

Instituto Deusto de Drogodependencias

# Las comunidades terapéuticas: pasado, presente y futuro

*Avances en drogodependencias*

Edición a cargo de J.A. Abeijón y L. Pantoja



Universidad de Deusto

• • • • •

# Índice

<b>Lista de autores</b> .....	9
<b>Presentación</b> por <i>L. Pantoja</i> .....	11
<b>Introducción</b> por <i>J.A. Abeijón y E. Aróstegui</i> .....	15
<b>Capítulo 1.</b> Pasado, presente y porvenir de las comunidades terapéuticas, por <i>J. Guimón</i> .....	21
<b>Capítulo 2.</b> Historia de la implantación y desarrollo de las comunidades terapéuticas para toxicómanos en España, por <i>D. Comas</i> .....	37
<b>Capítulo 3.</b> La comunidad terapéutica hoy: un lugar de patologías com- partidas (diagnóstico dual), por <i>P.G. Semboloni</i> .....	59
<b>Capítulo 4.</b> La función de la comunidad terapéutica, ayer y hoy, por <i>G. Roldán</i> .....	93
<b>Capítulo 5.</b> El pensamiento sistémico en el trabajo residencial en una comunidad terapéutica, por <i>J.A. Abeijón</i> .....	113
<b>Capítulo 6.</b> Criterios de calidad en la intervención en la comunidad tera- péutica, por <i>J. Martín</i> .....	127
	7

<b>Capítulo 7.</b> Evaluación de la eficacia de los tratamientos en la comunidad terapéutica: la visión de los usuarios y sus familias, por <i>I. Rodríguez</i> . . . . .	157
<b>Capítulo 8.</b> La comunidad terapéutica en los servicios sociosanitarios públicos de atención a drogodependientes: la experiencia andaluza, por <i>R.M. López</i> . . . . .	181

## Capítulo 4

# La función de la comunidad terapéutica, ayer y hoy

*G. Roldán*

### **La función de las comunidades terapéuticas para drogodependientes a través del tiempo**

Han transcurrido más de 20 años desde el inicio de los primeros programas en comunidades terapéuticas asociadas a problemas derivados del abuso de drogas en España y entre 30/40 años en Estados Unidos y otros países europeos. Si a ello le sumamos la extensa experiencia que desde los años cuarenta vienen desarrollando las comunidades terapéuticas para enfermos mentales dentro del marco de la psiquiatría comunitaria nos vamos encontrando con un extenso bagaje de conocimientos y prácticas de esta disciplina terapéutica, ya no tan novedosa y que se ha consolidado e institucionalizado a lo largo del tiempo.

El tema de las comunidades terapéuticas es apasionante. Por algún motivo todos los que escriben sobre ellas tienen algo que decir al respecto y la mayoría de las veces lo han hecho a partir de prejuicios, de apasionamientos viscerales. Hay detractores y amantes pero no hay indiferentes (Goti, 1990). Esta práctica terapéutica debería estar sujeta a una reflexión crítica que evaluara los resultados de sus intervenciones y que sirviera para reconocer los límites de su actuación, previniendo abusos institucionales que han jalonado episodios en la historia de algunas CCTT y han creado suspicacias y desprestigio en las mismas. Un objetivo importante es acercar la comunidad terapéutica al conjunto de profesionales de la salud, de los servicios sociales y de la educación, así como a los propios drogodependientes, ganando en transparencia y calidad.

El movimiento de comunidades terapéuticas, en principio surgió de modo espontáneo, sin planificar por parte de la administración

(Polo, Zelaya, 1983), sobre la base de la iniciativa privada y acorde con la introducción y expansión del consumo de heroína entre la población a partir de los años setenta en España. A medida que han transcurrido los años la situación se ha ido haciendo más compleja, pasando por diferentes etapas (Tablas 1 y 2):

#### *1977/1984: Fase Mítica*

No existe una experiencia previa en el tratamiento de los drogodependientes y los programas libres de droga surgen como única alternativa al consumo de drogas. Las CCTT nacen de grupos diferenciados; desde profesionales vinculados a la salud, en el marco de asociaciones de familiares recién creadas para dar respuesta a un problema nuevo hasta iniciativas de grupos religiosos, o por trasladarse a nuestro país experiencias con ex-adictos llevadas adelante en otros países. En España (Comas, 1988) no se llegó a plantear realmente la Psiquiatría Social (es decir Comunidad Terapéutica, sectorización, terapia ambiental y ocupacional), hasta la década de los ochenta, quizá porque la institución política democratizada con mayor retraso fueron las diputaciones provinciales de las que dependían la mayoría de «manicomios». Fue justamente esta falta de participación democrática la que posibilitó que hasta 1980 se desarrollase un activo movimiento anti-institucional en el Área de la Salud Mental y que fuera una reacción contra el modelo de la «beneficencia» un posible modelo asistencial alternativo. El hecho de que el término Comunidad Terapéutica no fuera utilizado en España ejemplifica la situación.

#### *1985/1992: Fase «Guerra a las Drogas»*

Las administraciones han ido estructurando recursos de atención ambulatorios, hospitalarios y residenciales hasta ir completando un amplio panorama asistencial. Se incorporan los programas de mantenimiento con metadona y de reducción de riesgos. Las CCTT permanecen más o menos al margen como «recurso total». Incluso las distintas redes de CCTT divergen en sus postulados con gran competencia entre ellas.

