

## Las Comunidades Terapéuticas para el Tratamiento de la Drogodependencia en Europa

Paolo Stocco

Presidente de Irefrea, Italia

Director de la Cooperativa Social Villa Renata

### Resumen

Después de una breve introducción sobre el concepto de drogodependencia —que se podría entender como un modo de auto curación y un modo errado de resolver problemas personales y de relación— y después de brindar una visión panorámica sobre el consumo de sustancias en Europa, el artículo aborda el tema de los tratamientos de rehabilitación en las comunidades terapéuticas y brinda un panorama general sobre la evolución de los escenarios terapéuticos de los tratamientos residenciales en las comunidades.

Por lo tanto, se desarrolla el tema de los tratamientos de rehabilitación para personas con problemas de abuso de sustancias estupefacientes brindados por sistemas socio-sanitarios de ocho países europeos que, en el 2006, tenían la tasa más alta de preponderancia en el consumo de drogas (Reino Unido, España, Italia, Alemania, Francia, Austria, República Checa y Grecia). Según los informes nacionales de estos ocho países, los tratamientos terapéuticos ambulatorios están aumentando en número y capacidad, mientras que los recursos dedicados a los tratamientos residenciales están disminuyendo progresivamente.

Según el autor, dentro el preocupante escenario dado el incremento del uso de estupefacientes en Europa, las comunidades terapéuticas pueden aún representar un recurso útil en cuanto a la oferta de servicios de calidad y tratamientos de rehabilitación personalizados.

### Palabras Clave

Drogodependencia, Comunidad Terapéutica, Europa.

— Correspondencia a: \_\_\_\_\_  
Santa Croce 403 – I 30135, Venezia, Italia  
Correo electrónico: p.stocco@villarenata.org



## Summary

After a brief introduction on drug addiction concept – as a mean of self care and wrong way to solve personal and relational problems – and an overview on drug use in Europe, the article tackles the issue of rehabilitation treatments in therapeutic community, providing an overview on the evolution of therapeutic concept and setting in this kind of treatments.

It faces the issue of rehabilitative treatments for people with drug abuse problems, provided by social and health systems in eight European countries, which in 2006 had the highest prevalence rates in drugs consumption (United Kingdom, Spain, Italy, Germany, France, Austria, Czech Republic, Greece). According with their national reports, outpatients treatments are increasing by number and capacity, instead the resources devoted to inpatients approaches are reducing.

According with the author, in a worrying scenery of increasing substances use in Europe, therapeutic communities could still represent an useful resource for providing quality services and personalized rehabilitative treatments.

## Key Words

Drug Addiction, Therapeutic Community, Europe.

## I. PRÓLOGO

El uso y abuso de estupefacientes en Europa, en particular por parte de jóvenes consumidores, está en constante aumento, como se hace evidente en los últimos informes del Observatorio Europeo sobre la tendencia del fenómeno de la droga en Europa (EMCDDA, 2006, 2007) y en los informes nacionales de los observatorios epidemiológicos de los países miembro de la Unión Europea. Este dato, además de provocar preocupación y alarma, también puede conducir a la reflexión sobre el hecho de que los modelos de consumo de estupefacientes están mutando. Las nuevas drogas son utilizadas también, y sobre todo, para fines recreativos (EMCDDA, 2006b) (Calafat et Al., 2003) por una población de

jóvenes que no se reconoce fácilmente en el estereotipo del drogodependiente patológico. Los nuevos consumidores de sustancias son cada vez más jóvenes estudiantes o jóvenes profesionales que las utilizan con la misma naturalidad con la que se preparan para pasar el fin de semana en la discoteca.

Antes de entrar de lleno en el tema de los tratamientos de rehabilitación en las comunidades terapéuticas (CT), quisiera detenerme brevemente en el significado del término “drogodependencia” y su evolución en el tiempo. Existen numerosas definiciones de drogodependencia, que podríamos reagrupar en tres categorías:

√ definiciones descriptivas que hacen referencia a categorías de diagnósticos no-



sográficos<sup>1</sup> propios del DSM —Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Disturbios Mentales— que se limitan a describir los síntomas asociados y asociables con el tipo de desorden en estudio (disturbios de dependencia);

√ definiciones que hacen referencia a teorías biológicas, psicológicas y sociales de explicaciones del comportamiento humano, que intentan establecer un nexo de causalidad entre el uso de sustancias y posibles motivos desencadenantes (imputables al individuo, al contexto familiar y social, etc.);

√ definiciones alternativas, sobre todo de reciente generación, entre las cuales vale la pena citar la “interpretación sistémica de las dependencias” de Rigliano (2004), que define la drogodependencia como “condición existencial de un sujeto que ha organizado en el tiempo una estructura de acciones significativas orientadas a restablecer la relación entre sí mismo y el objeto del cual obtiene un estado mental de valor excepcional”.

Según esta última acepción, cada dependencia organiza una nueva identidad, una forma mejor del ser mismo. En ella, el sujeto se siente potente y feliz, deja de estar limitado, subordinado, deprimido, solo, abúlico, ansioso o en duelo (Rigliano, 2004). El individuo puede obtener del uso de la sustancia estupefaciente un nuevo significado y un enriquecimiento de la propia identidad; puede curar su vulnerabilidad y fragilidad humanas de manera autónoma y omnipotente, para después caer en la fase “down” causada por el cese de los efectos psicotrópicos de la sustancia y experimentar la total impotencia y la progresiva dependencia psicológica y biológica de ésta. Tal concepción, que no atribuye el problema

<sup>1</sup> Nosografía: del griego *Nòsos* (enfermedad) y *Graphè* (descripción), distribución metódica de las enfermedades por clases, órdenes, géneros y especie.

de la dependencia a una psicopatología del individuo sino a un modo errado de resolver los problemas personales y de relación del consumidor; abre una posibilidad de cambio y evolución de gran envergadura, que será útil tener en cuenta.

## 2. DATOS SOBRE EL CONSUMO EN EUROPA

Para brindar una visión panorámica sobre el uso de sustancias ilícitas en Europa, haré referencia a los datos más recientes y sistematizados que se disponen en la actualidad, es decir, los del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, publicados en diciembre de 2007 (EMCDDA, 2007).

Según el informe anual del Observatorio, si bien en la mayor parte de los países europeos el consumo de estupefacientes se ha estabilizado respecto de la tendencia de aumento de los últimos años, aún permanece en los valores máximos históricos (Reimen & Götz, 2007, p.5).

El consumo de **cannabis** se ha vuelto totalmente popular en Europa, tanto que un cuarto de la población la ha probado como mínimo una vez en la vida. Aunque sólo una pequeña proporción de consumidores la usa en forma estable, intensiva y regular, esta proporción representa de todos modos un número importante de personas (EMCDDA, 2007, p.13). Esta sustancia está muy difundida sobre todo entre jóvenes y muy jóvenes, y el desafío que presenta el fenómeno de su rápida expansión es tan complejo y multifacético que requeriría a la política y a la oferta de servicios de prevención, tratamiento e inclusión social, respuestas también complejas, versátiles e integradas, capaces de mantenerse actualizadas con las mutaciones culturales y sociales de los

últimos decenios, y en particular, con los cambios en las sub-culturas juveniles que portan nuevos modelos de consumo y conductas de riesgo siempre más invasivos.

