grupos familiares".
- Información de cómo seguir ayudándole.

E. Necesidades de comunicación con otras familias:

- Comunicación con otras familias.
- Reuniones con las familias conocidas.
- Intercambiar con otras familias las experiencias vividas después del tratamiento.
- Compartir preocupaciones con otros padres.
- Tener contactos con familias que tengan un familiar en el programa de metadona.

F. Necesidades referidas a la actuación de la justicia:

- Que la justicia le deje rehacer su vida, ya que trabaja, tiene un hijo y está casado, pero, no dejan de mandarle citaciones del juzgado. Así no pueden dejar a una persona reinsertarse.

G. Ninguna necesidad:

- Ninguna necesidad (20 veces).

2. ¿En qué actividades estarían dispuestos a colaborar y/o asumir?

A. Actividades referidas al post-tratamiento:

- Contactos cada dos meses para evaluar avances.
- Terapias de familia (2 veces).
- De vez en cuando una visita a Manuene para intercambiar impresiones.
- En todas las que pudieran ayudarle a él a conseguir su recuperación.
- Acudir a alguna terapia de grupo.
- Seguimiento ambulatorio.
- Colaborar en terapias.

B. Actividades diversas y sin especificar:

- En las que el equipo considere necesarias (4 veces).

- En todas las que podría (30 veces).

C. Actividades dependiendo del tiempo laboral:

- Puesto que tengo una tienda, tendría que saber ante cuántos modelos de actividades podría yo escoger para desenvolverme bien desde mi ocupación profesional.
- En alguna que fuera compatible con mi actividad normal.
- En lo que pueda y permita mi trabajo.

D. Actividades referidas a "ayudar":

- En ayudar (2 veces).
- Apoyo a familias que pasan por el mismo problema.
- Convivencias con los enfermos en sus terapias.
- Ayuda en la reinserción social.
- Asistir a alguna terapia para contar nuestra positiva experiencia (2 veces).
- Acompañar al paciente durante el tratamiento, si no tiene seguimiento.

E. Actividades de tipo cultural, debates, encuentros, información...

- Actividades culturales, salidas, encuentros.
- En charlas informativas o debates.
- Participar en algún encuentro que se haga con los familiares de quienes han pasado por la comunidad (3 veces).
- Contacto con otras familias.
- Reuniones con las familias en Bilbao (2 veces).
- Participar en la Comisión para la creación de una Asociación de padres de jóvenes rehabilitados.

F. Ninguna actividad:

- No puedo comprometerme (3 veces).
- En ninguna (5 veces).

G. Otras actividades y consideraciones:

- Como residio fuera podría escribir artículos o hacer informes jurídicos...
- No lo sabemos.
- ¿Cuáles se proponen?

3. ¿Qué otras sugerencias podrían proponer para mejorar el programa de tratamiento en la comunidad terapéutica Manuene?

A. Sugerencias de tipo educativo:

- Educación para la salud.
- Educar en valores humanos.
- Más juegos y deporte, que estimulen el ejercicio físico y la risa, sobre todo esta última.
- Preparación para el trabajo, responsabilidad que tienen en el futuro para la sociedad.

B. Sugerencias de tipo estructural o de diseño de tratamiento:

- Ampliación del número de plazas.
- Tratamiento más largo y de ahí una preparación para un puesto de trabajo.
- Más tiempo en Manuene.
- Obtención del Graduado Escolar, ya que otros centros, como Proyecto Hombre, da trabajo a sus allegados. Que el Gobierno proporcione trabajo gubernamental. Subvencionar la estancia en el centro mediante incentivos mensuales.
- Etapa de formación profesional teórico-práctica en talleres de formación acelerada existentes o creándolos a tal fin. El paciente pierde la sincronización entre teoría y práctica de la actividad profesional.

C. Sugerencias de tipo organizativo:

- Crear una Comisión o Asociación de padres de jóvenes rehabilitados.
- Organizar un día en fin de semana con los familiares, al igual que los pacientes que han finalizado van algún día entre semana.

D. Sugerencias de tipo terapéutico:

- Dinámicas de grupo más a menudo.
- Mantener contactos, reuniones con el equipo y otras familias (3 veces).
- Terapias familiares individuales.
- Más terapias a escala individual con los padres.
- Tratamientos individuales.

E. Sugerencias en el final del tratamiento y en la reinserción:

- Que salgan de Manuene más convencidos de que fumar porros les va a traer consigo que no levanten cabeza.
- Desintoxicación total antes de salir del centro.
- Teléfono "post-comunidad".
- Preparación para asumir el paro (2 veces).
- Más apoyo en el momento de buscar una ocupación.
- Más contacto con los pacientes después del tratamiento. Por lo menos durante un año reuniones periódicas, por ejemplo, cada tres meses, seguir con la obligación de reunirse.
- Reinserción en la calle.
- La soledad en la que se encuentran cuando salen a la calle.
- Seguimiento posterior al programa.
- Lo difícil es desde el momento en que finaliza el tratamiento, naces en Manuene y necesitas ayuda laboral o de ocupación social.
- Seguimiento médico más cercano, una vez finalizado el programa.
- Seguimiento para su integración a la vida socio-laboral.
- Cuando empiezan a salir preparar algunos cursillos para que cuando salgan, tengan alguna ocupación.
- Que la integración a la vida de la calle sea más gradual (3 veces).
- Seguimiento posterior tanto en casa, como en el trabajo.
- Seguimiento posterior al tratamiento, cursos de reciclaje, subvenciones en temas sanitarios a personas sin recursos.

F. Sugerencias de tipo normativo:

- Más severos.
- Más control del enfermo desde el centro y seguimiento post-tratamiento.
- Relación más cordial con los chicos/as.
- Que el programa Manuene sea más exigente tanto para el paciente, como para la familia (2 veces).

G. Sugerencias cara a las familias:

- Mantener contactos, reuniones con el equipo y otras familias (3 veces).
- Más contacto con la familia (2 veces).
- Mayor contacto con la familia a la salida.
- Que se contara algo más con la opinión de las familias. Parece que desde el centro sólo se ordena. No se consulta.
- Más cercanía y apertura de los responsables a padres y familiares.
- Reunirse familias recuperadas con las familias que no lo están.

- Más reuniones del grupo familiar.
- Preparar mejor a la familia a la salida del tratamiento.

H. Sugerencias referidas a la salud:

- El tratamiento sirvió para dejar la heroína, pero, no para aceptar su condición de seropositivo. Se convirtió en gran consumidor de alcohol y escaso cuidado de su salud.
- Que antes de medicar al paciente se coteje conjuntamente su opinión y la de la familia.
- Más atención a la salud física.

I. Otro tipo de sugerencias:

- Me parece que está bien, tienen de todo, buen trabajo (18 veces).
- Ser más constantes en todas las labores.
- Dejando la heroína no se acaba el problema.
- Ninguna (3 veces).
- Que se mantenga abierta y por muchos años.
- Los cambios se dejan al equipo.
- Paso intermedio ante la integración normal en la calle.
- No tenemos ninguna queja del tratamiento, creemos que la culpa de no acabar el programa ha sido del poco interés que puso.

C. Algunas conclusiones de los resultados del cuestionario de familias.

Teniendo en cuenta que el porcentaje de respuestas al cuestionario de familias ha sido el 43% del total de la población estudiada (ciento veintisiete cuestionarios recibidos de doscientas noventa y cuatro enviados), podemos inferir que los resultados de la investigación se pueden extrapolar al total de los pacientes que han pasado por Manuene durante el periodo estudiado (1983-1996). Así, una de las primeras cuestiones que llama la atención es que las familias indican su satisfacción por el tratamiento recibido en Manuene, sobre todo en lo que se refiere a la mejora de la relación familiar durante la estancia en la comunidad terapéutica (el 60% dice que ha mejorado la comunicación familiar y el 54% que ha aumentado la confianza en el familiar que está en tratamiento).

Esta relación familiar que va mejorando progresivamente según se profundiza en las dificultades personales durante el tratamiento, tiene que ver, así mismo, con una mejora en el descenso de consumo de drogas.

La progresión tal como se aprecia en la comunidad terapéutica Manuene, es que a mayor implicación y compromiso por parte del paciente en el tratamiento, más se aleja de la posibilidad de un consumo y consecuentemente las relaciones familiares mejoran en confianza y comunicación.

Sin embargo, a pesar de que la mayor parte de las familias está de acuerdo en esta mejora de la relación familiar, se sigue presentando como una necesidad sentida en la actualidad el establecimiento de un cauce de comunicación fluido y de confianza, sobre todo al finalizar el tratamiento, tal como señalan en las preguntas abiertas del cuestionario.

En este sentido aparecen sugerencias de familias que solicitan una mejor preparación a la familia en dicha finalización y también más terapias de familia, contactos cada dos meses para evaluar avances, etc...

Por otro lado, destaca en la opinión de las familias que ha mejorado la responsabilidad personal y la convivencia con los demás y que los programas que más han ayudado en el tratamiento han sido las terapias de grupos, las responsabilidades de trabajo y las normas.

El 63% de las familias dice que el tratamiento les ha supuesto bastante exigencia, es decir, el esfuerzo que supone estar implicado en el tratamiento. El 83% piensa que ha sido bastante exigente para el paciente.

Las familias valoran como muy positivo todo lo que tiene que ver con las "normas", de hecho se sitúa en el tercer lugar en cuanto a los programas que más han ayudado en los posibles cambios personales (concretamente el 56% opina que han sido importantes en el tratamiento).

También en las sugerencias de tipo normativo se solicita que el programa Manuene sea más exigente tanto para el paciente como para la familia. Lo cual hace pensar en la necesidad de abrir un debate en el seno del equipo de profesionales sobre el significado actual de la exigencia en comunidad terapéutica y su expresión en las intervenciones cotidianas y de mejorar la comunicación del equipo de profesionales con el conjunto de las familias en

orden a una mejor comprensión de lo que rodea al término “exigencia” y de su posible utilidad como mecanismo de cambio personal.

Se da mucho valor a las “terapias de grupo”, el 84% de las familias afirman que es el programa que más ayuda en los cambios personales y así se va desglosando en los datos estadísticos. Tal es la buena percepción de este programa que en las preguntas abiertas se sugiere la continuación de las terapias durante un tiempo después de la finalización en la comunidad terapéutica, se solicita más terapias de grupo, terapias individuales, terapias familiares, etc...

Una de las sugerencias que aparece de forma reiterativa es la que hace referencia a la integración socio-laboral, en cuanto a la necesidad de obtener un trabajo. Se recogen necesidades como: “mejora económica”, “integración social del paciente” o “estabilidad económica-relación social”. En este sentido, aparte de las terapias, las familias han dado valor en el tratamiento a las responsabilidades de trabajo, normas y horario normalizado como factores que han contribuido y contribuyen a una mayor probabilidad de encontrar trabajo.

Sin embargo, sugieren mejorar esta área a través de cursillos, formación desde el tratamiento, incluso la posibilidad de un trabajo. Tal como se detalla en la explicación de los programas de Manuene, existen indicaciones en las últimas etapas del tratamiento de abordar de forma individual el ámbito laboral, sin olvidar que el objetivo de la comunidad terapéutica, en dicho ámbito, no es la búsqueda de empleo, sino en todo caso dotarse de los recursos personales adecuados para entrar en el mercado de trabajo.

Es importante señalar dentro de los datos estadísticos que el 71% de las familias tiene la percepción de que el tratamiento en la comunidad terapéutica Manuene mejora el descenso en el consumo de drogas, que un 61% considera que ha mejorado la situación físico-orgánica, un 48% la posibilidad de encontrar un trabajo, un 29% que ha mejorado la situación judicial y que un 25% piensa que ha mejorado la situación escolar/formación.

El 59% de la muestra piensa que es importante que al finalizar el tratamiento se continúe con un seguimiento psicoterapéutico. La importancia del seguimiento se recoge de forma amplia en las sugerencias que realizan las familias. Aunque se insiste en las dinámicas psicoterapéuticas: más terapias

grupales, individuales, más grupos familiares,..., también se aprecia la necesidad de que la finalización sea más progresiva.

Sugerencias como: “más contacto con los pacientes después del tratamiento. Por lo menos durante un año reuniones periódicas, por ejemplo, cada tres meses, seguir con la obligación de reunirse”, “seguimiento posterior al programa”, “que la integración a la vida de la calle sea más gradual” o “seguimiento posterior tanto en casa, como en el trabajo”, nos hace pensar en la necesidad de redefinir la finalización del tratamiento y el contacto con la calle y el entorno del paciente.

Si hasta ahora se trabajaba con la idea de que las salidas de fin de semana cubrían los aspectos de trabajo exterior al tratamiento y la inserción progresiva al entorno del paciente, parece demostrarse que no es así. A pesar de que el 61% de las familias piensa que estas salidas han sido adecuadas, el objetivo de las mismas en cuanto acercamiento a la realidad del paciente y superación de las dificultades en la búsqueda de amigos, no parece complementar el trabajo personal que se realiza entre semana en la comunidad terapéutica.

“Reinserción en la calle” o “la soledad en la que se encuentran cuando salen a la calle”, siguen siendo las sugerencias y necesidades que los pacientes se encuentran cuando finalizan el programa, por lo que es importante ofrecer otras pautas, crear un nuevo modelo de intervención donde el trabajo en el interior de la comunidad terapéutica y el trabajo exterior esté compensado y donde se pueda comenzar la inserción en el entorno desde las primeras fases de tratamiento, acentuando el trabajo en las últimas fases con propuestas específicas como tratamiento “tipo ambulatorio”, en donde el paciente sobre la base de un proyecto personal de inserción, sale de la comunidad a realizarlo acudiendo de nuevo a ésta una vez finalizada la actividad diaria.

Además está la necesidad expresada de que el paciente una vez finalizado el tratamiento no pierda el contacto con el centro, sino que se concreten seguimientos más directos, tal y como se recogen en numerosas sugerencias.

Otra de las preocupaciones de las familias viene determinada por las necesidades referidas a la salud, así se recoge: “mejora de la salud”, “más información respecto a su salud” o “apoyo sobre el tema del Sida”, aunque sólo un 22% considera necesario un seguimiento de tipo orgánico o de salud.

Este porcentaje puede explicarse debido a que el seguimiento de enfermedades infecciosas se realiza, incluso durante el tratamiento, en centros específicos del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Sin embargo, queda claro que lo que solicitan las familias es apoyo, tal como queda reflejado en las necesidades y sugerencias. Este apoyo se traduce más bien, como se indica en las necesidades, en una ayuda de tipo psicológico y de una preparación que “ayude a conocer y convivir con todas las consecuencias de esta enfermedad”.

En cuanto a la relación de la familia con el equipo de profesionales, los datos estadísticos nos dicen que, en general, hay una opinión bastante óptima de esta relación y, según las sugerencias que se presentan, las familias estarían interesadas en mantener esta relación al finalizar el tratamiento (se recogen sugerencias de este tipo como: "mantener contactos con el equipo", "mayor contacto con la familia a la salida" o "preparar mejor a la familia a la salida del tratamiento"), o mejorar dicha relación durante el tratamiento (con esta idea se recogen sugerencias como: "más cercanía y apertura de los responsables a padres y familiares" o "más contacto con la familia").

En definitiva parece plantearse desde las familias la necesidad de que se cuente más con ellos; así se recoge con la sugerencia: "que se contara algo más con la opinión de las familias. Parece que desde el centro sólo se ordena. No se consulta", es decir, una participación más cercana de las familias con el equipo de profesionales.

Por último, llama la atención la necesidad que expresan de mantener contactos con otras familias y se sugiere, además continuar con los grupos familiares y la creación de una Asociación de padres de jóvenes rehabilitados.

En síntesis se aprecia que:

- En líneas generales, se ha encontrado un alto porcentaje de satisfacción sobre el tratamiento recibido en Manuene.
- La mayor parte de los encuestados estaría de acuerdo con una finalización más progresiva del tratamiento.
- Que haya mejor preparación en el área de la reinserción socio-laboral.
- Que exista un seguimiento más directo una vez finalizado el tratamiento.
- Sería conveniente ampliar el tiempo de terapias, tanto de las de grupo como de las familiares e individuales.

- Es aconsejable planificar encuentros periódicos entre las familias de los pacientes que ha realizado el tratamiento en Manuene.
- Que se aumente la participación de las familias con el equipo de profesionales.

5.2 Los pacientes.

A. Preguntas cerradas del cuestionario.

Este cuestionario presenta dos partes diferenciadas, por un lado, un apartado sobre “ASÍ ME AYUDÓ MANUENE”, y un segundo apartado sobre “ASÍ ES MI SITUACIÓN ACTUAL”. Vamos a ir describiendo los resultados de ambos apartados. Para facilitar la lectura redondearemos los porcentajes.

“ASÍ ME AYUDÓ MANUENE”.

Una de las cuestiones más importantes y significativas de este cuestionario, al igual que el anterior, viene representada por dos indicadores que hacen referencia al “tipo de cambio” que el paciente piensa que se ha producido a través de los programas de tratamiento en Manuene y qué programa ha contribuido más a estos cambios.

Así, según se aprecia en la Tabla 14, los cambios más importantes han sido:

Tipo de cambio	porcentaje de casos
Aprender a convivir mejor con los demás.....	28,5
Relacionarme mejor con la familia.....	47,2
Aceptar mejor las normas.....	22,8
Ser más responsable.....	45,5
Ser más autónomo.....	16,3
Ocupar mejor el tiempo libre.....	8,1
Tener más confianza en mí mismo.....	39,8
Estar más a gusto conmigo mismo.....	35,0
Cuidarme más.....	33,3
Tener nuevos hábitos de vida.....	30,9
Buscar nuevos amigos.....	8,9
Ayudar a integrarme en la sociedad.....	9,8
Mayor conciencia de mis problemas.....	49,6
Dejar de consumir drogas.....	47,2
No cometer delitos.....	4,1
Integrarme en el mundo laboral.....	8,9
Tener otras inquietudes.....	18,7
Sentirme menos sólo.....	13,0
Sentirme menos deprimido.....	9,8
Otros.....	6,5
Ningún cambio.....	1,6

Tabla 14

- “Tener mayor conciencia de los problemas”, con un 50% de los casos.
- “Relacionarme mejor con la familia” con un 47% de los casos.
- “Dejar de consumir drogas” también con un 47%.
- “Ser más responsable” con un 45,5%.
- “Tener más confianza en mí mismo” con un 35% de los casos.

Destaca como poco conseguido el “no cometer delitos” con un 4%.

Por otro lado, el tipo de programa señalado que parece que más ha influido en estos cambios es el de “terapias de grupo” con un 82% de los casos, seguido muy de lejos por “asambleas” con un 45% y “responsabilidades de trabajo” con un 35%, según se señala en la Tabla 15:

Tipo de Programa	Porcentaje de Casos
Terapias de grupo.....	81,8
Actividades de tiempo libre.....	9,1
Horario normalizado.....	18,2
Normas.....	29,8
Responsabilidades de trabajo.....	34,7
Aprendizaje de habilidades sociales.....	3,3
Integración socio-laboral.....	9,1
Higiene, salud y deporte.....	9,9
Programa de Graduado Escolar.....	2,5
Actividades culturales.....	2,5
Entrevistas de valoración.....	2,5
Asambleas.....	44,6
Reuniones de trabajo.....	16,5
Entrevistas individuales de tutoría.....	11,6
Reuniones de cuando se sale sólo.....	5,0
Campamento Volante de verano.....	5,8
La fiesta de despedida.....	7,4
Otros.....	4,1

Tabla 15

Realizando un análisis descriptivo de los datos, podemos entresacar los siguientes aspectos a considerar:

1. De los 123 cuestionarios recibidos, el 12% ingresó en la comunidad terapéutica en 1993, el 11% en 1994 y en igual porcentaje lo hicieron en 1995.

Se podría concluir que la mayor parte de los pacientes que respondieron al cuestionario ingresó en la comunidad entre 1992 y 1995 (50%).

2. En cuanto a la edad actual, podemos apreciar que el 15% de los pacientes que respondieron al cuestionario tiene treinta años, el 15% treinta y dos y el 11% treinta y tres. El mayor porcentaje de edad se sitúa en la franja de 30 a 36 años.

3. Por otro lado, el 72% de los cuestionarios recibidos pertenece a varones y el 28% a mujeres, que es aproximadamente la misma proporción de los pacientes que se encontraban en la comunidad terapéutica por esas fechas.

4. La mayor parte de las personas que han contestado considera que la participación familiar fue importante (32%) o muy importante (63%).

5. Sobre la entrevista de admisión, el 68% considera que les sirvió mucho o bastante para reflejar de forma clara los problemas personales. Por otro lado, el 28% piensa que la entrevista les sirvió poco para explicar dichos problemas.

6. Consecuentemente con lo anterior casi la totalidad de los cuestionarios (89%), recoge la opinión de que la propuesta de tratamiento realizada en la entrevista de admisión fue muy adecuada (16%) o adecuada (72%).

7. En cuanto a la duración del tratamiento, el 62% opina que el tratamiento fue largo o muy largo, y el 35% piensa que fue poco o nada largo.

8. Las instalaciones están bien consideradas por la mayor parte de las personas que contestaron a los cuestionarios. Así se recoge que:

- El 99% dice que el entorno natural era “muy adecuado” o “bastante adecuado”.
- El 91% considera que los dormitorios eran “muy adecuados” o “bastante adecuados”.
- El 85% piensa que la cocina era “muy adecuada” o “bastante adecuada”.
- El 84% expresa su satisfacción referente a las salas de estar.
- El 83%, opina lo mismo referente a la lavandería.
- El 83% lo mismo referente a la biblioteca.
- El 82% considera “muy adecuados” o “bastante adecuados” los cuartos de baño.

9. El 96% de los pacientes es de la opinión que el programa de tratamiento en la comunidad terapéutica Manuene es muy exigente (36%) o bastante exigente (60%).

10. En cuanto a la calidad de la atención recibida, el 100% de los pacientes que han respondido al cuestionario está de acuerdo en indicar que ésta ha sido buena (51%) o muy buena (49%).

11. Sobre la percepción en el “cambio familiar”, el 48% opina que ha mejorado la comunicación en la familia y un 46% piensa que ha aumentado la

confianza familiar. El 12% considera que no ha habido ningún tipo de cambio en la familia.

12. El 77% de los pacientes considera a las reuniones que se realizaban con las familias y que hemos denominado “grupos familiares”, como “muy importantes” (28%) o “importantes” (49%).

13. En cuanto a las mejoras producidas a través del tratamiento los pacientes son de la opinión que principalmente ha disminuido el consumo de drogas o ha desaparecido (83%), y que ha mejorado la situación físico-orgánica (68%) debido a la normalización de la asistencia médica y de los controles analíticos para la detección y diagnóstico de enfermedades, lo cuál ha hecho mejorar la percepción de la situación físico-orgánica de los pacientes.

14. En cuanto a la obtención del Graduado Escolar en Manuene tan sólo el 6% de los que han respondido al cuestionario lo ha obtenido en la comunidad; el 42% ya lo tenía al ingreso en la misma.

15. El 86% considera que su calidad de vida ha mejorado. Este porcentaje se divide en dos categorías: los que opinan que su vida ha mejorado mucho (44%) y los que consideran que ha mejorado bastante (42%). Esta mejoría la atribuyen al tratamiento realizado en Manuene.

16. En cuanto a la relación con el equipo, el 98% de los pacientes considera que el trato recibido fue bueno, dividiéndose la opinión entre los que consideran que el trato fue “muy bueno” (56%) y los que piensan que fue “bueno” (42%).

Por otro lado, el 98% opina que la capacitación profesional del equipo en líneas generales es “muy buena”. Este porcentaje se divide en los que consideran que esta capacitación es “muy buena”, el 61%, y los que la consideran “buena”, el 37%.

Por último, el 86% de los pacientes ha respondido que la comunicación con el equipo ha sido también buena.

La comunicación y el trato recibido es algo que se percibe como bastante parecido, sin embargo, la diferencia reside en que el trato no necesariamente significa profundizar en situaciones o conflictos habidos y la comunicación sí.

En este sentido, la comunicación con el equipo se ha percibido “muy buena” en el 14% o “buena” en el 72%.

17. Al finalizar el tratamiento los pacientes piensan que hubieran necesitado fundamentalmente un seguimiento en el área psico-terapéutica (41,5%), y en el área socio-laboral (32,5%). Es decir, sesiones de terapia individual donde se profundizara en los posibles conflictos que pueden aparecer al término del tratamiento y reuniones donde se evaluara las posibilidades de conseguir un trabajo o de iniciar procesos formativos con el objetivo de conseguirlo.

18. En otro orden de cosas, podemos señalar que de los 123 pacientes que contestaron al cuestionario, el 50% de los mismos indica que su salida de la comunidad terapéutica Manuene se produjo entre 1993 y 1996, según se puede apreciar en la Tabla 16:

AÑOS	Nº pacientes	porcentaje
1984.....	1.....	,8
1985.....	6.....	4,9
1986.....	8.....	6,5
1987.....	6.....	4,9
1988.....	7.....	5,7
1989.....	7.....	5,7
1990.....	12.....	9,8
1991.....	11.....	8,9
1992.....	4.....	3,3
1993.....	14.....	11,4
1994.....	14.....	11,4
1995.....	15.....	12,2
1996.....	18.....	14,6
	-----	-----
Total	123	100,0

tabla 16

La salida de la comunidad terapéutica Manuene en la franja de tiempo estudiada se produjo de la siguiente forma: el 78% fueron altas, es decir, finalizaron el tratamiento con éxito, y el 22 % abandonaron el mismo antes de finalizar.

“ASÍ ES MI SITUACIÓN ACTUAL”.

En este apartado se trata de recoger algunas características de la situación actual de las personas que pasaron por Manuene.

1. En cuanto al estado civil el 55% afirma estar soltero frente al 32% que dice estar casado o vivir en pareja, según se muestra en la Tabla 17:

Estado Civil		
	nº pacientes	porcentaje
casado/pareja.....	40.....	32,5
casado 2ª nupcias.....	1.....	,8
viudo-a.....	3.....	2,4
separado-a.....	7.....	5,7
divorciado-a.....	4.....	3,3
soltero-a.....	68.....	55,3
	-----	-----
Total	123	100,0

Tabla 17

2. En la actualidad el 70% sigue sin tener descendencia frente al 30% que sí tiene hijos.

3. Por otro lado, el 44% sigue viviendo con los padres frente al 28% que vive en pareja, ya sea con o sin hijos.

4. La mayor parte de las personas que han contestado al cuestionario se muestra bastante (46%) o muy satisfecha (24%) de la situación personal actual frente al 30% que dice estar poco o nada satisfecho.

6. En cuanto a la situación laboral, el 56% dice estar trabajando en la actualidad, frente al 44% que no lo está.

7. La puesta en marcha del programa de inserción socio-laboral en el año 1993 comienza a dar sus frutos y el 17% de los pacientes dice haber conseguido trabajo a través del tratamiento, esto significa que de los sesenta y un (61)

pacientes que salieron de la comunidad terapéutica entre 1993 y 1996 (ver tabla 16) , veintiuno (21) de ellos lo hicieron con un trabajo conseguido a través de Manuene.

8. El 57% no está satisfecho de su situación laboral actual; el 33% dice, sin embargo, estar bastante o muy satisfecho con esta situación.

9. En cuanto a la situación judicial, el 41% no ha tenido problemas, el 35% dice que ha tenido, pero que en la actualidad ya no tiene, y el 11% que aún tiene juicios pendientes.

10. La situación orgánica actual de las personas que han contestado al cuestionario, presenta las siguientes características: el 45% tiene anticuerpos VIH, el 24% se encuentra tomando medicación para SIDA y el 56% sufre algún tipo de hepatitis.

Con menor incidencia parecen encontrarse otras situaciones como: tuberculosis (6%), enfermedades de transmisión sexual (8%) o enfermedades buco-dentales (16%).