#### *1993/1998: Fase de Normalización*

Coincide con el gran desarrollo de los programas de reducción de riesgos y mantenimiento con metadona. Los programas libres de droga pierden protagonismo y con ellos las CCTT. Surge una importante

**Tabla 1**  
Las Comunidades terapéuticas para drogodependientes a través del tiempo

	Marco Social	Consideración del toxicómano y las drogas	Papel de las CCTT
<b>1977-1984</b> <b>«Mítica»</b>	<p>—Confluye un momento social y político de tránsito, dictadura-democracia.</p> <p>—Momento anti-institucional en el área de Salud Mental como reacción al modelo de beneficencia, sin un posible modelo asistencial alternativo.</p>	<p>—Aparece y va aumentando progresivamente el consumo de drogas ilegales (heroína, cocaína y otras drogas).</p> <p>—Referencia de los toxicómanos anti-institucional. El síntoma toxicomanía como «discutidor social».</p>	<p>—Se inician las primeras experiencias de Comunidades terapéuticas para drogodependientes.</p> <p>—Las CCTT se plantean como recursos idílicos, mágicos. Los tratamientos se plantean como sustitutivo a la droga «prueba de esto y verás como merece la pena vivir».</p>
<b>1985-1992</b> <b>«Guerra a las drogas»</b>	<p>—Gran alarma social ante las drogas.</p> <p>—Aparece el SIDA, con gran incidencia en la población drogodependiente por vía endovenosa.</p> <p>—Recrudescimiento de las medidas judiciales ante el aumento de delitos asociados a drogas.</p>	<p>—Se crea el P.N.S.D. (Plan Nacional sobre Drogas) en 1985.</p> <p>—Se desarrolla un amplio abanico asistencial para los drogodependientes (centros de día, CCTT públicas, ambulatorios...).</p> <p>—Miedo al contagio (que los hijos sean adictos); y al SIDA (muerte). Hay que ser más enérgico con la droga.</p>	<p>—Gran desarrollo de las CCTT: 120 en 1990.</p> <p>—Necesidad de homologar y acreditar los centros (juicios a tratamientos acusados de perniciosos y sectarios). Necesidad de un modelo más científico y contrastado.</p> <p>—Concepto de red y cadena terapéutica.</p> <p>—Primer Congreso de CCTT profesionales 1986.</p> <p>—Sistema Standard de Evaluación (A.P.C.T.T).</p>
<b>1993-1998</b> <b>«Normalización»</b>	<p>—Incidencia de la crisis económica y político-social.</p> <p>—La droga pierde protagonismo, crea menos alarma.</p> <p>—Hay un reconocimiento de una situación social como es el hecho de tomar drogas ilegales. Se integra el drogodependiente en un sistema de salud y se trata de normalizar la toma de sustancia.</p>	<p>—Estabilización en el número de drogodependientes en tratamiento.</p> <p>—Cambio de hábitos en el consumo (inhalar-esnifar, en vez de inyectarse).</p> <p>—Se estabiliza el número de programas de tratamiento, excepto los de Metadona que aumentan considerablemente y de reducción de riesgos (cárceles, jeringuillas...).</p>	<p>—Hay menos demanda de pacientes para CT.</p> <p>—Disminuye el número de CCTT ligeramente.</p> <p>—Necesidad de plantearse nuevos objetivos reestructurando los programas.</p> <p>—Reconocimiento de una realidad compleja y menor omnipotencia de las CCTT: se amplía el concepto de curación.</p>

**Tabla 2**  
Las Comunidades terapéuticas para drogodependientes  
a través del tiempo

	Marco Social	Consideración del toxicómano y las drogas	Papel de las CCTT
1998-...	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Reconocimiento de los derechos de los usuarios de drogas y de los enfermos drogodependientes.</li> <li>—Medicalización del campo de las drogodependencias.</li> <li>—Estabilización de los programas de Metadona. Se experimenta con heroína.</li> <li>—Disminuye el interés social por los «drogadictos».</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Desarrollo de las drogas de síntesis: pastillas, más limpias, más baratas, menos visibles y a la carta.</li> <li>—Va desplazándose el heroinómano por otros consumidores, sobre todo las personas que van incorporándose al mundo de la droga.</li> <li>—Aumento considerable de las personas admitidas a tratamiento por cocaína sobre todo en los pacientes sin tratamiento previo.</li> <li>—Aparecen pacientes más normalizados que estudian, trabajan y consumen. Nuevas demandas. Por otro lado un grupo de pacientes crónicos con más de 15 años de consumo.</li> <li>—Segunda generación de toxicómanos, incluso en los tratamientos, hijos de consumidores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>—Crisis de las CCTT. Entre 1996-2000, apenas existen encuentros entre profesionales. No afecta por igual a todos y tiene un gran impacto en sistemas amplios que se fraccionan. Supervivencia.</li> <li>—Desarrollo de nuevas alternativas y programas: para adolescentes, cocaína, patología dual, incorporación de los hijos...</li> <li>—Incorporación de pacientes con metadona en las CCTT.</li> <li>—A partir del 2000 se observan indicios de mejoría en el sector.</li> <li>—Pobre opinión de las CCTT en el sector sanitario.</li> </ul>

crisis en el sector de las CCTT que no afecta por igual a todas ellas. Reciben mayor impacto los programas más rígidos y menos profesionalizados. Se produce en estos años una rápida transformación de las CCTT; flexibilizando los programas y ampliando la oferta de servicios más allá de los programas libres de drogas, en parte como consecuencia de la reducción en el número de demandas de los pacientes.

1998/...

En los últimos tiempos hay una mayor confluencia entre las diferentes prácticas de CCTT que han sobrevivido a todos estos cambios y

que puede permitir reflexionar sobre la experiencia y aprender unas de las otras. Es un fenómeno que no sólo se ha dado en España. En todo este recorrido histórico, las comunidades terapéuticas para drogodependientes en Europa seguían diferentes caminos en su origen, pero «actualmente la mayor parte de los terapeutas con experiencia muestran frente a cada caso una actitud terapéutica similar, independientemente de sus referencias teóricas» (Charles-Nicolas, 1992).

Durante todos estos años han sido muchos los factores que han incidido de forma relevante en estos cambios. Entre otros, la aparición del SIDA, los vaivenes en la representación social del drogodependiente hacia un modelo más normalizado, la aparición y extensión del consumo de nuevas drogas y la creación de un amplio panorama asistencial que ha convertido la atención a la drogodependencia en un importante sector económico y profesional.

Queda ya lejos el tiempo en el que los programas libres de drogas eran la única alternativa a la drogodependencia y las CCTT su adalid y protagonista. Este período tuvo unas consecuencias de revanchismo de otros colectivos profesionales (preferentemente de la salud), que se vieron relegados y excluidos y que posteriormente ha afectado, en nuestro país, al movimiento de CCTT.

Estamos actualmente en un momento en el que el colectivo de drogodependientes heroínómanos está perdiendo fuerza en el número de demandas asistenciales frente a los usuarios de cocaína, alcohol, pastillas y hachish, y en los programas de metadona, después de unos años de extensión y gran influencia; se comienzan a manifestar las limitaciones.

