

Cuatro conferencias sobre Comunidades Terapéuticas.

Por

Eliseo Miguel González Regadas

I. Jalones para una historia de las Comunidades Terapéuticas en el Uruguay*

Antecedentes.

En 1985, en Buenos Aires, Argentina, la Fundación **Gradiva** organiza unas Jornadas sobre fármaco-dependencia a las que invita a personas de **Daytop** (Estados Unidos) y de la **Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas** (WFTC). En representación de Uruguay estuvo presente **Castalia**. Al finalizar ése evento, se crea la **Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas (FLACT)**. En Uruguay queda **Castalia** representando a ésa red que tenía un carácter todavía informal. A partir de allí se realizan regularmente, en forma mensual, los llamados **Foros Interinstitucionales de Castalia** a los que concurren integrantes de organizaciones no gubernamentales, de profesionales y académicas, para intercambiar experiencias. En 1985, en el Uruguay, habían cuatro Comunidades Terapéuticas trabajando en el campo de la salud mental: una de ellas residencial y las otras tres, centros diurnos. Solo una de las cuatro – la **clínica CREA**- se dedicaba **en forma exclusiva**, al trabajo con drogodependientes y sus familias. Los Foros de **Castalia** se constituyen, así, en la primer **red informal de Comunidades Terapéuticas** en el Uruguay; siendo el antecedente directo de la Federación Uruguaya de Comunidades Terapéuticas.

Perfil de las Comunidades Terapéuticas uruguayas hasta 1995.

Lo que caracterizó a las instituciones autodenominadas Comunidades Terapéuticas durante éste primer período, fue:

- No ser residenciales, sino de concurrencia diurna.
- Desarrollar sus actividades en el campo amplio de la Psiquiatría Social y no estar circunscriptas a las adicciones y su tratamiento.
- Seguir el modelo de organización y funcionamiento –llamado democrático- propuesto por Maxwell Jones.
- Otorgarle a la teoría psicoanalítica un peso decisivo en la lectura del proceso terapéutico que desarrollaba la institución.
- Incluir las familias de los pacientes y concederles un sitio privilegiado en dicho proceso.

A partir de 1995. La relación con el Estado.

Luego del **Foro Mundial de Organizaciones No Gubernamentales que trabajan con la problemática de las drogas, organizado por Naciones Unidas y realizado en Bangkok**, Tailandia, el Estado uruguayo convoca éstas organizaciones y otras más, que son las que se hacían cargo del tratamiento y la prevención en dicha área.

Después de muchos años de conocimiento recíproco de las organizaciones, en

setiembre de 1998, se funda la **Federación Uruguaya de Comunidades Terapéuticas (FUCOT)** que incluye originalmente a Castalia, Cocué, Izcalí, Jellinek, Mananatales, Rafael y Renacer. Posteriormente, se fueron incorporando varias instituciones más.

Un ejemplo del vínculo existente en esa época con el Estado, es el **Convenio JND/FUCOT** firmado el **16 de noviembre de 1998**. En dicho Convenio se establecieron mecanismos de colaboración y coordinación entre las partes para desarrollar actividades conjuntas de formación. Se convalidó el **Código de Ética** de la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas. Se acordó un protocolo para establecer estándares de calidad de los servicios prestados y el desarrollo de programas de investigación, en forma conjunta, para evaluar los resultados. También difundir los perfiles de tratamiento y las poblaciones específicas con las que trabajan los integrantes de la **FUCOT** a los efectos de que los profesionales de la salud y los usuarios vean cuál se adecua a sus características particulares; además de la propuesta de crear grupos de trabajo sobre temas de interés común. Era un comienzo auspicioso. Hasta se llegó a confeccionar un documento entre las organizaciones no gubernamentales, científicas y académicas respecto a una política pública de Estado sobre las problemáticas vinculadas al consumo de drogas. Pero todo quedó en documentos y declaraciones. A pesar de que los relevamientos estadísticos muestran un incremento en el consumo de sustancias psicoactivas tanto legales como ilegales; parece que esta temática está fuera de la agenda gubernamental. No hay el necesario apoyo a este tipo de organizaciones que se refleje en concederle facilidades de algún tipo en mérito a la labor desarrollada. Esto, junto a la crisis económica regional y a la recesión local, hace que en los albores del tercer milenio, trabajar en base a este modelo sea inviable económicamente. Vemos con pena volver a florecer viejas formas de tratamiento que antaño mostraron su ineficacia dando lugar a la alternativa de las Comunidades Terapéuticas.

