

El debate sobre la función del tratamiento como componente del Sistema Penal

Domingo Comas y Josune Aguinaga

RESUMEN: El tratamiento alternativo de los sujetos que entran en contacto con el sistema penal se percibe con demasiada frecuencia exclusivamente como un factor de control social sin tener en cuentas los posibles beneficios que el sujeto puede obtener del mismo. Se plantea un debate entorno a estas cuestiones, a la eficacia psicoterapéutica y al papel clave de la evaluación para pasar del plano meramente especulativo a un plano éticamente responsable.

Palabras Clave: Prisiones, Tratamientos alternativos, Control social, Evaluación.

RÉSUMÉ: Le traitement alternatif des individus qui contactent le système pénal est trop souvent entendu exclusivement comme un facteur de contrôle social sans tenir compte des possibles bénéfices que celui-ci peut proportionner. On développe un débat autour de ces questions, de l'efficacité psychotérapeutique et du rôle clé de l'évolution afin de passer du plan strictement spéculatif à un plan éthiquement responsable.

Mots clé: Prisons, traitement alternatif, contrôle social, évaluation.

ABSTRACT: The alternative treatment for the individuals that come into contact with the penal system is too frequently faced exclusively as a factor of social control without having into account the possible benefits that the individual in questions might obtain from it. A debate concerning these issues, the psychotherapeutical efficiency and the key role performed by the evolution to go from the merely speculative plan to an ethically responsible plan.

Key words: Prisons, alternative treatment, social control, assessment.

1.- LA RUTA DE LA MODERNIDAD: VIGILANTES, ACOMPAÑANTES Y CRÍTICOS (1)

1.1.- EL CASTIGO RECUSADO

Con el desarrollo de las ideas de la Ilustración, en la modernidad, se supone que la función de la pena ya no se limita al castigo sino que se orienta hacia la prevención del delito, no se trata tanto de "sancionar" como de "impedir nuevos delitos" por medio de una "transformación científica" de los individuos. En un primer momento el logro del nuevo objetivo se concentra en sustituir el viejo sistema del castigo (castigo físico la mayor parte de las veces) por un procedimiento "reeducativo" de reintegración

social de los delincuentes, que se traducirá en la creación de una nueva institución, la cárcel reformada, el Panóptico ideado por Benthan, filósofo clave en el desarrollo moderno de la conceptualización de los derechos humanos y al que, entre otras aportaciones, debemos la primera reflexión sobre la consideración de la pena de muerte como un acto de venganza social ajeno a la justicia. (Benthan, 1979).

Sin duda las ideas ilustradas representaban una nueva forma de utopía que enlaza con las maravillas fantásticas del barroco, pero a la vez, y en esto estriba su novedad, representan una opción política, interpretada en clave de gestión y organización social, que ha sido el motor de la historia en los dos últimos siglos. La aparición de la ima-

gen cultural del Otro Posible indujo a considerar a la totalidad de sujetos sociales como potenciales ciudadanos, siendo una educación igualitaria (y el trabajo) el medio universal para acceder a la condición de ciudadano. La modernidad no excluye a nadie de este procedimiento de gestión social, es más los delincuentes, o mejor dicho la reeducación de los delincuentes, se va convertir en la prueba definitiva para determinar si la idea de la educación universal e igualitaria produce sistemáticamente ciudadanos libres y responsables, o por el contrario es una utopía que paraliza la evolución histórica de la razón (2). Sin embargo los proyectos de la modernidad, formulados en el Reino Unido y por las revoluciones francesa y norteamericana en el siglo XVIII, adolecían de una adecuada instrumentación para alcanzar objetivos como los implicados bajo el lema de la reeducación, tratamiento o integración social de los delincuentes. El triunfo de la modernidad resolvió en parte los problemas de infraestructura e impuso un progresivo coto a los desmanes contra los derechos humanos, pero seguía sin estar resuelto el problema de una metodología que ofreciera suficientes garantías de efectiva resocialización.

De ahí la pervivencia de la prisión, una institución sometida a una permanente contradicción entre sus objetivos explícitos, la reeducación y la reinserción social, y su realidad cotidiana, un encierro entendido como castigo, que el imaginario social condensa en una sola idea: encerrados para que mientras tanto no cometan delitos.

1.2. - EL LOGRO ASISTENCIAL

Una lectura sensata del Panóptico de Benthan nos permite comprenderlo en su auténtica dimensión: la profunda ingenuidad de un metadiscurso que daba por supuesto que la "oportunidad educativa" era suficiente para "trabajar la reforma moral, asegurar la buena conducta y proveer a su subsistencia después de su soltura", como reza el subtítulo del texto de Benthan. Una ingenuidad que se manifiesta en un exhaustivo garantismo, limitado sólo por el orden y la vigilancia.

A lo largo del siglo XIX se va a mantener esta ingenuidad metateórica tanto entre la criminología clásica de Cesare Beccaria en su uniformización de los delitos y las penas, como en el determinismo social o biológico de las diferentes corrientes positivistas (Taylor, Walton y Young,

1990). Sin duda el fracaso de las falsas esperanzas, tanto humanistas como científicas, atribuidas a los diversos y supuestos automatismos redentores, contribuyó a la preservación de modelos y prácticas carcelarias premodernas incluso en los países democráticos. Fue finalmente, en el cambio de siglo, Durkheim quien eliminó la ingenua unidimensionalidad de sus predecesores, al mostrar, y seguramente demostrar, cómo la desviación, el delito, aparece conformada tanto por el medio social como por impulsos individuales (Durkheim, 1982). Quizás porque Durkheim lo dejó planteado como un dilema (3), pero lo cierto es que tanto la criminología como la sociología, se dedicaron, intentado interpretar a Durkheim y al menos hasta hace dos décadas, a construir variadas explicaciones que compartían un determinismo social poco consistente (Comas, 1994). La obra de David Matza, el impacto de la epidemia de heroína y el crecimiento de la delincuencia en la década de los 70, servirán finalmente para reencontrarnos con el dilema durkheimiano sobre el determinismo social.

Pero en el entreacto, otra ruptura conceptual modificó la respuesta asistencial y posibilitó la emergencia de una metodología de tratamiento consecuente, fue Freud quien fijó la mirada sobre el sujeto, sobre sus pulsiones y fue capaz de engarzarlas con un superyo no determinista, aunque para ello tuvo que describir a dicho sujeto como un objeto identificado con la institución (Freud, 1970). Ciertamente el psicoanálisis no dió una respuesta al problema del tratamiento institucional de los "desviados sociales", pero, al focalizar (y formalizar) su interés hacia la génesis de los impulsos del sujeto, generó una ruptura epistemológica que liquidó el ingenuo determinismo socioeducativo de los ilustrados, una ruptura sobre la que, paradójicamente, fue posible comenzar a construir metodologías para el tratamiento.

En este sentido el impacto de Freud no se limitó al psicoanálisis (4) y creemos llegada la hora de aceptar que las obras de Skinner, Piaget, cognitivos e incluso los modernos planteamientos sistémicos, aparecen como respuestas ante los problemas que plantea la ruptura freudiana, sin la que tales marcos conceptuales no habrían llegado a concebirse o lo habrían hecho de otra manera (5). Pero en todo caso el primer paso lo dieron diversos psiquiatras de orientación psicoanalítica, los cuales, en las condiciones peculiares y las exigencias de la guerra (Bion y Rickman,

1943) o al observar la conducta humana en los campos de concentración (Bettelheim, 1973), trasladaron la identificación social del sujeto desde el eje vertical de sumisión al superyo, hasta el eje horizontal de la pertenencia a un agregado de individuos, cuya propia interrelación generaba un superyo institucional en forma de normas culturales específicas.

La experiencia fundacional de Bion y Rickman, publicada en LANCET en 1943, es muy conocida pero siempre ha sido considerada más como un hito de la "terapia grupal" que como una ruptura conceptual con el paradigma, implícito pero hegemónico, de un mecánico determinismo sociocultural, que para el desarrollo de metodologías para el tratamiento, afirmaba las insuficiencias de la modernidad ante instituciones como la cárcel o los hospitales psiquiátricos (6). Bion, un psiquiatra de formación psicoanalítica, se hace cargo de un hospital psiquiátrico militar en plena situación de emergencia a causa de la "batalla de Inglaterra" y con "una hora con este tipo de problemas me convenció" para abandonar el corsé de la pureza conceptual e ideológica desde la que había participado en diversas controversias en la década de los años 30, llegando a afirmar que en realidad "la sociedad no se ha visto aún en la necesidad de buscar tratamiento psicológico para tales desórdenes porque no ha adquirido suficiente *insight* (7) de sus dificultades". Lo que equivale a sostener que no podemos hacer afirmaciones sobre una insuficiencia de la modernidad, el tratamiento de los desviados, cuando carecemos de conciencia real de tal necesidad (Bion y Rickman, 1943).

Algo parecido le ocurrió a Bruno Bettelheim, que se inició en el psicoanálisis en su natal Viena en 1917 a los 13 años (Bettelheim, 1991), cuando se enfrentó a la realidad de los campos de concentración de Dachau y Buchenwald y a la necesidad de romper también con su corsé conceptual para sobrevivir, comprobando como en unas horas, lo más en unas semanas, una institución total producía cambios substanciales en la personalidad del individuo, que, con el tiempo se volvían permanentes. Desde tal experiencia Bettelheim no sólo comenzó a construir un trabajo en el ámbito de la psicología que le ha proporcionado prestigio internacional, sino que sugirió, ya en 1943 en una oscura revista, aunque no lo difundió hasta 1960, que el marco institucional representaba una buena oportunidad para una intervención psicoterapéutica de éxito, aunque

comprendía que "al público le podía producir horror una consideración de tal naturaleza tras la experiencia de los campos de concentración" pero también tenía claro que "no se trata tanto de la conciencia moral del horror como de negar a la propia conciencia los límites de la autonomía (y la responsabilidad) personal" (Bettelheim, 1973).

Volviendo a Bion, la respuesta asistencial se fija en la transformación de los elementos verticales de la institución y su sustitución por relaciones horizontales entre los miembros de la comunidad, lo que incrementa el *insight* y las posibilidades de aprendizaje, alén de sustituir los sentimientos negativos de coerción (y sus correspondientes reacciones) por "impulsos emocionales grupales de carácter positivo". En realidad como las relaciones verticales no pueden eliminarse del todo se procura reducir las o enmascararlas, aunque como señala el propio Bion el enmascaramiento puede producir desconfianza y acaba por reproducir como un todo el carácter vertical, y terapéuticamente inhabilitante, de la institución (Bion, 1979).

