

**SENADO DE PUERTO RICO**

**P. del S. 101**

2 de enero de 2009

Presentado por el señor *Martínez Maldonado*

*Referido a las Comisiones de Seguridad Pública y Asuntos de la Judicatura; y de Salud*

**LEY**

Para establecer mandatoriamente el Programa de Rehabilitación de comunidades terapéuticas en todas las instituciones penales de Puerto Rico pertenecientes a la Administración de Corrección para atender a los confinados con problemas de abuso y adicción de sustancias controlada, y otros problemas de conducta.

**EXPOSICION DE MOTIVOS**

La Sección 19 del Artículo VI de la Constitución de Puerto Rico establece que “[s]erá política pública del Gobierno de Puerto Rico reglamentar las instituciones penales para que sirvan a sus propósitos en forma efectiva y propender, dentro de los recursos disponibles, al tratamiento adecuado de los delincuentes para hacer posible su rehabilitación moral y social”.

Para cumplir con dicho mandato, la ley habilitadora de la Administración de Corrección, Ley Núm. 116 de 22 de julio de 1974, según enmendada, facultó a dicha entidad a estructurar la política pública en el área de corrección y a formular la reglamentación interna necesaria para los programas de diagnóstico, clasificación, tratamiento y rehabilitación de la clientela del sistema correccional.

De otra parte, el 16 de septiembre de 2004 se aprobó la Ley Núm. 377 con el propósito de adoptar la Ley del Mandato Constitucional de Rehabilitación para convertir en mandato la aspiración contenida en la Sección 19 del Artículo VI de nuestra Constitución, en cuanto a propender al tratamiento adecuado de los convictos para hacer posible su rehabilitación moral y social.

La política pública declarada por la referida Ley Núm. 377, en su Artículo 3 dispone que la filosofía, la política correccional y los recursos del Gobierno de Puerto Rico tienen que asignarse y utilizarse para lograr la rehabilitación moral y social de los confinados a fin de que el sistema correccional cumpla con el mandato constitucional. Por otra parte, esta Ley Núm. 377 impuso al Departamento de Corrección la obligación de promover el establecimiento y supervisión de los programas gubernamentales indispensables, dirigidos a la rehabilitación de la población correccional.

La propia Exposición de Motivos de la Ley Núm. 377 establece y reconoce que la reincidencia en la actividad delictiva de los egresados de las instituciones carcelarias indica el fracaso de la prisión como institución que busca la rehabilitación; y que en atención a la relación entre la actividad delictiva y la adicción a sustancias controladas, tienen que ampliarse significativamente las acciones y programas para la rehabilitación de la población penal vinculada con el consumo ilegal de drogas. Es evidente que para prevenir la reincidencia es necesario crear programas dirigidos a preparar al convicto para su reintegración a la sociedad.

Como cuestión de hecho, un reciente estudio realizado por *Correctional Health Services Corporation* (CHSC) concluyó que el setenta (70%) por ciento de las personas que ingresaron al sistema correccional de Puerto Rico habían cometido algún acto delictivo asociado con el uso de sustancias adictivas o por su vicio a ellas. Además, según este estudio el setenta y siete punto tres (77.3%) por ciento de los confinados que fueron entrevistados indicó haber usado drogas y/o alcohol, y que entre las drogas más utilizadas estaban los opiáceos, con un ochenta y ocho (88%) por ciento; la cocaína, con un sesenta y siete punto siete (67.7%) por ciento; el alcohol un veintiuno punto tres (21.3%) por ciento, la marihuana un diecinueve punto siete (19.7%) por ciento, el crack un dieciséis (16%) por ciento y benzodiazepinas con un nueve punto tres (9.3%) por ciento.

Estos datos específicos contrastan con la obligación constitucional impuesta por el mandato específico para cumplir con la rehabilitación. De otra parte, en la Decimoquinta Asamblea Legislativa, el Senado de Puerto Rico, encomendado por la R. del S. 25 del 14 de enero de 2005, constató en visitas realizadas a las instituciones penales que en las mismas no existen programas de rehabilitación efectivos para atender los problemas de los confinados en cuanto a la dependencia de sustancias controladas. Dichos hallazgos quedaron plasmados en un informe radicado el 15 de febrero de 2006.

