

El método de Comunidad Terapéutica para drogodependientes: un análisis desde las Ciencias Sociales

Antonio Jesús Molina Fernández, coordinador CTA y responsable de Formación de Proyecto Hombre en Granada. Licenciado en Psicología y estudiante de Antropología social y Cultural. Tutor externo de la facultad de Psicología de la UGR.

E-mail: amolina@adiccionyciencia.info

Resumen: El autor pretende analizar el método de Comunidad terapéutica para personas con problemas de adicción realizando una aproximación desde las Ciencias Sociales, estudiando la CT como un sistema social y su estructura como un instrumento para completar un proceso de empoderamiento personal y rehumanizador.

Conceptos fundamentales: Comunidad Terapéutica/CT como método| modelo Holístico/ integral de tratamiento| estructura social| transmisión cultural| emociones sociales| análisis antropológico| causas y consecuencias| adicciones.

Abstract: The author tries to analyze Therapeutic Community for people with addictive problems method using an approach from Social Sciences, making a study of TC as a social system and its structure as an empowerment and rehumanizer process skill.

Key-words: Therapeutic Community/TC as a method| Holistic/ integral model of treatment| social structure| cultural transmission| social emotions| anthropological analysis| causes& consequences| addictions.

Debo comenzar este artículo reconociendo una deuda: la idea original nace del encargo que me hizo Ana Gutiérrez Laso (directora de la Escuela de Formación de terapeutas de Proyecto Hombre) sobre la posibilidad de hacerme cargo de la clase que se impartía en el Curso Base sobre la Comunidad Terapéutica como método. Cuando recibí los maravillosos materiales que había elaborado Manuel Márquez Gutiérrez, comenzaron a generarse un montón de ideas sobre posibilidades de publicación de dichos materiales.

Debo afirmar, sin embargo, que nuestras propuestas y enfoques son diferentes: Manuel Márquez muestra una CT orientada a lo psicoterapéutico y lo educativo; mi intención es más antropológica, tanto en el contexto social como en el análisis cultural.

Debo reconocer, así mismo, que fue Manuel Márquez la persona que me introdujo en el mundo de las comunidades terapéuticas en Agosto del año 2000, cuando él era el director de la Comunidad "Azahara" que Proyecto Hombre tenía en la localidad sevillana de Alcalá de Guadaíra. Desde aquí, mi respeto y agradecimiento infinito.

Antonio J Molina

Filosofía de la comunidad terapéutica.

Estamos aquí, porque no hay ningún refugio donde escondernos de nosotros mismos.

Hasta que una persona no se confronta en los ojos y en el corazón de los demás, escapa.

Hasta que no permite a los demás compartir sus secretos, no se libera de ellos.

*Si tiene miedo de darse a conocer a los otros, al final, no podrá conocerse a sí mismo ni a los demás.
Estará solo.*

¿Dónde podremos conocernos mejor sino en nuestros puntos comunes?

Aquí juntos, una persona puede manifestarse claramente, no como el gigante de sus sueños ni el enano de sus miedos, sino como un hombre parte de un todo con su aportación a los demás.

Sobre esta base podemos enraizarnos y crecer, no solos como en la muerte,

sino vivos para nosotros mismos y para los demás.

Historia y fundamentación.

Sobre los orígenes de la Comunidad Terapéutica para personas con problemas de adicción (CT) hay diversas líneas de estudio: parece ser universalmente reconocida la importancia que el llamado "modelo Daytop" (procedente de la comunidad del mismo nombre situada en los Estados Unidos de América) ha tenido en la actual distribución y metodología de la comunidad. Consiste en un modelo profesionalizado y multidisciplinar de atención, basado en la microestructura y el crecimiento personal que implica una vivencia en sociedad y valores, así como el análisis emocional y la implantación de una serie de hábitos de la vida cotidiana (higiene, sueño, alimentación, tareas diarias de casa...), útiles para la vida fuera de la CT. A pesar de esta influencia aceptada universalmente, no podemos ocultar estudios como los de Fernando Pérez del Río en los que se documentan experiencias en la 1ª mitad del siglo XX de vida comunitaria combinadas con psicoterapia psicoanalítica (en concreto en la década de los 30 en Alemania). Cabe la posibilidad de formatos anteriores de vida comunitaria para rehabilitar personas con problemas de adicción no documentados, especialmente en países con tradición en el método pero sin cultura documental específica en adicciones (como China, Filipinas, Sri Lanka, Tanzania...), que por un problema de etnocentrismo no hayan sido difundidos de manera similar a estas experiencias occidentales.