Características de las organizaciones integrantes de la FUCOT.

La **FUCOT** surge como respuesta a un cambio que se ha venido produciendo en nuestra sociedad uruguaya de fin de siglo, donde el consumo creciente de psicofármacos autoadministrados y el uso de sustancias psicoactivas (legales e

ilegales) pasan a formar parte de los problemas del cotidiano vivir. Nuestra sociedad comienza a demandar respuestas que el Estado, por sí solo y en proceso de achicamiento, no está en condiciones de dar. Por otra parte, existen instituciones que han desarrollado una amplia experiencia en el curso del tiempo y pueden fortalecer y articular sus acciones en el marco de políticas públicas de Estado que deberían ponerse efectivamente en marcha saliendo de lo meramente declarativo en que están en la actualidad. De ambas partes surge la necesidad de acuerdos, complementaciones, integración y coordinación de recursos. etc. Con el propósito de fortalecer y extender las acciones que éstas organizaciones han venido desarrollando en forma creciente a partir de la última década. Luego de un encuentro promovido por el Estado en abril del 2001 con la finalidad de regular y habilitar las instituciones que trabajan en éste área, hicimos un aporte desde la perspectiva de las Comunidades Terapéuticas remitiéndonos al Convenio firmado en noviembre de 1998.

El **perfil actual** que presentan las organizaciones es el siguiente:

- Predominan las comunidades residenciales sobre las no-residenciales (ahora está apareciendo la tendencia inversa, probablemente por las razones ya expuestas).
- El modelo de organización jerárquico de la institución, al estilo Daytop^[1], es ampliamente mayoritario frente a la estructura horizontal propuesta por Maxwell Jones^[2]. Esto, seguramente, está en relación directa con el tipo de población asistida, donde predominan las actuaciones violentas y las trasgresiones a la ley jurídica con una falta de internalización de modelos legítimos de autoridad.
- Si bien la influencia teórica del Psicoanálisis como herramienta de lectura del proceso terapéutico no es tan grande como en la década de los 80; sigue siendo muy influyente en la región del Río de la Plata y entre los

profesionales de la salud mental. Existe una creciente especificidad en el tipo de población atendido por cada una de las instituciones que da cuenta, a su vez, de demandas poblacionales locales específicas: niños de la calle, familias marginales y en situaciones de riesgo diversas; mujeres en la etapa media de la vida que se automedican con psicofármacos; diversos tipos de cuadros psicopatológicos a los que se agrega, tornándolos mucho más complejos (co-morbilidad).

- El trabajo con las familias ha sido uno de los trampolines sobre los cuáles las Comunidades Terapéuticas uruguayas han ido desarrollando diversos tipos de Programas de Prevención con proyección hacia el resto de la comunidad ^[3].
- Cada institución desarrolló variadas formas de entrenamiento en servicio que responden a las necesidades de capacitación de los profesionales en función de su propio perfil y de la población que allí concurre. A tales efectos hay quienes implementaron seminarios, talleres y actividades diversas de capacitación, además del entrenamiento en servicio. La **FUCOT**, por su parte, está desarrollando, conjuntamente con los países de la Región, actividades de capacitación con el apoyo de la Federación Latinoamericana y Mundial de Comunidades Terapéuticas. Actualmente la **FUCOT** tiene un convenio con la **UCUDAL** para la realización de un post-grado en fármaco-dependencias.
- Las Comunidades Terapéuticas uruguayas son altamente profesionalizadas. Esto responde a las características de nuestro país que cuenta con un elevadísimo número de profesionales de la salud y áreas afines; cosa que no ocurre ni siquiera en los países económicamente desarrollados.
- La tradición médica sigue teniendo su peso y empieza a ubicarse dentro de un equipo de trabajo pluridisciplinario; o haciendo su aporte a lo que

es propio de su campo.