Como cuestión de hecho, estos hallazgos fueron corroborados y confirmados en vista pública celebrada por la entonces Comisión de Seguridad, el 19 de septiembre de 2006. A estos efectos, el Procurador del Confinado, abogados en representación de los confinados, familiares de confinados y representantes del sector religioso, concurrieron una vez más en que los confinados no cuentan con dichos programas. A pesar de que el Departamento de Corrección cuenta con más de noventa millones para programas de rehabilitación, existe una ausencia total de éstos en el Sistema Correccional.

Esto lo evidencia el por ciento de reincidencia actual de la población confinada, cuando observamos que asciende a más de un setenta (70) por ciento. Más preocupante aún resulta el por ciento de confinados que son usuarios de sustancias controladas, el cual asciende a un ochenta (80) por ciento aproximadamente.

Por tal razón, es imperativo que la Asamblea Legislativa de Puerto Rico adopte herramientas realmente efectivas para hacer cumplir el mandato constitucional de rehabilitación a los confinados. A estos efectos esta medida propone implantar mandatoriamente un Programa de Rehabilitación terapéutico especializado denominado “Comunidad Terapéutica”, (en adelante CT) para lograr la rehabilitación de la población penal en Puerto Rico con problemas de dependencia y adicción a sustancias controladas, y otras conductas.

La comunidad terapéutica, como programa de rehabilitación para el tratamiento de abuso y adicción a las drogas ha existido por alrededor de cuarenta (40) años. En general la (CT) es un tratamiento terapéutico, válido y confiable donde se desarrollan ambientes residenciales libres de droga que usan un modelo con etapas de tratamiento que incorporan niveles de autodesarrollo de responsabilidades personal y social. En éstas se utiliza la influencia entre compañeros, mediada a través de una variedad de procesos de grupo, para ayudar a cada persona a aprender y asimilar las normas sociales y desarrollar habilidades sociales más eficaces.

Un breve recorrido por la historia demuestra que la determinación de CT comúnmente aceptada es la declaración propuesta en 1981, a partir de la 5ta Conferencia Mundial de CT celebrada en Holanda que tras varios años de discusión en conferencias internacionales comienza con esta declaración de principios:

“El principal objetivo de una CT es fomentar el crecimiento personal. Este se alcanza mediante el cambio de un estilo de vida individual a otro comunitario de personas interesadas,

que trabajan unidas para ayudarse a si mismas y a las demás. Y añade: la CT representa un ambiente sumamente estructurado con límites precisos, tanto morales como éticos [...] Las personas dentro de la CT, son miembros como sucede en cualquier familia [...] Los miembros y el equipo funcionan como elementos de ayuda, subrayando la responsabilidad personal que cada uno debe de asumir por su vida y su automejoramiento [...] La presión entre iguales actúa a modo de catalizador convirtiendo la crítica y la introspección personal en un cambio positivo [...] La tensión creada entre la persona y su comunidad se resuelve finalmente a favor de la persona, y esta transición se considera como medida importante de la disposición hacia la integración en la sociedad [...]"

Además, hoy en día, como tratamiento exitoso para las adicciones, las CT ofrecen un enfoque de vanguardia para otros graves problemas sociales y psicológicos, conclusión refrendada por investigaciones en otras poblaciones y contextos específicos, por ejemplo en centros de menores, colectivos marginales y en medios carcelarios. Detrás de estos trabajos está siempre latente la idea de que la (CT) es un método terapéutico orientado al cambio y al crecimiento personal.

George de León, en *Therapeutic Community*, analiza muy bien que “El elemento esencial del enfoque de la CT es la *comunidad*”, lo cual pone de manifiesto entre otras cosas que la comunidad es un *método* terapéutico específico en sí. De León concluye que “mas allá de las adicciones y los trastornos relacionados, los elementos esenciales de la CT compaginan con los ideales de una sociedad educada, el concepto humanista de persona íntegra, los valores de vivir con corrección, la obligación de ser ejemplar, el poder de autoayuda y de la autoayuda mutua, y el uso de la comunidad como método para facilitar el crecimiento individual. En la sociedad contemporánea caracterizada por el uso culturalizado de las drogas, además de por el sentimiento omnipresente de pérdida de comunidad, el conseguir que estos elementos sean esenciales puede llegar a revitalizar a la misma”.