Nuestra propuesta de un análisis de la estructura social de la CT se basa en un concepto de “microsociedad” similar al que ha permitido el estudio de sistemas sociales como los *kibbutz* israelíes, la anteriormente mencionada comuna socialista no marxista de la Francia de entreguerras (magníficamente explicada por Mauss, Althusser, Durkheim y el resto de los sociólogos estructuralistas) o las tribus africanas. En ese sentido, la CT admite comparaciones con todos estos sistemas sociales, respetando las particularidades de medios y fines pero asemejándose en su composición, incluso enriqueciéndose del contacto con personas que han vivido alguna de las experiencias anteriormente mencionadas.

Para comenzar, la confusión entre los conceptos “CT como modelo” y “CT como método” de rehabilitación de adicciones provoca la necesidad de una serie de matizaciones:

- Al hacer referencia al modelo nos referimos a un marco teórico (utilizando la terminología de Kuhn, un “paradigma”) que englobe diferentes estrategias de intervención: modelo biopsicosocial, paradigma biosanitario, farmacoterapia, psicoterapia, la combinación de farmacoterapia+psicoterapia, tratamiento holístico... Todos estos modelos caben dentro del método de trabajo de la CT, con las consabidas inversiones y capacitaciones en recursos humanos y materiales. En ese sentido, la CT se puede posicionar dentro de un modelo Integral de atención, en el que todas las facetas vivenciales de las personas que forman parte de la CT deben ser consideradas. Analizando el paradigma, se trataría de un modelo multifactorial Bio+Psico+Social+Cultural+Existencial. Antropólogos como Sahlins e Ingold han mencionado con anterioridad la necesidad de relacionar los aspectos biológicos con los culturales para realizar explicaciones completas y complejas de los problemas a estudiar. En la humildad que debemos tener, ese sería el objetivo de este artículo.

- En cambio, cuando nos referimos a la metodología, la CT como método indica que la estrategia elegida para favorecer el proceso de rehabilitación es la propia inclusión y vivencia en una estructura social de convivencia con una serie de normas, límites y responsabilidades establecidas, con una distribución clara en sectores y roles de trabajo y funcionamiento, con unos horarios y hábitos de la vida cotidiana establecidos y mantenidos en el tiempo (higiene, sueño, alimentación, tareas de la vida diaria...) sumados a la vivencia en Valores y transferencia cultural que supone un proceso de Rehumanización de mayor o menor duración. Aquello a lo que Cañas definió como “Psicoterapia y Rehumanización” (Cañas 2004, título de la obra).

Un análisis antropológico de la CT nos muestra una estructura social de lazos, vínculos y afectos, con las virtudes y los defectos de otros sistemas sociales. Dentro de esta estructura se representa un juego de roles que puede ser expreso o tácito y nos encontramos con un modelo abierto a cualquier realidad. El análisis cultural de la CT necesita de unos fenómenos explicativos: la aculturación, la asimilación y (si no fuera un término tan vaciado de contenido últimamente) el multiculturalismo. Según González Echevarría

“la aculturación consiste en el intercambio de rasgos culturales como resultado del contacto entre los grupos. La Asimilación es otro proceso de cambio que experimenta un grupo minoritario cuando adopta los patrones de la cultura mayoritaria (no necesariamente por la variable numérica sino por su situación de poder). Otro término, casi vacío de contenido por el empleo excesivo que se ha hecho de él, es el multiculturalismo, que en antropología se refiere a la existencia de diversas culturas dentro de un contexto. Es lo opuesto a la asimilación porque no se espera ni se potencia que determinados grupos abandonen y reemplacen sus valores culturales como sucede con la asimilación. Un grupo que se jacta de ser multicultural no debería socializar a sus individuos únicamente en la cultura dominante. La interacción no debe buscar la similitud sino el respeto a la diferencia” (González Echevarría 1990: 15-16).