El perfil de los usuarios de drogas ha cambiado a lo largo de estos años. A muchos de ellos le son ajenos los programas de reducción de riesgos o metadona (no consumen heroína), y miran a las CCTT como a dinosaurios de otras épocas, con poco atractivo para acudir con sus problemas de dependencia «yo no estoy tan mal como para ir a una CT».

Probablemente se ha dado un giro en la percepción de las toxicomanías asociadas a las drogas ilegales, un proceso de normalización en la apreciación de los síntomas (lo mismo que ya ocurre con el alcohol y tabaco), no por ello menos grave en sus consecuencias, pero que se refiere a ámbitos de la estructura psíquica del sujeto y no tanto al comportamiento o al aspecto, que son las pautas que sabe reconocer la persona del entorno del drogodependiente, incluso los propios profesionales. Por ejemplo, si la persona delinque o está deteriorada físicamente es un síntoma fácil de percibir y que crea alarma social, muy propia de los consumidores de heroína, no tanto las fases de apatía o sobreexcitación de un usuario de cocaína.



El síntoma anti-institucional o marginal pierde protagonismo frente a consumidores normalizados de drogas más convencionales (hachís, alcohol), o percibidas socialmente como de menor riesgo (cocaína, pastillas). Sin embargo, hay áreas referidas a las relaciones interpersonales que se van empobreciendo, dificultando el desarrollo emocional en personas jóvenes y no tan jóvenes, ocultando el sufrimiento y la alienación detrás de la dependencia a estas otras sustancias. Se detecta un aumento de las enfermedades mentales que va consolidándose más allá de la droga.

Algunos de los cambios que comporta este nuevo usuario más «normalizado» tienen que ver con la demanda que realiza este cliente/paciente a los servicios de CCTT:

1. Períodos cortos de internamiento (no más de 2 meses) que le permitan dejar de consumir por un tiempo sin interrumpir su ritmo de vida (estudios, trabajo).
2. Que el centro no sea estigmatizante. Si el pasar por una CCTT imprimía un modo de ver la vida propia, ahora la demanda es: «Yo sólo quiero dejar de consumir, no que me cambien». Además son muy importantes los derechos como cliente; la privacidad y la confidencialidad.
3. Que el tratamiento sea adecuado a su problemática. «Si vengo a esta CT, que no me vaya a poner peor». Estas personas no ven como modelo a pacientes marginales o con trastornos mentales graves y se identifican menos con el colectivo de pacientes heroinómanos.

Las nuevas demandas exigen la articulación de la CT con otros recursos desde la complementariedad y el trabajo coordinado en un mismo tiempo (no sólo por fases, antes y después de la residencial). Por ejemplo, contemplar que un paciente ingresado en una CT pueda realizar una psicoterapia individual fuera del centro, que acuda al psiquiatra de la zona que le corresponda para que la prescriba y controle el tratamiento farmacológico que necesite y contemplar también la ayuda social o formación con los servicios sociales de su ayuntamiento para los casos que así lo requieran.

La CT se convierte en un recurso abierto que posibilita atender las necesidades de su cliente; por ejemplo, si está estudiando que pueda ir a clase o si tiene hijos visitar a su familia regularmente, sin períodos de incomunicación; todo ello complementándolo con un tratamiento individualizado dentro de un marco socio-terapéutico y educativo de 24 horas que permita a la persona contenerse con relación al consumo de drogas, recibiendo el apoyo afectivo para replantearse su dependencia y los problemas que subyacen a ella y sus posibles consecuencias.

## **Lo esencial en la comunidad terapéutica**

Thomas Main, el primero que utilizó el término Comunidad Terapéutica, define en 1946 el concepto de CT: «Debe ser una comunidad con el propósito inmediato de crear la máxima participación en la vida diaria de la institución. Su fin último es la socialización del individuo neurótico en la subsociedad hospitalaria», para concluir en 1983 que el término Comunidad Terapéutica ha llegado a ser utilizado de manera tan diversa que hoy en día no tiene sentido. La marca distintiva no es una forma particular de estructura social sino una cultura de interrogación (Main, 1983).

El término Comunidad Terapéutica es uno de los más usados y peor entendidos; agrupa bajo esta denominación infinidad de prácticas que pueden ir desde unidades hospitalarias a grupos sectarios. Es difícil por tanto contextualizar su función.

Algunos aspectos reseñables que la caracterizan son:

- Es un tratamiento grupal con base en la autoayuda. Propone la necesidad del apoyo de los semejantes para cambiar; «sólo tú puedes hacer, pero no puedes hacerlo solo». Se da gran importancia a las relaciones interpersonales.
- Según Maxwell Jones (1968), al paciente se le concede un rol importante y activo en el proceso terapéutico, corresponsabilidad en su propio tratamiento y en la vida diaria de la institución. Para ello, se espera del paciente que se comprometa no sólo en ayudarse a sí mismo, sino en ayudar al tratamiento de los demás. Cada uno va tomando responsabilidades y participando activamente en las actividades de la Comunidad Terapéutica; algo que irá aprendiéndose a través de la cultura, la manera de interrelacionarse en la estructura.
- Aprendizaje social mediante la interacción social, que proporciona a las personas un mayor sentimiento de auto-estima, como resultado de la asunción de sus responsabilidades. Lo importante para los residentes es aprender a enfrentarse a las limitaciones (Kooyman, 1975).  
Todas las actividades de una CT (ocio, trabajo, terapias, etc.) son para el individuo un medio para aprender quién es/quién no es... O como dice Jones (1985), «una lección importante que se aprende en una CT es la diferencia entre lo que una persona dice y lo que hace. Es mi conducta la que determina lo que soy».
- La CT es un recurso intensivo de hasta 24 horas pero transitorio. Es un lugar para la experimentación, la exploración de es-

pacios de relación con otras personas, el establecimiento de vínculos, la expresión de sentimientos y el espacio emergente de conflictos como elemento de cotidianidad.

