

# EL PAPEL DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA EN EL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO

Jorge Sánchez-Mejorada Fernández  
Médico Psiquiatra  
Universidad Veracruzana

## **Introducción**

El presente trabajo analiza la necesidad de construir políticas públicas que permitan dar a la comunidad terapéutica (C.T.) un espacio de desarrollo en el campo del tratamiento en México. En primer término se analizan algunos antecedentes sobre el desarrollo de la C.T. en los Estados Unidos y se aventuran algunos elementos que permitan empezar a entender el escaso desarrollo de esta modalidad en nuestro país. En el segundo apartado se aborda la definición conceptual y metodológica de comunidad terapéutica partiendo de los trabajos de algunos de los teóricos e investigadores más destacados sobre este tema. El tercer apartado analiza los datos epidemiológicos disponibles en una C.T. buscando inferir el posible papel que esta modalidad puede jugar en el tratamiento del abuso y la dependencia de alcohol. Finalmente proponemos algunas líneas de trabajo a nivel de políticas públicas que permitan avanzar en la implementación de C.T. en nuestro país. Partimos del postulado de que el tratamiento de las adicciones constituye una estrategia fundamental e insustituible en la prevención integral del consumo de drogas que requiere de las políticas públicas adecuadas para su implementación.

## **Antecedentes en el mundo y en México**

La primera C.T. para adictos, llamada Synanon, surgió en California en 1958. Su fundador Charles Dederich era un miembro de Alcohólicos Anónimos que logró estar sobrio por 20 años a partir de 1956. Durante 10 años Synanon mantuvo su estructura como una auténtica C.T. enfocada en el tratamiento y la rehabilitación de la adicción a las drogas. Posteriormente se convirtió en una

comunidad con un “estilo de vida alternativo” y finalmente terminó sus días como una especie de “culto” hacia 1978 (Hayton R.,1998). Hayton también anota, citando a Deitch D., que Synanon, a partir de su experiencia en su primera década, generó el nacimiento de numerosas C.T. exitosas, haciendo una gran contribución al tratamiento de la drogadicción cuyos efectos se sienten hasta el día de hoy.

El modelo de C.T. se difundió a partir de 1970 en Estados Unidos, en Europa y, a partir de 1980 en algunos países de América Latina. En Su desarrollo ha estado respaldado por financiamiento público y privado en virtud del reconocimiento de su utilidad en el tratamiento de las adicciones. Koustenok (2008) citando a Wexler H. (1996) comenta sobre la implementación del programa de C.T. de la fundación Amity a la prisión de Donovan en San Diego, California. En los años subsecuentes vendría un desarrollo importante de este modelo en prisiones en casi todos los estados de la Unión Americana. En el año 2000 se contabilizaban 252 prisiones con 40,362 usuarios de C.T. en ese país (Rockholz 2002).

En 1989 El Instituto Nacional contra el Abuso de Drogas de Estados Unidos (NIDA) patrocinó un ambicioso proyecto de investigación sobre los resultados de tratamiento en diversas modalidades (Drug Abuse Treatment Outcome Study: DATOS). Hubbard et al. (1997) muestran la mejoría sustancial antes y después del tratamiento, en comunidades terapéuticas de larga estancia, estudiando los siguientes indicadores: consumo de cocaína, consumo de heroína, abuso de alcohol, actividad ilegal, empleo e ideación suicida. Salvo el tema del empleo en todos los demás parámetros se observan cambios significativos. Por su parte Simpson et al. (1997) comparan los resultados obtenidos con estancias residenciales menores a 90 días y de 90 días o mas. Los indicadores utilizados en este estudio fueron: consumo de cocaína, consumo de alcohol, detección aleatoria de drogas en orina y cualquier tipo de encarcelamientos. Todos los indicadores tuvieron mejores índices de mejoría cuando la estancia fue de tres o mas meses. Por su parte revisiones sistemáticas de la literatura científica han identificado a la C.T. en prisiones como una de las modalidades mas efectivas para tratar a los adictos involucrados en conductas delictivas (Aos 2006).

Sin duda la evaluación de resultados ha constituido una fuente importante para la toma de decisiones en materia de financiamiento a los programas de tratamiento en los Estados Unidos y en otros países europeos y latinoamericanos.

Paradójicamente, tomando en cuenta nuestra vecindad, el modelo de C.T. no penetró a México importado de los Estados Unidos, como si ocurrió con el modelo Minnesota que dió pie al desarrollo de clínicas privadas orientadas, en general, a atender sectores de la población económicamente medios altos y altos. El nicho, para atender a otros sectores de la población, que en su momento pudo haber ocupado la C.T., fue ocupado mayoritariamente por otras variables, derivadas también de Alcohólicos Anónimos (agrupaciones 24 horas, anexos y albergues). A pesar de su raíz común en la tradición de ayuda mutua, las características metodológicas y los parámetros éticos entre las comunidades terapéuticas y estas variables que surgieron en nuestro país, plantean diferencias fundamentales. El desarrollo extraordinario en cobertura de estas modalidades de ayuda mutua en México puede tener diversas explicaciones sobre las que aventuro conjeturar en las siguientes líneas.

Con excepción del financiamiento otorgado a los Centros de Integración Juvenil, a lo largo de las últimas décadas, el gobierno mexicano había sido bastante ajeno a lo que ocurría en el campo del tratamiento. Por un lado el discurso sobre el hecho de que éramos un país de tráfico de drogas más no de consumo no previó que la situación cambiaría. Por otro lado una especie de “indiferencia” casi generalizada de cara al problema del abuso y la dependencia del alcohol permeaba en instituciones de salud y en grandes sectores de la sociedad mexicana. La excepción a esto estaba dada por los grupos de Alcohólicos Anónimos, de los cuales emanan las diferentes variables residenciales, que a partir de los años ochenta inician una multiplicación que no ha cesado hasta nuestros días. El modelo de “anexo” o “albergue” ha dominado casi totalmente la escena del tratamiento residencial en México, creando todo un vocabulario relacionado con la traducción – en ocasiones inexacta – de los doce pasos al español y la re-significación de ciertas palabras, como el caso del verbo “anexar” prácticamente como sustituto de tratar en modalidad residencial. Ante la falta de otras respuestas y la indiferencia o la complicidad gubernamental los líderes de estas agrupaciones definieron sus propios “usos y

costumbres” que hoy forman un mosaico muy complejo, cuya descripción rebasa los alcances de este artículo. Sin embargo hay algunos rasgos que son claramente identificables y que señalo a continuación.