Dentro de la Comunidad, estos fenómenos deben ser entendidos para favorecer la integración del individuo en la que, desde este momento, podemos definir como “cultura de la CT”, procurando tanto el intercambio como la adopción de patrones propios del sistema social, respetando la diversidad de culturas dentro del grupo social “Comunidad Terapéutica”. Podemos entender la estructura de la CT como un escenario, o sea, como un proceso de reglas definidas previamente. Estereotipos, miedos, actitudes, prejuicios, etiquetas, convivencia, relaciones sociales, ambiente, vínculos, estructura...son categorías existentes dentro de este marco institucional, tanto los factores sociológicos como los morales y emocionales tienen cabida en esta “cultura de la CT”. La propia Comunidad puede ser un reflejo social del modelo cultural en que se integra, sin perder identidad ni sentido. Ofrece psicoterapia, pero además debe ofrecer pertenencia, afecto, convivencia, valores...

Las ciencias sociales en la comunidad terapéutica.

Existen diferentes corrientes de las ciencias sociales que pueden verse implicadas en este análisis:

- Desde la vertiente del Estructuralismo de Mauss y el concepto de Don, la CT facilita el intercambio y la Reciprocidad. Dar/recibir/devolver proporcionalmente es uno de los requisitos dentro de las dinámicas de convivencia. El matiz viene en la materia que se intercambia: el compromiso es de ayuda mutua o “autoayuda”, la Reciprocidad se convierte en un mecanismo de aprendizaje de emociones sociales: no se trata de que “todo esté relacionado con todo”, sino que se buscan explicaciones que sean relevantes en este proceso social (Elster 2001: 30-51) y su participación en la resolución de problemas dentro del grupo.

- Dentro de esta perspectiva podemos incluir en el análisis aspectos relacionados con el socialismo no marxista de Durkheim y con la postura sustantivista de Polanyi. Un componente añadido que refuerza esta explicación es la inclusión del carácter “redistributivo” de la CT, donde los residentes pueden ceder propiedades al “comunitario” para que sean repartidas de manera equitativa entre los que poseen materialmente y los que no tienen poder adquisitivo, igualando a las personas en un

mecanismo corrector del “Tener”, evitando el valor materialista de las posesiones y respetando, al mismo tiempo, las propiedades particulares que cada persona tenga. Los regalos entre residentes suelen estar prohibidos, no así la cesión a ese “comunitario” que se reparte a quien más lo necesita.

- Siguiendo en este análisis, el que la estructura social de la CT sirva para satisfacer las necesidades de los residentes, incluyendo las necesidades emocionales, entronca con el Funcionalismo de Malinowski, con una lectura alternativa del mismo hecho que podría ser desde la escuela Estructural-Funcionalista, ya que la propia CT se preocupa de mantener los vínculos que sostienen la estructura (siguiendo la explicación de Radcliffe-Brown), especialmente el sistema de sectores de trabajo y roles de participación activa en las tareas y decisiones.