Es el propio grupo, la dinámica y estructuración del mismo, así como el acompañamiento del equipo, los que procuran el ámbito idóneo para alcanzar los objetivos planteados a corto, medio y largo plazo. La comunidad terapéutica se estructura para poder dar respuesta a los vínculos familiares que van a aparecer en las relaciones con los otros y con el equipo terapéutico (Roldán, 1994). Es éste quien va a instrumentalizar los roles que deberán jugar los miembros del equipo, y las situaciones transferenciales y contratransferenciales serán su elemento de trabajo más rico. Para ello se dotará de diversos encuadres terapéuticos y educativos: terapias familiares, multifamiliares, individuales y de grupo, ocupacionales, socioculturales y socioterapéuticas.

Las CCTT de Salud Mental inglesas hacen hincapié en «*a culture of enquiry*» (Kennard & Lees, 2001). Todo lo que ocurre en una CT está sometido al interrogante, al cuestionamiento, a la indagación, a la pregunta. Esto atañe tanto a los pacientes como al equipo, sirve para aprender de las experiencias y forma parte del proceso terapéutico.

El objetivo es el cambio, la posibilidad de que la persona se interroge, adquiera y desarrolle unas capacidades en la relación con los otros menos dolorosas para su psiquismo y menos conflictivas con su entorno. La posibilidad de ensayar nuevas respuestas en su repertorio interpersonal, dentro de un grupo, que pueda confrontarle en esta dura experiencia de tránsito con la ayuda y conocimientos de los pares y el equipo profesional.

- El fin último es la capacitación del individuo para vivir en sociedad desarrollando el potencial terapéutico del paciente, sus familiares y el entorno social. No olvidemos que, por un lado, las comunidades terapéuticas surgen como reacción al modelo hospitalario que institucionalizaba y cronificaba a los pacientes mentales y por otro, como alternativa a los tratamientos convencionales con los drogodependientes.

La comunidad terapéutica es en cada momento de su existencia la concreción de muchas horas de pensar, reflexionar, investigar, capacitar, experimentar, crear (Goti, 1990), pero con la marca distintiva y única de que todo esto transcurre en un clima de alta tensión afectiva. Ninguna teoría simple, social, psicológica o médica, guía o explica las actividades técnicas terapéuticas o la rutina diaria de una CT

(De León y Bescher, 1976); utilizan principios de la moderna psicología como son los elementos estructurales, la organización de colectividades de los grupos y las influencias interpersonales y centros de cuidados diarios.

### **La Comunidad Terapéutica: una necesidad de cambio permanente/continuo**

Cualquier persona o sistema que pretenda ayudar a las personas a cambiar debe estar dispuesta al cambio. Esto es algo que en la teoría se suscribe con rapidez, pero que en la práctica es más difícil.

A veces, el autor percibe a las CCTT como elefantes con una gran memoria histórica de conocimientos, pero con unas pesadas patas para moverse y con dificultades para abrirse paso ante las nuevas condiciones que van surgiendo en el contexto de las drogodependencias.

El proceso de institucionalización de aquellos equipos dinámicos que iniciaron las CCTT hace 20 años ha permitido el logro de muchos aspectos positivos, como una mayor profesionalización de las intervenciones, un amplio repertorio de experiencias, mayores recursos y una consolidación de las estructuras, pero por el contrario ha traído consigo una solidificación de la metodología de trabajo, el envejecimiento de los equipos y una burocratización de las tareas que impide en muchos casos, continuar con el proceso de cambio continuo; «dejar posiciones ya conocidas por otras más inciertas que suponen más riesgo».

Así, los grupos se ven entre la disyuntiva de tener que cambiar para adaptarse a los nuevos tiempos y ofrecer tratamientos adecuados a las nuevas necesidades de sus clientes, y el desconcierto y el miedo para realizar tareas nuevas que no se dominan. Esto es más patente en tanto en cuanto menos profesionalizados son los equipos y menor formación poseen. No se debe olvidar que muchos postulados de las CCTT se han erigido desde posiciones idealistas, con fuerte contenido normativo que en algunos casos no resisten la prueba de los años y la experiencia. Aquello que fue útil y necesario hace 20 años deja de tener utilidad en la actualidad y necesita ser cambiado y refrendado por los nuevos conocimientos adquiridos en el ámbito de las drogodependencias.

En la práctica, las CCTT han tenido que adecuarse a estas nuevas demandas, muchas veces aceptando pacientes para los que no estaban preparadas; lo que ha supuesto un fuerte stress para los equipos de trabajo que se han visto desbordados ante diversas situaciones (por ejemplo, pacientes con graves patologías psiquiátricas), pero por otro lado se veían abocados a atender por la disminución de la de-

manda y la derivación específica de tales sujetos desde los servicios de salud correspondientes.

Es importante el reconocimiento de los límites de la comunidad terapéutica para cada momento histórico, pudiendo definir lo que se puede hacer y lo que no. En caso contrario, se produce una mayor confusión entre la oferta de servicios que la CT realiza (acuciada muchas veces por necesidades económicas de supervivencia) y la inadecuación de los medios y recursos de los que dispone.

En los últimos años ha habido una proliferación de los servicios ofertados por las CCTT que van mucho más allá de los programas libres de drogas, ampliando la oferta a otras dependencias; en algunos de estos casos sin el acompañamiento formativo de los miembros que componen el equipo ni el aumento de los medios técnicos y humanos necesarios para realizarlo adecuadamente; más como una búsqueda de un espacio social ante las nuevas demandas. La CT tiene mucho que ofrecer dentro del panorama asistencial actual en el tratamiento de los drogodependientes más allá del síntoma, pero para ello debe reconocer lo que sabe hacer bien, limitando las intervenciones de cada centro.

### **El equipo de trabajo es la herramienta principal de una CT**

La Comunidad Terapéutica es un dispositivo de amplia exposición emocional. Exige del trabajador que participe activamente en la convivencia con el grupo las 24 horas. Aspectos cotidianos como comer, pasear, relacionarse, participar en grupos y asambleas, se realizan con los pacientes. Lo que ocurre en una CT tiene como objetivo el «aprendizaje social» y tiene que estar abierto a las críticas no sólo de otros miembros del equipo sino de los residentes (Ottenberg, 1991). Esto, unido a las características de los pacientes, determina que la CT sea un lugar de alto stress donde «siempre están apareciendo conflictos y parte de la filosofía es abordarlos directamente».