El primero consiste en una arraigada creencia de que ante la falta de colaboración del adicto para recibir tratamiento la única alternativa posible es el internamiento forzoso a solicitud familiar. De una premisa real, acerca de las resistencias del adicto, se llega a una conclusión reduccionista y arbitraria. Además de la argumentación ideológica sobre la utilidad del internamiento forzoso como herramienta para inducir el cambio, en muchos casos subyace el interés económico. Mantener un número determinado de usuarios, con o sin consentimiento, representa la alternativa para contar con ingresos presupuestados de una manera segura.

El segundo es el predominio de un enfoque asistencial, basado en la ayuda mutua, que mantiene distancia con cualquier enfoque profesionalizante sea de tipo clínico, metodológico, administrativo o de financiamiento, Muchas agrupaciones se oponen a ingresar a una vertiente de rendición de cuentas pues temen ser contaminadas por “influencias externas”. Este enfoque asistencialista los lleva a incluir en los centros a una gama de población muy variada, desde adictos jóvenes hasta ancianos o enfermos mentales crónicos abandonados que permanecen por tiempos indefinidos.

La tercera es el predominio de un enfoque punitivo, que se justifica por los daños que ha causado el adicto y la necesidad de “reducir su ego”. Bajo esta premisa el usuario involuntario suele ser intimidado, amenazado, y en no pocos casos, agredido e incluso torturado. Este tipo de abordajes en ocasiones son sublimados, por los sobrevivientes, quienes se encargarán de reproducir el procedimiento en virtud de que a ellos “les funcionó”. En mi opinión ciertos rasgos antisociales o psicopáticos en algunos líderes suelen facilitar la reproducción de las prácticas abusivas.

La norma oficial mexicana para la prevención y el tratamiento de las adicciones (NOM 028) llegó veinte años después de que aparecieran las modalidades residenciales de ayuda mutua. para intentar regular una situación ampliamente desregulada y tolerada y para atender un problema cada vez mas complejo y en constante crecimiento de acuerdo con datos obtenidos de las encuestas nacionales de adicciones (ENA 2002 y 2008).

La C.T. nace como un programa de tratamiento, inspirado en el proceso de ayuda mutua de Alcohólicos Anónimos, pero distinguiéndose claramente en su metodología, asumiendo el modelo residencial y una estrategia de confrontación directa entre sus miembros que no se hacía en A.A. Desde el principio en Synanon dejan claro que ellos ya no son A.A., son una nueva modalidad que adopta un nuevo nombre.

Cuando vemos lo ocurrido en México con el movimiento de 24 horas, hablamos de una ruptura parcial y en algunos aspectos contradictoria con sus orígenes. Buscan conservar el nombre de A.A., a pesar de la oposición de la asociación original. Conservan porciones del método, de sus tradiciones y de sus pasos, mientras rechazan otros. Privilegian el uso de la “tribuna” como el procedimiento por excelencia de su metodología. Permean de tal manera entre grades sectores de la sociedad mexicana que para muchos el término de A.A. es identificado mas con estas agrupaciones de puertas cerradas que con la original asociación que trabaja en base a juntas de una hora y media, a puertas abiertas y sin sistemas de coerción.

Por su parte los primeros programas de C.T. en México empiezan en la década de los años 90 por influencia de programas italianos y colombianos. Un evento internacional organizado por la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas (FLACT) en la ciudad de México en 1996 denota la creación de algunos programas inspirados en el modelo de C.T. Ninguna política pública los impulsa. La C.T. como modalidad de tratamiento ni siquiera es mencionada en la norma oficial de 1999. En los últimos años la Federación Mexicana de Comunidades Terapéuticas (FEMEXCOT) contó con recursos públicos, provenientes del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y de algunos consejos estatales, para capacitar en algunos estados a las agrupaciones de ayuda mutua residencial. Los resultados muestran que la capacitación crea inquietudes y sensibiliza de manera importante, sin embargo como medida aislada es insuficiente para la implementación del modelo. La transición de “anexos” a auténticas C.T, requiere de una estrategia integral.

Por su parte las escasas instituciones que han nacido, inspiradas en este modelo, han sobrevivido de manera generalmente precaria, gestando recursos privados o públicos. Estos últimos han empezado a fluir de manera gradual y

algunas comunidades han logrado algún financiamiento que aunque es a todas luces insuficiente, representa al menos un precedente que requiere ser impulsado, normado e instrumentado en el futuro próximo. De este tema hablaremos más en el apartado específico.

### **La Comunidad Terapéutica: descripción y principios básicos**

La C.T. es un método que se caracteriza principalmente por propiciar una interacción permanente entre sus integrantes creando espacios diseñados para que ocurra el crecimiento personal. Nace, como hemos dicho, como un programa de tratamiento, inspirado en el proceso de ayuda mutua de Alcohólicos Anónimos, pero distinguiéndose claramente en su metodología, asumiendo el modelo residencial y una estrategia de confrontación directa entre sus miembros que no se hacía en A.A.