- Las Comunidades Terapéuticas comienzan a tener una creciente influencia en el desarrollo de políticas de prevención y promoción de salud que afectan directamente a los colectivos con los cuáles trabajan.
- La contribución económica por parte del Estado es prácticamente nula –circunscribiéndose a algunos convenios con el Instituto Nacional del Menor, el Programa de Seguridad Ciudadana del Ministerio del Interior y con algunas Intendencias- a pesar de que la tarea se realiza en el campo de lo público. Esperamos que ésta situación cambie a medida que la sociedad en su conjunto asuma su corresponsabilidad y que los que tienen recursos económicos descubran que es rentable invertir en éste área.

La **visión de futuro** que tenemos es que asumiendo la corresponsabilidad – y lográndose una adecuada sensibilización ante la problemática, serán posibles procesos de cambio auspiciosos. Las Comunidades Terapéuticas están en condiciones de hacer un significativo aporte a toda la sociedad para mejorar su calidad de vida y salud mental, excluyendo el consumo de drogas como forma de satisfacer ciertas necesidades.

II. Las Comunidades Terapéuticas Uruguayas abriéndose a la Región. *

¿Por qué y para qué hacer una Federación Comunidades Terapéuticas?

1. Porque luego de más de 15 años de trayectoria de intercambios y conocimiento recíproco se vio que llegó la hora de hacer énfasis en

aquello que tenemos en común y no en nuestras diferencias.

2. Porque consideramos que todos los afiliados a FUCOT podemos lograr – unidos – **una mejor capacitación** básica común a todas nuestras organizaciones afiliadas.

3. Porque podemos **investigar** en nuestro medio qué recursos terapéuticos son más eficaces; porqué y de qué modo se producen los cambios para así – partiendo de éstos datos – desarrollar estrategias preventivas **en la CT y desde la CT**.

4. Porque hacemos **énfasis en los usuarios y sus familias** y porque nos interesa compartir todo aquello que puede beneficiar terapéutica y profilácticamente a nuestros asistidos, sus familias, sus grupos de pertenencia y el entorno sociocultural en el que se mueven.
5. Porque una Federación nos da posibilidades de **crecimiento** al conjunto y de **control recíproco** respecto a las potenciales malas prácticas y a posibilidades de resolverlas productivamente en forma colectiva.

6. Porque, en el conjunto de una Federación, estamos en condiciones ideales para hacer un **aprendizaje a partir de nuestras diferencias** y a negociarlas, sin buscar sometimientos ni avasallamientos. (Esto, trasladado al campo de la convivencia social es una forma de resolver productivamente los conflictos sin apelar a la destrucción del adversario).
7. Por último – y para no seguir abundando – porque la Federación es un **modo de auto-regularnos; de ir convalidando** recíprocamente **nuestras prácticas** (las que son investigadas y sometidas al escrutinio de nuestros pares) y porque así logramos **acreditarnos** frente a nosotros, los asistidos y sus familiares, los potenciales usuarios, y ante la sociedad en su conjunto representada por el Estado. De este modo nos transformamos en

interlocutores válidos; respetados y respetuosos.

¿Qué tenemos en común?

Un **Código de Ética** que garantiza a los usuarios de nuestros programas la certeza de que son respetados íntegramente en sus creencias filosóficas, religiosas, preferencias sexuales, etc. y que no son discriminados por ninguna razón, teniendo a su disposición, además, la posibilidad de reclamar por sus derechos durante su permanencia en el programa.

El **ser de puertas abiertas** para entrar y salir; conociendo los usuarios y sus familias, de antemano, las reglas de juego que habilitan para hacer un uso productivo de las actividades terapéuticas del programa...

El **apostar a la vida** como un valor central y el cuidar – durante el proceso terapéutico – de aquellas condiciones que favorecen su expresión, expansión y desarrollo; y el bloquear, concomitantemente, todo aquello que atenta contra la misma: la compulsión a consumir, a transgredir, a destruir, a falsear la realidad, a usar a los otros, etc.