En el 2007, se registró también un aumento general del consumo de **cocaína**. Los que la usaron durante el último año pasaron de 3,5 millones en el 2005 a 4,5 millones en el 2006. Las estimaciones del Observatorio confirman que la cocaína es la sustancia más usada en Europa después de la cannabis y, si bien las graves consecuencias de su consumo aún no se han dado a conocer, es probable que en el futuro se registren efectos que tendrán un gran impacto en la salud pública. Basta pensar que las muertes por problemas cardiovasculares agravados por la cocaína han pasado casi desapercibidos (EMCDDA, 2007, p.14).

Las sustancias que se ubican en el tercer puesto de la clasificación del consumo entre los europeos son el **éxtasis** y las **meta-anfetaminas** —sustancias sintéticas derivadas

de las anfetaminas que estimulan el sistema dopaminérgico y crean daños orgánicos al sistema nervioso central.

El informe del Observatorio Europeo dice, entre otras cosas, que a causa de la falta de servicios específicos, la gran mayoría de los consumidores de psico-estimulantes se cura a través de los servicios terapéuticos tradicionales que se crearon para el tratamiento de la dependencia de opiáceos, dentro de los cuales se “registra la necesidad de formar adecuadamente al personal sanitario y médico en todo el territorio europeo” (EMCDDA, 2007).

El uso de **opiáceos** se ha estabilizado y está asociado con una franja de población de edad cada vez más elevada, pero al mismo tiempo se ha registrado un aumento de los jóvenes consumidores de estas sustancias. Por lo tanto, el problema no se debe subestimar. El siguiente gráfico ofrece una visión de la preponderancia del uso de opiáceos en el 2005 entre la población europea, por país.

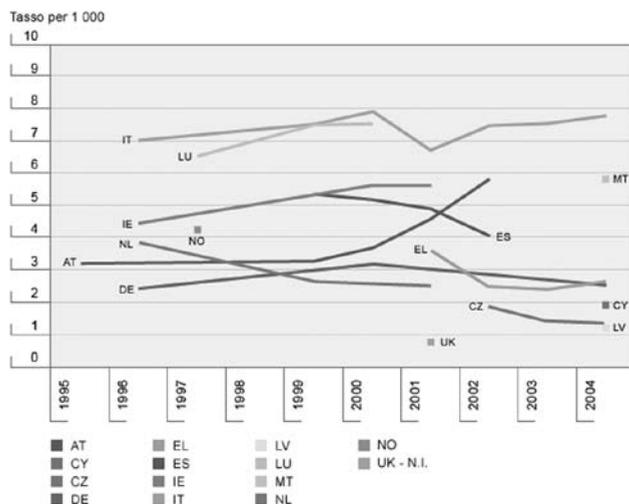


Gráfico 1. Fuente: EMCDDA, Informe Anual, 2006



Los escenarios recién descritos se vuelven aún más complejos por el hecho de que los modelos de consumo problemático de estupefacientes en Europa se están diversificando con el tiempo. Por ejemplo, los problemas debidos a la poli-consumo de sustancias han adquirido progresivamente una mayor importancia en gran parte de los países, mientras que en algunos estados, donde en el pasado predominaban los problemas relacionados con los opiáceos, ahora registran el récord de consumo de otras sustancias estupefacientes como la cocaína, como está sucediendo en España e Italia. (EMCDDA, 2007, p.64).

### 3. TRATAMIENTOS

Los datos y la información disponibles sobre el consumo de sustancias ilícitas en Europa, aunque leídos de manera cautamente optimista por el Observatorio Europeo (Reimen & Götz, 2007, p.5) representan un gran desafío para los profesionales del sector de las drogodependencias, quienes se encuentran frente a escenarios en continua evolución que requieren modelos de lectura e intervención cada vez más complejos e integrados.

Uno de los riesgos es que los responsables de las decisiones políticas, pero sobre todo los profesionales del sector; no se den cuenta a tiempo de la dimensión de tales desafíos culturales y sociales, y usen medidas viejas para problemas nuevos. Un ejemplo muy elocuente es el "reduccionismo" con el que los servicios territoriales corren el riesgo de leer el problema de la dependencia de opiáceos que, cada vez más está asociado —como se dijo poco antes— con el uso y abuso de otras sustancias psicotrópicas. En teoría, esto debería contribuir a un consecuente enriquecimiento del cuadro terapéutico, pero no siempre es

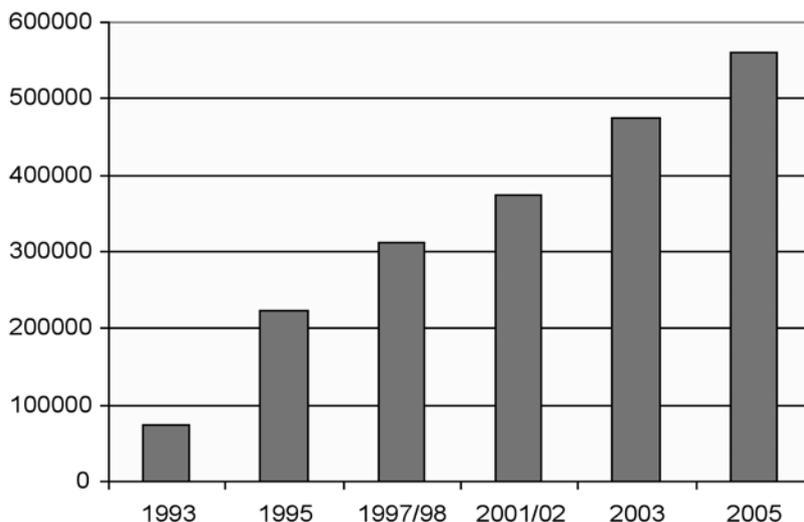
así. En otras palabras, el uso de opiáceos ya no se puede considerar un problema aislado del uso de otras sustancias como alcohol, cannabis y, a veces, cocaína y tratable con las estrategias empleadas en los decenios pasados. A pesar de que se está tomando cada vez más conciencia de esto y muchos países han reaccionado introduciendo flexibilidad y personalización de la intervención en los programas de tratamiento, sigue siendo necesario registrar que en la mayoría de los casos las respuestas de rehabilitación han sido, en general, poco innovadoras. El informe anual del Observatorio Europeo del 2007 dice que la terapia sustitutiva en respuesta al consumo de heroína se ha transformado en la opción terapéutica *preponderante* en la mayor parte de los países (ver gráfico 2), aunque —agrega: "idealmente, el tratamiento farmacológico debería estar asociado también con la terapia psicológica y el apoyo social". Como se verá en el párrafo sobre la situación en los países europeos, los tratamientos de sustitución están aumentando en número y capacidad en casi todos los países de la UE, mientras que disminuyen los recursos dedicados a los tratamientos más complejos que buscan integrar el apoyo social y la consulta psicológica. (EMCDDA, 2007).