Un hecho interesante en el desarrollo del modelo de C.T. es su evolución a partir de un método de ayuda mutua, con cierta dosis de “genialidad” en su creador (al igual que A.A. de hecho), a un modelo que, conservando su esencia original, logra a través de las décadas una sistematización y una profesionalización crecientes. Hayton (1998) citando a Deitch (1984) define la C.T. como: *“una comunidad humanizante en la que se comparten principios y valores. Se sustenta en el funcionamiento personal, en la disciplina, en el aprendizaje del auto-control y de la compasión. Sobre todo se basa en la creencia de que el cambio es posible, que la vida comunitaria juega un papel crucial para ese cambio y que la felicidad personal se alcanza solo a través de la participación en algo que trasciende a la persona”*. Este último autor apunta cuatro creencias básicas de este modelo:

- Las personas pueden cambiar en comunidad terapéutica.
- El grupo opera como el agente sanador.
- Cada miembro debe asumir responsabilidad por su comportamiento y su actuación frente a otros.

- La importancia de “actuar como si creyera” – ser capaz y ser responsable (*profecía autocumplidora*). Dicho de otro modo hacer las cosas aunque no es este convencido.

Siguiendo al mismo autor las actividades de la C.T. se organizan en base a cuatro categorías básicas:

- Manejo y modelaje conductual.
- Vida emocional y psicológica.
- Desarrollo intelectual, ético y espiritual.
- Definición vocacional y desarrollo de habilidades para vivir en el mundo.

La primera categoría se refiere a la observancia de una conducta pro-activa, socializante, fraterna, que apunta hacia una integración entre los nuevos valores y la conducta observable. El modelaje de los miembros del personal y de los residentes entre sí – especialmente de los que se encuentran en fases avanzadas hacia los recién llegados - es fundamental. La conducta del residente se moldea entonces a través de dos elementos fundamentales: el modelaje y la retroalimentación verbal directa.

En la segunda categoría subyace un postulado fundamental de la C.T., en lo cual esta modalidad es compatible con otras perspectivas psicológicas: la adicción a la drogas se instala sobre experiencias y contextos de vida con antecedentes de dolor y dificultad en donde no hubo espacios para el procesamiento y la sanación de estas dificultades. El uso de drogas, entendido de esta manera es una medida para evadir la realidad interna o externa y para evitar el dolor. Por lo tanto la metodología –utilizando como espacio privilegiado- la terapia grupal, busca trabajar sobre la vida emocional reprimida o evadida y de abordar problemáticas de vida no trabajadas, tales como: abandono, abuso en sus diversas variables. duelos, marginación, violencia, agresión, etc. Siguiendo la filosofía de la Fundación Amity el grupo terapéutico y todo el espacio de la C.T. requiere ser un espacio de seguridad y de confianza –representado en la palabra “*santuario*”- en el que pueden depositarse los secretos mas dolorosos y vergonzantes para poderlos sanar. La filosofía del programa de Daytop –adoptado por muchas C.T.- refleja

claramente la importancia de este proceso: *“mientras no comunique mis secretos no hallaré reposo; al temer ser conocido no podré conocerme a mí mismo ni conoceré a los demás estaré solo.....”*

La tercera categoría es un campo para la expansión de la conciencia en su acepción más amplia. Es abrirse a nuevos conocimientos capaces de retar los prejuicios, desarrollar interés por temas científicos, artísticos o ecológicos antes ajenos a las preocupaciones del adicto, desarrollar nuevos valores. Es crear una cultura de la reparación de daños y del perdón traducida en acciones que inicia desde el ámbito de la C.T. pero que debe trascenderla para llegar al ámbito familiar y de la comunidad real. En esta categoría ha encontrado un espacio adecuado de trabajo la Logoterapia de Viktor Frankl que se aplica hoy en numerosos programas, especialmente en América Latina.

La cuarta categoría responde a la importancia que se otorga en la metodología de C.T. a la reinserción social como una etapa avanzada del proceso en la que se requiere planes de acción a corto, mediano y largo plazo, que dependerán de las necesidades y la prioridades de cada persona. La definición vocacional y la adquisición de habilidades básicas para la escuela o el trabajo son componentes esenciales a esta etapa.

Para De Leon (2004), que es otro de los grandes teóricos e investigadores sobre el modelo de C.T. este parte de una definición epistemológica que abarca las siguientes definiciones:

**El Trastorno:** *“Perturbación total de la persona que afecta varias o todas las áreas del funcionamiento. Existen problemas cognitivos y comportamentales, así como dificultades afectivas. El pensamiento suele ser irrealista y desorganizado, los valores confusos, inexistentes o antisociales. Frecuentemente hay déficits en habilidades verbales, de lectura, escritura y para el trabajo. La “bancarrotas” moral y espiritual es evidente, descrita en términos psicológicos o existenciales”.*

**La Persona:** *“El asunto medular radica en la “persona como ser social y psicológico” que está afectado en su comportamiento, pensamiento, manejo de emociones, interacción y comunicación con otros, así como en la percepción y experiencia sobre sí mismos y sobre el mundo. La persona esencialmente es “buena”, las actitudes “erróneas o malas””*

**La Recuperación:** *“Cambio multidimensional en el estilo de vida y en la identidad visto como un proceso gradual de aprendizaje social que ocurre a través de la ayuda mutua en un contexto social específicamente creado para que esto ocurra. Valores centrales en el proceso son honestidad y responsabilidad”.*

En el marco de esta breve descripción es necesario subrayar la perspectiva de la C.T. sobre los métodos de reclusión. En palabras de Deitch (1984):

- 1) Es un sistema de puertas abiertas, aunque el residente puede tener fuertes presiones para permanecer, o alternativas comprometedoras, la persona debe tener la posibilidad de elegir, en primer término, su entrada o su salida en cualquier momento.
- 2) En la comunidad no se debe permitir ningún tipo de violencia y no se debe utilizar la restricción física.
- 3) Debe haber rendición de cuentas, tanto a nivel clínico como administrativo para evitar el abuso de poder.

Un programa que se autonombre C.T. y que contradice estos principios está alterando postulados filosóficos y éticos sustanciales a este modelo.