Según el Modelo de Maxwell Jones (1968; 1985), al paciente se le asigna un rol importante como parte activa en el proceso terapéutico, en un contexto donde debe haber una distribución clara y precisa de las funciones y las responsabilidades, tanto de los pacientes como del equipo.

Una de las principales causas del cambio en el comportamiento de las personas dentro de una CT es la implicación emotiva de otras personas, especialmente del equipo. Lo quieran o no, los miembros del equipo se convierten en figuras de «padres» de la nueva familia del residente (Kooyman, 1993), por lo que un miembro del equipo

puede desempeñar el papel de padre o de madre en una CT. Tienen que ser conscientes de dicho fenómeno de transferencia. Lo que, sin embargo, no quiere decir que tengan que ocultar sus reacciones emotivas. Cuando éstas se expresan los residentes lo suelen interpretar como el interés que tanta falta le hace.

La estrecha convivencia en la tarea terapéutica con seres humanos que sufren y viven graves dificultades hace que las relaciones interpersonales se profundicen y adquieran, por momentos, niveles emocionales intensos. Las expectativas que estos intercambios pueden generar se trasforman a veces en profundas frustraciones que incrementan reclamos afectivos y resentimientos de todo tipo que vienen necesariamente cargados de componentes transferenciales y contratransferenciales (García Badaracco, 1990).

La convivencia grupal dentro de la Comunidad Terapéutica reaviva los fantasmas internalizados de todos sus participantes —abandono, competencia, rivalidad, envidia, poder, agresión, culpa, por citar algunos— y en ocasiones se dan situaciones de abuso de poder o maltrato del equipo (o algunos de sus miembros) frente a los residentes, en parte como respuesta a los sentimientos de inseguridad. Tales sentimientos, en gran medida, pueden superarse mediante un largo proceso de formación continuado y de supervisión (Roldán, 2001).

El trabajo en equipo con roles diferenciados, incluyendo profesionales de diversas disciplinas y en algunos casos también de ex-adictos, es complejo y difícil. Exige una alta motivación y exige disponer de un soporte que «ayude y cuide de los cuidadores».

Por desgracia, un fenómeno común al equipo de la CT y otras instituciones de ayuda es el síndrome de agotamiento o quemado (Major, 1986). Se caracteriza por un desgaste de la persona o por un agotamiento causado por la excesiva demanda de energías, de fortaleza o de recursos. Aparecen señales como el sentimiento de fatiga, molestias físicas, dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales, falta de sueño o dificultad en dormir, pérdida de peso y respiración cortada (Freudinberger, 80). El proceso de una persona quemada sufre un cambio. Se irrita con facilidad y se va volviendo paranoica; toma muchos riesgos o se vuelve rígido como resultado del desgaste. Para una persona exhausta, el cambio resulta amenazador. Otros indicios de este fenómeno son el desarrollo de una actitud cínica, vagar por todas partes, gastar más tiempo y hacer menos trabajo.

En cuanto a la estructura, se observa un aumento de las horas dedicadas a la reunión del personal y, con ello, la disminución del tiempo de contacto con pacientes (Kenberg, 1986), que es un factor terapéutico de primer orden. También se burocratizan las tareas y el proceso

de atención. El trabajo de la comunidad terapéutica obliga al equipo a una continua situación de trabajo en contacto con emergentes grupales conflictivos. Las situaciones de crisis son un desgaste fuerte para los trabajadores que a larga deriva en una automatización de la estructura de relación paciente/equipo terapéutico y educativo que obliga a continuas revisiones.

La Comunidad Terapéutica fue prevista, y continúa siéndolo, como un sistema de cambio continuo donde siempre es deseable la innovación y donde existe el peligro del «anclaje» del modelo por el cansancio del personal, así como por la necesidad de cumplir infinidad de respuestas dentro de un sistema amplio (Roldán, 1992). La respuesta a la demanda de los drogodependientes como problemática multicausal de factores físicos, psicológicos y sociales, debe darse desde un equipo multidisciplinar con roles muy definidos, preparación técnica suficiente y amplia autonomía administrativa que permita realizar los cambios adaptativos oportunos en cada momento. Además, es necesaria una supervisión a los miembros del equipo que ayude a rescatarlos de una forma de sufrimiento humano, que en la medida que no encuentre alivio, impregna de decepción y pesimismo a las instituciones desencadenando mecanismos defensivos intensos en pacientes, familiares y equipo que contribuye a aumentar la enfermedad.

### **Indicaciones para el tratamiento en comunidad terapéutica**

Al inicio de las CCTT, las contraindicaciones para poder ingresar en un centro eran amplias; no tener asuntos judiciales pendientes, no tener enfermedades infecto-contagiosas o problemas psiquiátricos. Con el tiempo el umbral de limitaciones se ha ido reduciendo, en cuanto a los requisitos generales. Actualmente podemos decir que el ingreso se refiere más al deseo del drogodependiente de ingresar en una CT, en ocasiones sin que los equipos reconozcan las dificultades para atender algunos casos.

Como todo tratamiento grupal, es de especial interés la selección de los miembros, para que se dé un proceso de autoayuda. Por ejemplo, puede ser conveniente, en un determinado momento, el ingreso de personas con determinadas estructuras de personalidad porque el grupo va a poder contener y atender. Quizás en otro momento el ingreso de esa misma persona, dada la composición del grupo o la situación que esté atravesando el equipo, no sea conveniente al no poder ser atendida adecuadamente. Hay veces en que el ingreso de un número inadecuado de pacientes con una personalidad antisocial

provoca que la institución se convierta en una «pseudocárcel», y forzar al equipo a comportarse más como «carceleros» que como terapeutas o educadores.

La CT es un proceso dinámico (Roldán, 1999), vivo, donde debe seguirse con atención al proceso del grupo de residentes y del propio equipo para poder atender a las diferentes personas, que aunque presenten un síntoma común, la drogodependencia, subyacen aspectos de personalidad graves y de difícil manejo que en ocasiones los hacen compatibles o no para el proceso grupal. Existen estudios de evaluación y seguimiento de CCTT que miden la incidencia de los programas con relación a la abstinencia del consumo de drogas, las conductas delictivas, o la integración socio-familiar y laboral de los pacientes atendidos en una CT, comparados con otros recursos (McLellan y otros, 1986). Sin embargo se dispone de pocos estudios que puedan decir para qué estructuras de personalidad es más adecuado ingresar en una CT y qué patologías obtienen mejores resultados.