No es mi intención crear una controversia entre metadona y los programas libres de droga, ya que es un tema definitivamente superado y no creo que la utilidad de los sustitutivos en una estrategia general de tratamiento siga siendo cuestionable. Lo que quiero comentar; tal vez en una forma un poco reactiva, es lo siguiente:

En los varios documentos del Observatorio no he encontrado ninguna reflexión crítica sobre la cronicidad que supone el mantenimiento con sustitutivos a muy largo plazo, a

pesar de que la OMS invita a los profesionales a identificar los factores que pueden inducir la cronicidad a partir de la misma organización de los servicios de salud o en relación con la actitud misma de los profesionales. Debido a

las leyes económicas del mercado, es verdad que la demanda produce una oferta (en nuestro caso, los sustitutivos), pero por el contrario, la oferta también produce una demanda de este tipo de tratamiento.



**Gráfico 2:** Estimación de la disponibilidad de las terapias sustitutivas con opiáceos en los estados miembro de la UE, 1993-2005 (Fuente: EMCDDA, 2007).

#### 4. COMUNIDADES TERAPÉUTICAS: BREVE HISTORIA Y SITUACIÓN ACTUAL

¿Y qué sucede en el mundo de las comunidades terapéuticas? El informe europeo no dice absolutamente nada, los programas residenciales y/o libres de drogas no parecen interesar demasiado a los autores del informe. ¿Por qué tanta marginalización? ¿Cuáles son los motivos que oscurecen tantos esfuerzos

no sólo de los profesionales sino también de tantos pacientes que, con mucho empeño, tratan de curarse a través de las comunidades terapéuticas? Queda oculta una larga historia del tratamiento cuando se piensa que en muchos países las comunidades empezaron a acoger toxicómanos antes de que existiesen los centros ambulatorios públicos o servicios dedicados a dichas personas. Las comunidades conservan aún un lugar importante en Europa en los medios de reducción de la demanda de drogas. Tal vez, el problema es que no existe



una política de *marketing* social pero, como señala D. Comas en su último libro, la falta de atención institucional encaja perfectamente en este escisión.

Sin embargo, con toda esta disponibilidad de datos, no es posible tener una estimación exacta de cuántas personas están en tratamiento en las comunidades, de cuántas sean las comunidades, de cuál sea su nivel de eficacia; ni siquiera existe un consenso sobre los parámetros con los cuales valorar las intervenciones que llevan a cabo.

Los tiempos están maduros para delinear un perfil a escala europea de las CCTT. Tal vez, conocer virtudes y defectos, situaciones positivas y situaciones críticas de nuestros colegas pueda ser de utilidad para reforzar un sentido propio de identidad y de pertenencia a un modelo organizativo, el de las comunidades residenciales, cuya gestión está entre las más complejas, promotor de grandes cambios emotivos y de conducta tanto para quien es paciente como para quien trabaja allí, pero sin duda extremadamente estresante, emotivamente laborioso y desgastante y, por lo tanto, no exento de riesgos para la salud psicológica y psicofísica de los operadores a mediano-largo plazo.

### **¿Cuál ha sido la evolución de las comunidades terapéuticas en los últimos tiempos?**

Para muchos de los profesionales de la drogodependencia, y sobre todo para los más jóvenes, el término "comunidad terapéutica" remite quizás sólo al concepto de estructura residencial. Sin embargo, detrás de este concepto queda siempre una idea vaga e indefinida que se presta a convertirse en estereotipo.

En un estudio sobre las representaciones sociales, se solicitó a distintos grupos de profesio-

sionales de hospitales y centros ambulatorios que trabajan en drogadicción que respondieran la pregunta ¿qué es una comunidad terapéutica? Sus respuestas se compararon con las aportadas por los profesionales que trabajaban en las propias comunidades.

Lo que más sorprendió a los autores del estudio fue la gran homogeneidad de las respuestas, ya que, en general, las comunidades se definían conceptualmente de un modo muy similar a la institución familiar, adjudicándoles una categoría de lugares de protección y de cambio. Sin embargo, los profesionales entrevistados no fueron capaces de aportar referencias conceptuales precisas sobre los procesos mediante los cuales se podría llegar a producir dicho cambio.

La dificultad objetiva que supone la representación de un proceso de curación está relacionada en parte con la tendencia a una cierta idealización del lugar; de un poder milagroso y, en algunos casos, de su líder. Como subraya Manoukian: "en la base está la hipótesis de que la comunidad es una organización intrínsecamente buena".

Como se ha dicho, el planteamiento de fondo de las comunidades siempre ha sido el de constituirse como lugares de protección donde predomine una "relación social caracterizada por la solidaridad, el consenso, los objetivos compartidos, la cooperación mutua, y la voluntad común," aunque luego, con el transcurso del tiempo, este objetivo concreto haya incorporado progresivamente distintos valores y una tipología de modelos bastante diversos entre sí.

En los primeros veinte años de la historia de las comunidades en Europa y hasta los años noventa, se han contrapuesto dos modalidades de organización que reflejan



en cierta medida las dos concepciones de comunidad, una más caracterizada por un cierto aislamiento —como una organización social alternativa al contexto social al cual se le considera culpable de producir las distorsiones en los valores de la vida— y caracterizada por la autoayuda. En el ámbito de este modelo, ha habido una gama de modelos organizativos que se pueden diferenciar por una mayor o menor jerarquización de los roles, mayor o menor referencia al carisma del líder, mayor o menor aislamiento social, etc. En general, se puede afirmar que este modelo ha sufrido una considerable reducción de su presencia en los sistemas asistenciales a los drogodependientes e incluso, afortunadamente, la casi desaparición de los modelos más rígidos.

Por el contrario, este modelo de comunidades sigue arraigado en los Estados Unidos y en aquellos países europeos con fuerte afinidad anglosajona, o cuyas políticas en materia de asistencia a los drogodependientes están dando los primeros pasos y los servicios aún están poco regulados o poco sostenidos económicamente (las estructuras que se basan en la autoayuda presentan la ventaja de ser menos costosas).

**El segundo modelo institucional** actual es el predominante en prácticamente todas las comunidades y en el cual los profesionales se reconocen también con diferencias metodológicas articuladas. A continuación, se describen brevemente algunas características distintivas:

- Prácticamente todas las comunidades tienen una naturaleza que no está encaminada al afán de lucro.
- Las comunidades modernas, aunque defienden determinados valores, han dejado de ser micro sociedades alternativas.

- Existe un claro distanciamiento respecto de los procesos de aislamiento y otorgamiento de poderes sociales alternativos.

- El proyecto terapéutico está completamente dirigido a la reinserción social de los residentes y las etapas de atención se definen con antelación y de un modo más personalizado.