En el plano operativo las C.T. funcionan como espacios en donde se generan espacios de convivencia cotidiana con base en una agenda de trabajo semanal que incluye de manera enunciativa mas no limitativa las siguientes actividades: sesiones de apertura y cierre del día, seminarios, talleres, presentaciones didácticas, terapia de grupo, grupos de confrontación, grupos de apoyo. Las actividades suelen ser encuadradas de manera muy clara y se utilizan rituales para significar los diferentes momentos de la vida comunitaria. Los residentes de una comunidad participan activamente en el desarrollo de las actividades cotidianas y se distribuyen servicios diversos que aportan al buen funcionamiento de la casa.

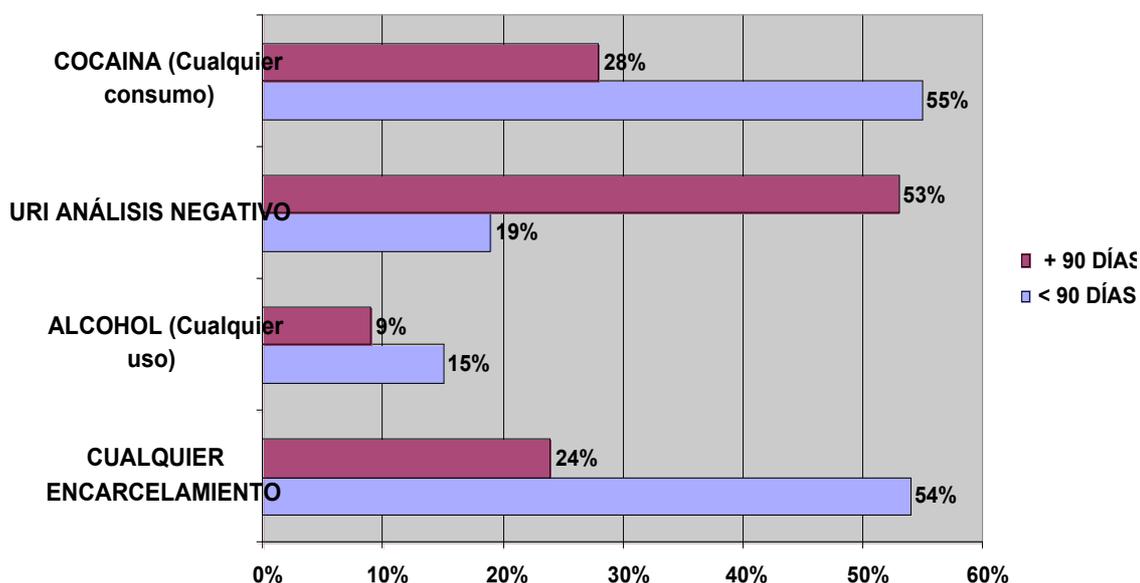
En paralelo suelen contar con una serie de servicios como son: atención médica, atención psiquiátrica, actividades ocupacionales, terapias alternativas, actividades lúdicas, recreativas y deportivas, actividades relacionadas con la reinserción escolar o laboral y actividades relacionadas con la terapia de la familia que representa una prioridad creciente, muy especialmente cuando se trabaja con adolescentes.

El proceso en la C.T. se desarrolla por etapas con objetivos, expectativas y privilegios relacionados con autonomía creciente. Estos últimos están en relación con indicadores de avances más que con el tiempo invertido, aunque éste es orientador. Con variantes al interior de cada C.T. puede hablarse de las siguientes etapas: acogida, tratamiento primario, pre-reinserción y reinserción social. Es frecuente combinar, especialmente en las últimas fases la modalidad residencial con la semi-residencial o de medio camino y/o con el tratamiento ambulatorio intensivo o semi-intensivo.

En general los procesos en comunidad terapéutica suelen implicar períodos prolongados que pueden ir de 8 a 18 meses. Estos términos son ideales para incidir de una manera profunda y duradera en la personalidad de los usuarios. La siguiente gráfica muestra la evolución de cuatro indicadores a un año de seguimiento con procesos residenciales menores o mayores a tres meses.

**GRÁFICA 1. RESULTADOS OBTENIDOS ACORDES CON TIEMPOS DE ESTANCIA**

(MENOS O MAS DE TRES MESES)



Fuente: Simpson, et al., *Psychology of Addictive Behaviors*, 11: 264 – 307, 1997.

No obstante la realidad es que existen una serie de argumentos relacionados con el financiamiento y la cobertura que tienden a disminuir los períodos de

tiempo residenciales. En México al no existir una cultura instalada de C.T. es complicado montar programas residenciales prolongados de manera generalizada. La mayoría de las comunidades actualmente trabajan con períodos residenciales que van de tres a cuatro meses. Esto obliga a diseñar y operar modalidades de seguimiento ambulatorio o semi-ambulatorio intensivas. No obstante vale la pena considerar estancias mas largas para ciertas poblaciones: personas con co-morbilidad, personas con recaídas múltiples y adolescentes, especialmente si se combinan la C.T. con procesos de escolarización formal.

Por último vale la pena destacar el potencial del modelado al desarrollar propuestas o enfoques o variables específicas para aplicar a diferentes poblaciones o en diferentes contextos, entre los que destacan:

- Enfoque para mujeres
- Enfoque para adolescentes
- Enfoque para personas con co-morbilidad psiquiátrica
- Enfoque en prisiones
- Enfoque para personas con VIH o SIDA
- Enfoque para personas en situación de calle
- Enfoque para grupos minoritarios

La situación epidemiológica actual nos lleva necesariamente a crear esas variables para atender a la población ya adicta y la que emergerá en los próximos años, específicamente a los jóvenes y a las mujeres que se están incorporando de manera acelerada a la población consumidora.