Para algunos profesionales de la red asistencial, la CT sería un último recurso para pacientes que han participado de otros tratamientos ambulatorios y no han tenido éxito. Coincide con una visión general que considera a las CCTT como centros cerrados y rígidos cuyo fin es controlar a las personas que no pueden funcionar en un medio abierto. En opinión del autor esto es un error, pues también son poco eficaces los tratamientos para estos pacientes y, sin embargo, podrían beneficiarse de ellos aquellas personas que necesiten de contención y apoyo y que no lo obtienen en su medio, lo que les permitiría plantearse su dependencia sin tener que realizar un circuito que acrecentara el deterioro y la desesperanza del sujeto. Cuanto antes se intervenga con los medios que para cada persona se considere más adecuado con relación a su demanda y sus necesidades, más probabilidades de éxito se obtendrá (sea el tratamiento ambulatorio o residencial; reducción de riesgos o libre de drogas).

Otro aspecto destacable es el hecho de que las comunidades terapéuticas impongan unas condiciones exigentes para el ingreso, lo cual limita el acceso a los drogodependientes más deteriorados o graves al no poder cumplirlas. Jongsma y Van der Velde (1985) demostraron que el llamado alto umbral de las comunidades terapéuticas es un mito. Comprobaron que existe el mismo tipo de drogodependientes en tratamiento dentro de la CT que en los programas de bajo umbral, que imponen pocas o ninguna exigencia a los clientes para su admisión.

Una de las razones más fuertes para el ingreso en una CT es la presión que recibe el adicto para realizar un programa. Bien sea por razones de deterioro del estado físico, requerimientos judiciales o difi-



cultades en el trabajo o, en la mayoría de casos, por presión de su entorno familiar. La conciencia de abandonar la droga sólo aparece después de varios meses en tratamiento. Hay un trabajo sobre la demanda; uno no va al médico a decirle qué es lo que necesita y, en pocos casos, exigiendo el ingreso en un Hospital (qué es la imagen de tratamiento agresivo e intensivo de las CCTT), sino que es el trabajo del profesional el que determina en la negociación con el paciente el tratamiento más conveniente, adecuándolo al esfuerzo que pueda realizar con relación al problema que éste presenta.

En primer lugar se necesita una aproximación diagnóstica operativa que determine la estructura psíquica del sujeto, las características de su sintomatología y a partir de ello se trata de realizar unas orientaciones precisas que permitan realizar una derivación al tratamiento más adecuado; de comunidad terapéutica o de cualquier otro servicio.

Una característica de los drogodependientes es que son pacientes difíciles, sobre todo en los primeros encuentros. Suelen reconocer pocos problemas más allá de la droga, desconfiando de la relación con el profesional. Son poco colaboradores, lo cual hace difícil la realización de un diagnóstico preciso. Hablaremos, pues, de una primera aproximación diagnóstica que se irá completando más adelante, incluso meses después de iniciado el tratamiento van apareciendo situaciones que permiten perfilar el diagnóstico y ajustar el tratamiento de cada persona.

Después de la experiencia del autor en la Comunidad Terapéutica Haize-Gain (Guipúzcoa), entiendo el trabajo en la institución como un recurso para poder trabajar con una primera demanda del paciente; por ejemplo, cuando éste plantea: «quiero estar un tiempo sin consumir drogas», donde la persona pueda conectar con sus deseos, necesidades y limitaciones dentro de un contexto grupal pero atendiendo su individualidad. Esta base permite el trabajo con el equipo terapéutico y orienta el tratamiento y el seguimiento futuro complementándolo con otros servicios de atención. La persona en términos generales, tiene más conciencia de qué quiere y cómo lo quiere, un importante paso para cuidarse y poder elegir lo que desea hacer con su vida. El tratamiento, para muchos de los pacientes que presentan problemas graves, no empieza ni termina en la Comunidad Terapéutica y el alta no es una afirmación de que alguien está en condiciones de arreglárselas sólo, sino que intenta lograr que el paciente se sienta capaz de arreglárselas acompañado (O'Donnel, 1974).

Entre las personas que demandan tratamiento en comunidad terapéutica encontramos heroinómanos cronificados, toxicómanos normalizados, drogodependientes jóvenes o consumidores de cocaína, por citar algunos grupos, pero con objetivos y demandas diferentes (tabla 3).

**Tabla 3**  
Grupos de drogodependientes susceptibles de tratamiento en comunidad terapéutica

Toxicómanos «cronificados»	Jóvenes socialmente conflictivos	Drogodependientes jóvenes	Toxicómanos «normalizados»	Consumidores de cocaína y otras drogas
Entre 35-50 años. Más de 15 años de consumo (droga principal heroína que se mezcla con psicofármacos, cocaína, hachís y alcohol). Han pasado por diferentes modalidades de atención (metadona, ambulatorio, CC.TT.). Aislamiento social y marginación en muchos casos. Aumentan los transeúntes y desplazados. Poco contacto con la familia de origen (padre, hermanas...). Una cuarta parte tienen hijos.	Entre 16-35 años. Politoxicómanos. Consumo habitual y compulsivo de diversas drogas. Multiproblemáticos.	Entre 18-30 años. Consumo de hachís, anfetaminas, speed, drogas de síntesis, cocaína y psicofármacos. El consumo se realiza los fines de semana de modo habitual e intenso y en algunos casos la extensión se hace al resto de la semana.  Con frecuencia la demanda aparece como consecuencia de una desestructuración psicológica (ideas delirantes, depresión, intentos de suicidio...); por un internamiento psiquiátrico (descompensaciones psicóticas, agresiones...) o un ingreso en una unidad de urgencia, lo cual crea una gran alarma en la familia. Estudian o trabajan. Viven con la familia.	30-60 años. Personas que llevan muchos años de consumo habitual de drogas, con períodos de mayor intensidad y otros con consumo moderado. Alcohol, hachís, cocaína, heroína en menor medida.  El consumo ha permanecido más o menos oculto para el entorno familiar o social. Están reinsertados laboralmente y familiarmente. Manifiestan un empobrecimiento en su vida personal y social.	Entre 30-50 años. Consumo de alcohol, cocaína, speed. Las drogas se incorporan a sus vidas para trabajar, estimularse o ir de fiesta los fines de semana, en personas «aparentemente normales».
Deterioro físico y psíquico importante. Fuerte sufrimiento y desesperanza. Consumidores crónicos de tratamientos. Objetivo cuidarse. Pueden combinar metadona con C.T.	Trastornos graves de personalidad. Fuerte sentimiento de rabia y agresividad.  Demandan C.T como alternativa a la cárcel o al H. psiquiátrico. ¿y después qué? Coordinar con recursos sociales y sanitarios.	Poco atractivo para ellos las Comunidades Terapéuticas. Demandan ingresos que no irrumpen su vida diaria. Combinan CT y tratamiento farmacológico.	Cuando se indaga aparece una fuerte depresión y angustia.  Hay una demanda de cambio pero no saben dónde ir. Complementar Psicoterapia individual a largo plazo con C.T.	Demandan parar un tiempo con la droga para luego seguir. Sin conciencia de enfermedad.  La demanda que realizan es períodos cortos de tratamiento. Modelo ingreso clínica privada.