Investigaciones realizadas por el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, mejor conocido por sus siglas (NIDA) han ayudado a documentar el papel importante que las CT tienen en el tratamiento de personas con problemas relacionados a las drogas. Éstas han demostrado que cada año, las comunidades terapéuticas (CT) sirven a miles de personas con diferentes niveles de problemas de adicción, muchas de las cuales también tienen complejos, problemas sociales y psicológicos.

Además de la importancia de la comunidad como el agente primario de cambio, un segundo principio fundamental de las CT es la “auto-ayuda”. La auto-ayuda implica que las personas en tratamiento son los principales contribuyentes al proceso de cambio y que las personas también asumen una responsabilidad parcial en la recuperación de sus compañeros, un aspecto importante del propio tratamiento de la persona.

Durante tres décadas, el NIDA ha realizado varios estudios extensos para adelantar el conocimiento científico de los resultados de los tratamientos del abuso de drogas de la manera en que se realizan en los Estados Unidos. Para trazar la línea de base, estos estudios recolectaron datos de más de sesenta y cinco mil (65,000) personas admitidas a agencias de tratamiento financiadas con fondos públicos. Los estudios incluyeron una muestra de programas de CT y otros con programas (tales como los de mantenimiento con metadona, los libres de drogas fuera del hospital, los residentes a corto plazo y los de desintoxicación). Se recolectaron los datos al momento de admisión, durante el tratamiento, y en una serie de seguimientos enfocados en los resultados obtenidos a los doce (12) meses o más después del tratamiento.

Los referidos estudios concluyeron que la participación en una CT estaba asociada con múltiples resultados positivos. Por ejemplo, el estudio de los Resultados de los Tratamientos para el Abuso de Drogas (DATOS), que es el estudio a largo plazo más reciente sobre los resultados de los tratamientos para el abuso de drogas, demostró que aquellos que completaban exitosamente el tratamiento en una CT alcanzaban niveles más bajos de uso de cocaína, heroína y alcohol y de comportamiento criminal, desempleo; e indicadores de depresión que antes del tratamiento.

Los resultados efectivos del tratamiento en la CT están fuertemente vinculados a la duración del tratamiento, lo que refleja los beneficios derivados del proceso del tratamiento subyacente. La búsqueda de una CT esencial revela una idea universal recurrente ha trascendido con diversas formas en la historia: curar, enseñar, apoyar y guiar mediante la comunidad, pero el principal objetivo es la rehumanización total de la persona.

En Puerto Rico existe la necesidad de darle prioridad al tratamiento diferenciado e individualizado de todas las personas que pasan a formar parte de la población penal de la Administración de Corrección y tienen problemas de abuso y adicción a las sustancias controladas, y de otras conductas.



1           A partir de la vigencia de esta Ley, la Administración de Corrección, pondrá en  
2 ejecución el Programa de Rehabilitación de las Comunidades Terapéuticas y atenderá  
3 mediante el mismo a toda la población sentenciada que se encuentre en las instituciones  
4 penales de Puerto Rico, con problemas de abuso y adicción a sustancias controladas, y otros  
5 problemas de conducta.

#### 6           ARTICULO 4- DIRECCION Y ADMINISTRACION DEL PROGRAMA

7           El administrador de la Administración de Corrección, a los efectos de cumplir con  
8 esta Ley tendrá las siguientes funciones y facultades:

- 9           (a) Adoptar y desarrollar el Programa de Rehabilitación de las Comunidades  
10           Terapéuticas y formular la petición de los recursos fiscales que sean  
11           necesarios para cumplir con el mandato de rehabilitación.
- 12           (b) Establecer y conservar en forma individualizada récord del historial,  
13           evaluaciones, conducta general y logros de los confinados que sean referidos y  
14           participen del Programa de Rehabilitación de las Comunidades Terapéuticas en  
15           las instituciones penales.