### **Consumo de alcohol en usuarios de una comunidad terapéutica**

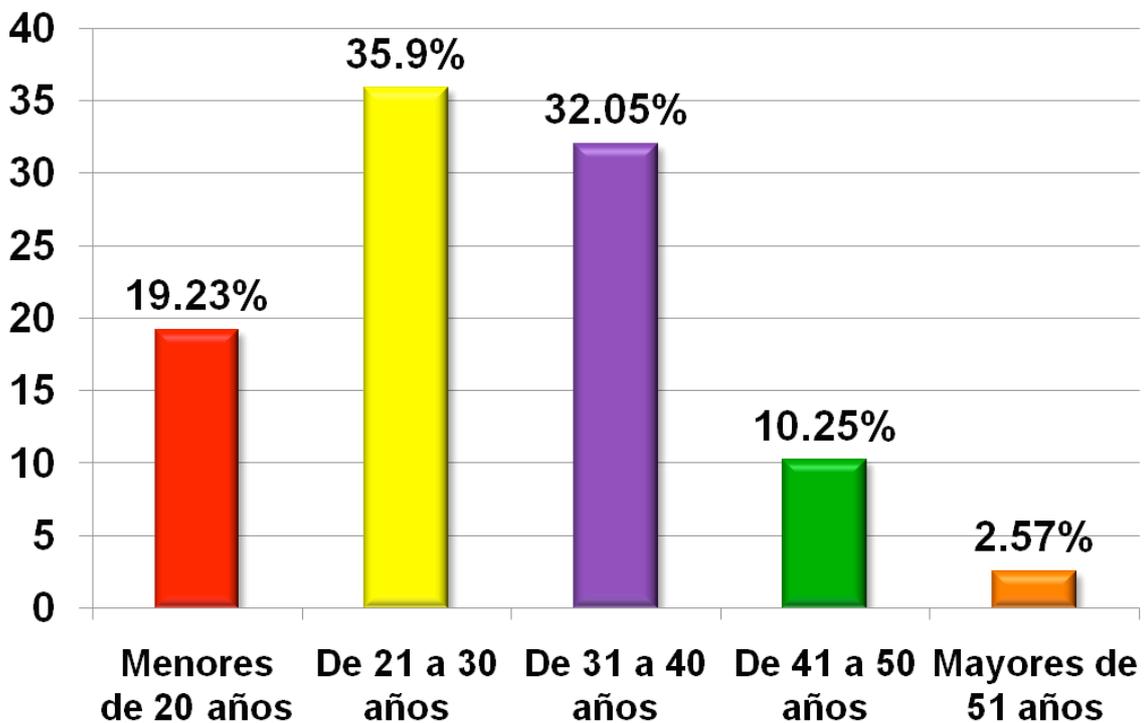
Es común cuando se piensa en el perfil de usuarios en una C.T. en drogadictos mas que en alcohólicos. Esta afirmación tiene algún sustento en el sentido de que muchos de los usuarios de comunidades terapéuticas han sido adictos a las drogas ilícitas. Sin embargo el adicto joven, que es hoy, el principal usuario de los centros de tratamiento es, con frecuencia, un policonsumidor de drogas tanto legales como ilegales. Según datos del Sistema de Vigilancia

Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) en el año 2005 uno de cada tres usuarios de los centros de tratamiento estudiados reportan como droga de inicio el alcohol, uno el tabaco y uno cualquiera de las drogas ilegales: marihuana, inhalables y cocaína en ese orden. No es por lo tanto sorprendente que un porcentaje importante de los adictos a diversas drogas presenten en paralelo problemas de consumo de alcohol.

El enfoque de la comunidad terapéutica, especialmente la norteamericana, como digna heredera del movimiento de sobriedad, preconiza la abstención de todas las drogas ilegales y del alcohol. Con el afán de estudiar el papel del abuso y la dependencia del alcohol en los usuarios de una comunidad terapéutica ubicada en el estado de Veracruz se realizó una investigación retrospectiva en la población atendida durante el año 2009 conformada por una muestra de 79 hombres, en su mayoría jóvenes entre 18 y 30 años, seguidos por el grupo de 31 a 40 años, tal como se muestra en la siguiente gráfica.