11. Después de realizar el tratamiento en la comunidad terapéutica Manuene, el 28% de los que han respondido el cuestionario, realizó algún otro tipo de tratamiento, frente al 69% que no lo hizo. Los tratamientos posteriores a Manuene han sido, fundamentalmente, de tipo ambulatorio o los de metadona.

12. En cuanto a la frecuencia de los consumos de drogas en la actualidad destaca el consumo del alcohol con el 59% de las respuestas. Es decir, que hay un porcentaje de pacientes que deja de consumir la droga que motivó el tratamiento, pero pasó a consumir alcohol.

Datos significativos del cuestionario de pacientes.

Realizando un estudio, como anteriormente se ha hecho, de cruce de variables del cuestionario, podemos entresacar los siguientes resultados:

1. Nos interesa saber qué factores o programas del tratamiento han influido más en la percepción de cambio. Como anteriormente señalábamos, los cuatro cambios más significativos han sido: “tener mayor conciencia de los

problemas” (50%), “relacionarme mejor con la familia” (48%), “dejar de consumir drogas” (48%), “ser más responsable” (45,5%) y “tener más confianza en mí mismo” (35%).

Pues bien, tal como se señala en la Tabla 18, de los que opinan que después de haber realizado el tratamiento “tienen mayor conciencia de sus problemas”, el 79% piensa que es debido al programa “terapias de grupo” y el 52,5% a las “asambleas”.

De los que piensan que se “relacionan mejor con la familia”, el 86% parece atribuirlo al factor “terapias de grupo”.

De los que consideran que “consumen menos drogas”, el 91% piensa que es debido al factor “terapias de grupo” y el 40% a las “responsabilidades de trabajo”.

De los que piensan que han aprendido a “ser más responsables”, el 84% lo explica basándose en el factor “terapias de grupo”, el 45% en las “responsabilidades de trabajo” y el 49% en las “asambleas”.

Por último, de los que han aumentado la “confianza en sí mismos” como otro de los cambios producidos por orden de importancia, el 80% piensa que es debido al factor “terapias de grupo”, el 35% a las “responsabilidades de trabajo” y el 63% a las “asambleas”.

PROGRAMAS QUE MÁŠ HAN INFLUIDO EN LOS CAMBIOS PERSONALES

	Terapias de grupo	Asambleas	Responsabilidades de trabajo
Tener mayor conciencia de mis problemas	79%	52,5%	-----
Relacionarme mejor con la familia	86%	-----	-----
Dejar de consumir drogas	91%	-----	40%
Ser más responsable	84%	49%	45%
Tener más confianza en sí mismo	80%	63%	35%

Tabla 18

2. Según la opinión de los pacientes, los programas que más han influido en la mejora de la comunicación familiar, han sido:

- Terapias de grupo (90%).
- Responsabilidades de trabajo (62%).
- Normas (52%).
- Horario normalizado (50%).

El 82,5% de los pacientes opina que las terapias de grupo han mejorado la confianza familiar.

Por otro lado, aunque la mayor parte de los programas parece haber influido en la mejora del menor consumo de drogas, los pacientes piensan que los que más lo han hecho fueron:

- Las “responsabilidades de trabajo” (92,5%).
- Las “terapias de grupo” (91,5%).
- Las “asambleas” (88%).
- Las “normas” (83%).
- El “horario normalizado” (80%).

En cuanto a la mayor probabilidad de encontrar trabajo, podemos apreciar que los programas que más han ayudado han sido:

- Las “terapias de grupo” (86%).
- Las “normas” (56%).
- El “horario normalizado” (47%).

Por último, podemos apreciar cómo la situación física-orgánica también mejora con los siguientes programas:

- El “horario normalizado” (90%).
- Las “terapias de grupo” (87,5%).
- Las “asambleas” (87,5%).
- Las “responsabilidades de trabajo” (86%).
- Las “normas” (85%). (Ver Tabla 19).

PROGRAMAS QUE MÁS HAN INFLUIDO

	Terapias de grupo	Horario normalizado	Asambleas	Responsabilidades de trabajo	Normas
Mejora en la comunicación familiar	90%	50%	-----	62%	52%
Mejora en la confianza familiar	82,5%	-----	-----	-----	-----
Menor consumo de drogas	91,5%	80%	88%	92,5%	83%
Mayor probabilidad de encontrar trabajo	86%	47%	-----	-----	56%
Mejora situación física-orgánica	87,5%	90%	87,5%	86%	85%

Tabla 19

3. Al igual que las familias, los pacientes aprecian que los grupos familiares han servido para mejorar la comunicación familiar. Los han considerado importantes el 49% y muy importantes el 28,5%.

Los pacientes opinan que esta mejora en la comunicación familiar parece haber ayudado a un menor consumo de drogas y a tener una mayor probabilidad de encontrar trabajo, así mismo creen que se ha mejorado en la situación judicial, la situación física-orgánica y la situación escolar. Es decir, que la buena comunicación familiar mejora todas las variables estudiadas.

También hemos observado parecida relación entre la mejora de la confianza familiar y la mejora en el menor consumo de drogas, la mayor probabilidad de encontrar trabajo y la mejora de la situación físico-orgánica. (Ver Tabla 20).

El 91% de los pacientes es de la opinión que el aumento de la confianza de la familia hacia ellos hace descender el consumo de drogas, el 84% piensa que

esta confianza ayuda a mejorar la situación físico-orgánica y el 59% que contribuye a tener una mayor probabilidad de encontrar trabajo.

NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE LA CHI-CUADRADO

	Grupos familiares	Menor consumo de drogas	Mayor prob. de encontrar trabajo	Mejora Situación judicial	Mejora situación fís.-orgán	Mejora situación escolar
Mejora en la comunicación familiar	0,00008	0,05892	0,02110	0,03185	0,04576	0,04754
Mejora en la confianza familiar	-----	0,07186	0,07589	-----	0,00191	-----

Tabla 20

4. En cuanto a la relación entre el tiempo de tratamiento y la mejora del paciente, la opinión generalizada es que a mayor tiempo de tratamiento se mejora en la mayor probabilidad de encontrar trabajo y se mejora en la situación judicial. (Ver Tabla 21).

NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE LA CHI-CUADRADO

	Mayor prob. de encontrar trabajo	Mejora Situación judicial
Mayor tiempo en el tratamiento	0,00951	0,05136

Tabla 21

5. Según reflejan los resultados la relación que se establece entre el equipo de profesionales y el grupo de pacientes parece mejorar la situación físico-orgánica de éstos y la capacitación profesional parece incidir, según la opinión de los pacientes, en la mejora en el menor consumo de drogas. (Ver Tabla 22).

NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE LA CHI-CUADRADO

	Mejora de la situación físico-orgánica	Mejora menor consumo de drogas
Trato recibido por el equipo de profesionales	0,07711	-----
Capacitación profesional del equipo de profesionales	-----	0,02530

Tabla 22

6. Por otro lado, vemos que los cambios personales producidos durante el tratamiento mejoran sobre todo la reducción en el consumo de drogas y la situación físico-orgánica.

Así los cambios más importantes que han contribuido a disminuir o dejar de consumir drogas han sido:

- Estar más a gusto consigo mismo (95%).
- El aumento en la responsabilidad personal (93%).
- La mejora en la relación con los demás (93%).
- Cuidarse más (92%).

La situación físico-orgánica también parece mejorar sobre la base de los siguientes cambios personales producidos:

- Aprender a ser más autónomo (94%).
- Relacionarse mejor con los demás (90%).
- Ser más responsable (90%).
- Cuidarse más (87%).

7. Una de las cuestiones que se ha recogido en el cuestionario es lo que tiene que ver con la “calidad de la atención”.

En este sentido, podemos apreciar que esta calidad se relaciona muy directamente:

- Con el trato recibido por el equipo de profesionales al grupo de pacientes.
- Con la capacitación profesional del equipo.
- Con la comunicación que se establece entre el grupo de pacientes y el equipo de profesionales.

También se puede constatar que esta calidad de atención parece mejorar, así mismo, la calidad de vida del paciente con un margen de error del 0,00945. (Ver Tabla 23).

NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE LA CHI-CUADRADO

	Calidad de atención
Trato recibido por el equipo de profesionales	0,00002
Capacitación profesional del equipo de profesionales	0,00002
Comunicación entre equipo y grupo de pacientes	0,00149

Tabla 23

Por otro lado, el 60% de los que consideran muy buena la calidad de atención, piensa que el programa es bastante exigente y el 60% de los que consideran que ha habido una buena calidad de atención, piensa, así mismo, que el programa es bastante exigente.

B. Preguntas abiertas del cuestionario de pacientes.

Se preguntó a los pacientes sobre las sugerencias que propondrían para mejorar el programa de tratamiento en la comunidad terapéutica Manuene.

Dada la enorme cantidad de propuestas, se organizaron las mismas de la siguiente manera:

A. Sugerencias de actividades.

- Actividades artísticas y creativas.

- Me parecería interesante más trabajo de ocio; tipo cerámica, pintura,...
- Daría más importancia a las presentaciones de libros.

B. Sugerencias a la intervención psicoterapéutica.

- Más atención personalizada.
- Terapias individualizadas frecuentes (3 personas).
- Que se incluyera la psicoterapia individual, ya que junto con las terapias de grupo, asambleas y demás elementos que componen el tratamiento, contribuirían a agilizar el desarrollo personal del paciente, además de constituir un apoyo más para el mismo.
- Más terapias de grupos familiares, tres semanas es mucho tiempo para que la familia te diga cómo te ve, aparte, que algunas veces no les da tiempo y tienen que esperar otras tres semanas (3 personas).
- Hacer más grupos donde se trabaje mucho más con el problema de cada uno.
- Tratar más individualmente en vez de tantos grupos e indicar el camino que debe tomar, pues, a veces, uno está muy despistado de por qué lado ha de ir.
- Posibilidad de terapia individual con elección del profesional para la misma.
- Debería haber o bien más tiempo o más terapias, porque hay veces que casi hay que pelearse para poder hablar.
- Terapias individuales (quincenales o mensuales), durante al menos 1 año después del alta en Manuene.

C. Sugerencias al finalizar el tratamiento

- Un mayor seguimiento a la hora de finalizar el programa. (3 personas).
- Facilitar el acercamiento laboral y salir de Manuene poco a poco para buscar trabajo y no dejarte en la calle un poco perdido, usar el mismo trato de ayuda para toda la gente.
- Una vez acabado el tratamiento, más contacto con el equipo.
- Se me hizo la fase de salir sólo y acabar algo brusco. Pienso que debe ser más dilatado o con mayor seguimiento.
- Una reinserción un poco más progresiva, desde esa reinserción la búsqueda de un trabajo.

- Una forma distinta de reinserción, enfocada a que el paso de acabar el tratamiento y encontrarte con la calle no sea tan directo, sino poco a poco.
- Que al finalizar el tratamiento, se preocuparan de buscarnos una salida laboral a todos.
- Menos tiempo de internado, mayor seguimiento a partir de la fiesta de despedida y un mayor seguimiento en ambulatorio.
- Mayor preparación a la hora de salir de la comunidad.
- Crear una Escuela Taller, pequeños talleres para que el tiempo que dure el tratamiento salgas mejor preparado para trabajar en un oficio.
- Un post-tratamiento de adaptación a la salida, creo que de repente encontrarte fuera de la comunidad, aunque hayas conseguido terminar, a veces, es muy fuerte.
- Integración a la sociedad poco a poco, salidas más progresivas en la calle.
- Cursillos sobre oficios.
- Incentivos gubernamentales a quien esté desempleado.
- Capacitación laboral en algún oficio-orientación laboral.
- Que hubiese un seguimiento más profundo y largo después de Manuene, distinto al del resto del tratamiento y más como apoyo y enseñando puertas que el paciente puede abrir.
- Todos somos diferentes, pero pienso que la finalización del programa debe ser más suave.
- Quizás enseñar algún oficio, aunque pienso que sería bastante difícil.
- Mejorar la salida, la gente al salir se ve un poco perdida, sin saber su futuro, ni lo que va a acontecer.
- Creo que en lo referente a la comunidad casi todo es válido; pero todo el trabajo hecho allí, vale poco si no hay una continuidad, es decir, si no hay una reinserción. Creo que esa es la fase que hace falta en Manuene.
- Creo que habría que mejorar más las salidas de las personas que acaban el tratamiento. Quiero decir que personas como yo después de acabar, están sin un puesto de trabajo. En este sentido, creo que podrían hacer algo más o por lo menos dejar que lo busques tú antes de salir de allí.
- Un mayor esfuerzo durante la etapa final de estancia para buscar la fórmula o forma de continuación del tratamiento (trabajo, vivienda, relaciones,...).

- Una vez terminado el tratamiento se podría tener un contacto más directo con el equipo, porque terminas y la cosa es muy fría; estás en Manuene con una actividad muy intensa y terminas y te encuentras vacío.
- Seguimiento más exhaustivo de reinserción sobre todo laboral. Pienso que es un cambio muy brusco de cuando terminas a cuando sales a la calle. Creo que la gente se siente perdida y con mucha falta de apoyo.
- Sugeriría que la salida definitiva de Manuene fuera más gradual, para que la integración a la vida diaria no fuera un choque tan grande. Creo que habría que hacer salidas al final del tratamiento de varios días entre semana.
- Ayudas con vistas a encontrar un puesto de trabajo.
- Que la gente inicie la búsqueda de trabajo antes de salir de Manuene.

D. Sugerencias a la intervención educativa.

- Mayor control de las reparaciones que se plantean en la asamblea.
- No reparaciones relacionadas con la alimentación.
- Un mayor seguimiento personalizado.
- Mayor flexibilidad en las normas, dependiendo de cada caso.
- Que la palabra de un recién llegado valga tanto como la de un coordinador o responsable, lleve éste el tiempo que sea.
- Aumentar la participación de los residentes en la gestión y funcionamiento del centro.
- Anular algunas normas sin sentido.
- Más control en los fines de semana cuando se sale solo.
- Dar menos importancia al principio al esfuerzo físico, sobre todo en el aspecto gimnástico.
- Mayor seguimiento en las primeras salidas de fin de semana.
- Mayor exigencia en el trabajo.
- Ser más flexible en puntos en que no es fácil entender su provecho.
- En líneas generales, yo no creo que haya que mejorar nada, pero sí me gustaría que en casos excepcionales las normas fuesen un poco más flexibles.
- Si alguien ha cometido una infracción que sea esa persona quien lo pague y no la generalidad.
- Un mayor control (que se note lo menos posible), cuando empiezas a salir solo.

- Disciplina más rígida en cuanto a las normas.
- Durante los fines de semana más tiempo libre para la higiene personal.
- En las veces que he vuelto creo que ha perdido un poco de autoridad, como que ahora se pasan más cosas que antes, que es un poco más "light", menos duro.
- Creo que todas las personas que necesitamos ayuda nos la merecemos. Yo sugiero ser mucho más exigente con los pacientes, no permitir pérdidas de tiempo con lo que conlleva; si uno trabaja y dos no, el que trabaja además de su trabajo carga con el de los tres. Mayor selectividad.
- Suprimir la norma de "prohibición de relaciones sexuales" para aquellas parejas que claramente las relaciones sexuales no alteren negativamente su tratamiento.
- Potenciaría las reuniones de tutoría a ser posible con el educador elegido por el paciente para entablar una relación de más confianza, servirte de guía, etc..., y poder hablar más de tus problemas y hay veces que no puedes hablar en terapia aunque lo necesites.
- Creo que además del programa de Graduado, se podría dejar el mismo tiempo para prepararse para el acceso a la Universidad, idiomas,..., cualquier cosa que sirva para elevar el nivel cultural.

E. Sugerencias al equipo de profesionales.

- Que algunos responsables de la casa, supervisaran a los coordinadores.
- Criterios uniformes entre el equipo.
- Controlar el favoritismo (2 personas).
- Que el equipo no fuera tan dictatorial.
- Que la relación entre equipo y pacientes fuera más estrecha.
- Se es estricto en muchas ocasiones sin tener en cuenta a las personas (saber diferenciar, sois demasiado cuadrículados).
- Que los educadores sean un poco más comprensivos con los jóvenes que están en el centro.
- Una de las cosas más importantes en Manuene es el equipo, debería tener claro cuál es su protagonismo en el tratamiento. Sería interesante que fuesen más exigentes y humanos a la vez y que las demás personas que trabajan para el equipo tuvieran presente su cometido. Se ve diferencias de un educador a otro.

F. Sugerencias sobre la estructura del tratamiento.

- Alargar el periodo de estancia (2 personas).
- Individualizar el tratamiento (2 personas).
- Que para empezar a salir no sea requisito indispensable que la familia se involucre en el tratamiento.
- Un seguimiento más individual de cada persona.
- Más tiempo libre para el grupo, para mí fue todo un lujo estar con todos vosotros.
- Tener alguna salida para familias que no pueden ayudar a sus hijos por diversos problemas.
- Más número de entrevistas individuales.
- Desligar más a las familias del tratamiento.

G. Sugerencias sobre la entrevista de admisión.

- Más calidez en la entrevista de admisión (es imposible explicar una vida en media hora).

H. Sugerencias sobre la intervención sanitaria.

- Se debe hacer más hincapié con los seropositivos, que serlo no es el fin del mundo, a pesar, de ser un problema gordo.
- Que el equipo dé más apoyo práctico a los enfermos, no sólo moral.

I. Sugerencias de cara a las instalaciones.

- Mejora de las instalaciones como dormitorios y aseos.

J. Sugerencias de cara a las salidas.

- Las salidas no deberían de ser de fin de semana, pues se relaciona con la distracción. Pienso que según la persona podría tener más salidas entre semana.
- Controlar a la gente que sale los fines de semana solos, porque en muchos casos hay mucho desfase de horarios y normas sin cumplir.

K. Sugerencias de cara a la organización.

- Más puntualidad a la hora de entrevistas, terapias, etc...
- Más organización en los fines de semana.

L. Otras afirmaciones y/o sugerencias.

- El programa de tratamiento en Manuene es excelente y difícilmente mejorable.
- Ninguna (4 personas).
- Para mí fue un cambio muy radical, porque dejé de tener el más mínimo control sobre mí y eso me agobió muchísimo.
- Separación de los chicos y de las chicas.
- Más importancia al compañerismo (2 personas).
- Más comprensión para la gente más marginada.
- Creo que el programa está bastante bien y pienso que sí ayuda.
- Yo propondría que el tratamiento se llevara a cabo con valor, sinceridad y respeto, como si de ello dependiera tu vida.
- Ya es positiva la casa tal como es.
- Mi opinión es que no hace falta besar a nadie.
- El tratamiento fue bueno, pero me hice amigo de amigos desaconsejables y volví a las drogas. Hoy en día hace más de un año que no las pruebo. Así que no sugeriría nada, quizás seguimiento al acabarlo.
- Fue suficiente.
- Encuentros periódicos entre las personas que han convivido más directamente en Manuene.
- Que se tratara de convencer al grupo de la ayuda, confianza, protección y secreto de grupo hacia los problemas de los demás.
- El tratamiento está muy bien.
- En general el tratamiento es bastante bueno.
- Facilitaría el contacto con la gente que nos ha ayudado en actividades deportivas.
- Invitación o propuesta para hacer de "voluntarios" en actividades de apoyo a aquellas personas, que una vez acabado el tratamiento, lleven una vida normalizada.

- Creo que todo lo que se hace en Manuene es bueno si se quiere cambiar. La exigencia, las normas, el respeto y la convivencia fueron claves para mí y sobre todo la honestidad y la transparencia.

C. Algunas conclusiones de los resultados del cuestionario de pacientes.

Podemos constatar, según los resultados estadísticos obtenidos, que el tratamiento en la comunidad terapéutica Manuene ha mejorado la calidad de vida de las personas que lo han realizado. La calidad se aproxima al 100% en cuanto a la satisfacción.

Sin embargo, si desglosamos el tratamiento en todos aquellos programas que lo conforman, podemos observar algunas cuestiones que los pacientes describen en las preguntas abiertas del cuestionario.

Si las “terapias de grupo” parecen ser útiles en el proceso de tratamiento para introducir cambios en las actitudes hacia un menor consumo de drogas, en las “sugerencias a la intervención psicoterapéutica” se insiste en la necesidad de que haya una “atención más personalizada”, traducido en más terapias de tipo individual y/o un seguimiento más individualizado del tratamiento. También se propone la posibilidad de elegir el profesional para dicho seguimiento. Estas ideas, que también se recogen en las sugerencias a la intervención educativa, podrían traducirse en la incorporación de “tutorías individuales” en donde se valorase la marcha del tratamiento y donde el paciente podría elegir al profesional del equipo para poder realizarlo.

La idea de un tratamiento más individualizado se expresa, así mismo, en los datos observados en el cuestionario de familias.

Por otro lado, los programas que más influyen en los cambios personales son: “terapias de grupo”, “asambleas” y “responsabilidades de trabajo”. Una de las características que se plantea en las asambleas y en las responsabilidades de trabajo es todo aquello que tiene que ver con la “exigencia personal”, traducido en esfuerzo personal y exigencia cara a los demás en el cumplimiento de las normas, incluso, éstas recogen la opinión del 30% de los pacientes que dicen que han sido útiles y han influido en el proceso del cambio personal.

Los datos nos revelan que el 96% considera el tratamiento de mucha exigencia, sin embargo, esta exigencia no parece relacionarse con la percepción de mejora por parte del grupo de pacientes. Esta mejora tendría que ver con un menor consumo de drogas, una mayor probabilidad de encontrar trabajo, una mejora en la situación judicial, en la situación físico-orgánica y en la situación escolar.

Sin embargo, sí que parece relacionarse con la calidad de la atención, donde el 60% que dice que ha habido muy buena calidad de atención, piensa que el programa es bastante exigente.

Siguiendo con esta idea sería necesario abrir un proceso de reflexión sobre el concepto de “exigencia” que hasta ahora se ha venido desarrollando, posiblemente habría que introducir cierta “flexibilidad” que sin quitar protagonismo a los programas que mayor porcentaje representa, nos acerque más a la realidad del paciente hoy en día.

En las “sugerencias a la intervención educativa” se señala la necesidad de una mayor flexibilidad en las normas, insistiéndose en el seguimiento personalizado, y un mayor acercamiento del paciente a la participación en el funcionamiento del centro. Son los menos los que proponen una mayor exigencia en el trabajo o una disciplina más rígida en cuanto a las normas.

Una apreciación a tener en cuenta, en este sentido, es que esta “flexibilidad” que se demanda no puede, ni debe entrar en contradicción con los “principios educativos” explicados en capítulos anteriores. En estos se hace mención a la necesidad de educar en el valor del “esfuerzo personal”. Este tipo de valores tan en desuso en la sociedad actual hace que las intervenciones educativas basadas en estos valores puedan entrar en contradicción con los valores predominantes de la calle. Sin embargo, es necesaria la creación de modelos estables que den seguridad en el proceso de tratamiento, seguridad basada en límites normativos, respeto a la persona y aprendizaje de la “capacidad de lucha”, de “sufrimiento” y “exigencia personal”; todo ello con el objetivo de hacer frente a problemas futuros una vez finalizado el tratamiento.

En general, los cambios personales más importantes que se producen durante el tratamiento son: tener mayor conciencia de los problemas personales, es decir, acercarse a la realidad individual de cada cual; relacionarse mejor con la familia, dejar de consumir drogas y tener más confianza en sí mismo.

Se gana en confianza en la medida que el paciente se va enfrentando a los conflictos cotidianos en la comunidad terapéutica y esta confianza está apoyada por el grupo de pacientes y fortalecida por el equipo de profesionales. Sin embargo, una vez que finaliza el tratamiento, tanto el apoyo del grupo como del equipo desaparece y es necesario hacer frente a los conflictos con los recursos personales que se han aprendido y/o desarrollado en Manuene.

En este sentido se recogen las opiniones de los pacientes cuando expresan la sensación de vacío cuando finaliza el tratamiento o la necesidad de estar más en contacto con el centro. Parece necesario reforzar la confianza personal para poder funcionar con cierta normalidad en la calle.

Las sugerencias que se recogen en cuanto a la finalización del tratamiento son las que coinciden con la idea de una inserción más progresiva y de un mayor seguimiento a la hora de finalizar la estancia en Manuene. Hasta ahora la finalización del tratamiento se celebraba mediante una fiesta de despedida en la cual el grupo de pacientes, mediante recursos artísticos, dramatizaciones y técnicas creativas, expresaba el trabajo desarrollado por la persona homenajada. Posteriormente a la salida pocos encuentros se seguían manteniendo con el centro. Sería necesario mejorar la salida en el sentido que sea más progresiva y que los contactos con la comunidad terapéutica sean más periódicos.

Si en un principio se pensaba que esta incorporación social se desarrollaba en las fases de salida durante los fines de semana, en la actualidad se demanda un mayor seguimiento fuera del contexto del tratamiento. Esta idea queda muy bien plasmada en la siguiente sugerencia: “Una vez terminado el tratamiento se podría tener un contacto más directo con el equipo, porque terminas y la cosa es muy fría; estás en Manuene con una actividad muy intensa y terminas y te encuentras vacío”.

En este sentido, habría que habilitar la comunidad terapéutica para que funcionara para los pacientes en últimas fases de tratamiento, de forma más flexible como si de un centro ambulatorio se tratara, posibilitando un trabajo combinado interno y externo a la comunidad.

Por otro lado, una vez finalizado el tratamiento, mantener contactos periódicos con el equipo.

Otra de las sugerencias expresadas es la que tiene que ver con el aprendizaje para aprender un oficio. Está claro que el objetivo de la comunidad terapéutica no es que el paciente aprenda un oficio, sin embargo, sí constituye un área importante de trabajo personal y por ello se facilita en etapas finales del tratamiento los contactos para posibles cursos y/o trabajos que pudieran surgir.

Los datos estadísticos sobre el “seguimiento a la finalización del tratamiento”, confirman que el 42% de la muestra hubiera necesitado un seguimiento de tipo psicoterapéutico. Este seguimiento que se realiza con el terapeuta en el Centro de Salud Mental, no parece que cubra las expectativas de los pacientes.

Tanto la necesidad implícita de un mayor seguimiento, como las continuas sugerencias a mantener un mayor contacto una vez finalizado el tratamiento, parecen indicar una clara petición de crear formalmente tanto encuentros posteriores al alta en la comunidad terapéutica, como grupos de apoyo para la inserción social.

La relación del grupo de pacientes con el equipo de profesionales se considera altamente positiva. El 72% de la muestra opina que hubo buena comunicación. Sin embargo, se sugiere que habría que mejorar los criterios de intervención de manera que fueran más uniformes dentro del equipo. Todo esto apunta a la necesidad de una mayor coordinación. No basta un buen trabajo profesional a nivel individual, sino, que es importante recuperar uno de los ejes fundamentales de la intervención en Manuene que se refiere al trabajo interdisciplinar del equipo, ya explicado en capítulos anteriores.

En cuanto a la “entrevista de admisión”, a pesar de que el 68% de la muestra considera que dicha entrevista sirvió para explicar los problemas personales, sí que se sugiere una mayor calidez y más tiempo para poder expresar mejor estas cuestiones.

Referente a la participación de la familia en el tratamiento, el 63% de la muestra opina que fue muy importante; este porcentaje no hace sino confirmar el resto de los datos estadísticos donde se señala la satisfacción por los “grupos familiares”, por la buena comunicación con la familia conseguida durante el tratamiento y cómo esta positiva relación ha influido en cambios actitudinales de los pacientes. De hecho se señala como uno de los cambios más importantes producidos, esto es, relacionarse mejor con la familia.

