

25 AÑOS DE INTERVENCIÓN EN COMUNIDADES TERAPÉUTICAS: ALTERNATIVAS Y BUENAS PRÁCTICAS

Paolo Stocco

Presidente Honorario de Italia en EuroTC y
Director-presidente del Centro Terapéutico
Villa-Renata (Venecia)



DÓNDE EMPEZAMOS: LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS INICIALES

Para entender el estado actual y los últimos avances de los programas de rehabilitación para personas con problemas derivados del consumo de drogas desarrollados por las comunidades terapéuticas en Europa, se propone aquí un breve excursión histórica, útil a entender cómo evolucionó y cómo se fue modificando su función social con el paso del tiempo.

En Inglaterra, hacia finales de la Segunda Guerra Mundial, precisamente en 1943, algunos psiquiatras militares iniciaron experimentaciones en el hospital militar de Northfield, con la finalidad de aliviar a soldados aquejados de neurosis traumática de guerra, que les inhibían la capacidad de combatir y relacionarse. El intento del programa era rehabilitar a los pacientes para favorecer su empleo operativo y regresar al frente. El coronel y psicoanalista de grupo W. Bion condujo esta experimentación. Los soldados ingresados recibían toda una serie de órdenes y organizaban diariamente una reunión de grupo. Las técnicas de rehabilitación se basaban en el *setting* de análisis e interacción de grupo, con la finalidad

de favorecer la expresión y compartir las tres vivencias emotivas del malestar y en la promoción del concepto de autonomía y responsabilización individual. Esta primera experiencia no tuvo mucho éxito.

Otro intento fue confiado a otro psiquiatra, Thomas Main, que dirigió un centro hospitalario en Northfield y posteriormente otro en Cassel. Fue el mismo Main quien acuñó el término de Comunidad Terapéutica. En aquellos años, pero de manera del todo independiente y a algunos cientos de kilómetros, en el Hospital Maudsley de Londres, tuvo lugar otra experiencia comunitaria de Mill Hill conducida por Maxwell Jones, implementada en un modelo definido como democrático. Jones era un psiquiatra y una figura más bien carismática, pero de formación tradicional. Comprendió la importancia de las dinámicas interactivas de los pacientes en el tratamiento terapéutico y organizó la vida comunitaria en un clima de participación y de responsabilidad compartida. El internamiento en estructuras hospitalarias dedicadas a los trastornos mentales se asociaba con la idea de involucrar a los enfermos en el proceso terapéutico, a través de la posibilidad de participación libre y activa a la experiencia del grupo y a la vida de comunidad. Se trataba de una humanización del tratamiento psiquiátrico en un clima de respeto por la individualidad del paciente.



› Paolo Stocco junto a Marica Ferri, del EMCDDA, en el Congreso EuroTC organizado por PH Castilla-La Mancha en noviembre.

“EL INTERNAMIENTO EN ESTRUCTURAS HOSPITALARIAS DEDICADAS A LOS TRASTORNOS MENTALES SE TRATABA DE UNA HUMANIZACIÓN DEL TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO EN UN CLIMA DE RESPETO POR LA INDIVIDUALIDAD DEL PACIENTE.”

La Comunidad Terapéutica (CT) representa el lugar donde distintas profesionalidades, competencias (psiquiátricas y psicoterapéuticas) y las experiencias de cada miembro de un grupo se integran para ayudar al paciente a recuperar las capacidades de adaptación y de relación con la realidad exterior. En la concepción de Jones, la figura del médico de las comunidades terapéuticas se integra dinámicamente en un grupo cuyos pacientes y profesionales/operadores asumen un rol paritario y coordinado en la acción terapéutica.

ORÍGENES DE LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS PARA DROGODEPENDIENTES Y ALCOHÓLICOS

Las experiencias comunitarias en ámbito psiquiátrico tuvieron una notable influencia en los modelos organizativos de las comunidades terapéuticas en general, pero debemos tener en cuenta que, en el ámbito de las adicciones, los orígenes de las comunidades terapéuticas han tenido matrices radicalmente diferentes. Alrededor de los años 30, los primeros dispositivos de asistencia para personas con problemas de adicción a drogas y alcohol se generaron no en el viejo continente, sino en los Estados Unidos, formándose de forma espontánea y con un enfoque ni siquiera “terapéutico” en sentido estricto, cuanto más bien de rehabilitación, y ni siquiera profesional, sino que se fundaba en la autoayuda.