El paso siguiente se lo debemos a Maxwel Jones (Jones, 1966, Jones, 1970a, Jones, 1970b, Rappoport, 1977 y Comas, 1988) y el diseño de su implantación a David Clark (Clark, 1964), el primero definió el concepto de Comunidad Terapéutica como un grupo de convivencia (8) sin finalidades terapéuticas pero que posee propiedades terapéuticas por sí mismo, al ofrecer una estructura social en la que los individuos se relacionan con otros individuos, estableciendo una gran densidad de vínculos ("roles" les llama Jones) que les sirven como motivación y engarce hacia el grupo. Tal "contexto social" permite el desarrollo de "situaciones vividas" a partir de las que es factible lograr, mediante técnicas ya conocidas, un "aprendizaje social". Jones hace posible el ideal ilustrado de la reeducación porque no aplica las clásicas tecnologías educativas sin más, sino que lo hace en el seno de "microsociedades" que incorporan como procedimientos cotidianos de relación interpersonal lo que antes eran "informaciones verticales", que en general resultaban inaceptables para sujetos problemáticos.

De ahí la importancia de la organización en la institución, porque cuando el sujeto se convierte en referente, la transferencia no se da entre el sujeto y el terapeuta o el educador, sino que es engendrada por la propia institución, por un programa cuya estructura y características, captadas como un todo por el participante, producen resulta-

dos que reeducan al sujeto. No se trata de producir discursos, una determinada moral, ideología, percepción del mundo o estilo de vida, sino de posibilitar la empatía de unos sujetos hacia una organización social con la que pueden identificarse (9).

Sin embargo, una vez resueltos los problemas técnicos, y contando incluso con el apoyo de los organismos internacionales (10), ni las instituciones psiquiátricas, ni mucho menos las cárceles fueron capaces de poner en marcha tales alternativas. Las posibles razones las hemos expuesto en otro lugar (Comas, 1988), pero cabe decir aquí que todas ellas, la reacción pública, la falta de apoyo político y de recursos económicos, la radicalización ideológica, rechazo y abandono por parte de los ámbitos académicos y los medios de comunicación, pertenecen al nivel social de lo macro. Si estas son las razones y se ubican en lo social global, el proceso es paradójico, por una parte Freud había recuperado al sujeto, después la psiquiatría social había sido capaz de inventar un método para modificar su personalidad y su conducta en una institución dada, pero una vez llegados a este punto, -contrariamente a lo que les había pasado a los reformadores del siglo XIX incapaces de vérselas con el sujeto-, la incapacidad para integrar lo social global les impelía al fracaso.

Pero, como veremos, lo mismo que en el ámbito de la sociología, fue la irrupción de la epidemia de las drogas la que, al modificar el imaginario social, posibilitó recursos económicos, decisiones políticas excepcionales y una mayor presencia del "discurso del sujeto" en la institución, lo cual, en el contexto de acelerados cambios sociales y culturales, ha posibilitado una mayor presencia de las relaciones horizontales en lo macro.

1.3. - LA REACCIÓN CRÍTICA

La apertura asistencial, tal y como se conforma a partir de la segunda guerra mundial, transcurre en paralelo a una reacción crítica que, utilizando las posibilidades de la apertura crítica de la propia modernidad llega a poner en duda las raíces del pensamiento ilustrado. Tal reacción que se inicia en la "Escuela de Frankfurt", alcanza su mayor elaboración con los "Juegos del Lenguaje" de Wittgenstein (Monk, 1994) y acaba en el relativismo cultural y la hermenéutica (Ulin, 1990), tiene en nuestro tema dos protagonistas claros: Michel Foucault e Erving

Goffman (11). Y lo curioso es que ambos construyen su reflexión crítica a partir de la misma experiencia que Bettelheim, Jones o Bion: el universo del "campo de exterminio" y/o la institución del estado de excepción (Eribon, 1993; Winkin, 1991), aunque es cierto que para estos últimos la experiencia fue directa y personal mientras que para Foucault y Goffman fue sólo literaria y moral.

Las referencias al campo de concentración son especialmente evidentes en el capítulo 1, "Sobre las características de las instituciones totales" de "Internados" el primer libro de Goffman (Goffman, 1972) y en cierta medida en el olvidado "Enfermedad mental y personalidad" la primera publicación de Foucault (Foucault, 1984). Se trata por una parte de la influencia estética de los testimonios de los supervivientes tan comunes aquellos años, el texto de Foucault se escribió y editó en 1954 y el de Goffman se inició este mismo año para ser publicado en 1957, pero especialmente se trata del impacto emocional de una idea: **la personalidad es un masa de plasma indeleble, a la vez indestructible como forma de conciencia y a la vez absolutamente moldeable como forma de comportamiento**, sobre la que además no cabe ningún tipo de reduccionismo, ni psicológico, ni sociológico, ni biológico. La misma idea condujo a posiciones antagónicas, para unos la posibilidad de modelar el comportamiento a través del *insight* era la oportunidad metodológica que se había estado persiguiendo en los dos últimos siglos, para los otros era un riesgo para la libertad individual. Los primeros protagonizaron una apertura asistencial, los segundos una apertura crítica. Ambas nos son absolutamente imprescindibles para alcanzar nuestros objetivos.

No parece necesario extendernos prolijamente en las ideas de los críticos, Goffman se limitó a describir el funcionamiento cotidiano de un Hospital Psiquiátrico desde la perspectiva de los internos y el modelo teórico de la "institución total" (Goffman, 1972) y más adelante vinculó esta visión con el interaccionismo simbólico (Goffman, 1980), por su parte Foucault, especialmente en "Vigilar y Castigar" (Foucault, 1976) y otros textos conexos (Foucault, 1991), denuncia, en síntesis, la visión progresista de la historia humana, desde el suplicio físico a la disciplina reeducativa, como un proyecto de perfeccionamiento de los instrumentos de control social.

En todo caso ambos comparten un rechazo radical ante los avances metodológicos de “la intervención asistencial” interpretada como la “micropolítica del poder”, un tipo de conocimiento, de origen médico, que según ellos sostiene el discurso del poder en occidente desde la modernidad, y en un cierto sentido esta es una preocupación muy realista porque nada garantiza la utilización no ética de tales avances, es más, como demostró Goffman en el Coloquio de la Fundación Josiah Macy en 1957 (publicado como “*La persuasión interpersonal*” y reproducido en Winkin, 1991), en la práctica se está produciendo una instrumentación de la “ideología del programa comunitario” con el que se justifican todo tipo de actuaciones (12), poco o nada aceptables tanto en términos éticos como en términos de logro asistencial.

Pero en realidad este rechazo fundamentado en la atribución a lo micro de toda fuente de poder no está justificado en ningún lugar, se trata de un supuesto factible pero no demostrado, cuando contrariamente, además, como ya hemos adelantado, los avances, y la apertura asistencial, han sido capaces de resolver el dilema durkheimiano en lo micro, en la institución o en el programa concreto, pero ni tan siquiera se lo han planteado en lo macro, en lo social global con todas sus limitaciones y coerciones estructurales, lo que, ciertamente, conlleva una instrumentación moralmente reprobable y paradójica porque cuando los dispositivos asistenciales trabajan eficazmente desde el logro y la apertura asistencial para proporcionar libertad al sujeto, en realidad le conducen finalmente a una mayor, y más efectiva, sujeción social a causa de los propios constreñimientos sociales. Ciertamente esta es una paradoja que se les escapa a Goffman y a Foucault al interpretar que lo macro queda determinado por lo micro.

Pero la paradoja es real, reproduce el dilema de Durkheim y muestra en toda su crudeza como las relaciones horizontales de lo micro siguen siendo relaciones verticales en lo macro, pero tanto Goffman como Foucault confunden en este dilema la categoría residual, no es la clínica, no es la institución asistencial, sino lo macro, la sociedad. Goffman llega a disculpar los procesos de estigmatización social pero carga las tintas contra los “sabios” que pretenden evitarlas (Goffman, 1980), Foucault, mucho más contundente, afirma que “vivimos en una sociedad programada por Benthan” y que esta es la principal forma de

poder ante la que se inclinan las demás (Foucault, 1991), suponemos que incluido el mercado y la división social del trabajo (13).

La actitud de Foucault y Goffman nos devuelve a la contradicción planteada por Kant sobre “el mal”. La contradicción más patente, pero explícitamente asumida, en el “sistema de la razón” kantiano, la única concesión al cartesianismo, y que posiblemente tomó de San Agustín, reside en su explicación sobre la existencia del mal en el mundo, y más explícitamente de lo que el llamaba mal radical y que hoy en día denominaríamos sociopatía, psicopatía o sadismo en contextos de violencia, crimen o genocidio. Para Kant tales situaciones resultan contradictorias con la libertad y la razón, por lo que se ve obligado a adoptar un principio exógeno, -equivalente a un principio de indeterminación necesario-, situado en el ámbito de la moral que “explique y justifique la presencia del mal radical en el mundo” (Kant, 1991). Para algunos son las creencias religiosas de Kant las que llevan a dar este salto lógico y a sumir esta contradicción (Körner, 1971), para otros, siguiendo a Locke o a Diderot se trata de un simple “error” incompatible con la lógica positivista y el espíritu de la ilustración. Pero la negación ilustrada del mal radical, percibido como una mera consecuencia de las disfunciones sociales que la educación, la cultura y la igualdad formal eliminarán, ha resultado, como hemos podido comprobar históricamente, un error (“el sueño de la razón crea monstruos”). No nos queda otra salida que reconocer la existencia del mal, hacer de él una excepción, situarlo al margen de los esquemas de la razón, pero tratarlo con la lógica de la razón. Ciertamente la razón en lo social puede ser concebida perfectamente como el mal si seguimos pensando en términos de imperativo categórico (14), ¿pero también en lo particular?, ¿en lo micro? (15) y aún en el supuesto de que fuera así ¿justificaría esto el enmascaramiento del mal social global? ¿no sería en todo caso el mal particular una consecuencia que surge de la determinación del mal social?.

Un ejemplo nos ayudará a entender y a dar respuesta a tales preguntas. En el ámbito de las políticas sobre drogas es un lugar común hablar de “normalización de los servicios” e insistir en “normalizar” a los sujetos lo que, en el ámbito limitado de la red asistencial de drogodependencias, esto significa que no se debe recurrir a los servicios específicos y especializados salvo en casos muy especiales y

que el drogodependiente debe ser tratado por las redes generales como cualquier enfermo y/o ciudadano con problemas sociales. "Normalizar" equivale entonces a desetiquetar y este parece un objetivo muy positivo. Pero ocurre que mientras los servicios especializados se sitúan en el ámbito de la apertura y el logro asistencial, los servicios generales, con excepciones, siguen al menos para el tratamiento de las drogodependencias manejando concepciones verticalistas del tipo "los sujetos reciben tratamiento, educación o medicación". Como consecuencia se producen numerosas confusiones en relación a quién toma en cargo al sujeto y quién "aplica" realmente el tratamiento (Carrón, Comas y Jimenez, 1995).