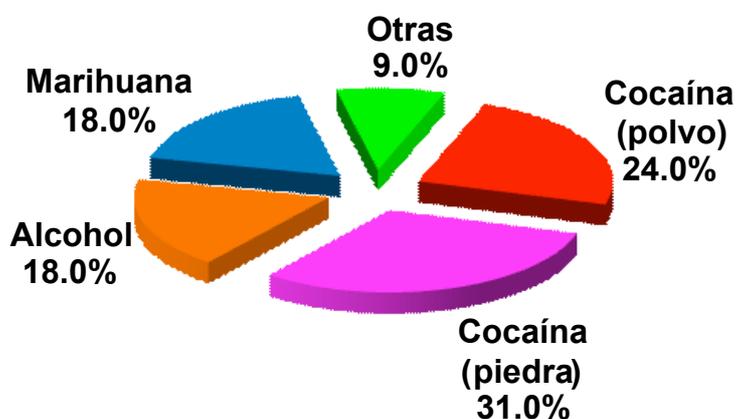
Gráfica 2

### Pacientes atendidos en tratamiento residencial, por rango de edad, 2009



Población atendida en la Fundación Casa Nueva IAP. Xalapa, Ver. 2009

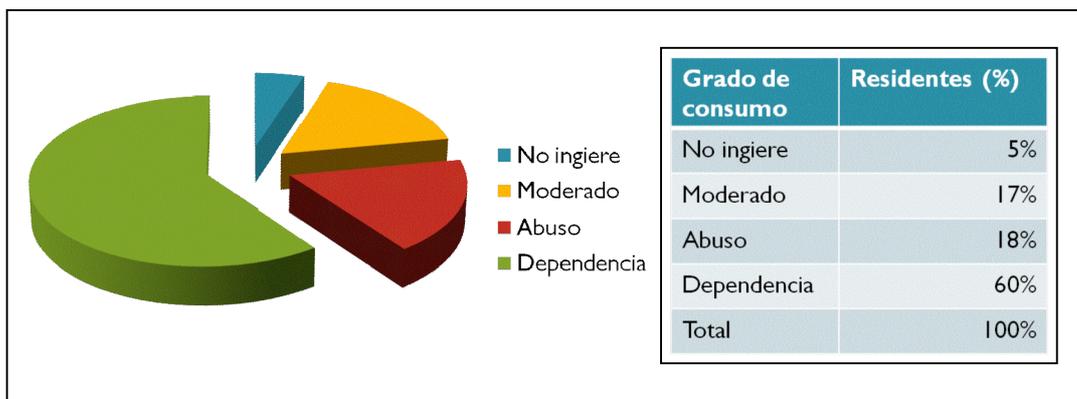
En un primer análisis cuando se estudia la droga de mayor impacto puede pensarse que en esta población la problemática con el alcohol es menor ya que solo el 18% lo refieren como la droga de mayor impacto, en contraste con la población que refieren como droga de mayor impacto a la cocaína, sumando la presentación en piedra un 31% y en polvo 24%. el 55% de los casos estudiados.



Gráfica 3. Droga de mayor impacto en población atendida en Fundación Casa Nueva IAP 2009.

Un segundo análisis consistió en investigar el porcentaje de la muestra que cumple con criterios de abuso y dependencia de alcohol. Bajo esta perspectiva la presencia de problemas con el alcohol en la población estudiada aumenta significativamente. Casi cuatro de cada cinco usuarios presentan problemas con el alcohol y entre ellos 3 (60%) presentan dependencia, tal como se muestra en la gráfica 4.

**Gráfica 4. Consumo de alcohol en residentes de la Fundación Casa Nueva, Xalapa, Ver., enero 2009-mayo 2010**



Fuente: Registros de ingreso, Fundación Casa Nueva IAP. 2009-2010.

Es razonable concluir que si bien la cocaína provoca situaciones críticas que precipitan la demanda de tratamiento, el consumo de alcohol constituye el principal telón de fondo sobre el que se desarrollan los procesos adictivos a las drogas ilegales. Es probable que la alta tolerancia social respecto al abuso del alcohol juegue un papel para postergar peticiones de ayuda en población que consume preferente o exclusivamente alcohol. Cualquiera que sea el caso –mono o poli consumidores - hablamos de que en la C.T. estudiada la dependencia del alcohol se encuentra en 60% de los usuarios. Este dato no es comparable con los reportados en el SISVEA. No obstante este sistema de acuerdo con los datos disponibles de usuarios en centros de tratamiento afirma: “Respecto a la droga de impacto, nuevamente el alcohol se manifiesta con porcentajes que van en aumento” (SISVEA 2008).

### **Políticas públicas para el desarrollo de comunidades terapéuticas**

El desarrollo de C.T. en nuestro país requiere de políticas públicas articuladas que incidan sobre cuatro puntos fundamentales que necesitan ser trabajados en paralelo, a saber: capacitación, financiamiento, evaluación e inducción a tratamiento. Cada uno de estos puntos es abordado a continuación.

**Capacitación:** La capacitación es una herramienta fundamental que en el ámbito de las C.T. suele incluir a egresados de los programas y a profesionales

de la salud o de otros ámbitos. Cada grupo cuenta con fortalezas y con obstáculos necesarios de enfrentar. Por ejemplo los ex -adictos re-educados en C.T. conocen bien la cultura y metodología de la comunidad porque la han vivido, pero suelen faltarles conocimientos mas amplios de de referencia, cultura general y conocimientos científicos específicos. Los profesionales de la salud por lo general poseen estos elementos pero desconocen la metodología de la comunidad y, con frecuencia, desconfían de ella pues rompe con muchos de sus esquemas tradicionales. La Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas ha elaborado un programa de certificación de consejeros, elaborado como un instrumento interno para las instituciones afiliadas a su red a través de las redes nacionales. La propuesta incluye la formación en conocimientos, en habilidades y en actitudes y está articulada para aplicar a diferentes niveles formativos de acuerdo con: el grado académico del postulante, los conocimientos específicos adquiridos sobre adicciones y sobre consejería terapéutica y el tiempo de experiencia en tareas terapéuticas dentro de la C.T. De manera similar a la formación en diversas áreas clínicas y terapéuticas se requiere del desarrollo de habilidades que solo se adquieren con la práctica y de actitudes que se desarrollan al integrar la teoría y la práctica de la C.T. al propio desempeño como consejero en el ámbito de la C.T. Dicho de otro modo el consejero en el ámbito de la C.T. requiere del ingrediente de la congruencia y de la integridad pues constituye un modelo a seguir sobre el que se basa en cierta medida la respuesta del residente. En México contamos con mucho mas actores que pueden aproximarse a los requisitos teóricos de la formación, pero contamos con mucho menos que puedan responder a la formación de campo. Esto se debe sin duda al escaso mercado de trabajo en C.T. aunado, a su vez a la escasez de comunidades terapéuticas de pleno derecho con base en criterios metodológicos y éticos que permitan sustentar la formación de consejeros. Esto representa un reto en la actualidad pero es también un campo abierto, sumamente prometedor, en la medida en que se de un desarrollo en al ámbito de la C.T. en nuestro país.

**Financiamiento:** Las escasas C.T. existentes en México logran mantenerse a través de proyectos presentados a entidades financiadoras (cuando logran

coincidir con los objetivos de las convocatorias) y a través de programas de procuración de fondos que buscan captar donativos recurrentes o únicos de personas físicas o morales. Las cuotas de recuperación puedan jugar un papel, sin embargo todas aquellas organizaciones que buscan la inclusión social no pueden aspirar a la que la población que atienden cuente con el recurso inherente al costo de un tratamiento profesional. Este es el caso de la mayoría de las organizaciones de la sociedad civil que operan el modelo de comunidad terapéutica: luchan permanentemente por los recursos públicos, federales o estatales con los que si cuentan sistemáticamente los organismos descentralizados o desconcentrados tanto a nivel federal como estatal.