- La aplicación para la CT de la Teoría de Los Ritos de Pasaje de Van Gennep y los símbolos de Victor Turner ha sido magníficamente explicada por Korstanje: “Más específicamente, el sujeto es titulado con un nuevo estatus “adicto en recuperación”, aislado y reconducido a un nuevo ambiente con nuevas normas y reglas, para luego, una vez terminado el proceso, ser reconducido a la vida social en otro estado: “recuperado” (ritual de ciclo vital). No obstante, estos pasajes se hacen no sin pocas complicaciones y obstáculos; la recaída no es sino un intento de retornar a su antiguo grupo de pertenencia. En este sentido, un ritual de aflicción, cuya figura es el deseo por parte del paciente de no consumir, se complementa con uno de pasaje (o crisis vital) en donde el protagonista es resocializado para ser, en última instancia, insertado en la vida económica. De cualquier modo, los pasos que debe completar un adicto para pasar de un grupo a otro, se dan con un grado elevado de incertidumbre, ansiedad, angustia y soledad. En parte, debido a la confrontación que implica una terapia de tipo cognitiva, asociada al síndrome de abstinencia, pero también a la falta de un grupo de referencia en su vida diaria. Es decir, el individuo ha dejado, además de las drogas, a su antigua red de “amigos”; pero por el sólo hecho de dar este paso, no se inserta inmediatamente a otro grupo sino que permanece en una zona liminar, de pasaje o intermedia en donde se encuentra sólo con su grupo terapéutico. Este hecho, es experimentado como traumático y doloroso, generando la mayor posibilidad de nuevos consumos o recaídas, como forma de retorno al antiguo grupo. Este aspecto, algo trivial en apariencia, es importante para comprender los motivos que subyacen tras diversos fracasos que la terapia cognitiva enfrenta a la hora de emprender un tratamiento de “curación”. Si bien algunas instituciones intentan complementar el proceso con una terapia psicoanalítica individual, el proceso de “transferencia” parece no ser suficiente como sustitutivo de las relaciones inter-pares. En parte por estoica, y en parte por sistémica, la psicología cognitiva tiene varios problemas para explicar o prevenir las recaídas, deserciones o abandonos en los tratamientos.” (Korstanje 2008: 6-7)

- Relacionado con el punto anterior, no es casual el uso del término “communitas” en Turner y su coincidencia con la denominación de la CT como “comunidad terapéutica”. La vinculación entre estos sistemas y otros similares incluso en nombre, como la “comuna socialista”, plantea una serie de

relaciones lingüísticas y cognitivas entre estas estructuras, sus métodos y los fines que persiguen. Ampliando este aspecto, la CT se convierte en una auténtica “comunidad del lenguaje”, en la que se cargan de significados simbólicos conceptos diversos: confrontación, reclamo, aceptar, compartir, respetar...

- Las posturas formalistas utilizan el término “Maximizar”, el cual se convierte en una postura legítima dentro de la CT. El denominado como “proceso de conocimiento y crecimiento personal”, lo que Albert Sabatés llama el criterio del “empoderamiento/ empowerment” de la CT se convierte al mismo tiempo en una norma y en una estrategia: sabemos que la relación social facilita el aprendizaje, la confianza, la autoestima y la potenciación de recursos personales; lo que tenemos que inculcar es la capacidad de cada persona de transmitir y enriquecer ese proceso de “empoderamiento” hasta llegar a fronteras insospechadas para cada uno de ellos por separado.

- Dentro de un análisis cognitivo y de parentesco, el uso dentro de la CT de expresiones como “Familia” o “Hermano” implica una pertenencia a un sistema que, en muchas ocasiones y debido a la vivencia de exclusión emocional que implican las adicciones, el residente de la CT no ha tenido hace mucho tiempo, teniendo en cuenta el impacto que tiene en el crecimiento personal el malfuncionamiento de la familia como estructura social primaria. Así, dentro de este análisis esa “CT como familia sustitutoria” de la que habla Márquez se convierte en la “CT como sistema de relaciones sociales”, creando un auténtico entramado de lazos y afectos que, como cualquier otra estructura de parentesco, nos facilita tanto identificar la posición del residente dentro de dicho sistema como establecer la fuerza y consistencia de dichos lazos, con una doble finalidad: por un lado, utilizarlos dentro de la CT para satisfacer las necesidades afectivas y de soporte emocional que necesitamos todas las personas; además, es un “laboratorio de vida” que permite a las personas entrenarse en esas habilidades emocionales para utilizarlas en positivo y como vía alternativa a la adicción tras su salida de la comunidad.