El transformar al paciente y su familia en **agentes de cambio** y en protagonistas de su proceso terapéutico.

El **enfaticar valores** humanistas; tales como la solidaridad, la coparticipación, la corresponsabilidad y transparencia en los procedimientos.

El reconocimiento de que **los cambios son posibles, pero no en solitario** y que la calidad de los grupos humanos que integramos son un nutriente para el crecimiento personal y colectivo.

El considerar que los **conflictos humanos responden a una multiplicidad de factores** y contextos que los hacen complejos y que su abordaje y resolución no son sencillos; requieren tiempo, disposición para aprender de la experiencia y la convicción de que todos tenemos algo para dar que sea útil para el aprendizaje y crecimiento de los que me rodean y participan del Programa.

Ser **críticos** respecto a lo que hacemos; concientes de nuestras limitaciones; siempre dispuestos a aprender de nuestros errores y de los errores que los demás comparten con nosotros para ponerlos al servicio de la tarea de producir cambios, de sufrir menos, de gozar más y; sobre todo, de **compartir**.

Ser instituciones de **servicio, sin fines lucrativos**, que necesitan de recursos económicos para sostenerse pero que no hacen de la ganancia su centro. Lo que se busca – entre todos – **sí, es ganar en calidad de vida**, en experiencia, en madurez y aptitud para sostenerse lúcidamente ante situaciones problemáticas.

Quiero finalizar con unas palabras de nuestro gran escritor Carlos Reyles lo que implicó hacer una Federación de Comunidades Terapéuticas: “*Hay que arrojar por la borda muchas ilusiones, muchas imágenes, muchos ídolos y tras de ellos – si es preciso – las entrañas.*”

III. Algunos mitos en torno a las Comunidades Terapéuticas. Hechos y no palabras.

Algunas de las **críticas** que se han hecho a las CT's es que son instituciones *altamente selectivas*; que hay *un número elevado de personas que abandonan el tratamiento* y de que *su efectividad es escasa* comparada con los costos que genera. Consideramos que **estos son mitos** – no fundados en la investigación de los resultados – **que difunden los adversarios de nuestra modalidad de trabajo.**

Crítica: Son *selectivas*.

Se ha visto, a través de diferentes estudios y del propio relevamiento de las instituciones que forman la FUCOT, que el espectro de ofertas terapéuticas es muy variado así como las poblaciones asistidas. La complejidad y diversidad de las problemáticas ha transformado a las **CT's en organizaciones pluri-**

servicios sin perder la filosofía, el modelo y características que animan a una CT.

Hoy por hoy nuestras instituciones tienen programas residenciales y no residenciales; actividades terapéuticas y pedagógicas, asisten a familias normales y a familias disfuncionales; trabajan en base a tiempos y metas prefijadas o lo hacen sin un límite de tiempo y con propósitos más globales que puntuales respecto a los cambios que se buscan producir. El espectro poblacional atendido es muy amplio y se van ensanchando cada vez más: niños y jóvenes infractores; mujeres adolescentes y en la mitad de la vida; grupos de riesgo psicosocial variados y con problemáticas psiquiátricas diversas, etc., etc.

Crítica: Hay una alta tasa de *abandono del tratamiento*.

Diversos estudios longitudinales de más de 10 años de seguimiento y que involucraban a 15 o más CT's (hechos por el NIDA en EEUU)^[4] demostraron que **los programas terapéuticos conservan el 75 % de las admisiones realizadas en el primer mes**. Esta es una tasa mayor que la alcanzada por otras modalidades de tratamiento. Se comprobó, además, que **el tiempo de permanencia** en el Programa es una variable que **afecta positivamente los resultados del tratamiento**. En un estudio hecho por nosotros acerca de los pacientes que concurrieron durante los 10 primeros años de trabajo institucional vimos que este es un aserto que se corrobora ampliamente. Se comprobó que aquéllos que participan **más de tres meses** en un programa de CT logran una **mejora sustancial en calidad de vida**; una disminución del consumo **de sustancias psicoactivas**; la **reducción de actos impulsivos y/o criminales** y una **capacidad de lograr empleo y sostenerse** en él posteriormente. Otro aporte sustancial de las CT's al tratamiento es el de **reducir o eliminar los síntomas suicidas** modificando sustancialmente el humor y estabilizándolo. La CT ayuda a **desarrollar una visión del mundo y de la vida cotidiana más gozosa, disfrutable y con proyectos a corto, mediano y largo plazo**.

