

Fortalezas y debilidades de la comunidad terapéutica

Antonio Jesús Molina Fernández, Javier González Riera, Francisco José Montero Bancalero.

Grupo de Investigación DAIRG: Drugs & Addictions International Research Group.

Resumen.

Se presenta aquí un acercamiento al método de las comunidades terapéuticas basado en un análisis DAFO: Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades, que se detiene en aspectos humanistas y biosanitarios de la intervención en personas con problemas de adicciones en el contexto de la comunidad terapéutica.

Palabras clave:

Comunidad Terapéutica, Análisis DAFO, adicciones.

Abstract.

Our report consist of an approximattion to TC method based on SWOT Analysis: Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats. This report mainly studies humanistic and biomedical factors of intervention in people with addiction problems in therapeutic community stage.

Key words:

Therapeutic Community, Analysis SWOT, addictions.

Principales fortalezas del método de comunidad terapéutica.

Desde un punto de vista social estas son, a nuestro entender, las principales aportaciones del método a la perspectiva humanista de rehabilitación de adicciones.

1/ El método de la Comunidad Terapéutica (*-en adelante CT-*), a través de la elaboración de materiales, investigaciones, colaboración con universidades, congresos, redes nacionales e internacionales (Proyecto Hombre, EuroTC, Federación Latino Americana de Comunidades Terapéuticas/FLATC, ECETT, World Federation of Therapeutic Communitities...) ha creado un corpus teórico amplio, combinado con una eficacia práctica con evidencias desde hace 50 años.

Hay informes y evaluaciones elaboradas que indican la satisfacción de los residentes y sus familias con el trato recibido y el apoyo percibido por parte de la CT, así como el mantenimiento a largo plazo de la abstinencia y de los hábitos/estilo de vida adquiridos en la comunidad por parte de los residentes.

2/ Frente al actual Modelo Bio-Sanitario que trata fundamentalmente las consecuencias directas del consumo, la CT ofrece un modelo integral de rehabilitación, lo que podríamos considerar un modelo Bio-Psico-Social-Cultural-Existencial: El abordaje es completo, no se trata tan solo de no consumir sino de recuperar las personas que han tenido un problema de adicción. Desde un punto de vista antropológico, el reduccionismo del modelo Biosanitario es poco asumible; el modelo alternativo, aún con sus carencias, ofrece más vínculos con la "*Ciencia del Ser Humano*", especialmente en su definición más filosófica.

3/ La CT como universal: Hay evidencias de comunidades terapéuticas en los 5 continentes y los participantes en una comunidad, tanto profesionales como residentes, reconocen los elementos comunes de manera casi inmediata. Mi experiencia en Perú, Bélgica y Polonia así me lo indica. Las visitas recibidas por parte de expertos de Bélgica, Bulgaria, Tanzania, Vietnam...lo confirman. George Van Der Stratten, director de la CT Trepoline en Charleroi, Bélgica, lo denomina "*la gran familia de la CT*" y propone un análisis emocional sobre "*estar en CT como en casa*", utilizando el concepto inglés de "*home*", más cercano a nuestra definición de "*hogar*".

Sobre los aspectos "universales" de la Comunidad, el profesor Nelson Tiburcio elaboró recientemente una investigación sobre las diferentes variables consideradas como "fundamentales" y "características" de la CT: El ambiente, la espiritualidad, el acogimiento, el trato personal y la cercanía fueron considerados elementos universales (Tiburcio 2010: 5).

4/ El método de la CT está centrado en los procesos y los instrumentos sociales: el referente es el Gran Grupo, toda la Comunidad es un enorme grupo de autoayuda, los vínculos se crean en todas las direcciones, todos los residentes son iguales en la CT, no se pueden mantener relaciones desiguales de afecto y trato, todas las personas son aceptadas sin condiciones, ambiente libre de prejuicios, no se juzgan los hechos anteriores al ingreso en la CT... El Encuentro, la Asamblea, el Grupo, los referentes son colectivos, deben ser colectivos.