- Están plenamente integradas en el sistema de servicios socio-sanitarios.

- Están plenamente integradas en el territorio en el que operan.

- Emplean personal calificado y formado adecuadamente, y su actividad se supervisa mediante consultas externas; los voluntarios y los ex-residentes se emplean cada vez menos.

- Organizan una metodología específica en un panorama de competencias multidisciplinares.

- Se sienten parte integrante de un recorrido mucho más amplio, en el que el período residencial es sólo una de las partes del proyecto de rehabilitación.

- Comprometen cada vez más a las familias de los residentes.

- Se organizan no sólo en períodos de tiempo, sino en módulos de intervención que comprenden varios ámbitos, desde la prevención primaria hasta la intervención en la calle para llegar a los umbrales más bajos.

- Cuentan cada vez más con programas de intervención experimentales.

- Estructuran cada vez más programas o módulos de intervenciones específicas, concretamente.

1. Para menores (muy pocas en Europa – algunas experiencias en Italia y Bulgaria, España;)



2. Para parejas;
3. Para madres con hijos;
4. Para dobles diagnósticos;
5. Para emergencias repentinas;
6. Para tratamientos residenciales con sustitutivos;
7. Para jugadores patológicos (adictos al juego);
8. Para enfermos de SIDA;
9. Tratamiento residencial de bajo umbral. El papel de los centros de bajo umbral es difícil para incrementar el acceso de los consumidores de drogas a los programas de asistencia. Para las poblaciones "ocultas" de consumidores, a las que resulta más difícil llegar, estos centros pueden representar un punto de contacto y un entorno adecuado para prestar servicios médicos y sociales, reducir las muertes y mejorar las condiciones de salud y las condiciones de vida en general;
10. Tratamiento en prisión y medidas alternativas a la prisión.

El recorrido terapéutico en una comunidad se está convirtiendo, poco a poco y cada vez más, en un itinerario articulado en un contexto que se orienta prioritariamente a la valoración de la relación interpersonal. Se somete cada vez más a evaluaciones sobre la eficacia de las intervenciones y adopta criterios que permitan asegurar la calidad. Desde hace algunos años, las CT se están dedicando al desarrollo de criterios de calidad; se reconoce que las CT españolas con las APCTT han desempeñado un papel fundamental en el diseño de estos criterios.

Una vez comprobado que estas organizaciones se han convertido en una entidad fuerte, compleja y sofisticada, ¿sigue teniendo sentido utilizar el término comunidad tera-

péutica? Esta pregunta ya nos la formulamos hace varios años cuando se decidió volver a fundar nuestra asociación europea Euro TC; era un momento en el que parecía conveniente acuñar un nuevo nombre que reflejase con mayor claridad la naturaleza de nuestras organizaciones, que tienen un núcleo principal ciertamente constituido por las actividades terapéuticas residenciales, pero que ya no son tan exclusivas como lo eran antes. Por lo tanto, optamos por el nombre de Treatment Centers (Centros de Tratamiento) y mantuvimos así el acrónimo de TC.

En la actualidad, existen en Europa dos asociaciones activas en las que se agrupan diversas comunidades terapéuticas: la EFTC (European Federation of Therapeutic Communities) y la EUROTC (European Treatment Centers for Drug Addiction), que tengo el honor de representar. El hecho de que existan dos asociaciones europeas refleja en cierta medida, y es consecuencia de las diversas matrices culturales originarias, aunque después no sean tan fáciles de distinguir.

La EFTC —European Federation of Therapeutic Communities— es la federación más antigua.

Sus estatutos se firmaron en 1981 y actualmente cuenta con 40 organizaciones en 25 países. Las organizaciones de la EFTC hacen mucha referencia al modelo americano de autoayuda (Phoenix House y Daytop). Su presidente, Anthony Slater, es el responsable de Phoenix House en Noruega. Esta federación organiza cada dos años una conferencia internacional sobre varios temas relacionados con el tratamiento en CT.

La Misión de la EFTC es favorecer y apoyar el acercamiento desde una perspectiva psicopedagógica al tratamiento de los toxicómanos y promover su inclusión social.



Propone aumentar al máximo el compromiso y la participación de cada persona en su recuperación del abuso de sustancias, proporcionar reflexiones sobre cómo mejorar las metodologías desde una perspectiva de igualdad de oportunidades, de respeto, de no discriminación y de no violencia. La Asimismo, la EFTC propone:

- fomentar el desarrollo de programas eficaces y modelos para el tratamiento en todo el continente europeo;
- mantener un foro de intercambio y de comunicación entre las agencias regionales, el gobierno nacional y las organizaciones europeas;
- fomentar las reflexiones éticas;
- promover la formación de los profesionales de los CCTT;
- continuar desarrollando y evaluando nuevos métodos que promuevan la integración social y la prevención de las recaídas;
- facilitar la organización de conferencias europeas sobre la política de tratamiento de la drogadicción.

EuroTC surgió de la FDHE, una asociación que se creó tras la escisión en las dos federaciones europeas.

EuroTC cuenta con 24 centros procedentes de ocho países europeos: Austria, Italia, Alemania, Hungría, España, Suiza, Eslovaquia y Chipre.

Los estatutos de la organización, aprobados en 1998, contemplan los siguientes objetivos:

1. La asociación se plantea sus objetivos sobre la base de la independencia política y la libertad de confesión.
2. Se trata de una asociación europea abierta a la cooperación con otros países

tanto dentro como fuera de este marco geográfico.

3. El propósito de la asociación es promover medidas entre sus miembros que fomenten la reducción de la demanda de drogas, la mejora de la oferta en la prevención y el tratamiento, así como la reinserción en la sociedad y el mundo laboral.

4. Asesoramiento y apoyo a la tarea realizada en los centros ambulatorios y hospitalarios.

5. Promoción de la formación básica y continua de personal.

#### **Las CT en crisis: ¿Mito o realidad?**

Cada año, decenas de millares de drogodependientes se acogen en las comunidades terapéuticas europeas para integrarse a los programas. Las cantidad de personas que entran en contacto, que reciben ayuda, participan en programas de apoyo para familiares, se insertan en los programas de formación profesional o en las actividades de reinserción laboral es mayor aún. Se trata, por lo tanto, de una gran tarea —permítanme decir, de una importancia fundamental en la estrategia europea de reducción de la demanda de drogas. Como hemos visto, han evolucionado, se han desarrollado y profesionalizado. A pesar de todo, no son pocas las señales de crisis que acompañan a estas organizaciones o, por lo menos, señales de nuevos desafíos a los que ellas deben responder:

## **5. LAS SITUACIÓN EN LOS PAÍSES EUROPEOS**

Para examinar e intentar realizar una comparación de las ofertas de tratamientos en los países europeos, se han analizado 8 países que poseen la tasa más elevada de preponderancia



en el uso problemático de sustancias, según las estimaciones más recientes publicadas en el portal del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (<http://www.emcdda.europa.eu/stats/country-data-profiles>). Como se puede ver, se ha intentado realizar una organización racional de la información, subdividiendo los párrafos en dos partes: una visión panorámica general y una parte relativa a los programas de tratamiento para drogodependientes, a su vez subdividida, donde es posible, en **servicios no residenciales** y **servicios residenciales** (cuya cantidad es netamente inferior a los anteriores). Cuando se mencionan, las comunidades terapéuticas se han incluido en esta segunda categoría.