Es en ese sentido donde cabe la adopción anteriormente mencionada de la CT para drogodependientes como una Microsociedad donde cada uno de sus miembros puede (y debe) ir evolucionando y creciendo, tanto en participación activa como en aprendizaje reflexivo: no solo tengo que aprender a resolver mis problemas dentro del colectivo sino que debo ayudar a crear menos problemas al grupo social. El aprendizaje consiste en pasar de ser parte del problema a convertirse en parte de la solución, en pasar de ser “un individuo frente a un colectivo” a “un individuo dentro de un colectivo”.

“La organización y dinámica interna de cada grupo es variada; pero, en todas ellas, el tiempo de no consumo se transforma como un criterio que distingue la jerarquía de sus integrantes. Este hecho, aunque funciona como un elemento cohesionante en caso de un retorno al consumo, implica una sanción por parte de todo el grupo. Si bien incursionar en una recaída, ya avanzado el proceso de

curación, no implica per se una expulsión del grupo, la angustia que supone haber perdido el liderazgo del mismo se torna “insoportable”. En este contexto, algunos niegan u ocultan su consumo mientras que otros abandonan la terapia. Si el tratamiento se desarrolla exitosamente, el individuo puede transformarse (voluntariamente) en un “coordinador terapéutico” y coordinar o dar su experiencia a otros grupos; algunas veces, los “ex-adictos” estudian carreras relacionadas con la psicología, para luego insertarse en nuevos grupos de autoayuda (rito de aflicción). Se convierten, así, pasan de “víctimas” a “maestros espirituales”, que guían o ayudan a “nuevas víctimas”. En este tipo de procesos el apego normativo cumple una función primordial” (Korstanje 2008: 7)

Grupo+ individuo, sin que ninguna de las partes anule la otra. Se pretende evitar que el exceso de individualismo actual inunde la vida comunitaria, al mismo tiempo que la tiranía asamblearia impida la evolución de cada miembro del sistema. La demagogia colectiva puede incapacitar al individuo y favorecer su hiperadaptación al medio hostil; el individualismo impide el aprendizaje colectivo y provoca que las personas valgan por su “Tener” y no por su “Ser”.

El grupo social de la comunidad terapéutica.

El filósofo Jon Elster habla de dos repercusiones que tiene el uso de sustancias para la conducta social del adicto: por una parte, el grupo social de los consumidores de sustancias y su repercusión en el contexto (sobre todo, el alcohol y sus consideraciones públicas y legales); por otra, tenemos la intensa búsqueda del aislamiento de las personas que desarrollan un trastorno adictivo. Hay un punto que no podemos dejar de mencionar y son las vinculaciones que se establecen entre la conducta adictiva y determinadas reacciones emocionales de las personas, especialmente aquellas más relacionadas con conducta social y percibidas como displacenteras por el sujeto. A pesar de dejar clara la ausencia de criterios universales en los fenómenos adictivos, debemos considerar con una gran probabilidad la aparición conjunta de estos fenómenos asociados a problemas familiares, de pareja, laborales, con los amigos, con el ocio y el tiempo libre, en el ámbito laboral....Además, estos problemas suelen ir acompañados de explosiones emocionales de rabia y furia contenidas, tanto relacionadas con el ansia y la “necesidad” de saciarla como vinculadas con los medios para conseguir el “objeto de deseo” que satisfaga dicha “necesidad”. Estas explosiones, una vez más, no están solo vinculadas a las adicciones químicas, sino que las comportamentales o conductuales también lo manifiestan, al vincularse los estímulos fisiológicos y emocionales con la conducta de consumo o uso comportamental. De hecho, muchos adictos a sustancias químicas reconocen que son los rituales estereotipados de consumo los que les mantienen vinculados con la adicción, siendo en ocasiones un elemento secundario la sustancia de uso. Entran aquí en juego los elementos denominados “ganancias secundarias de la adicción”, lo que en los tratamientos de deshabituación se definen como “beneficios que extrae el adicto”, recompensas que suponen un refuerzo, real o imaginario, que permite que el sujeto se mantenga conectado con la adicción aun después de muchos años de abstinencia, en un mecanismo que se conoce como “recaída”, que comienza cuando la persona con el problema comienza

