

Comunidades Terapéuticas en Euskadi: Un Recorrido a lo Largo de la Historia

Laura Ateca Martínez

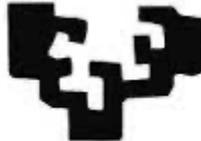
Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco

Master de Psicología General Sanitaria

Dra. Patricia Insúa Cerretani

17 de mayo 2022

eman ta zabal zazu



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

Resumen

Las comunidades terapéuticas (CC.TT.) son un recurso residencial orientado a tratar las adicciones que surgieron en Estados Unidos (EE.UU.) en la década de 1950 y que llegaron a Europa y por lo tanto a España en la década de 1980, convirtiéndose en un recurso de referencia en el ámbito de atención a las adicciones. Durante las primeras décadas tuvieron mucho protagonismo en este ámbito, pero aproximadamente a partir del año 2000 disminuyó la investigación y divulgación sobre este tema. Sin embargo, el recurso ha seguido funcionando en todo momento y a lo largo del tiempo ha ido evolucionando para adaptarse a las nuevas demandas y necesidades de la sociedad y de las personas atendidas. Este proceso evolutivo de adaptación no ha sido documentado y por lo tanto no ha quedado reflejado en la literatura. En este estudio se ha considerado oportuno analizar la evolución, situación actual y los motivos que la han llevado a esta evolución para conocer uno de los recursos esenciales en la red de atención a personas drogodependientes. Para ello, se ha llevado a cabo un estudio cualitativo mediante entrevistas a psicólogos/as que trabajan o han trabajado en los centros Paul Enea, Kortezubi y Manuene situados en diferentes puntos de Euskadi. El análisis temático realizado con la información obtenida de estas entrevistas ha evidenciado el proceso evolutivo que las CC.TT. han llevado a cabo para adaptarse a los cambios y demandas que se han dado en el ámbito de las drogodependencias, siendo el más evidente el cambio de perfil de las personas atendidas. Además de conocimiento sobre este tipo de recurso y estos centros concretos, se considera que el trabajo aporta actualización necesaria sobre este tema, que a su vez abre todo un abanico de posibilidades para investigaciones futuras centradas en aspectos más concretos del recurso.

Palabras clave: Comunidad terapéutica, adicciones, tratamiento, evolución, adaptación.

Abstract

Therapeutic communities (TT.CC.) are a residential resource aimed at treating addictions that emerged in the United States of America (USA) in the 1950s and arrived to Europe and therefore to Spain in the 1980s, becoming a reference resource in the field of addiction treatment. During the first decades they were very important in this field, but around the year 2000 the research and dissemination of information about this subject decreased. However, the resource has continued working at all times and over time has evolved to adapt to the new demands and needs of society and the people it serves. This evolutionary process of adaptation has not been documented and therefore has not been reflected in the literature. In this study it has been considered appropriate to analyse the evolution, current situation and the reasons that have led to this evolution in order to get to know one of the essential resources in the system of addiction treatment. To this end, a qualitative study was carried out by means of interviews with psychologists who work or have worked in the Paul Enea, Kortezubi and Manuene centers located in the Basque Country. The thematic analysis carried out with the information obtained from these interviews has shown the evolutionary process that the TT.CC. have carried out in order to adapt to the changes and demands that have occurred in the field of drug addiction, the most evident being the change in the profile of the people attended. In addition to knowledge about this type of resource and these specific centers, it is considered that the study provides the necessary update on this subject, which in turn opens up a whole range of possibilities for future research focused on more specific aspects of the resource.

Key words: Therapeutic community, addictions, treatment, evolution, adaptation.

Comunidades Terapéuticas en Euskadi: Un Recorrido a lo Largo de la Historia Antecedentes Históricos y Primeras Comunidades Terapéuticas a Nivel Mundial

A pesar de que el presente trabajo trata sobre las Comunidades Terapéuticas (CC.TT.) en el ámbito de las drogodependencias, los primeros acercamientos a lo que hoy en día conocemos como Comunidad Terapéutica (C.T.) se dan mediante experiencias grupales y comunitarias en hospitales psiquiátricos. Estas primeras experiencias ocurrieron en la década de 1940 en Inglaterra principalmente impulsadas por el aumento de la demanda de atención psiquiátrica de soldados y población general a raíz de la Segunda Guerra Mundial. Hasta ese momento los hospitales psiquiátricos tenían una función de custodiar o retener a las personas, pero a partir de entonces se dió una toma de conciencia general en la sociedad y se comenzó a trabajar con el objetivo de sanar a las personas. Para ello trabajaban mediante grupos terapéuticos reducidos en hospitales como Northfield Military Hospital (Bion, 1962) o Henderson Hospital (Jones, 1952). La primera experiencia llevada a cabo en este último hospital fue dirigida por Maxwell Jones, quién es considerado uno de los psiquiatras más relevantes en el desarrollo de las CC.TT. Estas primeras experiencias fueron expandiéndose por diferentes países, evolucionando y dando lugar a la aparición de nuevos modelos de actividades grupales, algunos de ellos orientados a un colectivo concreto como es el caso de las CC.TT. para drogodependientes (Comas, 1988; Guimón, 2002; Llorente y Fernández, 1999).

Respecto a las CC.TT. orientadas a personas drogodependientes, las décadas de 1950-1960 fueron clave para la creación de estas en EE.UU. ya que se comenzó a poner en duda el abordaje psiquiátrico del momento en el ámbito de la salud mental que sufrió muchas críticas. Este conflicto incitó la aparición de dos proyectos que son un hito en la historia de las CC.TT. para drogodependientes (Comas, 1988).

Por un lado, en 1958 Charles Dederich fundó Synanon, una comunidad con un método de vida alternativo para drogodependientes. Esta comunidad situada en California surgió de Alcohólicos Anónimos (un modelo tradicional de autoayuda de este país) y ambos proyectos compartían el rechazo a las instituciones y a los profesionales, por lo que Synanon estaba liderada por ex-drogodependientes. Además, la idea principal sobre la que se trabajaba era que para las personas drogodependientes la libertad suponía un riesgo y que la sociedad era incompatible con ellas; por lo tanto, el único modo de mantenerse abstinente era permaneciendo en la comunidad. Basándose en esta idea y a su vez en las CC.TT. clásicas del ámbito psiquiátrico, Synanon ofrecía a las personas un entorno comunitario, rural y autofinanciado en contacto con la naturaleza que difería totalmente de lo ofrecido por las

instituciones psiquiátricas del momento y donde se trabajaba mediante grupos de confrontación a los que llamaban *El Juego*. Además, se reforzaba la idea de que Synanon era una familia sustitutiva para aquellas personas que no tenían o tenían malas relaciones sociofamiliares. Este proyecto tuvo efecto y logró satisfacer a la sociedad por lo que poco a poco fueron surgiendo nuevas comunidades (Comas, 1988; Guimón, 2002; Llorente y Fernández, 1999; Roig-Traver, 1986 citado en Comas, 1988; Roldán, 1992; Yablonsky, 1967).

Por otro lado, en 1963 se creó Daytop Village por petición de un organismo público que buscaba llevar a cabo una experiencia comunitaria de entre 12-18 meses con personas consumidoras y drogodependientes en libertad condicional. Este proyecto basado en la posibilidad de crecimiento personal y cambio se considera uno de los referentes principales de las CC.TT. primero en EE.UU. (por ejemplo, Phoenix House) y más adelante a nivel mundial. A diferencia de Synanon, en el equipo de Daytop además de ex-drogodependientes había también profesionales del ámbito de la salud mental y entre ambos llevaban a cabo diferentes grupos tanto terapéuticos como aquellos que facilitaban la convivencia. Además, una de las grandes aportaciones de este proyecto fue la integración de las familias en los procesos terapéuticos, dando lugar a grupos de encuentro de terapia familiar y a unos mejores resultados en estos procesos (Comas, 1988; Guimón, 2002; Lasoff, 1985 citado en Comas, 1988; Llorente y Fernández, 1999; Ottenberg, 1985 citado en Comas, 1988; Rodríguez, 2009; Roldán, 1992).

Según fue extendiéndose el modelo C.T. se fueron desarrollando nuevos proyectos, algunos de los cuales se diferenciaron bastante con los proyectos originales; lo provocó que se produjeran controversias y diferencias significativas entre las nuevas comunidades creando así dos modelos principales de CC.TT.: las democráticas y las jerárquicas o conductuales. Es por ello que cuando la demanda de atención a personas drogodependientes creció en Europa y las CC.TT. orientadas a este colectivo comenzaron a aparecer en la década de 1970, hubo grandes diferencias entre unas y otras. Las nuevas CC.TT. que iban apareciendo se basaban en estos modelos y los adaptaban a su cultura particular por lo que algunas incluyeron también un carácter cristiano a la filosofía de la comunidad. Además, a pesar de que algunas mantuvieron el rechazo a las instituciones y profesionales, otras de las comunidades creadas en Europa formaban parte del sistema sanitario público lo cual difería totalmente de la filosofía anti-institucional de las primeras organizaciones (Roldán, 1992).

En el desarrollo de las CC.TT. en Europa (principalmente en Italia y España) y Sudamérica tuvo gran importancia el proyecto impulsado en Roma por Don Mario Pichi y

Juan Corelli. Ambos formaban parte del Centro Italiano de Solidaridad que desde varias décadas atrás se dedicaba a trabajar y ayudar en el ámbito de las drogodependencias. Después de varios años trabajando en este ámbito y tras contar con el asesoramiento de profesionales ex-drogodependientes del equipo de Daytop, pusieron en marcha el proyecto, fundado como Progetto Uomo (Proyecto Hombre) con el objetivo de ofrecer una ayuda más eficaz a este colectivo. Este proyecto ofrecía un programa terapéutico de dos años de duración cuyo eje central era la C.T. pero que contaba también con otras fases como Acogida y Reinserción y otras herramientas como asociaciones familiares. Además, el Centro Italiano de Solidaridad tuvo un papel muy importante en el desarrollo de nuevas CC.TT. tanto en Europa como en Sudamérica ya que las personas que se estaban formando en este ámbito viajaban a Roma o incluso acogían visitas de instructores en sus CC.TT. para recibir la formación de mano del equipo que formaba parte de Progetto Uomo (Guimón, 2002; Picchi, 1984; Llorente y Fernández, 1999; Rodríguez, 2009).

Implantación de las Comunidades Terapéuticas en España

Al igual que ocurrió en otros países, en España se dieron los primeros acercamientos a las CC.TT. en el contexto psiquiátrico, alrededor de 1930. A nivel nacional, Mira y López fue quién estuvo detrás de estos primeros acercamientos ya que el psiquiatra, que previamente ya trabajaba con grupos de pacientes, impulsó un modelo de autogestión en el hospital psiquiátrico de San Baudilio durante la Guerra Civil española. Sin embargo, transcurrieron varias décadas hasta que las CC.TT. orientadas a personas drogodependientes aterrizaran en España (Campos, 1998).

Respecto a las CC.TT. para personas drogodependientes en España es complicado hacer un recorrido por la historia de éstas ya que a pesar de haberse investigado y documentado mucho la implantación y los primeros años de estas CC.TT., la información sobre su proceso evolutivo es muy limitada (Comas, 2002; Comas 2006a).

En cuanto a la implantación y los primeros años de las CC.TT. para personas drogodependientes en España, Roldán (2002) dividió las primeras décadas en cuatro fases. Por un lado, la primera fase ocurrió entre 1977 y 1984 y la denominó *Fase Mítica*. En esta época se dio un aumento significativo del consumo de drogas ilegales como la heroína o la cocaína a nivel nacional el cual provocó la necesidad de tratamientos específicos. Para abordar esta problemática se pusieron en marcha programas libres de drogas por parte de diferentes grupos como asociaciones de familiares, profesionales de la salud, personas ex-drogodependientes o grupos religiosos como la Iglesia Evangélica Remar que en 1976 puso en marcha la primera C.T. española en Málaga. Estos tratamientos inspirados en el

modelo Daytop se plantearon como mágicos y sustitutivos a la droga, de manera que si el paciente acudía se daría cuenta de que la vida merecía la pena. Pasaron varios años hasta que las CC.TT. formaron parte de las instituciones, por un lado debido al movimiento anti-institucional contra el modelo de beneficencia y por otro lado porque las diputaciones provinciales quienes se encargaban de las Instituciones psiquiátricas tardaron en transitar a un modelo democrático una vez finalizada la dictadura (Comas, 1988; Comas, 2002; Comas, 2006a; Llorente y Fernández, 1999; Rodríguez, 2001; Roldán, 1992; Roldán, 2002)

Por otro lado, entre 1985 y 1992, en la fase *Guerra a las Drogas*, la alarma social frente a las drogas se mantuvo e incluso aumentó debido a la aparición del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) el cual golpeó con fuerza a la población drogodependiente que consumía por vía intravenosa. Para hacer frente a la situación se creó el Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD) y se desarrollaron numerosos recursos tanto ambulatorios como residenciales: Centros de día, Centros de Salud Mental (CSMs), además de las CC.TT. que se desarrollaron significativamente en esta época, aumentando el número de Centros y llevando a cabo un modelo más científico y contrastado que dio lugar a la homologación de los Centros y a que pasaran a formar parte de la Red de Salud Mental de la sanidad pública, lo cual logró alejar al recurso de la precariedad de los primeros años. Además, en 1986 se creó la Asociación de Profesionales de Comunidades Terapéuticas para Toxicómanos (A.P.C.T.T.) la cual se encargó, además de establecer los criterios de homologación, de organizar congresos anuales para profesionales en torno a las CC.TT. Este desarrollo conllevó una mayor profesionalización de los Centros y al mismo tiempo evidenció las diferencias por un lado, entre las CC.TT. jerárquicas y democráticas y por otro lado entre las CC.TT. religiosas (generalmente relacionadas con el evangelismo), las de ex-drogodependientes (fundamentalmente las que formaban parte de El Patriarca), las de carácter profesional (de carácter tanto público como privado) y la Red Proyecto Hombre (Comas, 1994; Comas, 2002; Comas, 1988; Llorente y Fernández, 1999; Polo y Zelaya, 1984 citado en Comas, 1988; Rodríguez, 2001; Roldán, 1992; Roldán, 2002).

La Fase *Normalización* se dio entre 1993 y 1998 y como su nombre indica, en estos años la sociedad normalizó el consumo de drogas ilegales y por lo tanto la alarma social disminuyó. Se implementó la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) para las personas VIH+ y los programas de mantenimiento con metadona para los consumidores de heroína de larga data y que no podían hacer tratamientos orientados a la abstinencia. Esta situación dio lugar a una estabilización en el número de drogodependientes y, excepto los Programas de mantenimiento con Metadona que crecieron considerablemente, el resto de

recursos, incluidas las CC.TT. sufrieron una disminución de demanda de pacientes ya que éstos se repartieron entre las diferentes alternativas de tratamiento. Además, así como en la década de 1980 la sociedad valoraba como positivas las CC.TT. ya que se consideraban un castigo para las personas drogodependientes y al mismo tiempo las alejaba de la sociedad lo cual suponía un alivio ya que generaban inseguridad ciudadana, en esta época la visión social en torno a las drogodependencias cambió de manera que la sociedad se volvió más tolerante con este colectivo y les comenzaron a ver como víctimas de un sistema socioeconómico estructural, por lo que la idea que se tenía sobre cómo se trabaja en las CC.TT. (premio, castigo, alejamiento de los pares y de las familias, etc.) parecía inadecuada para el abordaje terapéutico de este colectivo. Esto provocó el comienzo de una crisis en el recurso e impulsó una necesidad de cambio para lograr adaptarse a la nueva situación, por lo que las CC.TT. se reestructuraron y en muchos casos flexibilizaron sus programas (Roldán, 2002; Comas, 2002).

Finalmente, a partir de 1998 el consumo de drogas ilegales y los factores que le rodean sufrieron numerosos cambios, que se analizarán en otro apartado del trabajo (desarrollo de nuevas drogas, cambio de las vías de consumo y del perfil de las personas consumidoras...). Las CC.TT. no lograron recuperar el protagonismo de las fases anteriores y de hecho algunas tuvieron que cerrar (sobre todo las concertadas y las privadas). Sin embargo, las CC.TT. públicas generalmente lograron superar la crisis, se mantuvieron en el tiempo y siguieron adaptándose a las nuevas situaciones mediante, por ejemplo, la incorporación de medicación y tratamiento con metadona en las propias CC.TT. Además, para hacer frente al alto coste que suponía mantener las CC.TT. públicas, se desarrolló el modelo de CC.TT. pública gestionada por una entidad privada (Comas, 2002; Roldán, 2002).

Sin embargo, como se ha mencionado previamente, la disminución de la relevancia de las CC.TT. con el paso del tiempo conllevó a una disminución también de estudios y congresos en torno a este recurso por lo que es muy complicado seguir analizando el recorrido a partir de este punto. Respecto a artículos científicos, en las revistas nacionales, a partir de la década de los 90 y coincidiendo con la crisis de las CC.TT. apenas se publicaron artículos en torno a esta temática (Comas, 2002; Roldán 2002). Sin embargo, no es del todo correcto afirmar que las publicaciones disminuyeron ya que al realizar una búsqueda en una base de datos hispana como Dialnet se puede comprobar que contrariamente, aumentaron significativamente en las primeras dos décadas del siglo XXI. No obstante, este aumento se asocia a la aparición de Internet y al consecuente incremento de artículos científicos (Vidal y Zayas, 2018), por lo que a pesar de ese aumento la sensación entre los profesionales que se

dedicaban a este ámbito es que las CC.TT. perdieron relevancia e interés. Esto queda reflejado en la cantidad de congresos realizados en torno a esta temática. Originalmente, la APCTT realizaba anualmente un Congreso que concluyó en el año 1992, cuando la temática de las CC.TT. pasó a tratarse únicamente mediante sesiones monográficas. A pesar de que años después se realizara algún otro congreso o evento sobre CC.TT., principalmente en Andalucía, se trataron de acontecimientos puntuales que nada tenían que ver con la divulgación que se ofrecía en la década de 1980, por lo que el volumen de información en torno a éstas disminuyó considerablemente (Comas, 2002; Roldán, 2002).

A pesar de que algunas de las causas principales de la crisis de las CC.TT. fuesen por un lado, los cambios en torno al consumo de sustancias y por lo tanto la disminución de la demanda de pacientes en tratamiento que se podrían beneficiar de este tipo de dispositivos asistenciales; y por otro lado, la diferencia entre los recursos económicos necesarios para las CC.TT. y otros recursos más económicos como los Programas de mantenimiento con Metadona, Comas (2002) coloca parte de la responsabilidad también en los profesionales del área, especialmente en los que se dedicaban a la divulgación. El autor habla del “gran relato” de las CC.TT. según el cual la mayoría de los Congresos en torno a este tema siguen la misma estructura al hablar únicamente del origen del recurso, del recorrido y de recomendaciones sobre el futuro. Este relato sin dejar de ser cierto, no es suficiente para lograr mantener la buena imagen de las CC.TT. que se vio perjudicada a partir de la década de los 90. Este investigador habla sobre la pérdida de la identidad colectiva como causa de la crisis y considera que a pesar de ser válido y necesario para construir la identidad de las CC.TT., el relato basado en el origen es insuficiente porque esa identidad hay que seguir trabajándola en el tiempo y para ello los congresos tendrían que haber profundizado más y tratar diferentes temas dentro del área de las CC.TT (Comas, 2002; Comas, 2006a).

Definición y Características Comunes de las Primeras Comunidades Terapéuticas

A lo largo de los años, numerosos autores han tratado de dar una definición de la C.T. Thomas Main, fue el primero que utilizó el término “Comunidad Terapéutica” en 1946 cuando la definió como una comunidad cuyo objetivo era la participación activa y socialización de los individuos en la vida diaria y subsociedad del recurso. Sin embargo, este mismo autor afirmó años más tarde que el término carecía de sentido porque se había utilizado para denominar recursos tan dispares entre sí como grupos sectarios o unidades hospitalarias (Main, 1983 citado en Roldán, 2002).

En 1976 la Conferencia de Comunidades Terapéuticas Americanas definió la C.T. como un recurso residencial cuyo método se basa en el cambio individual por medio de la

autoayuda y para el cual cuenta con la herramienta de convivencia comunal las 24 horas del día, para lograr cambios estables que perduren en el tiempo. Esta definición afirma que el objetivo principal del recurso es que las personas participantes logren un cambio en el estilo de vida, eliminando así el consumo de drogas y la conducta antisocial y criminal y logrando el desarrollo de la autonomía, habilidades útiles y actitudes, valores y conductas positivas relacionadas con la honestidad (De Lean y Beschner, 1976, citado en Roldán, 1992).

Tras analizar numerosas definiciones, Roldán (1992) sacó varias conclusiones que concluyó más adelante (Roldán, 2002). Por una parte, el término “Comunidad Terapéutica” hace referencia a una intervención grupal basada en la autoayuda. Debido al componente grupal, las relaciones interpersonales tienen un peso muy importante en este recurso y por lo tanto la ayuda a las demás personas también es esencial. Relacionado con el concepto de autoayuda, el paciente de C.T. actúa como agente activo de su proceso de cambio por lo que participa activamente en las dinámicas de la comunidad y ejerce diferentes responsabilidades. Por otra parte, destaca la importancia del aprendizaje social que se lleva a cabo mediante la interacción social. Respecto al trabajo terapéutico el autor menciona la importancia de las terapias familiares, multifamiliares, individuales y grupales, destacando la riqueza de las situaciones transferenciales y contratransferenciales que aparecen en éstas. Además, subraya el aspecto experimentador de la C.T. ya que a pesar de ser un recurso intensivo de 24 horas es temporal, y por lo tanto se trata de un lugar idóneo para la experimentación y exploración de relaciones o sentimientos de cara a una posterior vida en sociedad. Por último, hace referencia al objetivo final del proceso: capacitar a las personas para vivir en sociedad mediante la reeducación y rehabilitación social.

Además, con el paso del tiempo, algunos autores han ido profundizando y destacando otros aspectos fundamentales de las CC.TT. como la contención. Este concepto hace referencia a la sensación de seguridad que ofrece este recurso ante emociones que son re-experimentadas a lo largo del proceso como el dolor, el abandono o la rabia. La contención ofrece la posibilidad de expresar y dar un significado a los conflictos tanto sociales como intrapsíquicos. Debido en parte a esta función contenedora y por otra parte al establecimiento de límites, en algunos aspectos se compara la función de la C.T. con la de los progenitores y al mismo tiempo a las personas del equipo con la figura de madre y padre (Abeijón, 2002; Guimón, 2002; Kooyman, 1993).

A pesar de que algunas de las características mencionadas sean comunes en ambos, cabe recalcar que como se ha mencionado previamente, existían dos modelos de C.T.: las democráticas y las jerárquicas. Por un lado, las comunidades democráticas se basaban en un

modelo, generalmente psicoanalítico, elaborado por psiquiatras y además, el personal del Centro estaba compuesto únicamente por profesionales. Este modelo es denominado democrático debido a que todas las personas de la comunidad participaban activamente en la toma de decisiones. Además, las personas que formaban parte del grupo de pacientes acordaban ayudarse tanto a sí mismas como a las demás rompiendo así con el papel pasivo que jugaban los pacientes en los hospitales. Sin embargo, no alcanzaba la democracia en su totalidad porque las personas que habían sido pacientes no podían llegar a formar parte del equipo de profesionales a pesar de haber logrado la abstinencia y porque el director del Centro era el encargado de adjudicar los diferentes roles de la comunidad. Por otro lado, las CC.TT. jerárquicas o conductuales son aquellas que mantienen un modelo similar a las comunidades originarias de EE.UU. Estas comunidades originalmente no contaban con la participación de Instituciones o profesionales y estaban dirigidas únicamente por personas ex-drogodependientes. Su trabajo no se basaba en teorías psicodinámicas, sino que su actividad principal consistía en grupos comunitarios. Además, contaban con una estructura social jerárquica por lo que las normas y decisiones quedaban en mano del líder formal de la C.T. En este tipo de comunidades se trabaja en gran parte desde el condicionamiento, de manera que una conducta positiva es recompensada mediante veteranía y concesión de privilegios y una negativa es castigada. A pesar de que con el paso del tiempo algunas vieron la necesidad de contar con profesionales debido a la dificultad para dirigir estos grupos comunitarios, las personas ex-drogodependientes pudieron seguir formando parte del equipo (Comas, 2002; Guimón, 2002; Jones, 1985 citado en Comas, 1988; Jones, 1991).

Respecto a las características comunes de este tipo de recurso, las CC.TT. tenían como base el objetivo de ofrecer un recurso residencial donde trabajar la abstinencia y la reestructuración personal y de vida. Para ello ofrecían, un espacio aislado de la sociedad y por lo tanto de las drogas, condiciones relacionales, convivenciales y afectivas para hacer frente a la soledad, responsabilidades y trabajos con el fin de trabajar la seguridad en uno mismo y un equipo con el que establecer una relación terapéutica y trabajar asuntos e inquietudes personales. De esta manera se pretendía dejar de lado los tratamientos puramente psiquiátricos y dar lugar a un trabajo pedagógico y psicosocial. Para ello se llevaban a cabo diferentes actividades terapéuticas y educativas como grupos terapéuticos, asambleas comunitarias, actividades sociales o talleres (Guimón, 2002; Picchi, 1984; Roldan, 1984; Vila-Abadal et al., 1984).

Uno de los aspectos donde se colocaba el foco de atención era el aspecto relacional, ya que gran parte de las personas que acudían a estos recursos tenían carencias significativas

en este ámbito. El consumo de drogas y el relacionarse mayoritariamente con personas consumidoras, desarrolla en las personas un rechazo hacia la sociedad y sus valores que genera al mismo tiempo una actitud de huida. Además, al abandonar el consumo, estas personas tienden a quedarse sin un grupo de referencia. Atendiendo a estas carencias, la C.T. se plantea como un espacio para el aprendizaje de las relaciones interpersonales e intergrupales. El trabajo en este ámbito será también de ayuda para mejorar el aspecto afectivo que en muchos casos se encuentra también muy deteriorado (Díaz et al., 1984; Guimón, 2002; Picchi, 1984).

El proceso completo tenía una duración de entre uno y dos años, a pesar de que se realizaron algunos estudios piloto que inicialmente se desarrollaron en un periodo más breve (Vila-Abadal et al., 1984). El periodo más largo del proceso se llevaba a cabo en la propia C.T. pero previamente se ofrecía un servicio de acogida en el cual se recogía información de la persona, se realizaba una evaluación y se orientaba a la persona. En este periodo inicial existen algunas discrepancias entre diferentes CC.TT. ya que algunas ofrecían la posibilidad de desintoxicación física en el propia C.T. al ingresar (Llorente y Fernández, 1999; Vila-Abadal et al., 1984) mientras que otras contaban con recursos específicos para ello o establecían como condición de ingreso una previa desintoxicación (Picchi, 1984). Por otro lado, según las CC.TT. fueron avanzando y se fueron desarrollando, algunas pasaron a ofrecer también un servicio de reinserción posterior al proceso de comunidad (Picchi, 1984; Roldán, 1984).

A pesar de que la configuración de los días en las CC.TT. no sea igual en todas, todos estos recursos cuentan con un régimen muy estructurado. Para ello cuentan con un horario detallado que comienza sobre las 7:00 y termina sobre las 23:00, en el cual están establecidas las horas dedicadas al trabajo, tiempo libre, reuniones, grupos terapéuticos, sesiones individuales y otras actividades que puedan estar programadas en cada C.T. Respecto al trabajo terapéutico, existen diferentes orientaciones, ideologías y corrientes desde las que trabajar, por lo que la metodología puede variar mucho de un centro a otro. Las CC.TT. que cuentan con un equipo de profesionales pueden abarcar desde el tratamiento psiquiátrico hasta el psicológico desde diferentes corrientes como la terapia cognitivo-conductual, psicoanalítica, sistémica, etc. (Llorente y Fernández, 1999).

En relación con el equipo, en las CC.TT. formadas por profesionales, se consideraba el ámbito de las drogodependencias excesivamente amplio como para reducirlo a una única disciplina, por lo que se estimó que era necesaria la participación de equipos multidisciplinares para trabajar los aspectos psicoterapéuticos, educativos, familiares,

laborales, psicofarmacológicos, etc. En el ámbito psicoterapéutico y sobre todo si se trabaja desde una perspectiva psicoanalítica, este equipo tendría la tarea de tolerar, comprender y trabajar con los aspectos patogénicos de la persona, al mismo tiempo que detecta y revela los aspectos sanos que van a servir para rescatar al paciente. La eficacia de éstos depende de la integración de los esfuerzos comunes realizados por cada persona del equipo y de los esfuerzos individuales, por lo que además de dedicación y exigencia, existen otros fundamentos necesarios para el funcionamiento de un equipo multidisciplinar: objetivos comunes, roles definidos, estructura funcional, criterios unificados y comunicación (Díaz et al., 1984; Mascaró, 1991).

Además de las discrepancias en torno a la posibilidad de desintoxicación en la C.T., existían otros aspectos en los cuales no había un consenso. Por ejemplo, inicialmente las condiciones para ingresar en estos recursos eran muy severas y no admitían a personas con asuntos judiciales pendientes, enfermedades infecto-contagiosas o trastornos psiquiátricos. Sin embargo, con el paso de los años, algunas de las CC.TT. fueron eliminando estas condiciones (Llorente y Fernández, 1999; Roldan, 2002).

Al hilo de estas discrepancias, la APCTT consideró necesaria la creación de unos criterios y normas para la homologación de CC.TT. profesionales a nivel nacional ya que a pesar de que las CC.TT. tenían muchos puntos en común, tras una década de funcionamiento aún no se habían establecido unos criterios comunes a cumplir. Esta necesidad surgió a raíz del informe llevado a cabo por Polo y Zelaya (1984, citado en Comas, 1994) en el cual diferenciaron entre las CC.TT. que contaban con la presencia de un equipo profesional, un programa explícito, finalidad de reinserción y objetivos terapéuticos y educativos y que por lo tanto se consideraron profesionales y aquellas no-profesionales debido a la presencia de elementos de adoctrinamiento (por ejemplo, la red “El Patriarca” o las comunidades evangelistas). Esta dicotomía llevó a que las CC.TT. consideradas profesionales se reuniesen y decidieran establecer unos criterios comunes a pesar de las diferencias que existían entre ellas (Comas, 1994).

El acuerdo llevado a cabo por la APCTT dividió por apartados los criterios necesarios para que una C.T. formase parte de la asociación y por lo tanto se considerase profesional. Por un lado, respecto al espacio físico y las instalaciones, se exigía una adecuación geográfica acceso a servicios exteriores y transporte público, un número mínimo de metros cuadrados por plaza, calidad de las instalaciones, botiquín, enfermería y espacio adecuado para acoger a personas con enfermedades infecto-contagiosas. Por otro lado, aunque no se llegó a un acuerdo total en torno a las condiciones de admisión, se establecieron unas condiciones

mínimas como la posibilidad de ofrecer desintoxicación si se contaba con un equipo y metodologías adecuadas utilizadas en otras unidades de desintoxicación. Además, decidieron que, aunque se permitía rechazar a personas con trastornos que pudieran producir situaciones de violencia, no era aceptable el rechazo a personas con dificultades leves; de la misma manera que no era aceptable el rechazo a aquellas con alguna enfermedad infecto-contagiosa que no estuviese en fase activa. Los derechos y deberes de los pacientes también quedaron reflejados en este acuerdo de manera que era necesaria la existencia de un libro de registro con los nombres y apellidos de todas las personas residentes y de un contrato terapéutico y de reglamento de régimen y se prohibía la utilización de métodos o técnicas coercitivas. Respecto al equipo terapéutico también se establecieron algunos criterios como un número mínimo de profesionales con titulación (10-11, teniendo que aumentar dependiendo del número de plazas) entre los cuales eran indispensables los terapeutas y educadores, la existencia de una figura directiva, diferentes profesionales según lo ofrecido por la C.T. (médico, trabajador social...) y normas de coordinación y comunicación del equipo que incluían reuniones obligatorias. Además, se establecieron algunas otras medidas como la elaboración de una memoria anual, el uso de indicadores, controles y técnicas de evaluación (historia individual, expediente, informes de evaluación) y la obligatoriedad de un documento descriptivo del programa que incluya información como las actividades y los objetivos del recurso, así como la duración de éste (la APTT recomendaba una duración de entre 6-8 meses, pero consideraba la posible valoración en casos que no se ajustaran a esta indicación). Por último, se valoraron otros criterios, que sin ser de cumplimiento obligatorio se valoraban favorablemente como la elaboración de publicaciones y/o participación en congresos profesionales y académicos y la oferta de terapia familiar y formación profesional y/o escolar (Comas, 1994).

Evolución del Consumo de Sustancias y Aspectos Relacionados

El consumo de sustancias ha ido evolucionando a lo largo de los años y al mismo tiempo han evolucionado también algunos aspectos relacionados con el consumo como puede ser la opinión y preocupación social al respecto o las patologías duales (OEDA, 2021; Semboloni, 2002).

Respecto al consumo de sustancias como tal, ha evolucionado tanto el perfil de las personas consumidoras como las sustancias consumidas. En España el consumo y tráfico de drogas ilegales comienza a tomar importancia en la década de los 60 relacionado casi exclusivamente con el cannabis y sus derivados. Sin embargo, con el paso del tiempo aparecieron otras sustancias como la heroína o el LSD que tomaron protagonismo y

provocaron un aumento tanto de consumo como de tráfico a partir de los últimos años de la década de los 70. Además, el consumo de alcohol se considera uno de los más graves en aquel momento, habiéndose extendido su consumo a otras secciones de la población como mujeres o personas jóvenes (PNSD, 1986).