#### 16           ARTICULO 5- DEFINICION DEL PROGRAMA DE REHABILITACION DE 17           COMUNIDADES TERAPEUTICAS

18           La Comunidad Terapéutica es un programa de rehabilitación que se implanta  
19 mediante instalaciones residenciales desarrolladas en las instituciones penales, aisladas de  
20 otros programas y localizadas lejos de ambientes relacionados con las drogas en las que se  
21 denomina al confinado que recibe este servicio como residente. Como miembro de la  
22 comunidad, el residente bajo tratamiento tiene que regirse por las normas de conductas

1 estrictas y explícitas. Estas normas se refuerzan con contingencias específicas (premios y  
2 castigos) y están dirigidas al desarrollo del auto-control y de la responsabilidad.

3           ARTICULO 6- PROPOSITOS DEL PROGRAMA DE REHABILITACION  
4                                 DE LAS COMUNIDADES TERAPEUTICAS

5           Este Programa cumplirá con los siguientes propósitos:

6           (a) El enfoque terapéutico de “la comunidad como método” de las CT está  
7           dirigido a cambiar los patrones negativos de pensamiento y de conducta a través  
8           de la terapia individual y de grupo, las sesiones de grupos con compañeros, el  
9           aprendizaje basado en la comunidad, las confrontaciones, los juegos y el  
10          desempeño de roles. El propósito es que los confinados participantes miembros  
11          de la CT sirvan como modelos a imitar, reflejando activamente los valores y las  
12          enseñanzas de la comunidad. Las actividades rutinarias requeridas sirven para  
13          contrarrestar las vidas característicamente desordenadas de los residentes y para  
14          enseñarles cómo planificar, fijar, lograr metas, y ser responsables.

15          (b) La participación en la CT está diseñada para ayudar a los confinados a  
16          identificar, expresar y manejar sus sentimientos de manera adecuada y  
17          constructiva. Los conceptos de “vivir productivamente” (aprender ética y  
18          responsabilidad personal y social) y “actuar como si” (comportarse cómo es debido  
19          en vez de cómo lo había estado haciendo) se incorporan a los grupos, reuniones y  
20          seminarios de las CT. El propósito de estas actividades es el aumentar el  
21          conocimiento sobre actitudes o comportamientos específicos y su impacto en la  
22          persona y en el ambiente social.

23          ARTICULO 7 – OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE REHABILITACION DE

1 COMUNIDADES TERAPEUTICAS

2 El Programa de Rehabilitación de las Comunidades Terapéuticas que adopte la  
3 Administración de Corrección tendrá que cumplir con los siguientes objetivos:

- 4 (a)- Abstinencia de drogas;
- 5 (b)- Abstinencia de productos alcohólicos;
- 6 (c)- Cese de actividad delictiva;
- 7 (d)- Obtención y mantenimiento de un empleo;
- 8 (e)- Mejora del nivel educacional;
- 9 (f)- Mejora en las relaciones familiares; y
- 10 (g)- Establecimiento de relaciones con gente no consumidora de drogas.

11 ARTICULO 8.- FILOSOFIA DEL PROGRAMA DE COMUNIDADES

12 TERAPEUTICAS.

13 El programa adoptará los siguientes puntos como su filosofía de educación:

- 14 (a)- Una atención especial a la persona del confinado en su totalidad y todo el  
15 entorno de su vida, incluyendo su familia, redes sociales, trabajo y educación;
- 16 (b)- Una creencia de que cada confinado tiene la responsabilidad de las  
17 elecciones para su vida y obligación para con la familia, la sociedad y con el  
18 trabajo;
- 19 (c)- La creencia de que la gente puede cambiar, es decir, que los confinados  
20 participantes de este Programa de Rehabilitación pueden dejar el consumo de  
21 drogas y luchar por desarrollar su futuro;
- 22 (d)- El confinado participante acepta responsabilidades por sus  
23 comportamientos pasados;

- 1 (e)- Participación activa de la familia que permita la ayuda, pero no la  
2 aceptación de culpa por el comportamiento del confinado participante; y
- 3 (f)- Comunicación entre la familia y el confinado participante , con un énfasis  
4 en una comunicación abierta, especialmente entre aquellos que no han tenido  
5 buena comunicación en el pasado.