La primera metodología de autoayuda fue desarrollada en esa época por parte de dos exalcohólicos: Bill Wilson y Bob Smith. Bill y Bob se conocieron en Akron, Ohio, en 1934 y decidieron ayudarse mutuamente para mantenerse sobrios controlándose el uno al otro. Esta amistad solidaria funcionó después de varios fracasos

para desintoxicarse. Y así fue como propusieron a otros amigos alcohólicos su propia ayuda y comenzaron a verse en pequeños grupos. Después de estas primeras experiencias Bill y Bob sistematizaron el método de los 12 pasos permitiendo sacar el alcohol de sus vidas. Fundaron así el mayor movimiento de autoayuda conocido en el mundo: Alcohólicos Anónimos (AA).

Charles Dederich nació en Toledo, Ohio, en 1913. Cuando era niño enfermó de meningitis, lo que le produjo una expresión facial desagradable. Tuvo una juventud difícil de inadaptado y empezó una carrera de alcoholizado. En 1956 se acercó a AA y se puso en evidencia por su talento de orador y su carisma personal. Poco después, en 1957, la Universidad de Berkley inició un experimento científico sobre la eficacia de un medicamento que se suponía milagroso, precisamente el Ácido Lisérgico (LSD), y estaba buscando voluntarios entre los alcohólicos para evaluar posibles aplicaciones terapéuticas. Dederich se ofreció como voluntario, por la curiosidad y porque necesitaba dinero. El uso de LSD fue como una revelación para Dederich, que se puso a estudiar textos trascendentales y a preparar sus discursos. Poco a poco se iba volviendo cada vez más conocido entre los AA y algunos toxicómanos empezaron a frecuentar sus grupos. Muchos alcohólicos se demostraban bastante intransigentes y no se conformaban con reunirse en grupo con los toxicómanos. Dederich decidió entonces crear un programa específico, libre de drogas, para toxicómanos. Tomó la decisión de vivir con otros alcohólicos y toxicómanos y en 1958 fundó en Santa Mónica (California) la primera comunidad terapéutica llamada Synanon. Inicialmente era un programa residencial de dos años, pero luego se convirtió en un programa sin límite de tiempo. Este modelo tuvo amplia cobertura mediática y Columbia Pictures realizó una película titulada “Synanon”. Esta experiencia llamó mucho la atención de psiquiatras, psicólogos, educadores impresionados por el éxito. Entre ellos un sacerdote, William O’ Brien, junto con un psiquiatra, Daniel Casriel, decidieron poner en marcha algunas experiencias de psicoterapia de grupo y en 1963 crearon una comunidad terapéutica en Nueva York: The Day Top Village. El modelo de Day Top ha sido una referencia a nivel mundial por el desarrollo de las comunidades terapéuticas. A finales de los años 70 aparecieron en Estados Unidos otras experiencias de comunidades terapéuticas. Entre ellas destacan como más representativas la de Phoenix House, fundada por Mitchell Rosenthal en 1967, y la Odyssey House, que empezó en Nueva York en 1973 el primer programa terapéutico para madres drogodependientes con hijos.

En Europa hasta los años 70 el problema de uso de drogas era notablemente menos importante y apareció como fenómeno social a partir de las manifestaciones juveniles. En este clima de extraordinaria revolución cultural se produjo también un cambio dramático y rápido en el consumo de sustancias con una difusión masiva de drogas ilegales en varios países europeos cogiendo por

sorpresas, por así decir, a los sistemas sanitarios y asistenciales de los países europeos con la consecuencia de una falta de recursos asistenciales públicos para las adicciones. (El primer Plan Nacional de Drogas en Francia se puso en marcha en 1970, en Italia en 1975 y en España diez años después).

A partir de esta falta de recursos en varios países de Europa aparecieron varias personas con un carácter más o menos carismático que promovieron propuestas de rehabilitación en comunidades terapéuticas. Muchas de estas personas comenzaron a liderar comunidades y tuvieron éxito mediático debido, al parecer, a la carencia de otros recursos. Los factores que caracterizaban las primeras comunidades terapéuticas para drogodependientes eran: el aislamiento social, la colectivización de las experiencias, la presencia de un gurú carismático (a menudo él mismo con antecedentes de experiencias de rehabilitación o persona problemática), que motivaba al tratamiento en un clima de exaltación de la experiencia de vida alternativa.