Debido a este panorama el Gobierno de España impulsó la creación del PNSD cuya función era coordinar e impulsar políticas en torno al consumo y tráfico de drogas. Una de las aportaciones del PNSD fue la elaboración de memorias anuales en torno a este asunto, por lo que en ellas queda reflejada la evolución del consumo desde 1986 (año en el que se realizó la primera Memoria) hasta la actualidad (PNSD, 2019).

Previo a la realización de la primera memoria, se llevaron a cabo y se analizaron algunos estudios previos para conocer la situación del momento, identificar el perfil de consumidores y los grupos más expuestos y valorar la gravedad del asunto. Uno de los estudios realizados mediante el análisis de historias clínicas de pacientes heroínómanos entre 1981-1985 mostró que en este colectivo estaba formado mayoritariamente por varones (casi el 80%) jóvenes (la edad media de inicio de tratamiento rondaba los 23 años). Además, se calculó que el tiempo medio de adicción a esta sustancia antes de iniciar tratamiento era de 3,2 años. Este tiempo se considera breve en comparación con el que transcurría respecto a otras sustancias y se llegó a la conclusión de que se debía a la rápida velocidad a la que se evidenciaban las consecuencias del consumo de heroína. En el caso de la cocaína, por ejemplo, a pesar de que en esa misma época había un mayor número de consumidores de esta sustancia, los efectos dañinos de esta tardaban más en aparecer (entre 3-5 años) por lo que las personas consumidoras y su entorno más cercano tardaban más en tomar conciencia de la gravedad y solicitar tratamiento (PNSD, 1986).

A pesar de que las sustancias que más se consumían en España eran el alcohol, el tabaco y el cannabis, otro estudio elaborado los años siguientes mostró que al menos hasta 1990 la heroína seguía siendo la droga principal que motivaba el tratamiento, abarcando hasta el 97% de los casos tratados ambulatoriamente. Estas personas no eran únicamente consumidoras de heroína ya que alrededor de la mitad admitía haber consumido otras drogas (generalmente cannabis, cocaína y psicofármacos) el mes previo a comenzar tratamiento, sin embargo, era el consumo de heroína y sus consecuencias las que los llevaban a solicitar ayuda. De la misma manera, el consumo de heroína abarcó en estos años más del 90% de los episodios de urgencias, mayoritariamente debido a problemas orgánicos y síndromes de abstinencia, a pesar de que también se atendieron casos de problemas psicopatológicos, sobredosis y reacciones adversas (Sánchez et al., 1991).

Durante los siguientes años, creció significativamente el número de personas admitidas a tratamientos por cocaína, por lo que también crecieron los episodios de urgencias a causa del consumo de esta sustancia. Debido a estos datos los expertos supusieron que el consumo de la cocaína en la sociedad creció en este periodo de tiempo. Sin embargo, las personas consumidoras de heroína seguían siendo mayoritarias en los tratamientos. Respecto a los patrones de consumo en ambas sustancias, las vías preferentes eran la inhalada y la inyectada, a pesar de que el hábito de inyección estaba disminuyendo y el de inhalación creciendo. Las muertes por reacción aguda tras el consumo de opiáceos o cocaína a nivel nacional llevaba aumentando de manera progresiva la última década, sufriendo un crecimiento muy significativo a partir del 1988; sin embargo, llegó a su máximo en los años 1991 y 1992 (813 y 809 muertes cada año) y comenzó a disminuir desde entonces (PNSD, 1993; 1995b).

Por otro lado, el consumo de alcohol seguía bastante extendido entre la población española donde casi la mitad de los mayores de 14 años lo consumía al menos una vez al mes y alrededor del 15% lo hacía a diario. De la misma manera, el consumo de cannabis se mantenía como uno de los más extendidos en la población. En este periodo se apreció un aumento de consumo de tranquilizantes (un 12,5% de los mayores de 14 años los habían consumido el último año) y somníferos (un 8% de los mayores de 14 años los habían consumido el último año) sobre todo en la mujeres y personas mayores. En el lado contrario, entre los varones jóvenes se dio un aumento del consumo de éxtasis y otros derivados de las feniletilaminas. Sin embargo, el consumo de todas estas sustancias no suponía motivo de solicitud de tratamiento (PNSD, 1995a; 1995b).

En 1998 se llevó a cabo un estudio para conocer más a fondo el perfil de las personas consumidoras de heroína y se llegó a la conclusión de que a pesar de que la prevalencia del sexo apenas había cambiado (81,8% de varones), la edad media había crecido hasta los 29 años. Además, se sacaron otras conclusiones como que en general la población consumidora de heroína tenía un nivel bajo de estudios, que estaban en paro y que un porcentaje muy significativo habían estado detenidos o incluso en prisión (OEDA, 1998).

En los primeros años de los 2000, las drogas de comercio ilegal más consumidas fueron el cannabis y sus derivados y la cocaína. En esta última, aumentó respecto a décadas anteriores su consumo en polvo mientras que el consumo de cocaína base disminuyó. Este aumento de consumo supuso a su vez un aumento de personas en tratamiento por abuso o dependencia de esta sustancia. Además, el número de personas en tratamiento por abuso o dependencia de cannabis también creció significativamente en este periodo. Por otro lado, al

comienzo de esta década tomaron protagonismo sustancias como el éxtasis y los hipnosedantes sin receta, mientras que el consumo de heroína disminuyó. Respecto al sexo de las personas consumidoras, a pesar de que en el ámbito de las drogas ilegales predominasen los hombres por una diferencia elevada, la prevalencia en el consumo de alcohol y tabaco se acercaba bastante entre un grupo y otro. Otros de los datos a destacar, es que el porcentaje de personas tratadas por primera vez disminuyó considerablemente respecto a la década anterior, dejando lugar a un porcentaje importante que acudían a tratamiento por segunda o tercera vez. Respecto a la mortalidad, a pesar de que su consumo disminuyó, la heroína seguía siendo la sustancia psicoactiva que más muertes causaba, seguida por la cocaína y los hipnosedantes (OEDA, 2004; 2011).

A día de hoy, el último informe elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) (2021), muestra que el alcohol y el tabaco siguen siendo las sustancias más consumidas en España, seguidas por el cannabis. Además, el consumo de analgésicos e hipnosedantes, ya sea con receta o sin receta, cuenta también con una prevalencia significativa en la población de entre 15-64 años. Otro aspecto a destacar son las nuevas sustancias que debido a su relevancia han sido añadidas a este tipo de informes, entre ellas podemos encontrar las bebidas energéticas, los cigarrillos energéticos, el GHB, los inhalables volátiles, la ketamina, la ayahuasca etc. Respecto a la cocaína, consumida mayoritariamente el polvo, el número de consumidores habituales se mantiene estable (2,5% en los últimos 12 meses y 1,1% en los últimos 30 días). El consumo de éxtasis y el de anfetaminas, aunque con menor prevalencia (alrededor del 0,8% de la población en los últimos 12 meses), sigue esta misma tendencia. En el caso de la heroína todos los parámetros se han mantenido estables o han disminuido a lo largo de las últimas dos décadas dejando un 0,1% de la población que la ha consumido en los últimos 12 meses. Además, el policonsumo de sustancias tanto legales como ilegales ha tomado gran relevancia en la población de manera que en los últimos 12 meses alrededor de 30% de la población ha consumido dos sustancias, casi el 10% ha consumido tres sustancias y alrededor del 3% ha consumido cuatro o más sustancias. Respecto a la edad de inicio de consumo, los datos obtenidos mediante la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) muestra que el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes son las sustancias cuya edad media de consumo es más inferior situándose en los 14 años, pero la diferencia respecto a otras sustancias no es muy amplia, ya que el resto cuenta con edades medias de inicio de consumo que oscilan entre los 14 años y medio y los 15 años y medio (PNSD, 2021).

Estos datos se ven parcialmente reflejados en el número de admisiones a tratamiento. Por un lado, respecto al alcohol y el cannabis, a pesar de que las prevalencias del consumo se mantienen estables, en las últimas décadas se aprecia mayor conciencia de la dependencia y el número de pacientes en tratamiento ha crecido significativamente (35,2% de los casos son admitidos en tratamiento por consumo de alcohol y 18,4% por consumo de cannabis). Algo similar ocurre en el caso del consumo de cocaína cuyos pacientes abarcan el 28,9% de los casos en tratamiento. En el caso de la heroína, el número de admisiones a tratamiento por el consumo de ésta ha disminuido considerablemente en las últimas décadas, pasando de ser la sustancia protagonista en el siglo XX, a cubrir únicamente el 12,8% de los casos admitidos a tratamiento. Otras de las sustancias que está tomando protagonismo en los tratamientos son las anfetaminas y la ketamina que, a pesar de no contar con números de admisiones muy elevados, éstos siguen una tendencia de crecimiento en las últimas décadas y junto a otras sustancias abarcan cada una entre el 0,2 y el 1,5% de los casos en tratamiento (OEDA, 2021).

Uno de los aspectos con gran relevancia en el ámbito de las drogodependencias y que ha evolucionado mucho con el paso del tiempo es la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Este virus y por consecuencia el SIDA golpearon duramente a la población consumidora en las últimas décadas del siglo XX, sobre todo a aquellas personas que consumía por vía inyectada. A pesar de que los primeros años existía un alto nivel de desconocimientos sobre el VIH, el SIDA y sus vías de transmisión, aún cuando las personas tuvieron información al respecto muchas siguieron llevando a cabo conductas de riesgo como compartir jeringuillas o mantener relaciones sexuales sin protección, lo cual provocó un número tan alto de casos que se catalogó como epidemia. La aparición de ambos aumentó los niveles de ansiedad y de incertidumbre del colectivo de usuarios de drogas haciendo que la preocupación por el consumo de drogas pasase a un segundo plano. Las CC.TT. acogían a personas tanto infectadas (llegaron a abarcar hasta más de la mitad las plazas) como a aquellas que no lo estaban, por lo que este recurso tuvo que adaptarse y trabajar con temas como el conocimiento del estado serológico, el miedo a contagiarse de algún compañero, las relaciones sexuales con personas seropositivas, la detección de patologías relacionales... Uno de los cambios provocados por esta situación fue la mayor atención médica en las comunidades para hacer frente a la aparición de patologías constantes derivadas de la infección por VIH y del SIDA. Además, hubo otras incorporaciones como medicación antirretroviral para las personas infectadas, adaptación para las personas que tenían dificultades para mantener el ritmo de funcionamiento y seminarios informativos, protocolos y programas preventivos en torno a este tema.

Asimismo, cabe mencionar que además del VIH y el SIDA este colectivo fue golpeado también por diferentes tipos de Hepatitis, ya que ambos virus coincidían en las vías de transmisión y a pesar de que las Hepatitis no tuvieran la misma repercusión que el VIH, supusieron un problema importante para el colectivo, especialmente la Hepatitis C (Guinot y Berasategui, 1991; OEDA, 1998; Sánchez et al., 1991; Serrano y Roldán, 1991).

La epidemia del SIDA vivió su punto más álgido en la primera mitad de la década de 1990, cuando se alcanzaron más de 5.000 casos en España. Sin embargo, debido en parte a los avances científicos (combinación de antirretrovirales para controlar la progresión infección) y en otra parte a la disminución del consumo de drogas por vía parenteral, a partir de 1997 los casos comenzaron a disminuir significativamente y se logró estabilizar en gran medida la salud de las personas infectadas. De manera que a comienzos del siglo XXI la infección por VIH y el SIDA dejaron de ser unos de los principales problemas asociados al consumo de drogas (OEDA, 2004; OEDA 2011).

Otro problema asociado al consumo de drogas que comenzó a ser puesto en evidencia a partir del comienzo del siglo XXI fueron los trastornos psiquiátricos asociados al consumo o la denominada patología dual. El concepto de patología o diagnóstico dual hace referencia a la presencia de dos condiciones psicopatológicas, lo cual en las primeras décadas de las CC.TT. era algo excepcional y había tendencia a derivar estos casos hacia los hospitales. Sin embargo, a partir de los primeros años del siglo XXI aparece como algo habitual a diagnosticar, tratar y gestionar desde este tipo de recursos. Durante estos primeros años las CC.TT. tuvieron que adaptarse ya que pasaron de trabajar enfocados en una patología a tener que abordar mediante un tratamiento integrado la interrelación de ambas sin sobreponer una por encima de la otra. La patología asociada al consumo varía dependiendo de la sustancia consumida. Teniendo en cuenta que a partir de los 2000, las sustancias más consumidas por pacientes de C.T. eran el alcohol y la cocaína, las patologías que más aparecían en los diagnósticos duales eran la ansiedad, la depresión y la esquizofrenia, también relacionado con el consumo de heroína y anfetaminas o alucinógenos. Además, también era muy común la comorbilidad con trastornos de la personalidad del Cluster B, generalmente los trastornos límites, antisocial y narcisista. Por último, también era común la aparición de trastornos de la conducta asociados al consumo de sustancias (Arias et al., 2013; Palomo et al., 2017; Semboloni, 2002).

Este cambio y su complejidad supuso una necesidad de formación de los equipos terapéuticos, además de la adaptación del recurso ante la complejidad de esta nueva situación. Para ello, se reforzó la coordinación con diferentes servicios que atendían ambas patologías y

se incorporó y reforzó el tratamiento psicofarmacológico de las personas atendidas, logrando así un triángulo desde el que se trabaja el tratamiento psicofarmacológico, psicoterapéutico y rehabilitativo-asistencial. Además, la intervención terapéutica y educativa también evolucionó ya que las personas con comorbilidad diagnosticada tenían tasas menores de éxito terapéutico y en muchos casos necesitaban de un seguimiento y un tratamiento a largo plazo, para lo cual eran derivadas a diferentes recursos. En muchos de estos casos, la C.T. actuaba como recurso contenedor que trataba de estabilizar a las personas durante un tiempo, pero se asumía que la probabilidad de que volviesen a necesitar otro ingreso en C.T. en un tiempo era alta (Semboloni, 2002).

Por último, otro cambio que se dio en el ámbito de las drogodependencias y del consumo de sustancias es la percepción social en torno a este tema. El PNSD comenzó a publicar datos sobre la percepción social en 1992. En las primeras memorias que analizaron estos datos, se vio que la población consideraba que las drogas eran uno de los problemas más importantes de la sociedad española, sólo por detrás del desempleo. De hecho, más del 40% de la población mayor de 18 años creía que el problema de las drogas había empeorado los últimos años y que seguiría igual de cara al futuro. Además, más del 60% de la población opinaba que las leyes españolas en este ámbito eran demasiado blandas y se debería penalizar el consumo de todas las drogas ilegales. Esto se debía a las diferentes situaciones relacionadas con las drogodependencias que los ciudadanos solían ver en las calles (gente fumando porros, jeringuillas tiradas en diferentes lugares o personas bajo los efectos de las drogas caídas en el suelo). A pesar de que gran parte de la población dijese no rechazar a las personas ex-consumidoras y no tener problema en compartir diferentes espacios con ellas, sí que existía el rechazo a las personas consumidoras y la preocupación de que algún miembro de sus familias comenzase a consumir. Respecto a los Centros de atención a drogodependientes, generalmente existía una valoración positiva ya que más de la mitad de la población entrevistada consideraba que eran de ayuda y no les importaría que instalaran uno en su barrio (PNSD, 1992; 1993; 1995).

Sin embargo, con el paso del tiempo, la percepción social fue cambiando. Por un lado, debido a los cambios de consumo (menor consumo de sustancias por vía parenteral) muchas de las situaciones que los ciudadanos veían en las calles fueron disminuyendo y por otro lado, otros problemas como el terrorismo pasaron a preocupar más a la sociedad. Debido a estos cambios, disminuyó el número de personas que consideraban las drogodependencias como un problema muy importante y aumentó el número de las que opinaban que no tenía ninguna importancia. La preocupación además, se colocaba entorno al consumo de heroína, cocaína,

éxtasis y alucinógenos, ya que gran parte de la población no veía problema en tomar 5/6 cañas el fin de semana, fumar un paquete de tabaco diario o consumir hipnosedantes o fumar cannabis una vez al mes (OEDA, 1998). Sin embargo, la conciencia del peligro de estas últimas conductas se desarrolló en los primeros años de los 2000, donde más de la mitad de la población opinaba que éstas podrían producir muchos o bastantes problemas (OEDA, 2004). El consumo habitual de alcohol sin embargo, tardó más en considerarse de riesgo por la sociedad y aún a día de hoy se sitúa muy por debajo del resto de sustancias (OEDA, 2011). La percepción del riesgo en torno a estas sustancias se ha mantenido estable los últimos años por lo que los datos actuales son muy similares a los ya comentados. Sin embargo, han aparecido nuevas preocupaciones y se ha tomado conciencia sobre el peligro de nuevas actitudes como jugar a juegos con dinero semanalmente o navegar más de 3 horas diarias por Internet para el ocio (OEDA, 2021).

Comunidades Terapéuticas en Euskadi

Al igual que en el resto de España, las CC.TT. llegaron a Euskadi en los primeros años de la década de los 80 y llegaron a ser seis Centros repartidos por el territorio vasco, de los cuales dos pertenecían al Gobierno Vasco y el resto eran Centros subvencionados. Además, todos ellos contaban ya sea desde el inicio o desde los primeros años con recursos complementarios de acogida y reinserción. La primera memoria realizada por el PNSD recogió que en 1986 las CC.TT. vascas ofrecían 165 plazas y atendieron a un total de 220 personas (PNSD, 1986). Estos datos, eran muy elevados en comparación con otras comunidades autónomas, ya que Euskadi era el territorio que más casos atendía por cada 10.000 habitantes, siendo la media de España 2,8 y la de Euskadi 7,1 (PNSD, 1987).

Por un lado, las dos comunidades pertenecientes al Gobierno Vasco y por lo tanto incluidas en la red pública de Osakidetza eran la C.T. Manuene y las C.T. Foronda, situadas en Vizcaya (Larrabezúa) y Álava (Foronda) respectivamente. Respecto a la C.T. Manuene, se puso en marcha en 1983 con un equipo formado por personas ex-drogodependientes, factor que evolucionó y se profesionalizó con el paso del tiempo. A la hora de trabajar, el objetivo principal los primeros años era la deshabituación del consumo de drogas y el consecuente cambio del estilo de vida. Con este fin, la comunidad se apoyaba en las teorías psicodinámicas, sistémicas, cognitivo-conductuales, en la pedagogía del trabajo de Freinet (no se trata del aprendizaje de técnicas concretas, sino de un proceso para que la personas descubra sus capacidades) y en la pedagogía del oprimido de Freire (la persona es la protagonista de su proceso de tratamiento). Para ello era indispensable algunos elementos como el grupo, la relación entre la persona y el grupo, la aceptación de roles y el trabajo

como agente terapéutico-educativo. Entre los servicios que prestaba, se pueden encontrar los de terapia grupal, terapia individual, terapia familiar y multifamiliar, actividades de carácter informativo sobre las drogas, actividades de educación sanitaria, consulta y seguimiento de patología orgánica, actividades de ocio etc. Además de las asambleas, comunes en el recurso de C.T., contaban con herramientas específicas como el método “Yo critico, yo felicito, yo propongo” utilizado para expresar las críticas de manera constructiva entre las personas usuarias (Rodríguez, 2001). El caso de las C.T. Foronda era bastante similar ya que se trabajaba desde la misma metodología, se basaba en los mismos elementos básicos y ofrecían servicios con bastante semejanza a los ofrecidos por la C.T. Manuene (Llorente y Fernández, 1999).

Por otro lado, la C.T. Sustraiak (Hernani, Guipúzcoa) de la Fundación Izan y la C.T. Paul-Enea (Gordejuela, Vizcaya) de la Fundación Gizakia surgieron en 1984 y 1985 respectivamente, como parte de Proyecto Hombre, por lo que compartían muchos aspectos con las CC.TT. del Progetto Uomo de Italia (Fundación Gizakia, s.f.; Fundación Izan, s.f.). Progetto Uomo destacaba entre otros aspectos la importancia de los sentimientos, de cómo afrontarlos, de los mecanismos de defensa y la reacción consciente y racional ante ellos. Es por ello que su metodología terapéutica se basaba en gran parte en trabajar el afrontamiento de los sentimientos y control de los impulsos, la terapia de realidad, la responsabilidad, el respeto y solidaridad, los nuevos valores y el amor responsable. Para ello existían algunos elementos esenciales como las normas, encuentros de la mañana, seminarios, grupos de encuentro, trabajo o sanciones y privilegios. Además, realizaban un trabajo muy cercano con las familias de los pacientes (Picchi, 1984).

Por último, la C.T. Haize-Gain (Oyarzun, Guipúzcoa) y la C.T. Kortezubi (Córtezubi, Vizcaya) pertenecientes a la Fundación Etorikintza y a la Asociación Guipuzcoana de Investigación y Prevención del Abuso de las Drogas (Agipad) respectivamente, surgieron, en 1982 y 1984, de una manera más independiente a las mencionadas previamente (Asociación Guipuzcoana de Investigación y Prevención del Abuso de las Drogas, s.f.; Fundación Etorikintza, s.f.). En el caso de Haize-Gain la iniciativa surgió a manos de un grupo de familias afectadas y personas sensibilizadas que se unieron a un grupo de profesionales para poner en marcha el proyecto mediante Agipad. Al igual que en otras muchas CC.TT. se le daba mucha importancia a la vida diaria en comunidad compuesta por trabajo, ocio, talleres y asambleas (García et al., 1995; Roldán, 1984).

Comunidades Terapéuticas en el siglo XXI

A pesar de que, como se ha mencionado en un apartado anterior, la relevancia de las CC.TT. disminuyó significativamente tras las primeras décadas de funcionamiento, existe literatura publicada posterior a la crisis de las CC.TT. y que por lo tanto ofrece información sobre este recurso y su funcionamiento y características en el siglo XXI (Comas, 2006a).

Para empezar, en 2006 se elaboró un estudio y una posterior valoración sobre la situación del momento en las CC.TT. abordando diferentes aspectos. Por un lado, señala la adaptación a los nuevos perfiles de personas consumidoras mediante, por ejemplo, la administración de Metadona en los Centros, la incorporación de protocolos para atender casos judiciales o formación sobre nuevas problemáticas como el juego patológico, el consumo abusivo de fármacos o la patología dual. Otra vertiente que ha evolucionado es el equipo terapéutico, el cual además de estar formado mayoritariamente por psicólogos cuenta con otros profesionales cualificados y formados como trabajadores sociales, educadores sociales o pedagogos. Además, se destaca la incorporación de personal médico y de enfermería. Una de las conclusiones a destacar del estudio consiste en que los cambios mencionados supusieron una transición del modelo inicial de C.T. basado en Daytop a un modelo más similar al propuesto por Maxwell Jones y esta transición se vio únicamente en España, ya que otros países evolucionaban a un ritmo más lento. Además, en la valoración sobre el estudio se destaca la inadvertencia en torno a este proceso de adaptación que ha pasado desapercibido y las dudas en torno a este tipo de recurso a pesar de ser en España uno de los recursos de la red asistencial más evaluados y que más certificaciones logra. Sin embargo, valora positivamente la financiación por parte de las Administraciones públicas que permite que más del 80% de las plazas sean gratuitas o semi-gratuitas para los pacientes. La conclusión final de esta valoración es que las CC.TT. han incluido como característica el cambio y la adaptación y que no han desaparecido, tanto por su capacidad de adaptación, como porque son imprescindibles para la atención de personas drogodependientes (Comas, 2006a; Comas 2006b).

Además, ese mismo año el Instituto de Adicciones Madrid Salud organizó las jornadas “Comunidades Terapéuticas: Nuevos Enfoques” donde se trataron diferentes temas. Uno de los más destacados que se trató en varias ponencias fue el de las mujeres en tratamiento y llegan a la conclusión de que cada vez había más mujeres consumidoras pero que les costaba más iniciar el tratamiento por lo que había que tratar de adecuarse a sus problemáticas (violencia sexual y familiar, prostitución, maternidad...) (Sainz, 2006). Además de las mujeres, también se habló sobre la población inmigrante drogodependiente la

cual suponía un reto porque a pesar de que la población extranjera estaba creciendo significativamente, todavía no acudían a la red asistencial (Martín, 2006). Asimismo, también se trataron otros temas como la asistencia a menores (Montiel, 2006), el crecimiento de la patología dual (Palacios, 2006), las perspectivas de futuro (Llorente, 2006) o las desintoxicaciones y tratamientos con metadona que se habían incorporado hacía pocos años a las CC.TT. (Aramburu, 2006; Vega, 2006).

Por otro lado, la Revista Española de Drogodependencias publicó entre 2008 y 2009 varios artículos sobre diferentes aspectos de las CC.TT. Por un lado, Comas (2008) además de analizar el recorrido de las CC.TT. hasta el momento, recogió las características esenciales de este recurso destacando que se trata de un centro residencial orientado a un perfil concreto de usuarios de drogas cuyo tratamiento es voluntario y tiene una duración determinada. Además, menciona la presencia de un equipo multidisciplinar y de una vida cotidiana real, que incluye diferentes procedimientos y responsabilidades, como fuente de aprendizaje social. Por otro lado, Abeijón (2008) escribió sobre la importancia de la teoría sistémico relacional en el ámbito de la atención a las personas drogodependientes y realizó un análisis de las CC.TT. desde esta corriente, destacando los principios de totalidad (las acciones de los miembros de una comunidad afectan a la comunidad y a las acciones de los demás miembros) y de homeostasis (la comunidad actúa como agente regulador que logra que todo vuelva a la estabilidad inicial). Además, otros autores analizaron la incorporación de las CC.TT. profesionales en la Red asistencial pública y la consecuente coordinación con las redes generales (sistema judicial, red general sanitaria, red específica de salud mental, sistema educativo y recursos culturales) tanto en el ingreso y salida de la comunidad como para trabajar diferentes cuestiones a lo largo del proceso (Aguilar y Olivar, 2008). Cervantes (2008) llevó a cabo un estudio sobre las relaciones afectivas en C.T. donde se vio que a pesar de que todas las CC.TT. que participaron actuaban frente a las relaciones afectivas entre residentes, más de la mitad no lo tenían incorporado en su programa terapéutico, por lo que no trabajaban la prevención. Además, se analizaron también las relaciones entre profesionales y residentes y se llegó a la conclusión de que estas relaciones no pueden ser bidireccionales y que el profesional tiene la obligación de mantener su rol para no provocar inconvenientes graves y contraindicados en la tarea educativa. Asimismo, se comenzó a investigar en torno a temas actuales como la perspectiva de género. Un estudio llevado a cabo en la C.T. Alborada (Bastón et al., 2009), analizó las diferencias entre los hombres y mujeres en tratamiento con el objetivo de identificar las necesidades concretas de estas últimas. Por ejemplo, uno de los objetivos principales de la mayoría de las mujeres que eran madres consistía en conservar o

recuperar la custodia de sus hijos y/o hijas, mientras que los hombres que eran padres en tratamiento no hacían esta demanda. Además, las mujeres llegaban con problemáticas diferentes a las de los hombres, como malos tratos o problemas de autoestima y de imagen corporal. Por último, otros autores trataron temas como la situación de las CC.TT. y otros tratamientos del ámbito de las drogodependencias en Europa (Stocco, 2008), reflexionaron sobre el papel del educador social en las comunidades y las perspectivas de futuro en torno a esta figura (Olivar et al., 2008) o realizaron una evaluación (con resultados positivos) de la eficacia, eficiencia, pertinencia, cobertura e impacto de las CC.TT. de Proyecto Hombre en España (Menéndez y Yubero, 2008).

Años más tarde la Fundación Atenea elaboró junto a numerosos autores un manual sobre la metodología de las CC.TT. que trataba temas mencionados previamente como la terapia sistémica (Abejón, 2010), el trabajo en equipo (Rodríguez, 2010), la familia (Gracia et al., 2010), la intervención en menores (Apellaniz et al., 2010) etc. De hecho, algunos de los artículos mencionados previamente fueron incluidos también en este manual. Además, a nivel internacional, De Leon (2011) publicó un libro en el que hablaba además de la historia de este recurso, de la perspectiva y metodología, del modelo, de los métodos y del proceso de modificación y cambio.

Por último, hasta la actualidad se han publicado algunos artículos independientes como el publicado por la Fundación EMET Arco Iris (2020) sobre el tratamiento con mujeres en las CC.TT.

Justificación

Como se ha analizado en el apartado anterior, las CC.TT. fueron un tipo de tratamiento con gran relevancia en el ámbito de las adicciones sobre todo en la década de los 80 y actualmente siguen siendo un punto clave de la red de atención a las adicciones. Además, desde aquel punto álgido de las CC.TT., en las últimas décadas se han producido grandes cambios en torno al consumo de sustancias: el perfil de usuario atendido, el tipo de sustancia consumida, el aumento de la patología dual o el concepto social sobre el consumo de drogas entre otros. Es decir, las comunidades terapéuticas surgieron en un panorama muy diferente al existente hoy en día y sin embargo han sobrevivido a los cambios y perduran en el tiempo a pesar de haber atravesado una crisis. De hecho, aunque en los primeros años de funcionamiento tuvieron mucho protagonismo mediático, un estudio llevado a cabo en 2006 afirmó que en el momento en el que este se realizó existían mucha más CC.TT. que antes de la crisis y que a pesar de no contar con el protagonismo mediático contaban con cierto

protagonismo técnico en el ámbito de intervención en drogodependencias (Comas, 2006a; Comas, 2006b).

Además, como se ha señalado previamente, existe un vacío en la literatura en torno a las CC.TT. en los últimos años lo que conlleva una falta de información actualizada. Tal es la falta de información, que Comas ya en 2002 hizo referencia al proceso de adaptación llevado a cabo por las CC.TT. como “adaptación silenciosa” debido a que apenas había estudios que hayan documentado este proceso (Comas, 2002). La escasa literatura publicada en las últimas décadas a pesar haber documentado la situación y funcionamiento de las CC.TT. no parece haber puesto el foco de atención en los aspectos que han cambiado, por lo que no se han encontrado publicaciones que hayan investigado y documentado el proceso de cambio y adaptación de alguna C.T. en concreto. Es por ello que podría ser interesante examinar la situación actual de diferentes CC.TT. en Euskadi para estudiar el proceso de adaptación y los cambios producidos a lo largo de los últimos años. Además, al conocer la situación actual se establecería la base para seguir investigando y profundizando en torno a diferentes aspectos de este tipo de recurso.

Estudio Empírico

Objetivos e Hipótesis del Estudio

El objetivo de este trabajo consiste en conocer la situación actual de las CC.TT. y analizar la evolución de algunas CC.TT. vascas en concreto. Se espera así conocer cómo han influido factores cambiantes en los últimos años como el perfil de las personas consumidoras en este tipo de recurso y qué medidas han tenido que tomar para seguir siendo uno de los recursos de referencia en el ámbito de atención a las drogodependencias.

Participantes

Para la selección de participantes se establecieron varios criterios de inclusión. Por una parte, las personas participantes tenían que ser profesionales de la Psicología ya que el trabajo está enfocado en gran parte a este ámbito de las CC.TT. y es un perfil que existe desde el origen de éstas. Por otro lado, el estudio está orientado a las CC.TT. de Euskadi, por lo que las personas tenían que haber ejercido o estar ejerciendo en el momento como psicólogos/as en alguna de las CC.TT. de este territorio. Por último, se priorizaba a aquellas personas que más tiempo hubiesen trabajado en este recurso y sobre todo que hubiesen trabajado en los primeros años del siglo XXI, de manera que se pudiese recoger la mayor información posible acerca del periodo de mayor interés.

Respecto al reclutamiento, inicialmente se llevó a cabo una búsqueda para conocer las CC.TT. que existen o han existido en Euskadi. Tras esta búsqueda, se concluyó que habían

existido seis CC.TT. en Euskadi de las cuales una había desaparecido (C.T. Foronda situada en Álava) y otra se había transformado en un hospital de día (C.T. Manuene situada en Vizcaya). Además, las otras cuatro seguían funcionando como tal a pesar de que en algunas habían cambiado el concepto *Comunidad terapéutica* por el de *centro residencial*: Centro de atención residencial Paul Enea y Centro Residencial de Tratamiento de Adicciones Kortezubi situados en Vizcaya y C.T. Haize-Gain y la C.T. Sustraiak situadas en Guipúzcoa. Teniendo en cuenta el recorrido de éstas, todas se consideraron válidas para el trabajo. Para el reclutamiento en los Centros que seguían operativos, se optó por ponerse en contacto vía telefónica con la entidad o fundación encargada, explicar los objetivos del trabajo, los criterios de admisión y las características de la posible entrevista y en caso afirmativo, concertar una cita. En el caso de los Centros que habían cerrado o se habían cambiado de tipo de recurso, se realizó una búsqueda de antiguos trabajadores mediante publicaciones de estos o mediante perfiles en redes sociales como LinkedIn, y se trató de poner en contacto de manera directa con estas personas.

Mediante el proceso de reclutamiento se logró contactar y establecer entrevistas con tres de las CC.TT. Sin embargo, no se logró contactar con ninguna persona que hubiese trabajado en la C.T. Foronda, la C.T. Haize-Gain no estuvo interesada en participar en el estudio y a pesar de que se dio un primer contacto con la C.T. Sustraiak, tras numerosos intentos no se logró contactar con la persona encargada de decidir si participaban o no.

Finalmente, el estudio cuenta con la participación de cuatro profesionales de la Psicología que han trabajado durante al menos 15 años en tres CC.TT. diferentes de Euskadi (Manuene, Kortezubi y Paul Enea). Las personas participantes tienen entre 40-65 años y respecto al género, dos son mujeres y dos son hombres.