## 5.1 ALEMANIA

### Visión general

En Alemania, el sistema de tratamiento para personas con problemas de abuso de sustancias se compone de tratamientos de sustitución y tratamientos orientados a la abstinencia. Los sistemas son complementarios y, cuando es posible, los tratamientos de sustitución también se ponen como objetivo lograr la abstinencia. Los tratamientos de sustitución con asistencia médica están disponibles para una gran cantidad de pacientes y están reglamentados por pautas específicas nacionales. Los médicos que brindan asistencia ambulatoria a los pacientes deben estar especializados en medicina de la drogodependencia; de lo contrario, pueden asistir hasta un máximo de tres pacientes pero sólo en consulta con un médico especializado. Los centros ambulatorios para asesoramiento psicológico (*counselling*) de los pacientes ambulatorios ofrecen sólo ciertos tipos de asistencia (médica y de sustitución); la terapia de abstinencia se realiza en hospitales o clínicas

especializadas, y la rehabilitación en repartos especiales de hospitales, clínicas especializadas o comunidades terapéuticas. Una mejor integración entre las diversas fases es un objetivo que no siempre se logra, pero en las regiones la cooperación y la coordinación funcionan bien. Las estructuras no residenciales para el tratamiento y el asesoramiento psicológico (paciente ambulatorio) son financiados por los Laender (estados federados) y las municipalidades. Los tratamientos de desintoxicación son financiados por el fondo legal de seguro de salud; la rehabilitación es financiada por las instituciones que gestionan los fondos de seguros de pensión, las que deciden la duración y el tipo de tratamiento para sus clientes. La fase de post-tratamiento e integración social no cuenta con apoyo económico de ninguna institución. Las estructuras que están a cargo de esta fase tratan de utilizar los fondos de los seguros sociales y de las agencias de trabajo.

### Tratamientos

La terapia orientada a la abstinencia está subdividida en cuatro fases, a saber: fase del primer contacto y motivación para el tratamiento, fase de abstinencia, fase de rehabilitación y fase de integración y cura post-tratamiento. En total, existen 934 centros de asistencia y asesoramiento psicológico para el tratamiento de drogodependientes, con 2078 camas para la desintoxicación y 5260 camas para la rehabilitación. La mayoría de las estructuras son organizaciones independientes no gubernamentales financiadas como se ha indicado más arriba.

Los pacientes tratados a nivel **residencial** (hospitales, clínicas y comunidades terapéuticas) por el uso y abuso de las drogas más comunes (opioides, cannabinoides, cocaína, alucinógenos, estimulantes, etc.) y la polidependencia fueron 75.307 en el 2003 y 84.147



en el 2004 (con un incremento de 0,7 %). Los pacientes registrados por el sistema estadístico alemán en tratamiento residencial en el año 2005 fueron 31.569 (Informe de Alemania, 2006, p. 45).

En el 2005, los pacientes tratados a nivel **no residencial** fueron 245,601 (Informe de Alemania, 2006, p. 39).

En general, las terapias residenciales han disminuido notablemente, mientras que al comparar los datos del 2003 con los del 2004, se puede ver que los tratamientos ambulatorios aumentaron 9,6%.

## 5.2 AUSTRIA

### Visión general

En estos últimos años, el sistema austríaco está atribuyendo una gran importancia a la diversificación de las opciones de tratamiento con el fin de ofrecer mayor flexibilidad y tiempos más breves de terapia a través de la integración en un sistema modular. El objetivo de esta innovación es abordar las exigencias de la mayoría de los pacientes y responder, cuando se puede, a las necesidades de cada uno, personalizando la intervención tanto como sea posible. Todo el sistema de tratamiento, diversificado en centros especializados y el sistema general de salud (hospitales psiquiátricos, servicios psicosociales y médicos de base) está fundamentalmente basado en el sector del paciente ambulatorio, pero también y cada vez más en los servicios residenciales, y ofrece tanto terapias de sustitución como terapias orientadas a la abstinencia. El sistema en su totalidad está orientado a un trabajo de red entre los servicios (integrando además en su interior servicios recreativos y de reinserción social) y a mejorar la eficiencia y eficacia del resultado general mediante la creación

de pautas de trabajo con la población juvenil prestando atención a las diferencias de sexo, organizando incluso cursos de formación y actualización profesional sobre los nuevos desafíos de trabajo en el sector de la toxicoddependencia. (Informe de Austria, 2006, p.29).

### Tratamientos

El Informe Austríaco no brinda datos precisos sobre la presencia y la carga de trabajo de los servicios de pacientes ambulatorios, pacientes internados, asesoramiento psicológico y reinserción social. Sólo ofrece un mapa que informa una cantidad seleccionada de servicios presentes en el territorio, del cual se han extrapolado los siguientes datos:

**Servicios no residenciales:** los centros ambulatorios y los departamentos son 8, los centros de asesoramiento psicológico de tiempo completo son 38, los centros de asesoramiento psicológico abiertos durante pocas horas a la semana son 46, los servicios de bajo umbral son 6. Asimismo, existen 34 servicios de bajo umbral para el trabajo callejero (*outreach*); 12 servicios de reducción del daño y prevención de enfermedades infecciosas con distribución de jeringas estériles; 3 proyectos de ocupación de ex drogodependientes para su reinserción social; 3 proyectos de ocupación de drogodependientes activos (servicios de bajo umbral). (Informe de Austria, 2006, p. 41).

**Servicios residenciales:** los centros para tratamiento residencial a largo plazo son 10, los centros para tratamiento residencial a corto plazo son 8, los centros para tratamiento residencial de los síntomas de abstinencia son 14.

## 5.3 ESPAÑA

### Visión general

En España existe una amplia red de recursos para el tratamiento de los problemas



relacionados con la droga. La mayoría de los tratamientos son servicios ambulatorios (paciente ambulatorio), aunque también existen muchos servicios residenciales conocidos como comunidades terapéuticas, y una pequeña cantidad de tratamientos residenciales a corto plazo en hospital. En general, el sistema de tratamiento ofrece sobre todo asistencia en los centros ambulatorios que realizan programas de tratamiento sin drogas (*drug free*) y de mantenimiento con sustitutos de origen opiáceo con el fin de minimizar los daños derivados del consumo de drogas.

La finalidad de los centros que ofrecen programas de mantenimiento con metadona es sustituir los síntomas de abstinencia de las drogas opioides a través del uso terapéutico y controlado de este compuesto químico. En el 2004, un total de 2.221 centros trató 86.017 pacientes, en el 2005 los datos disponibles indican que 60.019 pacientes recibieron este tipo de asistencia médica.