No todos los drogodependientes requieren el mismo tratamiento ni encajan en un tipo de programa de CT. De hecho, el tratamiento es, en principio, el mismo para todos los residentes lo que en sí mismo limita las posibilidades terapéuticas.

La pregunta gira en torno a cómo atender y combinar una serie de menús (Roldán, 2001) que puedan incluir desde programas de corta duración para consumidores de cocaína integrados socialmente; jóvenes estudiantes consumidores de pastillas, alcohol y cocaína los fines de semana, personas con problemas de conducta y heroinómanos con muchos años de consumo, con gran deterioro personal, trastornos graves de personalidad o problemas psiquiátricos. Para solventarlo se han construido CC.TT. para pacientes con problemas específicos: patología dual, alcohólicos, madres con hijos, jóvenes, cocainómanos... que permiten la adecuación de cada paciente a un tratamiento. En la práctica, la realidad es más compleja y es difícil compartimentar los aspectos de atención de los individuos y, a la vez, tener la suficiente demanda.

La adaptación pasa por comunidades terapéuticas abiertas, menos rígidas; espacios transaccionales, permeables al diálogo y la transformación que puedan adaptarse a las necesidades de pacientes con estructuras de personalidad muy diversa y demandas diferenciadas.

Cada paciente necesita de un tratamiento individualizado con un tiempo propio en relación a sus problemas y la demanda que realiza. El tratamiento no comienza ni acaba en la propia Comunidad Terapéutica, es un proceso que puede continuar articulando su intervención con otros recursos que complementen las intervenciones y que permitan, a través de los años, atender las problemáticas tan complejas y graves de muchos de sus usuarios, que van a necesitar mucho tiempo de atención y muchos recursos.

La atención fraccionada y/o sectorial de los problemas que configuran la problemática del sujeto (los de dependencia, de salud, judiciales o la integración sociolaboral), sin resolver el problema de base, cronifica su situación y la lleva a la búsqueda de alternativas (otros dispositivos, sectas, interiorización traumática) desde las que, en el futuro, reproducirá permanentemente demandas asistenciales (Comas, Roldán, García, 1996).

Un objetivo de todo tratamiento es infundir esperanza. Una crítica que se ha realizado a las CCTT es que no recogen el tema de las recaídas o los abandonos de los tratamientos. En ocasiones, las CCTT han funcionado con el «todo o nada», con objetivos maximalistas en relación a la recuperación de sus clientes sin entender que un alto porcentaje de éstos no termina el tratamiento, aumentando el sentimiento de «fracaso» y disminuyendo el sentimiento de autoestima

que es uno de los principales objetivos. Debería tenerse en cuenta y reconocer el esfuerzo que supone el ingreso en una comunidad terapéutica y ayudarle a buscar alternativas asistenciales cuando desee abandonar o cuando no sea posible alcanzar los objetivos terapéuticos planteados.

## **Reflexiones para el debate**

—Las comunidades terapéuticas han ocupado un espacio importante en el tratamiento a los drogodependientes en los años setenta y ochenta en España y en Europa. En los años noventa aparece la «crisis», en parte como consecuencia de las nuevas políticas asistenciales y la implementación de los «programas de reducción de riesgo», que entran en pugna con los «programas libres de drogas», y por otra debido a la rigidez de sus postulados asistenciales.

—La crisis de los noventa ha permitido reorganizar los programas y sus contenidos, lo cual ha despejado y clarificado el panorama dentro de las diferentes ofertas de comunidades terapéuticas (Stocco, Roldán, 2001). Los centros que se caracterizaban por una mayor rigidez de sus planteamientos han desaparecido o ha disminuido su peso en el sector; en especial las redes de CC.TT. de ex-adictos o no profesionales. Por el contrario, en los últimos años se ha desarrollado y consolidado una oferta de centros asistenciales profesionalizados y de calidad.

—Estos cambios de las comunidades terapéuticas no son percibidos por amplios sectores de profesionales de la Salud y de los Servicios Sociales, que guardan una imagen «peyorativa» de los centros concibiéndolos como lugares cerrados, rígidos y poco adecuados a sus necesidades. Hay, pues, un importante esfuerzo pendiente por acercar las comunidades terapéuticas a la red asistencial.

—Dentro de las CC.TT. existe una «crisis de identidad» que tiene que ver con el proceso de maduración de los individuos que constituyeron los centros y «la supervivencia» de las instituciones en tiempos difíciles. Se trata de una discusión constante entre lo que tiene que cambiar para adaptarse a una realidad que se va transformando en las drogodependencias y aquello que debe mantenerse para caracterizarle en su intervención y que le hace especialmente eficaz para un amplio sector de adictos con problemas sociales, como «la participación activa del sujeto en su tratamiento dentro de un contexto grupal».

—Se han reducido las estancias en los centros adecuándolas a la demanda de los usuarios (no sólo dejar la droga). Asimismo se incorporan objetivos intermedios, aumentando la oferta de servicios indivi-

dualizados y se amplía el espectro de personas que pueden ser atendidas por su drogodependencia más allá de la heroína (alcohol, drogas de síntesis, fármacos, hachís, cocaína).