Sin embargo, a pesar de que la propuesta desde Manuene es la de un compromiso por parte de la familia de apoyo al tratamiento, esto no parece significar que se produzcan cambios en el seno del sistema familiar; así se expresa en los datos estadísticos donde tan sólo el 5% contesta afirmativamente sobre un cambio en la organización familiar y un 11% en el reparto de responsabilidades. Incluso el 12% afirma que no se ha producido ningún cambio. Esta situación nos hace pensar en la necesidad de reformular el trabajo con las familias para lograr una mayor implicación en el tratamiento lo que se podría traducir en aumentar el contacto con las mismas, tanto a nivel terapéutico, como informativo y explicativo del compromiso familiar.

Por otro lado, será necesario reflexionar para dar una respuesta lo más adecuada posible a los pacientes cuyas familias por su problemática social son pasivas a la intervención desde la comunidad terapéutica. Partiendo de la importancia del “acompañamiento familiar” en el proceso de tratamiento sería necesario prever que si la familia de origen no responde a las expectativas del tratamiento habría que buscar otras personas de referencia ligadas al paciente y que puedan colaborar e implicarse en dicho proceso.

A partir de estas valoraciones, podríamos extraer algunas conclusiones como:

- Parece ser que el cambio más importante producido en el proceso de tratamiento, tiene que ver con “tomar mayor conciencia de los problemas personales”, seguido muy de cerca con el hecho de “dejar de consumir drogas” y “relacionarse mejor con la familia”.
- Claramente el tipo de programa que más parece influir en los cambios personales son las “terapias de grupo”, seguido a cierta distancia por las “asambleas” y “responsabilidades de trabajo”.
- La totalidad de los pacientes parece estar de acuerdo en cuanto a la calidad de atención obtenida en la comunidad terapéutica Manuene.
- Al igual que las familias, la mayor parte de los encuestados estaría de acuerdo con una finalización más progresiva del tratamiento.
- Así mismo, y coincidiendo con las familias, muchos propondrían un seguimiento más directo una vez finalizado el tratamiento.
- Se insiste en la necesidad de un tratamiento más individualizado, tanto en el nivel de terapias como de tutorías.
- Casi todos están de acuerdo en la necesidad de una mayor preparación socio-laboral durante el tratamiento.

- Son diversas las opiniones en cuanto a la flexibilidad de las normas, sin embargo, sí parece importante realizar una revisión de las mismas.
- Así mismo, se recoge la opinión de realizar un trabajo más coordinado entre el grupo de pacientes y el propio equipo.
- También parece necesaria una revisión de las salidas de los fines de semana, en cuanto, a un mayor control, por una parte y, por otra, a la necesidad de adecuar las salidas a los objetivos del tratamiento.
- Por último, es necesario reformular el trabajo que se desarrolla con las familias de cara a una mayor implicación de las mismas en el tratamiento.

CAPITULO 6: ESTUDIO CUALITATIVO: LAS ENTREVISTAS PERSONALES.

Introducción.

Una vez realizado el estudio sobre la base de los cuestionarios recibidos de las familias y pacientes, y analizados los primeros resultados, vamos a plantear un tercer eje de investigación basado en métodos cualitativos, para contrastar los datos de los indicadores propuestos a través de una serie de entrevistas personales realizadas a diez familias elegidas al azar.

Los métodos cualitativos, según Ruiz Olabuénaga (1996, p. 31) se realizan desde los siguientes principios:

- a. “Entrar dentro del proceso de construcción social, reconstruyendo los conceptos y acciones de la situación estudiada, para:
 1. Describir y comprender los medios detallados a través de los cuales los sujetos se embarcan en acciones significativas y crean un mundo propio y de los demás.
 2. Conocer cómo se crea la estructura básica de la experiencia, su significado, su mantenimiento y participación a través del lenguaje y de otras construcciones simbólicas.
 3. Recurriendo por ello a descripciones en profundidad, reduciendo el análisis a ámbitos limitados de experiencia, a través de la inmersión en los contextos en los que ocurre.
 4. Las investigaciones estandarizadas comparativas, los experimentos de laboratorio, son en este caso rechazados por la necesidad que siente el investigador de hacerse sensible al hecho de que el sentido “nunca puede darse por supuesto” y que está ligado a un contexto”.

Estos supuestos resaltan la idea de investigar desde la propia experiencia del individuo, a través del diálogo y de la interpretación, con el propósito de transformar y mejorar la vida de los implicados en dicha investigación.

Los modelos más significativos de los métodos cualitativos son:

- La investigación-acción que se desarrolla como una actividad reflexiva. Según indica Panchón (1998), se le atribuye a Lewin (1944) ser el creador

de la investigación-acción, de la que podemos señalar algunos aspectos importantes:

- Análisis.
- Recogida de datos y conceptualización de los problemas.
- Programas para planificar la acción.
- Ejecución de los mismos y de nuevo recogida de datos para evaluarla.

Las características en las que se basa son:

- Carácter participativo.
- Impulso democrático.
- Contribución simultánea al cambio social y a la ciencia social.

- El modelo cualitativo fenomenológico basado en la intuición que arranca de vivencias subjetivas de la conciencia. Sigue tres fases: liberación de prejuicios, descripción sencilla y completa del fenómeno y comprensión de lo descrito (Fermoso, 1994).

- El modelo cualitativo etnográfico cuyo objetivo se centra en la descripción del modo de vida de una población o grupo de individuos. Tal como indica Rockwell (1991) “el objeto de la etnografía es describir las múltiples formas en que los seres humanos han logrado sobrevivir, vivir y darle sentido a la vida” (Pérez Serrano, 1993: 280).

El etnógrafo se interesa no sólo por lo que aparece, sino por lo que hay detrás, es decir, por el punto de vista del sujeto y la perspectiva con que éste ve a los demás.

Las técnicas más utilizadas en las metodologías cualitativas son, por tanto, la investigación etnográfica, la ecológica, la observación participante, la técnica de la triangulación (propuesta de varias estrategias y técnicas para conseguir mediante la confluencia de varias miradas dialogantes evitar el sesgo potencial de una única presencia interpretadora), la entrevista en profundidad, el estudio de casos, las historias de vida y las biografías.

Nos interesa valorar de forma cualitativa la eficacia del tratamiento en la comunidad terapéutica Manuene, para ello utilizamos una metodología

basada en las “historias de vida”, en donde nos vamos a centrar en el periodo concreto de la vida de la familia y del paciente antes y después del paso de éste por la comunidad terapéutica. Vamos a ver cómo se desarrolla la historia familiar y personal, y cómo transcurre en la actualidad. Teniendo como marco este proceso vamos a utilizar el propio cuestionario enviado como guión para iniciar la conversación y centrarnos en la experiencia del sujeto a su paso por Manuene.

Tal como señala Sarabia(1985), existen tres criterios que se pueden seguir: un primer criterio tendría como característica esencial la “historia de vida total” del sujeto, en donde se trabaja con toda la vida del sujeto. Un segundo criterio sería el “temático”, en donde se sigue un determinado tema a lo largo de la vida del sujeto, que sería nuestro caso en donde vamos a analizar la toxicomanía, el tratamiento en Manuene y su evolución posterior y un último criterio que sería la biografía “preparada” por el investigador para facilitar la selección de material. Conviene señalar que la mayoría de las historias de vida hacen necesario algún tipo de recorte y ordenación.

Para elegir las diez familias, hubo que realizar veintidós contactos, doce familias declinaron la invitación por motivos diferentes, o bien, no se pudo establecer relación con las mismas. Las conclusiones a las que se llegó en referencia a las variables estudiadas fueron las que a continuación se describen.

6.1 Sobre la exigencia del tratamiento hacia las familias.

La mayor parte de las familias entrevistadas está de acuerdo en que el tratamiento ha sido exigente, de hecho el 63% de las familias opina que el tratamiento ha supuesto bastante exigencia, es decir, todo el esfuerzo encaminado al seguimiento del paciente, acompañamiento, cumplimiento de las normas durante los fines de semana y en las salidas, asistencia a reuniones, grupos familiares y terapias.

En las entrevistas efectuadas hay familias que confirman este esfuerzo, incluso en alguna respuesta se aprecia cierta queja referente a la necesidad de acompañamiento familiar, como:

- *“Hombre, a veces igual sí, eso de ir hasta allí. Yo cuando acompañaba a mi hermano, mis hijos eran pequeños e iban al colegio y tenía que dejarles por las mañanas para acompañarle al centro ambulatorio, igual cuando tenía que hacerse análisis de sangre, mi madre estaba trabajando y todo corría de mi cuenta, a ese nivel sí que me supuso mucho esfuerzo. A veces llamaban de Manuene para acompañarle y me venía muy mal, me decían que no podían acompañarle y que tenía que ir yo, a ese nivel muy mal, y luego tan lejos...”*

Y otras que declaran esta exigencia:

- *“Sí, fue a gusto, pero fue esfuerzo, yo hubiera hecho el tratamiento más duro, con más disciplina, porque creo que la hace falta”.*
- *“Yo creo que sí, bastante esfuerzo. Para nosotros fue un poco agobiante, pero bien. Yo tuve que dejar de trabajar”.*
- *“Bueno, responde la madre, pues sí, supuso esfuerzo”.*

Pero, muchas de ellas expresan que no lo consideraron demasiado exigente y lo vivieron como un esfuerzo positivo de cara al paciente. Es decir, apreciaban que su interés en participar en el tratamiento mejoraba las expectativas de “curación” del paciente. Así podemos señalar las siguientes opiniones:

- *“Para mí estuvo muy bien, contesta la madre, no me pareció exigente, ni me pareció esfuerzo ir allí”.*
- *“Pues no, con tal de que él no se echara atrás, responde el padre. Nosotros lo hacíamos con gusto, íbamos en autobús hasta Bilbao y allí cogíamos otro hasta Manuene”.*
- *“No, encantada de la vida, con tal de verles a ellos que salgan a flote...”*
- *“No supuso mucho esfuerzo, responde la hermana, lo que supone quitarte tiempo para dedicárselo a tu hermano, desde luego es una responsabilidad que lleva tiempo”.*
- *“No, para nosotros no, responde el padre, para mí era un rato bueno ir allí, íbamos a gusto, tanto aquí en el centro ambulatorio, como en Manuene. A Manuene más a gusto, sigue la madre, porque veíamos que esto iba para delante”.*

6.2 Sobre la exigencia del tratamiento hacia el paciente.

El 83% de las familias opina que el tratamiento para el paciente ha sido bastante exigente, de hecho se puede apreciar en las entrevistas el valor que se da al aprendizaje de una disciplina personal, a través de las normas.

- *“Hubiera venido mejor un incremento de disciplina a todos, dice el padre”.*
- *“Yo creo, dice la hermana, que la disciplina, el hecho de coger una serie de responsabilidades que luego las aplique a la vida normal, yo creo que ese tipo de cosas le vienen bien. En casa contaba las anécdotas: que si no he hecho bien la cama,...Comentaba que el hecho de tener una obligación le motivaba, le iba bien. A mí me gustaba que fuera responsable de otras personas, el que viera que una persona hacía algo que no estaba dentro de las normas y cómo acusaban a esa persona, sabiendo que mañana lo podía estar haciendo él, esto me lo ha comentado varias veces. Eso sí que es interesante porque yo le decía si ayer te han recriminado una serie de cosas, cómo tú vas y lo haces hoy...”*
- *“La disciplina fue lo que más la ayudó, dice la madre”.*
- *“Sí, aunque ella diga que no, dice el padre, las normas, porque de normas no es y allí las hacía, al menos parecía que las seguía”.*

Otras familias valoran que el tratamiento era más exigente y más eficaz antes que ahora, dando mucho valor al esfuerzo que hay que realizar para hacerlo.

- *“En el primer tratamiento, sigue la madre, vi cosas muy duras, como, por ejemplo, una chica que llevaba piedras, andaba subiendo piedras de arriba para abajo, otra cosa era cavar el hoyo aquel,..., vi cosas, que yo las entendía, pero todo el mundo se quejaba en aquel tiempo de que era demasiado duro, ahora, yo pensándolo, igual es que soy más exigente, me gustó más aquel tipo de tratamiento por la dureza, sin embargo ahora es más blando, dentro de lo que les cuesta, porque ellos son un poco rebeldes para hacer las cosas”.*
- *“No han hecho nunca un esfuerzo, dice el padre”.*
- *“Entonces protestan por todo, dice la madre, me gustaba antes más el tratamiento por su exigencia, vi cómo limpiaban las tablas con cepillo, lejía y jabón, en los ratos que me ha tocado estar esperando”.*
- *“Ahora es igual demasiado suave, dice la madre, a mi modo de ver”.*
- *“Son personas que nunca han hecho un esfuerzo, dice el padre, cuando han tenido una pequeña pega se han ido a drogar. Los trabajos les cuesta un esfuerzo, sigue el padre,*

eso que haya alguien que les mande y les diga lo que tienen que hacer, no les gusta nada, si no hay un orden, unas leyes, imagínate lo que sería que cada uno hiciera lo que se le antojase,...”

Esta valoración es igualmente importante en opinión de los propios pacientes, de hecho el 96% de los pacientes es de la opinión que el programa de tratamiento en la comunidad terapéutica Manuene es muy exigente (36%) o bastante exigente (60%).

- *“Mi hermano ha dicho que a él la disciplina que hay que sí, que ha sacado mucho provecho de todo eso, le ha servido para mucho, cuando ha estado en otros sitios sin que le digan a él nada ya sabía lo que tenía que hacer. Creo que la disciplina le ha servido, lo que pasa que él no quiso seguir adelante y volvió a la droga, pero todo eso le ha servido”.*
- *“Para mí, al principio, sí que fue exigente, pero luego cuando una persona se acostumbra, no es exigente, se pasa pronto los días, yo lo pasé bien”.*
- *“Bueno, él se quejaba que eran muy duras las normas, pero las acataba”.*
- *“Fue bastante duro, ya que siempre he hecho lo que he querido y allí con las normas se me hizo difícil, una disciplina, unos horarios, una limpieza, todo eso que tiene Manuene,... fue esto lo que más me costó. Sin embargo, viéndolo desde fuera y hoy en día, no las cambiaría”.*
- *“A mí me pareció muy duro, las dos primeras veces quería un milagro, que me diesen con la “varita” y curado; la tercera vez me ha costado mucho. Lo he visto más flojito la última vez, no sé si era que he tenido ganas de hacer las cosas, pero me ha parecido más flojo. La primera vez que estuve me pareció muy duro, también tenía 19 años y no tenía muchas ganas,...”*
- *“Sí, es un esfuerzo separarte de tu ambiente, convivir con gente y tener que hablar de cosas que no se suelen contar”.*

6.3 En referencia al tipo de cambio personal que se ha producido en el paciente.

Hay coincidencia sobre la mejora de la relación con la familia, tanto en los resultados, el 64% de las familias piensa que ha mejorado en este sentido, como en la información resultante de la casi totalidad de las entrevistas. Se

afirma que el tratamiento ha servido para que el paciente se comunique mejor con la familia.

- *“Se ha abierto mucho conmigo, dice la madre, de lo que ha sido a lo que es, habla las cosas, yo también entiendo más ahora que antes, ella está más razonable conmigo, hablamos de más cosas ahora...”*
- *“Sí, aprendió a convivir mejor con nosotros, la estancia fue positiva nos acercamos más a él, ahora está mejor a nivel de comunicación, está mejor con los hermanos. Yo quedé encantada, porque al principio piensas que eres tú sola y en los grupos te das cuenta de que no. También él ayudó a la familia”.*
- *“Teníamos más diálogo, hablábamos más las cosas. Ahora, a pesar de que está fuera, siempre llama por teléfono”.*
- *“Sí, mucho, no parecían ellos, estaban más cariñosos, hablaban más, estaban más abiertos, como la mente cambiada y mi marido decía: “parecen que no son ellos”. Qué contentos estábamos...”*
- *“Yo creo que sí, responde la madre, más relación en casa, de hecho sus hermanos, él lo puede decir, le aceptan, lo que no aceptan es el consumo, en cuanto saben que hay un consumo, ya está el lío armado. Hay mucho más trato incluso con los hermanos que estaba más distanciado”.*
- *“Por lo menos, continúa el padre, habla más, se expresa más, antes no hablaba nada. Se relaciona más”.*
- *“Al principio, explica la madre, cuando comenzó a salir no daba explicaciones y luego hablaba muchísimo, pero ahora se ha ido enfriando. Yo recuerdo una vez que estuvo una amiga mía y estaba asustada de lo que hablaba, contándole cosas, pero luego, nuevamente hubo que sacarle las cosas con sacacorchos”.*

En las entrevistas hay familias que afirman que el tratamiento ha ayudado a que el paciente se encuentre más tranquilo y con menos ansiedad.

- *“Se le ha visto más calmada, responde un padre, más tranquila”.*
- *“Sí, lo encontrábamos más tranquilo, responde el padre, estaba despreocupado de todo el tema de drogas”.*
- *“Me vi más capaz de enfrentarme con la gente, de dialogar más con la gente...”*
- *“No sabría decirlo pero yo me veo muchos cambios, dice un paciente, sobre todo de pensar, de si voy a hacer algo, valoro los pros y las contras, de pensar antes de hacer las cosas, en el trabajo, a la hora de hablar con mi familia, más tranquilo a la hora de hablar con la gente”.*

6.4 Sobre el tiempo de tratamiento.

La mayor parte de las familias piensa que fue el adecuado (65%); sin embargo, en las entrevistas realizadas no hay ninguna mayoría que se incline sobre este aspecto. Así hubo familias que lo consideraron más largo de lo esperado:

- *“No sé, responde la madre, fue más largo de lo que esperábamos, desde luego. Nos pareció mucho por la cuestión de las niñas, cerca de nueve meses”.*

Y, para otras más corto de lo que hubieran deseado:

- *“Yo creo, dice la madre, que igual poco tiempo”.*
- *“Sí, también pienso que fue poco, yo hubiera estado más tiempo”.*
- *“No, no me pareció mucho tiempo, más bien poco, un poquito más hubiera ido mejor, me pareció que estaban muy deteriorados, igual hubiera hecho falta un año, en vez de los ocho meses que estuvieron...”*
- *“Yo más bien diría que insuficiente, un poco más de tiempo no hubiese perjudicado en absoluto”.*

Esta respuesta tan clara nos hace pensar en el valor de un ambiente “normalizado” para aquellos pacientes cuyas familias provienen de barrios conflictivos y marginales. La comunidad terapéutica ofrece, en estos casos, recursos materiales que, a veces, están lejos de la propia realidad del paciente. Esto unido a la implicación en la cultura de la comunidad puede suponer que las etapas finales se vivan con verdadera angustia ante la separación de este espacio protegido y afectivamente seguro.

Por último, hay familias que responden que el tiempo fue el adecuado:

- *“Nos pareció un tiempo normal, responde la madre”.*
- *“No, creo que estuvo diez meses, pero no me pareció ni largo, ni corto”.*
- *“Yo, dice la madre, pienso que fue bien, estuvo un año y yo lo vi bien”.*
- *“Bueno, largo no me pareció, responde la madre, estuvo alrededor de catorce meses, no sabía cuál sería el tiempo exacto y si ella lo aceptaba y seguía adelante, el tiempo me parecía bien”.*

Para los pacientes, las opiniones que se recogen en las entrevistas son igualmente variadas, así podemos apreciar que hay pacientes que les pareció poco tiempo:

- *“Sí, yo también pienso que fue poco, yo hubiera estado más tiempo”.*
- *“Yo creo que para mí la estancia fue corta, no sé de qué manera se podría alargar un poco más, para mí fue corto...”*

Y para otros largo:

- *“Al principio se me hizo bastante largo hasta que vi cómo era el funcionamiento, tampoco pensaba que iban a ser tantas normas a seguir”.*
- *“A mí se me hizo largo, muchas normas, aquello es como un invernadero, estás separado del mundo exterior, muchas normas que tendrán su importancia, pero igual para mí en ese momento me parece una bobada, a mí se me hizo interminable, la suerte que tuve era que la propuesta siempre era con valoración, siempre me decían tres meses más, no me decían ocho meses de golpe, y yo lo prefería así, si me hubieran dicho ocho meses igual no hubiera podido, cuando me decíais tres meses más y siempre pensaba sólo quedan tres meses...”*
- *“A mí me pareció un poco largo, pero luego cuando se acercaba el final, me parecía como que no”.*
- *“A mí el tiempo ahora que han pasado tantos años me pareció el justo y necesario, ahora bien, pienso que menos tiempo también me podría haber marchado tranquilamente. El tiempo sí que fue largo y pensaba, cómo no me dejen irme, me marchó, pero por otra parte, pensaba que me dejen ir ya, que me digan ellos, no quería tirar la toalla”.*

6.5 Sobre las fases del tratamiento.

En cuanto a las fases del tratamiento el 61% de las familias considera que fueron adecuadas. Las familias entrevistadas coinciden en esta consideración y afirman que las salidas progresivas durante los fines de semana fueron las apropiadas.

Es importante señalar la insistencia en la necesidad de permanecer en la comunidad terapéutica un tiempo antes de salir los fines de semana. Así recogemos las siguientes opiniones de las familias:

- *“Yo creo, contesta una madre, que tienen que salir cuando estén un poco más controlados, que estén más calmados, que salgan con otra estabilidad”.*
- *“Si vienen aquí, dice el padre, y salen al primer domingo solos, eso lo veo muy mal”.*
- *“Porque no están bien, puntualiza la madre”.*
- *“Al cabo de cierto tiempo, continúa el padre, cuando se vea que están bien, entonces sí”.*
- *“Cuando se valore que ya se puede tener un poco más de confianza en ellos”.*
- *“Sabe lo que pasa, que si sale los fines de semana pronto y luego hay que estar con él las 24 horas del día, eso es un palo, responde una hermana”.*

Así mismo, los pacientes con los que hemos hablado, también opinan lo mismo:

- *“Si llevas una semana allí y el fin de semana vas para casa, pues no sé, te encuentras poco preparado. Yo estuve tres meses antes de ir a casa y me pareció bien, y luego, según te vayas encontrando, empezar a salir poco a poco”.*
- *“Necesitamos un periodo de adaptación para poder salir a la calle, incluso más tiempo. Yo comencé a salir después de cuatro meses e igual hubiera necesitado algún fin de semana más. Cuando sales ya te notas un poco cambiado...”*
- *“Yo creo que aunque pueda parecer una contradicción, cuando estás ahí quieres salir cuanto antes, pero a mí me parece muy positivo estar algún tiempo aislado, por decirlo de alguna manera. Uno de los recuerdos que más tengo de Manuene son los fines de semana cuando salíamos con los de la casa. Salir desde el primer fin de semana no me parece adecuado”.*
- *“A mí me parece un poco peligroso que un chaval que acaba de entrar ahí se marche desde el primer fin de semana a casa. Yo como persona toxicómana sé que el primer fin de semana voy a casa y sé que la lío ese mismo fin de semana, porque no sabes aún donde estás, no entiendes nada. Yo no sería partidaria”.*

6.6 Cuestiones que el tratamiento ha mejorado en el paciente.

Sobre las mejoras conseguidas, el 71 % de las familias tiene la percepción de un descenso en el consumo de drogas. Este dato parece confirmarse en

las entrevistas, pero sigue habiendo un consumo esporádico bien de heroína y más habitualmente de alcohol y hachís.

Así se demuestra en los diez casos estudiados, el contacto con las drogas ha disminuido pero se sigue manteniendo cierto consumo. En este sentido, recogemos las siguientes opiniones:

- *“El tratamiento, dice una madre, ha mejorado la situación de mi hija referente al consumo de drogas, cuando finalizó estuvo mucho tiempo sin consumir. Luego, tuvo dos recaídas. Una al año de salir de la comunidad terapéutica y una segunda a los dos años. Se puso en contacto con el Centro Ambulatorio y en la actualidad está bien y contenta”.*
- *“Yo no voy a quitar, dice un antiguo paciente, que fumo chocolate, pero ya no me pincho, ni pienso hacerlo jamás, después de cinco años enganchado he llegado a la conclusión de que no merece la pena. Desde que acabé Manuene he tenido días malos como todos, pero no me he puesto más...”*
- *“Sí, dice una madre, a raíz del tratamiento dejó de consumir drogas. El siempre dice que no consume, desde luego está muy guapo. No se le ve como cuando empezamos el tratamiento que estaba mal, desaliñado...”*
- *“Sí, contesta un antiguo paciente, el tratamiento me ayudó a no consumir cuando finalicé, pero después volví a recaer y ahora consumo de vez en cuando”.*
- *“Cuando salieron de Manuene, responde una madre, estuvieron los dos hermanos mucho tiempo sin consumir. El pequeño fue a un piso de inserción, pero más tarde comenzó a consumir y lo echaron del piso”.*
- *“Lo que más ha mejorado, dice una madre, es el descenso en el consumo de drogas, pero alcohol sí que consume y, a veces, bastante”.*
- *“Estuvo bien, alrededor de tres o cuatro años sin consumir, dice el padre, pero luego volvió a recaer, no como antes, pero no dejaba de hacerlo., yo pienso que volvió con la misma gente, los mismos amigos, las compañías...Luego, volvió a dejarlo, sigue la madre, pero ha tenido bastantes recaídas, incluso, hoy en día no está bien. No todos los días, porque ahora está trabajando, pero hace diez o quince días consumió”.*

Sobre la mayor probabilidad de encontrar trabajo vemos también que de los diez casos entrevistados, tres de ellos consiguieron trabajo a través del tratamiento. En los datos estadísticos el 48% de las familias dice que el tratamiento favoreció esta probabilidad. En este sentido cabe recalcar la importancia que las familias dan a la necesidad de una preparación en el ámbito socio-laboral. Esto aparece reflejado tanto en los datos

cuantitativos, como en las preguntas abiertas y, también, en las entrevistas personales, según vemos a continuación:

- *“Cuando finalizó el programa de tratamiento fue a trabajar a Renfe a través del propio programa, dice la madre, un mes antes de finalizar el contrato lo dejó para ir a otro trabajo donde tenía contrato para dos años”.*
- *“Sobre el trabajo, fatal, tendrían que darle una oportunidad para encontrar trabajo, dice una hermana”.*
- *“Cuando finalicé, dice un antiguo paciente, estuve un año en el grupo socio-laboral de Manuene, tuve unas cuantas entrevistas, pero hasta al momento sólo he trabajado seis meses en Valladolid y me fui porque echaba en falta esto”.*
- *“Cuando finalizó Manuene, responde una madre, lo metieron a trabajar en la construcción y estuvo un año trabajando, luego marchó de ahí”.*

En otras variables estudiadas, como la mejora de la situación judicial o de la situación escolar, aparecen opiniones para todos los gustos. Para unos el tratamiento favoreció la resolución de las penas judiciales y para otros no tanto; igualmente ocurre sobre la situación escolar en donde cuatro de los entrevistados pudieron alcanzar la titulación de Graduado Escolar. Sin embargo, no parecen ser tan significativas para las familias como las anteriores cuestiones. Recogemos algunos comentarios.

- *“La situación judicial mejoró muchísimo, responde un paciente, antes de entrar en Manuene tenía igual cuarenta y tantas causas por atracos casi todas, según iban saliendo, allí en Manuene, se me quedaban todas en condicional”.*
- *“El Graduado Escolar ni lo tenía, ni lo tengo, dice un paciente. He estado en una Asociación después de finalizar el tratamiento, donde ha venido el educador que se ocupaba de esto en Manuene y me ha dicho que lo tendría que sacar. Me he arrepentido bastante de no haberlo hecho, de hecho en la empresa actual donde estoy trabajando me lo han pedido y he entrado porque el encargado es amigo mío, si llega a ser otra empresa no entro”.*
- *“El Graduado Escolar lo sacaron los dos hermanos en Manuene, dice una madre. El mayor lo sacó a la primera, fue una alegría...”*

Sobre la salud, recogemos esta opinión.

- Engordé y me puse fuerte, contesta un paciente, pero no sé las defensas que tenía entonces y luego, allí en Manuene comencé a hacerme análisis y a ponerme en tratamiento.