a recuperar hábitos de vida de su pasado con los problemas adictivos y vuelve a mantener comportamientos propios del estilo de vida del adicto, aunque sean elementos tan básicos como horarios, sueño, higiene, alimentación, tareas de la vida cotidiana....

Un grupo social es un colectivo diferenciado de otros colectivos por sus formas culturales, sus costumbres o su estilo/modo de vida (Young, 1990)[1]. Sus características son:

- Los miembros del grupo se reconocen e identifican entre ellos en sus estatus sociales.
- Comparten una historia común y se identifican y reconocen a sí mismos en sus grupos a través de los elementos de esas historias.

Una forma de vida es algo que se aprende y que guía, no solo las tareas aisladas, la mayor parte de nuestras tareas cotidianas (Hojrup, 1989)[i]. Para un adicto, la mayoría de sus tareas han girado alrededor de la conducta adictiva, no solo en los momentos de uso sino en los de planificación y ocultación de las consecuencias. Dentro de la CT se pretende sustituir esa idea recurrente por un cortejo completo de pensamientos alternativos, relacionados con conductas incompatibles con el comportamiento adictivo y que impidan la aparición posterior del problema. Se dota a la persona de recursos para la crítica externa y la autocrítica comportamental, válidos tanto dentro como fuera de la vida comunitaria. Se pretende crear la capacidad individual de análisis crítico y aprendizaje continuo. Para ello, se completa dicho análisis con los aspectos sociales relacionados con la vivencia de valores sociales, con la doble finalidad de:

-Reconocer mis actitudes personales vinculadas al estilo de vida anterior (la ocultación, el aislamiento, la falta de comunicación, la impulsividad, la agresividad...) y corregirlas;

- Además de establecer un sistema de valores propio, basado en la nueva aceptación de mi realidad personal y social, que pueda ser sostenido fuera del entorno de la CT y que sea un reflejo de mi aprendizaje durante el proceso de crecimiento personal. En muchas comunidades existe un documento donde la persona refleja su Proyecto de Vida Reflexivo, revisado antes de salir de la CT y posteriormente evaluado para verificar su cumplimiento. Es en este Proyecto de Vida en el que cada uno debe explicitar su escala de valores y las personas que considera implicadas en esta vida alternativa.

Dentro de esta explicación, cualquier entrenamiento en habilidades del razonamiento y la toma de decisiones/resolución de conflictos debe estar más relacionado con los denominados "juicios morales" y las consecuencias directas e indirectas de mis decisiones que con la planificación y ejecución de las decisiones tipo SOLVE. Las responsabilidades son individuales; las consecuencias son colectivas. Dentro de la CT se puede y debe entrenar la conciencia humana; una comunidad terapéutica se asemeja a una inundación en herramientas como la "Autopista de la conciencia" de Chittum o el "Trivial de la

conciencia” de Zhou. El concepto de “mindfulness” o plenitud mental puede llegar a ser una realidad en la última etapa del proceso de la CT.

Significado social de la comunidad terapéutica.

