

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Una definición operativa.

INTRODUCCIÓN Y PROPÓSITO DE ESTE DOCUMENTO:

La demanda de tratamiento para problemas derivados del consumo de alcohol y drogas, tanto a nivel de instituciones de salud públicas como privadas, ha crecido en el mundo en los últimos años por sobre las estimaciones más conservadores y la tendencia es que seguirá creciendo.

En los últimos 15 años se han abierto, en países Latinoamericanos, alrededor de 5000 programas de Comunidad Terapéutica, donde se presta atención a personas con problemas de alcohol y drogas.

Aun así, la demanda de servicios para este tipo de problemas es considerablemente superior a la oferta, más aún, debemos agregar que los problemas asociados a la dependencia de drogas y alcohol varían de un individuo a otro y se combinan para producir una variedad aún más compleja de necesidades, por lo tanto el pensar que programas de tratamiento y rehabilitación puedan ser idénticos para todas las personas es un error.

Los programas, con el fin de ayudar a resolver las necesidades de las personas que consultan, no solo deben proveer una combinación de actividades terapéuticas y complementarias que consideren elementos esenciales como edad, sexo, raza, orientación sexual, vivienda, empleo, etc., sino que también la capacidad de adaptarse a las exigencias de la vida social y laboral de la persona y del grado de complejidad que el problema de la dependencia presenta y por sobre todas las cosas se debe proteger y respetar a la persona en todos sus derechos y apoyarla para que pueda acceder y ejercerlos en el proceso de su propia rehabilitación.

Programas y actividades de tratamiento son diseñadas y ejecutadas en una variedad de ambientes, formatos y tiempos y siendo la dependencia a alcohol y drogas un fenómeno que es recurrente y genera recaídas, es necesario también entender que las actividades de tratamiento deben considerar intervenciones múltiples en el tiempo.

La comunidad terapéutica concebida como un modelo de ayuda centrado en la persona y su familia considerada como un ser físico, biológico, psicológico, social y espiritual, perteneciente a una familia y en interacción con otras personas, requiere para existir del desarrollo de una red de servicios articulados e insertos en los distintos niveles de su accionar social.

El desafío que enfrentamos como Comunidades Terapéuticas frente a nuestros usuarios y sus familias y frente al Estado, como proveedores de servicios de tratamiento, es el tener una definición clara sobre nuestra identidad (lo que somos), dar a conocer nuestra misión y otorgarle el lugar que corresponde en el aparato público para lo cual es

fundamental mantener altos estándares de calidad en nuestro trabajo y desarrollar instrumentos técnicos que nos permitan medir y garantizar la satisfacción del usuario por los servicios entregados .

1. ORIGEN DEL MODELO.

El concepto nace con el Dr. Maxwell Jones, psiquiatra inglés, en las primeras décadas del siglo veinte a partir de su trabajo con pacientes psiquiátricos crónicos de los hospitales ingleses de Belmont y Dingleton.

Desde los inicios de su carrera como psiquiatra, Maxwell Jones se percata que la institución llamada hospital psiquiátrico en su realidad operacional concreta de la época, tenía una influencia negativa, marcada y directa en la cronificación de sus pacientes y que la entrada de una persona a un hospital psiquiátrico significaba muchas veces su desaparecimiento de la sociedad. Además, se sumaba a este hecho un trato al paciente muchas veces carcelario por parte del personal.

En su obra clásica en 1952, **"Psiquiatría social, un estudio sobre las CC.TT."** revoluciona las expectativas del tratamiento psiquiátrico y médico en general. Analiza la convivencia, la atmósfera y la organización terapéutica y describe el "role-playing" y la confrontación cotidiana a los problemas como estrategias terapéuticas.

En la Comunidad Terapéutica de Maxwell Jones, destaca el personal compuesto por profesionales y técnicos; pacientes y personal están emocionalmente implicados no solo en la curación sino también en la administración del recinto, siendo para ello imprescindible una libertad en la comunicación entre ellos, una flexibilidad que contrasta con los manicomios clásicos, construyendo así una cultura terapéutica que idealmente transformara el antiguo tratamiento coercitivo en un proceso educativo y de reaprendizaje social. El lugar de partida son sus propios pacientes y personal de sala del Hospital de Belmont donde rediseña una forma de trabajo basada en principios que son centrales en la vida de toda persona como son la democracia, la solidaridad, la participación, el respeto, la libertad de expresión, etc. Así se da origen al modelo Comunidad Terapéutica.