6.7 Importancia e interés de los grupos familiares.

Los grupos familiares han sido bien valorados por el 86% de las familias, lo cual coincide con la información que se desprende de las entrevistas; aunque hay alguna familia descontenta, la mayor parte ha expresado que se ha sentido acompañada en el proceso de tratamiento, que su problema era compartido y comprendido por el resto de las familias. Recogemos a continuación algunas opiniones.

- *“Los grupos familiares me gustaron, responde una madre, vas sacando conclusiones de lo que les pasa a otros, de lo que otros dicen”.*
- *“Gustar sí, dice un padre, lo que ocurre es que a veces no sabes qué decir”.*
- *“Yo creo que los grupos familiares han sido importantes, contesta una hermana, porque hablas y comentas cómo le ves...”*
- *“Los grupos familiares sí, dice una madre, eso me gustó, conoces a más familias, te desahogas un poco. A mí que me parecía que tenía el problema más grande y allí me di cuenta que ni más grande, ni más pequeño, cada uno es distinto y punto”.*
- *“En cuanto a los grupos familiares me ayudaron mucho, contesta una madre, yo estaba encantada con las charlas que daban allí..., bueno como todos los padres, todos estábamos muy contentos, la pena que no era para siempre...”*
- *“Nos pareció bien, dice un padre, los grupos de familias. Estábamos muy despistados todos, hablábamos de que no sabíamos que teníamos que hacer y confiábamos en lo que hacía el equipo de profesionales. Nos sentimos amparados, somos unos padres que tenemos un problema y, de repente, los otros padres también tenían el mismo problema, sin tener en cuenta situaciones económicas”.*

6.8 Factores del tratamiento que han ayudado en el cambio personal.

Un 84% de las familias afirma que el factor que más ha ayudado ha sido las terapias de grupo y el 54% de las mismas dice que las normas han

servido para la mejora personal del paciente. Este último concepto ha sido muy valorado en las entrevistas a través de expresiones como: "la disciplina es lo que mejor le ha venido" o "que le manden hacer cosas", etc..., como podemos ver a continuación.

- *"Las terapias han estado bien, responde un antiguo paciente, pero me han parecido pocas, yo creo que habría que invertir más horas en trabajar en las terapias que en trabajo físico"*.
- *"Mi hermano dice que a él la disciplina que hay en Manuene la ha sacado mucho provecho, responde una hermana, cuando ha estado en otros sitios, sin que le digan nada, ya sabía lo que tenía que hacer"*.
- *"Yo pienso que me ayudó un poco todo, dice un antiguo paciente, la gente, las terapias, el vivir cada día de forma diferente, encontrarme arropado con los amigos que haces..."*
- *"Las terapias me ayudaron mucho, responde un paciente, hablando te das cuenta de las cosas, ves lo positivo y lo negativo, al final cambias de idea, aunque no quieras la gente te lo hace ver, a veces te engañas y la gente te lo hace ver"*.
- *"Las terapias fueron importantes, comenta un padre"*.
- *"Las terapias, dice una madre, y también la disciplina. El trabajar y estar entretenidos les hacia bien"*.
- *"Los horarios, las normas, dice un padre, la posibilidad de aclimatarse a una dinámica concreta"*.
- *"Las terapias fueron importantes, comenta una madre, cuando le han hecho hablar, ahí es donde ha cambiado mucho"*.
- *"En general todo me sirvió, responde un paciente, pero sobre todo las terapias, tengo un recuerdo muy duro de las mismas"*.
- *"Las terapias ayudan mucho, responde una hermana, yo muchas veces digo que no tendríamos que dejar de ir. Sirvieron de aprendizaje y de ayuda"*.
- *"La disciplina fue lo que más ayudó a mi hija, contesta una madre"*.
- *"Yo creo, dice una hermana, que la disciplina, el hecho de coger una serie de responsabilidades que luego aplique a la vida normal, yo creo que ese tipo de cosas le viene bien"*.
- *"Yo creo que todas las normas, comenta una madre, le han venido muy bien para aprovecharlas en el día a día en la vida, lo que pasa que igual no las aprovechó todas al máximo"*.
- *"Recuerdo que el campamento volante fue muy positivo, eso no se me olvidará en la vida..., el otro día estaba viendo el vídeo que hicimos, de las cosas mejores que me he llevado de Manuene"*.

6.9 Sobre el trato recibido por el equipo de intervención.

En cuanto a la relación de la familia con el equipo, el 95% de las mismas opina que el trato recibido ha sido muy bueno o bueno; el 100% considera que tiene una muy buena o buena capacitación profesional y el 83% piensa que ha habido muy buena o buena comunicación. La información que se desprende de las entrevistas nos dice que la familia está satisfecha de esta relación, pero no así alguno de los pacientes entrevistados que hubiese deseado una mayor cercanía personal. Recogemos a continuación algunos comentarios.

- *“Para mí, dice una paciente, el trato con el equipo me pareció muy bueno, yo estaba contenta, me sirvió de ayuda, estaba ahí en todo momento”.*
- *“Muy contentos, dice una hermana, él nunca tuvo queja de nada”.*
- *“Conmigo siempre se han portado con mucho respeto, responde un paciente, me han ayudado y muy bien”.*
- *“Formidables, contesta una madre, una ayuda demasiado buena, más paciencia que nosotros con ellos”.*
- *“Ha sido excelente, dice una madre, demasiado bueno. Alguno era más duro en los grupos familiares, no en mal sentido. Muy contenta”.*
- *“Me ha parecido de maravilla el equipo, dice un paciente, me he dado cuenta, con tiempo, que me estaban ayudando”.*
- *“Muy bueno, responde un padre, me acuerdo del recibimiento en el porche, esto nos esperaba, era un trato muy cariñoso”.*

6.10 Sobre las necesidades al finalizar el tratamiento.

En donde sí hay acuerdo pleno es en la necesidad de una finalización más progresiva y que después del tratamiento se facilite un mayor contacto con la comunidad terapéutica, que el seguimiento no se ciña a citas puntuales en los centros ambulatorios. Se da mucho valor y se vive como garantía de mejora que los pacientes puedan seguir en contacto con el centro una vez finalizado el tratamiento.

Se recogen, en este sentido, las siguientes opiniones.

- *“A mí lo único que me da miedo cuando se desenganchan de todo, responde una madre, es que se creen que ya están bien del todo y tienes esa desconfianza en lo que estarán haciendo y les preguntas a ellos y como no te dicen nada pues ese es el problema, el miedo que te queda a que no estén bien, hasta les ves raros algunas veces, aunque no haya nada, y cuando les preguntas aunque haya algo ellos te contestas que están bien, hasta que les coges, en la última recaída ya se le veía que estaba mal, pero ella decía que estaba bien”.*
- *“Sí, sería necesario de vez en cuando podernos juntar, dice una paciente, y hacer una terapia sin padres, tanto los que hemos pasado por Manuene, como con los que están dentro para que vean lo que hay entre todos”.*
- *“Se echó de menos una finalización más progresiva, dice una hermana, porque si no tienes a nadie a quien contar tus cosas se encuentra sólo”.*
- *“Para mí, dice una paciente, sería ideal el contacto. Eso lo he pensado desde el principio, desde antes de salir de aquí. De repente sales de aquí y luego, ¿qué? Vas cada quince días o cada mes al Centro Ambulatorio y punto, me parece desconectar demasiado”.*
- *“Acabar de golpe y porrazo, contesta una madre, no me parece bien, le habría venido estupendamente igual no estar cinco días a la semana, pero sí dos. Pasa de mucha actividad a no tener nada que hacer”.*
- *“Pues igual más contacto, dice una madre, que hubiera ido una vez al mes”.*
- *“Sí, responde una madre, más contacto en cosa de terapias, o sea, eso sí que fue, como decirlo, como cuando a un crío le dan vacaciones en el colegio y ya no hace nada, ya no vuelve al curso siguiente al colegio. Fue una despedida dura la salida de Manuene, la fiesta y todo resultó duro pero luego te quedas ahí sin nada, ya no hubo nada”.*
- *“Igual haría falta unas terapias sueltas lo mismo con ellos que con los padres, contesta una madre, la verdad es que nosotros no sabíamos cómo actuar. Queda ahí un hueco que no sabes cómo llenarlo, eso, yo creo que sería necesario una terapia una vez al mes o así. Al llegar a casa parece que se encuentran como desplazados, como si faltara algo”.*
- *“Estás todo el día en movimiento, dice un paciente, y llegas a casa y notas como un vacío, estás todo el rato pensando en Manuene y en lo que tendría que estar haciendo, ahora la tisana, ahora trabajar en la huerta,..., y te ves que no estás haciendo nada”.*
- *“Cuando salen de un sitio así, contesta una madre, tendrían que tener algo para hacer, porque si no tienen trabajo se desbarajustan mucho”.*
- *“Sí, nos hubiera gustado una finalización más progresiva, responde la madre, haber estado en contacto con Manuene durante algún tiempo más”.*

6.11 Sugerencias que se hacen al tratamiento en Manuene.

- *“Las normas me parecieron algunas excesivas, dice una paciente, levantarnos tan temprano me parecía un poco fuerte, ir a la cama aunque no quieras..., un poco excesivo pero te acostumbras. Tener tiempo limitado para estar en el baño por las mañanas o porque al cocinero se le olvidara pedir las alubias para el día siguiente quedarnos todos sin comer, me parecía mal, a ver por qué si una persona ha cometido un error tiene que pagar todo el grupo por él. Todo esto podría ser más flexible”.*
- *“Que cuando finalicen, dice una madre, que le busquen un trabajo”.*
- *“Más terapias y más trabajo, responde una hermana, más terapias en Manuene siempre que él quiera”.*
- *“Repetir que lo más importante es la duración del tratamiento que debería ser más largo, por lo menos año y medio, dice una madre, y el trabajo. También, no perder el contacto, ir de vez en cuando sería interesante”.*
- *“Aparte de más tiempo, responde una madre, y de mantener más contacto con Manuene cuando finalizan y de que no saliesen los fines de semana, pues nada”.*
- *“Que no corten con la comunidad una vez que se van, contesta un padre, que tenga un contacto, algo, además pueden aportar su experiencia a la gente que esté en el centro en ese momento”.*
- *“Yo, dice un padre, si el centro le pudiese facilitar un trabajo posterior eso sería magnífico”.*
- *“Que cuando no pueda la familia por las circunstancias que fuera acompañarle a algún sitio, dice la hermana, pues que le acompañen ellos (por los educadores)”.*
- *“Que hubiera sido más largo, dice la madre”.*
- *“Que hubiera ido cada cierto tiempo a Manuene, aunque ha continuado aquí en el centro ambulatorio, con el psicólogo, pero hubiera estado bien una finalización más progresiva”.*
- *“Pues, dice la hermana, una vez que terminen el tratamiento que vayan cada cierto tiempo”.*
- *“Un trabajo, contesta la hermana, o talleres como tiene la gente esa con la que ha estado. Al menos que estén entretenidos, aprenden algún oficio y hacen un bien a la sociedad. Eso no estaría mal, un taller de esos”.*

6.12 Algunas conclusiones.

En las entrevistas realizadas se puede apreciar el valor que da la familia a lo relacionado con el aprendizaje de una disciplina, a través de las normas. Sin embargo, algunos pacientes valoran como rígidas algunas de ellas.

En general se resalta la mejora en la comunicación familiar; relacionado con este punto está la tranquilidad de las familias de tener al paciente en tratamiento. Esta situación relaja las tensiones y facilita la comunicación.

Por otro lado, podemos contrastar con otras entrevistas algo que aparece de manera constante en las mismas y tiene que ver con la confianza de la familia hacia el paciente, por un lado y, por otro, el temor a la relación del paciente con otras personas. La búsqueda de nuevos amigos es un tema pendiente durante el tratamiento para ciertos casos y esto puede ocasionar que una vez finalizado el tratamiento la persona se aisle en su domicilio creando una sensación de vacío ante la ausencia de un espacio protegido donde se facilita la comunicación de los problemas personales. Esto es algo que se echa de menos e invita a pensar en la necesidad de una finalización más progresiva, donde los contactos se vayan espaciando con el tiempo, en la medida que se afianzan los recursos personales fuera del centro.

Otra cuestión a reseñar es la referente a los fines de semana. A pesar de la propuesta que se realiza de un acercamiento desde el principio del tratamiento al entorno habitual, todos acentúan en mayor o menor medida la importancia de establecer un tiempo corto de permanencia en la comunidad terapéutica durante los fines de semana al objeto de centrarse en el trabajo a realizar, el tiempo necesario para poder percibir algún cambio personal que garantice el trabajo fuera de la comunidad durante los fines de semana.

En las entrevistas con algunas familias se expresa que la expectativa del tratamiento en Manuene era mayor de la que luego fue: les hubiera gustado más tiempo de tratamiento, más fines de semana en el centro, el acompañamiento se vivió más como un control sobre el propio paciente que un acercamiento mutuo y familiar y, por último, hubiesen deseado que a la finalización el paciente estuviese ocupado en alguna tarea. En este sentido se refleja en varias entrevistas la importancia de la cuestión laboral, es decir, la posibilidad de formación y de búsqueda de empleo desde la propia comunidad

terapéutica. Esto nos hace pensar en la importancia del trabajo familiar durante el tratamiento.

También aparece la opinión de algún paciente sobre las dificultades de adaptación al grupo de pacientes y se descubre una falta de comprensión ante elementos importantes del tratamiento como son la idea de hacer grupo, que lo que influye en uno repercute en los demás, el concepto de ayuda que se propone en la comunidad a través de las críticas y reparaciones que se realizan en la asamblea semanal. Esta situación puede ser debida a dificultades, por parte del equipo de intervención, para poder transmitir esta cultura a determinados individuos del grupo. También puede ser consecuencia de la poca motivación del paciente para realizar un trabajo personal dirigido a un cambio en su estilo de funcionamiento habitual y de afrontamiento de los problemas. En todo caso sería necesario reflexionar sobre las características del modelo de tratamiento que pueden motivar al paciente para continuar en tratamiento.

Cuando hemos analizado los diferentes programas de la comunidad terapéutica Manuene en el capítulo III, se definía como una de las cuestiones esenciales del tratamiento la “voluntariedad familiar” expresada en la implicación de la misma en el proceso de tratamiento del paciente. En este caso podríamos pensar dos cosas: una, que el tratamiento no es lo suficientemente eficaz ni atrayente, ni para la familia, ni para el paciente (como hemos dicho en el párrafo anterior), o bien, que determinados pacientes necesitan de un seguimiento diferente al familiar. Profundizaremos en las conclusiones en este aspecto de la familia que acompaña al paciente.

También en estos casos parece que sería recomendable una finalización progresiva que facilite un acercamiento al entorno propio de cada cual. Sin embargo, a pesar de que fuera así, los recursos de la comunidad terapéutica son limitados para establecer un trabajo más allá de las propias fronteras físicas del centro, por lo que es necesario, al menos, consolidar programas de prevención de recaídas y de ocupación socio-laboral durante la estancia en la propia comunidad.

Otro elemento importante que aparece en otra entrevista es la vivencia de la familia y del paciente ante la percepción de enfermedad. Tener anticuerpos de SIDA frena en gran medida las expectativas de futuro, sobre todo una vez finalizado el tratamiento. La sensación de vacío ante un seguimiento

ambulatorio expresado como “frío” por el paciente puede agudizar aún más la soledad y el miedo a enfrentarse a personas desconocidas. ¿Qué hacer en estos casos? ¿Cuál debe ser la respuesta profesional más adecuada? Seguramente que sería bueno apoyar iniciativas como las propuestas por las familias en el anterior capítulo, como la creación de una asociación de familiares que pudiera dar alternativas de actividades y relación a este tipo de pacientes, además de contar con otras asociaciones afines a la problemática del SIDA. También sería necesario establecer desde la propia comunidad terapéutica un protocolo de seguimiento individualizado que conecte de forma coordinada la comunidad con los centros de la red de salud mental.

Otro elemento que aparece en alguna de las entrevistas realizadas tiene que ver con los pacientes con problemas judiciales. En este sentido podemos pensar que o bien dichos problemas han sido causados por la necesidad de buscar recursos para consumir drogas, o bien que las drogas aparecen como un problema añadido a otros, como puede ser el de la delincuencia. En este caso la posible desaparición del consumo de sustancias tóxicas no elimina la actitud marginal del delito, por lo que cabría pensar en profundizar en un abordaje más educativo de construcción de recursos personales para la convivencia y las habilidades sociales.

Todo el “mundillo” de relaciones que se establecen consumiendo no desaparece mágicamente por el hecho de haber realizado un tratamiento con éxito. Se hace mucho hincapié en un cambio personal de estilo de vida, y este cambio ha de ser construido de forma paulatina en el proceso de tratamiento: nuevos hábitos, nuevas formas de abordar los problemas y ha de estar consolidado para enfrentarse con éxito al entorno social del paciente.

Sin embargo, aunque es verdad que se producen cambios profundos en las personas no deja de ser complicado el regreso a sus barrios de origen. En la comunidad terapéutica se puede trabajar con la motivación del paciente para poder cambiar, se puede trabajar con la familia, pero es necesario tener en cuenta otro tipo de recursos socio-culturales que ofrezcan una red de relaciones interesantes para el joven adulto. Esto nos lleva a la conclusión de que el trabajo en la comunidad terapéutica no sólo es un proceso terapéutico, sino que está enclavado dentro de un sistema institucional donde participan el sistema judicial, educativo, sanitario, socio-cultural, etc... y, donde es necesaria la coordinación de las diferentes intervenciones.

En la mayor parte de las entrevistas realizadas, las familias dan mucho valor a las terapias, los grupos familiares, así como al esfuerzo que hay que realizar, también a los horarios y la dinámica concreta de actividades.

También hay familias de pacientes, que han reingresado en la comunidad terapéutica, que consideran que en la actualidad el tratamiento es menos exigente y expresan su preferencia de una mayor exigencia. Esto tendría que ver, por una parte, con una mayor motivación por parte del paciente durante su última estancia en la comunidad en la que le pareció menos exigente que en la primera estancia y, por otra, con una adecuación de las propuestas terapéuticas a los perfiles actuales.

Cabe resaltar la dificultad de algunas familias de seguir las normas del tratamiento durante los fines de semana, en este sentido reconocen que era más difícil llegar a acuerdos sobre la forma de actuar ante el paciente que el seguimiento propiamente dicho.

Por último, es significativa la observación que realiza una familia en cuanto al tiempo de espera para ingresar en la comunidad terapéutica. Hasta el año 1994 los tiempos de espera estaban incluidos en el propio proceso de tratamiento en forma de grupos llamados de “pre-comunidad” que se desarrollaban en el centro ambulatorio y se trabajaba sobre la motivación para realizar el tratamiento en la comunidad terapéutica. Sin embargo, en la actualidad estos grupos ya no existen, por lo que dicha lista se ha convertido en espera de inicio de tratamiento.

Llama la atención, en este caso, que la espera no era tal, porque se estaba trabajando con el paciente en dichos grupos, sin embargo la familia lo percibió como una larga espera para entrar en la comunidad terapéutica, lo que confirma la necesidad de plantear un trabajo con las familias en un doble sentido: por un lado, sobre los aspectos terapéuticos en la relación paciente-familia (cambios personales, afrontamiento de problemas, estructura y organización familiar, etc...); por otro, sobre los aspectos más didácticos del tratamiento (explicación del tipo de tratamiento, las normas, los valores que se quiere transmitir, las fases del tratamiento, etc...).

CAPÍTULO 7 : CONCLUSIONES

7.1 Valoración de resultados.

Después del repaso descriptivo realizado a los distintos programas que configuran la comunidad terapéutica Manuene y haber recogido la información estadística, las opiniones de familias y pacientes, todo ello contrastado con las entrevistas personales, llega el momento de poder responder a la pregunta con la que iniciábamos esta investigación sobre la eficacia del tratamiento que se realiza en Manuene.

La primera cuestión que se podría plantear se refiere a la consecución de los objetivos previstos, si éstos se han cumplido se puede pensar que la comunidad terapéutica Manuene ha sido eficaz. Veamos, pues, si esto es así.

En el capítulo tercero se describían los objetivos globales referidos fundamentalmente a la consecución de la deshabituación del consumo de drogas y a la resolución de las dificultades personales que han llevado al paciente a este consumo, posibilitando un cambio de estilo de vida que haga normalizar los comportamientos tanto en el ámbito social (familia, pareja, amistades...), en el laboral y en el socio-jurídico, y los objetivos específicos referidos a:

- Posibilitar una abstinencia en el consumo de drogas.
- Conseguir la deshabituación.
- Solucionar los conflictos intrapsíquicos relacionales.
- Solucionar los conflictos familiares.
- Hacer un seguimiento y control de patologías orgánicas.
- Potenciar una educación sanitaria referida a drogas.
- Facilitar el proceso de inserción social.
- Ayudar a la recuperación de valores de convivencia.
- Desarrollar hábitos de trabajo.
- Reforzar hábitos de aseo y limpieza personal.
- Facilitar el acceso a niveles socio-culturales básicos.

A la hora de valorar la realización de dichos fines, se establecieron unos indicadores descritos en el capítulo cuarto, donde se ponía de manifiesto que el éxito del programa estaba condicionado a su cumplimiento. Vamos a seguir

dicho esquema para evaluar los distintos elementos que conforman el programa de tratamiento en Manuene.

En cuanto a la estructura:

1. Equipamiento de la comunidad terapéutica: Los resultados en este sentido no pueden ser más claros: el 99% de las familias piensa que el entorno natural es muy adecuado y el 90% que el resto del equipamiento (dormitorios, cocina, biblioteca, cuartos de baño, lavandería, cocina y salas de estar) es bastante adecuado; de la misma opinión son los pacientes puntuando entre un 82 y 91% como muy adecuados o bastante adecuados dichos equipamientos.

2. Número de profesionales: El equipo está compuesto por doce personas que atienden a veinticuatro pacientes. De los doce, uno acude exclusivamente a las terapias con las familias un día a la semana, dos trabajan a tiempo parcial durante dos días a la semana y nueve están a jornada completa. De estos nueve, seis son educadores que intervienen de forma directa con el grupo de pacientes. Teniendo en cuenta esta característica la ratio por educador es de cuatro pacientes.

Tanto el número de profesionales que conforman el equipo de atención, como la ratio por educador podría considerarse por debajo de la media si tomamos en consideración el estudio realizado por Comas (1994) sobre “criterios y normas para la homologación de comunidades terapéuticas para toxicómanos”. En él, se explica que para un número de alrededor de veinticinco pacientes, el equipo debería estar compuesto por doce o trece profesionales.

Dadas las características del trabajo a realizar y teniendo en cuenta las conclusiones del estudio de Comas, el número de profesionales idóneo para la comunidad terapéutica Manuene sería de un profesional-educador más para poder establecer una proporción de diez profesionales a tiempo completo para atender eficazmente a los veinticuatro pacientes.

3. Nivel de preparación de los profesionales y relación del equipo con familias y pacientes: Todos los profesionales del equipo de atención tienen titulación media o superior. Así, hay un psiquiatra, un médico-terapeuta familiar, una enfermera, dos psicólogos y seis educadores, cuyas titulaciones son:

- Un Diplomado en Educación Social.
- Un Licenciado en Educación física y estudiante de Educación Social.
- Un Licenciado en Filosofía.
- Un Licenciado en Pedagogía.
- Dos Licenciados en Psicología.

En cuanto a la relación del equipo con las familias, éstas tienen una opinión óptima del equipo de atención. El 94% opina que el trato recibido ha sido muy bueno o bueno, el 100% que la capacitación es muy buena o buena y el 84% que la comunicación ha sido buena o muy buena.

Igualmente los pacientes son de la misma opinión. El 98% considera que el trato ha sido bueno o muy bueno, el 98% piensa lo mismo sobre la capacitación profesional y el 86% opina que la comunicación ha sido buena o muy buena.

En este sentido habría que hacer hincapié en la importancia del trabajo en equipo; éste será más eficaz si se trabaja de forma coordinada, si es capaz de tener espacios donde depositar los sentimientos que se generan cuando se trabaja con problemas humanos, si existe un plan de formación permanente, si tal como señala Surdo (1997), el trabajo en equipo se fundamenta en valores como:

- "La dignidad de cada uno de los individuos con los cuales, de un modo o de otro, uno se relaciona..."
- "Ponerse en el lugar del otro, obligándose por ello a trabajar para eliminar la agresividad, la violencia y la humillación en las relaciones sociales".
- "La tolerancia que supone apertura y generosidad,..., expresión de las diferencias individuales, para, creativamente, descubrir los modos en que éstas pueden enriquecer el trabajo en común".
- Por último, "la responsabilidad frente a nosotros mismos y frente a todos aquellos individuos que, siendo afectados por nuestras decisiones, forman parte del entramado amplio de nuestras relaciones sociales" (p. 11-12).

El modelo de funcionamiento de la comunidad terapéutica Manuene, expresado en el capítulo tercero de esta investigación, posibilita este trabajo interdisciplinario que es necesario de cara a la voluntariedad del equipo

terapéutico y que tiene un claro componente de motivación de querer trabajar en el proyecto concreto de la comunidad terapéutica.

Por otro lado, como señalamos en el capítulo cuarto, existe una buena percepción del equipo sobre su propio trabajo y el nivel de compromiso de los distintos profesionales que configuran dicho equipo.

No sorprenden, por tanto, los altos porcentajes de satisfacción de familias y pacientes con relación al contacto con el equipo, si bien es verdad que las dificultades surgen a diario y para ello sólo basta con echar un vistazo a las sugerencias realizadas por los pacientes al equipo.

En este sentido, sí sería necesario seguir profundizando en la necesidad de un plan de formación permanente haciendo hincapié sobre la importancia de aprender como profesionales y como equipo y así poder tener la suficiente flexibilidad ante los cambios que sea preciso introducir.

Por último, es preciso tomar conciencia como equipo de la necesidad de la reflexión escrita que pueda servir como material de trabajo y, evidentemente, de la necesidad de evaluar periódicamente y de forma global el proyecto Manuene, desde una concepción pluralista tal como la describe Monnier (1992), en donde se tiene en cuenta a los actores del programa, se explicita el sistema de valores que orientan los objetivos, los cuales evolucionan en el tiempo y en el espacio, en la medida en que se van desarrollando, en contraposición al modelo experimental, del cual dice: “El dispositivo experimental es estático por antonomasia, mientras que la evidencia señala que los programas desencadenan procesos dinámicos. Los cambios en el transcurso de los programas abundan porque los valores de los organizadores y de los destinatarios evolucionan, tanto como respuesta al propio programa y bajo la influencia de factores externos, como por la evolución del formato del programa en función de los obstáculos que no pueden anticiparse en su totalidad; por último, porque el problema social que el programa intenta solucionar se transforma” (p. 69).

4. Existencia de un proyecto de comunidad terapéutica definido. Históricamente la comunidad terapéutica Manuene ha definido su modelo de intervención desde las teorías del abordaje relacional o sistémico y, también, desde el marco de la pedagogía del trabajo basado en Freinet.

Otros autores como Freire, con su pedagogía del oprimido, Rogers y la no-directividad, las teorías de Freud sobre los diferentes estadios del “yo”, las teorías del vínculo de Bolwy, las teorías de la Gestalt, y un largo etcétera, han influido en la forma de intervenir en Manuene.

Sin embargo ha sido necesario que se consolidase el programa y el equipo de atención fuera estable para poder reflexionar y escribir los distintos aspectos del proyecto tal como aparece en esta investigación y que viene descrito en el capítulo tercero en el apartado referido a la fundamentación teórica de las intervenciones que se realizan en Manuene.

En el momento actual se han introducido cambios en las estrategias de intervención, no así en la filosofía que emana de dicho proyecto. Dichas estrategias obedecen a la adecuación del programa a la realidad social y constituyen un reto importante a la hora de llevarlas a cabo.