Diseño y Procedimiento de Investigación

Este es un estudio de diseño cualitativo. La investigación fenomenológica cualitativa (Van Manem, 2014) se utilizará con el objetivo de analizar el recorrido de diferentes CC.TT. en Euskadi y los elementos que han incitado los cambios y el consecuente proceso de adaptación.

Respecto al procedimiento de la investigación, la fase inicial consistió en la búsqueda y lectura de bibliografía sobre las CC.TT. para conocer la literatura existente y plantear al enfoque del presente trabajo. En ese momento se hizo evidente que no existía suficiente información actualizada sobre el tema como para realizar una revisión bibliográfica adecuada. Debido a esta falta de literatura se decidió llevar a cabo un estudio cualitativo mediante entrevistas a profesionales de este recurso para obtener información actualizada.

Para ello se decidió enfocar el trabajo en la Comunidad Autónoma Vasca y se procedió a investigar las CC.TT. del territorio.

Previo a la ejecución del estudio, se solicitó al CEISH (Comité de Ética de Investigación con Seres Humanos) de la UPV/EHU (Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea) un informe favorable para poder llevarlo a cabo. Mediante esta solicitud, se presentó a las personas investigadoras que iban a participar en el estudio, los objetivos y características de éste, el consentimiento informado (Anexo 1), la autorización de los Centros (Anexo 2) y las medidas de seguridad que se han llevado a cabo para la recogida y custodia de los datos. Inicialmente el CEISH propuso algunos cambios mínimos y una vez modificados emitió un informe favorable (Anexo 3). Una vez logrado el informe favorable se procedió al reclutamiento de participantes descrito en el apartado anterior y posteriormente a la realización de las entrevistas de manera presencial o mediante videollamada. El audio de estas entrevistas fue grabado con el permiso de las personas participantes para su posterior análisis.

Finalmente, los datos obtenidos se han transcrito y han sido analizados según la propuesta de Braun y Clarke (2006).

Metodología e Instrumentos de Evaluación

Para obtener la información se decidió elaborar una entrevista semiestructurada con preguntas abiertas (Anexo 4) de una duración aproximada de una hora donde se trataban diferentes aspectos de las CC.TT. y se comparaba la situación de estos aspectos en el pasado y en el presente. Además, al comenzar la entrevista se recogieron los datos del tiempo que habían trabajado o llevaban trabajado en el recurso y qué puesto habían ocupado en este tiempo para conocer a qué época pertenecía la información que se iba a recoger. A la hora de decidir los puntos a tratar en la entrevista, se tuvieron en cuenta los aspectos tratados en manuales previos en torno a las CC.TT.: Perfil de los participantes, criterios de admisión, descripción del equipo de trabajo, metodología de trabajo, duración del proceso, papel de la familia etc. (Abeijón y Pantoja, 2002; Comas, 1988; Comas, 2006; De Leon, 2011). Además, la persona investigadora había realizado las prácticas externas del Máster de Psicología General Sanitaria en una C.T., por lo que su experiencia pudo influir en la elaboración del guión.

En el caso de la C.T. Manuene la entrevista se realizó mediante una videollamada ya que la persona entrevistada así lo prefirió, sin embargo en el caso de los recursos que estaban en funcionamiento (Paul Enea y Kortezubi), la entrevista se llevó a cabo de manera presencial en los propios centros. Además, a pesar de que las entrevistas estaban inicialmente

planteadas para realizar de manera individual, en el caso del Centro Residencial de Tratamiento de Adicciones Kortezubi surgió la posibilidad de realizar la entrevista a dos profesionales con gran recorrido en el centro por lo que en este caso ambos profesionales fueron entrevistados al mismo tiempo.

Resultados

Para poder llevar a cabo el análisis de los resultados, el primer paso fue transcribir las grabaciones de las entrevistas (Anexo 5, Anexo 6 y Anexo 7). Posteriormente, con el objetivo de analizar estas transcripciones se llevó a cabo un análisis temático (Braun y Clarke, 2006). Para ello se dividió y agrupó la información en base a los datos que aparecían en ella para así llevar a cabo la creación de conceptos y categorías y poder analizarlos. Al llevar a cabo la creación de categorías y la denominación de éstas, como era de esperar, el resultado fue similar a los puntos a tratar en la entrevista. A continuación, se muestra en análisis temático elaborado:

Perfil de los Pacientes y Características del Grupo

Respecto al perfil de los pacientes parece haber un consenso en torno a la idea de que el perfil inicial era muy homogéneo y por tanto muy similar en todas las personas atendidas y que sin embargo el perfil actual tiene un carácter más heterogéneo, variando mucho las diferentes características entre unas y otras personas. El perfil homogéneo inicial compartía algunas características como el género que mayoritariamente era masculino, patologías asociadas al consumo (Hepatitis C e infección por VIH) o la sustancia de consumo por la que acudían a tratamiento, la cual en ese momento era la heroína (por vía fumada o endovenosa generalmente). Además, eran muy comunes en estas personas algunas problemáticas como conductas violentas, delincuencia, problemática familiar y antecedentes de adicciones en la familia (generalmente padres alcohólicos). Por último, las personas que acudían a este tipo de tratamientos tenían un claro objetivo de abstinencia.

Sin embargo, parece haber algunas discordancias respecto al perfil inicial, ya que el atendido en Manuene se describe como personas de una edad avanzada, con un largo recorrido de consumo y deterioradas; mientras que en las CC.TT. de las fundaciones Gizakia y Etorikintza se atendían perfiles jóvenes de alrededor de 25 años. En ambos casos, el abanico de la edad fue ampliándose con el paso del tiempo, generalmente impulsado por el consumo de otras sustancias más allá de la heroína, llegando a día de hoy a atender personas desde los 18 años hasta alguna de más de 65, consideradas de la tercera edad. Por lo tanto, acuden a tratamiento personas con un recorrido de consumo mayor y consecuentemente más deterioradas y con problemáticas asociadas al consumo más graves.

Además de la edad, muchas otras características han evolucionado también, dejando actualmente unos perfiles muy diferentes al perfil inicial. Por un lado, aunque el sexo mayoritario siga siendo el masculino, el porcentaje de mujeres ha crecido con el paso de los años. Por otro lado, con la aparición de los tratamientos sustitutivos con Metadona, la heroína deja de ser la sustancia principal pasando a serlo la cocaína consumida por vía fumada o intravenosa. Asimismo, aparecen personas que solicitan tratamiento por consumo de sustancias múltiples, alcohol o cannabis. Además, a partir del año 2000 comienzan a coger fuerza los diagnósticos duales y años más tarde estos perfiles comienzan a acudir a C.T., teniendo una gran presencia en la actualidad.

A día de hoy las sustancias de consumo y las edades marcan mucho los diferentes perfiles que suelen aparecer en estos Centros. Por ejemplo, las mujeres alcohólicas superan la media de edad general que está situada en torno a los 35 años, siendo un grupo que se sitúa alrededor de los 45 años. Además, las personas consumidoras de heroína se dividen entre las jóvenes con un reciente consumo y aquellas de una edad más avanzada y un largo recorrido. Por último, el grupo mayoritario que está compuesto por consumidores de cocaína se sitúa en torno a los 35 años.

Por otra parte, respecto al grupo, inicialmente éste tenía una mayor importancia a la que tiene hoy en día. En los primeros años estos centros funcionaban como comunidades o semi-familias mientras que actualmente se percibe un carácter más individualista. Además, el objetivo de abstinencia era tan claro en los inicios que el grupo tenía una actitud persecutoria con las actitudes que fuesen en contra de ésta, mientras que actualmente, aunque se mantiene el aspecto del cuidado entre las personas, el carácter grupal ha perdido fuerza. Sin embargo, el grupo sigue siendo de suma importancia ya que es un elemento terapéutico en sí mismo. Además, las problemáticas intrapersonales e interpersonales de las personas se reflejan en éste y es un recurso de gran utilidad para analizarlas y trabajarlas.

Patologías Asociadas al Consumo

En relación con las patologías asociadas al consumo, los entrevistados hacen referencia a dos etapas. Por un lado, desde el momento en el que se crearon las CC.TT. y hasta finales de la década de 1990 el VIH y el SIDA estuvieron muy presentes en estos recursos. La presencia de esta patología tenía un gran impacto en la metodología de trabajo ya que, debido a la letalidad de ésta, se trabaja muy de cerca con el concepto de la muerte. Además, la reducción de daños era un trabajo esencial en aquella época. El VIH marcó las primeras décadas de las CC.TT. y fue perdiendo protagonismo a partir de 1996 cuando en la

conferencia sobre el VIH de Vancouver (Nájera, 1996) se anunció el descubrimiento de fármacos que lograban cronificar la enfermedad .

Por otro lado, a pesar de que algunas personas entrevistadas afirman que no había ningún criterio que excluyera a personas con patologías psiquiátricas, todas coinciden en que éstas no formaban parte de las CC.TT., es decir, que no estaban presentes en las mismas. Generalmente afirman que durante las primeras décadas de las CC.TT. éstas no se consideraban espacios adecuados para atender a personas con trastornos mentales, que tenían una mayor cabida en la Red Pública de Salud Mental o en recursos más específicos como hospitales psiquiátricos. Estos últimos recursos no estaban dispuestos en aquellos años a atender a personas consumidoras ya que se consideraba que generaban problemas y que acudían a molestar y a pedir fármacos; y al mismo tiempo a los profesionales de CC.TT. les asustaban los perfiles psiquiátricos. Esto generaba que algunas personas no encontraran su lugar en la Red de Salud Mental ya que ambos tipos de recursos trataban de derivar los casos en los que aparecía algún rasgo que no fuera compatible con su población atendida. Sin embargo, en los primeros años del siglo XXI, los diagnósticos duales comenzaron a tomar protagonismo en el ámbito de la salud mental y a pesar de que inicialmente el ingreso de personas con patología psiquiátrica era impensable en C.T., la Red de Salud Mental de Vizcaya comenzó a derivar estos perfiles a las diferentes CC.TT. del territorio. Esta nueva situación trajo consigo muchos cambios en la metodología de las CC.TT. como la presencia de medicación psiquiátrica y psiquiatras encargados de ésta. Esto inicialmente generaba rechazo en las personas que se encontraban ya en tratamiento y que no tenían un diagnóstico dual, ya que además de estar asustadas, como se ha mencionado previamente tenían una actitud muy persecutoria contra las acciones que fueran en contra de la abstinencia y consideraban la toma de medicación psiquiátrica como una de ellas. Además, hasta el momento lo predominante era el trastorno adictivo, pero en ese momento el trastorno mental comienza a tomar relevancia, provocando más cambios en la metodología como el cambio de objetivo que pasa de ser la abstinencia total a lograr una estabilización y una mejora en la calidad de vida.

Respecto al perfil actual en relación con la patología dual, el psicólogo entrevistado de la Fundación Gizakia afirma que en los hombres atendidos en su recurso además del trastorno adictivo, alrededor del 30% tiene un trastorno mental grave (la prevalencia es significativamente mayor en las personas consumidoras de alcohol), otro 30-40% un trastorno de la personalidad y el 30-40% restante tiene un trastorno de la conducta. En el caso de las mujeres aparecen dos perfiles, uno compuesto por aquellas con un trastorno emocionalmente

inestable de la personalidad y otro con mujeres con deterioro cognitivo debido generalmente al consumo de alcohol y psicofármacos. Además, en el sexo femenino está aumentando la prevalencia del trastorno antisocial.

Equipo Profesional

Todas las personas entrevistadas tienen el título de licenciado en Psicología y ejercen o ejercieron como tal en los recursos correspondientes, sin embargo, tres de ellas fueron contratadas inicialmente como educadoras y pasaron a ejercer como psicólogas tras un tiempo. Esto se debe en parte a que la contratación de personal educativo era más económica que la contratación de psicólogos/as.

A pesar de que todos los equipos son multidisciplinares y cuentan con elementos comunes como educadores/as sociales, psicólogos/as encargados/as del seguimiento individual y grupal de los casos y una figura de coordinación encargada de la gestión del Centro, de los objetivos y de la coordinación del equipo, hay algunas diferencias entre los equipos de los recursos que forman parte del estudio. Por un lado, Manuene contaba con una persona administrativa que era quien se encargaba de la relación y coordinación con el resto de la red de Osakidetza. Además, disponían de un equipo sanitario compuesto por personal de enfermería, psicólogos/as y psiquiatra. A pesar de que la enfermera trabajaba exclusivamente en Manuene, los/las psicólogos/as y el psiquiatra formaban parte del equipo de otro CSM del territorio y eran compartidos. Por último, había personal educativo compuesto por educadores/as sociales y una persona que los coordinaba. En el caso de los/as educadores/as sociales inicialmente las contrataciones se llevaban a cabo mediante una subcontrata con la entidad EDEX del tercer sector y en 2007 aproximadamente pasaron a ser contratadas directamente por Osakidetza.

Por otro lado, la C.T. de la Fundación Gizakia inicialmente estaba formada únicamente por psicólogos, educadores sociales y orientadores laborales. Sin embargo, con el paso del tiempo y en base a las necesidades que se fueron percibiendo, se incorporaron otros perfiles profesionales como psiquiatra, trabajadora social, enfermera y asesora jurídica. Además, el grupo educativo se dividió en dos en función de sus tareas: educadoras de proceso que se encargan del seguimiento de casos concretos y educadores de ambiente que trabajan de manera más general.

Por último, desde la Fundación Etorikintza admiten que el equipo apenas ha cambiado con el paso del tiempo y que fundamentalmente está compuesto por psicólogos y educadores, además de contar con un psiquiatra lo cual consideran un lujo. Atribuyen el motivo a la escasa financiación ya que si bien las demandas de Osakidetza y por lo tanto las necesidades

del Centro han cambiado, la financiación sigue igual desde hace más de 10 años. Consideran que el equipo multidisciplinario idóneo estaría compuesto por psiquiatra, enfermero/a, trabajador/a social, educadores/as sociales, integradores/as sociales o terapeutas ocupacionales, psicólogos/as clínicos/as y sanitarios/as y personal administrativo. Además, en relación con el equipo profesional, sopesan que habría que conceder una homologación de una especialización sanitaria al personal educativo que lleva tiempo trabajando en este tipo de recursos.

Metodología de Trabajo

Respecto a la metodología de trabajo, todas las personas entrevistadas coinciden en que la corriente sistémica es esencial en las CC.TT. ya que el grupo es un elemento esencial de ésta y se trabaja constantemente mediante él. Asimismo, todos mencionan también que existe una intervención basada en la corriente cognitivo-conductual mediante la cual se establece un sistema de castigos y beneficios en función de las acciones de cada paciente. Además, algunas de ellas afirman que tienen otras herramientas específicas como propuestas ante una mala actitud o la posibilidad de escribir en un papel críticas constructivas o felicitaciones de mejora entre compañeros o a uno mismo para luego trabajar sobre ello.

En el caso de Manuene, los profesionales de la C.T. estaban formados en la corriente sistémica y de hecho recibían formación continua en torno a ésta. En el caso del centro Paul Enea (Fundación Gizakia), a pesar de provenir de Progetto Uomo, el cual tenía un carácter muy sistémico, la formación concreta de la mayoría del equipo está basada en la corriente grupal psicoanalítica, al igual que en Kortezubi (Fundación Etorikintza).

En relación al objeto de trabajo, inicialmente el trabajo se realizaba generalmente mediante el grupo, ya que éste tenía mucha fuerza y servía de reflejo de las problemáticas de las personas y al mismo tiempo servía como herramienta para trabajarlas. Sin embargo, al abandonar el perfil homogéneo que se ha descrito previamente y con la aparición de perfiles tan heterogéneos, la intervención se ha ido volviendo más individual. Los centros Paul Enea y Kortezubi, que siguen en funcionamiento actualmente, trabajan desde una perspectiva más personalizada para cada una de las personas, crean itinerarios y objetivos específicos en función de cada caso. Además, estos objetivos también han evolucionado con el paso del tiempo ya que se ha dejado atrás la idea de la abstinencia total y se ha sustituido por la calidad de vida, la reducción de daños y la estabilización ya que se consideran objetivos más abarcables y realistas para los perfiles que acuden a tratamiento en la actualidad.

Este cambio de paradigma ha supuesto cambios también en los espacios terapéuticos de la comunidad donde a pesar de que se mantienen los espacios grupales, la intervención

individual está cogiendo fuerza y cada vez es más demandada por las personas en tratamiento. En el caso de la C.T. de Manuene, durante el periodo en el que trabajó la persona entrevistada, contaban con asambleas en las que participaban todos los miembros de la comunidad y servían tanto para tomar decisiones en torno a las cuestiones de la comunidad como para realizar un trabajo terapéutico. Además, contaban también con grupos más reducidos como el de trabajo en función de las tareas que realizaban o grupos clínicos de terapia y con grupos más específicos que se fueron creando según las necesidades como el de prevención de recaídas o el de autoestima.

Por otro lado, en la C.T. Paul Enea se comenzó trabajando generalmente mediante un grupo grande en el que participaba toda la casa y a día de hoy sin embargo consideran que el grupo sigue siendo un factor esencial pero no tanto aquel grupo grande sino grupos reducidos más especializados según la situación de los casos, es decir que cada persona cuenta con un itinerario diferente y por lo tanto no todas participan en los mismos espacios. Es por ello que cuentan con grupos de gestión emocional, grupo psicoeducativo de trastorno mental grave, grupo de mujeres, grupo terapéutico de personas con trastornos de personalidad o talleres específicos sobre sexo más seguro o prevención de recaídas entre otros. Asimismo, mantienen un grupo de toda la casa donde trabajan temáticas relacionadas con la convivencia y la propia comunidad, como hablar sobre hechos ocurridos en ella. Además, desde la Fundación Gizakia se aboga por una intervención transversal donde la parte psicofarmacológica o biológica, la psicológica y la social estén al mismo nivel. Para trabajar esta última se llevan a cabo grupos de socialización o programación de fin de semana donde las personas organizan sus salidas del Centro y posteriormente las analizan y evalúan.

Por último, la situación del Centro de la Fundación Etorkintza es bastante similar al anterior, ya que inicialmente se ofertaba un tratamiento “en grupo, por el grupo, con el grupo y a través del grupo” y a día de hoy a pesar de mantener muchos de estos grupos, cada vez se están implementando y reforzando las herramientas de trabajo individual, como el plan de atención individualizada o un aumento de las sesiones individuales.

Duración y Etapas del Proceso

Este aspecto era bastante similar y a su vez ha tenido un proceso evolutivo semejante en todos los Centros que han participado en el estudio, exceptuando pequeñas disparidades. Generalmente en las primeras décadas el proceso era más largo de lo que es a día de hoy. Por ejemplo, la C.T. de Kortezubi ofrecía inicialmente un tratamiento de 12 meses, pero para el cual había un proceso previo de preparación de 6 meses más y cuando comenzó a trabajar la persona entrevistada de la C.T. Paul Enea en el 2000, en esta se llevaban a cabo tratamientos

de 9-10 meses, mientras que ahora este mismo centro coloca el horizonte del tratamiento en 6 meses. Debido a que la demanda social cambió se fueron reduciendo los tiempos de proceso. Es decir, la sociedad comenzó a demandar respuestas más rápidas, los pacientes no estaban dispuestos a invertir tanto tiempo en tratamiento y algunas familias y apoyos sociales también demandaban una reducción del tiempo de tratamiento. Esto derivó en procesos más cortos, pero a su vez también en un mayor número de personas que acudían por segunda o tercera vez a CC.TT. tras un alta terapéutica.

Generalmente el proceso terapéutico se entiende como un proceso de autonomía, por lo que según va avanzando el tiempo y la persona va cumpliendo sus objetivos, se le otorgan más libertades y al mismo tiempo más y mayores responsabilidades teniendo en cuenta siempre las necesidades y características específicas de cada caso. Por ejemplo, respecto a las salidas a casa de los fines de semana, en la primera parte del proceso los pacientes no pueden realizarlas, posteriormente pueden comenzar a realizarlas con el acompañamiento de sus familiares o apoyos sociales y finalmente pueden salir por su cuenta. Este aspecto funcionaba igual en todos los centros, hasta que la C.T. Manuene decidió cerrar los fines de semana y por lo tanto a partir de 2007 aproximadamente todos los pacientes de este centro volvían a casa los fines de semana.

Estructura y Organización

La estructura y la organización es otro de los puntos comunes entre los centros investigados. Por un lado, como se ha mencionado, las CC.TT. son recursos de alta exigencia y muy estructurados por lo que cuentan con un horario muy configurado desde aproximadamente las 07:00 hasta las 23:00 en el cual está programado el tiempo de trabajo, de espacios terapéuticos, de comidas, tiempo libre... Este alto nivel de estructura tiene el objetivo de ofrecer una rutina a los pacientes y es de utilidad para organizar y estructurar sus mentes y conductas y proporcionar herramientas para tener una vida organizada al salir de tratamiento.

Por otro lado, las CC.TT. compartían una metodología participativa y un carácter autogestionado por lo que las personas atendidas eran las encargadas de la gestión de algunos aspectos de la comunidad como la limpieza, las compras o la cocina. En el caso de Manuene, la persona entrevistada afirma que inicialmente las personas usuarias no sólo participaban en la gestión de estas cuestiones, sino que asambleariamente también se organizaban para decidir asuntos del funcionamiento y de la dirección que iba tomando la comunidad, sin embargo con el tiempo los pacientes fueron perdiendo protagonismo a la hora de debatir estas cuestiones.

Hoy en día estos Centros mantienen en gran medida el carácter autogestionado. En el caso del Centro de la Fundación Gizakia, por ejemplo, existen seis sectores de trabajo (cocina, lavandería, administración, mantenimiento, huerta y limpieza) y cada uno de ellos cuenta con personas trabajadoras, una persona de referencia y otra de responsable, por lo que cuando una persona ingresa se le asigna uno de estos sectores en lo que deberá trabajar las horas asignadas para ello y con el tiempo podrán darse cambios de sector o de rol, incluso llegando a formar parte de la coordinación de la comunidad, que son los puestos de mayor responsabilidad dentro de la misma. Estas labores además de ser útiles para la comunidad impulsan la participación en la vida comunitaria y en el ámbito social, proporcionan disciplina y ofrecen un ritmo de vida saludable que les da la oportunidad de llevar una vida ordenada a la salida de tratamiento. En el Centro de la Fundación Etorikintza la situación es similar y en relación a esto una de las personas entrevistadas en ese Centro hace una crítica a esta característica. El psicólogo reconoce la utilidad de las horas de trabajo para la mayoría de las personas atendidas ya que son beneficiosas para trabajar sus habilidades, dar estructura a su rutina y adquirir responsabilidades. Sin embargo, critica el hecho de que incluso aunque la persona no obtuviese beneficio alguno, tendría que realizar estas labores igualmente ya que debido a la falta de recursos económicos no hay personal contratado que se encargue de ello, cosa que no ocurre en otro tipo de recursos sanitarios como hospitales o u otro tipo de centros residenciales. Además, destaca que otros recursos como las prisiones cuentan también con un carácter autogestionado pero que en esos casos las personas que cumplen las labores reciben un salario a cambio. En el caso de las CC.TT. las personas no obtienen ningún beneficio económico y además al ser labores esenciales para la comunidad, invierten mucho tiempo en ellas por lo que disminuye el tiempo disponible para realizar otro tipo de trabajo terapéutico o educativo.

Oferta Educativa y de Ocio

Por un lado, los tres Centros coinciden en que el ocio es esencial en un tratamiento con adicciones, en parte porque al tratarse de un centro tan estructurado y con tanta exigencia los pacientes necesitan tiempo para disfrutar y a su vez porque se trata de pacientes que generalmente tienen asociado el ocio al consumo y por lo tanto tienen que trabajar en un tipo de ocio alternativo de cara a la salida de tratamiento. Para ello ofrecen numerosas actividades de ocio que generalmente se llevan a cabo los fines de semana junto a personal del equipo educativo y que abarcan diferentes tipos de ocio desde el deportivo (fútbol, frontón, piscina...), hasta el cultural (cine, teatro, museos, talleres de lectura...) o actividades al aire libre (paseos, playa...).

Por otro lado, el aspecto educativo apenas estaba presente los primeros años, a pesar de que por ejemplo en la parte final del proceso en la C.T. Manuene las personas pudiesen salir durante el día a formarse y volver. Sin embargo, con el tiempo se ha visto la necesidad de ofrecer a las personas la oportunidad de realizar diferentes cursos durante el proceso para trabajar así su plan de vida de cara a la salida de tratamiento. Es por eso que, desde hace unos años, aproximadamente desde 2018, tanto Paul Enea como Kortezubi junto con el Servicio Vasco de Empleo (Lanbide) ofrecen a los pacientes la posibilidad de asistir a diferentes cursos formativos que se realizan en las propias instalaciones de los recursos de adicciones. Además, esto trae consigo un nuevo cambio ya que a estos cursos, además de personas residentes en los tratamientos, acuden también personas externas y ajenas a los recursos y a sus respectivas fundaciones y con las que por lo tanto no comparten la problemática de adicciones, lo cual supone un reto de socialización y es de gran utilidad para trabajar las habilidades sociales de las personas en tratamiento.

Normas y Sanciones

Los tres Centros que forman parte del estudio destacan tres normas que a pesar de que algunas hayan sufrido algunas modificaciones, se han considerado en todo momento como pautas fundamentales. La primera, que no ha sufrido modificaciones en ninguno de los Centros, es la no agresión ni física ni verbal, que incluye además también la prohibición de robo y la obligación de respetar el material, el mobiliario y las propias instalaciones del Centro. La segunda, es la pertenencia, consumo y “trapicheo” de drogas en las instalaciones del recurso. Inicialmente, cuando el objetivo de las CC.TT. era la abstinencia total, el consumo fuera de las instalaciones también suponía un motivo de expulsión, pero actualmente se trabaja con los consumos en la medida de lo posible para identificar qué ha sucedido, cómo se podía haber evitado, reflexionar sobre los objetivos de la persona etc. Sin embargo, se mantiene la prohibición de pertenencia, consumición y “trapicheo” de sustancias en el Centro para tratar de garantizar un espacio libre de drogas para todas las personas atendidas ya que la presencia de estos estímulos altera a las personas y por lo tanto el orden de la casa se ve afectado también. Por último, la tercera norma, ha variado en el tiempo y varía de una C.T. a otra y se trata de la prohibición de relaciones sexuales o afectivo-sexuales entre pacientes. El objetivo de esta norma es evitar que se generen alianzas o relaciones de dependencia que supongan un obstáculo en el proceso de tratamiento o la distracción de las personas respecto a sus objetivos. En el caso de Manuene, a pesar de que se estableció como una norma, no se actuaba frente a ella como con las demás y en los casos en los que se daba una relación afectivo-sexual se trataba de trabajar con las personas para resolver la situación.

En el caso de Kortezubi sin embargo, aunque hubo un tiempo en el que esta norma estaba en vigor, a día de hoy no existe esta prohibición. Es decir, el equipo no fomenta que se den este tipo de situaciones ni ofrece facilidades como un espacio para las mismas, pero tampoco las prohíbe a no ser que se trate de una persona recién llegada junto a una persona que lleva ya un recorrido considerable en tratamiento ya que puede suponer una relación de abuso. En el caso de que la relación surja en el transcurso del proceso de dos personas, se trata de trabajar con ellas igual que se trabajaría con otra persona que tenga pareja fuera del recurso, creando un plan de vida con aspectos en común si eso fuese lo que quisieran las personas involucradas.

A pesar de estas excepciones, el incumplimiento de estas normas da lugar a sanciones que se deciden teniendo en cuenta lo ocurrido y la situación concreta de las personas involucradas. Las sanciones generalmente pasan por el distanciamiento del recurso durante un periodo de tiempo (en el caso de Paul Enea este periodo puede ser de entre tres y 21 días) o la derivación o expulsión definitiva si se valora que el hecho es lo suficientemente grave o si se trata de incumplimientos reiterados. En el caso del Centro de la Fundación Etorikintza cuentan con una Comisión disciplinaria para abordar estas situaciones. Cuando un profesional del equipo considera que alguna persona ha infringido las normas o tiene actitudes que impiden la buena convivencia con el grupo, traslada el caso a la Comisión y los miembros de esta se reúnen con la persona implicada para valorar qué medidas tomar al respecto.

Tipos de Altas

El tema de las altas es bastante similar en los tres Centros en los que existen generalmente cinco tipos de altas. Por un lado, se puede encontrar el alta terapéutica que ocurre cuando el equipo del Centro considera que la persona ha cumplido los objetivos que estaban planteados al inicio y que por lo tanto puede seguir su proceso y su trabajo fuera del recurso. Por otro lado, existe el alta voluntaria o por abandono mediante la cual el paciente puede abandonar y renunciar al tratamiento siempre que lo desee. El alta por fuerza mayor sería la tercera opción, que se da cuando la persona abandona sin que esta decisión la haya tomado ni ella misma ni el equipo, sino que no tiene otra opción como puede ser en el caso de que requiera un ingreso hospitalario o en prisión. Además, como se ha analizado en el apartado anterior, se puede llegar a dar un alta disciplinaria o por expulsión o cese en el caso de que la persona incumpla las normas mencionadas previamente. Por último, existe el alta por derivación. Cabe mencionar que todas las altas previamente señaladas generalmente llevan consigo una derivación ya sea al CSM de referencia o a alguna otra entidad o recurso para que puedan continuar con su proceso o seguimiento, pero en este caso se trata de un alta

exclusivamente por derivación. Este alta se da cuando el equipo valora que la C.T. no es el lugar adecuado para esa persona en ese momento ya sea porque no es lo que el paciente demanda, no lo acepta o porque en ese momento no tiene una estabilidad respecto al trastorno mental y por lo tanto se recomienda otro tipo de recurso menos intenso, menos exigente y más a largo plazo adaptado a las necesidades de la persona en ese momento.

Papel de las Familias

Como se ha podido observar en apartados previos, las familias juegan un papel muy importante en los procesos de las personas. Tal es la importancia de su presencia que en las primeras décadas de las CC.TT. contar con apoyo familiar o social estaba establecido como un criterio de admisión. Esto comienza a cambiar con el paso del tiempo ya que debido a los cambios de la sociedad cada vez había más casos en los que las familias no tenían la posibilidad o la voluntariedad de participar o involucrarse en los procesos terapéuticos, por lo que se fue rebajando la exigencia del acompañamiento familiar. Como se ha comentado previamente, alrededor de 2007 la C.T. Manuene comenzó a cerrar los fines de semana, de manera que desde la Red de Salud Mental de Vizcaya pasaron a derivar todos los casos de personas sin apoyo familiar y social a los Centros Paul Enea y Kortezubi ya que éstas no tenían dónde acudir durante los cierres de viernes a domingo. Esto supone un cambio importante en estos recursos ya que la historia de consumo y las problemáticas asociadas a éste pueden llegar a ser muy diferentes en el caso de personas que no tienen familia o no cuentan con su apoyo, por lo que se tuvieron que adaptar para trabajar estas nuevas situaciones.

Actualmente, en estos Centros aunque no sea un criterio de ingreso se considera que el apoyo familiar y social son elementos que favorecen tanto el desarrollo del tratamiento, como la salida y reinserción posterior. El papel de las personas de referencia consiste en acompañar el proceso de los pacientes, acudir con ellos a las salidas que necesiten hacer (citas médicas, gestiones...) y acompañar las salidas de fin de semana, sobre todo las primeras. Además, se trabaja con ellas mediante encuentros familiares o individuales en los cuales se proporciona información sobre el proceso de la persona atendida y se trabajan conflictos que puedan salir a la luz a lo largo del tratamiento y que de alguna manera involucren a la persona acompañante.

Asimismo, además de todos los grupos mencionados previamente, las CC.TT. cuentan históricamente con grupos multifamiliares donde se reúnen familiares o incluso familiares y pacientes, para trabajar temas relacionados con las adicciones y el tratamiento entre iguales.

Actualmente, estos grupos se han visto interrumpidos por que las medidas contra la COVID-19 no permitían realizarlos.

Trabajo de Coordinación

El trabajo de coordinación se ha dado en las CC.TT. desde el inicio y con el tiempo ha ido aumentando debido a que la red de recursos y entidades ha crecido y ha ofrecido más oportunidades de coordinación.

En el caso de la C.T. de Manuene desde el inicio surgió como un centro público de la Red de Salud Mental Vizcaya. Sin embargo, Paul Enea y Kortezubi son parte de fundaciones ajenas a Osakidetza, y sufren un gran cambio en el trabajo de coordinación cuando la Red de Salud Mental de Vizcaya pasa a ser el derivante de todos los pacientes. Es decir, hasta el momento las personas que ingresaban en estas comunidades eran personas que acudían directamente a las fundaciones o que desde la Red de Salud Mental se les orientaba a éstas, por lo que tenían sus propios pacientes con los cual mantenían contacto, antes, durante y después de los procesos en comunidad. No obstante, alrededor de 2013 la Red de Salud Mental de Vizcaya pasa a ser el único derivante de ambos Centros por lo que los pacientes acuden derivados desde su CSM de referencia y vuelven a él a la salida, y algunos ingresan directamente desde hospitales psiquiátricos, Osakidetza es quién controla la lista de espera, etc. Por lo tanto, el trabajo de coordinación con estos recursos aumenta considerablemente y es constante durante toda la estancia de la persona en el recurso. Además, las CC.TT. se entienden como un sitio de paso donde la persona va a pasar un periodo de tiempo pero que cuando éste acabe va a volver y continuar su vida en su zona de residencia por lo que desde el inicio se intenta que estas personas no pierdan contacto con los recursos sanitarios de esa zona como su médico de cabecera.