5/ Análisis profundo de las identidades sociales: En la comunidad cada persona se puede mostrar libremente, cumpliendo las premisas de respeto y confianza. Es en esa libertad en la que se desarrolla el juego de roles, dentro del cual cada persona se refleja tal y como es, en un "*laboratorio social*" en el cual se puede aprender y corregir los modos de relación y las carencias sociales de cada uno de los miembros, contando con el apoyo y el refuerzo del resto del colectivo.

Actuales debilidades del método de la CT .

1/ Uno de los mayores problemas actuales es el predominio del paradigma bio-sanitario de atención, basado en Tratamiento Ambulatorio de Farmacoterapia más Psicoterapia, normalmente basado en medicación y terapia individual (counselling). Este modelo aborda el problema de las adicciones desde una propuesta de tratamiento sintomático, en muchos casos provocando la imposibilidad del abordaje terapéutico por el exceso de medicalización y anulando gran parte de las facetas de las personas que siguen estos tratamientos (afectividad, sexualidad, tareas de la vida diaria...). Frente a esta postura, los defensores de los modelos integrales apuestan por:

“Un modelo de rehabilitación y reinserción social donde la clave del proceso terapéutico está en identificar el problema existencial y trabajarlo desde un marco terapéutico-educativo. En este modelo prevalece la psicoterapia humanista como enfoque general y la dinámica de autoayuda como estilo terapéutico. Es una forma de trabajar el cambio en interacción con otros usuarios que realizan el proceso en el mismo momento, favoreciendo la identificación de problemas, la empatía, el apoyo mutuo y la capacidad de esperanza de que si otros pueden dejar el consumo y cambiar su estilo de vida, también lo puede hacer la persona que se incorpora al programa”. (Acta Fundacional de Proyecto Hombre).

Para desarrollar estos modelos holísticos de atención necesitamos identificar múltiples factores: Emocionales, cognitivos, médicos, psicológicos/psiquiátricos, sociales (como socioeconómicos, educativos/formativos, laborales, de estructura familiar, etc.). La diferencia está en colocar el trastorno por encima de la persona o respetar a la persona a pesar del trastorno. Desde el punto de vista del método de la CT, cualquier persona, por severo que sea su trastorno adictivo y las consecuencias derivadas, es mucho más que la sustancia que puede consumir. Con todos los errores que esta postura pueda conllevar, claro.

2/ La fragmentación del modelo y las diferencias entre unas comunidades y otras provocan una enorme dificultad en el reconocimiento de la unidad de comparación: ¿Se pueden igualar una CT de comorbilidad psiquiátrica con una tradicional de adultos y con otra de menores en cumplimiento judicial? ¿Qué tiene que ver las comunidades de madres con hijos y las de pacientes alcohólicos?

La carencia de una unidad de comparación establecida, incluso en la denominación, ha obligado a la creación de estándares o criterios mínimos que debe cumplir un centro de rehabilitación de adicciones para ser considerado CT. Experiencias como el proyecto de “*Aprender viajando/ECETT*”, el sistema de criterios mínimos *Communitty of Communitties* o los estudios de *Geography of Opportunitties* permiten aspirar a encontrar “nuestros puntos comunes” siendo consecuentes con nuestras diferencias culturales y sociales.

3/ Los continuos bandazos en la práctica diaria han provocado un enorme bagaje teórico de la CT como método y una gran debilidad en la coherencia diaria de los profesionales. De hecho, incluso ese bagaje se ha podido llegar a utilizar como palanca de cambio en el método: a partir del año 2003 aparecieron terapeutas que apostaban por lo que denominaron “*comunidad educativa*” como evolución de la CT, considerando que la propuesta tradicional estaba agotada y que era necesaria una modificación en el modelo, más volcada en la enseñanza de habilidades y dotación de conocimientos.