6 ARTICULO 9 -FASES DEL PROGRAMA DE REHABILITACION DE LAS  
7 COMUNIDADES TERAPEUTICAS

8 El Programa de Rehabilitación de Intervención Terapéutica constará de las siguientes  
9 tres fases, las cuales serán desarrolladas en estricto orden cronológico y serán designadas  
10 como las fases de *Motivación, Comunidad Terapéutica y Reinserción*. Estas fases tendrán  
11 que ser desarrolladas y establecidas por la Administración de Corrección.

12 ARTICULO 10. - FASE PRIMERA- MOTIVACION

13 (a) DEFINICION

14 La Motivación es una fase de sistema abierto, pero con sus propios criterios  
15 de inclusión y exclusión. La misma es utilizada para casos de adicción severa,  
16 con alta desestructuración personal, familiar y sociolaboral. El tratamiento se  
17 realizará con carácter ambulatorio, pero en caso de confinados sin apoyo  
18 familiar, el residente será ingresado en la Comunidad Terapéutica.

19 (b) OBJETIVOS

20 (1) La meta primordial en esta fase es crear un ambiente de acogida, donde se  
21 identifiquen y atiendan las necesidades de los usuarios. Se caracteriza por la  
22 existencia de un fuerte grupo de referencia y de apoyo emocional con un alto  
23 grado de cohesión. Las conductas permitidas tienen que ser incompatibles con

1 el mantenimiento de la adicción. El clima se distingue por el voluntariado, la  
2 autoayuda, y una escala de valores apoyada en el respeto, la responsabilidad,  
3 la cooperación, la confianza y la necesidad de comunicar y compartir con el  
4 entorno familiar.

5 (2) Los objetivos de esta fase ambulatoria son conseguir del confinado la  
6 abstinencia de las drogas y desarrollar la motivación necesaria para cambiar  
7 hacia una madurez personal. Algunas de las actividades incluidas en esta fase  
8 son grupos de terapia, consultas clínicas, seminarios sobre varios temas, cursos  
9 en áreas de ocupación, terapia de familia y grupos de auto-ayuda.

#### 10 (c) NIVELES

11 La fase de Motivación está dividida en niveles (Orientación, Intermedio y  
12 Precomunidad), los cuales dependen del número de usuarios y de otras  
13 variables funcionales que se establecen en el tratamiento terapéutico. Las  
14 transferencias de un nivel a otro están caracterizadas por determinados  
15 indicadores de la evolución del usuario. Esta fase puede ser abierta o  
16 residencial y en ella se desarrollan actividades terapéuticas, formativas y  
17 seminarios.

### 18 ARTICULO 11- FASE SEGUNDA- LA COMUNIDAD TERAPEUTICA

#### 19 (a) DEFINICION:

20 La Comunidad Terapéutica es el principal fundamento del tratamiento de  
21 rehabilitación. Se constituye en una microsociedad, con normas, leyes propias  
22 y con roles y sectores de trabajo. Es una escuela de comportamiento, un  
23 laboratorio de emociones y una maquina de reestructuración cognitiva.

1 (b) ESTRUCTURA:

2 La Comunidad tiene su propio sistema organizacional estructurado que dirigen  
3 la vida dentro de ésta. La estructura es funcional y está dividida en sectores de  
4 trabajo, en los cuales se reparten las responsabilidades derivadas de la propia  
5 supervivencia. Cada sector tiene sus propios roles, los cuales representan cargos  
6 dentro de la propia comunidad y determinan la función de cada miembro, según  
7 se indica a continuación.