—A través de los años, los equipos se han profesionalizado y han adquirido experiencia clínica en el trabajo individualizado, reconociendo la psicopatología subyacente en muchos de los procesos de dependencia de las drogas. Se va incrementando la relación con los profesionales de la asistencia sanitaria y servicios sociales. El objetivo sigue siendo mantener la responsabilidad, la exigencia y la calidad en las intervenciones (Comas, 2000), que son los ejes de identidad sobre los que se han construido las comunidades terapéuticas, o por lo menos así lo han pretendido. El reto que se plantea es cómo adecuar los tratamientos a los nuevos contextos y necesidades que van apareciendo en las drogodependencias.

## Bibliografía

- COMAS, D. (1988). *El tratamiento de las drogodependencias y las CC.TT.* Madrid: Col. Comunidad y Drogas. Ministerio de Sanidad-P.N.D.
- COMAS, D. (2001). «Historia y situación de las Comunidades Terapéuticas en el ámbito español». En: Libro de Actas *La Comunidad Terapéutica en la red asistencial: objetivos y estrategias*. FADA-ITACA. Pp. 15-22.
- COMAS, D., ROLDÁN, G., GARCÍA, E., (1996). «Políticas sobre drogas a partir de los resultados de un estudio longitudinal retrospectivo de adictos a heroína (1982-1992)». *Adicciones*, 8(1): 75-89.
- CHARLES-NICOLÁS, A. (1992). «Los muros no curan». En: *Actas V Jornadas Estatales de Comunidades Terapéuticas Profesionales para Toxicómanos*. A.C.L.A.D., p. 40.
- DE LEÓN, G., BESCHNER, G. (1976). *The Therapeutic Community-Proceedings of TC of America*. Services Research Report: NIDA.
- FREUDINBERGER, H.J. (1980). *Burn out: The high costs of high achievement*. New York: Anchor Press/Doubleday.
- GARCÍA BADARACCO, J.E. (1990). *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de estructura Multifamiliar*. Tecnipublicaciones.
- GOTI, E. (1990). *La Comunidad Terapéutica. Un desafío a la droga*. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión.
- JONES, M. (1968). *Más allá de la Comunidad Terapéutica*. Buenos Aires: Ediciones Genitor.
- JONES, M. (1985). «Una revisión de los dos modelos de Comunidades Terapéuticas». Resumen ponencia 8.º Congreso Mundial de CC.TT. Roma: Editado *Actas V Jornadas APCTT*. Alborada, p. 33.
- JONGSMA, T., VAN DER VELDE, J.C. (1985). «Therapeutische gemeenschappen in drugs-verslaafden. De mythe van de elite». *Tijdschr. v. Alcohol & Drugs*, 11(3): 131-136.

- KENBERG, O.F. (1984). *Trastornos Graves de la Personalidad*. Ediciones Manual Moderno.
- KENNARD, D. y LEES, J. (2001). «A checklist of standards for democratic therapeutic communities». *Therapeutic Communities*, 22(2): 143-153, ISSN: 0964 1866.
- KOORYMAN, M. (1975). *Del caos a la organización de una CT; el programa de Emilie Hoeve, de tratamiento de jóvenes toxicómanos*. N.V.: Boletín de Estupefacientes. Vol. XXVII (1).
- KOORYMAN, M. (1993). *La comunidad terapéutica para drogodependientes*. Editorial Mensajero.
- MAIN, T. (1946). «The Hospital as a Therapeutic Institution». *Bulletin of the Menninger Clinic.*, 10:66.
- MAIN, T. (1983). «El concepto de Comunidad Terapéutica: variaciones y vicisitudes». Monografía I. Boletín de SEPTG *Comunidad Terapéutica o terapia de la Comunidad*. Traducción de *The evolution of group analysis*, Ed. M. Pines, Intl Library of group psychotherapy, Routledge & Kegan.
- MAJOUR, B. (1986). «What is burn out?» En: KAPLAN & KOORYMAN (Eds.). *Proceedings of the ICCA 15th. International Institute on Prevention and Treatment of Drug Dependence*. Rotterdam: Erasmus University, pp. 151-155.
- MCLELLAN, A.T., LUBORSKY, L., O'BRIEN, C.P., BARR, H.L., EVANS, F. (1986). «Alcohol and drug abuse treatment in three different populations: Is there improvement and is it predictable?» *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 12 (1 & 2), pp. 101-120.
- POLO, ZELAYA (1983). *Las Comunidades Terapéuticas en España*. Series Monografías Técnicas. Madrid: Ed. Cruz Roja y Dirección General de Acción Social.
- ROLDÁN, G. (1992). «Institucionalización en drogodependencias; Las Comunidades Terapéuticas». *Revista Intervención Psicosocial*, n.º 2, vol. 1, pp. 5-14.
- ROLDÁN, G. (1994). «Droga, dependencia y grupo». *Clínica y Análisis grupal*, n.º 67, vol. 16(3), pp. 349-361.
- ROLDÁN, G. (1999). *L'esperienza spagnola. Il trattamento delle tossicodipendenze; la Comunità Terapeutica di Haize-Gain in la Comunità Terapeutiche*. Dopo la caduta del mito. Roma: Editrice Cedis, pp. 64-75.
- ROLDÁN, G. (2001). *Treatment of drug addicts by a professional staff team using a Therapeutic Community and group psychotherapy*. London: Therapeutic Communities, 22(1): 29-40.
- ROLDÁN, G. (2001). «Atención a drogodependientes con hijos en centros residenciales». *Revista Proyecto*, 39: 18-23.
- STOCCO, P. y ROLDÁN, G. (2001). «Therapeutic Communities in Europe». *Actas The 44th International ICCA Conference on the Prevention and Treatment of Dependencies*. Alemania: Heidelberg.
- O'DONNELL, P. (1974). *Teoría y técnica de la psicoterapia grupal*. Amorrortu Editores.
- OTTENBERG (1991). «The educational value system of Therapeutic Communities». En: HELLINCTX, BROCSKAERT, VAN DER BERGE & COLTON (Eds.). *Innovations in residential care*. Lowen: ACCO, pp: 135-142.