Identidad social se divide en identidad nominal e identidad verdadera (Jenkins, 1996)[ii]. La identidad nominal es una denominación o etiqueta, por ejemplo “adicto” o “yonki”. No necesariamente la persona debe asumirla o aceptarla, ni los demás pueden vincularle a esa identidad nominal. Por medio de la identidad verdadera podemos indicar cómo la gente, a través de sus tareas, se muestra con esa denominación y durante cuánto tiempo. Pero ese significado social depende del contexto en que se produzca, ya que, según Velasco

“Además de los valores que van adheridos al lenguaje y que varían con la extracción social, es claro que los individuos no necesariamente se comportan del mismo modo en las distintas situaciones.() Según Geertz, el contexto incluye tres conceptos que podrían entenderse como estadios (en distinto grado de complejidad) : el lugar primario, la situación social y el acontecimiento social ”(Velasco 2004: 219).

En nuestro caso, el lugar primario sería la CT, tanto el espacio físico de la casa o el terreno en que se establezca como la situación definida como “comunidad terapéutica” y todo su entramado: los residentes siguen estando “en comunidad” aunque se encuentren en sus casas de salida en fin de semana. Las situaciones sociales serían todos los encuentros que se producen dentro del sistema, especialmente los relacionados con la convivencia y el trabajo de sectores, los momentos no regulados por el equipo educativo-terapéutico y en los que los juegos de roles intracomunitarios permiten observar a las personas dentro de la maquinaria social. Los acontecimientos sociales serían “actividades muy concretas, con estructura secuencial, marcados por aperturas y cierres estereotipados y reconocibles” (Velasco 2004: 219). Los grupos de la CT serían esos acontecimientos, especialmente los denominados “grupos de Encuentro”, momentos en los que están presentes todos los miembros de la comunidad, en los que se tratan temas que repercuten en todo el sistema y la distribución de tareas y responsabilidades, que tienen su origen en las Asambleas que se organizaban en el hospital psiquiátrico de Henderson, dirigido por Maxwell Jones.

En muchas ocasiones, la imposición de la identidad nominal supone un conflicto entre las partes. Además, se puede convertir en un conflicto de valores o en un juicio moral hacia la persona identificada como “adicto”. Para evitar estas situaciones en la CT, uno de los requisitos que se establecen es el de “ambiente libre de prejuicios”: ninguno de los componentes de la estructura tiene la capacidad moral ni la autoridad de juzgar los hechos anteriores al paso por la CT de las personas residentes. A nadie se le puede criticar por lo que hizo antes de ser parte de esa sociedad. Se deben crear espacios para aclarar esos prejuicios y para que las personas que deseen compartir sus

experiencias anteriores puedan hacerlo. La única condición es que cada persona debe hablar hasta donde libremente decida, el compromiso del resto de los miembros de la comunidad es ayudarle para que profundice lo más posible, nunca se le juzga ni se obliga a indagar hasta que una persona no se vea preparada. Durante mucho tiempo el miedo a un análisis histórico determinado ha sido una de las causas de abandono del método, sin detenernos a pensar que, en realidad, la posibilidad de un periodo de reflexión personal puede y debe ser positivo para cada uno de nosotros sin la presión desmesurada de “eres un yonki” o “tienes que hablar de esto”.

La creación de la identidad social “comunidad” se fortalecerá a medida que estas premisas se cumplan. El mencionado como enriquecedor “ambiente de comunidad” debe permitir la libre expresión de ideas y emociones, sin presiones ni estereotipos, cumpliendo unos criterios de “Respeto” y “Confianza”.

Bibliografía.

- Abeijón, J.A. y Pantoja, L. (2002). *Las comunidades terapéuticas: pasado presente y futuro*. Avances en Drogodependencias. Universidad de Deusto
- Aranzadi, J. (2003). *Antropología del parentesco*. UNED.
- Cancrini, L. (2004). *Los temerarios en máquinas voladoras*. Nueva Visión.
- Cañas, J.L. (2004). *Antropología de las adicciones; Psicoterapia y rehumanización*. Ed. Dykinson
- Cochrane, T (2009). *Eight dimensions for the emotions*. Social Science Information. 48:379-420
- Chakroun, N (2006). *The social and psychological contexts of substance use*. NIDA.
- De Leon, G. (2000). *The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method*. New York: Springer Publishing Company.
- De Leon, G.; Hawke, J.; Jainchill, N.; and Melnick, G (2000). Therapeutic communities. Enhancing retention in treatment using "Senior Professor" staff. *Journal of Substance Abuse Treatment* 19:375-82.
- De Leon, G.; Melnick, G.; Thomas, G.; Kressel, D.; and Wexler, H.K. (2000) *Motivation for treatment in a prison-based therapeutic community*. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 26:33-46,.