8 (1) Rol de *Trabajador*:

9 El Trabajador es responsable de su propio trabajo individual y del  
10 funcionamiento de su trabajo en equipo.

11 (2) Rol de *Responsable*:

12 El Responsable es el encargado de que los trabajos se hagan de forma  
13 adecuada y de organiza los mismos.

14 (3) Rol de *Coordinador*:

15 El Coordinador es el garantizador último del funcionamiento de su sector y  
16 supervisa la tarea del responsable.

17 (c) ASAMBLEA O ENCUENTRO DE LA MAÑANA:

18 El instrumento más útil para el desarrollo de la vida en la Comunidad es el  
19 Encuentro de la Mañana o Asamblea. Es una reunión de todos los miembros y  
20 se realiza cada día para organizar las diversas actividades de cada jornada de  
21 trabajo. En la Asamblea se exponen los problemas percibidos en el desarrollo  
22 de las tareas. Una de las tareas básicas en las Asambleas es destacar residentes  
23 con comportamientos de convivencia y clima de autoayuda y reforzar el

1 comportamiento de aquellos que favorecen los objetivos implícitos o  
2 explícitos que tiene la vida en Comunidad.

### 3 ARTICULO 12- ACTIVIDADES DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA

4 Las Actividades de la CT estarán dirigidas a la búsqueda del cambio a través del  
5 encuentro y se dividen en las siguientes tres categorías:

6 (1)- Actividades destinadas a la propia supervivencia individual y grupal; las  
7 cuales incluyen la Alimentación, Limpieza y mantenimiento.

8 (2)- Actividades educativo-culturales.

9 (3) Actividades Plenamente Terapéuticas.

### 10 ARTICULO 13- FASE 3 DE REINSERCIÓN SOCIAL

11 (a) DEFINICION:

12 Es la fase final del tratamiento, y puede durar hasta un año. Sus  
13 objetivos son integrar a los usuarios en los entornos sociales y  
14 laborales y ayudarles a que logren autonomía y adquieran la habilidad  
15 de manejar las tensiones y conflictos del día a día sin recaer.

16 (b) MODELOS DE FASE DE REINSERCIÓN:

17 (1) La Reinserción Base se divide en diferentes fases de una duración determinada,  
18 cada una de las cuales se caracteriza por la consecución de objetivos.

19 (a) Fase 1: Creación de una red social consistente: familia, amistades y red  
20 asociativa.

21 (b) Fase 2: Inserción o Reinserción laboral y/o en programas de formación  
22 general o técnica.

23 (c) Fase 3: Mantenimiento de logros y autonomía personal.

1           ARTICULO 14- ORGANIGRAMA DEL FUNCIONAMIENTO DE UNA  
2                                       COMUNIDAD TERAPEUTICA

3           El funcionamiento de la Comunidad Terapéutica consta de la fase interna y  
4 externa.

5           (a) Fase Externa: la fase externa estará dirigida por un Director quién tendrá a  
6 su cargo la supervisión externa de la Comunidad Terapéutica. A estos efectos  
7 nombrá un Presidente o Director Ejecutivo de la Comunidad Terapéutica y a  
8 su equipo de dirección.

9           (b) Fase Interna: la fase interna estará compuesta por el Equipo Terapéutico  
10 integrado por educadores, monitores y por la Asamblea de Residentes.

11           ARTICULO 15- REGLAMENTACION Y PRESUPUESTO

12           La Administración de Corrección deberá aprobar la reglamentación que sea  
13 necesaria para la administración y operación del Programa de Rehabilitación Terapéutica de  
14 las “Comunidades Terapéuticas” en todas las instituciones penales de Puerto Rico para  
15 atender a los confinados y confinadas con problemas de adicción y dependencia a sustancias  
16 controladas, y con otros problemas de conducta. Las Comunidades Terapéuticas deberán estar  
17 listas en cada una de sus instituciones penales dentro de los seis (6) meses de entrar en  
18 vigencia esta Ley. La implantación de este Programa de Rehabilitación se realizará mediante  
19 la partida asignada a los programas de rehabilitación en el vigente Presupuesto Funcional de  
20 Gastos 2008-2009 de la Administración de Corrección.

21           ARTICULO 16- VIGENCIA

22           Esta ley entrará en vigencia inmediatamente después de su aprobación.