El financiamiento a las comunidades terapéuticas debe ir precedido del reconocimiento a la utilidad pública de las mismas y a un programa que realmente permita y estimule su desarrollo a lo largo y ancho del país. Se trata de crear fórmulas de financiamiento que partan de una responsabilidad compartida, que abarque a diferentes actores con la idea de que el tratamiento tiene efectos positivos a diferentes niveles que justifican la aportación de estos actores. Algunos actores que requieren participar en la financiación del tratamiento son: el gobierno federal, los gobiernos estatales y municipales, las instituciones de seguridad social, las fundaciones con este objetivo específico, la industria alcoholera, los sindicatos, las empresas, la sociedad civil organizada, los usuarios y sus familias. Estos últimos de acuerdo a sus posibilidades.

Para lograr este objetivo es necesario con creatividad y disposición crear las fórmulas que se puedan llevar a los congresos federal y estatales para plasmar en leyes que garanticen la canalización de recursos al tratamiento. Naturalmente esta estrategia requiere de un enorme esfuerzo en paralelo por parte de las organizaciones prestadoras del servicio para una profesionalización creciente que abarque tanto el ámbito clínico-terapéutico, como el administrativo y las áreas de procuración de fondos. Esto implica seguir una cultura de la transparencia que ya existe en muchas organizaciones donatarias y especialmente en las instituciones de asistencia privada o sus equivalentes en los estados de la república.

El financiamiento al tratamiento requiere sustentarse como un componente del derecho a la salud. En paralelo requerimos del sustento en análisis de costo-

beneficio derivados del tratamiento que ya se han hecho en otros países. Dos ámbitos particulares deben estudiarse: los costos en salud y seguridad social de la adicción no tratada y los costos en impartición de justicia, incluyendo el ámbito carcelario, de la adicción no tratada versus el costo del tratamiento de las adicciones y sus beneficios en diferentes modalidades, incluyendo naturalmente a las comunidades terapéuticas. Este último punto será abordado en el siguiente inciso

**Evaluación:** La evaluación es un componente necesario y complementario para la operación y financiamiento de programas de comunidad terapéutica. Esta es una recomendación de la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas en su afán creciente de profesionalización de sus afiliados.

La evaluación debe abarcar varios aspectos complementarios y retroalimentativos entre sí. Por un lado la evaluación de procesos, relacionada con la calidad de la atención y la satisfacción del usuario por el servicio recibido. La evaluación de procesos debe contar con procesos y procedimientos descritos en manuales operativos o de procedimientos, que a su vez requieren contar con formatos de registro y compilación y con indicadores que permitan medir el grado de cumplimiento respecto a lo establecido.

La evaluación de resultados da cuenta de la evolución del usuario en función de diversos indicadores acordes con los objetivos planteados. En comunidades terapéuticas uno de los objetivos prioritarios es evitar la reincidencia en el consumo de drogas por lo tanto uno de los indicadores a estudiar suele ser este, acompañados de otros relacionados con estado de salud y calidad de vida.

Finalmente la evaluación del impacto es la que mayor complejidad plantea en función del diseño metodológico que permita conocer los costos financieros y de otra naturaleza imputables a la adicción no tratada para poder compararlos con el costo del tratamiento de las adicciones.

Actualmente la Universidad Veracruzana prepara un protocolo de investigación evaluativa prospectiva y longitudinal para centros de tratamiento y sus usuarios que abarca: aplicación de normas oficiales, satisfacción de usuarios, abstinencia de drogas, salud física, salud psíquica, relaciones interpersonales, condición laboral o escolar, conducta delictiva o antisocial y sentido de vida.

## **Inducción a tratamiento**

Es un hecho que muchos candidatos a tratamiento de adicciones no generan la demanda de manera espontánea. Sin embargo desde la esencia de la C.T. no es posible concluir que la alternativa necesaria es secuestrarlos y forzarlos a ingresar bajo la premisa de que con el tiempo cambiarán y aceptarán permanecer en tratamiento.

Bajo la perspectiva de la C.T. el concepto de seguridad y confianza debe construirse desde el primer contacto, por lo tanto no cabe el engaño, la intimidación ni la violencia para lograr el ingreso a tratamiento. En la opinión de este autor las situaciones de urgencia psiquiátrica deben manejarse como tales, sujetas a la normatividad vigente y, en su caso fungir como instancias desde donde se puede intervenir para referir a tratamiento en C.T. , siempre con el consentimiento del usuario, así sea condicionado por situaciones externas.

Desde la perspectiva terapéutica la inducción al tratamiento requiere de creatividad para generar alternativas que puedan incidir sobre la motivación del consultante, entre ellas podemos contar con: intervención individual, intervención familiar, grupo de acogida con testimonios de pares, visitas a la comunidad, entre otras. Detectamos que una de las dificultades para aceptar tratamiento residencial es el temor al maltrato, ya experimentado o relatado por terceros. Una actitud franca y cálida suele ser útil para coadyuvar a disminuir la resistencia. Desde la perspectiva de la C.T. se requiere buscar el desarrollo gradual de una nueva cultura respecto al tratamiento en la que éste término de asocie con dignidad, con esfuerzo, con fraternidad, con posibilidad, con libertad y con responsabilidad.

La C.T. requiere de aliados para lograr sus objetivos. Se trata de sistemas que pueden ser sumamente potentes para ejercer la presión necesaria y respetuosa que el adicto requiere para tomar la decisión.