Desde el punto de vista del proyecto de centro sí que existe una coherencia entre las distintas intervenciones ya sean psicoterapéuticas o educativas. Esta coherencia está basada en el trabajo de equipo y en la reflexión común sobre dicho proyecto.

En cuanto al proceso:

1. La exigencia en el programa de tratamiento: La comunidad terapéutica Manuene ha sido reconocida entre sus usuarios como un programa de “alta exigencia”. Los datos estadísticos no dejan lugar a dudas. Así el 74% de las familias piensa que ha sido bastante o muy exigente el programa hacia las propias familias y el 85% de éstas opina igual referente a los pacientes. En iguales porcentajes se expresan los pacientes: el 96% opina que ha sido bastante o muy exigente dicho tratamiento.

Sin embargo, con respecto a lo que opinan las familias, basándonos en los datos estadísticos, podemos pensar que esta exigencia no ha sido significativa a la hora de posibilitar el cambio personal denominado “ser más exigente hacia sí mismo o hacia a los demás”.

En líneas generales, la exigencia ha sido útil a la hora de mejorar la situación físico-orgánica del paciente y en la mejora “menor consumo de drogas”. En el primer caso tiene que ver con una mayor toma de conciencia de la salud y el

cuidado necesario para mantener la misma; en el segundo tenemos que hablar del aprendizaje de los límites personales a través de las normas. Estas han sido señaladas como muy importantes en todas las entrevistas personales mantenidas con las familias.

Al contrario de estas opiniones familiares, nos encontramos con la consideración del grupo de pacientes, los cuales no dan excesivo valor a la exigencia en cuanto mejora de situaciones personales. Sin embargo, el 60% de los pacientes que considera muy buena la calidad de atención piensa que el programa es bastante exigente, es decir, que los pacientes perciben como bueno y relacionan la calidad en la atención con la exigencia del programa.

Ante estas opiniones cabría una serie de cuestiones a tener en cuenta. En primer lugar, se puede pensar que es hasta cierto punto normal la consideración estadística que sitúa la “exigencia” muy alta. Esto puede ser debido entre otras cosas al cambio de la dinámica cotidiana de los pacientes. De estar viviendo en situaciones precarias, con pocos límites y/o escasa contención pasan a un ambiente en que se controla casi al minuto la vida diaria y que está llena de un sinnúmero de normas, actividades y experiencias personales intensas. Este cambio puede suponer de hecho, un esfuerzo importante de adecuación y aprendizaje personal ante la nueva situación.

Por otro lado, es de resaltar la importancia que se da en Manuene al educar en el valor del “esfuerzo personal”, creando modelos estables que den seguridad en el proceso de tratamiento, seguridad basada en los límites normativos, tal como lo hemos recogido en el capítulo quinto.

Si hablamos de exigencia es necesario, por tanto, hablar de normas. Estas contrariamente a lo que pueda pensarse, son valoradas de forma muy positiva tanto por los familiares, el 56% opina que ha ayudado al cambio personal, como por los pacientes, el 30% opina lo mismo. Las familias hacen más hincapié (tanto en el apartado de sugerencias como en el de entrevistas), en la necesidad de establecer normas e incluso que éstas sean más severas.

Constituye todo un aprendizaje la adecuación a las mismas tanto por parte del paciente como de la misma familia.

2. La participación de la familia: En el estilo de funcionamiento de la comunidad terapéutica Manuene se da mucha importancia a la participación

familiar, tanto es así que el tratamiento va dirigido tanto a la persona que reside en la comunidad como a su familia. Esta participación no sólo consiste en el mero acompañamiento y control del paciente, sino que se sitúa en el plano de la mejora de la comunicación y de la interacción familiar. El 95% de los pacientes considera esto muy importante.

Esta participación se traduce en las reuniones multifamiliares que se realizan semanalmente en la comunidad; el 86% de las familias y el 77% de los pacientes valoran muy positivamente su importancia y todos los datos recogidos tanto a nivel de sugerencias como en las entrevistas personales señalan su utilidad.

A veces esta utilidad se concreta en un aumento de la mejora de la comunicación; en otros casos, las familias confiesan sentirse acompañadas en sus problemas ya que antes pensaban que eran los únicos a los que les ocurrían dichas cosas.

3. La entrevista de admisión: A pesar de que el 68% de los pacientes considera que la entrevista de entrada en la comunidad sirvió para reflejar los problemas personales, hay que considerar ese casi 32 % de los pacientes que opina lo contrario. En este sentido aparece en las sugerencias la necesidad de introducir más tiempo en las mismas.

No sólo es cuestión de tiempo, sino de la importancia de acoger de forma correcta a la persona que acude por vez primera a la comunidad. Se trata, por tanto, de crear el clima adecuado para que el paciente se sienta cómodo para poder expresar dudas, problemas e inquietudes a los profesionales presentes.

Este primer contacto con la comunidad ha de ser planeado con mucho esmero, a partir de la información que ya se tenga del toxicómano a través del centro ambulatorio que lo envía y de otros contactos que haya mantenido con el psicólogo de la comunidad terapéutica.

En esta entrevista no sólo se trata de dar a conocer los problemas vitales más significativos que han podido conducir a un consumo de drogas, sino que también se pide que el paciente explique para qué quiere ingresar en la comunidad, qué tipo de ayuda solicita. Se establece, a partir de todo ello, la propuesta de trabajo que hace el equipo de atención al paciente. En este caso,

el 89% de los pacientes parece estar de acuerdo en que dicha propuesta fue acertada.

A la entrevista el paciente acude con los familiares que le van a hacer el acompañamiento, por lo que también constituye el espacio adecuado para informar, de nuevo, no sólo acerca de las normas básicas del centro, sino también de las condiciones del acompañamiento familiar y de la importancia del mismo. Se fijan, por tanto, los compromisos de una y otra parte.

La entrevista de admisión varía de acuerdo a la información que se tenga del paciente al ingresar y de los contactos realizados con anterioridad.

4. Tiempo de tratamiento: De acuerdo a los datos estadísticos, los pacientes opinan que el tiempo fue más bien largo (62%). Las familias, sin embargo, opinan mayoritariamente que fue el adecuado (65%) o más bien corto (22%).

En las entrevistas personales hubo, así mismo, diferencias de opinión: las familias apuestan por un tratamiento más largo como si fuera garantía de que luego las cosas van a marchar bien y en cambio los pacientes piensan que es mejor estar el menor tiempo posible para luego rehacer la vida en las mejores condiciones posibles. La media de estancia en la comunidad terapéutica Manuene se aproxima a nueve meses de duración dependiendo de la problemática personal del paciente.

Los estudios de McLellan(1982) demuestran que existe una correlación positiva entre más tiempo de estancia y la mejora del paciente.

Para muchas familias la necesidad de más tiempo en el centro hubiera acrecentado el sentimiento de mejora en todos los niveles: menor consumo de drogas, mayor probabilidad de encontrar trabajo, mejora en la situación judicial, en la situación físico-orgánica y formativa.

Los pacientes opinan que a mayor tiempo en el centro, mayor probabilidad de encontrar trabajo y de mejora de la situación judicial. En este caso parece existir la percepción de que una estancia más prolongada conduce a una mejor preparación para desarrollar un trabajo laboral y, por otro lado, a la posibilidad de conmutar tiempo en el mayor número de causas judiciales posibles. Según esta misma opinión, no parece que tenga mucho que ver el estar más tiempo

en el centro con el descenso del consumo de drogas, la situación físico-orgánica o la mejora de la situación formativa.

El tiempo en el tratamiento se señala en la entrevista de admisión como algo limitado: “tienes este tiempo para poder trabajar las cuestiones señaladas”. Evidentemente, este tiempo tiene que ver con:

- La motivación del paciente al ingreso.
- Las características psicológicas personales.
- La historia personal.
- Las crisis personales durante el tratamiento y la superación de las mismas.
- La intensidad del tratamiento, referido tanto a la implicación del paciente con el grupo como a las intervenciones efectuadas desde el equipo de profesionales.
- El modelo de intervención terapéutica.

Cada una de estas características va a hacer que el tiempo de permanencia varíe en relación a la propuesta inicial. Así, la motivación del paciente se considera como algo esencial a la hora de comenzar el proceso de tratamiento, cuanto más motivado esté para un cambio de estilo de vida mejor afrontará las dificultades que vayan surgiendo y las irá superando y esto hará que el tiempo de tratamiento se abrevie.

También se aprecia que la motivación para comenzar un programa de este tipo, puede ser debida a múltiples circunstancias: presión familiar, situación judicial, etc...En estos casos, si el paciente se va sintiendo integrado en el grupo y en el tratamiento en la medida en que se desarrolla éste, se verá más motivado para continuar un trabajo personal que suponga un cambio de estilo de vida.

La aparición de crisis durante el tratamiento va a provocar un trabajo personal más intenso sobre las causas del consumo de drogas. Estas crisis tendrán que ver a veces con recaídas en el propio consumo de drogas o con transgresiones de las normas que particularmente le van a acercar a sus dificultades personales más profundas.

La intensidad del tratamiento tendrá que ver con las respuestas de intervención que se realizan en las crisis emergentes. Es difícil mantener una intensidad

continúa en las intervenciones; sin embargo, la dinámica del propio grupo facilitará un entrenamiento continuo de la persona. Es necesario, pues, reforzar la “cultura grupal” como garantía de un proceso de trabajo personal.

Dependiendo de la variabilidad de estas características el tiempo de estancia se verá alterado hacia un alargamiento o acortamiento de la propuesta inicial.

5. Las fases de salida durante el tratamiento: Las fases en el tratamiento están configuradas para que el paciente vaya tomando contacto paulatino con su realidad. En este sentido, se pensó que las salidas de la comunidad terapéutica fueran produciéndose los fines de semana. En un primer momento, tras un periodo de estancia permanente en comunidad, los pacientes salen acompañados por sus familias, y después pasan a otra fase de salidas sin necesidad de acompañamiento familiar.

Este modelo parece satisfacer a la gran mayoría de familias, ya que el 88% lo considera adecuado o muy adecuado. Sin embargo, tanto unos como otros (familias y pacientes) están de acuerdo en expresar la necesidad de que la finalización del tratamiento sea más progresiva para facilitar la integración social, la ampliación del círculo de amigos, la búsqueda de empleo.

Esta opinión generalizada pone en entredicho el objetivo inicial de las distintas fases del tratamiento, esto es el acercamiento a la integración social del paciente. Pero, como se ve, se trabaja más en la mejora de la comunicación y confianza familiar y en este sentido podemos entender el amplio porcentaje de satisfacción ante las salidas de fines de semana.

Es necesario poder establecer otro modelo que facilite el trabajo de integración social desde el comienzo del tratamiento. Actualmente en las entrevistas personales se explora la posibilidad de comenzar a salir de la comunidad terapéutica desde el primer fin de semana. Casi todas las entrevistas realizadas reflejan la importancia de estar un tiempo en el centro, sin salir, centrándose el paciente en el trabajo personal a realizar; sin embargo, se refleja también que, según las circunstancias del paciente, podría ser útil comenzar a salir desde el principio.

Por todo ello podemos deducir que una alternativa válida debiera tener en cuenta la historia personal de cada paciente y al menos diseñar dos fases durante el tratamiento: una, breve (alrededor de un mes), de estancia completa

en el centro y otra que contemplara dos etapas, una de salir acompañado y otra más amplia de salir los fines de semana sin acompañamiento.

Este diseño tendría como consecuencia inmediata la revisión de los horarios de trabajo de los educadores y, dada la importancia de los programas que llevan a cabo éstos, sería necesario aumentar el número de educadores, al menos en uno más como ya se ha indicado anteriormente para poder cubrir con eficacia los distintos espacios educativos tanto entre semana como durante el fin de semana.

7. Los grupos familiares: Un elemento importante a la hora del diseño de intervención en la comunidad terapéutica fue facilitar que las familias pudieran acceder a la comunidad sin grandes esfuerzos debidos a la distancia entre ésta y la ciudad. En efecto, se ve necesario, dada la metodología seguida, que la familia participe plenamente en el tratamiento.

Por ello, además del típico acompañamiento familiar tan habitual en otras experiencias terapéuticas, se plantea desde el principio la necesidad de la colaboración familiar en el desarrollo del tratamiento y se transmite a la familia que esta colaboración es una garantía de éxito en el mismo.

Se diseña, por tanto, unos grupos multifamiliares conducidos por un terapeuta familiar y un psicólogo. Estos grupos compuestos al menos por las familias de cinco pacientes de la comunidad se reúnen con una periodicidad mensual. En ellos se valora la marcha del tratamiento haciendo referencia preferentemente a los fines de semana.

Estos “grupos familiares” han sido muy bien acogidos por las familias y así lo demuestra el 86% de las mismas que expresan lo importante que han sido para el tratamiento.

Así mismo, el 88,5% ha mostrado bastante o mucho interés hacia los mismos. Las entrevistas personales también recogen esta opinión de forma cualitativa y señalan, mayoritariamente, que sirvieron como un espacio donde podían poner en común sus preocupaciones. Señalan que al comienzo de las sesiones la sorpresa de encontrar que los problemas que tanto habían tratado de ocultar, parecían comunes a otras familias era lo que facilitaba la comunicación entre las mismas.

También en las sugerencias que hacen las familias queda expresada la necesidad de hacer más reuniones de estos grupos familiares tanto durante como al finalizar el tratamiento; así mismo sugieren reuniones de familias de pacientes recuperados con familias de pacientes en proceso de recuperación.

Los grupos familiares han constituido y siguen constituyendo un espacio de encuentro que facilita:

- El trabajo terapéutico con las familias.
- El encuentro de familias ante problemáticas similares.
- La implicación de la familia en el tratamiento.
- La mejora de la comunicación familiar.

8. Factores del tratamiento favorables al cambio personal. De todos los factores y programas analizados, parece ser que tanto las familias como los pacientes coinciden en señalar la importancia de los siguientes factores:

- **Terapias de grupo:** El 84% de las familias y el 82% de los pacientes, están de acuerdo en que este factor ha sido el que más ha ayudado al cambio personal.
- **Responsabilidades de trabajo:** El 63% de las familias y el 35% de los pacientes, también sitúan a este factor como importante para el cambio personal.
- **Normas:** El 56% de las familias y el 30% de los pacientes opinan que es importante para el cambio personal el aprender las normas y descubrir los límites personales.
- **Horario normalizado:** El 49% de las familias piensa que este factor es importante para el cambio personal.
- **Asambleas.** El 45% de los pacientes cree que las asambleas ayudaron también al cambio personal.

Por tanto, podríamos deducir que lo mejor valorado tanto por los pacientes como por las familias, coincidiendo plenamente ambas, se resume en tres elementos importantes del tratamiento en la comunidad terapéutica Manuene:

- El ámbito de las terapias, en donde se pueden expresar las dificultades, problemas, sentimientos y emociones, y donde se puede elaborar los mecanismos de acción personal necesarios para superar los problemas.

- El ámbito laboral o de trabajo, que tiene que ver con las “responsabilidades de trabajo”. Y dentro de este apartado con el aprendizaje y adquisición de la responsabilidad personal y grupal y con la realización de un trabajo concreto dentro de la comunidad terapéutica.
- El ámbito normativo relacionado con las “asambleas” y las “normas”, con la búsqueda de los límites personales, con la confrontación de puntos de vista ante un determinado conflicto, con el autocontrol ante situaciones conflictivas, con la regulación de la vida cotidiana mediante horarios normalizados.

Hay que destacar, sin embargo, la diferencia existente entre la opinión de familias y pacientes con relación al apartado normativo. Siendo para ambos colectivos más importante que otros elementos del programa, la diferencia porcentual es significativa en tanto en cuanto para las familias adquiere mayor relieve que para los pacientes, el 56% frente al 30%. Esta diferencia también se recoge en las entrevistas personales en donde las familias apuestan por una mayor dureza en las normas dentro del tratamiento.

Así mismo, el apartado de “responsabilidades de trabajo” con ser importante, lo es más para las familias, el 63% frente al 35%. También aquí las familias tienen la percepción que esta característica podría ayudar en la búsqueda de empleo posterior y en este sentido expresan su mayor preocupación y piensan que este factor es el segundo más importante (47%) para mejorar la probabilidad de encontrar trabajo.

En cuanto a los resultados:

1. Tipo de cambio personal que se ha producido en el paciente y familias: Para las familias, los mayores cambios realizados en el paciente han sido:

- Mejora de la relación con la familia (64%).
- Aumento de la responsabilidad personal (50%).
- Mejora de la convivencia con los demás (41%).

Para los pacientes, los mayores cambios realizados han sido:

- Tener mayor conciencia de los problemas personales (50%).
- Dejar de consumir drogas (47%).

- Relacionarse mejor con la familia (47%).
- Ser más responsable (45,5%).
- Tener más confianza en sí mismo (40%).
- Estar más a gusto consigo mismo (35%).

Como podemos apreciar son coincidentes la mejora de las relaciones que se establecen en la familia y el aumento de la responsabilidad personal.

Esta mejora de las relaciones con la familia, está relacionada con los cambios que se van produciendo en el transcurso del tratamiento. Así en opinión de las familias, el 60% expresa que se ha producido un cambio en la comunicación familiar. En efecto, este cambio viene referido al aumento y mejora en la comunicación. El 54% piensa que paralelamente ha aumentado la confianza en el paciente. Este aumento de la confianza también se ve reflejado en las entrevistas personales, donde se expresa la gran preocupación por parte de las familias de poder confiar nuevamente en sus hijos-as.

También se refleja en el estudio que esta mejora en las relaciones familiares se ha debido en gran medida a las terapias de grupo (85,5%), las responsabilidades de trabajo (67,5%), las normas (57%) y al horario normalizado (48%).

Así mismo, ha ayudado en la comunicación familiar la organización de grupos de familiares para hablar de sus problemas mientras duraba el tratamiento. De esta manera opina el 68% de las familias encuestadas resultando evidente que estos grupos han mejorado la confianza hacia el familiar que realiza el tratamiento; esto es lo que señala el 54% de las familias.

Otros elementos importantes que han introducido un cambio en la mejora de la comunicación familiar en el transcurso del tratamiento han sido el descenso en el consumo de drogas, la mayor probabilidad de encontrar un puesto de trabajo y la mejora de la salud.

No se incrementa la comunicación familiar, sino que según la familia, ésta va constatando que el paciente progresa y mejora en el descenso del consumo de drogas y aumentan las posibilidades de encontrar un trabajo, todo lo cual mejora proporcionalmente la confianza en el familiar.

Por otro lado, el 48% de los pacientes opina que ha mejorado la comunicación familiar y el 46% que ha aumentado la confianza familiar. Al igual que las familias, los pacientes piensan que los grupos de familiares han ayudado en la mejora de la relación familiar (77,5%).

El 86% de los pacientes piensa que este progreso en la relación familiar ha hecho descender en el consumo de drogas, y el 41% opina que mejorar la probabilidad de encontrar trabajo repercute positivamente en la comunicación familiar. Lo mismo ocurre cuando se mejora la situación judicial (el 56% percibe un incremento en la comunicación familiar), la situación físico-orgánica y la escolar.

Resulta evidente la existencia de coincidencia entre la mejora de la confianza familiar y el menor consumo de drogas, la mayor probabilidad de encontrar trabajo y la mejora de la salud.

2. Situaciones que han mejorado en el paciente: De los cinco aspectos estudiados podemos llegar a concluir que las familias opinan que el paciente ha mejorado en:

- El descenso del consumo de drogas (71%).
- La posibilidad de encontrar trabajo (48%).
- La situación judicial (29%).
- La situación físico-orgánica (61%).
- La situación escolar (25%).

Todos los aspectos estudiados han mejorado a través de la aplicación de la gran mayoría de los programas que se llevan a cabo en la comunidad terapéutica Manuene; sin embargo, los programas más valorados tanto desde las familias como desde los pacientes, han sido los ya mencionados anteriormente: las terapias de grupo, las responsabilidades de trabajo, las normas, el horario normalizado y las asambleas.

Las únicas consideraciones a tener en cuenta serían que:

1. En la mejora en el descenso del consumo de drogas, además de los programas ya mencionados de terapias de grupo, horario normalizado, responsabilidades de trabajo y normas, aparece un nuevo programa que son las

actividades de tiempo libre que el 70% de las familias piensa que han ayudado a este descenso.

2. El 27% de las familias piensa que las tutorías-entrevistas individuales también ayudan en la mejora de la situación físico-orgánica.

3. La situación escolar es la única que no mejora con los programas que se llevan a cabo en Manuene.

La mayor parte de las familias percibe que según se mejora en el descenso del consumo de drogas, al mismo tiempo hay una mejoría en otras cuestiones como: convivir mejor con la familia, tener mejor relación con la misma, aceptar mejor las normas, tener una mayor exigencia hacia sí mismo, ser más autónomo, tener más confianza en sí mismo, estar más a gusto consigo mismo, cuidarse más, tener nuevos hábitos de vida y buscar nuevos amigos.

También las familias piensan que a la mayor probabilidad de encontrar trabajo, le sigue un aumento de la confianza del paciente hacia sí mismo y de su responsabilidad propia.

De igual modo, percibir un alivio en la situación judicial tiene como consecuencia un aumento de la exigencia personal y un estar más a gusto consigo mismo.

Así mismo, una mejora en la situación físico-orgánica trae como consecuencia un nuevo empuje para encontrar nuevos amigos, tener más confianza personal, crear nuevos hábitos de vida, tener más exigencia hacia los demás y cuidarse más.

La opinión de las familias es que también los grupos familiares realizados durante el tratamiento en la comunidad terapéutica Manuene, ayudan en los aspectos referidos al menor consumo de drogas, a aumentar la probabilidad de encontrar trabajo y mejorar la situación físico-orgánica.

Por último, el aumento en la comunicación familiar, ayuda al descenso del consumo de drogas, a la mayor probabilidad de encontrar trabajo y a la mejora en la situación físico-orgánica. Así mismo, aumenta la confianza familiar en la medida en que desciende el consumo de drogas y crece la posibilidad de encontrar un trabajo.

Las respuestas de los pacientes respecto a las mejoras conseguidas a través de los programas de Manuene se pueden resumir de la manera siguiente:

- Disminución o desaparición del consumo de drogas (83%).
- Mayor probabilidad de encontrar trabajo (40%).
- La situación judicial (51%).
- La situación físico-orgánica (68%).
- La situación escolar (49%).

Los pacientes, al igual que las familias, opinan que el incremento en la comunicación familiar ayuda en el descenso del consumo de drogas, en la mayor probabilidad de encontrar trabajo y en la mejora de la situación judicial, la situación físico-orgánica y la situación escolar.

Igualmente, según aumenta la confianza familiar, desciende el consumo de drogas, hay mayor probabilidad de encontrar un trabajo y se percibe mejor la situación físico-orgánica.

Por otro lado, los pacientes opinan que a mayor tiempo de tratamiento, mayor posibilidad de encontrar un trabajo y mayor descenso en la problemática judicial. El pensamiento en el colectivo de pacientes es que saldrán mejor preparados laboralmente y, por otro lado, servirá para poder conmutar penas judiciales.

No parece que los pacientes relacionen las mejoras antedichas con la opinión de que el programa de la comunidad terapéutica Manuene es de mucha exigencia.

La confianza en el equipo de profesionales y más concretamente el trato recibido y la capacidad técnica parecen incidir en la percepción de alivio de la situación físico-orgánica y en el descenso en el consumo de drogas.

Por otro lado, los pacientes relacionan el descenso en el consumo de drogas con: estar más a gusto consigo mismo (95%), el aumento de la responsabilidad personal (93%) o el cuidarse más (92%).

También la mejora en la situación físico-orgánica se relaciona con: ser más autónomo (94%), relacionarse mejor con los demás (90%), ser más responsable (90%) o cuidarse más (87%).

Los grupos de discusión familiar parecen contribuir positivamente sobre la situación físico-orgánica, quizás porque se establece un marco de diálogo donde es posible hablar de la salud.

Así mismo, los pacientes piensan que los programas que se llevan a cabo en la comunidad terapéutica Manuene contribuyen a mejorar los aspectos estudiados. Hay coincidencia en las familias respecto a los programas más valorados, que influyen de forma directa en estas mejoras. Así en el menor consumo de drogas los programas que más han influido por orden de importancia son: las responsabilidades de trabajo, las terapias de grupo, las asambleas, las normas y el horario normalizado.

En la mayor posibilidad de encontrar trabajo: las terapias de grupo, el horario normalizado y las normas. En la mejora de la situación físico-orgánica: el horario normalizado, las terapias de grupo, las asambleas, las responsabilidades de trabajo y las normas.

3. Relación con el equipo y calidad de atención: Referente a este indicador tanto las familias como los pacientes expresan una satisfacción general del trabajo desarrollado por el equipo de atención. Esta relación con el equipo se dividía para facilitar la comprensión de la relación establecida, en el trato recibido, la capacitación profesional y la comunicación con el equipo.

Las familias piensan que la capacitación profesional del equipo, así como la buena comunicación, pueden influir en que el paciente tenga una mayor probabilidad de encontrar trabajo y mejore la situación judicial. En el imaginario familiar se puede llegar a pensar que si las personas que componen el equipo de intervención son buenos profesionales y se establece una buena comunicación con ellos, éstos tendrán un mayor interés en la búsqueda de empleo para el paciente o redactarán mejores informes sobre el proceso del tratamiento del paciente, para aliviar las situaciones judiciales.

Para los pacientes, la buena relación con el equipo hace que mejore la situación físico-orgánica y el descenso del consumo de drogas.

El estilo de funcionamiento del equipo de profesionales causa una impresión muy satisfactoria en cuanto a la propia calidad de atención, tal como señalan los datos del estudio. Esta calidad en la atención es una de las preocupaciones claves en el proyecto de comunidad terapéutica y, consecuentemente, esta buena percepción sobre la calidad de atención, la relacionan los pacientes con una mejora en la calidad de vida así como con la exigencia del programa.

Estas conclusiones se constatan así mismo en las respuestas a las preguntas abiertas del cuestionario, así como en las entrevistas personales y tienen que ver con dos cuestiones: una, reflejar el carácter serio y profesional del equipo de atención, fuente de confianza donde depositar las dificultades personales y fuente de apoyo para culminar el proceso de tratamiento, y dos, la petición de continuar de esta manera, criticando ciertas intervenciones individuales y haciendo un llamamiento a una respuesta única de equipo.

Detrás de esta petición se encuentra la búsqueda de una seguridad ante un proceso de tratamiento grupal que puede abrir la “caja de Pandora” personal y es necesario un grupo de profesionales que garantice la seguridad y confianza en este proceso.

4. Seguimiento al finalizar el tratamiento: Uno de los puntos débiles de la comunidad terapéutica Manuene es el relativo al proceso de reinserción del paciente una vez finalizado el tiempo de estancia en la comunidad. El acercamiento desde la comunidad a la realidad del entorno del paciente se va realizando desde el propio centro, sin embargo, según se detalla en esta investigación se sigue produciendo un desfase importante entre la finalización de la estancia en la comunidad y el comienzo de la vida en el entorno cotidiano.

La comunidad terapéutica Manuene no posee un centro o alternativa específica que facilite esta reentrada en dicho entorno, por lo que se realiza, dentro del proceso de tratamiento, un seguimiento que facilite esta reinserción.

En este sentido, las familias consideran que sería importante un seguimiento de tipo psicoterapéutico, que es el que se viene realizando de forma ambulatoria en los Centros de Salud Mental. No parece que den valor a otro tipo de seguimiento, los porcentajes son más bien poco significativos.

Por otro lado, las familias son de la opinión que a menor tiempo de estancia en la comunidad, mayor necesidad de seguimiento psicoterapéutico. Es lógico pensar en la necesidad de completar el trabajo terapéutico de forma ambulatoria si no ha sido suficiente la estancia. También la percepción de seguir en contacto con el sistema terapéutico puede contribuir a seguir mejorando ciertos aspectos del paciente antes mencionados (mejora de la situación judicial o mayor probabilidad de encontrar un trabajo, etc).