A este procedimiento le llama Lacan, tomando la idea de Spinoza, "normalización del sujeto discordante" y consiste esencialmente en la aceptación por parte del sujeto del criterio de "normalidad" que le ofrece el terapeuta, produciéndose un pacto de silencio sobre su condición de desviado, de delincuente o de dependiente, una ficción que le permite atribuir la discordancia a desajustes del propio sujeto que el terapeuta le irá reconstruyendo con el tiempo (Roudinesco, 1995). La curación es esencialmente la aceptación primigenia de este pacto (16) que elimina de un plumazo todo posible mal social, todo el mal derivado de una sociedad vertical y desigual sometida a la lógica del mercado y la división social del trabajo. La organización normalizada del tratamiento de las drogodependencias implica por tanto rechazar la apertura y el logro asistencial a fin de enmascarar las deficiencias sociales que los tratamientos especializados pueden evidenciar (Bergeron, 1994).

Pero llegados a este punto nos encontramos con un callejón sin salida, producto de la dialéctica entre un sujeto cruzado por vinculaciones horizontales en lo micro y por normas verticales en lo macro. Además cualquier reducción, tanto si se refiere al logro asistencial como a la reacción crítica acaba en una ficción, por una parte la Comunidad Terapéutica ideal de Jones forma parte de una sociedad real, por otra parte cualquier práctica social se puede, en este momento histórico, valorar moralmente en términos de Comunidad Terapéutica, ¿que hacer?

Nada si suponemos que las contradicciones nos conducen a paradojas irresolubles, mucho si asumimos, con Hegel, que son eslabones del progreso histórico *hacia nuevas contradicciones* (en esto último evidentemente no estaría de acuerdo Hegel). Lo primero consiste en evitar que tanto el

logro asistencial como la reacción crítica se conviertan en utopías paralizantes al servicio de orientaciones u opciones antagónicas cuyo "horizonte moral" incluye objetivos inalcanzables desde la particularidad (17), lo segundo colocar la contradicción en el contexto del cambio social y eso es lo que vamos a hacer siguiendo un elemento de cambio social muy concreto: la evaluación de resultados (18). Aunque antes vamos a hacer una pequeña referencia a la situación del debate en España.

1.4. - EL DEBATE EN ESPAÑA

En España, y en general en los países que comparten nuestra tradición cultural, hasta muy recientemente ha primado una visión poco técnica en relación a la organización de la asistencia psiquiátrica en general y el tratamiento de los delincuentes en particular (López y Garrido, 1994). Sin duda las condiciones políticas han tenido mucho que ver, pero el mecanismo concreto hay que situarlo en la preponderancia de un cierto canon filosófico, que premiaba la elegancia frente a la eficacia de la descripción, así como en la carencia de recursos, personal formado y una estructura político-administrativa orientada hacia otros intereses, todo ello en el contexto de una sociedad para la que el "loco" y el "delincuente" eran figuras poco reales, -los mecanismos de exclusión funcionaban muy bien-, aunque representaran arquetipos cargados de condensación simbólica y sentimientos contradictorios.

Así las pocas informaciones recibidas se "adecuaban" a nuestra realidad, lo que explica una recepción muy sesgada de los logros asistenciales, por ejemplo la metodología de la Comunidad Terapéutica se convirtió sin ningún rubor en una alegoría humanística que se vinculó a Vives, Feijo, los Krausistas o Balmes según quien fuera el traductor (Neuman, 1984), lo que a su vez provocó una profunda desconfianza de los "técnicos" hacia todas aquellas formas de lenguaje que no se correspondían con los criterios "científicos" previstos por las revistas internacionales especializadas.

Como consecuencia en nuestro país apenas se recibió información sobre el logro asistencial, los textos más relevantes fueron traducidos en México o Argentina y apenas fueron conocidos mas allá de un reducido núcleo de profesionales que, además, no tuvieron nunca la oportunidad

de aplicarlos o contextualizarlos en nuestra realidad social. Sólo a partir de los años 80, tanto por el impulso de la incompleta reforma psiquiátrica, como por las necesidades que planteaba la epidemia de heroína, se comenzaron a implantar diseños equivalentes a los previstos por el logro asistencial y su significado se hizo evidente para un importante núcleo de profesionales, aunque su contenido se mantiene opaco para las instituciones y la opinión pública (Comas, 1988).

En cambio la reacción crítica, quizás porque desde finales de los años 50 el sistema político de la dictadura supuso un reto para la "clase intelectual" (Buckley, 1996; Mainèr, 1994), fue ampliamente conocida y difundida, especialmente entre los ámbitos académicos, lo que produjo un absoluto malentendido que, en parte, aún perdura.

El origen del malentendido se sitúa también en la falta de conexión entre la reacción crítica y la realidad española, de tal forma que desde la academia, desde el "centro teórico", nuestra realidad no se reconocía a partir del estudio empírico (tampoco teníamos demasiados instrumentos para hacerlo) sino desde la traducción de los textos críticos (19), los cuales, en plena expansión de la universidad, fueron leídos por miles de estudiantes que, aconsejados por sus profesores, realizaron una peculiar interpretación de los mismos, lo que a su vez produjo nuevas consecuencias, ya que por una parte se interpretó la apertura de la reacción crítica como si se tratara de un proyecto de cierre teórico, lo que dio lugar a la presencia en España, aunque no fue el único país en lo que esto ocurrió, de "seguidores" que compartían la supuesta orientación de unos "maestros" cuyos intereses e ideas se sitúan en un plano muy distinto (20).

Por otra parte, un nombre es un signo y un signo puede ser utilizado como símbolo de cualquier idea, ocurriendo que los protagonistas de la reacción crítica, menos conocidos que los protagonistas del logro asistencial, se convirtieron para los profesionales españoles situados en la "periferia especializada" en promotores de la reforma (21), es decir en autoridades a las que se recurrió para reivindicar los cambios en lo micro. Así ocurre que Foucault ha sido citado en innumerables ocasiones como apoyo de reivindicaciones de marcado carácter reformista, benthanista o asistencialista.

Nuestro peculiar malentendido refleja una historia de aislamiento e ignorancia, pero también refleja criptoerrores

que debemos relacionar con necesidades objetivas de nuestra sociedad y sus instituciones (22), es decir la "periferia especializada" trabaja sobre ciertas realidades, sobre prisiones y prisioneros, sobre hospitales y enfermos, sobre centros asistenciales y drogodependientes, en las que aparecen necesidades a las que cabe dar algún tipo de respuesta y para sostener y garantizar la calidad de la respuesta se recurre al criterio de autoridad que ha establecido el "centro teórico". En la práctica, la confusión de contenidos y referencias entre el centro teórico y la periferia especializada, demuestra que **no podemos huir de las condiciones sociales e históricas en las que se desenvuelve nuestra realidad**, por una parte necesitamos promover las reformas imprescindibles para situarnos en la modernidad, aunque para hacerlo se apele a Foucault, por otra parte una vez efectuadas tales reformas, aunque se haya recurrido a "autoridades críticas" para implantarlas, plantean los mismos problemas que en el resto del mundo, así en España los programas y dispositivos que adoptan orientaciones en la línea del logro asistencial se encuentran con las mismas dificultades de engarce con lo social global que en el resto del mundo.

De todo ello parecería deducirse que un malentendido tan extremo no produce ninguna consecuencia relevante, pero esto no es tan cierto a nivel de los procedimientos asistenciales sobre los que añade confusión, quizás porque la falta de referentes reconocibles inhibe la emergencia de una identidad precisa, o al menos impide su efectiva transmisión (Comas, 1993), es como si los profesionales carecieran de suficiente *insight* sobre su propio trabajo, lo que impediría su proyección social.

Se explican así elementos como la incapacidad para dar una respuesta y mostrar la diferencia frente a las organizaciones más o menos sectarias, o la falta de competencia que preside las relaciones entre los profesionales de la asistencia y el sistema judicial, que se suele atribuir al "desinterés" de una mayoría de jueces sin percatarse que la carencia real es la falta de un mensaje comprensible. Otros elementos como las dudas y las confusiones sobre el problema de "la acreditación de la toxicomanía" desde la perspectiva de la picaresca que se organiza en torno a "las ventajas especiales" (IPSS, 1995), o el desinterés hacia los problemas legales que causa el alcohol (IPSS, 1995) a pesar de la importancia de los mismos (Elzo, 1992, Alvira y Comas, 1996), reflejan esta falta de proyección social.

Pero la confusión no sólo se refiere a la proyección externa ya que la falta de referencias también afecta a los debates internos, un caso muy relevante podría ser la falsa dicotomía entre Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM) y Programas Libres de Drogas (PLD), cuando la verdadera dicotomía no se produce entre los instrumentos sino entre los planteamientos de los programas, es decir tanto un PMM como un PLD se pueden diseñar o no desde la perspectiva del logro asistencial. Repartir metadona sin control ni programación es exactamente lo mismo que contener a los toxicómanos en la "granja" de un grupo sectario, por otra parte un PMM o un PLD bien diseñados, con un diagnóstico previo, objetivos claros y una correcta evaluación, comparten la misma orientación básica.

2. - EVALUACIÓN DE PROGRAMAS E INTERVENCIONES ASISTENCIALES PARA DROGODEPENDIENTES

2.1. - EL PAPEL DE LA EVALUACIÓN

Al llegar a la década de los 80 las respectivas posiciones del logro asistencial y de la reacción crítica se habían enrocado ideológicamente, con una opinión pública que las reconocía confusamente, cuando se abrió paso una síntesis en forma de evaluación de resultados de los programas asistenciales, que se suponía cerraba el debate.

La hipótesis de partida parecía impecable: si los programas asistenciales son realmente efectivos estamos en condiciones de garantizar el objetivo de la modernidad, al menos para este colectivo, sustituyendo el castigo por un tratamiento reinsertador, en cambio si los programas asistenciales fracasan la oferta de medidas alternativas se realiza desde la ideología, la estética o los valores morales, lo que implica que efectivamente el tratamiento es sólo una forma más sofisticada de control social.

Pero las cosas no son tan simples, por una parte aquellos que alertan sobre los "controles excesivos" consideran que a una mayor eficacia de los programas asistenciales le corresponde un mayor control, es decir, cuando mejor se de el tratamiento y mejores resultados obtenga más perverso será desde la perspectiva del control social. Obviamente esta posición heredera de Foucault elimina la posibilidad de cualquier medida alternativa.