El planteamiento operacional de dichos principios se traduce en la liberación de sus pacientes de la opresión institucional al permitirles que puedan influir en su propio ambiente y sus tratamientos. Crea nuevas y mejores condiciones medioambientales y relacionales, entre pacientes y personal e involucra a familiares y amigos en esta tarea creando una conexión hacia el exterior del hospital lo que permite a sus pacientes crecer y desarrollarse en un ambiente facilitador y de carácter libertario.

En el campo de las adicciones, en 1958, unos pocos años después de la experiencia de Maxwell Jones, un alcohólico rehabilitado de Alcohólicos Anónimos, Charles Dederich, en California, Estados Unidos, inicia un programa con personas heroínómanas y sustituye lo religioso de alcohólicos anónimos por ideologías más seculares, aunque aún muy

basadas en el carisma del personaje fundador. Egresados de Synanon, fundaron la Comunidad Terapéutica de Daytop, en Nueva York, en 1963, incluyendo profesionales entre sus operadores. En este sentido, Daytop marca el verdadero comienzo de expansión de las Comunidades Terapéuticas por el mundo, así como su posterior evolución en instituciones altamente sofisticadas. Posteriormente, se origina en Italia otro gran movimiento de Comunidades Terapéuticas denominado Proyecto Hombre, que valiéndose de la formación y experiencia norteamericana, agrega estratégicamente nuevos instrumentos terapéuticos más acordes a la realidad cultural y familiar europea y latina.

Surge también una rama no menos importante, también en los Estados Unidos en 1958, la Fundación Teen Challenge – Desafío Juvenil – por parte del Pastor protestante David Wilkerson, un movimiento de centros de rehabilitación de carácter inspiracional - religioso, las llamadas **Comunidades Teoterapéuticas**, donde definen como concepto básico el cambio de vida a través de un encuentro personal con las enseñanzas de Jesús, quien es el modelo de referencia para el mencionado cambio. Si bien es cierto, originalmente no se llamaron Comunidades Teoterapéuticas, en los albores de la última década se les reconoce de este modo, originándose a partir de ellas un fuerte y sólido movimiento evangélico que ha tendido a responder a esta problemática social en muchos países latinoamericanos.

Por último, cabe mencionar que en 1961, nace en Puerto Rico el CISLA (Centro de Investigación sobre las Adicciones) otra rama de centros que más tarde se transformarían en Comunidad Terapéutica, lo que dio origen a los actuales Hogares Crea, que se han extendido abundantemente, sobre todo en la América Central y el Caribe, habiéndose prolongado también a varios países sudamericanos, con una metodología definida en parte por las enseñanzas de **la** escuela de Erick Erickson.

Durante las últimas décadas, dada la creciente demanda por tratamiento y ante la precaria respuesta de los gobiernos ante esta problemática, el modelo de comunidad terapéutica se ha consolidado prácticamente en todo el mundo. El desarrollo alcanzado y los resultados obtenidos a la fecha, sustentados en la sistematización y evaluación del modelo y su metodología, hacen impensable la ejecución de Programas de Tratamiento, Rehabilitación y Reinserción Social sin el aporte y colaboración de las Comunidades Terapéuticas como centros de tratamiento altamente especializados.

2. DEFINICIÓN OPERACIONAL

COMUNIDAD TERAPÉUTICA es un modelo de trabajo y de vida que colabora con las personas, considerándolas capaces de influir en su propio tratamiento, rehabilitación y/o recuperación y/o restauración. Es un modo de trabajo radicalmente distinto al de la institución de salud tradicional, sin dominación de jerarquías técnicas y/o profesionales.

El modelo considera relevantes para la persona aspectos tales como su familia y la red social como bases de su trabajo terapéutico. El vivir y trabajar en una Comunidad Terapéutica significa el poder compartir experiencias, dentro de un marco de respeto de los valores y derechos inalienables del ser humano y en un ambiente de solidaridad y fraternidad.