Por otro lado, se da coordinación con recursos o servicios más específicos que varían en función de las personas y sus necesidades. Estos recursos pueden ir desde el Departamento de Inclusión de la Diputación de Vizcaya para aquellas personas con valoración de exclusión o una solicitud de ella pendiente hasta coordinación con recursos residenciales o Servicios Sociales de base en relación con las personas que no tienen cubiertas algunas necesidades básicas (vivienda, ayudas económicas...). Además, actualmente algunas personas tienen la posibilidad de acudir a tratamiento como medida alternativa a la prisión por lo que existe un trabajo de coordinación con el Servicio Vasco de Gestión de Penas y con Instituciones penitenciarias.

En este sentido una de las personas entrevistadas de la Fundación Etorikintza plantea una crítica ya que a pesar de que actualmente los Centros no son agentes de los casos, es

decir que no se trata de pacientes propios como ocurría en el pasado, se espera que actúen como tal y realicen mucho trabajo de coordinación que no les corresponde como la búsqueda de recursos residenciales.

Relacionado con la coordinación, actualmente el Servicio Vasco de Salud es quién financia los Centros Paul Enea y Kortezubi por lo que a pesar de pertenecer a las Fundaciones Gizakia y Etorikintza respectivamente, forman parte de la Red de Salud Mental de Vizcaya.

Evolución y Crisis de las CC.TT.

Como se ha podido apreciar en apartados anteriores ha habido muchos cambios a lo largo de la historia de las CC.TT. Por ejemplo, inicialmente la abstinencia total y el espacio libre de drogas eran dos elementos clave del recurso mientras que actualmente la abstinencia no es el objetivo principal y se administra Metadona y medicación psiquiátrica desde los propios Centros. Además, en el caso de Etorikintza ha perdido relevancia también el aspecto de la voluntariedad, ya que en la actualidad pueden acoger a personas con medidas de seguridad que suponen que la persona tenga que permanecer en el centro a pesar de que manifieste no querer hacerlo. Esto supone un gran conflicto en el centro ya que afecta en la metodología de trabajo con esa persona que puede tener objetivos muy diferentes a sus compañeros, que no se la puede expulsar siguiendo el mismo protocolo que con lo demás o que en caso de abandono las autoridades policiales fuercen a la persona a regresar al Centro creando situaciones de crisis.

Todos los profesionales entrevistados coinciden en que estos cambios se entienden desde una sociedad que está en constante evolución y que por lo tanto los recursos tienen que adaptarse a las nuevas situaciones y demandas que ésta ofrece. Es decir, el modelo inicial no tendría sentido en la actualidad porque el perfil, las demandas y las necesidades de las personas han cambiado desde entonces. Esto conlleva a que los Centros se tengan que adaptar a nuevas situaciones como puede ser en la actualidad la aparición de nuevas problemáticas asociadas al consumo (adicción al juego, compras compulsivas, sexo...) o de las redes sociales que supone una más fácil e inmediata comunicación de los pacientes con el exterior e incluso entre ellos.

Además de la propia sociedad, al pertenecer a la Red de Salud Mental de Vizcaya, muchos de estos cambios vienen impuestos por Osakidetza y los recursos no tienen más remedio que adaptarse a dichas demandas. Es decir, los cambios de gobierno, administración o financiación entre otros afectan a la Red de Salud Mental y los cambios producidos en ésta afectan de forma directa a las demandas y a los propios recursos. Un claro ejemplo de esto es la C.T. Manuene la cual pasó a ser un hospital de día a raíz de una decisión política basada en

cuestiones económicas. En este caso la C.T. estaba catalogado como un centro sanitario, pero únicamente contaba con personal sanitario por las mañanas, por lo que se planteó que podría ser un problema si surgieran asuntos sanitarios o médicos sin la presencia de este personal, por lo que tenían dos opciones: Invertir económicamente y reforzar la presencia de personal sanitario las 24 horas del día o reducir el horario del centro; y optaron por esta última.

A pesar de todos estos cambios todas las personas entrevistadas defienden la importancia de las CC.TT. o de los Centros que trabajan mediante esta metodología ya que muchas personas drogodependientes necesitan hacer un parón para trabajar su adicción y las problemáticas asociadas a ellas y esto es lo que ofrecen estos recursos, que actualmente cumplen una función de contener y estabilizar a las personas atendidas.

Conclusiones

Los resultados muestran de manera evidente que las CC.TT. han estado en constante evolución desde sus inicios y que por lo tanto ha habido muchísimos cambios en ellas tanto mínimos como algunos que han supuesto un giro total en su esencia y metodología. Sin embargo, los datos muestran que siguen siendo un recurso fundamental y muy demandado ya que siguen atendiendo a un número muy elevado de personas, concretamente en 2019 se atendieron a más de 7.500 personas entre las diferentes CC.TT. de España (PNSD, 2019).

Además, todos estos cambios demuestran que han ido evolucionando a la par que la sociedad que está en constante cambio y a las demandas que ésta ha presentado al recurso. Han implementado en la medida de lo posible cambios para ajustarse a nuevos perfiles de personas consumidoras: incorporación de la Metadona, de la medicación psiquiátrica, nuevos perfiles de profesionales, oferta educativa, cambios en los objetivos y metodología, etc. Esta evolución se aprecia también en la literatura ya que los manuales elaborados en el siglo XXI (Comas, 2006a), recogen aspectos diferentes y novedosos que no se ven reflejados en los primeros manuales (Comas, 1988) y al mismo tiempo, en este trabajo se aprecian aspectos novedosos que no están incluido ni siquiera en los manuales más actuales. Es decir, en los primeros manuales (Comas, 1988) se refleja el objetivo de abstinencia total y la comunidad como un espacio libre de drogas, mientras que en los más actuales (Comas, 2006a) está documentada la aparición de la metadona en el recurso y se comienza a apreciar el cambio del objetivo principal. Además, en este trabajo se han evidenciado otros cambios como la aparición de la oferta educativa o la desaparición de la voluntariedad como criterio básico de admisión en alguno de los Centros.

Estos cambios demuestran que han sabido leer las necesidades de la sociedad y de las personas atendidas y que se han adaptado a ellas. Además, lo han hecho cumpliendo a su vez

las demandas de la Red de Salud Mental de Osakidetza y ajustándose al presupuesto establecido, lo cual ha supuesto una complicación añadida porque la financiación parece ser el único aspecto que se ha mantenido estable ante tanto cambio en la sociedad y los recursos, llevando incluso a la desaparición de la C.T. Manuene que pasó a ser un hospital de día por una cuestión económica.

Uno de los aspectos que refleja la evolución y al mismo tiempo la profesionalización del recurso es el equipo terapéutico. Este es un claro reflejo de cómo han incorporado nuevas herramientas, en este caso perfiles profesionales, para atender a las nuevas demandas y necesidades. Además, otro aspecto que evidencia la profesionalización del recurso es que de los cuatros profesionales entrevistados, tres comenzaron contratados como educadores/as sociales concretamente aquellos que fueron contratados antes de 1994, año en el que se publicaron las normas de homologación para las CC.TT. profesionales (Comas, 1994), mientras que el único entrevistado que fue contratado posterior a la publicación de estas normas lo hizo como psicólogo desde el inicio.

Todos estos cambios, sobre todo aquellos que afectan a los elementos esenciales de una C.T., junto a la pérdida de fuerza por parte del grupo y la consecuente individualización de los casos y las metodologías, ha llevado a que ninguno de los tres Centros que han participado en el estudio se consideren CC.TT. Como se ha comentado previamente, Manuene pasó a ser un hospital de día y actualmente funciona como tal, mientras que Paul Enea y Kortezubi a pesar de mantener una metodología de C.T. han considerado que ha cambiado tantos aspectos fundamentales que han pasado a denominarse Centros residenciales de tratamiento de las adicciones.

Respecto a las limitaciones del estudio, uno de los aspectos fundamentales que al mismo tiempo ha sido lo que ha impulsado el objetivo del trabajo, ha sido la falta de información actualizada en torno al recurso. Esto ha imposibilitado realizar un estudio más concreto sobre algún aspecto del recurso ya que se consideraba esencial conocer previamente la situación actual del recurso y los motivos que la habían llevado a esta situación. Por otro lado, a pesar de que el estudio estaba pensado para llevar a cabo con CC.TT. de todo el territorio vasco, finalmente solo se ha contado con la participación de recursos situado en la provincia de Vizcaya lo cual impide analizar si existen diferencias entre los recursos o las redes de salud de diferentes territorios. En relación con el sesgo existen dos limitaciones. Por una parte, la persona que ha llevado a cabo la investigación ha realizado las prácticas del MPGS (Máster de Psicología General Sanitaria) en uno de los Centros que forma parte del estudio y la cercanía con este Centro y con la persona entrevistada ha podido afectar a la

entrevista o al análisis de ésta. Esto último se podría evitar si la validez y fiabilidad de los resultados se controlara mediante un equipo multidisciplinar que supervisara los aspectos subjetivos del proceso y analizara los resultados (Finlay, 2002), pero en este caso no se contaba con los recursos necesarios para ello.

Por último, respecto a las aportaciones y líneas abiertas de investigación, debido a la falta de literatura en torno a este tema se considera que este trabajo aporta una visión actual y necesaria sobre la situación de las CC.TT. de Vizcaya, además de un análisis sobre su evolución y los factores que han influido en ésta basado en la información obtenida mediante entrevistas realizadas a psicólogos/as con un gran recorrido en estos Centros. Además, se considera que este trabajo de actualización es necesario para posteriormente poder investigar sobre aspectos más concretos de estos recursos, ya que sin conocer la historia y la situación actual de estos dispositivos difícilmente se podrá profundizar sobre ellos. Una vez obtenida esta información y tras conocer el recurso, se abren muchas posibilidades de investigación, ya que es un terreno que apenas ha sido estudiado con profundidad. De cara a futuros estudios podría ser interesante investigar temas más concretos como los grupos multifamiliares, las relaciones sexo-afectivas en un contexto de tratamiento, la diferencia entre recursos de diferentes CC.AA. o incluso en diferentes países ya que Comas (2006b) afirmó que las CC.TT. españolas estaban evolucionando a un ritmo mayor, la diferencia entre mujeres que acuden a grupos específicos para mujeres o aquellas que únicamente acuden a grupos mixtos, diferencias entre recursos que trabajan desde corrientes diferentes... Como se puede apreciar la elaboración de este trabajo ofrece la base necesaria para la investigación de un amplio abanico de posibilidades en el futuro. De hecho, debido a la relevancia y el papel que juegan estos recursos en el ámbito de atención a las adicciones, se considera que deberían tener la misma relevancia en la literatura y que por lo tanto es necesario llevar a cabo estudios como los propuestos previamente.

Las CC.TT. seguirán adaptándose a las demandas sociales y tanto el proceso como el producto deberá estar documentado.

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado.



Universidad Euskal Herriko
del País Vasco Unibertsitatea

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Comunidades Terapéuticas en Euskadi: Un Recorrido a lo Largo de la Historia”.

Este trabajo de investigación titulado “Comunidades Terapéuticas en Euskadi: Un Recorrido a lo Largo de la Historia” es un proyecto realizado por Laura Ateca¹, alumna inscrita en Máster de Psicología General Sanitaria y dirigido por Patricia Insua Cerretani.

El objetivo de este estudios es:

Este trabajo tiene como principal objetivo realizar una revisión sobre el recorrido de las Comunidades Terapéuticas (CC.TT.) desde su origen hasta la actualidad, cubriendo así un vacío existente en la literatura sobre esta temática en las últimas dos décadas.

Por ello, solicitamos a _____, con DNI _____, el permiso pertinente para la utilización de las siguientes técnicas propuestas para la producción de datos:

- Entrevista individual cualitativa de una duración aproximada de una hora en torno a la situación actual de la C.T. donde trabaja o trabajaba (_____) y el proceso de cambio de esta en las últimas dos décadas.

Los datos personales que nos ha facilitado para este proyecto de investigación serán tratados con absoluta confidencialidad y sólo se utilizarán para los fines del proyecto. La entrevista será registrada mediante una grabación de audio para, posteriormente, proceder a su transcripción y análisis.

Se le informa de que de conformidad al Reglamento Europeo de Protección de Datos (UE2016/679):

- El código del tratamiento de datos es: TI0426
- El nombre del tratamiento de datos es: Comunidades Terapéuticas en Euskadi: Un

1

Investigadora: Laura Ateca

Directora del estudio: Patricia Insua Cerretani

Dirección electrónica: lateca005@ikasle.chu.eus

Dirección postal: Avenida Tolosa, 70 (entrada izquierda). 20018 Donostia - San Sebastián. Guipúzcoa.

recorrido a lo largo de la historia.

- La finalidad de este tratamiento es: El objetivo del trabajo es analizar el recorrido de las comunidades terapéuticas desde su inicio al día de hoy y debido a que no existe bibliografía actualizada del tema, este apartado se elaborará mediante entrevistas a profesionales del ámbito. El audio de estas entrevistas será grabado para posteriormente transcribirlo y analizarlo.

- El responsable del tratamiento de datos es la UPV/EHU:

- Identidad: Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea -

CIF:Q4818001B

- Dirección postal: Barrio Sarriena s/n, 48940-Leioa (Bizkaia)

- Página web: www.ehu.eus

- Datos de contacto del Delegado de Protección de Datos: dpd@ehu.eus -

Los datos personales que se le solicitan son:

- Datos de carácter identificativo: Nombre y apellidos, firma/huella digitalizada, imagen/ voz.

- Datos de características personales: Edad, sexo.

- Datos académicos y profesionales: Formación, titulaciones, experiencia profesional.

- Datos de detalle de empleo: Categoría / grado, puestos de trabajo, historial del trabajador.

- El periodo de conservación de sus datos será: Los datos se conservarán mientras no se solicite su supresión por la persona interesada y, en cualquier caso, siempre que estén abiertos los plazos de recurso y/o reclamación procedente o mientras sigan respondiendo a la finalidad para la que fueron obtenidos.

- La legitimación del tratamiento es: Su consentimiento informado. -

Cesiones: No se cederán datos salvo previsión legal.

- Transferencias internacionales de sus datos: No se efectuarán transferencias internacionales.

- Los derechos sobre sus datos son los de acceso, supresión, rectificación, oposición, limitación del tratamiento, portabilidad y olvido. Puede ejercerlos enviando su petición a dpd@ehu.eus.

- Tiene a su disposición información adicional en <http://www.ehu.eus/babestu> -

La información completa sobre este tratamiento está en:

<https://www.ehu.es/es/web/idazkaritza-nagusia/ikerketa-datu-pertsonalen-tratamenduak>

AUTORIZA SU PARTICIPACIÓN MEDIANTE UNA ENTREVISTA

SÍ	NO
----	----

AUTORIZA LA GRABACIÓN DE VOZ DE LA ENTREVISTA

SÍ	NO
----	----

La participación es voluntaria y la negativa a hacerlo no supondrá ningún perjuicio o medida en su contra. Además, se entiende el uso de su tiempo como un riesgo de la investigación.

La presentación de los resultados se realizará a través de:

- Distintas publicaciones, tales como: el trabajo de fin de máster, artículos en revistas científicas y comunicaciones en eventos académicos.

AUTORIZA LA UTILIZACIÓN DE DATOS EN PROYECTOS POSTERIORES

SÍ	NO
----	----

Esta investigación no reportará ningún beneficio económico a sus autores/autoras, ni estará sometida a ningún tipo de compraventa o contrato con ánimo de lucro.

Este proyecto, así mismo, ha sido informado favorablemente por el Comité de Ética de Investigación con Seres Humanos (CEISH) de la EHU/UPV.

Si estás conforme en participar en este estudio aportando tu experiencia y reflexiones, puedes firmar este consentimiento²

Firma de la persona solicitante:

Firma de la persona autorizante:

Fecha y Lugar: En _____ a _____ de _____ del _____.

2

Para cualquier aclaración, duda, y si en cualquier momento no quiere seguir colaborando con esta investigación, se podrá poner en contacto conmigo en la siguiente dirección de correo electrónico: lateca005@ikasle.ehu.es

Anexo 2. Ejemplo de autorización de los centros.



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE ELABORACIÓN DE ENTREVISTAS

Yo, _____, con DNI _____ coordinador de la Comunidad Terapéutica Paul Enea de la Fundación Gizakia, autorizo a Laura Ateca con DNI [REDACTED] a realizar una entrevista individual con un/una psicólogo/a del recurso en las propias instalaciones de la Comunidad Terapéutica.

En la entrevista se tratarán temas relacionados con la situación actual y la evolución de la Comunidad Terapéutica Paul Enea y no se utilizarán datos personales.

En _____, a __ de _____ de _____

Firma

Anexo 3. Informe favorable del CEISH.



NAZIOARTEKO
BIKAINASUN
CAMPUSA
CAMPUS DE
EXCELENCIA
INTERNACIONAL

IKERKETA SAILEKO ERREKTOREORDETZA
VICERECTORADO DE INVESTIGACIÓN

**GIZAKIEKIN ETA HAUEN LAGIN ETA DATUEKIN
EGINDAKO IKERKETEI BURUZKO ETIKA
BATZORDEAREN (GIEB-UPV/EHU) TXOSTENA**

Astrid Beascoa Tomás andreak, Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitateko (UPV/EHU) GIEBeko idazkari gisa,

ZIURTATZEN DU

Ezen gizakiekin egindako ikerkuntzaren etika batzorde honek, GIEB-UPV/EHU, (2014/2/17ko 32. EHAA)

Balioetsi duela ondoko ikertzailearen proposamen hau:

LAURA ATECA MARTINEZ andreak, M10_2022_038, honako ikerketa proiektu hau egiteko:

"Comunidades Terapéuticas en Euskadi: Un Recorrido a lo Largo de la Historia"

Eta aintzat hartuta ezen

1. Ikerketa justifikatuta dago, bere helburuei esker jakintza areagotu eta gizarteari onura ekarriko baitio, ikerlanak lekartzakeen eragozpen eta arriskuak arazoizko izanik.
2. Ikertzaile taldearen gaitasuna eta erabilgarri dituzten baliabideak aproposak dira proiektua gauzatzeko.
3. Ikerketaren planteamendua bat dator era honetako ikerkuntza egin ahal izateko baldintza metodologiko eta etikoekin, ikerkuntza zientifikoaren praktika egokien irizpideei jarraiki.
4. Indarreko arauak betetzen ditu, ikerketa egin ahal izateko baimenak, akordioak edo hitzarmenak bane.

Aldeko Txostena eman du 2022ko urtarrilaren 27an egin duen bileran (002/2022akta) aipatutako ikerketa proiektua ondoko ikertzaileek osatutako taldeak egin dezan:

LAURA ATECA MARTINEZ
PATRICIA INSÚA CERRETANI

Eta halaxe sinatu du Leioan, 2022ko otsailaren 21ean

Lo que firmo en Leioa, a 21 de febrero de 2022

GIEB-UPV/EHUko idazkari teknikoa
Secretaria Técnica del CEISH-UPV/EHU

**ASTRID MARIA
BEASCOA TOMAS**

Firmado digitalmente por
ASTRID MARIA BEASCOA
TOMAS - [REDACTED]
Fecha: 2022.02.21
12:11:53 +01'00'

astrid.beascoa@ehu.es
www.ehu.es/CEID

BIZKAIKO CAMPUSA
CAMPUS DE BIZKAIA
Sarriena Auzoa, 2/g
48940 LEIOA

Anexo 4. *Guión de la entrevista.*

- ¿Cuánto tiempo llevas trabajando/has trabajado en la C.T.? ¿Qué puesto ocupas/has ocupado durante esos años?
- ¿Cuál es el perfil de las personas atendidas a día de hoy? (Edad, género, nacionalidad, situación socioeconómica, sustancias consumidas, trastornos psicológicos/de la personalidad, antecedentes judiciales...) ¿Cómo ha ido cambiando el perfil de usuarios a lo largo de los años? ¿Cómo ha afectado eso en el funcionamiento de la C.T.?
- ¿Cuáles son los criterios de admisión que se deben cumplir para ingresar en la C.T.? ¿Existe algún criterio de exclusión? ¿Cómo han cambiado estos criterios a lo largo de los años?
- ¿Qué profesionales forman el equipo? ¿Cuáles son sus funciones? ¿Cómo se realiza el trabajo multidisciplinar? ¿Siempre se ha contado con los mismos profesionales o ha habido cambios a lo largo del tiempo?
- ¿Qué metodología de trabajo se utiliza en la C.T.?
- ¿Qué trabajo terapéutico se realiza? ¿Qué grupos terapéuticos se realizan? ¿Existen sesiones individuales?
- ¿Qué otros grupos (no terapéuticos) se realizan?
- ¿Qué actividades educativas y de ocio se ofrecen en el centro?
- ¿Cómo se organiza la C.T.? ¿Qué estructura hay en ella? ¿Cuáles son los roles de las personas residentes?
- ¿Cómo es un día en la C.T.?
- ¿Cuánto dura un proceso terapéutico de C.T.? ¿Hay diferentes etapas dentro de este proceso?
- ¿Qué normas y sanciones hay en la C.T.?
- ¿Cuáles son los mayores cambios que se han dado en este aspecto a lo largo del tiempo? (metodología, trabajo terapéutico y educativo, estructura...)
- ¿Qué tipo de altas existen? (Terapéuticas, con objetivos intermedios, voluntarias, disciplinarias...)
- ¿Cuál es el papel de la familia en los procesos terapéuticos? ¿Siempre ha sido así o ha cambiado con el tiempo?
- ¿Cómo es el trabajo con otros recursos (sanitarios, de vivienda, asistenciales...)?

- ¿Cómo son las relaciones entre las personas residentes? ¿Están permitidas las relaciones sexo-afectivas entre ellas?
- ¿Cuál es la fuente de financiación de la C.T.?
- Además de los mencionados anteriormente, ¿hay algún otro cambio que se haya dado en la C.T. durante su evolución? ¿Cómo vivió la fundación y el recurso la crisis de las CC.TT.? ¿Qué actitud se mostró ante esta crisis? ¿Cuáles crees que son las causas de ésta?

Anexo 5. Transcripción de la entrevista a la C.T. Manuene.

Entrevistadora: Lo primero quería saber el puesto de trabajo que ocupaste tú y en qué años, es decir de qué año a qué años trabajaste allí para saber a qué fechas corresponde la información que voy a recoger.

Psicóloga: Ehh a ver yo soy psicóloga clínica de formación, ¿vale? con la especialidad de clínica reconocida, ehh a pesar de que después me doctoré en sociología. Ehh mi función era... bueno es que he estado en Manuene desde 1989 o 1990 que sería mi primer contrato hasta hace 10 años que finalizó el último, hasta el 2010 que finaliza el último más o menos ehh he tenido diferentes contratos. Así como empecé como... contratada hace... pues eso en 1990 más o menos como educadora porque en aquel momento no estaban tan claras las funciones ehh bueno no estaban tan claras... o sea las funciones luego dentro de lo que es la... el servicio estaban claras, lo que no se dejaban tan claras eran las con... los criterios de contratación, porque un educador era más barato que un psicólogo y bueno pues había más tendencia a contratar educadores que psicólogos. Ehh bueno entré como con un contrato de educadora, ¿vale? a pesar de que mi formación era de psicóloga. Ehh también es verdad que entré con un contrato relevo ehh en el cual hacía... incluía tener que hacer noches y tener que hacer fines de semana. Eso en Osakidetza ehh solamente se entendía también bajo el criterio del contrato de educador, ¿no? porque Manuene siempre ha pertenecido a Osakidetza. Ehh como Osakidetza tampoco contaba con la figura del educador ehh para contratos ehh se subcontrataba a los educadores a través de una... una entidad social, una entidad del tercer sector a los educadores. Bueno, el caso es que entré como educadora a través de la fundación EDEX, eran los que llevaban lo que es el tratamiento... o sea lo que es la contratación de educadores en la comunidad terapéutica a que pertenecía a Osakidetza.

Entrevistadora: Vale, perfecto.

Psicóloga: No sé si está bien explicado, o sea si lo entiendes.

Entrevistadora: Sí, sí más o menos. y luego ¿todos los contratos han sido de educadora?

Psicóloga: Posteriormente, no recuerdo pero los últimos... a ver voy a pensar... que fue alrededor del 2000 al 2009 el último contrato más o menos ya estaba contratada de psicóloga y de ehh coordinadora de educadores.

Entrevistadora: Vale, perfecto.

Psicóloga: Ya con una jornada de mañana. Ehh se podía hacer ya el contrato como psicóloga pero para hacer el contratada como... o sea estaba a través de la entidad esta, de la... de EDEX, ¿vale? es una entidad del tercer sector. Estaba contratada como coordinadora de educadores. En el...creo que es, más o menos te estoy dando las fechas, más o menos en el

2008 o dos mil... sie... igual 2006-2007 el grupo de educadores y yo, que era la psicóloga, eh constituímos una asociación, ¿vale? al margen de EDEX y pasamos a ser contratados directamente por eh Osakidetza, ¿vale?

Entrevistadora: Vale, perfecto. Vale, pues primero quería saber cuál era el perfil de los usuarios atendidos, es decir, la edad, el género, nacionalidad, la situación socioeconómica o la situación de vivienda o familiar... y si se dieron cambios en los años en lo que tu estuviste trabajando, pues desde los primeros años hasta los 2000, también en es aspecto de la sustancia consumida...

Psicóloga: A ver claro es que los primeros años eh era el “boom” de la droga y era el “boom” pues del... no había ninguna política de reducción de riesgos ni de daños y riesgos y había bastante droga en la calle. Estaba... bueno pues socialmente no estaba mal visto, o sea estaba... podía estar mal visto pero no era un temor social. Luego se fue viendo cuales estaban siendo las consecuencias de un consumo tan eh tan am... tan amp... tan grande en la población y entonces ya empezó a... la población a despertar. Entonces claro al principio la gente que llegaba pues era gente bastante deteriorada, ¿vale? porque eh pues eh había mucho problema de contagio de VIH y para cuando la gente tomaba la decisión de dejar las drogas pues había pasado ya un recorrido... eh. Ya sabes que para... para tomar la decisión de dejar el consumo tiene que haber algo que te desequilibre entre eh.. tu consumo que estás realizando y... y... o sea algo que te desequilibre, que te haga pensar que tiene más desventajas consumir que ventajas ¿no?. Y claro, en ese momento pues eh... socialmente bueno estaba como... más aceptado, las consecuencias del VIH no eran tan visibles se estaban empezando a ver. Entonces... quiero... lo que quiero decir es que bajo mi opinión que es una opinión personal totalmente, la gente llegaba muy deteriorada a los tratamientos y llegaba gente ya mayor... después de años de consumo. En aquel... aquellos primeros momentos tampoco se aceptaba, o sea las condiciones para poder acceder a un tratamiento como la comunidad terapéutica eran muy estrictos, ¿vale? Las exigencias para que pudieses entrar eran eh muy o sea basadas en, había que seguir unos criterios de abstinencia, de control social, familia etc. eh muy rígidos, o sea muy... muy establecidos, muy... que se seguían a... bueno pues que se les hacía un seguimiento muy férreo y eh. Claro, eso también hacía que... que... bueno pues que el acceso a las comunidades terapéuticas tampoco fuera... tan eh tan... eh tan fácil. Para cuando eh... ya tenías que tener muy claro que estabas... que querías, que ibas a mantener una abstinencia total de todas las sustancias, que contabas con apoyo familiar o con cierto apoyo social, eh asumías que el tratamiento iba a ser muy largo, en aquel momento los tratamientos eran muy largos. Bueno, todo esto hacía que las

personas pues que acudieran a los servicios, más todo lo que te he comentado antes que eso realmente... pues que el consumo estaba muy en la calle y que ehh... se tardó en ver cuáles eran las consecuencias del VIH, de la transmisión del VIH pues eso todo esto hacía que las personas que llegaban a tratamiento fueran personas pues de una cierta edad y... y... bueno pues con algún respaldo sociofamiliar o ... con algún respaldo trabajado mucho las abstinencia.

Entrevistadora: Y respecto a las sustancia que se consumía en los primeros años y luego con el paso del tiempo, ¿notasteis algún cambio? Es decir, que al principio se consumiese más una sustancia y luego cambiase ese hábito.

Psicóloga: Yo no diría tanto que la sustancia de consumo era... eh... cual era sino cuál era la sustancia por la que se pedía tratamiento, ¿vale? Porque la sustancia por la que se pedía tratamiento era la heroína, ¿vale? Fue más tarde cuando se empezó a pedir ehh tratamiento por consumo de... de cocaína y todavía ha tardado mucho más en que la gente pida tratamiento por el consumo de cannabis.

Entrevistadora: Vale. Respecto a los criterios de admisión que estabas comentado que eran bastante estrictos, no sé si también ha podido haber cambios también entorno a la admisión de personas contagiadas de VIH, algún trastorno psicológico o asuntos judiciales pendientes. ¿Ha ido cambiando a lo largo de los años o siempre se han admitido? ¿Cuáles eran los criterios de admisión y exclusión?

Psicóloga: Yo creo que ehh nunca ha habido discriminación a las personas con VIH. Ehh además en aquellos tiempos, o sea hace... 25 años, las comunidades terapéuticas eran realmente... funcionaban realmente como comunidades, ¿vale? Entonces el apoyo inter... usuario o sea era muy fuerte. Y no a ver... no había problemas ni para personas con un... que estuvieran... infec... o sea que tuvieran la infección del VIH sino tampoco había problema para personas que estuvieran pasando por otro tipos de tratamiento de cáncer etc. etc. O sea se asumía la comunidad como una... un espacio semifamiliar en donde las personas ehh podían tener... sufrir diferentes ehh enfermedades y... vicisitudes a lo largo de su vida y eso era totalmente... se integraba totalmente dentro de lo que era el... la comunidad. Lo que quiero decir es que ehh igual hoy en día sería impensable que está haciendo un tratamiento contra el cáncer lo pudiera hacer desde una comunidad terapéutica pero en aquellos años había personas que estaban haciendo ehh... tratamien... bueno dife... que estaban pasando por situaciones de lo más ehh ehh di... complicadas o sea pero la comunidad se entendía como una comunidad que acogía a la persona tal cual ehh estuviera... madres con niños... En un principio eh, luego ya se fueron poniendo como más pegas y se fueron, se fueron viendo

como más ehh en un principio se fueron viendo como más ehh pues a ver se fueron poniendo más trabas, pero al principio el concepto de comunidad ehh bueno pues facilitaba el que ehh una mujer pudiese entrar con una niña pequeña ehh y se ocupara de sus responsabilidades como madre a la vez que era un miembro de la comunidad y una persona enfermaba y seguía su tratamiento desde la comunidad o le operaban y volvía a la comunidad etc. Era ehh... Luego ya todo esto se fue... ehh rompiendo más y fue ya como el derecho a la intimidad, la... eh.... De alguna manera se entendió ehh yo creo que erróneamente ehh y se fueron de-delimitando las posibilidades que tenía el concepto comunitario inicial de las comunidades terapéuticas.

Entrevistadora: Vale. Respecto a lo que ahora conocemos como patología dual, es decir personas con trastornos psicológicos como diagnósticos de esquizofrenia o diagnósticos de trastornos de la personalidad, ¿funcionaba igual? Es decir, ¿no había ningún criterio que excluyese a estas personas?

Psicóloga: Hombre yo... No había ni ningún criterio que excluyera a estas personas. No. Desde luego creo que no. Lo que pasa que... estas personas... ehh es una interpretación mía. Yo lo que creo es que estas personas ehh tenían más cabida en la... en la salud mental general ehh y fue luego más adelante ehh por lo que sea, por la propia organización de... de la salud mental pues ehh fueron ehh más excluidas de lo que es la salud mental general ehh. O sea es como si en un primer momen- como si hace años la salud mental ehh fuera como la... el aspecto principal de la intervención y como con los años se dió vuelta a eso y la... lo que es el tratamiento con las adicciones era como... el diagnóstico principal. Ehh ese giro de... en la dualidad de “¿Por qué empezamos?” o “¿Empezamos por una cosa o empezamos por otra” yo... yo sinceramente creo que es una cuestión de... de la administración o sea de la salud mental, que decide ehh ehh dar... dar prioridad o reorganizar sus servicios ehh de una manera o de otra. Ehh no..., entiendo que una personas con consumo drogas en el servicio general está... genera trastornos, pero entiendo que una persona con problemas mentales graves o sea con trastornos graves ehh también genera... ehh problemas en.. en la... en las comunidades terapéuticas. Es una decisión de Osakidetza, no... no sé bien... a qué se debe, eso habría que preguntárselo a ellos. Incluso intentaron ehh crear comunidades terapéuticas específicas para patologías duales, ehh pero bueno yo entiendo que es un error que... que hubieran sacado a las personas con problemas mentales graves de los ehh centros especializados en problemas mentales graves independientemente de que hubiera consumo o no.

Entrevistadora: Respecto al equipo, ya hemos hablado un poco de que se contrataban más educadores por razones económicas. Además ¿qué otras personas formaban el equipo? Has

comentado que se acogía a personas en tratamiento de cáncer, no sé si habría médico, enfermera o qué personas formaban el equipo y ¿qué roles cumplía cada uno?