Por otra parte, como iremos viendo, es cierto que los estudios de evaluación muestran niveles de "éxito" muy elevados, pero con algunos problemas metodológicos importantes, existen muy pocos sistemas de registro preparados para la realización de estudios de carácter multicéntrico, prácticamente se limitan a EE.UU., país que no sólo reconoce la importancia de la evaluación sino que además pone los medios necesarios para poder realizar correctamente tales estudios. En cambio en Europa, a pesar de que se insiste tanto o más que en EE.UU. en la evaluación, la carencia de medios ad-hoc destinados a tal fin, ha supuesto una importante limitación para este tipo de evaluaciones. Tal limitación metodológica se ha visto compensada, en la última década, tanto en EE.UU. como en Europa, por un amplio desarrollo de los estudios de resultados de un tipo de tratamiento o un dispositivo en particular (Comas, 1993; GID, 1994).

Pero, en segundo lugar, los problemas metodológicos no acaban en la falta de recursos, a) cuando se trabaja a partir de "líneas base" se producen importantes pérdidas y se ignora la situación de tales casos, b) la mayoría de los estudios se basan en autoinformes lo que reduce las garantías de confianza, c) los estudios se realizan a partir de los sujetos que han estado en tratamiento y se hayan mantenido un cierto tiempo en el mismo sin un grupo de control equivalente de sujetos sin tratamiento y d) se concentran en aquellos dispositivos (públicos y concertados) cuya financiación suele depender de los organismos que encargan las evaluaciones (Comas, 1986).

En todo caso y teniendo en cuenta todas estas cautelas los varios cientos de estudios de seguimiento realizados básicamente en Europa y Estados Unidos, conforman una imagen bastante precisa, que intentaremos sintetizar en los próximos apartados, sobre los resultados de los tratamientos a drogodependientes.

2.2. - ESTUDIOS DE CARÁCTER GENERAL

La historia de los estudios de evaluación o seguimiento de resultados de los programas de asistencia a los drogodependientes, coincide básicamente con los grandes hitos en la evolución del consumo y es, al menos hasta la década de los 80, una historia exclusivamente norteamericana.

El primer momento se refiere a la puesta en marcha de los programas de los Hospitales de Salud Pública de

Lexington en Kentucky a partir de 1935 y de Fort Worth en Texas a partir de 1938, sobre los que, dado su carácter pionero y experimental, se realizaron numerosas evaluaciones cuyos resultados fueron recogidos y publicados en los años 50 y 60 (Maddux, 1988).

El **segundo momento** tiene que ver con la implantación de las metodologías del logro asistencial, básicamente en forma de Comunidades Terapéutica y otros programas comunitarios (23), así como con el inicio de los programas con metadona por Vicent Dole y Marie Nyswander en Nueva York en 1965, a los que se podrían añadir diversos programas menores, respondiendo a diseños experimentales que pretendían contrastar alguna hipótesis, preparados por departamentos universitarios de psicología o medicina (Faupel, 1981), a esta etapa le corresponden los grandes estudios multicéntricos de seguimiento (el DARP y el TOPS) que pretendían comparar los resultados de las distintas metodologías.

Cronológicamente el más antiguo es el DARP (Drug Abuse Reporting Program), una base de datos que diferencia tres "modalidades de tratamiento": PMM, CC.TT. y dispositivos ambulatorios, y en la que están registrados 44.000 casos que solicitaron tratamiento en el periodo 1969-1974 (Comas, 1986; Sells y Simpson, 1979). Los numerosos estudios realizados sobre muestras del DARP demostraron, para las tres modalidades de tratamiento, un buen nivel de "éxito" (entre un 40% y un 77% según características de la muestra y modalidad de tratamiento) en los parámetros de consumo de drogas ilegales y problemas con la justicia.

Por modalidad de tratamiento, en general, los mejores resultados a corto plazo parecen corresponder a los PMM mientras que a largo plazo los mejores pronósticos se atribuyen a las CC.TT. (DeLeón, 1984). Uno de los hallazgos más significativos del DARP reside en su demostración de que el "éxito" se relaciona con la finalización del programa, mientras que aquellos que sólo se someten a desintoxicación o abandonan el programa antes del alta, no mantienen la abstinencia y vuelven a recaer y a tener problemas con la justicia en una proporción más elevada.

Tras el DARP se diseñó el TOPS (Treatment Outcome Prospective Study), una investigación longitudinal que estudiaba los casos, antes, durante y después del tratamiento, la línea base se estableció en 1975 y la mues-

tra en tratamiento se obtuvo en los años 1979-1981, con un seguimiento posterior hasta tres años. Los resultados del TOPS fueron muy similares al DARP, reforzando la imagen positiva de los PMM, frente a las CC. TT. y los tratamientos ambulatorios, en los dos parámetros de mayor interés institucional, es decir consumo de drogas ilegales y problemas con la justicia (Tims y Ludford, 1984). En cambio las CC.TT mejoran sobre las otras modalidades los parámetros de integración laboral y sociofamiliar, y todo lo que tiene que ver con cambio de valores (DeLeón, 1984)

Finalmente los estudios basados en el TOPS muestran que los resultados de los programas de carácter ambulatorio, que atienden una mayor diversidad de casos, obtienen resultados muy uniformes, siempre un poco más bajos que las CC.TT. y los PMM, sin que aparezcan diferencias significativas entre los distintos modelos de intervención, pero con interesantes matices: una mayor eficacia de aquellos programas que incluyen terapia familiar (Stanton y Todd, 1982), de los que incluyen psicoterapia, aunque esta por sí sola no parece obtener ningún resultado (Woody, 1983) lo mismo que el entrenamiento en habilidades sociales y otras técnicas de tipo conductual (Platt y Hermanlin, 1989).

Cabe finalmente mencionar, en el apartado de los estudios multicéntricos al NYPS (National Polydrug Study) que, con un coste muy inferior al DARP y al TOPS, utilizó, en vez de un registro para conformar una línea base, una muestra de población atendida en diferentes centros, determinando las características de los politoxicómanos (fue el primero en utilizar dicho término) y los resultados del tratamiento por modalidades de tratamiento con resultados similares al DARP y al TOPS (Santo, 1980).

Tras el NYPS entramos en el **tercer momento**, ya en los años 80 y bajo la amenaza del SIDA, caracterizado por la crisis de los grandes sistemas de evaluación multicéntrica y la realización de miles de evaluaciones de programas concretos, tanto en EE.UU. como en otros países (Comas, 1986; GID, 1992, Comas, 1993 y GID, 1994), evaluaciones con una doble finalidad, justificar el gasto institucional de cada programa y publicar artículos científicos en revistas internacionales. Una síntesis de toda esta literatura desborda los límites de este informe, aunque cabe decir que en general se han confirmado los resultados obtenidos en las evaluaciones de la década anterior.

2.3. - ESTUDIOS REFERIDOS A SUJETOS BAJO CONTROL JUDICIAL

Como ya hemos indicado, y explicado, en el capítulo anterior, existe una impresión generalizada de que en el tratamiento a drogodependientes sometidos a control judicial "nada funciona", una impresión que recogen incluso algunos informes institucionales, como el "Informe Martinson de 1974", pero en realidad "las recopilaciones de evidencias" muestran, con matices, lo contrario (Leukefeld y Tims, 1992). Un repaso de las mismas quizás nos permite comprender esta aparente disparidad.

Cabe recordar que el primer estudio de seguimiento a drogodependientes del que existe constancia, y uno de los más prolongados además, se aplicó a sujetos bajo control judicial. Se trata del trabajo de Vaillant que se inició en 1952 sobre 100 ingresos del hospital de Lenxington, de los cuales 90 venían derivados por el sistema judicial, siendo 84 reincidentes, a los 12 años, en 1964, 46 mantenían la abstinencia a la heroína (sólo se midió esta variable) y 13 habían fallecido, en 1972 habían fallecido 23, aún consumían 25, mientras que 35 se mantenían abstinentes y se había perdido la pista a 17 sujetos (Vaillant, 1973). Otros estudios sobre la misma población, pero con un menor periodo de seguimiento, mostraron una mayor efectividad de los tratamientos alternativos a penas de prisión, -es decir no voluntarios-, que los aplicados a sujetos que acudían voluntariamente al tratamiento (Maddux, 1988), una diferencia que casi siempre se ha mantenido en estudios posteriores.

Sin embargo la variable "control judicial" no fue apenas considerada en los estudios multicéntricos del DARP y el TOPS, quizás porque el NARA, el TASC y otros programas de tratamiento alternativo fueron evaluados de forma particular (Leukefeld y Tims, 1990), lo que generó una cierta disfunción entre la evaluación de programas en general, - en los que simplemente aparecía la variable genérica "problemas con la justicia pre y postratamiento"-, y la evaluación de casos o programas específicos referidos a medidas alternativas, sin que se pudieran establecer comparaciones entre ambos (24).

Las evaluaciones más relevantes fueron recogidas por Leukefeld y Tims en 1988 y a partir de las mismas pudieron, en primer lugar reiterar que los tratamientos

judiciales obtienen mejores resultados que los voluntarios, tanto desde la perspectiva de los índices de retención como de las mejoras en indicadores de integración social postratamiento, en segundo lugar constatar que el control judicial utilizado como un elemento de presión explicaba el mayor nivel de retención, un mayor tiempo de permanencia en el programa, una mayor proporción de "graduados" y como consecuencia de todo ello unos mejores resultados en el seguimiento. El mismo texto realiza otras aportaciones interesantes, entre las cuales cabe destacar la notable eficacia de los PMM con 10 años de seguimiento en el California Civil Addict Program (CAP) entre 1974-76 (Anglin, 1988), del ya mencionado TASC (Hubbard, 1988), las conclusiones de James Inciardi sobre la planificación de los programas y que "cuando se producen situaciones de conflictividad, falta de consenso o cuando hay tensiones raciales o conflictos entre derechos civiles y sistema judicial los resultados se resienten" (Inciardi, 1988), asimismo vemos como las CC.TT que en los 60 acogían al 50% de los casos judiciales, en 1985 ya sólo representan el 16%, no tanto por su nivel de eficacia comparativa, -son aún las más eficaces-, como por sus elevados costes y la larga duración de los programas (DeLeón, 1988).