En Europa, y en Italia en particular, la iglesia católica asumió un papel central. Algunas comunidades tomaron como modelo las experiencias americanas comportamentalistas jerarquizadas mientras otras se podrían definir más orientadas a la teoría educativa y al aprendizaje social y a la psicología. En este espacio quería destacar el papel histórico que tuvo don Mario Picchi, fundador del Progetto Uomo en Italia y patrocinador de Proyecto Hombre en España. Una de las peculiaridades más importantes de la obra de don Mario Picchi fue sin duda inaugurar la primera Escuela de Formación Internacional de Roma. En los últimos treinta años en Europa se han planteado más de 1.000 comunidades terapéuticas, la mayoría de las cuales se sitúan en Italia.

Durante veinte años (años 70 y 80) la totalidad de las personas atendidas en comunidad eran heroinómanos de treinta años con numerosos intentos fracasados de desintoxicación y con necesidades sanitarias, psicológicas y sociales específicas, con una vida al margen de la sociedad, sin compromisos, con patologías infectivas en curso (HBV, HCV, HIV) acostumbrados a contextos de

“El primer Plan Nacional de Drogas en Francia se puso en marcha en 1970, en Italia en 1975 y en España diez años después”.

violencia y marginación social y, en muchos casos, con experiencias previas de detención. Además, los pacientes llegaban a la comunidad sin diagnóstico psicopatológico alguno y carentes de un perfil psicológico. Era tanta la incultura en las comunidades que el síntoma toxicómano parecía absorber cada esfera de la personalidad. En este ámbito, prevalecía un enfoque también ideológico del tratamiento donde, por ejemplo, una recaída era considerada como una traición.

Desde aquel entonces las cosas cambiaron radicalmente. Desde los años 90 en adelante el cuadro epidemiológico cambió decisivamente y, por consiguiente, las necesidades asistenciales se hicieron más complejas. Nos encontramos frente a personas muy bien integradas socialmente, en particular los cocainómanos, o bien adictos muy jóvenes, en edad escolar, que usan drogas de síntesis, madres jóvenes con hijos nacidos con síndrome de abstinencia, jóvenes con problemas psiquiátricos concomitantes o con otros problemas de juego de azar, o personas drogodependientes de segunda y hasta de tercera generación. Las comunidades tuvieron que evolucionar necesariamente y cumplir un auténtico salto cultural para no desaparecer del escenario asistencial.

EN LA ACTUALIDAD: LA INTEGRACIÓN DE LOS SERVICIOS RESIDENCIALES ESPECIALIZADOS EN EL SISTEMA DE SERVICIOS ASISTENCIALES PÚBLICOS

El desarrollo de las comunidades terapéuticas ha demostrado una notable capacidad de invención e innovación, puesta en práctica gracias a una gran flexibilidad organizativa que ha requerido capacidad de adecuarse y adaptarse a los cambios sociales, a los tipos de pacientes y a las metodologías de intervención. Entre ellas, hay que citar la no factibilidad de la comunidad libre de drogas: salvo algunas excepciones, en la comunidad se aceptan personas con terapias de mantenimiento o con terapias graduadas lentamente, así como con terapias psicofarmacológicas que hacen parte integrante de los programas de rehabilitación en la comunidad.



En el curso de las últimas décadas cambió radicalmente también la perspectiva salvífica originaria, con objetivos de protección de la salud entendida globalmente y, en especial, planteada sobre la base de proyectos individuales, tanto educativos como psicoterapéuticos y de rehabilitación y, en definitiva, una mayor colaboración con otros servicios sociales y sanitarios y con las familias de origen y/o de acogimiento. En conclusión, se pasó de un modelo de intervención apoyado sobre una serie de creencias unidas a la rigidez de los aspectos organizativos e indiferenciados válidos para todos, que concentraban su atención en elementos como el lugar cerrado o protegido, el carisma del líder, el método de rehabilitación muy esquematizado y las reglas indiferenciadas: en extrema síntesis, o el paciente se adaptaba a ese lugar y a ese método o quedaba excluido de cualquier posibilidad de rehabilitación.