- De Leon, G.; Sacks, S.; Staines, G.; and McKendrick, K. (2000). *Modified therapeutic community for homeless mentally ill chemical abusers: Treatment outcomes*. American Journal of Drug and Alcohol Abuse 26(3):461-480.
- Dressler, W. (2005) *Measuring Cultural Consonance: Examples with special references to measurement theory in Anthropology*. NHSN.
- Duran-Dasier, J. (1994). *Psicoterapia sin Psico-terapeuta*. Ed Marova.
- Ellis, A. (1980). *Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao, Ed. Desclée de Brouwer.
- Elster, J (2001). *Sobre las pasiones: Emociones, adicción y conducta humana*. Barcelona, Ed. Paidós.
- EMCDDA/ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2007). *Informe anual 2006: El problema de la drogodependencia en Europa*. Luxemburgo, Oficina de Publicaciones Oficiales de la Comunidad Europea.
- González Echevarría, A (1990). *Etnografía y comparación*. Universidad Autónoma, Barcelona.
- Graña, J.L. (Ed.) (1994). *Conductas Adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Harris, M. (1983). *El desarrollo de la teoría antropológica*. Ed. Siglo XXI.
- Karger, Brockaert, Raes, Kaplan y Coletti (1999). *Diseño y Eficacia de la investigación terapéutica en Europa: una descripción*.
- Korstanje, M. (2008). *Victor Turner y su aplicación a los estudios de drogadicción*. Revista Digital Universitaria, UNAM.
- Jenkins, R. (1996). *Social identity*. Londrés, Ed Routledge.
- Joks, S. (2006). *Las mujeres samis del reno*. Ed universitaria Ramón Areces, Madrid.
- Kooyman, M. (1996). *La Comunidad Terapéutica para Drogodependientes*. Ed. Mensajero.
- Márquez, M. (2008). *La CT como método*. Materiales para el CBFT, Asociación Proyecto Hombre.
- Molina Fernández, AJ. (2010) *¿Es posible una Ética para CT?* Revista Digital www.adiccionyciencia.es, enero 2011. <http://www.adiccionyciencia.info/molina.html>
- NIDA (1994). *Principles of Drug Addiction Treatment. A research-based guide*. NIDA, Bethesda.

- Pentz, M. A. (2010). *Defining Neighbourhoods of Opportunity by Green Spaces, School achievement and perceived Neighbourhood safety: illustrations of two obesity and drug abuse prevention trials*. NHSN.
- Pérez del Río, F. (2009). *El origen alemán de la Comunidad Terapéutica*. Revista Proyecto nº 71, Madrid.
- Reece, J. (2010). *The Geography of Opportunity: the intersection of space, race and systemic disadvantage*. NHSN.
- Sabatés, A. (2009) *Principios y criterios de evaluación en las Comunidades Terapéuticas*. Conferencia inaugural WFTCC 2009, Lima (Perú).
- Singer, M. (2005). *Drugs & Development: Global impacts of sustainable growths and Human Rights*. NHSN
- Thoma, Y; Richardson, D & Cheung, I. (2008). *Geography and Drug addiction*. Springer Science +Business Media.
- Tiburcio, N. (2010). *Achieving an enhanced understanding of Therapeutic Communities worldwide*. NHSN/NDRI.
- Velasco, H. (2003). *Hablar y pensar, tareas culturales*. UNED.
- Young, I M. (1990). *Justice and the Politics of Difference*. New Jersey, Princeton University Press.