#### Tratamientos

##### Servicios no residenciales

Los esfuerzos de los centros de asistencia ambulatoria están concentrados en la evaluación, la desintoxicación y los programas de abstinencia para drogodependientes. La finalidad es lograr la abstinencia total u otros objetivos intermedios. Los datos existentes referentes al año 2005 indican que se trataron 51.931 pacientes en 388 centros de asistencia no residenciales.

**Servicios residenciales.** En España existen dos tipos de centros residenciales: unidades de desintoxicación hospitalizada y comunidades terapéuticas. Las primeras incluyen recursos hospitalarios dedicados a la desintoxicación de los pacientes en régimen residencial. En el 2004, 56 unidades trataron 3.620 pacien-

tes. Las comunidades terapéuticas trabajan también en régimen residencial. En el 2004, un total de 112 comunidades trató 5.935 pacientes. (Informe de España, 2006).

## 5.4 FRANCIA

### Visión general

En Francia, tres sistemas contribuyen al tratamiento de los consumidores de sustancias ilícitas: el sistema general de salud (hospitales y médicos de base), un sistema de cura (médico-social) especializado en drogodependencia (ver tratamientos), y un sistema de reducción del riesgo. Desde los años '90, el sistema de atención médica general (hospitales y médicos de base) ha puesto un énfasis particular en la acogida y asistencia de los pacientes con problemas de abuso de sustancias estupefacientes; es de destacar que desde el 2002, en Francia cada médico está autorizado a prescribir metadona. El sistema de reducción del riesgo se ha desarrollado recientemente para evitar los problemas de contagio de HIV. Se trata en particular de tratamientos de sustitución con opioides. En el 2003, más de 80.000 personas recibieron un tratamiento del sistema de reducción del riesgo, mientras que no se han brindado estimaciones sobre los tratamientos completados en el sistema de salud general.

### Tratamientos

El sistema especializado en el tratamiento de drogodependientes fue creado en los años '70. Posee coordinación central y estructuras territoriales. Cada departamento de salud gestiona como mínimo una estructura para dicho tipo de tratamiento, llamada "Centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST)", que ofrece asistencia a nivel médico, social y educativo. Estos centros especializados pue-



den subdividirse en tres tipos:

- centros no **residenciales** (paciente ambulatorio), 204
- centros de cura de tipo **residencial** (con internación), 48
- centros de cura segura, 16

No existen datos sobre la cantidad de pacientes tratados en el 2005 en estos tres tipos de centros especializados.

En Francia, el concepto de tratamiento *drug free* no existe, sino que el plan francés para la salud 2004/2008 ha recomendado desarrollar programas de tratamiento que no suministren terapias de sustitución, en particular, *comunidades terapéuticas*. (Informe de Francia, 2006).

## 5.5 GRECIA

### Visión general

En Grecia existe un amplio espectro de opciones de tratamiento para drogodependientes provistos por servicios públicos y organizaciones privadas. Los servicios de tratamiento son en su mayoría sin fines de lucro, y están total o parcialmente financiados por las autoridades locales. En general, los objetivos de los tratamientos *drug free* incluyen abstinencia total de las drogas ilegales, mejoría y desarrollo de las competencias personales y sociales, salud, relaciones familiares y sociales, y reducción de los comportamientos desviados. Los tratamientos de sustitución tienen como objetivos minimizar los riesgos de droga correlacionados, no sólo para los sujetos en tratamiento sino también para toda la comunidad, y la desintoxicación gradual de cada tipo de droga, incluso las sustitutivas. La mayor parte de los tratamientos *drug free* residenciales y no residenciales siguen un procedimiento

subdividido en numerosas fases, a saber: asesoramiento psicológico, desintoxicación, tratamiento, rehabilitación, servicios familiares y apartamentos protegidos para la reinserción social. Los tratamientos de sustitución ofrecen programas no residenciales adaptados a las necesidades específicas de los individuos, en particular aquellos que trabajan. Los servicios ofrecidos incluyen psicoterapia, tratamientos médicos, educación, orientación profesional, ayuda en la búsqueda de vivienda, y cura post-tratamiento.

### Tratamientos

En el 2005, se registraron 55 programas de tratamiento operativos en Grecia.

Si bien el número de servicios residenciales ha permanecido estable en los últimos años, aparentemente se ha puesto énfasis particular en los servicios no residenciales que se han más que duplicado en los últimos dos años (Informe de Grecia, 2006, p. 40). Los programas se subdividen de la siguiente manera:

- o 33 unidades de **tratamiento *drug free***, compuestas por 9 unidades de tratamiento residencial para adultos (que tuvieron a cargo 888 pacientes en el 2005); 13 unidades de tratamiento no residenciales para adultos (que tuvieron a cargo 962 pacientes en el 2005) y 11 unidades de tratamiento no residenciales para adolescentes (que tuvieron a cargo 303 jóvenes en el 2005); lo cual hace un total de 2.153 pacientes en tratamiento en el 2005 (de los cuales 1.484 fueron nuevas demandas de tratamiento);

- o 17 **tratamientos de sustitución**, compuestas por 7 unidades de tratamiento con metadona y 10 unidades de tratamiento con buprenorfina, lo cual hace un total de 3.596 pacientes tratados en el 2005.



## 5.6 ITALIA

### Visión general

En Italia existe una red de servicios públicos y privados que se ocupan de la asistencia médica y psicosocial a los drogodependientes. En realidad, en casi todas las regiones, las autoridades regionales en materia de salud y servicios sociales han puesto en práctica un sistema de certificación y acreditación de servicios residenciales, semi-residenciales y diurnos ofrecidos por las organizaciones privadas no gubernamentales (que en gran parte gestionan sobre todo las comunidades terapéuticas). A pesar de esto, menos de 10% del total de usuarios de los servicios públicos para drogodependencias son enviados para su cura a las organizaciones sin fines de lucro, en particular a las comunidades terapéuticas, y este número está disminuyendo progresivamente año tras año. ¿Por qué? Por un lado, uno de los motivos podría ser el costo elevado de los servicios residenciales y semi-residenciales; por otro, se está registrando un fenómeno curioso: el sistema sanitario prevé que un drogodependiente pueda acceder a las comunidades cuando lo indiquen los servicios especialistas públicos (Sert), que se comprometen a pagar a las comunidades de acogida la pensión diaria del paciente derivado. Los Sert están básicamente organizados para brindar asistencia a heroinómanos —que están disminuyendo notablemente, mientras que los cocainómanos están en fuerte aumento, pero no recurren a estos servicios. Por lo tanto, para mantener su personal y su función, los Sert tienen mucho interés en retener en ellos la mayoría de los usuarios que recurren para recibir un tratamiento, sobre todo los que más colaboran o los crónicos, asistidos en programas de mantenimiento prolongados

con metadona que no requieren intervenciones complejas. En consecuencia, en los últimos años se han enviado a las Comunidades los pacientes más difíciles de manejar y la comunidad es percibida como una mera dimensión de custodia.