Con posterioridad podemos citar la evaluación más importante el estudio intencional de "cuatro programas de éxito", entendiendo por "éxito" una tasa de recaída al año inferior al 16% (Chaiken, 1989). Se trata de los siguientes programas, 1) el programa de la Universidad Simón Fraser en la Columbia británica (Canadá) que facilita educación superior a presos en módulos dotados de recursos específicos, 2) el programa Cornerstone (Oregón) de internamiento alternativo en una unidad hospitalaria específica, 3) la Comunidad Terapéutica exclusiva para tratamientos alternativos de Lantana (Florida) y 4) la Comunidad Terapéutica "Stay N Out" que acoge casos de medidas alternativas. Con tales resultados la pregunta que se hace Chaiken es ¿qué tienen en común estos cuatro programas de "éxito" frente a los de menor éxito? y la respuesta es muy simple: un compromiso político-administrativo que garantiza buena coordinación, continuidad y recursos suficientes.

Asimismo los participantes en el texto de Leukefeld y Tims prosiguieron con sus evaluaciones, que confirmaron los resultados obtenidos, como mayores niveles de éxito en la CC.TT. (DeLeon, 1988; Pompei, 1987), los mejores

índices de relación coste-eficacia en los PMM (Desland, 1992), los aún mejores resultados con alcohólicos (Brizer, 1990) y especialmente los extraordinarios resultados del CAP relacionados con la implicación social, institucional, el apoyo político y la buena coordinación del mismo (Anglin, 1988; Anglin, 1989; Brecht, 1990) a partir de los que se deduce "una de las primeras estrategias globales de éxito contra las drogas" (Anglin, 1992).

Queremos finalmente referirnos al Programa Kentucky de Abuso de Sustancias del Departamento de Correcciones de este Estado, que realizó la evaluación de un programa educativo de 6 meses en la prisión con opción de libertad condicional y tratamiento ambulatorio al final del periodo y aplicado a drogodependientes reincidentes con pequeños delitos, comparando los resultados con un grupo de control con sujetos que tenían las mismas características. Al año de salir de la cárcel un 95,8% del grupo control habían reincidido, mientras que en el grupo de tratamiento aparecían sólo un 21,4% de reincidentes (Vito, 1989)

Debemos concluir que en la actualidad el diseño de evaluaciones, ha adoptado un estilo más individualizado, -en parte debido a una mayor flexibilidad de los instrumentos informáticos-, lo que posibilita conformar muestras representativas (GID, 1992), con estratificaciones referidas bien a metodologías de tratamiento bien a perfiles de sujetos (Aukerman, 1994), siempre que los casos estén preregistrados sobre la base de una misma norma (Comas, 1993, Cooper, 1994). Las posibilidades, y la capacidad de proporcionar respuestas, que ofrecen tales elementos, los ha convertido en una condición para la financiación federal de cualquier programa de drogas (CSAT, 1994).

2.4. - ALGUNAS EVALUACIONES ESPAÑOLAS

La evaluación de los tratamientos se inició en España con singular intensidad, especialmente si tenemos en cuenta la debilidad inicial de la red asistencial, así en 1983 aparecieron ya los primeros resultados cuando los dispositivos asistenciales apenas estaban consolidados (GID 1992; GID, 1994), la mayoría se trataba de estudios de un sólo tratamiento, aunque en España se llegó a replicar, con una reducida muestra de 311 casos sometidos a tratamiento en 1985, el TOPS norteamericano bajo la denominación de EMETYS (Sanchez-Carbonell, 1988).

En 1989 el Grupo Interdisciplinar sobre Drogas (GID) realizó el estudio de seguimiento multicéntrico más amplio, partiendo de un censo de 6.962 casos, estableció una muestra nominal por cuotas de 1.204 casos sobre la que aplicó la técnica de localización al azar del NYPS, obteniendo 477 conocimientos de situación y 307 entrevistas (GID, 1992).

Más adelante, en 1992, el mismo GID realizó una investigación sobre "la situación de la evaluación de programas de drogas en España", que publicó en dos volúmenes, en uno de los cuales describía y reflexionaba sobre la situación española y el otro era un "Manual de Evaluación" (GID, 1994).

En cuanto a los resultados obtenidos destacan dos fases, una primera fase en la que, por regla general, parecen darse menores tasas de éxito que en los estudios homónimos norteamericanos y una segunda fase en la que tales resultados tienden a igualarse, hasta colocarse en una situación de paridad en relación a los resultados de sus equivalentes de EE.UU. (García, 1995). Sin ninguna duda podemos atribuir esta mejoría en los resultados a los cambios introducidos en la red asistencial en la segunda mitad de los años 80 y especialmente a una mayor capacidad técnica y experiencia de los profesionales presentes en los diversos dispositivos.

Casi todas las evaluaciones españolas incluyen la variable problemas judiciales, tomada de sus modelos norteamericanos de referencia, lo que nos ha permitido determinar que una parte sustancial de drogodependientes (entre un tercio y la mitad) tienen algún tipo de problema con la justicia y que tales problemas se reducen ostensiblemente tras el tratamiento, sin embargo, en España, sólo disponemos de un único y reciente estudio de evaluación de medidas alternativas a la prisión (Elzo 1995), que además sólo se refiere al País Vasco y al censo de heroínómanos sometidos a una medida alternativa de internamiento en Comunidad Terapéutica (red profesional pública o privada concertada y Proyecto Hombre) en el periodo 1991-92 (25).

El censo se refería a 231 casos de los que se localizó para la entrevista a 133, pudiendo detectarse para el conjunto de los mismos una sensible mejoría en los parámetros de "convivencia", "familia", "afectividad" y "sociabilidad", y una menor mejoría en "estudios" y "trabajo" así como una espectacular mejoría en los parámetros de "consumo

de drogas ilegales” y “dificultades con la justicia”. Asimismo la media de valoración de la medida alternativa es “muy bien”.

El cuadro adjunto muestra, en la columna A, los resultados referidos a “consumo actual de heroína” para los 133 sujetos localizados, significando “éxito” que no consumen, “fracaso” que si consumen y “espera” que están en tratamiento, en las dos siguientes columnas hemos reelaborado los datos de Elzo, de tal foma que la columna B refleja el supuesto de que los 97 sujetos que no fueron localizados estuvieran en su totalidad consumiendo y la columna C que ninguno estuviera consumiendo y no permitiera el contacto para “olvidar aquello” (26). Podemos constatar que el nivel garantizado de éxito con todas las cautelas metodológicas es de un 42%, pudiendo llegar a un 73% o a un 84% si consideramos respectivamente sólo a los localizados o a los ilocalizados como éxito.

RESULTADO DE LOS TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS EN CC.TT. DE LA CAV

	A	B	C
ÉXITO	73	42	84
FRACASSO	5	45	3
EM ESPERA	22	13	13

Sin embargo, a pesar de los resultados de las sucesivas evaluaciones y del cambio de actitud de los profesionales de la red asistencial, sigue dominando la idea de que los tratamientos fracasan, en especial en el ámbito judicial (IPSS, 1995)

3.- ARGUMENTOS Y CONSTATAIONES

Llegados a este punto, podríamos comenzar a hacer valoraciones y propuestas, pero esto se hará en otro texto, si bien mientras deberíamos estar en condiciones de dar una respuesta a aquellos que como Paul Feyerabend pretenden representar a la vez la radicalidad epistemológica y la realidad se han quedado atascados en el mundo jerárquico y señorial previo a la modernidad. Dice Feyerabend en su autobiografía *“llego a la conclusión de que un carácter moral no puede crearse mediante la discusión, la “educación” o un acto de voluntad. No puede crearse por ningún tipo de acción planificada, ya sea científica, política o artística. Al igual que*

el verdadero amor, es un regalo, no un logro. Depende de accidentes como el efecto de los padres, cierto tipo de estabilidad, la amistad y, como consecuencia de ello, de un delicado equilibrio entre la confianza en sí mismo y la preocupación por los demás. Podemos crear condiciones que favorezcan el equilibrio, podemos crear el equilibrio mismo. Culpa, responsabilidad, obligación: estas ideas tienen sentido cuando el equilibrio existe. Son palabras vacías, incluso obstáculos, cuando falta” (Feyerabend, 1995) y decimos nosotros que se puede construir el “carácter moral” siempre que se tengan en cuenta varios elementos.

El primer elemento a considerar es que estamos describiendo una “lógica histórica” de los procesos, que no de los procedimientos, judiciales y asistenciales, una lógica que se configura a partir de factores endógenos y exógenos, nacionales e internacionales, que van conformando una serie de aperturas conceptuales e institucionales que se acumulan exponencialmente, aunque también producen contradicciones cada vez más llamativas. En este sentido el contraste entre el modelo sueco y el modelo español no debe interpretarse en clave de confrontación conceptual o de diferentes políticas sobre drogas, sino en términos de momento e historia.

Así por ejemplo en Suecia se ha recibido, asumido y difundido la apertura del logro asistencial, y una mayoría de ciudadanos suecos reconoce las claves de esta apertura (Soderholm, 1994; Segraeus, 1994) e incluso puede asumir ciertos roles sin un entrenamiento específico (Rosenquist, 1990), mientras que en España el logro asistencial es mirado con desconfianza, al tiempo que muchos ciudadanos son capaces de desarrollar un argumento consistente concorde con la reacción crítica.

Como consecuencia una misma medida puede ser no sólo contemplada desde ópticas distintas sino producir resultados opuestos, tal podría ser el caso de la “vigilancia electrónica” (Swedish Prison, 1994) que en Suecia puede ser interpretada en clave de ampliación de los derechos individuales (un sujeto puede estar bajo estricto control penitenciario al tiempo que lleva una vida normal), mientras que en España podría interpretarse en términos de limitación de los derechos individuales (los sujetos bajo control penitenciario son controlados hasta el último detalle de sus vidas), en el primer caso la medida acabaría por ampliar las libertades públicas mientras que en el segundo las reduciría.

El **segundo elemento** tiene que ver con el momento histórico particular que se han situado todos estos procesos en los años 90, un momento caracterizado por un alto grado de *insight* social, cuyo origen podemos rastrear en los cambios culturales de los años 60, en todo lo que tiene que ver con drogas, delincuencia, asistencia y justicia, un momento quizás soñado tanto por los promotores del logro asistencial como por los promotores de la reacción crítica, en el que todo está sobre la mesa con la presencia de un tercer invitado, la apertura evaluativa, un aparente amigo del logro asistencial pero que en realidad, aunque los invitados lo ignoren, va a dar argumentos y en parte la razón a la reacción crítica.

En este sentido la situación francesa ha sido muy rebeladora para constatar la inevitable presencia del tercer invitado, en forma de sistemas de registro y evaluación que ocupan lugares secundarios en el imaginario de los profesionales de la asistencia pero que a la vez están configurando un discurso del que nadie puede mantenerse al margen (Maison d'arrêt de "La Santé", 1991-1994; Sajet 77, 1993), pero también podemos constatar como este invitado, desde la propia sociedad, desde los movimientos sociales, es utilizado para reivindicar transformaciones en línea con la apertura crítica, y aquí el papel del tercer invitado es muy importante, porque las reivindicaciones se hacen en base a los datos estadísticos, en base a las evaluaciones que proporcionan los investigadores y no tanto desde los discursos terapéuticos o crítico.