Psicóloga: Ehh cuando he hablado de lo del cáncer a lo que me he referido es ehh a que la comunidad siempre ehh intentaba ehh funcionar como tal. Quiero decir, que... las personas pudieran acudir a tratamiento independientemente de cuál era su... su situación orgánica, por ejemplo, hemos tenido personas en sillas de ruedas, personas sin pies etc.. Ehh pero no porque hubiera un médico en el... en la comunidad porque todo eso era... Siempre se ha intentado que la persona no pierda su vínculo con sus... ehh recursos y servicios de referencia, ¿vale? O sea por lo menos en Manuene, a la trabajadora social se iba a la trabajadora social de tu barrio, de tu zona ehh al médico de cabecera se iba a tu barrio, a tu zona. Ehh se... se intentaba mantener una coordinación entre... ehh tú centro de salud mental y la comunidad terapéutica porque siempre se entendía que la persona volvía. O sea estaba durante un tiempo, estaba de paso en una... en una comunidad terapéutica pero que iba a volver a... a otra comunidad que era la de su... la de su barrio... y tenía que... que co... participar de los recursos... que se le ofrecían en la zona en la que iba a vivir etc.. Ehh no siempre esto... mmm funcionó al gusto de todos, sí que hubo momentos en donde la... ehh la relación ehh era con... con el resto de los centros y los servicios era muy estrecha, ehh hubo un periodo en el que también, creo que.. que de tensión y de estrés y ehh agobio y la falta de recursos donde esta relación con los... servicios de... de... de base del usuario se fue ehh, bueno se perdió un poco más a coordinación porque... yo, yo creo que era una falta de recursos, o sea que no... dábamos para todo y ehh y era igual más fácil... tomar nosotros alguna decisiones sin que... sin que se contará con los... las personas de referencia de fuera de... la comunidad de la persona. Pero en principio lo que se intentaba era ehh que la persona no perdiera su contacto con la... con su... con su... su barrio, con su zona, con sus médicos, las entidades ehh que había tenido contacto y tal. En principio estábamos... nosotros en Manuene estábamos, podíamos decir que estábamos el personal sanitario, ¿vale? que era el que aportaba Osakidetza y el personal educativo, que era el que aportaba... en un principio ehh la entidad esta EDEX del tercer sector y después nos constituimos como entidad de tercer sector... autónoma, fuera de EDEX. Ehh el personal sanitario estaba formado por el psiquiatra, el psicólogo, la enfermera ehh el administrativo, la administra... sí, el administrativo ehh y poco más, ¿vale? Ehh lo que hacía el personal, o sea era... el administrativo ehh por ser la persona de relación con Osakidetza, que al fin y al cabo era la titular. Ehh, la enfermería que estaba por las mañanas. El psiquiatra y el psicólogo se compartían con el centro de... con el centro de salud mental de... Ajuriaguerra. En un

principio con el centro de salud mental de Novia Salcedo y posteriormente con el centro de salud mental de Ajuriaguerra. Y luego estaba el equipo educativo, con ehh con unos... 5-6 fundamentalmente educadores y con una coordinación de la... de los educadores ehh y a través de una psicóloga o un psicólogo, ahora es un psicólogo que ehh bueno coordina ehh el equipo de educadores o sea lo que es la... la parte externa a Osakidetza.

Entrevistadora: Vale, perfecto. Y relacionado con el trabajo terapéutico que se realizaba allí, los grupos, sesiones individuales o así, ¿Qué tipos de grupo se llevaban a cabo? ¿Qué metodología se utilizaba? Entiendo que los psicólogos tendrían su propia corriente pero, ¿había algo preestablecido explícitamente desde Osakidetza?

Psicóloga: Ehh a ver el trabajo terapéutico ehh, o sea la lectura y la interpretación de lo que... sucede, de lo que sucedía a la hora de realizar un diagnóstico tenía claramente una vertiente... sistémica y relacional, ¿vale? Ehh eso ehh los diagnósticos se realizaba en base a esta corriente. Todos estábamos formados en esta corriente y ehh recibíamos formación continua en esta corriente. Cuenta que también teníamos ehh reuniones habituales, ehh nuestro... el responsable era un experto en... terapia relacional y sistémica y... nuestras reuniones de coordinación, de supervisión etc. estaban en esta orientación clarísimamente. Ehh lo que pasa es que una comunidad terapéutica también tiene una lectura sistémica, tiene que tenerla porque si hablas de comunidad pues funciona con una... también tiene una lectura... eh sistémica, tiene que tenerla. Si hablas de comunidad ya que estás hablando de... de una lectura sistémica o sea... no son individuos sino que tienes que poder hacer también que hacer la lectura del grupo y de las... de las ... de las relaciones, tienes que saber leer relaciones. Ehh pero seguía una metodología... muy participativa, ¿vale? Las... de... eh de... las, las ehh las personas internas del centro ehh era... participaban activamente de... de la gestión del centro, ¿vale? de la gestión pero a todos los niveles, o sea ehh no solamente en lo organizativo. No solamente se ocupaban de la limpieza, de las compras, de la comida etc. etc., sino también participaban de una manera bastante ehh directa ehh a través de asambleas etc. etc. de lo que era... el funcionamiento, la dirección que iba tomando la... la comunidad terapéutica, ¿vale? O sea ehh las asambleas eran... es una... intervención también muy asamblearia, ¿vale? la mayor parte de las cuestiones se discuten en asamblea eh y se toman en asamblea y... bueno pues de una manera muy... muy... ehh participativa etc. ¿vale?. Entonces pues yo creo que la metodología participativa funcionaba... ehh creo que es más, creo que al principio de una manera muy clara ehh y después se fue... en lo técnico y lo ehh especializado fue adquiriendo más protagonismo, se perdió un poco la... lo que es el protagonismo del usuario y yo también creo que esto en detrimento de lo que es la comunidad

porque... porque sí. Ehh y luego por otro lado, había una intervención, o sea una... muy cognitivo-conductual porque era a través de eh... con las técnicas de... de premio, castigo, eh identificación de... acciones eh. Había... bueno todavía hay un papel en el que los usuarios van diciendo las mejoras que van haciendo, los errores que van cometiendo, se los dicen entre ellos, se lo... te lo puedes auto-señalar, pero otros te pueden señalar etc. sobre conductas concretas ¿no? Entonces ahí también se... y luego bueno pues esas conductas tienen una interpretación dentro de lo que es el funcionamiento de la casa pero también tiene una interpretación a nivel de la historia de la persona o de historia de la familia de la persona etc. Con lo cual eh lo cognitivo-conductual estaba... eh muy presente. Yo creo que es una... una cuestión de... Además bueno pues que todo lo que era la conducta de consumo pues estaba... muy... controlada en el sentido de... de control de estímulos. El acompañamiento no es más que un control de... de estímulos, no ponerte delante del estímulo para que no eh se produzca una... una “querencia” o una reacción al consumo... Ehh bueno pues muy cognitivo-conductual eh, conductista también en algunos aspectos eh lo que es el cambio de una conducta concreta.

Entrevistadora: Vale. Entiendo, que se organizaban otros grupos a parte de las asambleas que has comentado que iban más relacionadas con el nivel organizativo. Es decir, grupos terapéuticos o sesiones individuales o así... ¿Cómo se trabaja en ese aspecto fuera del trabajo del día a día?

Psicóloga: Ehh el trabajo del día a día no... las asambleas no tenían únicamente una concepción eh de organizativa ¿vale? sino que se intentaba que a través eh del espejo que supone una.. una asamblea de lo que tú estás realizando, de lo que hace el grupo eh uno se puede ir autoconocimiento etc. etc. O sea no eran simplemente asambleas para decidir eh lo que se come o lo que no se come. Ehh ninguno de los eh bueno... En las asambleas participaba toda la casa y luego había grupos de trabajo en los que participaban las personas en función del.. de la tarea que tuvieran asignadas ¿no? Pero ni en los grupos de trabajo ni en las asambleas el objetivo era únicamente lo... la... el funcionamiento de la casa, que sí eh pero de las asambleas y los grupos de trabajo también participan los psicólogos porque la persona tiene la oportunidad, a través de lo que se va haciendo en estos grupos de trabajo y en estas, asambleas, de conocerse y de... identificar eh cuestiones de valores, ver en qué destaca, que capacidades tiene, qué... cuáles son sus atributos, sus... bueno, y ver cuáles pueden ser sus áreas de mejora. Y luego por otro lado, está eh la parte más directamente eh clínica, ¿vale? especializada eh de los de... de los grupos clínicos de... terapia... en donde participan... no entran los educadores, no tomaban parte, solamente psicólogos y... dos

psicólogos y un psiquiatra. Posteriormente ehh se pusieron en marcha los grupos de... de prevención de recaídas... para identificar las situaciones de riesgo ¿vale? y para prever posibles situaciones de riesgo y bueno más centrados en el control de la conducta de consumo y... otras... otras dinámicas... otros... otros grupos pues de autoestima... diferentes grupos que se iban formando en función de las necesidades.

Entrevistadora: Vale. Relacionado con lo que has dicho antes de que dependiendo de la tarea acudían a un grupo, quería saber cómo se organizaba la comunidad, qué estructura tenía, si dependiendo de su proceso o veteranía los residentes cumplían tareas o funciones diferentes. ¿Cómo funcionaba en ese aspecto?

Psicóloga: Ehh a ver ehh bueno, la entrada es la entrada, la entrada... las personas están en tareas bueno pues que les ehh les supongan poco cuestionamiento y en tareas sencillas para que puedan ehh dedicarse a lo que tienen que dedicarse que es a... a conocer el funcionamiento, a... integrarse en el grupo, ehh bueno a tener un... tienen un... como un tiempo ahí de... de... de adaptación ¿no? que es necesario para cualquier persona que se va a meter a un centro con esta estructura. Ehh y ahí las tareas que se encomendaban pues o sea las tareas que se intentan que sean tareas pues que a la persona no le supongan... no le den mucho quebradero de cabeza para que ehh para que se pueda dedicar a lo que se tiene que dedicar que es a integrarse, a... a... o a conocer o... o a adaptarse o a lo que vaya a hacer, ¿no? o incluso a decidir si somos... éramos nosotros las personas que le podíamos ayudar o no, y... o marcharse o lo que fuera, ¿no? Ehh y después ya... una vez ehh... pasado ese periodo que podrían ser de dos-tres semanas dependiendo de las personas, había personas que pedían más ehh porque no tenían muy claro y pues entonces ya ahí sí que se hacía una entrevista ehh formal ehh profunda ehh con ehh recogiendo diferentes aspectos ehh nos permitía conocer más a esa persona, esa personas nos conocía más a nosotros, podíamos establecer un plan ¿vale? Un plan de acción ya lo formábamos a partir de la segunda-tercera semana que ya habíamos establecido ehh un, un... pues un conocimiento mutuo ¿vale? Y... bueno pues el plan de acción se... se... de alguna manera se... se pacta con esa personas y con su familia ehh en una... como en una... sesión especial, ¿vale? ya de compromiso, para establecer el compromiso etc. Ehh a partir de ahí las personas van sumiendo... se van ehh... van ehh asumiendo diferentes labores y responsabilidades dentro de la casa, ¿vale? ehh incluso de poder ser la... el hermano acompañante o el hermano mayor de otra persona que entra ehh bueno no sé al menos para que... ehh la persona cuando entre siempre tenga un persona de referencia a la que preguntar etc. Como un tutor, como las tutorías en... en la universidad también hay tutorías ehh entre iguales, ¿no? Pues como unas tutorías entre

iguales. Ehh y en... en ese senti... y ahí es donde se intentaba que la persona ehh pudiera estar en la... parte de la casa en la que... nos... bueno pensáramos que esa personas podía... obtener más cono... más autoconocimiento, ¿vale? Donde se pudiera ehh reconocer, o sea donde pudiera ver cuales son sus cualidades pero también cuáles eran ehhs cuales son sus limitaciones, ¿no? Ehh la frustración, ehh la tolerancia al estrés etc, ehh formaba parte del proceso en el que bueno te enfrentas a situaciones que son... cuestionadas que... que te ponen en cuestión y te enfrentas sin consumo, ¿no?

Entrevistadora: En relación con el plan de acción, no sé si también desde la propia comunidad, ¿qué tipo de actividades de ocio o educativas había? ¿había opción de formarse en la comunidad o se trabaja con otras entidades en este aspecto?

Psicóloga: Ehh de los grupos que he hablado antes se me ha olvidado hablar del grupo familiar, o sea de los grupos multifamiliares ¿vale? Para que los familiares pudiesen ehh tener un espacio ehh mientras su... ehh su familiar está en la comunidad terapéutica. pudiesen tener un espacio en el que fuesen elaborando también ellos todas las situaciones por las que han pasado, todas las situaciones por las que pueda pasar y lo puedan elaborar entre iguales ¿vale? Con la dirección o sea... con la... con la tutorización, el seguimiento de personas profesionales, pero... pero sobre todo como multi... como una especie de apoyo entre familiares. Ehh a la última pregunta que me has hecho era ehh... ehh a ver claro a ver ahí hay diferentes momentos. Hay momentos... hay... cuando entro a trabajar la C.T. funciona también o sea no se cierra los viernes y al de unos años se empieza... a cerrarse... todo el mundo se va a casa el viernes y todo el mundo vuelve a casa el domingo. Ehh cuando... en un principio... en los primeros momentos bueno, nosotros fundamentalmente teníamos contacto, y yo te digo porque he hecho muchos fines de semana, ehh teníamos contactos con los... no nos quedamos todo en finde semana en... en... en casa. La mayor parte de la gente ehh salía a sus casas a pasar el fin de semana con esto de que el acercamiento de la comunidad fuera progresivo, al... al barrio y a la familia fuera progresivo. Pero nos podíamos quedar 10-12 personas el fin de semana, que serían... pues las últimas en entrar o las que todavía no tenían muy claro si... si... podían soportar el estrés que les iba a proporcionar estar fuera de la comunidad. Ehh las actividades que hacíamos eran actividades de... ehh las que facilita la zona, vamos la zona o bajar al autobús e ir al cine o al... al teatro... Si teníamos entradas para el fútbol porque a veces nos daban pues íbamos al fútbol. Bueno intentábamos un ocio que luego ellos pudieran repetir. Tampoco un ocio raro ehh porque luego es muy difícil que... que sirva de modelo, ¿vale? Entonces bueno pues... a ver... algun... pues sí, hemos hecho visitas a museos, bueno pues lo que se nos... la oferta cultural

que esto. Pero bueno también hemos ido... a la piscina..., al polideportivo, a... jugar a fútbol, a... jugar a palas sin más, a la playa.

Entrevistadora: Vale, ¿y respecto al ámbito educativo? ¿había alguna opción de formarse o realizar algún curso estando en comunidad? ¿o era algo que se planteaba más de cara a la salida?

Psicóloga: En los últimos meses ehh el residente podía salir... a formarse y volver a dormir. Ehh sí, sí... sí era... sí muchos lo hacían.

Entrevistadora: Vale, y relacionado con esto de los últimos meses, ¿cuál era más o menos el tiempo que había establecido para la duración del proceso? ¿y existían etapas dentro del proceso? ¿Se les iban permitiendo más cosas con el paso del tiempo? ¿Cómo estaba establecido?

Psicóloga: Ehh a ver... ehh los tratamientos han ido reduciéndose en duración en función de las... de la demanda social. Ehh... claro ehh... hay, hay más recursos que no teníamos en aquel momento: la metadona etc. etc. Ehh y bueno pues esos había que tenerlos... bueno pues hay que tenerlos en cuenta. Y antes prácticamente era... pues pues casi, casi la única opción. A mi lo que... yo que soy una clara defensora de las comunidades terapéuticas, que me parece que... son ehh el abordaje para las adicciones ehh... con... con buenos resultados. Ehh a mí lo que me parece es que... ehh... se fueron reduciendo los tiempos de tratamiento en función de que... bueno pues había cada vez menos posibilidades de encontrar ehh apoyo fuera ¿no? Te encuentras cada vez más con familiares que no se pueden ocupar de un seguimiento fuera de la comunidad etc. etc. Entonces pues hay que replantearse el que las personas estén en un seguimiento ehh todo el tiempo etc. etc. Entonces bueno pues en ese sentido ehh se fueron reduciendo los... los tiempos pues porque cada vez era menor el... el apoyo familiar y cada vez ehh era más la necesidad de... de la persona usuaria de... bueno pues dedicar un tiempo a dejar las drogas sí, pero sin que fuera demasiado. Pero yo creo que esto... ehh hizo que... al final se optara, o sea la persona optaba por ehh estar menos tiempo en comunidad terapéutica sabiendo que... bueno pues que quedaba un trayecto por hacer que se podía hacer desde... desde lo ambulatorio, que si salía bien pues salía bien y que sino... pues había una vuelta a la comunidad terapéutica. Y ahí es donde vimos... veíamos pues bueno que la gente cada vez tenía tratamiento más... más cortos... pero... pero bueno que muchas personas ehh tenían... más de un ingreso en comunidad terapéutica. en... en un periodo de 3-4-5 años. Había como una vuelta a un... bueno a un... re- bueno pues no a empezar porque no se empieza pero sí a un... a un... pues bueno... retomar o recordar un... como una especie de recordatorio de lo que se había trabajado etc.

Entrevistadora: Vale. Relacionado con...

Psicóloga: Las fases me has preguntado también.

Entrevistadora: Ah sí, a ver si había etapas y tal.

Psicóloga: Sí ehh las etapas nunca fueron ehh... establecidas en función del tiempo, ¿vale? sino que podías tener una diferencia de un mes en una etapa o en otra, por cierto un mes es mucho tiempo. Ehh y que podía haber una diferencia de tiempo en tratamiento de unas personas a otras que podía... variar entre 3 y 4 meses. 3 o 4 meses más en una comunidad terapéutica o menos es mucho tiempo. Ehh estaban en función de la... del... de la capacidad que tuviera esa persona para afrontar ehh situaciones de estrés etc. sin recurrir al consumo. Ehh según se... según se iba avanzando, se iban asumiendo mayores responsabilidades también porque ehh asumir una responsabilidad supone un estrés y tu no puedes poner a una persona en una situación de estrés que no pueda controlar sobre todo si en un aducto porque la están abocando a volver a consumir. entonces, a la hora de asumir responsabilidades se iba teniendo muy en cuenta que la persona fuera, o sea fueran siendo progresivas de manera... que no le pusieras en... en situación de riesgo... de manera clara y... ¿vale? sino que fuera progresivo y que pudiera ir asumiendo.

Entrevistadora: Vale. La estructura del día a día en una C.T. ¿cómo era? Hemos hablado de que se llevaban a cabo grupos y asambleas, pero ¿seguía una estructura y horarios muy estrictos?

Psicóloga: La comunidad terapéutica es un... un modelo muy estructurado... muy estructurado... y muy cambiante, las dos cosas. O sea en una comunidad terapéutica ehh tienes un ritmo ehh... muy grande, ¿vale? Ehh desde las 6:45 que se podían levantar hasta las 22:00 que iban a la cama ehh estaba ehh todo organizado y estructurado. Ehh pero... mmm... como una forma de organizar y estructurar ehh mentes ehh conductas etc. que no están o sea no están estructuradas ni organizadas y que no... no tienen hábitos, ni ritmos ni nada. Lo que... lo que quiero decir es que... toda esa estructura, ¿vale? ehh era flexible. Era flexible sino no hubiéramos permanecido abiertos ni un... ni 10 minutos. Ehh es muy importante ehh que la persona sepa ehh que es lo que tiene que hacer en cada momento, ¿vale? para que... y sobre todo que si a eso le das una continuidad en el tiempo, las personas que salían de comunidad terapéutica en... en aquella época bueno eran capaces de hacer ehh desde irse por la mañana, coger tal no se qué, o sea... una energía, una capacidad de trabajar, de hacer de... de estudiar, de hacer deporte tal no sé qué porque habían estado durante un año con una... con una, una... estructura... muy ágil, muy rápida, muy tal y todo el rato teniendo que organizarte, pensar, prever lo siguiente... ¿vale? Personas muy trabajadoras y muy... muy...

con mucha capacidad para... para hacer... diferentes cosas. Ehh pero claro, esto ehh también desde la... o sea era como el marco, ¿entiendes? era el marco que... el marco que nos daba... que nos proporcionaba la... pelea, ¿vale? Claro eso ehh pues ehh si personas que llevan pues un promedio de 10 años sin trabajar, sin estudiar, sin... hacer nada... topan con esa estructura y... bueno pues la estructura se va adaptando a ellos y ellos se van adaptando a la estructura.

Entrevistadora: Vale, por lo que he entendido cuando he estado leyendo bibliografía para realizar el TFM, ellos al ingresar tienen unos derechos y aceptan también unas normas y sanciones, ¿cuales eran las normas principales? y ¿qué podría suponer infringirlas?

Psicóloga: Las normas fundamentales eran la no agresión... ni física ni verbal, ¿vale? Ehh y fundamentalmente que así ahora que recuerde a bote pronto ehh y la... el no consumo de sustancias, ¿vale? Ehh... ni el trapicheo o sea todo lo que tenga que ver con proteger... Al final una comunidad terapéutica pretende ser un espacio libre de drogas, ¿vale? y... para las personas que optan por un tratamiento libre de drogas ehh casi casi es el único reducto que queda. Entonces claro si no proteges... el que sean espacios libre de drogas pues cuando una personas ehh que es consumidora quiere o necesita durante unos meses un espacio en el que no haya drogas pues no lo va a encontrar más que... o sea en ese sentido éramos muy claros porque ehh espacios donde se pueda hacer un tratamiento y consumir ya hay... ya había, se iban ehh formando, creando y... se podían... se podían buscar fuera ¿no? pero espacios libres de drogas en la sociedad hace 20 años era muy difícil de encontrar y... y nosotros teníamos que ser muy claros que ese espacio tenía que ser... que nosotros teníamos que tener muy claro que el espacio era... era... tenía que ser así. Ehh y luego pues la... violencia física o verbal... ehh... mmm bueno... no quiere decir que no pudiese haber enfrentamientos, que no pudiera haber tensión o que no se pudieran... ehh una persona no se pudiera... ehh... yo que sé... poner furiosa, ¿vale? pero... pero no se puede amenazar ehh la vida y la integridad de las personas. Ehh o sea había que romper un poco también con códigos de... de la calle, ¿no? Hay que tener en cuenta que como la comunidad es comarcal y al final también se conocían y se encontraban allí pues personas que se habían conocido, encontrado en la calle y eso... ehh para las mujeres podía resultar muy violento. Ellos habían... porque había gente allí pues que podía haber sido... pues, pues... un peligro para ellas.

Entrevistadora: Y en estos casos, ¿las sanciones, castigos, intervenciones o así se llevaban a cabo en la propia comunidad terapéutica o dependiendo la gravedad de expulsaba a la persona? ¿Cómo se actuaba cuando se rompían estas normas?

Psicóloga: Ehh a ver ehh en casos de... ehh vividos por mí de... robos, por ejemplo, la expulsión era... ehh inmediata, ¿vale? Lo que pasa que... siempre... con el... la coordinación

con el centro de derivación... y... en el caso de que la persona... ehh quisiera, con un plan de vuelta, ¿vale? Ehh... si la expulsión era por nuestra parte ehh podía ser una suspensión del... del tratamiento o sino la derivación a otro servicio. Ehh nosotros al final no... no... eso que que que so... que somos clínicos y terapeutas... entendemos que las dificultades pueden ser gravísimas y... y y ante dificultades gravísimas tampoco... ehh cerramos la puerta y ya está. Ehh siempre hemos procurado una derivación ehh o una suspensión o... hemos dado alternativas para retomar o... ehh hemos intentado siempre una perspectiva muy constructiva.

Entrevistadora: Vale. Relacionado con el tema de las altas has mencionado que existen la alta terapéutica cuando terminas el tratamiento, alta por derivación que estabas comentando ahora, alta por expulsión en caso de que se rompan las normas. ¿Son esos los únicos tipos de alta o existe alguno más?

Psicóloga: Alta por abandono. Y luego es que... por un lado nosotros podemos ver que ehh para esa persona la comunidad terapéutica no era lugar, ¿vale? ehh y esa persona también pudiese ver que no era lugar sin que eso suponga que hubiese habido alguna infracción o que hubiese cometido alguna... ¿vale? o sea alguna... que tuviera que ser sancionado. O sea el alta por derivación y el alta por... por expulsión pues ehh aunque la expulsión significara derivación, son diferentes.

Entrevistadora: Vale. Vale. Respecto a las relaciones, el papel de la familia ya hemos comentado un poco que seguían el proceso de cerca, participaban en algunos grupos y en el seguimiento por lo que desde el primer momento jugaban un papel importante...

Psicóloga: Sí, desde el principio sí. Los primeros meses las salidas de la comunidad terapéutica se realizaban... con un familiar que era la persona custodi... la que... bueno... la garante de que... no... esa persona no iba a consumir y ni se iba a acercar a situaciones de riesgo de consumo. Y luego ya los últimos meses la persona salía sola ehh sin el apoyo del familiar pues... a ver que... que... bueno pues que está preparada... o para ver cuales eran las dificultades y en función de esas dificultades pues para poder ver... ehh... ehh cómo se podían reforzar.

Entrevistadora: Vale. Y siguiendo con las relaciones pero más dentro de la C.T., ¿cómo eran las relaciones entre residentes? También he leído en la bibliografía que algunas comunidades no permitían las relaciones sexo-afectivas dentro de la comunidad, ¿cómo era...

Psicóloga: Esa es la tercera norma que se me ha olvidado antes. Ehh no mantener relaciones sexuales... en la comunidad... Mmm en principio es una... es una norma... ehh que se establecía como... ehh como una norma clave de expulsión... ehh como tal nunca se trató porque como comprenderás las relaciones sexuales entre ellos se producían y... y bueno pues

siempre y cuando se quisieran ehh hablar y se quisieran tratar y se quisieran... ehh exponer pues en ese caso... seguimos adelante con el tratamiento. Cuando... lo que intentábamos evitar es alianzas ehh... evitar cuestiones ehh bueno sobre todo alianzas que pudieran ser... más perversas que cualquier otra cosa entre personas que están en un momento de suma, suma, suma delicadeza y dificultad porque están dejando el consumo de drogas, que no se puede ser más vulnerable. Entonces bueno pues ahí mantener... claro el tipo de relación que puedas establecer ahí pues estar muy... atentos, muy pendientes porque pueden resultar ehh pues relaciones muy complejas, muy depen.. muy de dependencia... de... la dependencia llama a la dependencia. Formar personas autónomas pues... ehh... por lo menos tener una cierta precaución con... con relaciones que pudiesen suponer... o que pudiesen ehh poner en cuestión el proceso de autonomía, de responsabilidad, de toma de decisiones... de cada uno.

Entrevistadora: Vale. Un poco por ir terminando la entrevista, quería plantear un poco pues que en la bibliografía se ve planteado que las comunidades terapéuticas los primero años tuvieron mucho peso, se hablaba mucho de ellas y luego aunque siguieron funcionando y por número no disminuyeron pero perdieron igual un poco ese protagonismo... ¿Cómo se vivió esta crisis? No sé si esta crisis está relacionada con que Manuene pasase a ser un hospital de día o sino, ¿por qué se tomó esta decisión?

Psicóloga: No, no creo. Las comunidades terapéuticas han evolucionado... no... pero no ha habido una relación... ehh yo no veo, no lo he estudiado eh pero no creo que haya una relación entre... que haya disminuido la demanda y que las comunidades terapéuticas hayan ehh perdido... ehh potencia o sea... ehh capacidad, ¿no? Yo creo que son decisiones políticas clarísimamente y creo que son decisiones económicas. Ehh... ehh... pues... tener un espacio ehh libre de drogas en una... es una necesidad... ehh tener un sitio donde puedas ehh... con un grupo de iguales reorganizar ehh tu.. tu cabeza, tus ehh sentimientos, tus... tus ritmos, tus hábitos, etc. es fundamental. Ehh y bueno pues por lo que sea... en el caso de Osakidetza el problema fue que... ehh al ser un centro sanitario, porque la titularidad es de Osakidetza y tener solamente sanitarios durante las mañanas, ¿vale? pues... empezaron a... a temer que las ehh que las... que pudiesen surgir complicaciones ehh médicas o... o... sobre lo que... cualquier cuestión y que no hubiera un sanitario ¿no? en un centro sanitario. Pues ahí tenían dos opciones. Una, o reforzar el personal sanitario mañana, tarde y noche o... o mandar a la gente a casa. Y optaron por mandar a la gente a casa, pero por... por... o sea por por una cuestión económica.

Entrevistadora: Vale... vale, perfecto. Y para finalizar del todo, no sé si tú en los años que estuviste trabajando notaste algún cambio que no hayamos hablado en la evolución de las

comunidades terapéuticas, algún cambio que se diese a lo largo de los años en ese proceso de... de adaptación a nuevas situaciones, nuevas demandas por parte de los pacientes, de manera general...

Psicóloga: Hombre, yo he notado que según iba pasando el tiempo ehh las.. las comunidades terapéuticas pasaron a aceptar ehh... o sea pasaron a entender que libre de drogas ehh también ehh incluía... o sea que era... significaba más ehh libre de... drogas de mercado... de la droga porque empezó a aceptar la metadona ¿vale? y a personas muy medicalizadas. Ehh se redujeron los tiempos de tratamiento, ¿vale? Ehh se rebajó la exigencia del acompañamiento familiar... se ha ido rebajando... pues por los cambios de la sociedad. Ehh del tipo de tratamiento también porque cambia el perfil... del consumidor ¿vale? ahí hay... ehh personas más jóvenes ehh que las que... o sea que... el... el abanico de edad es mucho más amplio de lo que había en un principio. Ehh... también de... de ancianos eh, porque antes no teníamos ancianos y ahora hay ancianos. Ehh... ehh... a ver... bueno personas con metadona y con tratamientos psiquiátricos fuertes, ehh... mmm reducción del tiempo, reducción de la intervención familiar, ehh amplía el abanico de edad... En estos momentos hay personas ehh sin acompañamiento familiar en las comunidades terapéuticas y en concreto hay gente que va a la mañana en su coche y se marcha a la tarde en su coche... o sea impensable hace 25 años porque a la comunidad terapéutica se iba... a... a tener ese momento de... personal pues para uno mismo, de desarrollo...

Entrevistadora: Vale, pues perfecto. ¡Muchas gracias!

Anexo 6. Transcripción de la entrevista al centro Paul Enea.

Entrevistadora: Vale pues el objetivo de la entrevista es conocer la situación de la... comunidad terapéutica hoy en día y en los últimos años y como ha ido pues un poco evolucionando. Primero para saber de qué espacio de se están recogiendo los datos, querría saber cuánto tiempo llevas trabajando aquí y qué puesto has ocupado en este tiempo.

Psicólogo: Vale. Yo entré aquí se puede decir en el... en el año 2001. 2001 ingreso en comunidad en calidad de psicólogo del tratamiento, quiere decir que en la... en un primer momento ingreso como... un trabajador de la comunidad de terapeutica como psicologo y lo que hago es el seguimiento individual y grupal de una serie de casos asignados a la propia estancia dentro del recurso. Y... ¿podemos hablar del perfil de estos pacientes? ¿Te parece que hablemos del perfil de estos pacientes?

Entrevistadora: Sí, sí. Ese es uno de los puntos a tratar para ver la situación actual ahora y antes, de cada uno de los puntos.

Psicólogo: Ah vale, pues te cuento primero mi historia y luego voy... entramos a esto. Es en el dos mil... 2006 donde... cojo el rol de coordinador de la comunidad terapéutica con la función específica un poco del trabajo de la línea de gestión de la comunidad terapéutica, de sus objetivos, en la línea más terapéutica, ¿no? Dentro de un equipo multidisciplinar formado por en este caso psicólogos, educadores, ehh trabajador social y... en ese momento no tenemos más, en 2006. Fundamentalmente psicólogos educadores y orientadores laborales. Y... cojo la responsabilidad de... de la comunidad terapéutica en el equipo directivo en 2020. 2020 que formo parte del equipo de... directivo de Fundación Gizakia y ya soy responsable del recursos residenciales de la misma. Y un poco el objetivo ya no es solo dar atención a la comunidad terapéutica sino formar parte del equipo directivo de las líneas de... en la línea de adicciones de la entidad. Y entonces marcar líneas, coordinar con estancias, bueno pues un poquito todo lo que tiene que ver con la dirección de la parte de asistencia, de la parte de adicciones de Fundación Gizakia. Y este es el recorrido más o menos personal. 2001, 2006 y 2020 como responsable de... de la parte de adiciones, residencial y bueno de las líneas de trabajo residenciales. Vale, el recorrido a nivel...

Entrevistadora: Vale. Eso es, el primer punto sería eso, el perfil de las personas... de las personas atendidas. El género, la edad, la sustancia consumida...

Psicólogo: Vale, pues en 2001 partimos de una base donde el gran número de pacientes que ingresa en la comunidad son heroinómanos, o sea la sustancia mayor es la heroína. Están por detrás la cocaína. La vía fundamentalmente es fumada y... endovenosa. Y... en la cocaína igual ehh fumada y... y mezclada con heroína. Es un poco el perfil tipo. Son pacientes de

mediana edad, bueno de mediana edad... más bien jóvenes son paciente entre 25-35 años ehh con un perfil muy homogéneo. Que esto ¿qué quiere decir? Pues con unas problemáticas muy similares todos ehh consumo de heroína, situaciones un poco... deli... que... y todas las patologías asociadas donde tiene valor un poco a nivel... biológico todo el tema VIH, hepatitis C como... dentro de lo biológico lo más relevante y... todo el trastorno adictivo. Y luego las patologías orgánicas asociadas donde... pues he dicho el VIH y hepatitis C y sin las problemáticas mentales asociadas. Quiere decir que nosotros en un primer momento la comunidad terapéutica no iban todas las personas que estaban en... dentro de la entidad a atendidas sino aquellas personas que hacían un trabajo específico para ingreso en comunidad terapéutica con un objetivo muy claro por encima de todo... será el... mantenimiento de la abstinencia, una recuperación de la abstinencia total y... el objetivo era ese fundamentalmente, ¿no? El perfil es homogéneo porque... porque casi todos son hombres, casi todos están entre 25-35 años, hay muy poquitas mujeres, hay... una media de... pues podría decir que el 10% de las mujeres, de aquellas 40... 35-40 plazas el 10% son mujeres y la mayoría son hombres pues de esta edad, con esta problemática y en situaciones familiares pues muy similares ¿no? Pues con... problemáticas familiares destinadas a... y destinadas, con ehh con mucho problema con... con la parte más delincencial o más asociadas con conductas violentas dentro de la delincuencia fuera de casa. No existe la violencia... filiofamiliar si no existe la violencia intrafamiliar... fundamentalmente también con un perfil de... padres con una problemática de alcohol importante, sobretodo generalmente la figura del padre. Y esto es un poco el perfil.