La Comunidad Terapéutica es parte de la Comunidad Social, es una base afectivo-espiritual y utiliza una relación de tipo horizontal y directa entre sus miembros valorando cada aporte sin distinción de condición social, educativa, religiosa o sexual. La Comunidad Terapéutica basa la posibilidad de recuperación en el **grupo o comunidad**, son los propios usuarios los gestores conjuntos en el proceso de crecimiento y desarrollo personal, de cada uno de ellos. La vida en comunidad implica la responsabilización de sí mismo y de los demás en todos los aspectos de la cotidianidad; alimentarse, usar el tiempo libre, cuidar el entorno, ayudarse en las problemáticas más profundas, resolver conflictos, enfrentar problemas, crecer y desarrollarse, encontrar sentido a la vida, etc.

En este sentido, es la propia persona la protagonista de su historia, la que responde y genera la recuperación apoyada por el grupo. En la C.T. los residentes tienen un papel fundamental, pues ellos son los movilizadores del cambio acompañados y guiados por los profesionales y técnicos; en sí mismo, el estilo relacional de la C.T. es el principal elemento terapéutico. En la dinámica de las interacciones se va a representar la conflictiva de cada persona y el problema que los reúne, así la forma de organización conocida como Comunidad Terapéutica contribuye a crear esas condiciones de interrelación que serán el campo de experimentación donde se hará posible la re y la habilitación, según sea el caso. Es el vínculo lo que resulta terapéutico, más allá del marco teórico referencial; en el contexto de una comunidad lo relacional sería entonces lo terapéutico, y a la vez, el sistema de tratamiento es terapéutico en tanto se da en Comunidad.

En la actualidad, en el área de la dependencia a drogas, muchos centros de tratamiento se autodenominan como Comunidades Terapéuticas, porque realizan algunas actividades grupales o trabajo con las familias pero en rigor no adscriben al modelo de “comunidad” propiamente tal. En estas “comunidades”, la responsabilidad del cambio se asume y/o recae fundamentalmente en el equipo profesional jerarquizado (psiquiatra, médico, psicólogo, asistente social,

terapeuta ocupacional; en ese orden), dejando de considerar o no valorando el aporte de otros miembros del equipo (técnico en rehabilitación, operador terapéutico, tallerista, monitor o auxiliar paramédico) o de cada uno de los usuarios del programa independientemente de su nivel educacional o condición social; son los profesionales o la estructura organizativa de la institución la que toma las decisiones y el curso a seguir en la dinámica relacional del Centro Terapéutico.

Una tipificación a partir de las diferencias estructurales da los siguientes tipos de Centros de Tratamiento:

- Las llamadas Comunidades Terapéuticas “**institucionales**”, que se desarrollan de acuerdo a cánones del servicio de salud correspondiente y con una estructura de trabajo basada en jerarquías profesionales y técnicas.
- Comunidades Terapéuticas “**no institucionales** “, las que se desarrollan preferentemente con una fuerza de trabajo no profesional; técnicos en rehabilitación, operadores terapéuticos rehabilitados o re-educados, y respondiendo en su filosofía y orientación a las más variadas formas ideológicas, religiosas y experienciales.
- Comunidades Terapéuticas “**no institucionales mixtas**”/ “**modificadas**”, donde se consideran los aportes de todos los miembros del equipo/personal sean éstos profesionales y/o técnicos, además de los usuarios. Es un modelo flexible, enriquecido por el conocimiento y experiencia de cada uno de los participantes.

Las Comunidades Terapéuticas se diferencian también por el tipo de servicio que ofrecen: si son programas ambulatorios o residenciales o por la población a la que atiende: mujeres, hombres, mixtas; adultos, adolescentes; población infractora de ley, etc.

3. CONCEPTOS ESENCIALES DE TRABAJO EN EL MODELO DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA.

Es necesario declarar que el modelo de comunidad terapéutica se sustenta en la práctica y guía de los llamados conceptos esenciales, sin la práctica de los cuales el modelo no puede existir.