Los pacientes también valoran como importante que exista un seguimiento psicoterapéutico al finalizar la estancia en Manuene. En menor porcentaje sitúan la necesidad de un seguimiento socio-laboral.

Los datos que proporciona el estudio son en general poco significativos; sin embargo, las sugerencias que tanto las familias como los pacientes realizan al respecto no dejan señal a dudas de la necesidad de readaptar el actual modelo de intervención a las necesidades de hoy. Por ello hacen sugerencias que van desde una finalización más progresiva hasta, una vez acabado el tratamiento, no perder el contacto con el equipo de atención de la comunidad terapéutica, independientemente que se tenga citas con el Centro de Salud Mental correspondiente.

Sería necesario, por tanto, mantener una buena coordinación con los centros de la Red de Salud Mental que al fin y al cabo son los primeros receptores de los pacientes. Esta coordinación en ambos sentidos debiera permitir:

- El análisis de casos a valorar para su ingreso en la comunidad.
- Una comunicación estable y periódica sobre las diversas incidencias que se puedan producir en el tratamiento en la comunidad terapéutica.
- El facilitar la comunicación del paciente con su Centro de Salud Mental durante el tratamiento y sobre todo finalizando el mismo.
- Una actuación coordinada a la finalización del tratamiento de tal manera que se complementen las citas en el Centro de Salud Mental con los contactos “a posteriori” con la comunidad terapéutica.

Una alternativa que pudiera servir a una finalización progresiva y a que el contacto fuera estable en esa primera etapa, una vez terminada la estancia en la comunidad terapéutica, podría ser la creación de un grupo “post-tratamiento” que permitiera:

- Un espacio conocido por el paciente donde pueda hablar sobre las dificultades que van apareciendo.
- Dar continuidad al programa de prevención de recaídas desarrollado en la propia comunidad terapéutica, analizando situaciones y promoviendo soluciones.
- Facilitar los contactos con el Centro de Salud Mental correspondiente.

Cualquiera que sea la alternativa, lo importante es tomárselo en serio para procurar una buena inserción del paciente en su entorno cercano una vez terminado el tratamiento en la comunidad.

5. Necesidades al finalizar el tratamiento en la comunidad terapéutica: De acuerdo al apartado anterior, la falta de un seguimiento global hace que las necesidades sean más sentidas tanto por las familias como por los pacientes.

Así, las familias opinan que la necesidad más importante al finalizar el tratamiento tiene relación con mantener o aumentar la confianza en el paciente; otra necesidad importante tiene que ver con el hecho de sentirse preparados para hacer frente a las situaciones que se van a plantear con el paciente. En este sentido, las familias dicen que necesitan más grupos de discusión familiar, es decir, un mayor contacto con el equipo para poder contrastar las circunstancias que aparezcan.

Estas situaciones van a tener que ver generalmente con la relación del paciente con otras personas. El temor por parte de las familias hacia las “amistades” del paciente va a hacer que disminuya la confianza ganada durante el tratamiento por el paciente y esta sensación de volver a perder la confianza va a generar la necesidad de poder comunicar esta percepción en el marco de los grupos familiares.

La necesidad de recuperar y mantener esta confianza en el paciente, viene expresada, también, en aquellas familias que han considerado a los grupos de discusión familiar como “muy importantes” durante el tratamiento.

Consecuentemente a la alternativa presentada en el apartado anterior estaría la creación de los “grupos familiares post-tratamiento” que pudiera recoger las inquietudes familiares respecto a la inserción y que sirviera como un espacio

donde poder hablar sobre las dudas y formas de actuar ante situaciones concretas.

También señalan como necesario un mayor apoyo a la reinserción socio-laboral. En este sentido, proponen mayores medidas para que aumente la posibilidad de encontrar un trabajo, así como un seguimiento socio-laboral adecuado. Nuevamente, las familias expresan que la recuperación de la confianza en el paciente se relaciona con una mayor probabilidad de encontrar un trabajo, así como de mejorar la situación escolar.

A la luz de los datos descritos y volviendo a la pregunta inicial sobre la eficacia de la comunidad terapéutica Manuene, podemos pensar que ha resultado eficaz para conseguir determinados cambios personales que han facilitado un nuevo estilo de vida en gran parte de los pacientes.

Estos cambios se circunscriben a una mejora de la relación con la familia, adquirir mayor conciencia de los problemas y por tanto de la responsabilidad personal, disminuir o dejar el consumo de drogas y mejorar la convivencia con los demás, ganando en confianza personal. Los programas estrella de la comunidad parece que han sido los relativos a las terapias de grupo, las asambleas y las responsabilidades de trabajo.

Estos datos resultan clarificadores a la hora de introducir cambios en la mejora del diseño de la comunidad terapéutica. Por otro lado, avalan su existencia como alternativa válida en el tratamiento de las toxicomanías.

Si establecemos un análisis de los puntos fuertes y puntos débiles del proyecto se podría concluir que:

La fortaleza y las debilidades conviven juntas en la comunidad terapéutica Manuene; el tomar conciencia de las mismas durante todos estos años ha hecho que esta comunidad no se haya mantenido en criterios “rígidos” de intervención y que desde su nacimiento, en el año 1983, haya atravesado por diferentes etapas buscando siempre la adecuación entre la demanda, el entorno social y cultural y el modelo de intervención.

Desde siempre, uno de los puntos fuertes de la comunidad terapéutica ha sido el equipo de intervención; a falta de hacer un estudio más en profundidad sobre la calidad de vida en el trabajo, los datos obtenidos expresan que los

profesionales de la comunidad terapéutica Manuene asumen un proyecto de intervención de forma interdisciplinar lo que facilita canales de comunicación abiertos, la toma de conciencia de los conflictos y su resolución. Tanto el grupo de pacientes como el de familiares expresa una total satisfacción en la forma de trabajar del equipo y las críticas que aparecen son más a título individual.

La importancia de establecer un equipo de intervención que genere no sólo buen ambiente de trabajo, sino voluntad y motivación en el trabajo es básico para poder llevar a cabo la intervención.

No cabe duda que otro de los puntos fuertes que sobresalen en el análisis de la comunidad terapéutica Manuene es el que tiene que ver con el entorno físico donde se encuentra la comunidad y las instalaciones de la misma. Esto que a primera vista puede no ser prioritario en la intervención, vemos que es muy importante, al menos a tres niveles:

Primero, el propio entorno: Manuene está enclavado en uno de los espacios naturales más interesantes de la zona, sus ocho hectáreas de terreno donde se complementan prados, huertas, manantiales y bosques constituyen un atractivo espacio para permitir un trabajo educativo sobre la ecología del terreno (trabajo de huerta, invernadero, plantación de árboles de diferentes especies, limpieza de bosque, etc...), así como un trabajo personal y grupal propio de la comunidad terapéutica.

Segundo, las propias instalaciones de la comunidad: Es necesario facilitar cierta comodidad en los recursos (cocina, servicios, biblioteca,...), para poder realizar un trabajo con profundidad tanto personal como grupal.

En este sentido, los familiares y los pacientes están muy satisfechos no sólo de las instalaciones sino de los recursos que ofrece el centro; de todo ello queda constancia en los datos estadísticos con unos altos porcentajes.

Tercero, la distancia a la residencia habitual: Desde antes de su creación, el equipo que diseñó la comunidad terapéutica, buscó una casa que no estuviera excesivamente lejos de la ciudad. Uno de los objetivos que se ha mantenido en el tiempo es que Manuene pueda estar abierta al trabajo con las familias y con el entorno habitual del paciente. Por ello era necesario planificar la comunidad terapéutica de manera que estuviese lo suficientemente lejos del centro urbano

para facilitar un trabajo personal con detalle y lo suficientemente cerca para facilitar el acceso a las familias y a la problemática habitual del entorno inmediato.

Se encontró Manuene que dista 20 Km. de la ciudad y el acceso está facilitado por tres líneas de autobuses que unen el pueblo donde se encuentra, con la capital Bilbao.

En general, la fortaleza del proyecto Manuene está en los valores que se pretenden transmitir dentro de un modelo de intervención concreto, valores que se recogen en los principios educativos y que a veces chocan con los valores imperantes en la sociedad: la búsqueda de los límites personales, la exigencia personal, la claridad en las actuaciones, el respeto a los demás o el autocontrol de los impulsos constituye todo un entrenamiento en personas cuyas historias han estado marcadas justo por todo lo contrario.

Estos valores se transmiten en el marco de una “cultura de la casa” donde se tienen en cuenta los instrumentos para poder facilitar una reflexión personal y una interrelación grupal. En esta cultura de los valores, la persona vive situaciones a las que va dando respuesta y se descubre como protagonista de su vida.

Dentro de los programas estudiados que se llevan a cabo en Manuene, hemos visto que los mejor valorados son los relativos a las terapias de grupo, responsabilidades de trabajo y asambleas. Así mismo hemos analizado los puntos fuertes, esto es, el equipo de intervención, el entorno físico y los valores que pretenden transmitir, sin embargo, hay una serie de puntos débiles a tener en cuenta.

En cuanto a los programas propios de la comunidad parece que los menos valorados por las familias han sido: el campamento volante de verano, el programa de Graduado Escolar y el de aprendizaje de habilidades sociales.

No parece que sean especialmente significativas estas valoraciones. El campamento volante de verano es una actividad, más que un programa, que se viene desarrollando desde 1994, es decir, que la muestra tomada al ser muy amplia (desde 1983 hasta 1996), no discrimina la importancia de dicho programa en el global del tratamiento. Sólo aparece en los dos últimos años.

Se podría constatar que es una actividad de cierta importancia por las opiniones de los pacientes que lo han realizado durante estos dos años.

El programa de Graduado Escolar no está suficientemente valorado debido, posiblemente, a que la mayor parte de los encuestados ya poseían esta titulación, razón por la cual no se percibe la importancia que tiene.

Por último, el aprendizaje de habilidades sociales no es un programa específico, sino que está inmerso en otros programas por lo que su identificación puede resultar confusa.

Mayor diversificación en las respuestas se produce respecto a los programas menos valorados por los pacientes donde hay un gran abanico que va desde el aprendizaje de las habilidades sociales (3,3%) hasta el campamento volante de verano (5,8%). Ya hemos hablado sobre estos programas por lo que vamos a fijarnos en otros que sí pueden ser importantes y no se tienen muy en cuenta.

Concretamente nos referimos a las entrevistas de valoración o a las “reuniones de cuando se sale sólo” (programa de prevención de recaídas). Posiblemente la entrevista de valoración constituye un encuentro importante entre el paciente y el equipo de intervención para valorar la marcha del tratamiento. A pesar de la importancia atribuida por el equipo, los pacientes no lo valoran así; esto puede ser debido a la percepción, por parte de éstos, de una valoración continuada que se produce en todas las actividades cotidianas de la comunidad terapéutica. Sin embargo, sí es importante, desde el punto de vista del equipo de intervención, valorar la consecución de los objetivos individuales del paciente.

No es de extrañar que frente a otros programas más intensos o de mayor relevancia éste ocupe uno de los últimos lugares.

Tampoco llama la atención que las “reuniones de cuando se sale sólo” tenga un porcentaje tan bajo (5%). La razón puede estar en que es un programa puesto en marcha durante el año 1996 tratando de poner el acento en la prevención de recaídas, por lo que pocos lo han podido valorar.

En definitiva podríamos afirmar que la comunidad terapéutica Manuene realiza con eficacia los diversos programas de atención y con una calidad, en opinión de los usuarios, nada desdeñable según queda señalado en los datos

estadísticos. No solamente nos parece importante esta afirmación sino que además los resultados manifiestan que el paso por Manuene ha sido útil para un cambio de estilo de vida en la mayor parte de las personas que lo han realizado.

7.2 Conclusiones.

Finalizamos esta investigación con la satisfacción de haber realizado un recorrido por las diferentes etapas y momentos históricos de la comunidad terapéutica en general y la de Manuene en particular.

Se han descrito los distintos programas que conforman la comunidad terapéutica Manuene y se ha tratado de explicar que dicho modelo de intervención se ha desarrollado teniendo en cuenta las características del proceso de formación de otras comunidades terapéuticas y ha evolucionado como un modelo específico de intervención, estando influenciado por los diversos grupos de pacientes que han realizado el tratamiento en Manuene.

El estudio realizado ha demostrado que la comunidad terapéutica Manuene ha sido eficaz tanto en sus planteamientos como en sus resultados. Presentamos a continuación las conclusiones globales de esta investigación.

En síntesis se puede afirmar que la comunidad terapéutica nace en un contexto hospitalario para atender a enfermos mentales con una metodología más humanitaria y participativa, haciendo responsables a los propios enfermos de cuestiones básicas como la organización del espacio donde se desarrolla la vida cotidiana del grupo de pacientes.

Paralelamente al desarrollo de este modelo de intervención, se crea en Estados Unidos otro modelo de comunidad terapéutica dirigida a toxicómanos que utiliza el modelo de auto-ayuda para mejorar su calidad de vida.

En España, las comunidades terapéuticas para toxicómanos, no comienzan a desarrollarse hasta la década de los ochenta. Los objetivos estaban basados en ejemplos internacionales como: la completa abstinencia de drogas, la consecución de capacidades personales para desarrollar actividades profesionales y sociales y ampliar las posibilidades de una plena reinserción social.

Si tenemos en cuenta los estudios de seguimiento realizados, se puede apreciar que la alternativa “Comunidad Terapéutica” tiene mejores resultados que otras alternativas de tratamiento. Podemos concluir, por tanto, que las comunidades terapéuticas, tanto en su etapa de trabajo con pacientes psiquiátricos, como en el trabajo con pacientes toxicómanos ha desarrollado una importante labor social de inserción.

En la actualidad la evaluación de los tratamientos se desarrolla en dos direcciones. Por un lado, están las investigaciones que comparan la eficacia de los distintos modelos de tratamiento. Se trata de averiguar cuál de todos los tratamientos es el más eficaz.

Por otro, están las investigaciones que determinan la eficacia de un tipo de tratamiento. Con estas investigaciones se trata de averiguar en qué medida un tratamiento consigue los objetivos o resultados apetecidos por ese modelo terapéutico. A cada modelo de tratamiento se le aplica un sistema de evaluación. No se trata, por tanto, de determinar cuál es el mejor, sino de averiguar si cada uno consigue lo que promete.

Los estudios multicéntricos realizados demuestran que la comunidad terapéutica para pacientes toxicómanos es la mejor valorada mayoritariamente.

Sin embargo, hay diferencias en la intervención entre las propias comunidades terapéuticas por lo que es importante hacer hincapié en la realización de evaluaciones individuales para contrastar los resultados obtenidos con los objetivos planteados.

Desde el punto de vista de la intervención se puede concluir que es necesaria la creación de unos buenos indicadores para la retención en el tratamiento. En este sentido estamos de acuerdo con De León (1986) cuando propone los siguientes:

- Circunstancias que conducen a las personas a buscar un tratamiento.
- Motivaciones que se refieren a razones de cambio en la persona.
- Adaptabilidad entre la persona y la modalidad particular de tratamiento.
- La interacción con el tratamiento.

- Las necesidades del paciente.

En efecto, la puesta en práctica de estos indicadores debería conducir a una mejora de la formación de los trabajadores y desarrollar estándares de seguridad adaptados a la calidad que se pretende ofrecer.

El breve recorrido por las principales investigaciones europeas sobre comunidades terapéuticas nos hace ver la necesidad urgente de dos cuestiones: la primera tiene que ver con la importancia de la formación del equipo de intervención. La consecuencia inmediata sería contemplar la investigación como una herramienta más de trabajo e integrarla al mismo. No se puede continuar intentando solucionar problemas “a ciegas” sin reflexionar sobre la intervención. A través de la formación se puede tomar conciencia de esta necesidad.

La otra cuestión tendría que ver con la necesidad de establecer coordinaciones con otros equipos a través de asociaciones, encuentros, reuniones. El intercambio no sólo de experiencias sino de investigaciones realizadas puede enriquecer el propio trabajo y dar claves de actuación sobre el mismo.

Otro elemento de reflexión en la actualidad se refiere a la “imagen social” de la comunidad terapéutica. En este sentido, sería necesario poder modificar la imagen de “lugar de internamiento” que la sociedad tiene de la comunidad terapéutica y poder presentarla como “lugares de calidad”, donde se ofrece un modelo de intervención diferente a personas distintas, con alternativas terapéuticas diferenciadas. Se propone una alternativa terapéutica que dé respuesta a las necesidades institucionales y sociales desde una oferta de calidad profesional.

Para poder dar respuesta a lo anterior, sería importante profundizar en la coordinación de servicios, lo cual posibilitaría, por un lado, hacer llegar esta nueva imagen de comunidad terapéutica y, por otro, establecer una red de relaciones con los sistemas judicial, sanitario, servicios sociales, colectivos profesionales, Universidad, etc...

Todo lo dicho anteriormente tiene que ver con la necesidad de ofrecer un mejor servicio a la población que está llegando. Nos estamos enfrentando desde hace unos años a un cambio del perfil del paciente; éste acude al

tratamiento cada vez más deteriorado, con inmunodepresiones severas, dobles patologías (trastorno psiquiátrico asociado con consumo de drogas), con causas judiciales cumplidas y pendientes de cumplimiento; son pacientes de larga evolución y más marginados socialmente.

La flexibilización y adaptación a las necesidades del usuario y del momento social actual, obligarán a un cambio, no en los parámetros básicos hasta ahora fijados, sino en la necesidad de adaptar la esencia del método a las diferentes necesidades que se vayan planteando.

Esta situación nos plantea la cuestión de que el joven al que atendemos, va a necesitar que se le facilite una serie de recursos posteriores a la comunidad terapéutica que le permitan su reinserción social y laboral.

Esta continuidad de cuidados no supone una opción puramente de oferta de recursos, sino que se presenta como un seguimiento de un paciente durante mucho tiempo y después del paso de éste por diferentes recursos terapéuticos.

Supone, por tanto, una visión de la toxicomanía como una patología de deterioro importante que debe ser asistida durante periodos muy prolongados de tratamiento entroncando los recursos terapéuticos y educativos con los recursos de carácter social. Esta visión presupone una reflexión sobre el momento del alta terapéutica del paciente.

Este planteamiento de la continuidad de cuidados plantea un cambio en el nivel de objetivos, entre los cuales debe constar que la intervención profesional tendría que ir encaminada a que el sujeto pudiera llegar a un estado en el cual estuviese en igualdad de condiciones que el resto de la población. Se plantea, por tanto como objetivo, la normalización del sujeto.

Para llevar a cabo este objetivo, desde la comunidad terapéutica Manuene se ha tenido y se tiene en cuenta la importancia del trabajo grupal, entendiendo la comunidad como un espacio de trabajo grupal y personal y ofertándolo como un paréntesis en la vida de una persona y no como en algo final en sí mismo.

La organización de la comunidad terapéutica Manuene está marcada por las siguientes directrices:

1. Capacidad de respuesta por parte del equipo de profesionales, con actitud de ayuda hacia el paciente.
2. Fiabilidad ante el paciente y el grupo por parte del equipo, transmitiendo mensajes claros, sencillos y adaptados a las características del paciente.
3. Elementos tangibles como la apariencia del educador o el equipo de intervención o de las mismas instalaciones, transmiten al paciente información respecto al valor de la actividad que se realiza.
4. Interacción humana dirigida a una buena comunicación con el paciente donde la capacidad de escucha haga tener en cuenta el punto de vista de éste.
5. Continuidad de vínculos estables a lo largo del tratamiento entre el equipo y los pacientes. El cambio de profesionales de forma periódica no permite una buena intervención.

A partir de estas directrices se construye un proceso de tratamiento cuyo objetivo principal es el acercamiento del paciente a su entorno inmediato con los recursos personales suficientes para hacer frente a situaciones conflictivas que anteriormente al tratamiento le habían ocasionado consumos de drogas.

No podríamos finalizar las conclusiones sin indicar los cambios producidos posteriormente a este estudio y que están marcando las pautas de intervención en la actualidad.

La actual investigación reúne los datos de pacientes hasta el año 1996, inclusive. En esas fechas podríamos afirmar que para la comunidad terapéutica Manuene comienza una nueva etapa marcada por los cambios que se van introduciendo tratando de adecuar las propuestas terapéuticas a la realidad de la demanda.

Dos son los cambios novedosos que se introducen en esos primeros momentos: uno es la posibilidad de que ingresen en la comunidad pacientes que toman metadona. Lo que parecía una contradicción de que en una comunidad libre de drogas se distribuyera metadona, se transforma en un instrumento más de apoyo a la normalización del sujeto.

Se valora que este tipo de pacientes puede aprovechar las ventajas de los programas y actividades de un tratamiento en comunidad controlando a través de la metadona la posibilidad de nuevos consumos de drogas.

La implantación de este programa no influye en la marcha del grupo de pacientes que entiende, y así se explica, que la metadona constituye un fármaco más, pautado desde las instancias médicas del equipo de intervención al igual que otros pacientes son tratados con otros fármacos para otras cuestiones (depresiones, ansiedad,...).

No resulta difícil dicho cambio dado que el volumen de fármacos en la comunidad va en aumento debido a que los pacientes que ingresan necesitan un mayor cuidado psiquiátrico. Esta es una característica de los nuevos perfiles de pacientes: el aumento de casos de doble patología.

Otro cambio que se introduce es la posibilidad de un tratamiento tipo ambulatorio. Es decir, se plantea en la última fase de tratamiento la posibilidad de utilizar la comunidad terapéutica como “centro de día”. A ella se acude o bien por las mañanas o bien por las tardes, dependiendo del programa de actividades a desarrollar fuera de la comunidad que normalmente se concreta en la búsqueda de empleo y en la normalización de las relaciones sociales y familiares.

Este cambio se introduce después de analizar y valorar una de las conclusiones de la investigación efectuada, referida a la opinión tanto de las familias como de los pacientes de realizar un acercamiento progresivo a la realidad en la etapa final de la comunidad terapéutica, debido a las dificultades que pueden aparecer una vez acabado el tiempo en la comunidad y la toma de contacto con la realidad particular. Este acercamiento pensado inicialmente al comenzar a salir durante los fines de semana no parece que haya sido suficiente.

Sin embargo, la puesta en marcha de esta fase supone hacer frente a otro tipo de dificultades derivadas de la colocación del foco de atención.

Normalmente los pacientes que han iniciado esta última fase se han encontrado con la doble exigencia de tener que estar a lo cotidiano de la comunidad y a los problemas que surgen en el exterior.

Con el paso del tiempo se ha visto que tampoco es necesario implementar esta fase para todos los pacientes sobre todo debido al esfuerzo de tener que establecer esta doble exigencia de funcionamiento.

Por tanto, se piensa hoy en dos criterios para que esta fase pueda ser útil: por un lado, el trabajo efectuado por el paciente durante los fines de semana valorando el acercamiento a nuevas relaciones, si dispone de amigos no consumidores, los esfuerzos encaminados a establecer una red de relaciones normalizadas y, por otro, una flexibilidad en la presión de grupo y responsabilidades dentro de la comunidad que le posibilite poder contar con el centro justamente para trabajar las dificultades que vayan apareciendo en esta etapa de toma de contacto con la realidad.

Una vez puestos en marcha estos cambios se comienza una etapa de debate de cara a establecer un nuevo modelo de intervención. Las razones que impulsan a este debate son:

- Las conclusiones que se derivan del presente estudio y que van encaminadas a un mayor acercamiento del tratamiento a la familia y un mayor protagonismo del paciente en el mismo.
- La demanda existente, que se caracteriza por no incluir, como venía siendo habitual, una etapa previa al ingreso en donde se valoraba la motivación del paciente. Al no existir esta etapa los pacientes ingresan, a veces, con escasa motivación a propuesta de los profesionales de la red de Salud Mental y con poco convencimiento propio de realizar un tratamiento de este tipo, lo cual debilita la contención y el grupo de pacientes se ve abocado a un continuo fluir de personas que ingresan y abandonan. Los pacientes no demandan ni esfuerzos ni exigencias personales que son características del tratamiento, en general solicitan un tratamiento que supere los síntomas del consumo de drogas, pero no una reflexión en profundidad sobre las causas de dicho consumo y que posibilite un cambio de estilo de vida.
- Una mayor complejidad de los problemas que obliga a plantear contactos y coordinaciones con otros sistemas (judicial, sanitario, escolar, laboral...).
- Los pacientes que ingresan se encuentran socialmente más dentro de la categoría de la marginación y en la mayor parte de las ocasiones presentan doble patología (psiquiátrica y toxicómana). En este sentido están accediendo pacientes, que antes no lo habían hecho debido a la ausencia

del trabajo previo sobre motivación indicado anteriormente. Los pacientes que abandonan en los primeros momentos corresponderían en su mayoría a los que hubieran abandonado en los primeros grupos de “pre-comunidad”; sin embargo, ahora que no existen estos “grupos” llegan los pacientes sin el trabajo previo, sin ninguna reflexión sobre el cambio personal a realizar.

- Consecuentemente a la reflexión anterior muchos de los pacientes que ingresan no tienen como objetivo un cambio de estilo de vida sino que buscan tan sólo dejar de consumir durante un tiempo para fortalecerse físicamente. Esta situación hace que el equipo de intervención no cubra su propia expectativa de un trabajo dirigido a “curar” y se tenga que enfrentar a la posibilidad de “paliar daños”.
- Se ve necesario, por tanto, desarrollar un modelo de intervención que compatibilice los dos tipos de oferta: la del cambio personal y la de paliar determinados daños tan sólo.

Las conclusiones que se derivan de este debate se encaminan a la introducción de un modelo de intervención con una estructura que contemple el proceso de tratamiento a dos niveles: un primer nivel para aquellas personas que demandan un tratamiento sintomático y un segundo nivel para aquellas que opten por un trabajo personal más en profundidad.

Para acercar la problemática del paciente a la comunidad y comenzar un trabajo de calle, que según los resultados de la presente investigación resultaba un tiempo corto, además de poder implementar una fase de tipo ambulatorio al finalizar el tratamiento, se propone que desde el primer fin de semana de estancia en la comunidad terapéutica se comience a salir al entorno habitual.

Como ya se ha indicado anteriormente, tanto las familias como los pacientes entrevistados en su mayoría piensan que una primera estancia a tiempo completo, incluido los fines de semana, en la comunidad es positiva para poder centrarse en el trabajo a realizar; sin embargo, a la hora de realizar esta propuesta se valoraban las siguientes cuestiones:

- Los pacientes y las familias entrevistadas en su mayoría, han comenzado el proceso de tratamiento en los grupos que se realizaban en el centro ambulatorio, es decir, llegaban a la comunidad terapéutica con un trabajo

hecho y una motivación concreta. Esta situación difiere respecto a los pacientes que ingresan en la actualidad, el trabajo motivacional hay que construirlo lentamente y desde la comunidad.

- Se valora como importante la necesidad de establecer desde el primer momento un trabajo fuera de la comunidad, donde la familia tome parte activa mediante el acompañamiento permanente al paciente.
- Dada la estructura del equipo de intervención, esta propuesta favorece una mayor presencia de los educadores durante la semana y la puesta en marcha de programas que de otro modo no se podrían desarrollar debido al horario laboral de fin de semana.

Una primera valoración cualitativa sobre este aspecto nos hace incidir en la propuesta anteriormente indicada, acerca de la necesidad de revisar las fases de salida durante el tratamiento.

Se pone en marcha, pues, un modelo de intervención donde el punto de partida es definir el interés por un trabajo con detenimiento o por un trabajo más sobre el síntoma (por ejemplo: “vengo a cargar pilas”, “vengo a recuperar un ritmo horario” o “vengo para recuperarme físicamente”, etc).