### Tratamientos

#### Servicios no residenciales

En el 2005, en Italia el Ministerio de Salud registró la presencia de 535 servicios públicos involucrados en el tratamiento y la rehabilitación de la población drogodependiente. Los usuarios tratados en estos servicios no residenciales (paciente ambulatorio) en el 2005 fueron 161.622. Los servicios territoriales ofrecen terapias de sustitución y farmacología (tratamiento con asistencia médica), apoyo social (sobre todo intervenciones de inserción laboral), apoyo psicológico y psicoterapia. Las diversas intervenciones están integradas entre sí en el 30,8% de los casos, o bien son sólo farmacológicas (en el 29% de los casos), o sólo psicosociales (en el 40,1% de los casos) (Informe de Italia, 2006, p.105).

#### Servicios residenciales

En el año 2005, había registradas 1.117 estructuras terapéuticas socio-rehabilitativas, en general organizaciones privadas no gubernamentales, subdivididas en los siguientes tipos: 730 comunidades terapéuticas residenciales, 204 estructuras semi-residenciales y 183 centros diurnos (paciente ambulatorio).

Los pacientes tratados en estas estructuras socio-rehabilitativas (en su mayoría comunidades terapéuticas residenciales y semi-residenciales) en el 2005 fueron 18.277. Según el Informe Italiano, no hay datos disponibles sobre los tipos de tratamiento que brindan estas estructuras. Como ya se ha dicho, en general son enviados a las comunidades terapéuticas



los pacientes más problemáticos (por ejemplo, pacientes con doble diagnóstico) que necesitan tratamientos más intensivos y multifocales, pero estos usuarios, entre otras cosas, llegan a las comunidades sin un diagnóstico previo de sus problemas psíquicos, lo cual complica aún más la intervención terapéutica.

## 5.7 REINO UNIDO

### Visión general

Como se puede ver en el informe de 2006 del Reino Unido, los objetivos estratégicos del sistema sanitario inglés son dos: mejorar la calidad de las ofertas globales para el tratamiento de los drogodependientes e involucrar tanto como sea posible a los consumidores problemáticos de sustancias estupefacientes en programas de tratamiento flexibles y personalizados. A este fin, la agencia nacional para los tratamientos relacionados con la droga —la NTA— creada por el gobierno en el 2001 con el fin de mejorar la disponibilidad, capacidad y eficacia de los tratamientos por abuso de sustancias estupefacientes (<http://www.nta.nhs.uk/>), en estos últimos años está promoviendo múltiples iniciativas innovadoras para mejorar la calidad de todo el sistema: sistemas de evaluación de resultados, procesos de evaluación de necesidades de los clientes y de los servicios, y pautas nacionales y temáticas, actualizadas anualmente, para afrontar los problemas y los puntos críticos del sistema de tratamientos. Esta estrategia ha sido premiada con el tiempo con resultados interesantes: en el período 2004/05, 75% de los sujetos en tratamiento terminó con éxito el programa o estaba aún en tratamiento al 31 marzo de 2005; en el período 2005/06, el porcentaje de éxito o retención tratamiento subió a 78% (al 31 marzo de 2006). (Informe del Reino Unido, 2006, p. 55).

### Tratamientos

#### Servicios no residenciales

En el Reino Unido, en el período 2004/05 117.783 personas solicitaron un tratamiento por problemas de dependencia de sustancias (36% por primera vez); en el período 2005/06, los pedidos de tratamiento fueron 181.390 (+13% respecto de los dos años anteriores).

#### Servicios residenciales

Los tratamientos residenciales son de dos tipos: “Servicios con Internación” para estabilizar o desintoxicar los usuarios, que en el período 2004/05 trataron 10.771 pacientes para desintoxicación; y programas de rehabilitación residencial que se pueden subdividir en dos categorías:

- √ programas intensivos (12 semanas o más de duración) para los clientes con gran dependencia de sustancias, sin vivienda y sin trabajo, con antecedentes de criminalidad y exclusión social;

- √ programas breves (menos de 12 semanas) para los clientes en grado de volver a sus funciones laborales y sociales en tiempos reducidos, incluso gracias al apoyo de una red social de referencia.

No se han informado datos sobre la cantidad de programas de tratamiento residencial. En el período 2004/05, los programas residenciales *drug free* reclutaron 2.945 pacientes (Informe del Reino Unido, 2006, p. 60).

## 5.8 REPÚBLICA CHECA

### Visión general

El tratamiento de la drogodependencia de sustancias psicoactivas es una actividad profesional y estructurada con un cliente, con el objetivo de lograr la abstinencia o



la reducción del uso de droga, reducir la frecuencia de la gravedad de las recaídas, e involucrar a los clientes en la vida productiva en familia, en el trabajo y en la sociedad, intentando mejorar al máximo la calidad de vida. Para lograr una mayor flexibilidad, el tratamiento está subdividido en tratamientos de corto, mediano y largo plazo. Desde el 2005, comenzó a funcionar un sistema de certificación de calidad de la competencia profesional de los servicios para drogodependientes, orientado en particular a los servicios de prevención, de bajo umbral, de asesoramiento psicológico, de desintoxicación, de terapia de sustitución, y a centros ambulatorios, programas diurnos, tratamientos institucionales de corto y mediano plazo, tratamientos residenciales en comunidades terapéuticas y programas para pacientes ambulatorios de post-tratamiento.

#### Tratamientos

Una amplia serie de servicios interdisciplinarios brindan tratamiento y reinserción social:

**servicios no residenciales:** clínicas, programas de asistencia diaria y programas estructurados de post-tratamiento, que son en total 401 en el territorio y que en el 2005 trataron 17.531 pacientes

**servicios residenciales:** repartos especializados de los hospitales y hospitales psiquiátricos, que son en total 49 y que en el 2005 se han hecho cargo de 4.717 pacientes

**comunidades terapéuticas,** que son 15 y que en el 2005 se han hecho cargo de aproximadamente 490 pacientes.

La cantidad de programas no residenciales está en aumento desde el 2000 (Informe de República Checa, 2006, p. 32).

## 6. CONCLUSIONES

De todo lo visto en los párrafos anteriores, se puede ver que en Europa existe una notable variedad de tratamientos para las personas con problemas de abuso de sustancias estupefacientes, que puede explicarse en parte por la contraposición de dos enfoques nosológicos diferentes de la drogodependencia, tomados de un estudio interesante realizado en Italia sobre la evaluación y verificación de los tratamientos en los servicios públicos territoriales (Studio Vedette, 2005):

1. por un lado, el modelo de dependencia como enfermedad aguda, que define como objetivo principal del tratamiento la "cura" y utiliza el tratamiento metadónico como preparación para la desintoxicación. Las intervenciones que se pueden incluir en este enfoque son de duración breve y, en general, articuladas en red con otros tipos de intervenciones caracterizadas por el objetivo de la liberación total del consumo de la sustancia;

2. por otro lado, el modelo de dependencia como enfermedad crónica, que define como objetivo del tratamiento la "limitación del daño" y utiliza el tratamiento metadónico a largo plazo como un instrumento para la lenta rehabilitación del individuo, pero sobre todo para la prevención de los daños a la salud (las intervenciones que se pueden incluir en este enfoque muy raramente se realizan en tratamientos residenciales de más amplio espectro, y poseen incluso la característica de eludir propuestas más articuladas de teoría y práctica terapéutica).