- 3.1. Participación:** Las personas son autores activos – protagonistas – de su propio proceso de cambio. La participación es voluntaria pero se insta a que todos sean parte activa y comprometida de la comunidad. Los grados de influencia que ejercen los residentes en su interior se encuentran directamente relacionados con la apertura y capacidad de escucha del equipo terapéutico; la experiencia señala que un alto grado de participación, empoderamiento y auto responsabilidad con sus procesos de cambio, tiende a profundizar los logros y a elevar los niveles de impacto y permanencia.
- 3.2. Compromiso y responsabilidad compartida:** Todos los participantes son los responsables de la vida comunitaria (desarrollo de la confianza, respeto, cuidado, etc) y proveen opiniones y observaciones y se hacen responsables de ellas. Ello implica la co-construcción de un proyecto colectivo que tiende a alcanzar objetivos comunes a través de un camino también común.
- 3.3. Uso de roles modelos:** Cada participante es un modelo del proceso de cambio (ser un espejo en lo que ellos deciden y pueden cambiar), donde se aprecian las características positivas de los más avanzados y sobre todo, se observan las conductas de lo que no es adecuado (hay que) hacer, o de los modelos que no hay que seguir por las consecuencias que ello(s) conlleva.
- 3.4. Uso de normas y valores compartidos:** Reglas, normas sociales y reglamentos tienen como fin proteger la integridad física, emocional y psicológica de la Comunidad, y su implementación, cumplimiento y respeto es responsabilidad de todos.
- 3.5. Régimen de trabajo y de rutina diaria compartido:** Las actividades de la comunidad se realizan a través de un claro y definido sistema de rutinas y trabajos, como una forma de romper la forma desordenada de vida de las personas dependientes. La consigna es volver a la rutina de la “normalidad”, con tiempos definidos de actividad, terapia y descanso. Toda actividad es comunitaria y compartida.
- 3.6. Relaciones sociales:** La presión social de los miembros de la comunidad es en sí una forma de presión y de control social, se vive del ejemplo y compromiso de cada uno de los miembros de la comunidad. Las relaciones que se gestan al interior de la comunidad crean y son la base de una futura red de apoyo externo. La generación de una identidad personal vinculada al consumo de drogas, el lenguaje, las costumbres y códigos

de conducta, tendría su contraparte en el aspecto relacional propio de la C.T., aquello que le otorga su máximo sentido, el aspecto socio-comunitario.

- 3.7. Desarrollo por etapas o fases:** Aún cuando cada centro tiene un programa distinto, las fases o etapas de desarrollo y de crecimiento en la comunidad representan incrementos en el aprendizaje de la persona. Esta se moviliza en un sentido incremental de una fase a otra ganando conocimiento, experiencia y ajuste social. Cada etapa es cualitativamente superior en cuanto incluye los alcances de la anterior y es condición sine qua non de la siguiente. Generalmente coronadas por un cierto rito, que señala y limita cada una. Las más significativas por supuesto serían las etapas de egreso de la C.T. y el alta definitiva.

Como resultado de todos estos principios, las personas son capaces de modificar sus propias vidas : se valoran más, confían más en sí mismas y en el grupo, son capaces de hablar de sus experiencias dolorosas y reciben el apoyo de sus compañeros, aprenden a resolver conflictos, resuelven situaciones dolorosas y enfrentan crisis, son capaces de expresar sus emociones y aprenden a relacionarse de manera más directa y asertiva, asumen responsabilidades, se hacen cargo de sus respectivas vidas y desarrollan un nuevo estilo para ellas .

4. CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA.

Todas las Comunidades Terapéuticas tienen un Programa que define su quehacer y describe un conjunto de elementos que conforman un proceso cuyo objetivo es la rehabilitación y la reinserción social. Aún cuando cada comunidad tenga un enfoque particular de abordaje de la problemática, existen ciertos derechos de los usuarios que como Asociación Chilena de Comunidades Terapéuticas nos vemos en la obligación de velar por su cumplimiento:

- 4.1 . Recibir tratamiento sin ser discriminadas por sexo, raza, nacionalidad, creencias religiosas, opiniones políticas, orientación sexual, condición de salud (incluyendo VIH) o antecedentes judiciales.
- 4.2 Recibir tratamiento en un ambiente digno y libre de drogas y alcohol.
- 4.3 Ser tratadas con dignidad y respeto por el personal del centro, así como por las otras personas en rehabilitación.
- 4.4 Ser protegidas contra todo tipo de maltrato físico, psicológico y sexual.
- 4.5 Tener acceso a atención médica oportuna en el caso de requerirla.
- 4.6 Recibir información clara, veraz y completa acerca del programa terapéutico que efectuará, incluyendo las obligaciones que debe cumplir dentro del programa, estipuladas en un contrato terapéutico.
- 4.7 Recibir información clara, veraz y completa acerca de las normas del programa y las sanciones establecidas por faltas a dichas normas, desde su ingreso al programa.