Actualmente se divide el proceso de tratamiento en tres fases: la primera consiste en la exploración y el trabajo sobre la motivación del paciente realizando un trabajo en profundidad; se trata de que el paciente se sienta partícipe de un proyecto en el que se involucre de manera activa y se pueda comprometer consigo mismo y con el resto de sus compañeros para continuar el tratamiento, sólo así podrá conseguir la motivación necesaria para avanzar en su trabajo personal. Esta fase que podríamos considerarla de prueba, tanto para la persona como para el equipo de intervención, tiene una duración de entre dos y tres meses; en este tiempo tan sólo se exige un paréntesis en el consumo de drogas, el acompañamiento familiar durante los fines de semana y una adecuación a la dinámica de la comunidad terapéutica. La única responsabilidad de trabajo que adquieren los pacientes es formar parte del equipo de limpieza de la comunidad. Se mantiene una reunión con las familias de los pacientes que se encuentran en este nivel en el centro ambulatorio con el objetivo de valorar el tratamiento y la convivencia con la familia durante los fines de semana.

El criterio para pasar de un nivel a otro viene marcado por la demanda de un trabajo más introspectivo definido en una entrevista de valoración.

En esta entrevista se fijan los objetivos personales para la segunda fase de tratamiento. Características de esta fase son el inicio de las terapias de grupo, el paso a la adquisición de responsabilidades de trabajo denominadas “intermedias” que tienen que ver con el mantenimiento de la comunidad a todos los niveles: cocina, plancha, trabajo en la huerta, etc.... Las reuniones familiares se realizan en la propia comunidad semanalmente con el mismo objetivo que en la fase anterior. El acompañamiento sigue siendo permanente durante los fines de semana.

La tercera fase se diferencia de la segunda en que se comienza a realizar planificaciones del fin de semana y el seguimiento familiar deja de ser una condición del tratamiento. En esta última fase se adquieren las mayores responsabilidades de la comunidad terapéutica, se coordinan los grupos de trabajo. También en esta etapa se puede plantear acciones dirigidas a la inserción socio-laboral del paciente y cabe la posibilidad de finalizar el tratamiento mediante una forma de estancia “ambulatoria” que obedezca a los intereses particulares del individuo de cara a una inserción plena en su entorno cotidiano. Esta forma ambulatoria significa que parte del tiempo transcurre fuera de la comunidad terapéutica realizando actividades de formación o búsqueda de empleo y parte en la propia comunidad participando de sus actividades.

Esta investigación comenzaba como un estudio inacabado, hemos podido contemplar cómo, a lo largo de los años, la comunidad terapéutica Manuene ha sido útil a la mayor parte de las personas que decidieron realizar una reflexión en profundidad sobre su persona; hemos visto que las personas que menos problemas tenían cuando ingresaban, les ha sido más fácil su inserción posterior. Nada nuevo en relación a otros estudios reseñados en el capítulo dedicado a investigaciones realizadas sobre el tema.

Hemos comprobado cómo a lo largo de los dieciséis años de historia de la comunidad terapéutica Manuene, el perfil de los pacientes al ingreso ha variado: de pacientes con pocos problemas orgánicos o delictivos, se pasó a un incremento en la problemática orgánica, seguramente los más problemáticos abandonarían en los grupos “pre-comunidad”, hasta los que ingresan en la

actualidad con graves deficiencias psicológicas y personas de larga evolución en el consumo.

Lo que aquí proponemos como conclusión de esta investigación es la necesidad de construir un protocolo de evaluación que tenga en cuenta los cambios que se producen en el individuo a través del conjunto de programas de tratamiento de Manuene; ese protocolo debe incluir el desarrollo de los siguientes instrumentos de medida:

1. Cuestionarios dirigidos a los pacientes.

a. Cuestionario de entrada, al inicio del programa recogiendo la situación presente del paciente y lo que espera encontrar en la comunidad terapéutica.

b. Cuestionario durante el tratamiento. Tratando de recoger factores personales de cambio, factores de tratamiento, calidad de atención, clima social de la comunidad.

c. Cuestionario al finalizar el tratamiento. Recogiendo cambios producidos a nivel personal, que al contrastarlos con el primer cuestionario sobre lo que se esperaba encontrar, puedan deducirse conclusiones científicas respecto al trabajo realizado, a la calidad del mismo, y puedan ser la base para la toma de decisiones.

d. Cuestionario a los 6 meses de finalizar el tratamiento, recogiendo la situación actual en la que se encuentra el paciente y haciendo referencia a los cambios que se han producido y se mantienen a través del tratamiento.

e. Cuestionario al año de finalizado el tratamiento, con el mismo objetivo que el anterior apartado.

2. Cuestionarios dirigidos a las familias.

a. Cuestionario al finalizar el tratamiento, recogiendo las ideas que se tienen del tratamiento efectuado.

b. Cuestionario al año de finalizado el tratamiento, para valorar la situación actual y los cambios que se mantienen, producidos a través del tratamiento.

3. Cuestionario dirigido al equipo de intervención.

a. Escala de Clima Social en el trabajo.

b. Cuestionario anual recogiendo las situaciones motivacionales del trabajo y posibles sugerencias.

Hoy a comienzos de 2001 se haría necesario seguir evaluando los resultados sobre los cambios introducidos desde 1996 valorándolos en relación con el estudio aquí presentando. Esto podría dar más luz y nuevas guías de intervención de cara al futuro.

BIBLIOGRAFÍA

- Abeijón, J. A. (1987). “La Comunidad Terapéutica como programa de intervención estratégica. Experiencia de Manuene”. En *Actas del II Congreso Mundial Vasco. Congreso de Drogodependencias. Análisis Multidisciplinar*. Tomo IV. Vitoria: Gobierno Vasco. Pp. 177-181.
- Abeijón, J.A. (1997). “La reducción del daño como meta global”. *Itaca*, vol II, nº 2, pp. 89-96.
- Abeijón, J.A. y Rodríguez, I. (1991). “Proyecto de Intervención en Medio Abierto”. En *Memoria-Informe Manuene*. (Documento sin publicar).
- Abeijón, J.A. (1987). ”Los sistemas en la demanda del toxicómano”. *Comunidad y Drogas*, nº 1, pp. 21-33.
- Abeijón, J.A. (1989). “La Comunidad Terapéutica”. En *Memoria-Informe Manuene*. (Documento sin publicar).
- Aguilar, I. (1995). *El Educador Social y las Drogodependencias*. Madrid: G.I.D.
- Alicante, P. (1989). “Escuela y Comunidad Terapéutica”. En *Memoria-Informe Manuene*. (Documento sin publicar).
- Alvira Martín, F. (1985). “La investigación evaluativa: una perspectiva experimentalista”. *Revista Española de Investigaciones sociológicas*, nº 29.
- Alvira Martín, F.(1991). *Metodología de la evaluación de programas*. Madrid: C.I.S.
- Anastasi, A. (1980). *Tests psicológicos*. Madrid: Aguilar.
- Ander Egg, E.; Aguilar, M.J. (1992). *Evaluación de Servicios y programas sociales*. Madrid: s.XXI.

- Ander-Egg, E. (1990). *Evaluación de Programas de trabajo social*. Buenos Aires: Humanitas.
- Angelis, G.G.; Ross, E. (1978). "A Comparison Effectiveness of Non Adict and Exaddict Professionals in an Aolescent Treatment". *Drug and Alcohol Dependence*, Vol.3.
- Bale, R. (1980). "Therapeutic Communities vs Methadone Maintenance. A prospective controlled study of Narcotic Addiction Treatment: Desing and One-Year Follow-up". *Archieves General of Psychiatry*, vol.37.
- Basaglia, F. (1972). *La institución negada*. Barcelona: Barral.
- Basaglia, F. (1977). *La mayoría marginada*. Barcelona: Laia.
- Bedate Villar, J. (1982). "Dispositivos asistenciales para el tratamiento y rehabilitación de los toxicómanos en Valencia". En Comas (1988). *El tratamiento de las drogodependencias y las comunidades terapéuticas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Bellido Vicente, I. (1971). "Terapéutica de la Comunidad en el Hospital Psiquiátrico de Oviedo". En Comas (1988). *El tratamiento de las drogodependencias y las comunidades terapéuticas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Benson, G. (1985). "Course and Outcome of Drug Abuse and Medical and Social Conditions in Selected Young Drug Abusers". En *Acta Psychiatry Scandinavia*. Pp. 71.
- Bergeret, J. (1980). *Le toxicomane et ses enviromements*. Paris: PVF.
- Bergeret, J. (1984). *Precis des toxicomanes*. Paris: Masson.
- Bertalanffy, L. (1976). *Teoría General de los Sistemas*. México: F.E.E.
- Bettelheim, B. (1973). *El corazón bien informado*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Biersbach, R.M. (1985). “Drug Treatment in New Jersey (and Elsewhere?): In Search of a Paradigm”. *J. Drug Education*, vol.15, nº 4.
- Bion, W.R. (1980). *Experiencia en Grupos*. Barcelona: Paidós.
- Bleandonu, G. (1970). *Les Communautés Therapeutiques*. Paris: Scarabés.
- Briones, G. (1988). “La evaluación interactiva”. En Ander-Egg; Aguilar (1992). *Evaluación de servicios y programas sociales*. Madrid: s. XXI.
- Briones, G. (1991). *Evaluación de Programas sociales*. México: Trillas.
- Broekaert/Raes/Kaplan/Coletti (1999). “El diseño y efectividad de las investigaciones sobre comunidades terapéuticas en Europa”. *Eur Addict Res*. nº 5.
- Broekart, E. (1980). “La Comunitá Terapeutica europea”. *Revista Il Delfino*, nº 5, pp. 11-20.
- Buber, M. (1995). *¿Qué es el hombre?*. Mexico: F.C.E.
- Burroughs, W. (1976). *Yonqui*. Madrid: Jucar.
- Cabrera, F.A. (1987). “La investigación evaluativa en educación”. En *Jornadas Técnicas de evaluación y seguimiento de programas de formación profesional*. Barcelona: Fundación Largo Caballero.
- Campanini, A.; Luppi, F. (1988). *Servicio Social y modelo sistémico: Una nueva perspectiva para la práctica cotidiana*. Barcelona: Paidós.
- Campbell, D.; Stanley, J. (1973). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cancrini, L. (1987). “Hacia una tipología de las toxicodependencias juveniles”. *Revista Comunidad y Drogas*, nº 1, pp. 45-57.
- Cancrini, L. (1991). *La psicoterapia: gramática y sintaxis*. Barcelona: Paidós.

- Cancrini, L. (1996). “La psicopatología de la drogadicción: Una revisión”. *Revista Itaca*, vol. 1, nº 2, pp. 7-38.
- Cancrini, L.; Cingolani, S.; Constantini, D.; Mazzoni, S.(1988). “Juvenile Drug Addiction: A typology of heroin addicts and their families”. *Family Process*, vol. 27, nº 3, pp. 261-271.
- Cancrini, L.; Constantini, D.; Mazzoni, S.(1985). “Toxicomanía entre los jóvenes: Un estudio de su tipología y pertenencia con los programas de tratamiento”. *Boletín de estupefacientes*, vol. 37, nº 2-3, pp. 133-142.
- Caride, J.A. (1989). “Diseño y evaluación de programas sociales”. En Ander-Egg; Aguilar (1992). *Evaluación de servicios y programas sociales*. Madrid: s. XXI.
- Castel, R. (1980). *La Sociedad psiquiátrica avanzada*. Barcelona: Anagrama.
- Clark, D. (1973). *Psiquiatría Administrativa. Los roles en la Comunidad Terapéutica*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Collier, W.V.; Hijazi, Y.A. (1974). “A follow-up study of former residents of a Therapeutic Community”. *International Journal of Addiction*, nº 9.
- Comas, D. (1988). *El tratamiento de las drogodependencias y las Comunidades Terapéuticas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Comas, D. (1992). *Las Comunidades Terapéuticas profesionales*. Barcelona: Asociación de profesionales de Comunidades Terapéuticas para toxicómanos.
- Comas, D. (1994). *Criterios y Normas para la Homologación de Comunidades Terapéuticas Profesionales para toxicómanos*. Madrid: Asociación de Profesionales de Comunidades Terapéuticas para Toxicómanos.

- Comas, D.; Carrón, J.; Hernández, M.I.; Nieva, P.; Silva, A. (1992). *Los estudios de seguimiento. Una experiencia metodológica*. Madrid: Fundamentos.
- Cooper, B. (1971). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Buenos Aires: Paidós.
- Costa, M.; López, E. (1991). *Manual para el Educador Social* (tomo I y II). Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Cronbach, J.L. (1982). “Designing Evaluations of educational and social programs”. En Ander-Egg; Aguilar (1992). *Evaluación de servicios y programas sociales*. Madrid: s. XXI.
- CTRC (1996). “Essential Elements of Therapeutic Community Treatment for Drugs Abuse”. En Broekaert/Raes/Kaplan/Coletti (1999). “El diseño y efectividad de las investigaciones sobre comunidades terapéuticas en Europa”. *Eur Addict Res*, nº 5.
- Cutter, H.S. (coord.) (1977). “Prediction of Treatment Effectiveness in a Drug-Free Therapeutic Community”. En Comas (1988). *El tratamiento de la drogodependencia y las comunidades terapéuticas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Champagne, F. (1985). “Cadre conceptuel à l'évaluation des programmes de santé”. En Ander-Egg; Aguilar (1992). *Evaluación de servicios y programas sociales*. Madrid: S. XXI.
- De Leon, G. (1985). “The Therapeutic Community: Study of Effectiveness”. *National Institute on Drug Abuse*, nº 85.
- De Leon, G. (1986). “Circumstance, motivation, readiness and suitability as correlates of treatment tenure”. En Broekaert/Raes/Kaplan/Coletti (1999). “El diseño y efectividad de las investigaciones sobre comunidades terapéuticas en Europa”. *Eur Addict Res*. nº 5.
- De Leon, G. (1995). “Residential therapeutic communities in the mainstream: Diversity and issues”. En Broekaert/Raes/Kaplan/Coletti

- (1999). “El diseño y efectividad de las investigaciones sobre comunidades terapéuticas en Europa”. *Eur Addict Res*, nº 5.
- De Leon, G.(1995). “Residential Therapeutic Communities in the mainstream: Diversity and Issues”. *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 27, nº 1.
 - De Leon, G.; Inciardi; J.A., Martin, S.S.(1995). “Residential drug abuse treatment research: Are conventional control designs appropriate for assessing treatment effectiveness”. En Broekaert/Raes/Kaplan/Coletti (1999). “El diseño y efectividad de las investigaciones sobre comunidades terapéuticas en Europa”. *Eur Addict Res*, nº 5.
 - De Leon, G.; Rosenthal, M.S. (1977). *Therapeutic Communities*. Rockville: National Institute on drug abuse.
 - Díaz, J.J. y col. (1984). “El equipo interdisciplinar en comunidades terapéuticas”. En Gobierno Vasco (1984). *Drogodependencias: un reto multidisciplinar*. Tomo II. Vitoria: Dpto. de publicaciones. Pp. 151-161.
 - Dole, V.P.; Joseph, H. (1978). “Long-term outcome of patients treated with metadona maintenance”. *Annals of the New York Academy of Science*, nº 311, pp. 181.
 - Dominicis, A. (1998). *La comunità terapeutica per tossicodipendenti. Origini e sviluppo del metodo*. (Documento sin publicar).
 - Donabedian, A. (1991). *La calidad de la atención médica: Definición y métodos de evaluación*. México: La Prensa Medica mexicana.
 - Dutrenit, J.M. (1984). “Evaluation du travail social: Aide à la Mutation”. En Ander-Egg; Aguilar (1992). *Evaluación de servicios y programas sociales*. Madrid: s. XXI.
 - Elzo, J. (coor.)(1996). *Alternativas terapéuticas a la prisión en delincuentes toxicómanos*. Vitoria: Gobierno Vasco.

- Erro, M. (1994). *Evaluación de Comunidades Terapéuticas para drogodependientes*. Vitoria: Secretaria General de Drogodependencias (Gobierno Vasco).
- Espinoza, M. (1993). *Evaluación de Proyectos Sociales*. Buenos Aires: Humanitas.
- Feroso, P. (1994). *Pedagogía Social. Fundamentación científica*. Barcelona: Herder.
- Franco, F. (1973). *El hombre construcción progresiva*. Madrid: Marsiega.
- Freinet, C. (1974). *Educación por el trabajo*. Barcelona: Laia.
- Freinet, C. (1974). *Las invariantes pedagógicas*. Barcelona: Laia.
- Freire, P. (1973). *Pedagogía del Oprimido*. Buenos Aires: s.XXI.
- Friedman, A.S.; Glickman, N.W. (1986). "Program Characteristics for Successful Treatment of Adolescent Drug Abuse". *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol.174, nº 11.
- Gabor, A. (1991). *Deming: El hombre que descubrió la calidad*. Barcelona: Granica.
- García Mas, M.P. (1985). "Análisis de las Comunidades Terapéuticas para toxicómanos". En *Actas de las XIII Jornadas de Sociodrogalcohol*. Palma de Mallorca: Asociación Sociodrogalcohol.
- García, E.; Roldán, G.; Comas, D. (1995). *Un estudio de seguimiento de la Comunidad Terapéutica Haize-Gain*. San Sebastián: Fundación Kutxa.
- Gearing, F.R.; Thompson, F. (1975). "What's good about methadone maintenance afther ten years?". En *Actas of 2nd National Drug Abuse conference*. New Orleans.
- Glaser, F.B.(coor.) (1974). "The Quality of Treatment for Drug Abuse". *Am. J. Psychiatry*, vol.131, nº 5.

- Goffman, I. (1984). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gossop, M.(coor.) (1987). “What happens to opioid addicts immediately after treatment: a prospective follow up study”. *British Medical Journal*, vol. 294.
- Graya, J.L. (1994). *Conductas adictivas: Teoría, Evaluación y Tratamientos*. Madrid: Debate.
- Grimson, W.R. (1972). *Sociedad de locos. Experiencia y violencia en un Hospital Psiquiátrico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Guardia, J.; Masip,J.; Viladrich, C. (1987). “Estudio de seguimiento de adictos a la heroína a los tres años de su admisión a tratamiento”. *Revista Comunidad y Drogas*, nº 3.
- Guerau , F. (1986). *La vida pedagógica*. Barcelona: Roselló Impresions.
- Haastrup, S.; Jepsen, P.W. (1984). “Seven year Follow-up of 300 young drug abusers”. En Sanchez-Carbonell (1985). “La evaluación del tratamiento de toxicómanos”. En *Actas de XIII Jornadas de Sociodrogalcohol*. Palma de Mallorca: Sociedad Científica española de estudios sobre el alcohol, el alcoholismo y otras toxicomanías.
- Hackman, J.R.; Oldham (1975). “Development of the Job Diagnostic Survey”, *Journal of Applied Psychology*, nº 60.
- Haderstorfer, B.; Künzel-Böhmer, J.(1992). “The Munich Multicenter Treatment Evaluation Study: Results of the first follop-up”. En Broekaert/Raes/Kaplan/Coletti (1999). “El diseño y efectividad de las investigaciones sobre comunidades terapéuticas en Europa”. *Eur Addict Res.*, nº 5.
- Haley, J.(1985). *Trastornos de la emancipación juvenil y la terapia de familia*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Herrera, J. (coor.) (1969). “La Comunidad Terapéutica en psiquiatría”. En Comas (1988). *El tratamiento de la drogodependencia y las comunidades terapéuticas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Himmelstrand, U.(1992). *Interfaces of economic and social analysis*. Londres: Routledge.
- Hubbard, R.L. (1984). “Treatment Outcome Prospective Study (TOPS): Client Characteristics and Behaviors Before, During and After Treatment”. En Sánchez-Carbonell (1985). “La evaluación del tratamiento de toxicómanos”. En *Actas de XIII Jornadas de Sociodrogalcohol*. Palma de Mallorca: Sociedad Científica de estudios sobre el alcohol, el alcoholismo y otras toxicomanías.
- James, G. (1969). “Evaluating in Public Health Practique”. En Ander-Egg; Aguilar (1992). *Evaluación de servicios y programas sociales*. Madrid: s. XXI.
- Jimeno, J.; Pérez, A. (1983). *La enseñanza: su teoría y su práctica*. Madrid: Akal Universitaria.
- Joint Committee on Standads for Educational Evaluation (1981). *Standars for evaluations of educational program, projects and materials*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Jones, M. (1970). *La psiquiatría social en la práctica. La idea de Comunidad Terapéutica*. Buenos Aires: Americalée.
- Jones, M. (1980). “La comunidad terapéutica. ¿Sobrevivirá y crecerá?”. En *Boletín de la Sociedad Española de Psicoterapia y técnicas de grupo*, nº 1, pp. 8-18.
- Jones, M. (1985). “The two Therapeutic Communities-a review”. En *VIII Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas*. Roma: Asociación Internacional de Comunidades Terapéuticas.
- Jones, M. (1990). “Una revisión de los dos modelos de comunidad terapéutica”. En *Actas de las 5ª Jornadas de profesionales de comunidades*

terapéuticas. Vigo: Asociación de profesionales de comunidades terapéuticas. Pp. 29-33.

- Kaufman, R.; English, F. (1979). "Needs Assessment. Concept and Application". En Ander-Egg; Aguilar (1992). *Evaluación de servicios y programas sociales*. Madrid: s. XXI.
- Kierkegaard, S. (1941). *Tratado de la desesperación*. Buenos Aires: Santiago Rueda.
- Kierkegaard, S. (1943). *El concepto de la angustia*. Buenos Aires: Espasa Calpe.
- Kooyman, M. (1996). *La Comunidad Terapéutica para drogodependientes*. Bilbao: Mensajero.
- Kosten, T.R.; Rounsaville, B.J.; Kleber, H.D. (1987). "A 2.5 Year Follow-up of Cocaine Use Among Treated Opioid Addicts". *Arch Gen Psychiatry*, vol.44.
- Kosten, T.R.; Jalali, B.; Hogan, I.K.; Kleber, H.D. (1983). "Family denial as a prognostic factor in opiate addict treatment outcome". *The Journal of N. and Mental Disease*, vol. 171, nº 10.
- Kosten, T.R.; Rounsaville, B.J.; Kleber, H.D. (1986). "A 2.5 Year Follow-up of Treatment Retention and Reentry Among Opioid Addicts". *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 3.
- Laing, R. (1973). *Experiencia y alienación en la vida contemporánea*. Buenos Aires: Paidós.
- Laing, R.; Cooper, B. (1969). *Razón y violencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Langeveld, M.J. (1965). "Einführung in die theoretische Pädagogik". En Feroso (1994). *Pedagogía Social. Fundamentación científica*. Barcelona: Herder. Pp. 99.

- Laucirika, C. (1989). "La Intervención Psicoterapéutica en la Comunidad Terapéutica". En *Memoria-Informe Manuene*. (Documento sin publicar).
- Lazarsfeld, P.; Bourdon R. (1973). "De los conceptos a los índices empíricos" En Ander-Egg-Aguilar (1992). *Evaluación de servicios y programas sociales*. Madrid: s.XXI.
- Lopez Blasco (1991). "Proyectos de evaluación de la praxis en servicios sociales". En Pantoja (1998). "Evaluar las intervenciones en drogodependencias: Por qué y para qué?". En *Jornadas Municipales sobre Drogodependencias*. Bilbao: Ayuntamiento de Bilbao.
- Luque, A.; Casquete, A. (1989). "La evaluación de programas de intervención social: criterios y técnicas". *Revista de Treball Social*, nº 115.
- Maddux, J.F.; Desmond, D.P. (1980). "Contribución a la hipótesis de la maduración liberadora en la dependencia de los opiáceos". En Sánchez-Carbonell (1985). "La evaluación del tratamiento de toxicómanos". En *Actas de XIII Jornadas de Sociodrogalcohol*. Palma de Mallorca: Sociedad Científica de estudios sobre el alcohol, el alcoholismo y otras toxicomanías.
- Main, T. (1991). "El concepto de Comunidad Terapéutica: variaciones y vicisitudes". *Boletín del SEPTG*, nº 1.
- Marlatt (1985). "Relapse Prevention". En Graya (1994). *Conductas adictivas: Teoría, Evaluación y Tratamientos*. Madrid: Debate.
- Martín Pozas, J. (coord.) (1998). *Un modelo para la calidad en la asistencia y tratamiento en drogodependencias*. Federación Europea de Asociaciones de intervinientes en toxicomanías. (Documento sin publicar).
- Martin, D.V. (1962). *Adventure in Psychiatry*. Londres: Cassirer.
- Martinell, A.; Franch, J. (1994). *Animar un Proyecto de Educación Social*. Barcelona: Paidós.
- Martínez, D. (1972). "Sistemas Indicadores". En S. del Campo (1972). *Los indicadores sociales a debate*. Madrid: Euroamérica.

- McLellan, A.T. y col. (1982). "Is Drug Abuse Treatment Affective?". *Research Monograph Series*, nº 41.
- Melgarejo, M. y col. (1988). "Tratamiento de 182 heroinómanos y resultados: Seguimiento a un año (1985-1986)". *Font Informatiu*, nº 13.
- Melgarejo, M.; Sanahuja, P.; Masferrer, J.; Sala, Ll.; Perez, F.; Piña, L. (1986). "Estudio descriptivo de 431 heroinómanos usuarios del Programa DROSS". *Font Informatiu*, nº 5.
- Mesones Arroyo, H. (1968). "La Comunidad Terapéutica". En Comas (1988). *El tratamiento de la drogodependencia y las comunidades terapéuticas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Minuchin, S. (1988). *Técnicas de Terapia Familiar*. Barcelona: Paidós.
- Monnier, E. (1992). *Evaluación de la acción de los poderes públicos*. Madrid: Instituto de Estudios fiscales.
- Nadeau, L. (1980). "La Communauté Therapeutique: Un programme de traitement". En Roig Traver (1985). "El modelo americano de comunidad terapéutica y su difusión en Europa". En *Actas de XIII Jornadas de Sociodrogalcohol*. Palma de Mallorca: Sociedad Científica española de estudios sobre el alcohol, el alcoholismo y otras toxicomanías.
- Nieva, P. (1988). *Evolución de Centros de tratamiento de las drogodependencias*. Tesis doctoral sin publicar. Madrid: UNED.
- O'Brien, W. (1981). "The Therapeutic Community - static or moving". En Comas (1988). *El tratamiento de la drogodependencia y las comunidades terapéuticas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Olivenstein, C. (1990). "La noción de cadena terapéutica desde una perspectiva de tratamiento individualizado". En *Curso Psicopatología y Drogas*. Bilbao: Servicio Vasco de Salud. (Documento sin publicar).

- Ottenberg, D. (1985). "The Therapeutic Community today". En Comas (1988). *El tratamiento de la drogodependencia y las comunidades terapéuticas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ottenberg, D. (1991). "¿Qué no se debe cambiar en la Comunidad Terapéutica?". En 2º Informe Instituto Europeo. Bélgica.
- Page, R.C.; Mitchell, S. (1988). "The Effects of Two Therapeutic Communities on Illicit Drug Users Between 6 Months and 1 Year After Treatment". *The International Journal of the Addictions*, vol. 23, nº 6.
- Palacios, M. (1989). "Principios y criterios de admisión en Comunidad Terapéutica". En Memoria-Informe Manuene. (Documento sin publicar).
- Panchón, C. (1998). *Manual de pedagogía de la inadaptación social*. Barcelona: Dulac edicions.
- Pantoja, L. (1998). "Evaluar las intervenciones en drogodependencias: Por qué y para qué?". En *Jornadas Municipales sobre Drogodependencias*. Bilbao: Ayuntamiento de Bilbao.
- Pantoja, L. (coor.) (1996). *Esbozo de Código Deontológico del Educador Social*. Bilbao: Universidad de Deusto. (Documento sin publicar).
- Patton, M.Q. (1978). "Utilization-Focused Evaluation". En Ander-Egg; Aguilar (1992). *Evaluación de servicios y programas sociales*. Madrid: s. XXI.
- Pérez Serrano, G. (1993). "Técnicas de investigación en educación social. Perspectiva etnográfica". En Sáez Carreras (1993). *El educador social*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Pérez Serrano, G. (1999). *Modelos de investigación cualitativa en educación social y animación socio-cultural: Aplicaciones prácticas*. Madrid: Narcea.
- Pérez, X. (1990). "La intervención educativa en Comunidad Terapéutica". En Memoria-Informe Manuene. (Documento sin publicar).