En resumen las instituciones europeas, demasiado condicionadas por los aspectos económicos y políticos de la

Unión, no parecen darse cuenta, justamente por falta de *insight* sobre este tema, de los cambios sociales que, en parte por la propia lógica económica y política de la Unión, se están produciendo, ni tampoco se dan cuenta, y no son los únicos, de las actitudes sociales emergentes sobre igualdad, tolerancia, madurez social, desarrollo humano y estabilización del Estado de Bienestar, que una vez alcanzada la "definición mínima de Democracia" (27) se han convertido en unas "señas de identidad" esenciales para una sociedad en la cual estamos ya viviendo y que, al menos para los europeos de origen, se está convirtiendo en un referente cultural más o menos consciente. Tampoco parecen percatarse, a pesar de cuanto se escribe al respecto, que los nuevos movimientos sociales, que en su conjunto son "los verdaderos agentes del flujo del cambio social" (Sztompka, 1995), se están imponiendo como una realidad social para Europa.

En este contexto, la evaluación, como idea y al margen de metodologías concretas, no es sólo una necesidad programática, vale decir técnica o tecnológica, que implica mejorar los procedimientos, sino que se convierte en una necesidad política que corresponsabiliza y vincula a los actores sociales, -ciudadanos, administraciones y afectados-, en una nueva cultura (Fletcher, 1988). ■

Domingo Comas y Josune Aguinada

Contacto: ITACA

Glorieta de Bilbao, 1, 3ª izq

28004 Madrid

Fax: 447 84 16

NOTAS

(1) En este artículo no pretendemos ni agotar, ni mucho menos resolver, tal debate, queremos dejarlo simplemente planteado con el fin de evitar su permanente escamoteo. Por una parte los intelectuales lanzan desde el desconocimiento de lo concreto la afirmación "el tratamiento judicial es una contradicción en sus propios términos y por tanto no es posible" mientras que, por otra, los gestores públicos se limitan a emprender acciones dando demasiadas cosas por supuesto. En todo caso en este primer apartado, en razón a la parquedad del mismo y los objetivos generales del texto, nos limitaremos a mostrar las grandes líneas de contraste, utilizando unas pocas referencias: Benthan, Jones, Bettelheim y Goffman entre otros, sabiendo que no son todos pero sí son representativos de una serie de aperturas que nos van a permitir finalmente formular un diagnóstico de situación y una propuesta de actuación.

(2) Debemos la distinción entre "utopía activante" y "utopía paralizante" a Diderot, que tras afirmar en "El sobrino de Rameau" que "uno no puede obligarse a desear cosas" (Diderot, 1979), en su "Suplemento al viaje de Bouganville" describe una forma de utopía que "sirve para proponer lo imposible y adaptarse así a lo existente", es decir permite que la realidad presente resulte a la vez inacceptable e inamovible (Diderot, 1992), lo que equivale a decir que el deseo es una condición necesaria para el progreso humano pero también el posible umbral para la frustración social.

- (3) ¿Que era más peligroso para el orden social moderno? ¿La división social del trabajo y la propiedad privada o la carencia de creencias morales solidarias en la sociedad industrial?, todos los argumentos le conducían a la primera opción pero sus sentimientos antisocialistas a la segunda, atribuyó así la génesis de la anomía a los valores morales del individuo pero la justificó en la división del trabajo.
- (4) En la práctica son algunas orientaciones psicoanalíticas las que se resisten con mayor énfasis a aceptar las consecuencias sociales de la ruptura freudiana.
- (5) Este reconocimiento de la ruptura freudiana ha sido muy bien integrado en el ámbito sociológico, desde la misma actuación fundacional de Talcott Parsons en "La estructura de la Acción Social", pasando por el marxismo de Marcuse, Adorno y el mismo Habermas, el constructivismo de Berger y Luckmann, la sociología feminista y la reciente integración macro-micro, hasta el punto que Freud es unánimemente reconocido como un componente imprescindible de la metateorización sociológica. El hecho de que en el ámbito de la psicología la realidad sea muy distinta podría explicarse por la utilización de Freud como estandarte en demasiadas batallas.
- (6) En realidad en un primer momento fueron muchos los que comprendieron el empeño revolucionario de Bion, por citar un caso Lacan (Lacan, 1947), pero después les resultó a todos más fácil negar una ruptura que les permitía seguir desempeñando el papel de gloriosos caballeros de la cofradía de los francotiradores enfrentados a ciertas instituciones que ellos mismos describían como el dragón del control social.
- (7) Vamos a seguir utilizando este término, de la misma manera que lo hace el traductor del texto de Bion y Rickman, porque no hay un equivalente claro para el mismo en español y que pueda significar "interiorización consciente de la realidad"
- (8) Con el tiempo la condición de la "convivencia" fue variando desde el modelo clásico de internamiento hasta el "grupo de encuentro" pasando por las diversas formas de hospital o centro de día, e incluso el término Comunidad Terapéutica que se podía relacionar excesivamente con un centro de internamiento fue sustituido por otros equivalentes como terapia comunitaria o de comunidad (Comas, 1988; Comas, 1994).
- (9) Esta es una lógica que captan muy mal los estudiantes, futuros profesionales, formados en la intervención directa sobre el Otro, el cliente, paciente, enfermo, loco o desviado, al que sus actos van a salvar. Un psicólogo estudiante de doctorado ya licenciado lo resumió muy bien tras la lectura de "*Más allá de la Comunidad Terapéutica*" de Maxwell Jones, "No creo que esto sirva para nada, no trabajan, están todo el día organizando reuniones"
- (10) Lo que fue dado en llamarse Psiquiatría Social se formuló en el III INFORME DEL COMITÉ DE EXPERTOS EN SALUD MENTAL DE LA OMS de 1953, así como en una serie de informes sucesivos.
- (11) Somos conscientes de que ambos se sitúan en ámbitos teóricos y culturales muy distintos, pero el papel coincidente que juegan en el debate nos ha llevado a presentarlos representando las mismas ideas. También es cierto que en los últimos años ambos comienzan a ser tratados conjuntamente en los manuales bajo el epígrafe un tanto equívoco de "postestructuralistas" (Ritzer, 1992).
- (12) En muy pocos años, especialmente en EE.UU., en teoría se dismanteló la vieja red de hospitales psiquiátricos, pero en muchos casos esto representó sólo dos cosas, la primera un cambio de denominación de los centros y la segunda la eliminación de su papel asilar desalojando a aquellos internos que no sufrían una patología mental precisa. Sólo algunos espacios de intervención como una parte del tratamiento a los drogodependientes fueron capaces de garantizar el logro asistencial, en todo caso como demostró Ken Kesey en "*Alguien voló sobre el nido del cuco*" y la innumerable literatura que le siguió, los nuevos términos pronto representaron, tanto para el imaginario social como para los pacientes, lo mismo que los antiguos.
- (13) No es esta una conclusión personal sino una constatación basada en las diferencias positivas que coincidentemente establecen tanto Foucault en el capítulo "Disciplina" (Foucault, 1976) como Goffman al caracterizar las instituciones totales (Goffman, 1972), entre las fábricas y los lugares de disciplina industrial total por una parte, y el resto de instituciones totales por la otra, lo que no deja de ser llamativo si consideramos que esta fue la base ideológica real tanto del nazismo como de los corporativismos fascistas español e italiano.
- (14) Esta es la aportación de Adorno y Horkheimer en "*DIALÉCTICA DE LA ILUSTRACIÓN*" cuando muestran la inversión sadiana desde el deber moral de reprimir sistemáticamente el goce hasta el deber moral de gozar ordenadamente y sin pausa, una inversión que mantiene intacta la organización sistemática de la razón kantiana, una estructura en la que el deber ser puede manifestarse al margen del sentido de la imprecación. Lacan lo explicitó muy bien: no hay ninguna contradicción entre el despliegue del Deseo y el despliegue

de la Ley, se trata del mismo sistema que gestiona el imperativo categórico del orden. En el orden del deseo el sujeto somete a la Ley, en el orden de la Ley el sujeto somete al deseo (Lacan, 1963).

(15) Ya no estamos ante un imperativo categórico sino ante una actitud individual o grupal perfectamente medible y evaluable, no es un problema de orden sistemático sino de compensación y balance, no se trata de elegir entre la Ley y el Deseo como un todo antagónico sino de lograr equilibrios lo suficientemente ambiguos e inestables para que se puedan ajustar a los equilibrios de los demás. El sujeto autónomo sujetado al superyo vertical de Freud elige su lugar en la sistemática del orden sin importarle el sentido, puede ser santo o asesino obedeciendo al mismo impulso, pero el sujeto sujetado a un superyo horizontal depende de la mirada cambiante de los demás, puede ser santo o asesino, pero será cada una de estas cosas obedeciendo a impulsos distintos y asumiendo papeles sociales diferentes.

(16) Expresado como una "demanda libre" por parte del sujeto, un deseo que obedece casi siempre a presiones sociales, sean familiares, judiciales o laborales, pero que no pueden ser dichas porque manifestarlas supone romper el pacto de silencio, supone renunciar a la "normalización" y negar por tanto la posibilidad de la curación.

(17) En ocasiones, con la inestimable colaboración de los Medios de Comunicación, se consigue mostrar un estado unánime de parálisis y falta de expectativas, el procedimiento es muy simple, consiste en, por una parte, preparar un catálogo de "fracasos e imperfecciones" y por la otra señalar la "absoluta necesidad de que la experiencia continúe adelante" (Parker, 1975), se aunan así posibilismo y crítica, pero se cierran puertas en vez de abrirlas, salvo las del puro mercadeo de la información.

(18) No por obvio podemos dejar de señalar que desde lo general este es un elemento de cambio social poco relevante, pero en nuestro tema representa, con la evolución de la opinión pública, las modificaciones legales y el logro asistencial, uno de los elementos de transformación social más importantes.