Crítica: la *efectividad* del tratamiento en una CT (residencial o no) es escasa comparada con sus costos y con otros tratamientos^[5].

Los tratamientos y el trabajo preventivo en – y desde – la CT han demostrado de que el dinero invertido es recompensado con creces respecto a los beneficios obtenidos. Los beneficios deben incluir - en lo que se refiere al consumo de sustancias:

- ∅ La abstinencia lograda y/o menor frecuencia y menor cantidad de droga usada cuando se recae y se consume.
- ∅ Dar la posibilidad de acceder a alguna forma de trabajo o estudio, tener menos ausentismo (al trabajo o a clases).
- ∅ Mejoría general de la salud: menos accidentes; menos consultas médicas de emergencia.
- ∅ Disminución de los actos violentos o impulsivos cuando son parte esencial del cuadro personal y familiar.
- ∅ Disminución de conductas de riesgo social y personal tales como infecciones, ETS, VIH/SIDA, etcétera.

Las Comunidades Terapéuticas han demostrado que inciden eficazmente en lograr resultados sobre todos estos aspectos. Hay multiplicidad de estudios que concluyen que el dinero que una empresa invierte en tratamiento es recuperado ampliamente con una mayor productividad y satisfacción en el trabajo; disminuyendo sustancialmente el ausentismo, una tasa baja de accidentes de trabajo y un clima laboral donde predomina el buen vínculo y poca conflictividad. [\[6\]](#)

El sistema de salud logra notorios ahorros en prescripción de medicamentos, consultas médicas, exámenes costosos y permite avanzar en el sentido de una propuesta profiláctica de las enfermedades.

El funcionamiento familiar deja de estar centrado en el sufrimiento y en el desequilibrio, en la distribución entre sus miembros, del placer y de las cargas. La violencia familiar decrece o desaparece y aparecen otras formas alternativas

de resolución de los problemas.

Los **comportamientos de riesgo** que llevan a una altísima tasa de accidentes en los jóvenes por consumo de alcohol y otras sustancias son posibles de modificarse al participar en un grupo terapéutico gestionado comunitariamente.

La CT provee un clima afectivo reasegurador y estructurante que ayuda a los participantes a organizar sus vidas y darles sentido sin tener que apelar al delirio, la ingesta de sustancias, los actos violentos, la sexualidad compulsiva...entre otras cosas.

Un buen programa terapéutico puede identificarse si tiene un protocolo definido de tratamiento que es evaluado periódicamente por todos los involucrados, un equipo adecuadamente capacitado y experimentado en situaciones de riesgo y compromiso afectivo; donde hay retribuciones – simbólicas o en especie – adecuadas a la tarea y donde toda la organización está abierta al escrutinio de otras y no oculta sus fracasos – que son parte integral de la pesada tarea que lleva a cabo.

Para finalizar este tópico donde nos referíamos a preconceptos y al logro de resultados, nada mejor que estas palabras del poeta José Martí: *“Tengo fe en el mejoramiento humano; en la vida futura, en la utilidad de la virtud y en ti.”*

IV. El futuro de las Comunidades Terapéuticas.

Hablar de futuro es **soñar**; y para hacer y trabajar en una CT hay que soñar. Soñar con utopías realizables y de las otras... ¡y luego despertar! La CT es **la utopía** de una humanidad solidaria, respetuosa de las diferencias, que convive en paz y armonía, que usa el diálogo, que es veraz en sus dichos y coherente con sus hechos; que apuesta a lo mejor de cada persona y que confía en la posibilidad de lograr cosas a través del esfuerzo y el trabajo compartido, que está dispuesta a renunciar la satisfacción de un deseo personal en aras del bien común y del interés común. Podríamos seguir agregando caracterizaciones que

enriquezcan este **sueño terapéutico-comunitario**; pero detengámonos aquí y veamos como el pasado y el presente al que nos referimos anteriormente, nos permiten vislumbrar un futuro grávido en interrogantes e incertidumbres ¡pero promisorio!