Entrevistadora: Vale, y en estos 20 años ¿cuáles son los cambios que se han...?

Psicólogo: Claro. Primero esto deja de tomar una... el heroinómano deja de... de ser el... perfil mayoritario de personas que acceden a tratamiento y empiezan a... a acudir a tratamiento consumidores de múltiples sustancias, donde... lo más relevantes son las sustancias psicoactivas y en ellas pues la cocaína empieza a tomar un... un momento importante. Ehh el cannabis, el alcohol... los ehh... las sustancias como el speed, el cristal etc. etc. Quiere decir que empiezan a aparecer consumidores o multiconsumidores o multi... o personas que consumen múltiples drogas que van más alejadas a... al perfil del heroinómano donde la heroína empieza a ser cada vez un consumo menos significativo en la comunidad terapéutica y donde lo que es más significativo es este policonsumo. Y a partir de aquí... esto ha sido una evolución constante ehh podríamos decir... desde... 2005 en adelante... hasta el punto actual donde ahora mismo podríamos decir que... los mayores consumidores de sustancias son el... la población atendida son consumidores de cocaína,

consumidores de un patrón cocaína-alcohol y... o alcohólicos. Y donde el consumo de otras sustancias como anfetaminas, como speed, como... forman parte generalmente de en este caso de consumidores mujeres muchas de ellas y donde... aparte del consumo de estas sustancias ilegales, bueno alcohol es legal pero... empieza el consumo de... o bueno el abuso de psicofármacos o la adicción a psicofármacos como última problemáticas más... más general en todas estas personas ¿no? Y... y cuando es un poco otro hito, ¿no?, yo creo que a partir de 2005 este tipo ya más heterogéneo, más variado, con más trastorno mental... Es en 2013 cuando... por circunstancias de la entidad ehh la fu... la red de salud mental de bizkaia se convierte en el derivante de todos los paciente de la comunidad terapéutica donde nos encontramos el perfil actual ¿no? El perfil actual es el de personas... con un trastorno adictivo con un trastorno mental... asociado, generalmente moderado con una severidad moderada, con problemáticas de consumo de sustancias psicoactivas o alcohol y... con... ehh... una variabilidad en sus circunstancias personales muy grande. Entonces ahora mismo nos encontramos con un... si en 2001 era un perfil muy homogéneo de personas, en 2022 es un perfil tremendamente heterogéneo, tremendamente... ehh variable y que de alguna forma lo que era... conformaba un grupo de comunidad como muy estable, muy homogéneo, con un... con un estilo tratamental... pues realmente... muy personalizado pero muy grupal a un perfil, a unos itinerarios específicamente diseñados donde existen un perfil de... población atendida muy diferentes y donde se establecen distintos itinerarios que van en concordancia que se van creando en la misma. Y ahora mismo podemos decir que tenemos una comunidad donde hay pues... tres claros perfiles de tratamiento. Yo diría... por separar hombre y mujeres, ¿no? En hombres estaría... hombres con un trastorno mental grave que ocuparía más o menos el 30%, con un trastorno de personalidad que ocuparía otros 30% o 40 y con un trastorno de conducta que ocuparía el otro 30-40%. A partir de aquí ¿qué más nos encontramos? Consumidores fundamentalmente de coca más alcohol, de anfetaminas y de cannabis. Y de alcohol puro que coincide con los trastornos mental grave, con un desarrollo de la problemática más de... deficit cognitivo, deficit más relacionados con el deterioro cognitivo de la... de la sustancia de consumo y... el resto pues tiene que ver más con este nuevo perfil. Y en mujer nos encontramos... dos tipos, ¿no? Aquellas mujeres que presentan un trastorno de personalidad, generalmente un trastorno de inestable, emocionalmente inestable de la misma y con mujeres con un... deterioro cognitivo debido al consumo de alcohol y psicofármacos ¿no? Es un poco los dos perfiles de mujeres con los que nos estamos encontrando. Es verdad que ahora en prisión, empieza a acudir un perfil más antisocial, más cluster B de mujeres, que estamos viendo sobre todo coincidiendo con mujeres jóvenes y que

en principio está generando un población atendida pues... bastante importante sobre todo en recursos penitenciarios y que de alguna forma acuden a tratamiento. Y eso sería un poco el perfil de personas que nos estamos encontrando. La variabilidad es importante y... y la heterogeneidad es importante. A nivel familiar, nos encontramos allí por el inicio del siglo con familias muchas familias que acompañaban a los procesos... evidentemente el recorrido de todas estas.. ehh personas que han estado por distintos lugares hacen que las familias en muchos de ellos se hayan pues... pues desapegado o hayan... hayan mantenido una distancia que de alguna forma no implica un... el acompañamiento dentro del seguimiento y donde ahora mismo es más difícil de coger a esas familias dentro de los tratamientos y de aparecer que es lo que anteriormente las familias estaban implicadas, estaban emocionalmente estando etc. etc. Y las problemáticas que nos encontramos pues son muy diferentes ¿no?, mientras nos encontrábamos una problemática pues más de trastorno adictivo, nos encontramos con una problemática donde el pre... lo preponderante es el trastorno mental asociado. Y eso es un cambio, el gran cambio de las comunidades terapéuticas donde antes lo más relevante era el trastorno adictivo y ahora donde lo más preponderante es el trastorno mental asociado a ese trastorno adictivo. ¿Y esto tiene que ver con que el... los consumidores de sustancias ahora presentan mayor patología? Posiblemente no. Tiene que ver con que de alguna forma la sociedad ha entendido a las comunidades terapéuticas como el recurso donde poder ser atendidos e ingresar de la mejor manera posible a aquellas personas con un trastorno mental asociado más el consumo de sustancias. Y posiblemente ehh el otro perfil que anteriormente había el del trastorno adictivo severo clave pues ehh se atiende en otros recursos que de alguna forma no son los de... internamiento dentro de la comunidad. Es por eso. Podríamos decir que de la población atendida ahora mismo dentro de la red de salud mental yo te diría que el 10% de las personas están o son susceptibles de tratamiento en comunidad terapéutica mientras que antes evidentemente eran muchos más los que se podrían hacer o... podíamos hacer... planteamientos en comunidad terapéutica. Ahora mismo yo entiendo que un trastorno adictivo grave, severo... se le ofrecerían muchas otras alternativas antes que asumir un tratamiento de comunidad terapéutica. Y el otro gran cambio es la edad de inicio de tratamiento. Mientras que históricamente los 25 era una edad muy potente para... de los 25 a 35 era una edad muy inicial para... para... hacer un tratamiento... ahora las edades se van retrasando y... las problemáticas asociadas pues lógicamente se van aumentando pues porque en la medida que la adicción no ocupa un... un lugar preponderante en los tratamientos pues lógicamente esto va... va normalizándose socialmente y las personas se... definen un problema mucho más tarde de lo que definirían antes un problema. Y en esto no encontramos

con pacientes más mayores, con mayor problemática, mayor recorrido del consumo de sustancias y... y con un trastorno mental asociado más grave. Un poco desde el 200 hasta el 2022 que estamos ahora.

Entrevistadora: Vale, entonces entiendo que con el cambio de perfil la comunidad se habrá ido adaptando. Por ejemplo, los criterios de admisión y exclusión. No sé si lo que estás comentando de las psicopatologías ha sido algo que siempre se ha admitido o ¿qué cambios se han dado en ese aspecto?

Psicólogo: Las comunidades se han tenido que adaptar lo que dices tú, las comunidades se han tenido que adaptar al perfil de las personas que ingresaban y si bien antes no eran criterios excluyentes puramente los trastornos mentales asociados pues porque es verdad que lógicamente la patología dual no es un invento, no es un denominación muy anterior pero ha habido patología dual en las comunidades terapéuticas desde el inicio pero sí que es verdad que el trastorno mental grave era excluyente de la comunidad terapéutica y ahora pacientes con un trastorno mental grave más un trastorno adictivo son muchas las que están comunidad terapéutica y lógicamente la metodología de la comunidad terapéutica se ha tenido que ir adaptando a estos nuevos perfiles que históricamente eran excluyentes. Y bueno pues todo esto ha repercutido en que... lo del tratamiento psicofarmacológico que empieza de seguido dentro de la comunidad terapéutica allá por el... allá por el dos mil... ocho, con un médico psiquiatra, antes era impensable porque era innecesario. Quiero decir porque el filtro que suponía ehh a estos los recursos de adicciones de antes hacía que a las comunidades terapéuticas no acudieran estos incluso se deaconsejaba el trastorno mental grave dentro de la propia comunidad terapéutica pero por carácter metodológico no porque no pudieran ser, sino porque era una metodología muy diferentes a la que actualmente estamos y donde pues seguramente antes el grupo, el sistema terapéutico era mucho más relevante y... era más homogéneo que lo que tenemos ahora donde... el grupo se convierte... en un sistema de cuidado pero que no tiene características tan persecutorias tan perseguidoras como eran antes donde el grupo era un sistema muy... pues muy potente dentro de los apartados de comunidad terapéutica y ahora mismo se individualiza mucho más, se personaliza mucho más, se crean itinerarios mucho más especializados, se abre un pleno batería de herramientas, de grupos, de talleres, de programas que están específicamente diseñados para cada... para cada diagnóstico clínico podríamos decir.

Entrevistadora: Vale, has hablado antes del equipo, entiendo que esto también ha cambiado, ¿no? O sea los profesionales que forman parte del equipo...

Psicólogo: Efectivamente. El médico psiquiatra formado es indispensable, los psicólogos pues ehh cuando yo entré éramos... tres pues... es verdad que ahora somos cuatro pero los psicólogos forman parte del tratamiento psicoterapéutico, quiere decir que históricamente ehh si bien todas las personas que ingresan en comunidad tienen una persona de referencia... las... la división de tareas psicoterapeuta, educador... de proceso, educador de ambiente... trabajadora social, enfermería son figuras que se han ido incorporando a lo largo de estos años dentro de este equipo multidisciplinar pues porque era necesario para... hacer el tratamiento integral de las distintas áreas que se proponían y desde ahí... y no olvidemos la asesoría jurídica que es verdad que siempre está presente, pues en este momento muchísimo más.

Entrevistadora: Vale. Luego estabas comentando antes un poco la metodología de... de trabajo, no sé si se sigue alguna corriente en concreto o si eso ha ido cambiando...

Psicólogo: A ver, sí evidentemente. Mientras la corriente actu-anterior... a ver nosotros tenemos una parte muy... de Progetto Uomo que nace... en... en Italia y que de alguna forma es Maxwell Jones, esa metodología un poco pues más basada en las comunidades terapéuticas en ese modelo pues lógicamente donde los grupos tenían un fuerza importante, aprendizaje grupal, el carácter sistémico... Yo creo que a medida que la especialización de las comunidades terapéuticas en el trastorno mental asociado a la... al trastorno adictivo pues hace que los profesionales que acuden al mismo tengan que... tengan que ser de esa historia, de esa índole ¿no? Fundamentalmente nuestra... nuestra experiencia en grupos tiene más que ver con la parte grupal, con la parte grupal psicoanalítica donde la gran mayoría de profesionales de la entidad está formado desde ahí, donde... es verdad que el grupo es un factor muy potente todavía dentro de las comunidades terapéuticas pero no el grupo grande donde se trabaja con todos, sino los grupos ya especializados en determinados trastornos, en determinadas conductas, en determinadas gestiones emocionales y en donde los grupos pequeños ahora mismo forman gran parte del trabajo de la comunidad terapéutica y además están muy diseñados dentro de los itinerarios de cada uno. Por lo tanto se ha hecho una especialización de los grupos en función de las características de los pacientes y... se les asigna un proceso de selección a cada paciente de grupo para que pueda discurrir por la comunidad terapéutica, no todos haciendo los mismo espacios terapéuticos y no todos haciendo los mismo espacios grupales, lógicamente.

Entrevistadora: Vale, por ese... en ese sentido, los grupos... ¿Qué tipo de grupos hay? Tanto terapéuticos como los que no son terapéuticos.

Psicólogo: Ahora hacemos... hacemos grupos de gestión emocional... hacemos grupos de profundización con trastorno mental... grave, bueno de profundización con trastorno de personalidad, con trastorno conductual, grupos psicoeducativos con trastorno mental grave, donde la adherencia al tratamiento... todo lo que tiene que ver son en manejo de la ansiedad, todo el manejo que tiene que ver son síntomas previos a la enfermedad etc. etc. pues son más potentes. Están los grupos de mujeres donde de alguna forma la especificidad en el género nos ha permitido hablar del binomio maltrato-adicciones, y a partir de aquí desde el 2000 nos fuimos... fuimos especializando con las mujeres el tratamiento porque veíamos que evidentemente la variable género era fundamental en... en... no solo en la génesis sino en el desarrollo y en las consecuencias de la addicon y veíamos que teníamos que adecuar nuestra intervención a esas mujeres que acudían a tratamiento, que acudían en muy poquita... volumen porque seguramente no estábamos ofreciendo a las mujeres la... el tratamiento que ellas precisaban o que necesitaban. A partir de ahí creamos grupos de mujeres, especializamos la intervención con ellas, especializamos el lenguaje, especializamos la intervención a nivel global de la comunidad porque es una línea transversal dentro de la misma. Y no solo hemos hecho grupos, hemos hecho indicadores... bueno eso lo comentaré más tarde. Y... por seguir con grupos... Están los grupos de socialización o de programación de fin de semana, todo lo que tiene que ver con ocio y tiempo libre, y luego estan los grupos o talleres específicos de sexo seguro, prevención de recaídas, etc. etc. Y seguimos manteniendo dos grupos medianos, o dos grupos... sí, medianos porque son de 40 personas en donde intentamos volcar temáticas relacionadas con las acciones, con el propio proceso de comunidad terapéutica para... para el continuo de los paciente, para todos los pacientes, pero que en ningún caso forman parte más bien de introspección sino que forman de grupos psicopedagógicos donde poder hablar de determinadas temáticas relacionadas con el consumo, con el propio tratamiento o... temáticas de enfermedad mental, adicciones etc. etc... hábitos saludables etc. etc.

Entrevistadora: Además del trabajo terapéutico... ¿Se ofrecen actividades de ocio? Ya sea el fin de semana o entre semana... ¿Y opciones educativas para formarse estando dentro de la comunidad?

Psicólogo: Claro, dentro del trabajo integral de la comunidad terapéutica... Claro, es importante lo que dices. Fundamentalmente lo que hemos estado hablando ahora es de la parte más psicoterapéutica, ¿no? Pero la comunidad terapéutica tiene que tener... tienes que tener en cuenta que todo se engloba al mismo nivel. La parte psicofarmacológica o de... o biológica, con la parte psicológica o la parte social tiene que ir... tiene que ocupar el mismo

nivel ¿no? Y a partir de ahí todo tiene la misma trascendencia, la intervención tiene que ser transversal en todos los sitios y además tiene que ser al mismo nivel. Entonces la parte social es una parte muy importante dentro de la propia comunidad. Ten en cuenta que la... la metodología de comunidad terapéutica requiere que haya una residencialidad, pero requiere fundamentalmente la participación activa de la persona usuaria, la participación en la vida comunitaria, la participación en las tareas y si algo tiene es la parte más social ¿no? donde de alguna forma se le prepara a... a la persona en un hábito de vida, en una disciplina, en un ritmo de vida que le permita luego cuando salga fuera pues ordenar un poco toda su historia personal. Y la parte social empieza desde... las tareas asignadas desde el inicio de la misma, durante todo el día, hasta el deporte, hasta todo lo que tiene que ver con el ocio y tiempo libre donde cada uno de los educadores del fin de semana pues se encarga una actividades más... basadas en el ocio, en el tiempo libre, en la socialización, en la actividad deportiva, en... en talleres de ocio, en lectura, en... en cuestiones que de alguna forma permitan a las personas usuarias que esa parte que es la parte social/ocupacional, pues ocupe un papel tan importante como la psicoterapéutica o como la psicofarmacológica porque sino de alguna manera quedaría todo... pues... si no hacemos todas las patas de la... de la mesa pues... pues el vínculo se rompería, uy el vínculo no, la estabilización se rompería.

Entrevistadora: Vale. ¿Y el aspecto educativo o laboral se trabaja?

Psicólogo: Ah bueno claro. Y luego está la parte de formación para el empleo que desde comunidad terapéutica ya por 2018 los talleres ehh, bueno los talleres... los programas formativos de Lanbide en vez de hacerlos en... en las instalaciones de Deusto empezaron a hacerse en las instalaciones de Gordexola y entonces alguno de nuestros paciente de comunidad terapéutica que están en la misma se pueden beneficiar de los programas formativos de Lanbide dentro de la propia comunidad terapéutica a las tardes, ¿no? Y eso supone también otro hito, es decir que la parte formativa se integre dentro de los tratamientos a nivel además ehh social quiere decir que comparten formación con otras personas que no vienen... que no tiene un problema de adicciones sino que vienen de sus lugares de origen y que de alguna forma comparten esos temas de socialización, de habilidades social y de... de formación que para nosotros son fundamentales claro. Sí, sí, muy importante esta parte formativa tanto para el empleo también, como para la parte... para seguir formándose porque algunos de nuestros pacientes jóvenes pueden necesitar también esa parte más formativa.

Entrevistadora: Vale. Relacionado con el aspecto... la comunidad se entiende que es un recurso bastante estructurado, entonces la estructura de comunidad... ¿cómo funciona? ¿qué roles hay dentro de ella? ¿cómo es el día a día?

Psicólogo: Sí, bueno yo creo que se asignan una serie de funciones ehh a cada... a cada... persona de la casa, a cada paciente de la casa, a cada persona usuaria y dentro de esas funciones fundamentalmente están tres rangos de asignación de tareas, ¿no? Están lo que propiamente están en el propio sector y están dedicándose al... a la... parte más... ehh menos administrativa, a la parte más relacionada con el trabajo, con la... con la propia tarea en cuestión. Luego están aquellos que están en la parte más administrativa que es la supervisión, no tanto supervisión sino la coordinación de las tareas asignadas para cada uno de los que están ahí funcionando y desempeñando la... el... el... lo diré... el sector en el que están. Y lo que tiene que ver es que con la... dentro de la propia gestión de la comunidad terapéutica se establecen una serie de trabajos para la gestión de la misma que van relacionados con la cocina, la lavandería, la limpieza, la administración, el mantenimiento y una huerta que el objetivo es suministrar alimento para la cocina. Y eso es un poco lo que se asigna por sectores. Y luego estaría por último el sector de coordinación que es un poco la... la coordinación de la casa. Nuestra tarea más educativa en este caso es supervisar todas las tareas, resolver los conflictos que surjan, aprender a organizarse, aprender a prever los imprevistos, a prever... a prever un poco la organización del día a día etc. etc. que esa sería la tarea fundamental del equipo más educativo o social, de ambiente diríamos aquí.

Entrevistadora: Vale. En la bibliografía uno de los aspectos que también se menciona como uno de los cambios que se ha dado en comunidad es la duración del proceso terapéutico. ¿Cuál es la duración actual y cómo funcionaba antes? ¿Hay etapas dentro del proceso?

Psicólogo: Sí, a ver es verdad que la... que los pacientes, la sociedad pide respuestas más rápidas y en menos tiempo. Eso es una realidad. Ehh la sociedad es mucho más impaciente en conseguir los resultados y nuestros pacientes son mucho más impacientes en conseguir los resultados y en conseguir pues eso, el ritmo de esta sociedad no da espacio a la tregua ni da espacio al descanso y no da espacio a pararse a pensar, no están acostumbrados y están... no da espacios a actuar. Y mientras cuando yo empecé... la estancia media en comunidad terapéutica eran 9-10 meses, allá por el 2000, la estancia media actual ehh de tratamiento sería un horizonte de 6 meses, ¿no? Por lo tanto, queremos evidentemente ehh que esto ha cambiado un poco los objetivos ¿no? Si antes era un tratamiento mucho más... ehh más dedicado a la recuperación y mantenimiento de la abstinencia, ahora está muy arraigado a la estabilización del trastorno adictivos y a la estabilización de trastorno ehh psicológico ¿no? o psiquiátrico ¿no?. Y a partir de ahí nuestra... tarea no consiste tanto en hacer un ensamblaje tan grande como se hacía antes o tan que abarcaba tantos hábitos como se hacía antes desde la preparación sino ahora lo que hacemos es un poco la estabilización, todo lo que tiene que

ver con la recuperación de la parte adicti... de adicciones, que el paciente deje de consumir y estabilizar la... la sintomatología psiquiátrica que es un poco el objetivo ahora fundamental de esta proceso actual. Bueno, es un poco lo que nos demanda también la sociedad y es un poco lo que estamos haciendo ahora también. Tratamientos más cortos, intentamos que sea evidentemente mucho más eficaces y con una necesidad de trabajo en red mucho más importante de lo que había antes pues porque entre otras cosas porque hay mucha más red y se nos permite. y partir de ahí se hacen las historias.

Entrevistadora: Vale. Y respecto a las normas y sanciones y así ¿hay...? ¿Ha habido muchos cambios desde el principio hasta ahora o más o menos se han mantenido igual?

Psicólogo: No, no. Las normas yo creo que los límites de la comunidad siguen siendo los mismos, sigue teniendo validez el... el... el no consumo de sustancias dentro del propio recursos ni trapicheos de las mismas ni... sigue teniendo validez la no violencia como física como verbal directa, es decir la amenaza directa y sigue teniendo validez todo lo que tiene que ver con el establecimiento y mantenimientos de relaciones afectivos sexuales. Son criterios que de alguna forma hacen que... que la persona no avance en su proceso. Pues si de alguna forma... no creamos un ambiente seguro libre de drogas, no creamos un ambiente seguro libre de violencia, ¿no? Y si no... y si permitimos los subgrupos que crean las relaciones afectivo sexuales en donde estás más pendiente de lo que le pasa a mí... a mi pareja a la que estoy empezando a sentir, más que lo que me pasa a mí con este trastorno de dependencia emocional que... es evidente está en el 90% de los casos atendidos, pues de alguna manera si no somos capaces de solventar estos problemas pues difícilmente vamos a poder solventar los problemas reales que tienen nuestros pacientes ¿no?. Y creo que el tema de la violencia sigue siendo... evidentemente un tema que no está permitido en la comunidad, el uso de la misma. El tema del espacio libre de drogas y... y... la... el mantenimiento de las relaciones afectivo sexuales.

Entrevistadora: Vale. Y respecto a las sanciones... En relación con la siguiente pregunta que son los tipos de altas... ¿Ha habido cambios?

Psicólogo: Siempre lo mismo. Quiero decir que nosotros ehh solo requerimiento de estas tres cuestiones sería un alta disciplinaria, un alta por cese y normalmente ponemos de 1-2-3 semanas depende de la gravedad del hecho. Más de tres semanas no ponemos y... bueno pues está entre... entre... 3 días y... 21 días que son un poco las sanciones antes estas cuestiones. Desde luego lo que tiene que ver con las sanciones tiene más que ver con una individualización de cada caso, de ver el... pues todas las áreas que hablábamos antes de todo el modelo biopsicosocial, pues darle importancia al modelo biológico, al modelo psicológico

y al modelo social para poder entender cuál ha sido la conducta disruptiva y a partir de ahí emitir una serie... de respuestas que permitan de alguna forma ehh que el paciente pueda entender que... desde luego no le coloca dentro ese tipo de conductas desadaptativas pero que tampoco le coloca fuera del todo, sino que puede de alguna forma recuperar, restituir al grupo lo dañado anteriormente. Y es un poco lo que hablamos.

Entrevistadora: Vale. Y además del alta disciplinaria, ¿qué otros tipos de alta existen?

Psicólogo: Estaría la terapéutica, la voluntaria, la disciplinaria y la derivación en aquellos pacientes que de alguna forma vemos que durante los primeros meses el recurso de tratamiento no es el más adecuado o porque el paciente no lo... no lo demanda o no lo acepta o porque realmente la... la gravedad de la sintomatología que presenta pues nada tienen que ver con una problemática de adicciones sino que tiene que ver con otras cuestiones más preponderantes que pueda ser el trastorno mental grave pues donde de alguna manera ehh pues debido a la gravedad de la patología psiquiátrica pues no aconseja un tratamiento en comunidad terapéutica sino otro tipo de tratamiento menos intenso y... y más a largo plazo, con menos intensidad y menos exigencia. Porque no olvidemos que la comunidad terapéutica es un recurso de alta intensidad con media-alta exigencia.

Entrevistadora: Vale. Relacionado con la alta por derivación, tanto en el final del proceso como a lo largo del proceso se trabaja entiendo con otros recursos sanitarios o educativos o de vivienda... ¿Cómo es este trabajo? ¿Siempre se ha trabajado con otros recursos?

Psicólogo: A ver yo creo que... Claro la coordinación, a ver la coordinación siempre se ha hecho lo que pasa que es verdad que allá por el 2000 los recursos con los que te coordinabas eran muchos menos que los que te coordinas ahora ¿no? La coordinación se inicia desde el principio. Los pacientes que llegan a la comunidad terapéutica llegan desde la red de salud mental de bizkaia ¿no?, desde los CSM, desde los módulos psicosociales y desde los hospitales psiquiátricos. Por lo tanto la primera coordinación es necesaria porque tienes que coordinarte con la red de salud mental para todo el... todo el apartado, toda la historia más clásica. Y esta coordinación es constante durante todo el proceso, ahí no hay ninguna duda. En muchos casos aparece... diputación, el departamento de inclusión para aquellas personas que... con... con una valoración de alta exclusión, con una valoración de exclusión o con... con una valoración pendiente de exclusión pues también tienes que coordinarte para que estas personas puedan posteriormente al alta pues encontrar un recurso residencial de tratamiento que les pueda... les pueda ayudar a solventar esta problemática. Y luego todo está con... y todo el trabajo de coordinación pasa también por la parte de... gestión de ayudas, administrativa y... todo lo que tiene que ver son las prestaciones, con los subsidios, con la

RGI, pues con todas la ayudas de emergencias que esta parte te coordinas con los servicios sociales de base. Además de eso la comunidad nuestra se coordina con instituciones penitenciarias a través de la asesoría jurídica y con los servicios vascos de gestión de penas a través de pues todos los cumplimientos alternativos o todas las modalidades de cumplimiento alternativas que pueden ejercer en la comunidad desde los trabajos en beneficio de la comunidad a las localizaciones permanentes y... generalmente son solo dos, las dos figuras más relevantes dentro de... de estas medidas alternativas de tratamiento.

Entrevistadora: Vale, perfecto. Respecto a las relaciones hemos hablado ya del papel de la... de la familia en el proceso y de las relaciones sexo-afectivas, pero las relaciones entre... entre las personas usuarias o residentes...

Psicólogo: Sí, es muy importante. A ver el grupo de comunidad es muy importante, es el... es el escenario contenedor donde se va a poder vislumbrar la problemática del paciente y donde va a desarrollar pues la vida dentro de la propia comunidad. Y a partir de ahí pues hay que tener en cuenta que en ese grupo aparecen todas las conflictivas relaciones del paciente con... con sus... con sus iguales y... y se van a ver y van a aparecer todas las conflictivas intra e interpersonales que tiene su historia. Entonces a partir de ahí el grupo es fundamental, quiero decir que trabajar en un grupo donde... hay tanta variabilidad es muy importante que el grupo tenga muy claro que se tiene que convertir en un elemento... ehh también psicoter... o terapéutico perse. Y... hay que trabajarlo y hay que introducir medidas que permitan que de alguna forma el grupo tenga elementos donde... donde poder ser terapéutico ¿no? Entonces pues lógicamente al grupo hay que formarle para que... y hay que formarse con él para que... no existan ni los chivos expiatorios, ni el acoso ni el bullying, ni... ni la violencia, ni el abuso. Y a partir de ahí el grupo tiene que ser un elemento donde la libre comunicación surja, donde los... los pacientes se puedan sentir en un entorno seguro y donde puedan desarrollar su proceso psicoterapéutico y educativo de una manera segura, estable y tranquila, Por lo tanto el grupo tiene un elemento importantísimo porque es el escenario fundamental donde se van a desarrollar las cosas, donde van a aparecer los conflictos de los pacientes y donde van a poder ser primero identificados y posteriormente tratados... analizados y tratados.

Entrevistadora: Vale. Por ir terminando vamos con algunas de las últimas preguntas. La financiación de la comunidad terapéutica... ¿Cómo funciona ahora? ¿Ha habido muchos cambios?

Psicólogo: Ha habido muchos cambios. Desde luego ahora... es el servicio vasco de salud el que financia la comunidad terapéutica y ahora mismo pertenecemos a salud. Posiblemente la comunidad terapéutica siendo un espacio sociosanitario pues a la larga sería uno de los...

de... de los espacios a poder plantearse como espacio más fundamental dentro de la financiación pero en este momento nosotros permanecemos a sanidad y... y la financiación es de salud y paga un precio/plaza.

Entrevistadora: Vale. Y por último, ¿hay algún otro cambio que no hayamos mencionado que se haya podido dar? ¿Cómo se vivieron estos cambios desde dentro de la comunidad? ¿En algún momento se ha visto peligrar el recurso?

Psicólogo: Sí. Yo creo que a ver... yo creo que la comunidad terapéutica siempre tiene una crítica ¿no? Que es que la comunidad terapéutica no se adapta a la sociedad ¿no? Y... muchas veces yo creo que... que siempre se ha pensado que las comunidades terapéuticas son departamentos estancos donde las personas van y siempre hacen lo mismo, ¿no? Claro, esto es uno de los mayores problemas que tiene la comunidad que... que la comunidad o se adapta al modelo social actual persistente porque los pacientes vienen de este modo social o la comunidad terapéutica no va a existir. Y siempre han surgido dudas sobre lo mismo ¿no? Han surgido muchas dudas sobre si... si necesitamos aislar a estos pacientes para poder trabajar con ellos y para poder luego... que se puedan insertar dentro. Lo que está claro es que hay pacientes que... que si no tienen un parón, que si no tienen un freno, sin un momento de análisis y un momento terapéutico les permitiría frenar y... y contener el... el trastorno adictivo y trastorno mental asociado, desde luego muchos de ellos terminarían con... con intentos autolíticos como muchos de ellos están ahora mismo ¿no? Ehh no es infrecuente encontrarnos con muchos pacientes donde la conducta autolítica ha sido grave pero me atrevería a decir que más de un 60% de los pacientes que ingresan en comunidad en algún momento de su vida... han planteado un intento autolítico serio. Y... y desde luego si no tendrían lugares donde parar y contener todo ese... ese torrente de... esa vorágine del trastorno adictivo, pues no lo podrían hacer en otro sitio. Quiero decir que muchas veces nos empeñamos en que lo puedan hacer en... en situaciones donde no lo pueden hacer, ya sea porque... han perdido todo, porque no tienen nada, porque su familia es un mermante estructurante o porque realmente en ese proceso adictivo no hay un final ¿no? Y yo creo que las comunidades terapéuticas sirven para... para que en ese momento poder contener a... a... a estos pacientes, poder ehh entender y construir un relato que les permita entender y entenderse a ellos mismos, que les ha sucedido y porque han llegado hasta ahí, poder establecer una serie de estrategias de afrontamientos diferentes a las que han tenido hasta ahora ¿no? Y una de las críticas era que no se adaptaba pero es que es imposible no adaptarse en una comunidad terapéutica. Es imposible porque los pacientes llegan de la sociedad, no llegan de... de un lugar aislado y los pacientes nos marcan el propio modo de orden de la

misma, y... y los cambios tienen que ser claramente... visibles porque sino serían visibles no se quedarían ¿no? Si... si nosotros haríamos el mismo estilo social, el mismo estilo de comunidad terapéutica, aquel estilo social de los años 80, no tendría sentido hoy en día pues porque los paciente no entenderían los valores de grupos sociales que actualmente tienen un... que anteriormente tendrían o tenían... ni el modelo educativo, ni el modelo de relación, ni el modelo de nada ¿no? Ni un modelo de relación con los profesionales etc. etc. Y... nos hemos adaptados, nos hemos adaptados los profesionales, se han adaptado y tiene que venir una crisis, cada 5 años 6 años tiene que haber una crisis porque ehh desde luego la sociedad va cambiando y en la medida que va cambiando la sociedad tenemos que plantearnos a ver qué cambios tienen y ahora con las nuevas redes... las nuevas no, la redes sociales ehh pues nos supone otro reto, cómo intervenir con personas donde la comunicación es mucho más potente con el exterior, es mucho más potente con fuera y es mucho más inmediata ¿no? Y donde de alguna manera entre ellos también es una comunicación mucho más rápida ¿no? Y... y nos hemos ido adaptando, y nos iremos adaptando. Y luego los cambios de gobierno, los cambios de administración, los cambios de la financiación, pues todo supone crisis que de alguna forma las comunidades terapéuticas se tienen que ir adaptando a este... a este paradigma totalmente cambiante ¿no? Y luego, claro... ten en cuenta que lo que antes era un modelo muy homogéneo de consumo... de población que consumía sustancias, ahora mismo es un modelo de carácter heterogéneo y los centros derivantes pues ehh son también en su planteamiento diferentes ¿no? Y... desde luego... ehh los objetivos que nos piden los centros derivantes anteriormente a los que nos piden ahora son totalmente diferentes porque el perfil de la población que atendemos antes y ahora es totalmente diferente y el perfil que nos envían es totalmente diferente ¿no? Por lo tanto lo que hemos hecho es permanentemente adaptarnos a lo que... a lo que las demandas sociales nos iban viniendo a través de los elementos intervinientes en la misma. Y estamos en uno de ellos, quiero decir que... y seguiremos estando. ¿Está en crisis el modelo? ¿Y qué modelo no está en crisis? ¿Que tenemos que seguir avanzando? ¿Nos tenemos que seguir... ? ¿Que ahora nos seguiremos adaptando en todo lo que tiene que ver con... con el paciente con un trastorno mental más grave? Pues tendremos que adaptarnos porque es el que... el que nuestros derivantes nos exige, adaptarnos a ese perfil y que este perfil pues... en los trastornos de conducta alimentaria, los trastornos de... adicción al sexo, de compras compulsivas, de juego, pues son trastornos muy evidentes que... que de alguna forma están asociados al los trastornos de de adicciones y que hay que visibilizarlos y hay que poder trabajarlos de manera más específica. Y... y desde lo pues ehh mujer evidentemente el binomio maltrato-adicciones es un binomio

que hay que trabajar de manera integral y de manera conjunta, porque sino de nada sirve ¿no? Y... las comunidades terapéuticas son el único recurso ahora mismo que atiende a mujeres con adicciones por ejemplo, en... en Euskadi. A mujeres con adicciones y maltrato en Euskadi. Porque los recursos de violencia de género cuando manifestaba la mujer un problema de adicciones se les remitía o se les derivaba a otro sitio y el único sitio donde ahora mismo hacemos estos de manera integral siguen siendo las comunidades terapéuticas, que lo hemos hecho siempre, claro.