Sin entrar en considerar cuánto de la postura descrita era una pura “boutade” (en castizo, un brindis al sol vacío de contenido epistemológico) y cuánto una auténtica revolución cultural del método, debemos señalar la integración de los aspectos educativos dentro del método como requisito fundamental dentro del proceso social. Como indica Manuel Márquez “Lo que es educativo en la CT es, por un lado, el concepto de la CT como micro-sociedad: la CT es un pequeño edificio donde se reproduce una sociedad a pequeña escala: En ella se dan relaciones amistosas, conflictos, tareas, episodios vitales de forma continuada. Además, la CT debe ser tomada como espacio de aprendizaje y entrenamiento: aprendizaje de habilidades y entrenamiento práctico (ensayo y error con consecuencias medidas y limitadas) de lo aprendido” (Márquez 2008: 24).

Podemos decir que “Lo educativo en la CT es la vida cotidiana” (Comas, 2006) y que “Cualquier momento puede ser educativo y será educativo si hay comunicación y si esa comunicación es significativa, intencional y con ánimo de producir variaciones o cambios” (Díez, 2001).

4/ La CT como jerarquía y grupo sectario. Las sectas cumplen dos funciones para enganchar a los grupos: son cálidas y afectivas, atrapan utilizando los afectos; cubren las necesidades de las personas, de manera directa o indirecta, aunque pueda ocurrir que anulan gran parte de esas necesidades y convencen de su futilidad.

Al problema descrito de sectarismo se añade en la CT la posible aparición del conflicto de clases: Ellos Vs. Nosotros, el equipo como los nuevos sacerdotes, capaces de opinar e influir sobre decisiones y temáticas que se deberían quedar al margen de sus posibilidades.

El mejor ejemplo de lo comentado anteriormente, es un estudio que presentó Erick Brockaerst en el año 2009, durante el congreso de la WFTC en Lima (Perú). Era un estudio sobre la CT “Synanon”: Un espacio donde se traspasó la frontera de la deontología y se terminó creando un sistema de castas y desigualdades, con imposición de opiniones sobre temas como el matrimonio, divorcio, aborto, sexualidad... A pesar de eso, el resultado del estudio de Brockaerst indica que los residentes lo recuerdan todo con agrado y que lo que les pasó, por duro que fuera, les había merecido la pena. La bondad del resultado encubrió la injusticia del método. Errores a evitar, sin duda. Es necesaria una Deontología para Comunidades Terapéuticas (Molina Fernández, 2011: 4).

5/ Las autorrevelaciones del profesional: En un ambiente de contacto personal es fundamental establecer un canal recíproco de conexión personal. En esos casos, la frontera entre el contacto profesional y el personal se reduce, debido al contacto diario y a la propia implicación en la dinámica de la CT. Es evidente que un profesional no debe ir a una comunidad para hacer su propia terapia personal; también está claro que la proporción de intercambio de información no tiene por qué ser equilibrada (hablaríamos de un 90/10, no de 50/50). Se trataría de saber hasta dónde hablar, no de si contar o no. La referencia que supone un terapeuta en una comunidad se puede convertir en un arma de doble filo, para los profesionales y para los residentes. Especialmente peligroso es el papel de personas ex adictas que han sido usuarios de la CT: En positivo son una fuente de motivación y un ejemplo de la eficacia del método; en negativo pueden convertir la comunidad en un grupo cerrado y en una continua repetición de los mecanismos sociales (“*si a mí me ha servido, sirve para todos*”), además de sembrar mitos y leyendas sobre la rehabilitación: “*El mejor médico para un drogodependiente es otro*”. La construcción de equipos multidisciplinares sirve como mecanismo de corrección de esta posible “mitificación” del ex adicto tanto como para diferenciar la CT de una clínica “profesionalizada” y “especializada”.

Bibliografía.

- Abeijón, J.A. y Pantoja, L. 2002 *Las comunidades terapéuticas: pasado, presente y futuro*. Avances en Drogodependencias. Universidad de Deusto
- Cancrini, L. 2004 *Los temerarios en máquinas voladoras*. Nueva Visión.
- Cañas, J.L 2004 *Antropología de las adicciones; Psicoterapia y rehumanización*. Ed. Dykinson
- 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.
- Harris, M 1983 *El desarrollo de la teoría antropológica*. Ed. Siglo XXI.
- 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>

- 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.

- 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).

- 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.