¿Cuál es la gran fortaleza de las Comunidades Terapéuticas?

Tal como yo lo veo, el hecho de **haberse gestado en momentos de crisis**: crisis de valores, de recursos económicos, de estabilidad... ¡ de todo lo que atenta contra lo más vital y humano que nos habita. Esa fue la experiencia de Maxwell Jones, de Tosquelles, de Laing y aquí, en Uruguay, fue un rescate del tejido social y humano resquebrajado por la dictadura militar. Ese fue el contexto histórico-social de los años ochenta donde pudieron cultivarse y sobrevivir valores; donde se encontraron fortalezas y esperanzas cuando primaba el escepticismo, el desfallecimiento y la desesperanza. Esa **capacidad de rescate**, de **alternativa**, de ir a contrapelo – paradójicamente -, es también la debilidad de nuestras instituciones. Instituciones que, cuando son más creativas y productoras de salud mental, van en oposición a ciertos valores y actitudes dominantes. Cuando la cultura médica propiciaba las internaciones psiquiátricas como única forma de cuidado; las CT's ofrecían **puertas abiertas y sostén afectivo** para encontrar salidas al aislamiento, la marginación, etc. Contra lo que muchos creen –en un total desconocimiento de la realidad-; **las CT's siempre fueron “un mal negocio” económicamente hablando**. Las economías de guerra, de crisis, siempre son economías deficitarias; y aquí hablamos de la **economía psíquica** de nuestros usuarios y de sus familias donde el genuino placer se paga a un precio muy alto.

¿Cómo podríamos, en un futuro, transformar nuestras debilidades en fortalezas y hacia dónde – potencialmente – podrían evolucionar nuestras instituciones?

Tenemos varias **claves**:

- Ø El **diálogo y la palabra** como herramientas auténticamente humanas y transformadoras.
- Ø El **aprendizaje recíproco**, gozoso y lúdico.

- Ø **La confianza y la veracidad.**
- Ø El construir a partir de **lo diferente**, de lo distinto.
- Ø **La cooperación** a través de la tarea para lograr una meta común.
- Ø La búsqueda de la **complementariedad y la coordinación de esfuerzos**: sumar en lugar de restar y dividir.

Todo esto que es fácil de decir, difícil de practicar; que lleva tiempo y que es complejo ¿qué evolución de nuestras instituciones y de su vinculación con el resto de la sociedad organizada nos permitiría?

Tal como yo lo veo, habilitaría un diálogo entre diferentes concepciones del mundo; del hombre, de la convivencia; de los intereses, de formas de apreciar, evaluar, etc. que pueden beneficiarse – en su confrontación – con la posibilidad de darles cabida a todas ellas y de respetar su coexistencia.

Posibilitaría a nuestras instituciones a entender más y mejor a la sociedad circundante, a sus intereses, a los de las familias con sus necesidades cambiantes y con sus estructuras en dinámica evolución.

Seríamos **instituciones cada vez más abiertas**; más **dinámicas**; más **adaptables sin sometimiento**; más **tolerantes** con las “imposiciones” y limitaciones que nos generan las urgencias del mundo circundante. ^[7]

Con una cascada de preguntas que demandan respuestas de confección sin pasar por el tamiz de la reflexión, la evaluación, la ponderación; el riesgo de fracaso, etc. Las CT's debemos aprender a dialogar con las diferentes formas que tiene la sociedad de organizarse: los empresarios, el Estado, las demás instituciones que inciden sobre nuestra vida cotidiana y la moldean; estemos – o no – de acuerdo con ellas.

Tenemos que **incidir sobre todo aquello que nos concierne** en diferentes ámbitos de nuestro quehacer: salud, trabajo, educación, costumbres, producción

de cultura, cultivo de valores, espiritualidad.