- 4.8 Recibir tratamiento sin ser obligadas a realizar labores que beneficien personalmente a los miembros del equipo técnico o a la comunidad.
- 4.9 Pedir confidencialidad en cuanto a información sobre su persona, entregada en buena fe en actividades de la Comunidad
- 4.10 Ser consultadas previo a que se hagan grabaciones o se tomen videos y/o fotos de su persona o de actividades en las que participan. Las personas pueden aceptar o negarse a ser grabadas o filmadas.
- 4.11 Retirarse del programa, en cualquier momento, sin ser sometidas a presiones o maltrato físico o psicológico.

Los programas de las Comunidades Terapéuticas tienen además ciertos elementos comunes:

- 4.1.1 Perfil de ingreso**
- 4.1.2 Tiempo de duración**
- 4.1.3 El equipo**
- 4.1.4 Metodología**

4.1.1 Perfil de Ingreso.

Considerando que no todos los programas sirven a los distintos usuarios, se ha evidenciado cada vez con mayor urgencia la necesidad de realizar mejores diagnósticos y establecer criterios de ingreso más estrictos. De esta manera se asegura la adherencia a los programas y el posterior éxito terapéutico. También va quedando de manifiesto la necesidad de crear programas cada vez más específicos, pues aún en la actualidad existe una tendencia a ingresar a las Comunidades Terapéuticas todos aquellos casos que no dan resultado en las otras instancias de la red de atención (“los casos difíciles o perdidos”) con un alto costo para el equipo terapéutico ya que no se obtienen los resultados esperados dando como resultado una mala evaluación del programa cuando en realidad la persona/usuario no era la indicada.

En este sentido, a lo menos se consideran los siguientes requisitos o criterios para ingresar a los programas:

- Para que el tratamiento sea gratuito y la comunidad tiene convenio CONACE-FONASA la persona debe ser beneficiaria de FONASA y estar al día.
- Pertenecer a la red de salud del sector
- Ser derivada de un centro de salud de atención primaria, con diagnóstico inicial
- Estar desintoxicada
- Si tiene patología mental concomitante, estar compensada

- Tener o contar con un adulto (en lo posible familiar) tutor responsable
- Participación voluntaria
- Ausencia de enfermedad física que le impida el tratamiento

4.1.2 Tiempo de Duración.

Cabe señalar que el Programa Nacional de Tratamiento ha establecido ciertos tiempos para el tratamiento, pero a medida que se ha puesto en marcha y se han evaluado los resultados del mismo, se puede observar la variabilidad que existe en este aspecto. Hay personas que por su perfil y el grado de compromiso de su problemática requieren de menor tiempo de tratamiento que otros de mayor complejidad. En este sentido más que hablar de tiempo de tratamiento se hace necesario establecer criterios para el alta terapéutica. Ahora bien no tenemos aún instrumentos para evaluar estos criterios.

Por consiguiente, dependiendo siempre de los plazos estipulados por cada Programa, se considera como “alta” o “término de proceso” de una persona, el logro de los siguientes criterios evaluativos, los que coinciden en términos globales con los conceptos del “éxito” alcanzado:

4.1.2.1 Toma de conciencia de su realidad.

Apunta a que la persona haya internalizado y asumido conscientemente su propia responsabilidad en relación al consumo de drogas, dejando de lado actitudes y conductas que tienden a culpar a terceros de su situación personal. Es decir, se hace responsable de sus conductas, y por ende, las modifica por convicción y conveniencia personal.

4.1.2.2 Autoconocimiento.

Apunta al hecho imprescindible de que la persona haya sido capaz de conocer y reconocer sus fortalezas y debilidades, detectando además los factores facilitadores que favorecieron su consumo y posterior dependencia, con los consiguientes resultados para su vida personal y familiar.

4.1.2.3 Modificaciones Conductuales.

Apunta al aspecto concreto de modificación de conductas aprehendidas y reforzadas durante el período de droga, fundamentalmente las que se mencionan a continuación:

- Deshonestidad – mentira – falsa imagen (mecanismos de defensa)
- Robos – delincuencia
- Manipulación
- Reacciones compulsivas
- Descontrol de impulsos y expresión inadecuada de sentimientos y/o emociones
- Agresividad exacerbada
- Victimización (no asunción de la responsabilidad personal)
- Irresponsabilidad con la propia vida y con los demás
- Pérdida de hábitos básicos
- Problemas relacionales, en general

Lo esperable es que la persona sea capaz de lograr modificar en sentido positivo la mayoría de las conductas mencionadas, como requisito mínimo para considerarla apta para ser dada de alta de su proceso terapéutico.