- Pérez, X. (1993). “Programa de Reinserción Socio-laboral”. En *Memoria-Informe Manuene*. (Documento sin publicar).
- Pérez, X.; Alicante, P. (1991). “El Educador Social en el Centro de Rehabilitación Manuene”. *Zerbitzuan*, nº 14, pp. 82-85.
- Pérez-Campanero, M. (1994). *Como detectar las necesidades de intervención socio- educativa*. Madrid: Narcea.
- Pin,E.J.; Martin,J.M.; Walsh,J.F. (1976). “A follow-up Study of 300 exclients of a drug free narcotic treatment program in New York city”. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, nº 3.
- Pinault, R.; Davelury, C. (1987). *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias*. Barcelona: Masson.
- Polo. Ll.; Zelaya, M. (1984). *Comunidades para toxicómanos*. Madrid: Dirección General de Acción Social-Cruz Roja.
- Rapaille, G. (1977). *Laing y la antisiquiatría*. Buenos Aires: Solpin.
- Rapoport, R.N. (1974). *La Communauté Therapeutique*. Paris: Máspero.
- Ravndal, E. (1994). “Drug abuse, psychopathology and treatment in a hierarchical therapeutic community. A prospective study”. En Broekaert/Raes/Kaplan/Coletti (1999). “El diseño y efectividad de las investigaciones sobre comunidades terapéuticas en Europa”. *Eur Addict Res*. nº 5.
- Rodríguez Cueto, I, (1997). “La intervención en drogodependencias como un proceso permanente de investigación”. En *III Encuentro Europeo de Itaca*. Lisboa: Asociación europea de intervinientes en toxicomanías.
- Rodríguez Cueto, I. (1994). “El educador en la Comunidad Terapéutica”. En *Memoria-Informe Manuene*. (Documento sin publicar).

- Rodríguez Cueto, I. (1994). “El equipo de trabajo de la Comunidad Terapéutica”. En *Memoria-Informe Manuene*. (Documento sin publicar).
- Rodríguez Cueto, I. (1994). “Elementos concretos del trabajo educativo en la Comunidad Terapéutica”. En *Memoria-Informe Manuene*. (Documento sin publicar).
- Rodríguez Cueto, I. (1996). “Algunos Principios Educativos”. En *Memoria-Informe Manuene*. (Documento sin publicar).
- Rodríguez Cueto, I.(1994). “Como organizar la Comunidad Terapéutica”. En *Memoria-Informe Manuene*. (Documento sin publicar).
- Rodríguez, I.; Lledó, M^a (1995). *Reflexiones sobre la situación actual de las Comunidades Terapéuticas para toxicómanos*. Bilbao: Asociación de Profesionales de Comunidades Terapéuticas para toxicómanos. (Documento sin publicar).
- Rogers, C. (1981). *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós.
- Roig-Traver, A. (1985). “La Comunidad Terapéutica”. En *Actas del XIII Congreso de Sociodrogalcohol*. Palma de Mallorca: Sociedad científica Española de estudios sobre el alcohol, el alcoholismo y otras toxicomanías.
- Rossi, P.H.; Freeman, H.E. (1989). *Evaluación: un enfoque sistemático para programas sociales*. México: Trillas.
- Rounsaville, B.J.; Kosten T.R.; Kleber, H.D. (1987). “The Antecedents and Benefits of Achieving Abstinence in Opioid Addicts: A 2.5 Year Follow-up Study”. *Am J. Drug Alcohol Abuse*, vol. 13, nº 3.
- Ruiz Olabuénaga, J. (1996). *Métodos de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Ruthman, L. (1977). “Evaluation Research Methods: a Basic Guide”. En Ander-Egg; Aguilar (1992). *Evaluación de servicios y programas sociales*. Madrid: s. XXI.

- Sáez Carreras, J. (1993). *El educador social*. Murcia: Universidad-Secretariado de publicaciones.
- Sánchez-Carbonell, J. (1986). “La evaluación del tratamiento de toxicómanos”. *En Actas del XIII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol*. Palma de Mallorca: Sociedad científica Española de estudios sobre el alcohol, el alcoholismo y otras toxicomanías.
- Sánchez-Carbonell, J.; Brigos, B.; Camí, J. (1988). “Evolución de una muestra de heroinómanos 2 años después del inicio del tratamiento (Proyecto EMETYST)”. *Medicina Clínica*, nº 92.
- Sarabia, B. (1985). “Historias de vida”. *Revista Española de Investigaciones sociológicas*, nº 29.
- Scriben, M. (1967). “The Methodology of Evaluation”. En Ander-Egg; Aguilar (1992). *Evaluación de servicios y programas sociales*. Madrid: s. XXI.
- Sells, S.B. (1975). “The DARP research program and data system”. *American Journal of drug-Alcohol Abuse*, vol. 2, nº 1.
- Serigó Segarra, A. (1968). “El Hospital psiquiátrico como Comunidad Terapéutica”. En Comas (1988). *El tratamiento de la drogodependencia y las comunidades terapéuticas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Servicio Vasco de Salud-Osakidetza (1992). "Plan de Gestión 1.992". En *Informe-Memoria Manuene*. (Documento sin publicar).
- Servicio Vasco de Salud-Osakidetza (1993). "Plan de Gestión 1.993". En *Informe-Memoria Manuene*. (Documento sin publicar).
- Servicio Vasco de Salud-Osakidetza (1994). “Plan Integral de Calidad”. En *Documento de trabajo para la elaboración del Plan Integral de Calidad de Salud Mental*. (Documento sin publicar).

- Sheffet, A.M. (1980). "Assessment of Treatment Outcomes in a Drug Abuse Rehabilitation Network: Newark, New Jersey". *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, vol. 7, nº 2.
- Silva Rivero, A.; Monturiol, P.; Rodríguez, I. (1992). "Concepto de Calidad en los Servicios de Atención a drogodependientes". *Revista Crefat*, nº 13.
- Silva, A. (1994). *La Evaluación de programas en drogodependencias*. Madrid: Grupo Interdisciplinar sobre Drogas.
- Silva, A.; Carrón, P.; Hernández, M.I.; Nieva, P. (1994). *La evaluación de programas en drogodependencias*. Madrid: Grupo Interdisciplinar sobre Drogas.
- Simpson, D.D. (1981). "Treatment for Drug Abuse. Follow-up Outcomes and Length of Time Spent". *Arch Gen Psychiatry*, vol. 38.
- Simpson, D.D.; Savage, L.J. (1982). "Client Types in Different Drug Abuse Treatment: Comparisons of Follow-up Outcomes". *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, vol. 8, nº 4.
- Simpson, D.D.; Savage, L.J.; Sells, S.B. (1978). *Data Book on Drug Treatment Outcomes Follow-up Study of 1969-1972. Admissions to the Drug Abuse Reporting Program (DARP)*. Texas Christian University: Institute of Behavioral Research.
- Stake, R. (1967). "The countenance of educational evaluation". *Teachers College Record*, nº 68.
- Stang, H.J. (1979). "Three-year Follow-up of 100 vagrant adolescent drug abusers in Oslo". En *Acta psychiatr. Scand.*, vol. 55.
- Stanton, D. (1982). *The family therapy of drug abuse and addiction*. Nueva York: Guilford Press.
- Stufflebeam, D. (coor.) (1971). *Educational evaluation and decision making*. Itasca: Peacock.

- Stufflebeam, D.; Shinkfield, A.(1993). *Evaluación sistemática: Guía teórica y práctica*. Barcelona: Paidós.
- Suchman, E.A. (1967). “Evaluative Research: Principles and Practique Public Service and Social Action Programs”. En Ander-Egg; Aguilar (1992). *Evaluación de servicios y programas sociales*. Madrid: s. XXI.
- Surdo, E. (1997). *La magia de trabajar en equipo*. Madrid: Cierzo.
- Turcotte, P. (1986). *Calidad de vida en el trabajo: antiestrés y creatividad*. México: Trillas.
- Tyler, R.W. (1942). “General Statement on Evaluation”. En Stufflebeam (1993). *Evaluación sistemática: Guía teórica y práctica*. Barcelona: Paidos.
- Uchtenhagen, A.; Zimmer-Höfler, D. (1987). “Psychosocial Development Following Therapeutic and Legal Interventions in Opiate Dependence. A Swiss National Study”. *European Journal of Psychology of Education*, vol. II, nº 4.
- Urbano, A.; Lledó, M.; Aróstegui, E. (1999). *Manual de prevención de recaídas en el tratamiento de las toxicomanías*. Vitoria: Servicio Central de publicaciones del Gobierno Vasco.
- Vaillant, G.E. (1973). “A 20-Year Follow-up of New York Narcotic Addicts”. En Sánchez-Carbonell (1986). “La evaluación del tratamiento de toxicómanos”. *En Actas del XIII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol*. Palma de Mallorca: Sociedad científica Española de estudios sobre el alcohol, el alcoholismo y otras toxicomanías..
- Vaillant, G.E. (1974). “Outcomes Research in Narcotic Addiction Problems and Perspectives”. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, vol. 1, nº 1.
- Weiss, C. (1978). *Investigación evaluativa*. Trillas: México.
- Winick, Ch. (1980). “An Empirical Assesment of Therapeutic Communities in New York City”. En Comas (1988). *El tratamiento de la*

drogodependencia y las comunidades terapéuticas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Winick, Ch. (1964). “Maturing out of Narcotrafic Addiction”. *Bulletin on Narcotics*, vol. 1, nº 9.
- Yablonsky, L. (1967). *Synanon: the tunnel back*. Londres: Penguin.

ANEXOS: Cuestionarios utilizados para la investigación

Nº de Entrevista: _____

ASI ME AYUDÓ MANU-ENE

1.- Año en que ingresaste en Manuene por primera vez (para respetar el anonimato, no interesa la fecha exacta, sólo el año):.....

2.-Edad actual:

3.- Sexo: 1.- Varón 2.- Mujer

4.- Consideras que fue importante la participación de tu familia en el tratamiento:

(Señala con una X la casilla que corresponda)

<i>Muy importantes</i>	
<i>Importantes</i>	
<i>Poco importantes</i>	
<i>Nada importantes</i>	

5.- Piensas que la Entrevista de Admisión sirvió para reflejar de forma clara tus problemas:

(Señala con una X la casilla que corresponda)

<i>Sirvió mucho</i>	
<i>Sirvió bastante</i>	
<i>Sirvió poco</i>	
<i>No sirvió nada</i>	

6.- Consideras que la propuesta de trabajo que el Equipo te propuso en la entrevista de admisión fue la adecuada:

(Señala con una X la casilla que corresponda)

<i>Muy adecuada</i>	
<i>Adecuada</i>	
<i>Poco adecuada</i>	
<i>Nada adecuada</i>	

7.- Crees que el tiempo de tratamiento fue:

(Señala con una X la casilla que corresponda)

<i>Muy largo</i>	
<i>Bastante largo</i>	
<i>Poco largo</i>	
<i>Nada largo</i>	

8.- Valora si las instalaciones fueron las adecuadas para tu tratamiento en Manuene:

(Pon una X en la casilla que corresponda)

	Muy adecuado	Bastante	Poco	Nada
<i>Entorno natural</i>				
<i>Cuartos de baño</i>				
<i>Dormitorios</i>				
<i>Lavandería</i>				
<i>Cocina</i>				
<i>Salas de estar</i>				
<i>Biblioteca</i>				

9.- Piensas que el Programa de tratamiento en Manuene fue:

(Señala con una X la casilla que corresponda)

<i>Muy exigente</i>	
<i>Bastante exigente</i>	
<i>Poco exigente</i>	
<i>Nada exigente</i>	

10.- Valora la Calidad de Atención y de intervención del Programa de tratamiento en Manuene:

(Señala con una X la casilla que corresponda)

<i>Muy buena</i>	
<i>Buena</i>	
<i>Mala</i>	
<i>Muy mala</i>	

11.- A continuación te presentamos una serie de opciones que has podido mejorar en Manuene. Te pedimos que elijas **cinco opciones** que han sido más importantes para ti. (Como sugerencia lee todas las opciones antes de contestar):

<i>Aprender a convivir mejor con los demás</i>	
<i>Relacionarme mejor con la familia</i>	
<i>Aceptar mejor las normas</i>	
<i>Ser más responsable</i>	
<i>Ser más autónomo</i>	
<i>Ocupar mejor el tiempo libre</i>	
<i>Tener más confianza en mí mismo-a</i>	
<i>Estar más a gusto conmigo mismo</i>	
<i>Cuidarme más</i>	
<i>Tener nuevos hábitos de vida</i>	
<i>Buscar nuevos amigos</i>	
<i>Ayudar a integrarme en la sociedad</i>	
<i>Tener mayor conciencia de mis problemas</i>	
<i>Dejar de consumir drogas</i>	
<i>No cometer delitos</i>	
<i>Integrarme en el mundo laboral</i>	
<i>Tener otras inquietudes</i>	
<i>Sentirme menos sólo</i>	
<i>Sentirme menos deprimido</i>	
<i>Otros</i>	
<i>No me ha producido ningún cambio</i>	

12.- En relación a tu familia, ¿podrías señalar si se ha producido algún cambio, en qué aspectos lo ha hecho?

En la comunicación entre la familia	
En la organización familiar	
En el reparto de responsabilidades	
En la confianza familiar	
Otras áreas	
No se ha producido ningún cambio en mi familia	

13.- Consideras que los grupos familiares que se desarrollaban en Manuene, han sido importantes en el tratamiento:

(Señala con una X la casilla que corresponda)

Muy importantes	
Importantes	
Poco importantes	
Nada importantes	

14.- ¿Qué **tres factores** del tratamiento piensas que te han ayudado más?

Terapias de grupo	
Actividades de tiempo libre	
Horario normalizado	
Normas	
Responsabilidades de trabajo	
Aprendizaje de habilidades sociales	
Integración socio-laboral	
Higiene, salud y deporte	
Programa Graduado Escolar	
Actividades Culturales	
Entrevistas de valoración	
Asambleas	
Reuniones de trabajo	
Entrevistas individuales de tutoría	
Reuniones de cuando se sale sólo	
Campamento Volante de verano	
La fiesta de despedida	
Otros (especificar).....	

15.- Consideras que el tratamiento ha mejorado tu situación respecto a:

	SI	NO
Consumo de drogas		
Mayor probabilidad de encontrar trabajo		
Situación judicial		
Situación física-orgánica		
Situación Escolar/formación profesional o formación universitaria		

16.- Si has obtenido el título de Graduado Escolar en Manuene, señala:

(Señala con una X la casilla que corresponda)

Lo he obtenido mientras hacia el tratamiento	
Lo he obtenido posteriormente, examinándome en Manuene para obtenerlo	
No lo he obtenido	
Ya lo tengo	

17.- Piensas que tu calidad de vida ha mejorado a raíz del tratamiento realizado en Manuene:

(Señala con una X la casilla que corresponda)

Mucho	
Bastante	
Poco	
Nada	

18.- Piensas que el trato recibido por el Equipo fue:

(Señala con una X la casilla que corresponda)

Muy bueno	
Bueno	
Malo	
Muy Malo	

19.- Como valoras la capacitación del Equipo de profesionales:

(Señala con una X la casilla que corresponda)

Muy buena	
Buena	
Mala	
Muy mala	

20.- Consideras que la comunicación con el Equipo fue la adecuada:

(Señala con una X la casilla que corresponda)

Muy buena comunicación	
Buena comunicación	
Mala comunicación	
Muy mala comunicación	

21.- Al finalizar el tratamiento, ¿qué área, de las que se señalan a continuación, piensas que hubieras necesitado de un seguimiento?:

Salud	
Tu relación con otras personas	
Seguimiento socio-laboral	
Seguimiento psico-terapéutico	
Educación o de formación	
Otros	

22.- Indica el año de tu primera salida en Manuene:

Señala si esta salida fue:

Alta	
Abandono	

23.- Si reingresaste nuevamente, indica el año de ingreso y de salida (las veces que lo hayas hecho):

- Año de reingreso:.....

- Año de salida:.....

Señala si esta salida fue:

Alta	
Abandono	

- Año de reingreso:.....

- Año de salida:.....

Señala si esta salida fue:

Alta	
Abandono	

24.- ¿Qué sugerencias propondrías para mejorar el Programa de tratamiento en Manuene?

ASI ES MI SITUACION ACTUAL

1.- Fecha actual:

2.- Estado Civil:

(Señala con una X la casilla que corresponda)

Casado o pareja	
Casado en 2ª nupcias	
Viudo/a	
Separado/a	
Divorciado/a	
Soltero/a	

3.- Hijos: (poner el número):

4.- Actualmente vives con:

(Señala con una X la casilla que corresponda)

Pareja e hijos/as	
Pareja sin hijos/as	
Padres	
Familia	
Amigos/as	
Solo/a	
En ambiente institucional controlado	
Ninguna situación estable	

5.- ¿Estás satisfecho con esta situación?:

(Señala con una X la casilla que corresponda)

Muy satisfecho/a	
Bastante satisfecho/a	
Poco satisfecho/a	
Nada satisfecho/a	

6.- Después de finalizado el tratamiento, ¿qué estudios has completado?

E.G.B.	
Graduado Escolar	
F.P., REM, BUP	
COU	
Estudios Universitarios	

No tengo ningún estudio universitario	
Otros estudios	

7.- Tu ocupación laboral actual es: (contesta una de las tres opciones A, B o C):

A. Trabajas y ganas lo suficiente para mantenerte	
B. Trabajas pero no ganas suficiente para mantenerte	
C. No trabajas	

(Si no trabajas pero lo hiciste anteriormente, contesta a estas dos preguntas)

(Tiempo en meses)

¿Cuánto tiempo hace que trabajaste por última vez en un empleo?	
¿Cuánto tiempo estuviste en este trabajo?	

8.- ¿Conseguiste algún trabajo a través de las medidas de inserción laboral del tratamiento?

SI		¿Cuánto tiempo estuviste en este trabajo? (en meses)	
NO			

9.- ¿Estás satisfecho con esta situación laboral?:

(Señala con una X la casilla que corresponda)

Muy satisfecho/a	
Bastante satisfecho/a	
Poco satisfecho/a	
Nada satisfecho/a	

10.- Tu problemática policial o judicial es la siguiente:

(Señala con una X la casilla que corresponda)

Nunca has tenido problemas policiales o judiciales	
Has tenido problemas en alguna ocasión, pero ahora, no	
Tienes juicios pendientes	
Estás en libertad condicional	
Estás en prisión	

11.- Tu situación orgánica es:

	SI	NO
A. Tienes anticuerpos VIH		
B. Estás tomando medicación para los síntomas del SIDA		
C. Tienes otros problemas orgánicos		
- Hepatitis		

- Tuberculosis		
- Enfermedades de transmisión sexual		
- Enfermedades bucodentales		
- Otras (especificar)		

12.- ¿Has realizado algún tratamiento posterior después de estar en Manuene?

SI	
NO (pasar a la pregunta 16)	

13.- ¿Cuánto tiempo aproximado pasó hasta que acudiste a otro tratamiento después de salir de Manuene? (en meses):

14.- ¿Has realizado alguno de los siguientes tratamientos desde entonces?: (poner número de veces)

Naltrexona	
Tratamiento ambulatorio	
Comunidad Terapéutica	
Metadona	
Otros programas	

15.- Actualmente estás en tratamiento?

SI (ir al apartado A)	
NO (ir al apartado B)	

A.- En caso de estar en tratamiento, señalar cuál es el tratamiento que recibes:

Naltrexona	
Tratamiento ambulatorio	
Comunidad Terapéutica	
Metadona	
Otros programas	

- ¿Cuántos meses llevas en él?.....

B.- En caso de no estar en tratamiento:

- Señala cuál ha sido el último tratamiento recibido:

Naltrexona	
Tratamiento ambulatorio	
Comunidad Terapéutica	
Metadona	

Otros programas	
-----------------	--

- ¿Cuantos meses hace que lo has dejado?:.....

- ¿Finalizaste el Programa?

SI	
NO	

16.- ¿Con qué frecuencia has consumido las siguientes sustancias en los dos últimos meses?

(Señala con una X las casillas que correspondan)

	Nunca	½ veces mes	½ veces semana	Más de 2 veces semana	Diariamente
Heroína u opiáceos					
Estimulantes (cocaína o anfetaminas)					
Alcohol					
Porros					
Alucinógenos					
Sedantes/tranquilizantes					

17.- ¿Ha ocurrido algún acontecimiento importante que puedas considerar como causa del consumo?

SI	
NO	

- Si es que "SI", indica la causa:

Nº de Entrevista: _____

ASI CREEMOS QUE NOS AYUDO MANUENE
--

1.- ¿Considera que las instalaciones de la Comunidad Terapéutica: servicios, dormitorios, cocina, etc..., fueron los adecuados para el tratamiento efectuado por su familiar?

(Pon una X en la casilla que corresponda)

	Muy adecuado	Bastante	Poco	Nada
<i>Entorno natural</i>				
<i>Cuartos de baño</i>				
<i>Dormitorios</i>				
<i>Lavandería</i>				
<i>Cocina</i>				
<i>Salas de estar</i>				
<i>Biblioteca</i>				

2.- Considera que el Programa de tratamiento en Manuene, para la familia, es:

(Señala con una X LA casilla que corresponda)

<i>Muy exigente</i>	
<i>Bastante exigente</i>	
<i>Poco exigente</i>	
<i>Nada exigente</i>	

3.- Piensa que el Programa de tratamiento en Manuene, para su familiar, es:

(Señala con una X la casilla que corresponda)

<i>Muy exigente</i>	
<i>Bastante exigente</i>	
<i>Poco exigente</i>	
<i>Nada exigente</i>	

4.- Podría elegir **cinco opciones como máximo** sobre el tipo de cambio que se ha producido en su familiar a raíz del tratamiento:

<i>Aprender a convivir mejor con los demás</i>	
<i>Relacionarse mejor con la familia</i>	
<i>Aceptar mejor las normas</i>	
<i>Ser más responsable</i>	
<i>Ser más exigente hacia él</i>	
<i>Ser más exigente hacia los demás</i>	
<i>Ser más autónomo</i>	
<i>Ocupar mejor el tiempo libre</i>	
<i>Tener más confianza en sí mismo</i>	
<i>Estar más a gusto consigo mismo</i>	
<i>Cuidarse más</i>	
<i>Tener nuevos hábitos de vida</i>	
<i>Buscar nuevos amigos-as</i>	
<i>Otros (especificar).....</i>	
<i>No ha provocado ningún cambio</i>	

5.- Valore si el tiempo de tratamiento ha sido:

(Señala con una X la casilla que corresponda)

<i>Muy largo</i>	
<i>Largo</i>	
<i>Normal</i>	
<i>Corto</i>	
<i>Muy Corto</i>	

6.- Piensa que las fases de salida durante los fines de semana fueron adecuados:

(Señala con una X la casilla que corresponda)

<i>Muy adecuados</i>	
<i>Adecuados</i>	
<i>Poco adecuados</i>	
<i>Nada adecuados</i>	

7.- Considera que el tratamiento ha mejorado la situación de su familiar con respecto a.....

	SI	NO
<i>Consumo de drogas</i>		
<i>Mayor probabilidad de encontrar trabajo</i>		
<i>Situación Judicial</i>		
<i>Situación físico-orgánica</i>		
<i>Situación escolar/formación profesional o formación universitaria</i>		

8.- En caso de que el tratamiento haya motivado algún cambio en la propia familia, podría señalar cuáles son las áreas modificadas (señale las que considere que han sido modificadas):

(Señala con una X la casilla que corresponda)

<i>En la comunicación entre la familia</i>	
<i>En la organización familiar</i>	
<i>En el reparto de responsabilidades</i>	
<i>En la confianza familiar</i>	
<i>No se ha producido ningún cambio significativo</i>	

9.- Considera que los "grupos familiares" han sido importantes en el tratamiento:

(Señala con una X LA casilla que corresponda)

<i>Muy importantes</i>	
<i>Importantes</i>	
<i>Poco importantes</i>	
<i>Nada importantes</i>	

10.- Podría señalar el grado de interés de Ud. hacia estos grupos:

(Señala con una X LA casilla que corresponda)

<i>Mucho interés</i>	
<i>Bastante interés</i>	
<i>Poco interés</i>	
<i>Nada interés</i>	

11.- Piensa que estos "Grupos familiares" han sido:

(Señala con una X la casilla que corresponda)

<i>Muy frecuentes</i>	
<i>Frecuentes</i>	
<i>Poco frecuentes</i>	
<i>Nada frecuentes</i>	

12.- En caso de que piense que han sido "poco o nada frecuentes", ¿cada cuánto tiempo se podrían realizar?

13.- ¿Qué **cinco factores como máximo** del tratamiento piensa que han ayudado más a cambiar a su familiar?

Terapias de Grupo	
Actividades de tiempo libre	
Horario normalizado	
Normas	
Responsabilidades de trabajo	
Aprendizaje de habilidades sociales	
Integración socio-laboral	
Higiene, salud y deporte	
Programa de Graduado escolar	
Actividades Culturales	
Tutorías-entrevistas individuales	
Campamento Volante de verano	
Reuniones de cuando han salido solos	
Fiesta de despedida	
Otros (especificar).....	

14.- Piensa que el trato recibido hacia Uds. por el Equipo de profesionales fue:

(Señala con una X la casilla que corresponda)

<i>Muy bueno</i>	
<i>Bueno</i>	
<i>Regular</i>	
<i>Malo</i>	
<i>Muy malo</i>	

15.- Como valora la capacitación profesional del Equipo:

(Señala con una X la casilla que corresponda)

<i>Muy buena</i>	
<i>Buena</i>	
<i>Regular</i>	
<i>Mala</i>	
<i>Muy mala</i>	

16.- Considera que la comunicación de Uds. con el Equipo ha sido la adecuada:

(Señala con una X la casilla que corresponda)

<i>Muy buena comunicación</i>	
<i>Buena comunicación</i>	
<i>Regular comunicación</i>	
<i>Mala comunicación</i>	
<i>Muy mala comunicación</i>	

17.- Al finalizar el tratamiento, ¿qué áreas (señala las que considere oportunas) piensa que su familiar hubiera necesitado un seguimiento?:

<i>Salud</i>	
<i>Su relación con otras personas</i>	
<i>Seguimiento socio-laboral</i>	
<i>Seguimiento psicoterapéutico</i>	
<i>Educación o de formación</i>	
<i>Otros.....</i>	

18.- ¿Qué necesidades tuvo la familia en el momento de finalización del tratamiento? Señale las que crea conveniente:

<i>Necesidad de recuperar la confianza en él-ella</i>	
<i>Necesidad de intercambiar impresiones con otras familias fuera de la Comunidad</i>	
<i>Mayor apoyo para la reinserción socio-laboral</i>	
<i>Tener citas con el psicólogo más inmediatas a la finalización del tratamiento y más periódicas</i>	
<i>Haber seguido con los "grupos familiares" alguna vez más</i>	
<i>Preparación a las familias para saber cómo actuar, una vez finalizado el tratamiento</i>	
<i>Más tiempo en el Centro</i>	
<i>Ninguna necesidad</i>	
<i>Otras necesidades (especificar).....</i>	

19.- ¿Qué necesidades considera que tiene la familia en la actualidad?

20.- ¿En qué actividades estarían dispuestos a colaborar y/o asumir?

21.- ¿Qué otras sugerencias podrían proponer para mejorar el programa de tratamiento en la Comunidad Terapéutica Manuene?