Por ejemplo: el **estudio de los intereses vocacionales**, la exploración de aptitudes, la capacitación para el trabajo y el estudio deben ser componentes esenciales para articular con nuestros programas terapéuticos; así como otros que centrados en éstos aspectos y donde las poblaciones con las que trabajamos pueden insertarse. Pensamos que **la oferta educativa** puede enriquecerse con las necesidades específicas que detectamos en nuestros usuarios y sus familias y que nosotros podemos aprender de programas educativos innovadores que desarrollan los docentes.

Lo mismo se nos ocurre respecto al trabajo; a **la capacitación para el trabajo** y las oportunidades laborales que nuestros clientes pueden tener en un mundo en procesos de cambio como es el actual y futuro. Pensamos que nuestros estilos, valores y filosofía pueden tener cabida en ámbitos empresariales, laborales o de otro tipo donde se podrán negociar formas satisfactorias de convivencia y de logro de metas comunes para todos los involucrados.

Pensamos, además, que será creciente nuestra participación en actividades que involucren al Estado, las empresas y nuestras instituciones y que prepararse para estas aventuras compartidas requiere de tareas y experiencias compartidas; de reciprocidad y equidad puestas en juego por todos los implicados en el proceso.

En suma: para un mundo abierto, cambiante, lleno de desafíos; instituciones abiertas, porosas, sostenidas por una ética comunitaria donde la vida – en todas sus expresiones – oriente las acciones a desarrollarse entre las Comunidades Terapéuticas y diferentes actores sociales.

* Páginas 13-16 del libro *Drogas, Ética y Trasgresión*, Montevideo, Psicolibros, 2001.

[1] Ver de O'Brien, W. y Henican, E.: *You can't do it alone*, New York, Simon and Schuster, 1993.

[2] Jones, M.: *Psiquiatría Social*, Buenos Aires, Editorial Escuela, 1966.

[3] Ver González Regadas, E. M.: *Comunidad Terapéutica y trastornos duales*, Montevideo, Psicolibros, 2001, Capítulos XIII y XIV.

* Primeras Jornadas de la Federación Uruguaya de Comunidades Terapéuticas realizadas en Montevideo, Uruguay, 16-17 de setiembre de 1999. A éste evento concurrieron trescientas personas y contó con la participación de representantes de organismos públicos, organizaciones no gubernamentales y personas interesadas en la temática. Fueron invitados representantes de Argentina (Prof. Emérito Dr. Jorge García Badaracco), Chile (A.S. Juan Palacios) y Paraguay (Lic. Amelia Mazó). Agradecemos especialmente a la relacionista pública Ana Gavilán por su dedicación a la organización de las Jornadas.

Corresponde a las pp. 45-53 del libro *Drogas, Etica y Trasgresión*, Montevideo, Psicolibros, 2001.

[4] NIDA: *Principles of Drug Addiction Treatment. A Research Based Guide*; en la página web del NIDA: www.drugabuse.gov/PODAT y ONDCP (Office of National Drug Control Policy): *Treatment Protocol Effectiveness Study, 1996*. Puede verse en la página web de ONDCP: www.whitehousedrugpolicy.gov.

[5] De León, G.; Inciardi, J.A. y Martín, S.S.: *Residential Drug Abuse Treatment Research: Are Conventional Control Designs Appropriate for Assessing Treatment Effectiveness?*, Journal of Psychoactive Drugs, Vol 27 (1), enero-marzo de 1995, pp. 85-91.

[6] Ver NIDA: *Improving Program Cost-Effectiveness and Cost-Benefit*, página web del NIDA: www.drugabuse.gov/IMPCOST y Shepard, D.S.; Larson, M.J. y Hoffmann, N.G.: *Cost-Effectiveness of Substance Abuse Services. Implications for Public Policy* en The Psychiatric Clinics of North America, Vol 22, No. 2, junio de 1999, pp. 385-400.

[7] Ver O'Brien, W. B. y Biase, D.V.: *Therapeutic Community (TC). A Coming of Age* .