4.1.2.4 Autoestima – auto confianza – confianza en sí mismo– mejor calidad de vida.

Apunta a que la persona haya sido capaz de elevar considerablemente sus niveles de autoestima, mediante el conocimiento y reconocimiento de sus potencialidades y capacidades latentes reales, lo que ciertamente debería redundar en el logro de altos niveles de auto confianza y seguridad personales. Del mismo modo, se espera que realicen el aprendizaje concreto de recuperar la confianza en los demás, sin sentirse a la defensiva o amenazado por éstos. Es decir, que se reconozca como individuo “existente” con su cuota propia y original para ofrecer a la sociedad, a su familia, etc.

Dicho de otra manera, que sea capaz de mejorar su calidad de vida que le permita disfrutarla del modo más positivo y constructivo para sí y para los demás.

4.1.3 EL EQUIPO EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA.

Lakoff (1978) escribió lo siguiente acerca de la posición de un ex-adicto miembro del equipo:

"El ex-adicto tiene mucho en común con un terapeuta. Suele ser listo e ingenioso y estar altamente motivado. Sus impulsos, que mediante la terapia han sido desviados de la conducta de drogarse, encuentran provechosas sublimaciones en la ayuda a los demás. **Por dicha razón, el ex-adicto puede, si recibe una preparación adecuada, convertirse en un para-profesional provechoso.**

Teniendo en cuenta los requisitos de esta preparación, sería conveniente reseñar las deficiencias del terapeuta ex-adicto. No son suficientes doce o dieciocho meses de terapia para cambiar la profunda desconfianza que la sociedad desarrolla hacia la mayoría de las personas que han vivido en el mundo de la droga muchos años. Es frecuente un resentimiento respecto a la comunidad profesional, especialmente hacia los doctores y psiquiatras, los cuales no han sabido ayudarles del modo como lo han hecho con otras personas con otros tipos de problemas. Para cuando el ex-adicto se ha convertido en un miembro del equipo, ha aprendido a controlar adecuadamente sus impulsos, y aunque su resentimiento para con los profesionales se reprime rápidamente, sin embargo sale con frecuencia a la superficie, a modo de resistencia pasiva a las sugerencias que se le hacen y por una tendencia a no consultar".

A partir de la experiencia acumulada se ha observado la necesidad de contar con equipos terapéuticos calificados en la temática drogas, pero formados en el modelo de comunidad terapéutica.

La postura de la Asociación Chilena de Comunidades Terapéuticas frente a esta diversidad de visiones, es proponer y fomentar activamente el desarrollo de una **comunidad terapéutica no institucional mixta / modificada**, donde los equipos se formen uniendo las experiencias y vivencias del operador terapéutico capacitado y los conocimientos especializados, metodologías y prácticas aportadas por profesionales de la salud y sociales afines al trabajo de este modelo. Creemos que la adscripción a los conceptos esenciales de trabajo de comunidad terapéutica anteriormente definidos y los mandatos resultantes para la defensa de los derechos del usuario hacen necesario que este modelo exista.

Bibliografía

1. Kooyman, Martien. La Comunidad Terapéutica para Drogodependientes. Ediciones Mensajero. Bilbao, España, 1996.
2. De León, Georges. La Comunidad Terapéutica y las adicciones , Ed. Desclee de Brouwer - Bilbao , España , 2004
3. Jones, Maxwel : “Psiquiatría Social: Un estudio sobre las Comunidades Terapéuticas” – Penguin Books – 1952
4. Normas e Indicadores de Calidad en Comunidades Terapéuticas – Erit –Federación Europea de Asociaciones de Intervinientes en Toxicomanías.
5. Criterios y Objetivos de las Comunidades Terapéuticas, Código de Ética de Personal, Declaración de D.D.H.H." de la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas.
6. Criterios Mínimos de calidad en los programas de prevención y tratamiento” – Documento de la Red Iberoamericana de ONGs especializadas en
 - a. drogodependencia (RIOD)-2000.-
7. Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas. Misión y Visión de trabajo de las Comunidades Terapéuticas Latinoamericanas

Juan Palacios H.
Marzo 2013