(19) Se produjeron así situaciones muy jocosas, como el caso de aplicar la visión crítica a organismos de la administración que no existían en España. Resulta esclarecedor en este sentido la estructura de la versión española del Panóptico (Benthan, 1979), en la primera parte los editores (Julia Várela y Fernando Alvarez-Uría) traducen una entrevista a Foucault en la que a preguntas del entrevistador sobre "el Panóptico, una obra de fines del siglo XVIII que ha permanecido desconocida", se extiende en la compleja aventura intelectual que le llevó a "descubrir" dicho texto. En la misma edición en el Postfacio bajo el título de "Benthan en España", María Jesús Miranda, una de las pocas personas que en 1979 conocía realmente el tema, muestra como Benthan no sólo no era un desconocido sino la guía de los sucesivos proyectos de reforma penitenciaria en nuestro país. y más concretamente se puede afirmar que "el benthamismo proporcionó (en España) una ideología laica y modernizadora" que se enfrentó, desde mitad del siglo XIX, a la presión combinada del conservadurismo y el romanticismo naturalista, propiciando sucesivas, aunque incompletas, reformas penitenciarias (Dinwiddy, 1989). No está de más recordar que el primer intento de traducción del Panóptico acabó con los huesos del catedrático salamantino D. Ramón de Salas en los calabozos de la inquisición en 1821, y fue Jacobo Villanueva quien finalmente lo tradujo en 1834, "*Cárceles y presidios: aplicación de la panóptica de Benthan*", Madrid, Jordán, lo que constituyó un acontecimiento político de primer orden. Poco podían imaginar dos liberales progresistas como Salas y Villanueva que el texto por el que se jugaron tanto, iba a ser leído por los universitarios españoles de finales del siglo XX como "una amenaza contra la libertad", aunque podían consolarse con las palabras de Miranda que en todo caso llegaban tarde para los lectores.

(20) En el caso de Goffman, como el mismo llegara a reconocer (Winkin, 1991), la reacción antipositivista y antisistémica del interaccionismo simbólico, obedecía a una doble estrategia, por una parte se trataba de un proyecto intelectual cuyos objetivos se sitúan en una "deconstrucción de las relaciones (y las comunicaciones) en la vida cotidiana" es decir el "análisis contextual" y de otra parte es una estrategia por hacerse un hueco en el mundo académico americano en un momento histórico caracterizado por el dominio de los "cuantitativistas fuertes". El mismo Goffman no vacilará en recuperar una cierta orientación "estructuralista", cuando ya desde su cátedra en California aúne sus esfuerzos con los de la "vieja guardia" para "volver a las raíces durkhenianas de las grandes estructuras" (Ritzer, 1995).

La misma doble estrategia (vínculo intelectual/vínculo de status académico) aparece en Foucault, pero frente al distanciamiento que va adoptando Goffman, Foucault opta por una radicalización dogmática (Roudinesco, 1995), quizás porque el vínculo de status es en Foucault no sólo académico sino una opción de mercado, en parte una opción personal y en parte una opción del Estado francés que invierte en promocionar la imagen de una "cultura francesa" situada por encima de otras "tradiciones intelectuales". Así cabe interpretar básicamente la afirmación de Foucault sobre su "descubrimiento" de Benthan, el más conocido e influyente reformador social del siglo XIX y primera parte del XX (Peter, 1968), desde una lógica de mercado: el galocentrismo cultural.

(21) Un análisis de las conflictivas relaciones entre "centro teórico" y "periferia especializada" en el tema de drogas aparece en otras publicaciones (Comas, 1994).

(22) El criptoerror es algo muy frecuente incluso entre científicos de prestigio, por referimos a un ejemplo que hemos utilizamos en este mismo informe, vemos como Claude Levi-Strauss al comentar el texto sobre el "*Suplemento del viaje de Bouganville*" de Diderot que hemos citado en otra nota, invierte su sentido, quizás porque se siente tan identificado con "nuestro maestro, Rousseau, nuestro hermano, hacia quien demostramos tanta ingratitud" (Levi-Strauss, 1973) que proyecta el idealismo etnográfico del propio Rousseau (y de Voltaire) sobre su "enemigo" Diderot, mucho más realista en este punto. Si algo así le ocurre a Lévi-Strauss ¿cómo no les va a ocurrir algo similar a los epígonos de Foucault y Goffman que acuden a su autoridad para argumentar reformas institucionales que sienten como imprescindibles?

(23) El impulso institucional se suele relacionar con la conferencia sobre drogas convocada por el Presidente Kennedy en 1962 (White House Conference on Narcotic and Drug Abuse, 1963).

(24) En nuestra opinión la divergencia de estrategias evaluativas, poco entendible en el "momento especial" que representaron el DARP y el TOPS, se puede explicar por la coincidencia cronológica entre la puesta en marcha de tales sistemas de evaluación y la fase en la que la utilización del sistema penal para controlar el consumo de drogas (o para controlar los movimientos juveniles) se extendió a casi la totalidad de vórtices. Fue, además, el momento histórico en el que se dio al concepto de tratamiento un mayor grado de ambigüedad, para algunos "tratamiento" llegó a ser sinónimo de coerción y en general "tratamiento obligatorio" era exactamente esto y no un tratamiento alternativo a las penas de prisión. La reivindicación de una vía represiva para el tratamiento obligatorio y generalizado de los drogodependientes no se realizaba desde un criterio de eficacia individual sino desde la perspectiva del éxito político global, en Singapur (McGlothlin, 1980), Japón (Nagahama, 1968) o la URSS (Babain, 1979), por citar los casos más llamativos. Existe toda una literatura que supuestamente "evalúa programas" y en realidad esta lanzando proclamas ideológicas utilizando resultados que nunca se confirmarán (Brown, 1988), en el contexto de situaciones legales dotadas de mecanismos mucho más complejos que los reflejados en los textos del discurso represivo (Porter, 1986). Sin duda, además, las presiones de la vía represiva, vigentes hasta la primera mitad de los años 80, retrasaron la posible adopción de la vía de los tratamientos alternativos, en parte porque los primeros pretenden crear un "estado de excepción" desde el se que conculcan los derechos individuales y los segundos, justamente se articulan desde los derechos individuales (Brown, 1988), claro que diferenciar ambas situaciones no ha sido fácil en el contexto de la ilegalidad de las drogas, pero al final se consiguió (Grupo Pompidou, 1986).

(25) No se pudo establecer un censo de todos los casos sometidos a tales medidas y derivados a otro tipo de dispositivo, en el periodo considerado, porque el sistema judicial no los tiene identificados y los dispositivos ambulatorios son numerosos, variados y algunos con registros deficientes.

(26) Debemos indicar que los autores del estudio creen que hay más casos entre los no localizados en la posición C que en la B.

(27) Nos referimos a la definición de Norberto Bobbio, a la que sin duda podemos calificar de "escasa" y aspirar a una democracia mas plena, pero también sin duda el logro europeo global de este objetivo ha supuesto para Europa situarse en una etapa histórica distinta, puede seguirse esta posición en (Autores Varios, 1994).

BIBLIOGRAFÍA

1. ALVIRA, F. y COMAS, D. (1996), "La medida de la evolución del consumo de alcohol en España", en ITACA, nº 2, Bilbao, ITACA.
2. ANGLIN, M.D. (1988), "The efficacy of Civil Commitment in treating narcotics addiction" en JOURNAL OF DRUG ISSUES, nº 18(4), 527-545.
3. ANGLIN, M.D.; BRECH, M.L. y MADDAHIAN, E. (1989), "Pretreatment characteristics and treatment performance of legally coerced versus voluntary methadone maintenance admissions" en CRIMINOLOGY, nº 27 (3), 537-557.
4. ANGLIN, M.D. y HAUGH, T.H. (1992), "Ensuring success in interventions with drug-using offenders" en AMERICAN ACADEMY POLITICAL AND SOCIAL SCIENCES, nº 521, 66-90.
5. AUKERMAN, Robert y McGARRY, Pegy (1994), COMBINING SUBSTANCE ABUSE TREATMENT WITH INTERMEDIATE SANCTIONS FOR ADULTS IN THE CRIMINAL JUSTICE SYSTEM, Washington, CSAT.
6. AUTORES VARIOS (1994), LA FIGURA Y EL PENSAMIENTO DE NORBERTO BOBBIO, Madrid, BOE.
7. BABAIN, E.A. (1980), "Fiscalización de los estupefacientes y prevención de la toxicomanía en la URSS", BOLETÍN DE ESTUPEFACIENTES, Vol. XXXII, nº 1, Nueva York, Naciones Unidas.
8. BENTHAN, J (1979), EL PANÓPTICO, Madrid, La Piqueta.
9. BERGERON, Henri (1994), TOXICOMANES, THERAPIES ET DYNAMIQUES ORGANISATIONALES, Paris, IEP.
10. BETTELHEIM, B. (1973), EL CORAZÓN BIEN INFORMADO, México, FCE.
11. BETTELHEIM, B. (1991), EL PESO DE UNA VIDA, Barcelona, Crítica.
12. BION, W. (1979), EXPERIENCIAS EN GRUPOS, Buenos Aires, Paidós.
13. BION, W. y RICKMAN, J.(1943), "Tensiones intergrupales en terapia" en BION, W. (1979), Op. Cit.
14. BRECHT, M.L. y ANGLIN, M.D. (1990), "Conditional factors of naturing out: Legal supervision and treatment" en INTERNATIONAL JOURNAL OF ADDICTIONS, nº 25 (4), 393-407.
15. BRIZER, D.A, HASLANSKY, R y GALANTER, M. (1990), "Treatment retention of patients referred by public assistance to an alcoholism clinic" en JOURNAL OF DRUG AND ALCOHOL ABUSE, Nueva York, Universidad of NY.
16. BRIZER, D.A; HASLANSKY, R. y GALANTER, M. (1990), "Treatment retention of patients referred by public assistance to an alcoholism clinic" en JOURNAL DRUG ALCOHOL ABUSE, nº 16 (3-4), 259-264.
17. TIPPELL, S. (1989), "Drug-users and the prison system" en MacGREGOR, S (1989), DRUGS AND BRITISH SOCIETY, Londres, Routledge.
18. BROWN, Barry S. (1988), "Civil Commitment. International Issues" en LEUKEFELD y TIMPS (1988), Op. Cit.
19. BUCKLEY, R. (1996), LA DOBLE TRANSICIÓN, Madrid, Siglo XXI.
20. CARRÓN, J., COMAS, D. Y JIMENEZ, A. (1994), LOS PROGRAMAS DE INTEGRACIÓN SOCIAL DE DROGODEPENDIENTES, Madrid, GID.
21. CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE TREATMENT, CSAT, (1994), PROVIDING NATIONAL LEADERSHIP IN TREATMENT SERVICES, Washington, U.S. Department of Health and Human Services.
22. CHAIKEN, Marcia R. (1989), IN-PRISION PROGRAMS FOR DRUG-INVOLVED OFFENDERS, Washington, U.S. Department of Justice.
23. CLARK, D.H. (1964), PSIQUIATRÍA ADMINISTRATIVA, Buenos Aires, Nueva Visión.
24. COMAS, D. (1986), "La medida de la incidencia, prevalencia y problemas causados por drogas ilegales" en REVISTA ESPAÑOLA DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS, Nº 34, Madrid, CIS.
25. COMAS, D. (1988), LAS COMUNIDADES TERAPEUTICAS Y EL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
26. COMAS, D. (1993), CRITERIOS Y NORMAS PARA LA HOMOLOGACIÓN DE COMUNIDADES TERAPEUTICAS PROFESIONALES, Barcelona, APCTT.
27. COMAS, D. (1994), LOS JÓVENES Y LAS DROGAS DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS 90, Madrid, INJUVE.
28. COMAS, D. ; CARRÓN, J.; HERNANDEZ, M.I.; NIEVA, P. y SILVA, A. (1992), LOS ESTUDIOS DE SEGUIMIENTO: UNA EXPERIENCIA METODOLÓGICA, Madrid, Fundamentos/GID.
29. COOPER, C.S. (1994), EXPEDITED DRUG CASE MANAGEMENT, Washington, U.S. Department of Justice.
30. DELEON, G. (1984), THE THERAPEUTIC COMMUNITY: A STUDY OF EFFECTIVENESS, Rockville, NIDA.
31. DELEON, G. (1988), "Legal pressure in therapeutic communities" en JOURNAL OF DRUG ISSUES, nº 18(4), 525-640.
32. DIDEROT, D. (1979), EL SOBRINO DE RAMEAU, Madrid, Alfaguara.
33. DIDEROT, D. (1992), SUPLEMENTO DEL VIAJE DE BOUGANVILLE, Madrid, Debate.
34. DINWIDDY, J (1989), BENTHAM, Madrid, Alianza.
35. DURKHEIM, E. (1982), LA DIVISIÓN SOCIAL DEL TRABAJO, Madrid, Akal.
36. ELZO, J (1992), DELINCUENCIA Y DROGAS: ANÁLISIS JURÍDICO Y SOCIOLOGICO DE SENTENCIAS EMITIDAS EN LAS AUDIENCIAS PROVINCIALES Y EN LOS JUZGADOS DE LA CAV, Vitoria, Gobierno Vasco.
37. ELZO, J. et alt. (1995), ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS A LA PRISIÓN DE DELINCUENTES TOXICÓMANOS, Vitoria, Gobierno Vasco.
38. ERIBON, D. (1992), MICHEL FOUCAULT, Barcelona, Anagrama.
39. FAUPEL, Ch.E. (1981), "Drug treatment and criminality" en INCIARDI, J.A. (1981), Op. Cit.
40. FLETCHER, B.W. y TIMPS, F.M. (1992), "Methodological Issues: Drug abuse treatment in prisons and jails" en LEUKEFELD Y TIMPS (1992), Op. Cit.
41. FOUCAULT, M. (1976), VIGILAR Y CASTIGAR, México, S.XXI.
42. FOUCAULT, M. (1984), ENFERMEDAD MENTAL Y PERSONALIDAD, Barcelona, Paidós.
43. FOUCAULT, M. (1991), LA VERDAD Y LAS FORMAS JURÍDICAS,