Philippe Ponsé, (1745-1826). French physician demanding the removal of chains from the insane at the Bicêtre Hospital in Paris. A painting by Charles Muller.

A partir de los años 90 se produjo un cambio radical gracias a un intenso proceso de formación, investigación, estudio e intercambio de buenas prácticas y una buena parte del mérito se debe atribuir ciertamente a las organizaciones internacionales como la nuestra, Euro-TC, conjuntamente con otras redes europeas. Esta apasionante actividad de *networking* permitió a las comunidades terapéuticas en Europa hacer un salto de calidad, y fue un camino que en gran parte se produjo autónomamente, con una escasa –por no decir nula– aportación por parte de las instituciones europeas.

Actualmente, el *setting* comunitario ofrece la posibilidad de tratamientos diferenciados como: las emergencias sociales y las cronicidades, los menores, las parejas, las madres con hijos, los cocainómanos, los jugadores de juegos de azar, los diagnósticos dobles, las mujeres con comorbilidad, con problemas de depresión o con trastornos de las conductas alimentarias, los detenidos en ejecución penal alternativa a prisión. Para el conjunto de estos casos, las especificidades metodológicas de los programas terapéuticos varían incluso en la duración misma de la permanencia que puede oscilar desde algunos meses hasta algunos años. Hay comunidades idóneas que acogen en el grupo de residentes también

una mezcla de problemáticas; por ejemplo, contemplando un número limitado de pacientes con trastornos psiquiátricos y otras comunidades que se especializan en la inclusión de madres con hijos. En ambos casos la metodología adoptada prevé la aplicación de competencias multiprofesionales con personal cualificado. El gran paso hacia delante que las comunidades terapéuticas cumplieron en Europa en los últimos años fue el de integrarse plenamente en la organización de los servicios sociales y sanitarios y la experiencia residencial es un componente de un proyecto individual más amplio que prevé “*un antes*” y “*un después*” comunitario, en colaboración con otros servicios del territorio.

Para ciertos aspectos se retoma y elabora la cultura de la cadena terapéutica de integración entre distintos servicios con tareas y objetivos diferenciados y se puede decir que se practica un auténtico *case management*. Esta personalización de los tratamientos se concentra también en programas de resocialización e inclusión social mediante iniciativas formativas, la conexión con agencias de trabajo o el sostén para la adquisición de autonomía por lo que concierne a los ingresos económicos y a la vivienda y, sobre todo, la posibilidad de seguir un programa de rehabilitación incluso después del alta de la comunidad, para contribuir a mejorar la calidad de la vida en su integridad y prevenir otros factores de riesgo.

La progresiva introducción de dispositivos cada vez más innovadores no representa todavía una auténtica innovación en los tratamientos. El paradigma de intervención es todavía el grupal: el grupo pierde énfasis y primacía, pero conserva toda su importancia en la gestión del paciente en comunidad; simplemente el foco se desplaza desde la colectivización de las experiencias a la personalización de las intervenciones y al programa terapéutico individual. De todas maneras, respecto a los primeros modelos de comunidad terapéutica ha habido un cambio a fines de los años 90 y principios del 2000 y la pregunta que nos hacemos es: ¿qué ha favorecido este cambio?



Algunas posibles respuestas son las siguientes:

1. La progresiva integración de competencias profesionales cualificadas
2. El intercambio de buenas prácticas con intervinientes a distintos niveles
3. La confrontación entre profesiones y experiencias
4. La información en el *management*
5. La mejor comunicación horizontal entre profesionales

A las visitas de estudio y al intercambio entre equipos de profesionales, favorecidos y promovidos por las federaciones europeas e internacionales de comunidades

terapéuticas, como Euro-TC, se acompaña un importante arraigo de las comunidades en el territorio de referencia, que ha premiado la profesionalización de las intervenciones y su integración en los sistemas sanitarios nacionales y regionales. Se redujo la ideología y aumentó la competencia.

La evolución temporal del modelo de comunidad terapéutica se transpone gráficamente en un esquema que muestra, a través del uso de palabras clave, la transición del modelo organizativo inicial al modelo sucesivo, más cercano a nuestros días.