Entrevistadora: Vale, perfecto. Pues con esto ya habríamos terminado.

Psicólogo: Pues muchas gracias Laura.

Entrevistadora: Muchas gracias a tí.

Anexo 7. Transcripción de la entrevista al centro Kortezubi.

Entrevistadora: Vale, pues si os parece bien empezamos. La primera pregunta sería para conocer de qué época son los datos recogidos ehh ¿Cuánto tiempo llevas trabajando aquí? Y ¿qué puesto habéis ocupado en ese tiempo?

Psicóloga (1): Yo desde 1987. A ver si me dan los cálculos...

Psicólogo (2): Pensaba que de antes.

Psicóloga (1): No, no, no. En el 88 me casé, en el 85 acabé, en el 87 empecé así que 35 años...

Psicólogo (2): Y yo en el 90.

Psicóloga (1): Yo empecé como educadora y luego pasé... aunque de formación era psicóloga, se me homologó como educadora como educadora y... luego pasé a ser psicóloga pero no sé hace cuanto años soy psicóloga... hace ya muchos años que llevo siendo psicóloga pero no me acuerdo cuantos. Y ahora además de psicóloga trabajo también como coordinadora de la... del centro de tratamiento.

Psicólogo (2): Vale y... yo empecé en el 90, estuve unos meses... trabajando de educador y luego empecé a trabajar de psicólogo... hasta... que sería... en el 2000... pasé a ser coordinador de la comunidad y... pues desde el 2012 o así o... 10 no lo sé, ah no igual 10... soy... bueno coordinador y luego director.

Entrevistadora: Vale perfecto, vale. Pues el primer tema a tratar que igual es uno de los aspectos que más ha podido cambiar en la comunidad, sería el perfil de las personas atendidas. ¿Cómo ha ido cambiando desde que entrasteis a trabajar hasta el día de hoy?

Psicóloga (1): Vale, pues cuando empezamos... aunque hay una diferencia de tres años, el perfil es bastante similar, ¿no *nombre del psicólogo*?

Psicólogo (2): Sí.

Psicóloga (1): Era un perfil de... heroinómanos mmm sin diagnóstico dual...

Psicólogo (2): Al menos no identificado.

Psicóloga (1): Eso es, no identificado. No estaba nada identificado. Además, no se trabajaba dentro de... como enfermedad ehh dentro de... de salud mental ¿no?

Psicólogo (2): Y en aquella época, que en esto hay como tres... tres... dos épocas clarísimas. Una empieza cuando comienzan las comunidades terapéuticas aquí que la primera comunidad terapéutica que empieza es el 80 creo, que es Manuene, que es la primera comunidad terapéutica pública del... del Estado, que viene de la... ehh del Gobierno Vasco del centro coordinador de drogodependencias y luego en el 83-84-85 casi a la par surgimos Fundación Etorikintza y Proyecto Hombre que luego fue Fundación Gizakia. Ehh luego... aunque había

problemas de... de alcoholismo de bueno había problema de alcoholismo y había problema de cannabis y había problemas de tal sustancias ehh porque se consumía allí a finales de los 70 comienzos de los 80 salta el “boom” de la heroína y... y cuando se generan las comunidades terapéuticas para responder a ese problema. Y el perfil es muy homogéneo. Es ehh es un perfil de hombres jóvenes, hombres adultos jóvenes, menores de 30 años ehh consumidores de heroína fundamentalmente ehh que no tienen un diagnóstico dual. En aquella época había una clasificación de la... ehh de la adicción digamos o de la toxicomanía que estaba basada en Cancrini con cuatro niveles, no sé si los conoces los...

Entrevistadora: No, no.

Psicólogo (2): Vale, pues era... ehh la toxicomanía tipos 1, 2, 3, 4 y... tenía un componente sistémico, de un análisis sistémico porque el enfoque en aquella época era un abordaje muy sistémico de... ehh

Psicóloga (1): Familia...

Psicólogo (2): Familias sí. Prácticamente otra característica es que todas las personas tenían familia. Pues en el año 90, por lo que yo recuerdo en el año 90 la media de edad del grupo que teníamos era de 25, en el 91 de 26, en el 92 de 27 y así estuvo ehh durante un tiempo creciendo.

Psicóloga (1): Y luego con un perfil de pacientes igual como... a ver con la misma adicción pero a nivel socioeconómico como dos vertientes ¿no?

Psicólogo (2): Sí.

Psicóloga (1): Teníamos la zona de la gente de por aquí sobre todo de costa, del tema de gente con... con posibilidades económicas... y luego teníamos también como gente como más marginal ¿no? Que estaba muy asociado también a... conductas delictivas ¿no? Un poco a la hora de conseguir la heroína ehh era delinquiendo y ya luego surge lo que es el VIH y ya tenemos... un perfil de paciente... con la enfermedad ehh asociada y que se trata un poco también de reducción de daños un poco entonces también sobre todo con el VIH que aquello fue... pues que nadie sabíamos lo que era.

Psicólogo (2): Sí, el tema del VIH ehh hasta el año 95-96 con la conferencia de Vancouver cuando ya se encontró unos tratamientos que consiguen o que se ven que van a conseguir el objetivo de cronificar la enfermedad pero hasta entonces era un trabajo con la muerte, el diagnóstico de VIH significaba... ehh...

Psicóloga (1): Morir.

Psicólogo (2): ... en un plazo de 10 años iba a morir la persona. Y ellos funcionaban así y el trabajo con ellos también iba muchas veces encaminado a eso. En aquella época también otra

característica es que no había metadona. No había metadona bueno, no había comunidades... o sea no había metadona en las comunidades terapéuticas ehh había una pelea con respecto a la metadona en los centros de tratamiento aunque ya había centros que... que... que empezaron a... a darla en los años... en los años 80 aunque no desde el... desde la red de salud mental de Vizcaya, pero había ahí ¿no? Ehh había personas que empujaban por ello desde el tema de la prevención de daños o de la reducción de daños y... Y yo creo que el hecho de que... ehh cuando empieza la metadona también... de alguna forma empieza a darse una solución viable al problema de la... de la heroína ehh porque coincidiendo con eso en cuando en comunidades terapéuticas empieza a disminuir el número de personas que venían con problema de heroína y empezó a aparecernos un nuevo perfil, que era un perfil más ligado a la cocaína y a consumo de alcohol. Aparecen por primera vez ya sobre todo nosotros en los años... en el año 2000 y ahí empieza ya una fase... en las comunidades terapéuticas empieza la metadona en el año 98 ehh... Son personas que consumen... consumen cocaína pero muy en... muy ligados a la heroína, tenemos consumidores de heroína que han pasado a consumir cocaína, pero sobre el año 2000 empiezan a aparecer personas que... que su adicción no tiene que ver... o no tienen en su historia el consumo de heroína sino que ya apareció el problema específicamente con la cocaína o con el alcohol, muy poquito cannabis. Y eso ha permanecido así.

Psicóloga (1): Ahí también... porque es verdad que con la metadona pero incluso la desintoxicación era ambulatoria ehh con medios naturales, había muy poco uso de la medicación psiquiátrica o psicoactiva. Y ahí también a partir de los 2000 se empieza ya a ver lo que es el diagnóstico dual.

Psicólogo (2): No nombraré personas porque están grabando pero yo recuerdo que... en comunidad no había prácticamente medicación, eso también habla de... del perfil que teníamos. Y hay una personas con un diagnóstico psicótico que toma medicación y... y el grupo...

Psicóloga (1): Muy reacio.

Psicólogo (2): Muy muy reacio.

Psicóloga (1): Muy reacio, confrontador... Mientras que la evolución a partir de mil novecientos... ¿En qué año empezamos con la medicación psicoactiva y con el diagnóstico...?

Psicólogo (2): ¿En el 92-93? Estábamos ya con...

Psicóloga (1): Sí, en el 95 ya con el diagnóstico dual... Se da como prioridad entre los dos diagnósticos, ¿no?

Psicólogo (2): Y en el 98 entra la metadona. En nuestro centro ambulatorio llevaban ya unos 2-3 años con ella, pero... cuando viene aquí la metadona cuesta muchísimo porque yo recuerdo en las... en la... asamblea que hacíamos con el grupo... estaba previsto el ingreso de esta persona para el lunes y nosotros no lo habíamos... decidimos no... no darlo como una cuestión o anunciarlo ¿no? Pero el grupo se enteró y nos dijeron que si entraba la persona, ellas se marchaban. Vamos a hablar limpio, pues tendréis que marcharos porque va a ingresar. Nosotros decidimos que íbamos a hablar de la metadona, no como metadona, no nombrarla específicamente, sino como medicación. Lo mismo que venían y decían “Voy a tomar la medicación” ¿no? Pues en esa medicación tomaban, tomaban la metadona. Pero sí, la aparición de la metadona sí que marcó unos giros en el tratamiento y en el perfil.

Psicóloga (1): Sí, y luego ahí el tema del diagnóstico psiquiátrico y de la medicación psicoactiva que ahora mismo... y eso cambia también un poco el perfil de la edad. Cuando se introduce también tema de... sobre todo con el... ahora es más homogéneo... con el tema del alcohol, con el tema de las personas que... que vienen a hacer un tratamiento, que viene todavía yo creo y que a tratamiento en relación al alcohol, son personas más mayores, no son tan jóvenes...

Psicólogo (2): Nosotros en los primeros años teníamos mayoritariamente de 20 a... 30, alguno podíamos tener de 18, pero recuerdo uno que teníamos de 36 y nos parecía una cosa exagerada. Pero todos, era como... le costaba mucho adaptarse al grupo ehh y... había una dificultad ahí para integrarlo porque realmente era un grupo muy homogéneo. La característica que había antes era que eran grupos muy homogéneos y hoy en día son muy heterogéneos, yo creo que eso también marca el modelo de tratamiento. Cuando decíamos que nosotros ehh hoy no... aunque muchas veces ehh por lo histórico seguimos refiriéndonos como comunidad terapéutica o se nos conoce así, nosotros ahora somos un centro residencial de tratamiento de adicciones porque como el componente grupal ahora ehh ha perdido mucha... mucha fuerza. Solemos decir, yo suelo decir que al comienzo era como trabajar con un grupo de ovejas, voy a ponerlo así un rebaño, ehh y que con pocos pastores se era capaz de manejarlo ¿no? Porque al final hay mucha fuerza y mucha capacidad de movilización y de ver por donde están las personas y donde está el grupo. Y hoy ya tenemos un grupo de gatos en el sentido de que cada persona es muy distinta, tienen un elemento común pues porque para el ingreso aquí... por financiación nuestra tiene que tener un... un diagnóstico de adicciones pero luego hay muchísima variedad con... personas de 18 años hasta 78, que hemos podido tener. El... el grupo más numeroso está en torno a los 35-40 años, pero luego también las... las sustancias y el tipo de adicción marcan mucho las edades. Generalmente las

mujeres alcohólicas son de más edad, 44-45. Gente consumidora de heroína, hay como dos perfiles, uno los más jóvenes, consumidores de heroína que están entorno a los 21-22 años y luego personas consumidoras de heroína con muchos años de... de consumo pues por encima de los 20 mayoritariamente que también es gente más mayor. Y luego el grupo de... de cocaína que es hoy en día el más numeroso de la comunidad, comunidad he dicho, que está en torno a los 34-35 por ahí. O sea que tenemos dentro, hay ahora....

Psicóloga (1): Como te das cuenta nos cuesta a nosotros también hablar de centro residencial de tratamiento. Estamos además... fijate cuantos años llevamos aquí y siempre se ha... pero claro en comunidad es verdad que hay unos nexos comunes como decía *nombre del psicólogo* pero desde hace unos años elaboramos un plan de atención individualizada llamado PAI con unos objetivos concretos a cada individuo en donde prima la calidad de vida y reducción de daños pero según sus circunstancias psicosociales ehh elaboramos un plan diferente. Entonces las condiciones no son iguales y a veces cuesta... integrar dentro de un grupo estas diversidades, ¿no? de poder entender. Hay cosas de la vida cotidiana que son comunes para todos, ahora mismo se autogestionan ehh como quien dice, ellos llevan la casa a nivel de tareas, bueno ahora hay una cocinera, y además hemos también, como novedad, dentro de lo que es el espacio físico se... mete... formación y empleo.

Psicólogo (2): Abierto a...

Psicóloga (1): A gente de fuera.

Psicólogo (2): Eso también es un cambio importante. Ehh en la comunidad antes era un sitio, era un espacio que... estaba fuera de la... fuera de la ciudad, fuera del entorno comunitario, tenía un componente de “Vayan ustedes ahí por sus pecados y a la vez curense” entiendo “curense” como... era “dejen de drogarse y dejen de drogarse para siempre”. Y nosotros teníamos también, las comunidades recibíamos esa encomienda y la aceptábamos, ibas a unos máximos que era que dejaran de consumir y que dejaran de consumir para toda la vida. No se contemplaba como una posibilidad la recaída...

Psicóloga (1): Ni el consumo tan siquiera.

Psicólogo (2): Ni el consumo. Y todo eso pues la experiencia y lo que... y las diversas cuestiones que fueron apareciendo nos llevaron a la conclusión de que el objetivo no se podía plantear desde una exigencia en el que había un grupo de personas que empezaba... ese... ese objetivo pero mayoritariamente no y daba una gran sensación de fracaso. Y empezamos a trabajar en otra línea. Fuimos girando hacia una línea... una línea distinta más como hemos dicho a la calidad de vida como objetivo más que a la abstinencia. Es decir no nos importa tanto que estén abstinentes o no ehh como que haya una mejoría en su calidad de vida.

Psicóloga (1): Y en la reducción de daños que es cuando a propuesta de *nombre del psicólogo* implementamos un tipo de profesionales en el taller de prevención de recaídas, en donde se contempla la posibilidad de consumo para que no acabe en una recaída. Y cuando se empieza a hablar de la adicción como una enfermedad crónica y recidivante. Porque verdaderamente en los años antaños si consumías te ibas a la calle. Con lo cual era muy difícil que alguien reconociera, si ahora mismo a veces les cuesta pues por vergüenza y otras... sobre todo por vergüenza lo que más dicen y culpa, es verdad que puedes trabajar para que un consumo puntual no acabe en... pues en una sobredosis o una recaída en la que pierdes lo que has conseguido en este tiempo. Sí es verdad que además de que implementados eso, y además del PAI, implementamos los de formación y empleo que puede entrar gente que está aquí en tratamiento pero entra también gente de fuera que entra a lo que es el edificio ehh pues cuestiones...

Psicólogo (2): Esto era impensable antes porque lo que decíamos era “los lejos, cerrad aquello” donde la gente... donde... nos impermeabilizamos con respecto del exterior, salimos poco y entran pocos ¿no? Incluso los tratamientos en aquella época eran... eran mucho más largos. Ehh en los primeros años el tratamiento estaba contemplado para 12 años.

Psicóloga (1): 12 meses.

Psicólogo (2): O sea 12 meses pero con una trampa, que no eran... eran 12 meses de comunidad y seis de preparación previa ¿vale? También hay otra característica muy importante. Nosotros ehh... teníamos la... la población era nuestra, vamos a decir así. Eran personas que venían a... solicitaban tratamiento en Etorikintza, se les atendía en el centro ambulatorio, de hecho el centro ambulatorio parte de... de la necesidad que se ve desde la comunidad de crear un espacio que no esté aquí, que esté en Bilbao y que permita acoger y trabajar lo que es la demanda y derivarles a la comunidad o la pre comunidad. Y ahí se crea el centro ambulatorio. Ehh y las personas venían a nuestra puerta, al centro ambulatorio a solicitar tratamiento ¿vale? y solicitar ingreso en comunidad. Ehh por lo tanto eran pacientes, vamos a decir así, nuestros. Les veíamos antes, les veíamos durante y les vemos después. Hoy en día eso ha cambiado muchísimo, desde... bueno pues 2010-2012, 12-13 más o menos. Aunque ya había habido una evolución porque a todo esto los centros de salud mental podían derivarnos pero para derivarnos... no nos derivaban sino... les mandaban a donde nosotros “Vete allí” y nos llamaban “Oye va a ir uno tal” pero era ehh era un paciente del centro de salud mental que ellos mandaban o les indicaban que viniesen hacia aquí. Año 12-13, 2012-2013 se produce un cambio y pasamos a ser un eslabón en una cadena. Esa cadena ehh digamos está... guiada por la red de salud mental de Vizcaya, con sus centro de

salud mental que atienden pacientes y cuando dentro de su estrategia de tratamiento de una persona ven necesario el ingreso, solicitan a la... a... a la coordinación de Osakidetza, de la red de salud mental de Vizcaya, le solicitan una plaza en Gizakia, donde has estado o con nosotros. Recibimos la demanda, que ya es una demanda digamos gestionada por la red de salud mental, le atendemos durante esos seis meses, entendiendo que hay un plan o bueno no vamos a... que está grabando... entendiendo que hay un plan y que hay un trabajo con esa persona en la cual nosotros estamos en un momento y luego lo volvemos a derivar para que se continúe el tratamiento. Estamos ahí. Luego, nosotros ahora nuestro trabajo con estas personas es en torno a seis meses y no puedes hacerte un planteamiento a muy larga... de muy largo tiempo sino es un tratamiento más de intervención en este tiempo y en base a una estrategia guiada por... u orientada por la red de salud mental.

Psicóloga (1): De Vizcaya.

Psicólogo (2): Eso, de Vizcaya. Eso también es. Vizcaya, Guipúzcoa y Álava, todo hermanos pero todos distintos. Los de Álava y Guipúzcoa no pueden entrar aquí, en... en las comunidades de Vizcaya tienen elementos comunes entre ellas pero diferenciadores de las comunidades terapéuticas o de los centro de tratamiento de Guipúzcoa o no digamos ya de Álava, donde no hay una... no hay un centro... bueno está... sí, está Proyecto Hombre pero tiene mucho más peso digamos...

Psicóloga (1): Sí, pero eso es... Es como decía *nombre del psicólogo* antes éramos... propietarios del caso y ahora somos un eslabón, somos un servicio que atendemos pero que vienen y van de dónde vienen y van. Antes podían venir de cualquier lado y ahora vienen de Vizcaya y hay 26 camas concertadas excepto 6 camas no concertadas, que esas no tienen por qué ser, porque son camas privadas, son nuestras.

Entrevistadora: Vale, genial. Algunos puntos nos hemos ido adelantando pero bueno. Con los cambios en el perfil de las personas, ¿ha habido cambios también en los criterios de admisión y exclusión? Por ejemplo, no sé si la patología dual podía ser un criterio de exclusión en un principio o si ha habido algún cambio en este aspecto.

Psicólogo (2): El diagnóstico dual era impensable. Vamos a ver ehh hablamos de años 80 ehh y los... toxicómanos sufrían allí una perversión nuestra del sistema que era... que era doble. La persona que en un momento... consumidora que en un momento dado decantaba más por el consumo pues se le mandaba para un centro como el nuestro, cuando la... había en la persona consumidora aparecía algún tipo de diagnóstico psiquiátrico se le encargaba, se le decía "Vaya usted a... a psiquiatría". Casi, casi estábamos buscando cuando veías algo era como "Este no lo atiendo yo, este no es mío". Lo... las toxicomanías no eran muy queridas

desde... desde... ehh desde la psiquiatría salvo algunos profesionales en la psiquiatría vasca que... que... decidieron estar en... trabajar con las toxicomanías. Pero generalmente el toxicomano dentro de la sanidad era un elemento molesto que iba allí a joder las guardias de urgencias y pedir pastillas y cuando iba al medico de... de cabecera lo mismo, y si aparecían por las farmacias era para robar. Y para los profesionales que estamos más orientados hacia las toxicomanías pues nos daban miedo los... ehh los locos, voy a decirlo así en esa expresión. No, no estábamos acostumbrados a trabajar con ellos, no habíamos... o en su momento no se pensaba que era una persona... un perfil con el que fuésemos a trabajar y poco a poco fuimos dándonos cuenta uno a uno y otros que si trabajas con personas ehh adictas ehh es como la plastilina, que... que cuando tienes dos colores ahí pegados a veces es muy difícil separarlos y decir “Ahora voy a trabajar con lo negro y ahora con lo blanco” y tienes que aceptar que trabajas con lo negro y con lo blanco a... a la par y esa es la... la figura...

Psicóloga (1): Sí, cuando ahora muchas veces ahora se ve que no está... en algunos ehh identificado que es previo si la enfermedad o la adicción. Bueno los brotes psicóticos cannabinoides pero en algunos casos es la pescadilla que se muerde la cola entonces es muy difícil...

Psicólogo (2): Nosotros tuvimos suerte porque la primera persona que vino a comunidad con un diagnóstico de esquizofrenia ehh fue un encanto de... de persona, *nombre del paciente*. Y ... y se amoldó muy bien y... pudimos trabajar muy bien con él, además era un hombre con muchísima afectividad positiva, en el sentido de muy cariñoso, muy... Y eso generó esa idea de... “Vale, pues con cualquier persona”. Sí que hay que estudiar, hay elemento que tenemos que... que incorporar por supuesto no se puede discutir en tema de la medicación, tiene que ser un componente claro, tampoco vamos a discutir que es antes si el huevo o la gallina, aceptaremos que... que lo que tenemos delante es lo que hay, no importa si antes ha sido gallina o ha sido huevo. Y... y sí que supuso cambios importantes. Pero... bueno ehh yo creo que eso también marcó mucho la forma de... de trabajar.

Psicóloga (1): Lo integramos bien.

Psicólogo (2): Sí.

Psicóloga (1): Pedimos que haya una estabilización o sea una valoración psiquiátrica para que no haya una descompensación sobre el tema de la medicación que a veces hay alguna crisis, entonces van a urgencias y se les hace una valoración psiquiátrica. Si hay una descompensación, que muchas veces puede ser por un consumo abusivo que... que bueno... Pero sí que es verdad que...

Psicólogo (2): Antes había que demostrar ehh antes de entrar en comunidad que una personas que hubiese consumido ehh a lo largo del tiempo previo al ingreso podía no ingresar por haber consumido hacía una... una semana. Es decir, el no consumir era un valor en sí mismo. Luego... y ese era un valor en sí mismo a la entrada. Luego... hubo un cambio importante. Hoy en día por ejemplo, y desde hace mucho, el tema de la abstinencia no es fundamental siempre que lo podamos manejar, es decir no nos importa incluso que hayas bebido... antes de... o sea no nos importa... procuramos que no porque para todos los demás es un... ehh una situación electrizante ¿no? Ver a alguien con muchos... con muchos desperfectos en su cara de que... pero si... si has consumido y entendemos que lo vamos a poder manejar en un contexto como este que no es un... un contexto medicalizado pues te puedes quedar. Y... como criterio de marcha tampoco... el consumo... el consumo no es... antes sí, antes si consumías te tenías que marchar, con lo cual también introducimos un elemento que era un poco... complicado para ellos porque si habían consumido luego no lo podían contar porque si lo contaban se marchaban o quedaban expulsados. Además quedaban expulsados para siempre. Luego vimos que... precisamente si están trabajando sobre el tema de la dificultad de contención ante... ante esto... Lo único que les pedimos, bueno no, les pedimos una serie de cosas pero todo desemboca en que si consumes lo digas porque para eso estamos ¿no? No tiene mucho sentido que vengas pidiendo ayuda para no consumir... y luego ehh no... si aparece el problema no lo cuentas.

Psicóloga (1): Sí que es verdad que si los consumos son reiterados evidentemente empezamos a hablar ya de recaída ehh y trabajamos... De todas formas pueden ser expulsados por un tiempo pero lo más penado ahora en comunidad son las conductas agresivas dentro de la comunidad, introducir y consumir dentro de la comunidad.

Psicólogo (2): Eso sí.

Psicóloga (1): Para nosotros son los dos ehh fundamentos...

Psicólogo (2): Si alguien quiere consumir puede incluso decir “Mira quiero parar y quiero ir a consumir” y trabajas sobre eso, pero lo que no entendemos que no tiene ningún sentido es introducir droga dentro de la casa porque eso de repente pone toda la casa un poco patas arriba en el sentido que una de las cosas que disminuye la ansiedad de ello es el saber que no hay droga. Cuando aparece el rumor de que en la casa hay droga es como... de repente ya se me activa ya todo este pensamiento ¿no? Mira para nosotros es “Si quieres drogarte, marchas, vuelves y... ya está”. Te vamos a pedir que hables pues de... de qué piensas que va a suceder cuando te marches a drogar y... qué ha sucedido luego cuando has vuelto ¿no? Recoger un poco todas esas fantasías que tienen depositadas en torno a... a la droga. Pero... bueno, robar

y ese tipo de cosas, las amenazas... Hoy en día lo que valoramos es la convivencia, que puedas, dentro de lo que tienes que puedas convivir. También hubo un cambio muy importante... muy importante. Porque al comienzo todos, todas tenían familia, ¿vale? Y eso suponía que las familias les acompañaba, pero es que había un elemento más importante a eso o hubo un elemento para nosotros que... un aspecto que fue clave que es que en Vizcaya estábamos tres comunidades que eran Manuene, que eran Paul Enea y nosotros, ¿vale? Éramos tres y las tres trabajábamos de un forma muy similar un enfoque... Quizás en esa época ehh Manuene y Etorkintza tenían más similitudes porque Etorkintza había surgido de profesionales que habían... se habían formado en Manuene ¿no? No voy a decir que seamos iguales porque ellos eran los hermanos mayores y luego estaba Paul Enea, Proyecto Hombre que tenía un enfoque más ligado a Progetto Uomo Italia, Daytop y tal ¿vale? Pero hay un elemento que sucede ehh no me acuerdo en qué año que es que Manuene empieza a cerrar fines de semana.

Psicóloga (1): Yo tampoco me acuerdo del año.

Psicólogo (2): Cuando Manuene comienza a cerrar fines de semana quiere decir que personas que no tengan familia no van allí, porque el fin de semana no tienen donde ir. ¿Qué hacen? Los centros de salud mental empiezan a hacer una selección rápida.

Psicóloga (1): Hace unos 15 años igual.

Psicólogo (2): Sí. Empiezan a hacer una selección muy rápida que es: Si tú vienes donde mí y tú no tienes familia, voy a pensar en Gizakia y en Etorkintza, si tienes familia te voy a mandar a Manuene. Y es más, voy a mandar preferiblemente a los que tienen familia porque de esa forma me preservó los sitios que aceptan sin familia ehh me guardo Gizakia y Etorkintza. Y eso cambia todo porque no es que tengas familia, es que cuando no tienes familia es que tu historia de consumo ha sido muy distinta. Generalmente cuando tienes familia es que... bueno no llevas muchos años o tu relación con las drogas no ha sido tan agresiva aún o...

Psicóloga (1): Incluso durante el proceso...

Psicólogo (2): ... pero sin embargo... Sí, dí.

Psicóloga (1): Incluso durante el proceso de... de seguimiento que tenían una estabilización y alguien que les podía acompañar en el proceso y ahora mismo todo tiene cabida.

Psicólogo (2): Y ese es un elemento muy importante.

Entrevistadora: Vale. Pues por seguir con el proceso de adaptación... entiendo que otro cambio que se ha podido dar es el equipo de profesionales, no sé si ha cambiado el tipo de profesional o la cantidad de personas en el equipo.

Psicólogo (2): No, no...

Psicóloga (1): Aquí no.

Psicólogo (2): Pero eso tiene que ver mucho... Vamos a ver... no es que no veamos necesidades distintas de equipo, claro que necesitaríamos más equipo. Empezaríamos por un ratio mayor... por lo que te decía antes, no es lo mismo llevar un... llevar o atender un rebaño de ovejas que un rebaño de gatos. En las comunidades terapéuticas estaban planteadas para que fuesen atendidas por pastores con un rebaño muy potente que entre ellos se... se iban solucionando ehh bueno, eso ha cambiado. Necesitaríamos un ratio menor de profesionales...

Psicóloga (1): Mayor.

Psicólogo (2): Mayor ehh bueno menor, quiero decir que...

Entrevistadora: Sí, menos usuarios por casa profesional.

Psicólogo (2): Sí, eso es. Ehh resulta que hoy en día, claro encontrar un... un psiquiatra para nosotros es un lujo porque económicamente las comunidades terapéuticas se siguen considerando que... o sea hemos cambiado el perfil pero no hemos... ehh pero no hemos cambiado... nos parecemos más, no voy a decir que somos, pero nos parecemos más a psiquiátricos pero la... la financiación es la de siempre. No nos la han subido desde hace... 14 años lo menos, la... la financiación. Eso quiere decir que aunque nosotros veamos necesidades distintas, hacemos malabares para... Pero sí, si lo que preguntas es si se necesitaría otro perfil, ehh se necesitaría ehh los perfiles que hay ahora más algunos perfiles... más necesarios, pero vete tú a pelear con la sanidad pública a la hora de contratar gente. Con lo cual ahí estamos siempre en la batalla y... y bueno no... Es muy importante el tema del... del ratio. El tema del ratio...

Psicóloga (1): Nos haría falta igual también mayor presencia de un trabajador social...

Psicólogo (2): Sí.

Psicóloga (1): ...porque ahora entran también perfiles muy excluidos... Pero bueno yo ya no me llevo... Tenemos muchos años...

Psicólogo (2): Sería psiquiatra... psiquiatra, enfermera, trabajadora social, educadores sociales, integradores sociales o terapeutas ocupacionales ehh psicólogos clínicos ehh psicólogos sanitarios ¿no? Personas enfocadas un poco a la... a la salud mental. Ese... ese es... el enfoque pero luego parece que no. Y mira yo metería una cosa, no... ehh que puede ser polémico pero por ejemplo nos falta personal de... de... de apoyo. Vamos a ver ehh administrativas. Parece que no pero el nivel de papeleo que hay ahora no tiene nada que ver con el que teníamos entonces que hacías las cosas en unas hojas sin... eso ha cambiado. Pero

ehh los pacientes nuestros que antes cumplían galeras en centros como este, tenían una... un elemento perverso. Esto lo digo como *nombre del psicólogo*, no lo digo como Etorkintza aunque algo...

Psicóloga (1): Bueno, yo como coordinadora de comunidad digo que es una necesidad terrible.

Psicólogo (2): Tiene un elemento perverso...

Psicóloga (1): Disculpa, voy a tener que salir un momento por un tema laboral porque además *nombre de un persona del equipo* tiene médico y hay que subir a solucionar eso.

Psicólogo (2): Vale.

Entrevistadora: Sí, sí tranquila.

Psicóloga (1): Y además te dejo en muy buenas manos.

Entrevistadora: Vale, tranquila. ¡Muchas gracias!

Psicólogo (2): Ehh lo... lo... lo matizas cuando... pero te lo voy a explicar así. Ehh cuando se crean las comunidades terapéuticas ese “Vayan ustedes allí y curense” tenía también un componente de... ehh “Y hagan algo y trabajen y dejen de...”. Y entonces luego encima dicen “Que hagan laborterapia que les viene muy bien”. Y la laborterapia es que arreglen la casa, es que cocinen, es que se hagan la cama y... limpien la casa y... que bueno bien, puede venirles bien. El problema es que si no les viene bien, lo tienen que hacer igualmente porque no hay nadie que lo haga. Y eso es perverso porque incluso se podría decir que si les viene bien también se están... o nos estamos ahorrando... digo porque nos estamos ahorrando porque es que... parece que... estamos ahí pero es que sino tendríamos que cerrar. Es casi como una ayuda que les pides que hagan. Y es ehh si entra una persona que no puede hacerse la cama se la tiene que hacer alguien y se la tiene que hacer un compañero que se la puede hacer desde... desde el deseo de ayuda o no. Es que yo puedo ser una magnífica persona y sin embargo que si alguien vomita no me apetezca limpiar el vómito o que si lo hago que me lo paguen como pagarían... A las personas que están internas en prisión se les paga por hacer... por trabajar en cocina. “Es que les viene muy bien hacer cosas y estar en activo” sí claro, pero se les paga. ¿Me entiendes? Igual son mis últimas palabras en esto ¿no? Jajaja. No porque yo sé que... que desde la fundación apoyan esto... esto que digo lo que pasa es que claro es verdad que si en 14 años no nos han subido la prestación, ¿cómo vamos a plantearles a sanidad que los pacientes que atendemos merecen ehh tener una... unas condiciones o un trato como...? Bueno es que son pacientes que... que ayer estaban en un psiquiátrico por ejemplo o en la... o en el hospital y hoy vienen aquí y quieren que no tienen que hacer. Ayer podían hacer la cama pero si no la hacían no tenían porque hacer la comida o... Que yo no

quitaría el hecho de que ellos hagan ese... ese tipo de cosas porque esa activación es buena, pero es que nos pasa otra cosa es que a veces... hay veces que preferiría que una... una persona, un paciente estuviese haciendo un taller o una terapia antes que estar en la cocina, pero si le meto en ese taller o esa terapia, hoy no comemos ¿entiendes? Y esa es la perversión. Porque puede ser que me interese que cocine cuatro días, o tres, o dos como una forma de activarse pero hay otros días que me parece que hay otras cosas más importantes que tiene que hacer y no lo puedo hacer. No sé si me entiendes...