Barcelona, GEDISA.

43. FREUD, S. (1970), PSICOLOGÍA DE LAS MASAS, Madrid, Alianza.
44. GOFFMAN, E (1972), INTERNADOS, Buenos Aires, Amorrortu.
45. GOFFMAN, E. (1980), ESTIGMA, LA IDENTIDAD DETERIORADA, Buenos Aires, Amorrortu
46. GRUPO INTERDISCIPLINAR SOBRE DROGAS (1988), DROGODEPENDENCIAS: CAMBIOS LEGALES Y CONSECUENCIAS SOCIALES, Madrid, GID, (Mimeo).
47. GRUPO INTERDISCIPLINAR SOBRE DROGAS (1992), LOS ESTUDIOS DE SEGUIMIENTO: UNA EXPERIENCIA METODOLÓGICA, Madrid, Fundamentos.
48. GRUPO INTERDISCIPLINAR SOBRE DROGAS (1994), LA EVALUACION DE PROGRAMAS EN DROGODEPENDENCIAS, 2 VOL, Madrid, GID.
49. GRUPO POMPIDOU (1986), LA JURISDICCION PENAL SOBRE LOS USUARIOS DE DROGAS: UN DIFICIL EQUILIBRIO ENTRE CASTIGO Y TRATAMIENTO, Estrasburgo, Consejo de Europa.
50. HUBBARD, R.L. (1988), "The criminal justice client in drug abuse treatment" en LEUKEFELD y TIMPS (1988), Op. Cit.
51. INCIARDI, J. A. (1988), "Some considerations on the clinical efficacy of compulsory treatment: Reviewing the New York experience" en LEUKEFELD y TIMPS (1988), Op. Cit.
52. IPSS, (1995), DEBATE SOBRE LAS MEDIDAS ALTERNATIVAS A LA PRIVACION DE LIBERTAD PARA DROGODEPENDIENTES, Barcelona, IPSS.
53. JONES, M. (1970 a), MÁS ALLÁ DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA, Buenos Aires, Genitor.
54. JONES, M (1966), PSIQUIATRÍA SOCIAL, Buenos Aires, Escuela.
55. JONES, M (1970b), LA PSIQUIATRÍA SOCIAL EN LA PRÁCTICA, LA IDEA DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA, Buenos Aires, Américalee.
56. KANT, I (1991), LA RELIGIÓN DENTRO DE LOS LÍMITES DE LA MERA RAZÓN, Madrid, Alizanza.
57. KÖRNER, S.W. (1977), KANT, Madrid, Alianza
58. LACAN, J. (1947), "La psychiatrie anglaise et la guerre" en LACAN, J. (1983), LA QUERELLE DES DIAGNOSTICS, París, Navarin
59. LEUKEFELD, Carl y TIMS, Frank (1988), COMPULSORY TREATMENT OF DRUG ABUSE: RESEARCH AND CLINICAL PRACTICE, Rockville, NIDA. (Traducción posterior, Madrid, FAD, 1996)
60. LEUKEFELD, Carl y TIMS, Frank (1990), "Compulsory treatment for drug abuse" en THE INTERNATIONAL JOURNAL OF THE ADDICTIONS, 25 (6), pp. 621-640.
61. LEUKEFELD, Carl y TIMS, Frank (1992), DRUG ABUSE TREATMENT IN PRISONS AND JAILS, Rockville, NIDA. (Traducción posterior, Madrid, FAD, 1996)
62. LÉVI-STRAUSS, C. (1973), TRISTES TRÓPICOS, Buenos Aires, EUDEBA.
63. LOPEZ, M.J. y GARRIDO, V. (1994), "Los orígenes de la moderna psicología criminal en España: reflexiones para una política criminal actual" en ESTUDIOS DE CRIMINOLOGÍA, Nº 1, Albacete, Universidad de Castilla La Mancha.
64. MADDUX, J.F. (1988), "Clinical experience with Civil Commitment" en JOURNAL OF DRUG ISSUES, nº 18 (4), 575-594.
65. MAINER, J.C. (1994), DE POSTGUERRA, 1951-1990, Barcelona, Critica.
66. McGLOTHLIN, W.H. (1980), "El programa de Singapur de lucha contra la heroína", BOLETÍN DE ESTUPEFACIENTES, Vol. XXXII, nº 1, Nueva York, Naciones Unidas.
67. MONK, R. (1994), LUDWIG WITGENSTEIN, Barcelona, Anagrama.
68. NAGAHMA, M. (1968), "Toxicomanía y medidas represivas en el Japón desde la segunda guerra mundial", BOLETÍN DE ESTUPEFACIENTES, Vol. XX, nº 3, Nueva York, Naciones Unidas.
69. NEUMAN, E. (1984), DROGA Y CRIMINOLOGÍA, México, Siglo XXI.
70. PARKER, A. (1975), GRENDON, PRISION PSIQUIÁTRICA, Barcelona, Noguier.
71. PETER, M (1968), "Bentham", en SILLS, D.L. (1968), ENCICLOPEDIA INTERNACIONAL DE LAS CIENCIAS SOCIALES, Madrid, Aguilar.
72. PLATT, J.J. y HERMALIN, P. (1989), SOCIAL SKILL DEFICIT INTERVENTIONS FOR SUBSTANCE ABUSERS, Camden, University of New Jersey.
73. POMPI, K.F. y RESNICK, J. (1987), "Retention of court-referred adolescents and young adults in the therapeutic community", en AMERICAN JOURNAL OF DRUG AND ALCOHOL ABUSE, nº13 (3), 309-325.
74. PORTER, L.; ARIF, A.E.; y CURRAN, W.J. (1986), THE LAW AND THE TREATMENT OF DRUG AND ALCOHOL DEPENDENT PERSONS. A COMPARATIVE STUDY OF EXISTING LEGISLATION, Ginebra, OMS.
75. RITZER, G. (1992), TEORÍA SOCIOLÓGICA CONTEMPORÁNEA, Madrid, MacGraw-Hill.
76. RAPPOPORT, R.N (1977). "Comunidades Terapéuticas" en SILLS, D.L. (Edit), ENCICLOPEDIA INTERNACIONAL DE LAS CIENCIAS SOCIALES, Madrid, Aguilar.
77. ROSENQUIST, Pia y KURUBE, Norico (1990), "Dissolving the Swedich alcohol-treatment System", en KLINGEMANN, TAKALA y HANT (Editors), CURE, CARE OR CONTROL, ALCOHOLISM TREATMENT IN SIXTEEN COUNTRIES, Nueva York, State University Press.
78. ROUCINESCO, F. (1995). JACQUES CACAN, Barcelona, Anagrama.
79. SANCHEZ-CARBONELL, J. et alt. (1988), "Evolución de una muestra de heroinómanos 2 años despues del inicio del tratamiento (Proyecto EMETYST)" en MEDICINA CLÍNICA, nº 92, Barcelona.
80. SANTO, Y. et alt (1980), HIGHLIGHTS FROM THE NACIONAL YOUTH POLYDRUG STUDY, Rockville, NIDA.
81. SEGRAEUS, Vera (1994), COMPULSORY MEASURES FOR TREATMENT AND REHABILITATION IN SWEDEN, Estocolmo, SiS.
82. SELLS, S.B. y SIMPSON, D.D. (1979), "Eficacia del tratamiento del uso indebido de drogas: Resultados del progama de investigación DARP en los Estados Unidos de América" en BOLETÍN DE ESTUPEFACIENTES, Vol XXXI, nº 1, Viena, NN.UU.
83. SODERHOLM, Kerstin (1994), THE INSTITUTIONAL CARE OF YOUNG PEOPLE IN SWEDEN DURING THE 20TH CENTURY. Estocolmo, SiS.