Asimismo, es interesante observar que las políticas nacionales de respuesta a los problemas relacionados con la droga parecen estar orientadas a aumentar las inversiones y los recursos para los programas de tratamiento no



residenciales, evidentemente menos costosos que los otros, alimentando a nuestro criterio —en forma conciente o no— el concepto de la dependencia como enfermedad crónica, de la cual es muy difícil liberarse y para la cual parecería más útil aplicar un enfoque terapéutico caracterizado por la reducción de los daños a la salud. Considero que este modelo de lectura e intervención en los problemas de la dependencia de sustancias estupefacientes no sólo no mira hacia el futuro sino que corre el riesgo de causar efectos negativos en la salud de los ciudadanos europeos.

Frente a la falta de homogeneidad de los escenarios y las políticas de intervención, intentaré esbozar algunas conclusiones para beneficio de las comunidades terapéuticas y, sobre todo, de las redes de comunidades a nivel europeo, con el deseo de contribuir a consolidar y mejorar los modelos operativos tanto de unas como de las otras.

Siguen a continuación las acciones que, a mi criterio, las comunidades terapéuticas y las redes de comunidades deberían llevar a cabo y privilegiar para desarrollar e incrementar su oferta de servicios, haciendo al mismo tiempo evolucionar su cultura organizativa:

√ Dedicar más tiempo a la reflexión interna sobre lo que han realizado, y abrirse a perspectivas de cambio en la praxis intentando superar la siguiente dicotomía:

- Exceso de flexibilidad= pérdida de identidad.
- Exceso de rigidez= parálisis operativa.

√ Intensificar el intercambio, la relación y la colaboración entre las comunidades, redes de comunidades y otras instituciones, a escala nacional y europea, reflejando y direccionando la evolución de la identidad de las comunidades terapéuticas, entendidas como escenarios

de trabajo polivalentes y diferenciadas según los diversos tipos de problemas y de acogida, tomando en cuenta las señales de la rápida mutación de los escenarios y de los contextos sociales de referencia.

√ Dedicarse a través de redes de comunidades a las actividades de promoción social y cultural de las propias metodologías de intervención, evitando tonos enfáticos, y basar el relanzamiento y la promoción de las comunidades en el valor agregado del trabajo terapéutico en los centros residenciales, que se puede sintetizar de la siguiente manera:

o participación de los operadores en la vida de sus pacientes/clientes y participación de estos últimos en la gestión de la vida común y la toma de las decisiones que les conciernen;

o empeño profesional de los operadores, trabajo en equipo, supervisión y formación continua de los operadores, integración con el sistema territorial de los servicios

o trabajo de red a nivel europeo,

o desarrollo de reflexiones éticas y deontológicas,

o especialización en el enfoque de diferenciación de sexos.

√ Elaborar un estudio a nivel europeo para definir y articular los diversos modelos de intervención de las comunidades terapéuticas y delinear la praxis, los objetivos educativos y terapéuticos, los límites y los recursos de la intervención. Promover; realizar y participar en estudios e investigaciones del sector; incluso a nivel internacional, en colaboración con centros de investigación y universidades, y así adquirir e integrar nuevos modelos de lectura de la fenomenología objeto del tratamiento y metodologías innovadoras, confrontar en la mayor medida posible las estrategias y los



resultados, y contribuir a la definición, el desarrollo y la difusión de las buenas prácticas en este sector:

## BIBLIOGRAFÍA

Abeijon J.A., Pantoja L.A. y otros (2002), *CCTT: Pasado presente y futuro*, Universidad de Deusto, Bilbao 2002

Broekaert E., "Histoire et fondements de la communauté Thérapeutique", In Van der Stratzen G., *La nouvelle communauté Thérapeutique*, ed. Academia Bruylant, Louvain, 1997

Calafat, A., Fernández, C., Juan, M. et al. (2003), *Enjoying the nightlife in Europe: the role of moderation*, IFEFREA, Palma de Mallorca, 2003

Comas D., Historia y situación actual de las CCTT en el ámbito español en AAVV La comunidad terapéutica en la red asistencial y estrategias, Sevilla, FADA Itaca

Comas D., Historia de la implantación y desarrollo de las comunidades terapéuticas en España, Abeijón, Pantoja 2002

EMCDDA (2006 a), Informe Anual 2006, EMCDDA, Lisboa 2006, available at: <http://www.emcdda.europa.eu/>

EMCDDA (2006 b), *Selected issue 3. Developments in drug use within recreational settings*, EMCDDA, Lisboa 2006, available at: <http://issues06.emcdda.europa.eu/en/page024-en.html>

EMCDDA (2007) Informe Anual 2007, EMCDDA, Lisboa 2007, available at: <http://www.emcdda.europa.eu/>

Olivetti Manoukian (1992), *Le comunità organizzazioni che producono tra dilemmi*, In C. Kaneklin, A. Orsenigo (a cargo de) (1992) Il

lavoro di comunità. Una modalità di intervento con adolescenti in difficoltà, NIS, Roma 1992

Reimen M., Götz W. (2007), Prefacio, In EMCDDA (2007) Informe Anual

Rigliano P., (2004), Doppia diagnosi, tra tossicodipendenza e psicopatologia, Cortina Editore, Milano

Shittar L., L'ideologia della comunità terapeutica, F. Basaglia, L'istituzione negata, ed. Einaudi, Torino, 1968

Stocco P. (2001), Las comunidades terapéuticas- Riv. Aunando, nov. 2001 N°. 66. Madrid.

Stocco P., (2002) Drug use amongst european young people, Euro-TC, Berlin, 2002

Stocco P. (2005), "Les questions éthiques liées aux soins des femmes enceintes toxicomanes ". In «*Drug Addiction*» volume Ethical Eye, Council of Europe Publishing, Strasbourg, 2005

Stocco P, Pozzato M., Zanon S. (1999), "Le rappresentazioni sociali della comunità terapeutica e del tossicodipendente", In *Rivista Personalità e Dipendenze*, Modena, 1999

Studio Vedette (2005), *Monografia 2. Studio Pilota Vedette 1*, Agat Editrice, Torino 2005, <http://www.studio-vedette.it/pubblicazioni/Monografia2.pdf>

Yates, R., Rawlings, B. Broekaert, E. and De Leon, G. (2006), *Brief Encounters: the development of European drug free therapeutic communities and the origins of the European Federation of Therapeutic Communities*, Therapeutic Communities , 27, pp. 5-1