Entrevistadora: Sí, sí, se entiende. Siguiendo por ahí quería saber cuál era la metodología de trabajo, si se sigue alguna corriente en concreto, si los psicólogos en concreto están formados en alguna corriente y el trabajo terapéutico entiendo que se realiza como has comentado mediante grupos, no sé si además hay sesiones individuales o cómo está organizado este aspecto...

Psicólogo (2): Vale. Formación grupoanalítica ehh tenemos formación grupoanalítica, tenemos formación sistémica mayoritariamente y... y luego sí que hay un... ya no tanta formación pero sí un aprendizaje a lo largo de años de elementos más cognitivos conductuales o elementos de... hoy en día de meditación, pero lo sistémico y lo grupal, lo grupoanalítico está... está en... en nuestra forma de... de poner foco sobre la situación. Y luego me has hecho otra pregunta...

Entrevistadora: Sí. ¿Qué grupos terapéuticos...? Bueno terapéuticos y no terapéuticos... ¿Qué tipo de grupos se ofrecen? Y si hay sesiones individuales o grupos más pequeños o más grandes...

Psicólogo (2): Vale, sí. Esto ha cambiado mucho también por ejemplo. Ehh antes básicamente toda la... la terapia o... sí, casi toda era... era grupal, una complementación de... de terapias individuales pero era ehh... no... no muy habitual, lo... lo que se ofertaba era un tratamiento en grupo, por el grupo, con el grupo, por el grupo, a través del grupo. Todo pasaba por el grupo. Y hoy en día para nosotros ehh dedicamos mucho más tiempo a las terapias individuales. No todo el tiempo que a ellos les gustaría, que nos piden más y más y más, que también es... Pero que también nos parece que no siempre hay que responder a ese “más y más y más” porque o sea forma parte de la... devoración de las personas con adicciones como que nunca hay una saciación. Pero sí que una o dos veces a la semana reciben atención individual. Psicólogos, todos tienen su tutor ehh educador-tutor que... al menos también una o dos veces hacen algún tipo de tutoría con ellos y luego hay muchísima actividad desde el educador ehh, incluso del psicólogo o incluso yo mismo ¿no? En la... de terapia no en contexto no tan estructurado como en despacho, sala de terapia y tal pero que

hay un continuo... toda actividad al final tiene algo terapéutico ¿no? Toda la... la convivencia tiene un elemento terapéutico. Pero el gran cambio que ha habido es que había antes mucho más componente grupal y ahora hemos evolucionado más hacia lo individual. Ehh cuando todo empezó se hablaba mucho de programa, nosotros no éramos... para cuando yo entré nos soana como mmm programa no, porque un programa es algo que tienes demasiado encuadrado y... y nosotros... pensamos más hacia tratar de hacer un traje. Igual no somos excelentes sastres pero si pensábamos que había que tomar medidas de cada uno, porque a uno le tira más la sisa y a otro más la manga. Eso era importante.

Entrevistadora: Vale, vale. Hemos hablado de las actividades educativas que has comentado que se ha incorporado el ámbito de formación y empleo... Respecto al ocio, ¿cuál es la oferta?

Psicólogo (2): Sí, sí, claro. De hecho, he de decir que la mayor parte de quienes empezamos a trabajar como educadores en estos espacios veníamos del ocio y tiempo libre porque en aquella época no había como tal la titulación de educador social, luego sí ya apareció pero al principio todos provenimos del ocio. Y se pensaba que ese era el espacio específico de nuestra intervención y... y el diario era más de los psicólogos y el educador acompañaba, pero no. Yo creo que el educador... el educador social... que tiene ahí también un problema, que parece que el educador social no sería... ehh no tendría espacio en un contexto sanitario como este, a veces nos llegan ideas así, pero los educadores que llevan trabajando en este ámbito tienen un conocimiento sanitario importante habría que pensar en... o alguien tendría que pensar en hacer una homologación de esa... de ese conocimiento. Como en su día se hizo de los monitores de tiempo libre que tenían una experiencia en... en educación... se les homologó educación social. Yo creo que algunos de los educadores que... que llevan años trabajando en un ámbito como este sí que debería pensarse en... pero bueno que esto es un aporte, una disgregación que... que hago. Pero sí el educador tiene un componente muy importante de... de intervención. Una característica yo creo que en todos estos centros es que la... no estamos... no están tan segmentados los papeles y los roles entre los diversos intervinientes ¿no? Ehh cada uno aportamos desde donde estamos. Ehh hay una... ehh una aportación múltiple y simultánea de... del conocimiento de cada uno.

Entrevistadora: Vale, pues perfecto. Hemos hablado un poco del proceso terapéutico que se ha acertado... No sé si dentro del proceso, que ahora son seis meses por lo que has comentado, si hay diferentes etapas y si estas o la veteranía afectan en los roles que tienen las personas dentro de comunidad...

Psicólogo (2): Hay un elemento que es muy importante. Ehh que es ehh bueno y esto continua de antes ¿no? Hay una época en la que vienen, están sin salir, luego salen... bueno sin salir no, salen todas las semanas salen dos o tres veces pero salen acompañados con... con personas del equipo pues van al frontón o van a la piscina o van a dar un paseo, y los fines de semana lo mismo porque el tema de ocio que me planteabas antes es un elemento muy importante en la parte ocupacional ¿no? ¿A qué van a dedicar el tiempo? ¿A qué van a dedicar la vida? Pues una parte tendrá que ver con el trabajo o no y otra parte tendrá que ver con el ocio sí o sí. Y eso es parte de lo que se hace aquí. Y eso se hace desde la... ya desde la comunidad y lo hace el educador. Y las otras fases, están esa parte de no sale, sale con la familia, sale solo. Aunque luego todo esto se mezcla ¿no? Y tiene que ver mucho con cuál es el momento, cuál es la necesidad, no es lo mismo una persona que aparece por primera vez en un tratamiento y la persona que ha hecho un tratamiento hace tres meses, ha tenido una recaída, vuelve ¿no? Entonces la... la... ehh el itinerario va... va a ser distinto, los objetivos y el itinerario van a ser distintos. Ehh pero... hazme la... hay una parte que me has preguntado ahí...

Entrevistadora: Ehh sí, la parte de los roles igual. Te he preguntado a ver si...

Psicólogo (2): No, no, la última...

Entrevistadora: A ver si había etapas, si había... la estructura y cómo funcionaban los roles, si tenían roles diferentes y... si la veteranía suponía algún cambio en...

Psicólogo (2): Vale... Bueno quieras que no sí, sí pero no. No tiene que... no es una cuestión de “cuánto tiempo llevas, qué haces” o que... tiene que ver más con la... con el plan de tratamiento: cuál es la necesidad que tienes, que es la parte que tienes que trabajar, también como estás. A veces sí que se... sí que puntuamos y señalamos avances en la dirección que estamos planteando pues a través de las responsabilidades o de las salidas y... otras veces pues no. Puede ser que hayas tenido... estés es tu peor semana desde hace tiempo y sin embargo entendemos que salir es bueno o que... incluso que... eso es más difícil ¿no? Podría ser que... que no te quitemos de las responsabilidades porque entendemos que quitarte de las responsabilidades puede suponer una herida mayor en ese tipo de... de cosas.

Entrevistadora: Vale, quería saber también... el papel de la familia hemos hablado ya un poco que en un principio tenía más esencial...

Psicólogo (2): Sí, la familia como dirían algunos políticos es lo mejor de la vida. Ehh las familias que... que responden al modelo de familia de quienes dicen esto, pero sí. Sí que es verdad que tener familia o... o grupos de apoyo van a favorecer... van a favorecer el desarrollo del tratamiento y seguramente la parte posterior, pero no es un criterio de ingreso.

Entrevistadora: Pero sí, las que tienen familia entiendo que estas forman parte del proceso. No sé si se trabaja también con ellas, si acuden aquí...

Psicólogo (2): Sí, sí, sí. Antes trabajábamos en grupo, tuvimos que dejarlo por la pandemia y estas cosas pero... sí la familia es parte importante si se tiene. Cuando hemos tenido la pandemia lo hemos hecho de forma telefónica o videollamadas y ahora de nuevo ya están viniendo las familias porque creemos que es un elemento muy importante, sí.

Entrevistadora: Vale. Y relacionado con las relaciones y tal, no sé cómo son las relaciones entre residentes. Has comentado que antes eran un grupo más homogéneo, que tenían más en común... No sé si eso ha cambiado... ¿Cómo es la relación entre ellos? Leyendo bibliografía también he visto que algunas comunidades no permiten las relaciones sexo-afectivas, no sé cómo funciona este aspecto aquí.

Psicólogo (2): Ehh a ver... ¿Qué te cuento? Vamos a ver... En una época no permitimos pero bueno lo mismo que no permitíamos a veces con sus propias parejas porque eran... considerábamos no adecuadas ¿no? Pero al final cuando prohibes ese tipo de cosas lo... lo que estás haciendo es alimentarlo más. En comunidad... hombre no estamos... lo que no tenemos es un espacio y en algún momento llegamos a plantear, pero luego me linchan, quizás tener un espacio para ello. Yo por ejemplo... ehh lo que pasa es que ahí entramos en una contradicción, yo hubiese sido partidario, soy partidario y de hecho me imagino que ten... que los tendrán cuando los das para que los lleven de fin de semana me imagino que los guardarán los preservativos. Bueno, me imagino que habrá relaciones sexuales aquí, me imagino que habrá no, como hay relaciones sexuales no... pues si usan preservativo va a ser mejor, no cabe duda y... y espero que lo hagan. Ehh están permitidas las relaciones, es que están permitidas pero no damos facilidades, ese es un elemento clave. Podríamos haber tenido una habitación para ello como te decía pero es complicado, al final no... no das... ehh tampoco permites que... que haya... pero no permites que la gente entre a las habitaciones de otros pues porque al final es "Que me falta esto, que me falta lo otro". Pues eso, entre eso y... no lo favorecemos pero por ejemplo ahora tenemos una persona... lo que sí nos parece y nos parece mucho mejor que si... tienes una relación, lo digas. Ahora mismo tenemos una pareja que se ha formado aquí y están saliendo los fines de semana a una casa que han alquilado porque es su proyecto, su proyecto es ese. Para nosotros tiene un inconveniente pero bueno como nos pasa a todos Tiene el inconveniente de que si... si hay problemas toda la parte de planificación de después se estropea pero a mi también me puede pasar, que todo lo que yo he planificado y si he comprado una casa y he comprado con mi pareja y si pasado mañana se rompe, eso como todos ¿no? Por ejemplo, lo que no... no permitimos es cuando... llegan

una... una persona a la casa y el veterano o uno de los veteranos o alguien que lleva ya un tiempo ehh le hace eso de... empiezas a ver que hay una relación no de... no de compañeros sino que de repente empieza a haber un enamoramiento, un aislamiento, un... eso... eso no lo... no lo favorecemos y tratamos de romperlo. Primero porque puede suponer una situación un tanto de abuso y... y porque bueno pues ya tendréis tiempo para ello si... si el transcurso va llevando a eso pues... Pero sí, no hay una prohibición, no es... una prohibición para ello. Tampoco es el objetivo pero bueno, forma parte de la vida.

Entrevistadora: Vale...

Psicólogo (2): No sé si te lo he explicado bien...

Entrevistadora: Sí, sí, sí, perfecto, perfecto. De la fuente de financiación ya hemos hablado antes, que no ha cambiado mucho en los últimos años...

Psicólogo (2): No, no, no...

Entrevistadora: Respecto a los tipos de alta, quería saber qué tipos de alta existían o ¿cómo...?

Psicólogo (2): Vale, las altas ehh hay cuatro, que son las que tenemos que... mandar a... a Osakidetza: Alta voluntaria, alta por derivación, alta por... alta terapéutica, alta por fuerza mayor y alta por cese ¿vale? Ehh hay un bloque ahí que es sobre todo el de las altas terapéuticas que es cuando acordamos que aquellos objetivos que estaban planteados al inicio están... están cumplidos y por tanto... el trabajo aquí ya no tiene... no tiene sentido de continuar y se ha de continuar en otro... en otro espacio y una vez cumplido aquí. La alta por derivación es cuando entendemos que bueno... se ha llegado a un atascamiento, no hay más pero sí que ha habido un cumplimiento de objetivos ¿no? aunque quizás no todos los que... los que se habían previsto pero tampoco desconsiderar que no ha habido... un buen trabajo por su parte, no ha habido un avance, no ha habido una mejoría significativa ¿vale? La alta por fuerza mayor es aquella ocasión en la que el... el paciente sin... sin una decisión suya ni acuerdo suyo, ni acuerdo nuestro ehh tiene que... tiene que marchar. Por ejemplo, un ingreso en prisión o un ingreso hospitalario... este tipo de cosas sobre todo ¿no? Y luego está el alta voluntaria que es cuando el paciente en contra de la opinión del equipo decide... decide marchar, decide marchar y nosotros no... no creemos ni que ha cumplido los objetivos, ni que ha cumplido los suficientes objetivos y hoy hay... no tiene sentido continuar... cuando creemos que ahí falta mucho. Y luego está el alta por cese que es cuando alguien incumple las... las normas fundamentales de la casa. Para ese caso existe una comisión disciplinaria, una comisión donde alguien del grupo, del equipo cree que alguien ha tenido una... una conducta o hecho algo que... que imposibilita la convivencia con el grupo y con la casa y

entonces una comisión del equipo nos juntamos con él y podemos decidir o que se vaya un tiempo a casa o que se vaya definitivamente.

Psicóloga (1): Perdonad eh, ya he acabado.

Entrevistadora: Tranquila.

Psicólogo (2): Estábamos hablando del alta por cese...

Psicóloga (1): Mira, bueno una que tú ya sabes igual sale hoy, no por alta por cese pero le voy a poner una propuesta.

Psicólogo (2): Vale, una propuesta es eso ¿no? Cuando a alguien le propones que se vaya una semana, que vaya con su CSM o que... “Mira piénsatelo. Piénsatelo o replanteate los objetivos de para qué estás aquí” ¿vale?

Entrevistadora: Vale, genial. De la derivación con Osakidetza habéis hablado algo... ¿Trabajáis u os coordináis con algún otro recurso?

Psicólogo (2): Sí, claro. Ehh mucho más de lo que nos gustaría. Vamos a ver no es que nos gustaría, pero a veces nos queda mucho más ehh... actuamos nosotros ehh como agente de caso muchas veces. En esta parte que te decía que nosotros estamos en... en medio de una cadena terapéutica en la que alguien que tiene una estrategia, que lleva con ese paciente tiempo eh, tiene una... identificadas unas necesidades y acordado un trabajo con esa persona, lo deriva aquí para hacer algo, a su trabajadora social para... hacer una valoración, al médico de cabecera para no sé qué, con...

Psicóloga (1): Al servicio vasco de gestión de penas, ehh con instituciones penitenciarias porque no sé si habéis hablado que tenemos pacientes del artículo 182...

Psicólogo (2): También. No, no mira, no habíamos hablado.

Psicóloga (1): Ah, ¿no? Pues tenemos pacientes también que son derivados directamente de prisión. Esos pasan a ser pacientes nuestros, que son los pacientes que decimos que son del artículo 182 y esos pacientes ehh suponen enviar un informe, firmar un... un contrato... Estos pacientes si tienen una propuesta de estas que habéis hablado antes, tienen que ir directamente a prisión y harían la propuesta dentro de prisión.

Psicólogo (2): Sí, luego hablamos también y te contamos medidas de seguridad... Pero bueno, que eso con más frecuencia de la que nos gustaría, pues al final llega aquí... Por ejemplo, una cosa que nos pasa ¿no? Si yo voy a un hospital mañana, voy a mi médico de cabecera y dice “Mira, tendrías que hacer un ingreso en el hospital” generalmente yo tengo donde... voy y... luego tengo a donde salir mayoritariamente. Ehh pues muchísimas veces lo que nos sucede es que personas que han estado... que llevan en la calle... tiempo, que has estado esperando tres meses para entrar aquí, cuando ingresan aquí no se ha hecho ningún

tipo de gestión para saber a dónde irán cuando salgan de aquí. Eso es trabajo y esa parte no debería recaer en nosotros ¿vale?. Esa parte no debería recaer en nosotros y sin embargo muchas veces recae en nosotros. Ehh y... y como eso más aunque nosotros ya estamos aprendiendo y hacemos mucha devolución a... “Vete a tu trabajadora social” “Vete a tu centro de salud mental” “Vete a tal...” o le llamamos al centro de salud mental, a la trabajadora social y... “Esto... esta persona tiene esta circunstancia, poneros con él a trabajar”.

Psicóloga (1): Incluso cuando se hace la valoración de exclusión social con idea de poder ir a un recurso residencial a la salida ehh nos piden informes a nosotros. Incluso alguna vez se ha hecho entrevista... aquí. Por cierto, en... yo en la línea esta creo que ahora mismo es donde... mayores lagunas y mayores vacíos hay que es a la salida de... de aquí. Lo que es la inclusión, la inserción...

Psicólogo (2): Sí...

Entrevistadora: Vale, pues más o menos ya estaría. Lo único para finalizar no sé si hay algún otro cambio que no hayamos mencionado... Hemos hablado de algunos...

Psicólogo (2): No, no, muchísimos más.

Psicóloga (1): Si podemos estar aquí hasta... tres horas más hablando.

Psicólogo (2): Algo que no... eh... La voluntariedad del tratamiento. El tratamiento es voluntario de siempre, el tratamiento ha sido voluntario incluso para las personas que vienen de prisión. Para alguien que viene de prisión, entre estar en prisión o hacer tratamiento, eligen hacer tratamiento; y entre estar en tratamiento o... o ir a prisión podrían ir... en un momento dado “No aguanto más y me voy”. Pero desde hace unos años se ha incorporado un elemento que para nosotros es tremendo que es el de las medidas de seguridad.

Psicóloga (1): Eso es terrible.

Psicólogo (2): Que es cuando una persona viene sin querer venir, manifiesta continuamente su deseo de marcharse y lo manifiesta verbal y activamente. Es tremendo. Hasta el punto que bueno, pues... cualquier salida que hacemos con él tenemos que pedir permiso... vale eso ya más o menos está acordado, si trajese droga o... o hiciese una agresión no lo podríamos expulsar sin más sino tendríamos que pedir permiso al juez y el juez o la jueza darlo o no darlo, y... y... pues simplemente que decide que se va y...

Psicóloga (1): Es complicado, lo que pasa es que...

Psicólogo (2): ... y no puedes dejar que se vaya sin más, no puedes darle ningún papel, no puedes darle dinero, si te dice “Dame dinero” le dices “No, no te puedo dar” “¿Cómo que no te puedo dar? Entonces te doy yo a tí”. Bueno pues... te... te lo voy a dar pero lo tengo que

apuntar porque yo no puedo favorecer pero es que durante tiempo nos sucedía uno, nos devolvían a la persona “Oiga que se les ha ido este... hombre, esta mujer y tiene que estar con ustedes” “Ya, pero no quiere estar” “Ah, pero se tiene que quedar”. Se marchaban y la persona vuelta a marchar.

Psicóloga (1): Hasta el caso de traer... la Ertzaina a una persona a las 12 de la noche y tener que... que acabar viniendo la ambulancia, la Ertzaina porque la persona no quería estar y agredió... Quiero decir que...

Psicólogo (2): Y eso que no son muchos...

Psicóloga (1): No son muchos, no.

Psicólogo (2): Pero bua... Eso es muy importante...

Psicóloga (1): Es verdad que... que con los del artículo 182 tienen la libertad de si se van tú avisas a prisión y les pondrán en búsqueda y captura si no van. Sin embargo con las medidas de seguridad estamos bastante entrampados.

Psicólogo (2): Sí. Bueno no sé qué más pero ha habido muchos...

Psicóloga (1): Sí bueno si necesitas algo más nos llamas por teléfono y nos preguntas.

Entrevistadora: Perfecto, ¡muchas gracias!

Referencias

- Abeijón, J.A. (2002). El pensamiento sistémico en el trabajo residencial en una comunidad terapéutica. En J. A. Abeijón y L. Pantoja (Eds.), *Las Comunidades Terapéuticas: Pasado, Presente Y Futuro* (pp. 113-126). Bilbao: Universidad De Deusto.
- Abeijón, J. A. (2008). La comunidad terapéutica y la teoría sistémico-relacional: El pensamiento sistémico en el trabajo residencial en una comunidad terapéutica. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(3), 255-271.
- Abeijón, J.A. (2010). La comunidad terapéutica y la terapia sistémica. El pensamiento sistémico en el trabajo residencial en una comunidad terapéutica. En Comas, D. (Ed.), *La Metodología de la Comunidad Terapéutica* (pp. 42-63). Madrid: Fundación Atenea.
- Aguilar, I. y Olivar, Á. (2008). La coordinación entre las redes generales y los centros residenciales. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(3), 291-301.
- Apellaniz, A., Gomez, M., Moreno, M. C. y Muñiz, L. (2010). La intervención educativo-terapéutica para menores con problemas de drogas en centros residenciales. En Comas, D. (Ed.), *La Metodología de la Comunidad Terapéutica* (pp. 292-324). Madrid: Fundación Atenea.
- Aramburu, J. L. (2006). Desintoxicaciones y tratamiento con metadona. En Instituto de Adicciones de Madrid (Ed.), *Comunidades Terapéuticas: Nuevos Enfoques* (pp. 115-116). Madrid: Madrid Salud.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F. y Babin, F. (2013). Abuso o dependencia a la cocaína y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre la prevalencia de la patología dual. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6(3), 121–128. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.09.002>
- Asociación Guipuzcoana de Investigación y Prevención del Abuso de las Drogas (Agipad) (s.f.). *Comunidad Terapéutica Haize-Gain*. Agipad. Recuperado de <https://www.agipad.org/comunidad-terapeutica-haize-gain/>
- Bastón, E., Gómez, S. y Couñago, M. (2009). Hacia un enfoque de género en Comunidad Terapéutica. *Revista Española de Drogodependencias*, 34(1), 89-98.
- Bion, W.R. (1962). *Learning From Experience*. New York: Basic Books.
- Braun, V. y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Campos, J. (1998). *Una historia de la AIPG: hechos y hallazgos*. Barcelona: Gràfiques MAES.

- Cervantes, M. (2008). Relaciones afectivas en comunidad terapéutica. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(3), 321-332.
- Comas, D. (1988). *El tratamiento de la drogodependencia y las comunidades terapéuticas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Comas, D. (1994). *Criterios y normas para la homologación de comunidades terapéuticas profesionales para toxicómanos*. Madrid: APCTT.
- Comas, D. (2002). Historia de la implantación y desarrollo de las comunidades terapéuticas en España. En J. A. Abeijón y L. Pantoja (Eds.), *Las Comunidades Terapéuticas: Pasado, Presente Y Futuro* (pp. 37-58). Bilbao: Universidad De Deusto.
- Comas, D. (2006a). *Comunidades Terapéuticas en España. Situación actual y propuesta funcional*. Madrid: Grupo GID.
- Comas, D. (2006b). Comunidades terapéuticas: La transformación invisible. *Adicciones*, 18(4), 323-326.
- Comas, D. (2008) La metodología de la comunidad terapéutica: una apuesta de futuro. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(3), 238-254.
- De Leon, G. (2011). *La comunidad terapéutica y las adicciones: teoría, modelo y método*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Díaz, J.J., Ortigosa, L., Guinot, C. y Equipo multidisciplinar de Aize-Gain (1984). El equipo multidisciplinar en comunidades terapéuticas. En Departamento de Sanidad y Seguridad Social del País Vasco (Eds.), *Drogodependencias, un reto multidisciplinar: San Sebastián, noviembre 1984* (pp. 151-161). Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Finlay, L. (2002). "Outing" the Researcher: The Provenance, Process, and Practice of Reflexivity. *Qualitative Health Research*, 12(4), 531-545.
<https://doi.org/10.1177/104973202129120052>
- Fundación EMET Arco Iris (2020). Tratamiento de mujeres con adicciones y otras patologías en Comunidad Terapéutica: el porqué de un tratamiento específico para mujeres. *Revista Española de Drogodependencias*, 45(2), 64-72.
- Fundación Etorkintza (s.f.). *Quienes somos*. Fundación Etorkintza. Etorkintza. Recuperado de <https://etorkintza.org/quienes-somos/fundacion-etorkintza/>
- Fundación Gizakia (s.f.). *Conoce la fundación*. Gizakia. Recuperado de <https://www.gizakia.org/es/conoce-la-fundacion>
- Fundación Izan (s.f.). *Orígenes*. Izan. Recuperado de <https://www.izan.org/origenes>

- García, E., Roldán, G. y Comas, D. (1995). *Un estudio de seguimiento de la Comunidad Terapéutica Haize-Gain, 1982-92*. San Sebastián: AGIPAD.
- Gracia, J., Josa, C. y Montesa, B. (2010). Comunidad terapéutica y familia. En Comas, D. (Ed.), *La Metodología de la Comunidad Terapéutica* (pp. 222-247). Madrid: Fundación Atenea.
- Guimón, J. (2002). Pasado, presente y porvenir de las comunidades terapéuticas. En J. A. Abeijón y L. Pantoja (Eds.), *Las Comunidades Terapéuticas: Pasado, Presente Y Futuro* (pp. 21-36). Bilbao: Universidad De Deusto.
- Guinot, C. y Berasategui, A. (1991). La relación con el medio en la C.T.. En Cancelo, J. (Ed.), *5ª Jornadas Estatales de Profesionales de Comunidades Terapéuticas para Toxicómanos* (pp. 161-165). Vigo: Programa de Drogodependencias Alborada (A.C.L.D.).
- Jones, M. (1952). *Social Psychiatry: A Study of Therapeutic Communities*. London: Tavistock Publications.
- Jones, M. (1991). Una revisión de los dos modelos de comunidades terapéuticas. Cancelo, J. (Ed.), *5ª Jornadas Estatales de Profesionales de Comunidades Terapéuticas para Toxicómanos* (pp. 29-33). Vigo: Programa de Drogodependencias Alborada (A.C.L.D.).
- Kooyman, M. (1993). *The therapeutic community for addicts : Intimacy, parent involvement, and treatment success*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Llorente, J. M. (2006). Perspectivas de futuro de las comunidades terapéuticas. En Instituto de Adicciones de Madrid (Ed.), *Comunidades Terapéuticas: Nuevos Enfoques* (pp. 91-105). Madrid: Madrid Salud.
- Llorente, J. M. y Fernández, C. (1999). Comunidades terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro. *Adicciones*, 11(4), 329-336.
<https://doi.org/10.20882/adicciones.612>
- Martín, E. (2006). Población inmigrante. En Instituto de Adicciones de Madrid (Ed.), *Comunidades Terapéuticas: Nuevos Enfoques* (pp. 85-90). Madrid: Madrid Salud.
- Mascaró, N. (1991). La comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar. En Cancelo, J. (Ed.), *5ª Jornadas Estatales de Profesionales de Comunidades Terapéuticas para Toxicómanos* (pp. 45-48). Vigo: Programa de Drogodependencias Alborada (A.C.L.D.).
- Menéndez, J. C. y Yubero, A. (2008). La evaluación de la comunidad terapéutica. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(3), 348-366.

- Montiel, M. L. (2006). Problemática y dinámica asistencial en menores. En Instituto de Adicciones de Madrid (Ed.), *Comunidades Terapéuticas: Nuevos Enfoques* (pp. 19-22). Madrid: Madrid Salud.
- Nájera, R. (1996). XI Conferencia Internacional sobre el SIDA. Vancouver, Julio, 1996. *Publicación oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA*, 7(10), 569-576.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) (1998). *Informe N°1*. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) (2004). *Informe 2004*. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) (2011). *Informe 2011*. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) (2021). *Estadísticas 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Olivar, Á., Sanchís, E. y Ros, S. (2008). El educador social en comunidad terapéutica: situación actual, reflexiones y propuestas. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(3), 333-347.
- Palacios, L. (2006). Pacientes con patología dual. En Instituto de Adicciones de Madrid (Ed.), *Comunidades Terapéuticas: Nuevos Enfoques* (pp. 33-42). Madrid: Madrid Salud.
- Palomo, J., Arias, F., Szman, N., Vega, P., Basurte, I. y Mesías, B. (2017). Dual disorders in individuals under treatment for both alcohol and cocaine: Madrid study on the prevalence of dual disorders. *Salud Mental (México)*, 40(6), 257-264.
- Picchi, M. (1984). El "Proyecto Hombre". En Departamento de Sanidad y Seguridad Social del País Vasco (Eds.), *Drogodependencias, un reto multidisciplinar: San Sebastián, noviembre 1984* (pp. 59-102). Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD) (1986). *Memoria 1986*. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) (1987). *Memoria 1987*. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD) (1992). *Memoria 1992*. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD) (1993). *Memoria 1993*. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD) (1995a). *Encuesta domiciliaria sobre uso de drogas 1995*. Gobierno de España, Plan Nacional Sobre Drogas. Recuperado de <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/domiciliaria/home.htm>

- Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD) (1995b). *Memoria 1995*. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD) (2019). *Memoria 2019*. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD) (2021). *Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2021*. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Rodríguez, A. C. (2009). Aspectos teórico-metodológicos, de las comunidades terapéuticas para la asistencia de la droga dependencia: sus comienzos. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Jujuy*, (37), 317-327.
- Rodríguez, I. (2001). *La comunidad terapéutica "Manuene" para toxicómanos, una evaluación (1983-1996)* [Tesis de doctorado no publicada]. Universidad de Deusto.
- Rodríguez, I. (2010). Aprendiendo a trabajar en equipo: Competencias básicas para ser eficaces. En Comas, D. (Ed.), *La Metodología de la Comunidad Terapéutica* (pp. 86-137). Madrid: Fundación Atenea.
- Roldán, G. (1984). Comunidad terapéutica institucional Aize-Gain AGIPAD. En Departamento de Sanidad y Seguridad Social del País Vasco (Eds.), *Drogodependencias, un reto multidisciplinar: San Sebastián, noviembre 1984* (pp. 115-123). Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Roldán, G. (1992). Institucionalización en drogodependencias: las comunidades terapéuticas. *Psychological Intervention*, 1(2), 5-14.
- Roldán, G. (2002). La función de la comunidad terapéutica, ayer y hoy. En J. A. Abeijón y L. Pantoja (Eds.), *Las Comunidades Terapéuticas: Pasado, Presente Y Futuro* (pp. 93-112). Bilbao: Universidad De Deusto.
- Sainz, S. (2006). Mujeres y Familia. En Instituto de Adicciones de Madrid (Ed.), *Comunidades Terapéuticas: Nuevos Enfoques*. Madrid: Madrid Salud.
- Sánchez, J., Romo, T., Rodríguez, B. y Barrio, G. (1991). Consumo de drogas en España: Fuentes de información y evolución durante el período 1984-1990. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 65(5), 395-412.
- Semboloni, P. (2002). La Comunidad terapéutica hoy: un lugar de patologías compartidas (diagnóstico dual). En J. A. Abeijón y L. Pantoja (Eds.), *Las Comunidades Terapéuticas: Pasado, Presente Y Futuro* (pp. 59-92). Bilbao: Universidad De Deusto.
- Serrano, J. y Roldán, G. (1991). Cómo está afectando el SIDA en las C.Ts.. En Cancelo, J. (Ed.), *5ª Jornadas Estatales de Profesionales de Comunidades Terapéuticas para Toxicómanos* (pp. 97-99). Vigo: Programa de Drogodependencias Alborada (A.C.L.D.).

- Stocco, P. (2008). Las comunidades terapéuticas para el tratamiento de la drogodependencia en Europa. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(3), 272-290.
- Van Manem, M. (2014). *Phenomenology of practice: Meaning-giving methods in phenomenological research and writing*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- Vidal, M. J. y Zayas, R. (2018). Comunicación científica y el acceso abierto. *Educación Médica Superior*, 32(3), 244-254.
- Vila-Abadal, J., Romaní, G., Royo, J. y Viladrich, M.C. (1984). Comunitat terapéutica de Vidra: una experiencia de comunidad profesional para toxicómanos. En Departamento de Sanidad y Seguridad Social del País Vasco (Eds.), *Drogodependencias, un reto multidisciplinar: San Sebastián, noviembre 1984* (pp. 105-114). Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Vega, P. (2006). Pacientes con patología dual. En Instituto de Adicciones de Madrid (Ed.), *Comunidades Terapéuticas: Nuevos Enfoques* (pp. 117-124). Madrid: Madrid Salud.
- Yablonsky, L. (1967). *Synanon: The Tunnel Back*. Londres: Penguin.