En el modelo de CT de los años 2000, la droga y el uso de sustancias se entienden en cambio como un síntoma de un problema más general, que involucra la esfera psicofísica, el estado de salud general de la persona y las dinámicas emocionales, afectivas y familiares en las que vive, tanto antes como después de su ingreso en comunidad. En este caso, el tratamiento de rehabilitación se trata con una perspectiva multimodal y multifocal y con un conjunto de profesionalidades y competencias que se integran recíprocamente: en este enfoque terapéutico de tipo clínico-educativo el tratamiento se desarrolla con la ayuda importante de sustitutos, fármacos y psicofármacos que sostienen al paciente en su pasaje de una condición sintomática a un nuevo equilibrio psicofísico y a una plena integración en el contexto social y profesional de referencia, en la óptica de la salud y del bienestar.

Por último, no hay que olvidar que hoy día, las organizaciones de las que dependen las comunidades terapéuticas no ofrecen solo servicios de rehabilitación, sino que pueden ser entendidas como sistemas de la sociedad civil que se comprometen activamente en la prevención, en el asociacionismo y el voluntariado, promoviendo una sensibilización difundida hacia la promoción de estilos de vida saludables, por ejemplo, en la promoción de la práctica deportiva y en la representación de un ejemplo de legalidad en el contraste de la micro criminalidad. Además, bajo el perfil de la organización, siendo estas asociaciones sin fines de lucro, concentran una atención particular también en el bienestar de sus trabajadores organizando formas de responsabilización en los procesos decisionales y de valorización de las competencias, así como un interés al crecimiento profesional a través de una constante actividad de formación. En pocas palabras se trata de organizaciones que promueven un compromiso civil y producen un valor social difundido.

CONCLUSIONES

En conclusión, quisiera señalar los nuevos retos que deberán afrontar las comunidades terapéuticas. Me refiero a la remodelación de las políticas del *welfare* (bienestar), común a muchos países europeos y derivada de la



actual coyuntura económica. La pérdida de interés de la opinión pública y de las instituciones políticas, las políticas de normalización del programa acompañadas por un despliegue masivo de fármacos sustitutos suministrados en vía prioritaria si no exclusiva, la menor percepción del daño individual y social relacionada con el fenómeno de las adicciones y también el escaso espíritu de solidaridad que despierta, acompañadas a las políticas de contención del gasto social, son toda una serie de factores que representa una grave amenaza para el futuro de las comunidades terapéuticas. En muchos países se asiste a la reducción del número de comunidades. Esto no significa que sea necesariamente una situación negativa ya que se está activando un importante proceso selectivo que apuesta por la calidad organizativa y de gestión y creo también en un uso más prudente de los recursos públicos. Lo más preocupante es que, pese a los avanzados progresos en la mejora de la oferta asistencial y que las comunidades terapéuticas representan un agente importante de las políticas de tratamiento, se registra una dificultad en la determinación de una estrategia europea que defina reglas y objetivos, y que contribuya a disciplinar mejor el sector, con normas claras y transparentes, que protejan no solo a los operadores, sino principalmente a los pacientes que utilizan estos tratamientos.

REFERENCIAS

- Broekaert E., Vandevelde S., Soyez V., Yates R., Slater A. (2006), The third generation of therapeutic communities: the early development of the TC for addictions in Europe. *Eur Addict Res.*; 12(1):1-11
- Dr Jean-Michel Delile (2011), Les Communautés Thérapeutiques arrivent en France: pourquoi (seulement) maintenant? (Therapeutic communities come to France: why only now?), *Psychotropes*, 2011/3 - Vol. 17, pages 29 à 57, De Boeck Supérieur
- George De Leon (2000), *The therapeutic community. Theory, model and method*, Springer publishing company, New York
- Emcdda (2014a), *Therapeutic communities for addictions in Europe: evidence, current practices and future challenges of a treatment approach*, Insights, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Emcdda (2014b), *Residential treatment for drug use in Europe*, EMCDDA Papers, Lisbon, July 2014
- Gabriel Roldan Intxusta (2002), La función de la comunidad terapéutica, ayer y Hoy capítulo V del libro *Las comunidades Terapéuticas: pasado, presente y future*, Edición a cargo de J.A. Abeijón y L.Pantoja. Universidad de Deusto.
- Albert Q. Maisel (1946), *Bedlam 1946, Most U.S. Mental Hospitals are a shame and a disgrace*, Life Magazine