El primer aliado es la familia participativa. Por ello el trabajo con las familias es fundamental: antes, durante y después del proceso de tratamiento. La intervención familiar puede ser un proceso especialmente diseñada para ayudar a la familia a entender el proceso adictivo, su participación en los ciclos que ayudan a perpetuarlo, orientan acerca de conductas más saludables,

apoyan el desarrollo de una mejor comunicación y el establecimiento de límites adecuados, refieren a foros de tratamiento específicos para cada familiar. Los cambios sistémicos suelen ser el terreno sobre el que se va construyendo la decisión del adicto a aceptar tratamiento.

Los otros sistemas con eficacia probada y que representan campos aún pobremente explotados en México son: el sistema de salud, el sistema laboral y el sistema de impartición de justicia.

En el sistema de salud debemos destacar la importancia del consejo médico y psicológico y su importancia en la detección, diagnóstico, referencia y seguimiento de las personas adictas. Consolidar el trabajo en red incipiente entre los Centros Nueva Vida y las C.T. es muy importante. Requerimos de todo el sistema de salud comprometido con esta tarea de manera permanente. La capacitación de los actuales y futuros trabajadores de la salud es prioritaria. El papel de las instituciones de salud y de las universidades es fundamental en esta tarea.

Las empresas orientadas con una visión que busque la productividad, el bienestar de los trabajadores y un sentido social tienen una aportación importante que hacer al sentar políticas y procedimientos que permitan el acceso de los trabajadores al tratamiento. Bajo esta visión ciertas fallas laborales se convierten en oportunidades para intervenir.

El sistema de impartición de justicia orientado por una visión de prevención de la reincidencia en el delito y de la reparación de daños mas que por un enfoque punitivo tiene una inmensa tarea que aportar en dos vertientes fundamentales: por un lado creando la alternativa de referencia al tratamiento frente a la fianza o la opción carcelaria y por otro el tratamiento en cárceles bajo la modalidad de C.T. para preparar una reinserción social con mejor pronóstico en lo individual, en lo familiar y en lo social.

## **Conclusiones**

1.- Es necesario continuar la formación de consejeros en adicciones a diferentes niveles, tomando en cuenta su grado escolar y en el caso del consejero en el ámbito de comunidades terapéuticas incluir como

requerimiento formativo el trabajo voluntario o remunerado en comunidades terapéuticas

2.- Es importante pensar en apoyar el desarrollo de comunidades terapéuticas “escuela” entre las ya existentes que formen recursos humanos a través de dos estrategias fundamentales: por un lado la impartición de cursos y diplomados con pasantías residenciales (a la manera de los internados en Medicina) y por otro la formación del recurso humano emanado de estas comunidades terapéuticas con miras a la profesionalización en los tiempos y modalidades pertinentes.

3.- Es necesario crear las leyes federales y estatales que aseguren el financiamiento que garantice el acceso a tratamiento residencial de los adictos con los perfiles definidos para ser candidatos a esta modalidad y a sus familiares. Se requieren buscar fórmulas de responsabilidad compartida entre gobiernos y otros actores para hacer posible esta inversión social. Evidentemente que los centros seleccionados deben responder a criterios de eficiencia, respeto a derechos humanos y transparencia en la evaluación de sus procesos y de sus resultados. La investigación en el campo del tratamiento y la reinserción social debe ser una prioridad

4.- Es necesario pugnar por la capacitación de los trabajadores de la salud vigentes y la de los futuros, a través de cursos de actualización en el primer caso y de la inclusión curricular en todas las carreras de ciencias de la salud sobre Consejería para la prevención universal, la detección oportuna y la referencia adecuada a tratamiento. El valor del consejo médico es muy alto.

5.- Es indispensable avanzar en la legislación que permita la referencia de delincuentes con adicción – bajo criterios establecidos – a las comunidades terapéuticas, así como el desarrollo de comunidades terapéuticas al interior de las cárceles. A este respecto Fundación Casa nueva cuenta con un proyecto aplicable a este medio que aguarda la oportunidad de ser aplicado y evaluado.

6.- Debe fortalecerse la agenda de trabajo con el sector empresarial y con los sindicatos para que apoyen de manera solidaria y co-responsable el tratamiento de sus trabajadores o de sus agremiados.

## Referencias

- AOS S, MILLER M & DRAKE E (2006). Evidence-Based adult correctional programs: What works and what does not. *Olympia WA. Washington Institute for Public Policy*
- DEITCH D & ZWEBAN JE (1984) Coertion In the Therapeutic Community. *Journal of Psychoactive Drugs*. 16, 1
- DE LEON G (2004). Segunda parte: perspectiva y Metodología. En La comunidad terapéutica y las adicciones. *Bilbao: Desclée de Brouwer*, p.p. 61-119.
- HAYTON R. (1998). The Therapeutic Community. En Therapeutic Community Theory and Practice. Vol 6, Ed: Koutsenok I. & McClure S. *San Diego: University of California. Departament of Psychiatry. Center for Criminality @ Addiction Research, Training and Application*, p.p. 57-68.
- HUBBARD, R. L., CRADDOCK, S. G., FLYNN, P. M., ANDERSON, J., ETHERIDGE, R. M. (1997). Overview of 1-year follow-up outcomes in the drug abuse treatment outcome study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11, (4), 261-278.
- KOUSTENOK (2008). The Therapeutic Community. En Therapeutic Community Theory and Practice. Vol 6, Ed: Koutsenok I. & McClure S. *San Diego: University of California. Departament of Psychiatry. Center for Criminality @ Addiction Research, Training and Application*, p.p 15-33.
- ROCKHOLZ P.B. (2002). National update on Therapeutic Communities programs for substance abuser offenders in state prisons. En Treating Addicted Offenders: A continuum of Effective Practices. Ed: Knight K. & Farabee D. *New Jersey: Civic research Institute*, p.p. 14-1 – 14.10.
- SIMPSON, D. D., JOE, G. W., BROWN, B. S. (1997). Treatment retention and follow-up outcomes in the drug abuse treatment outcome study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11, (4), 264-307.
- SISVEA) en el año 2005
- SISVEA 2008
- WEXLER H. (1996). The Amity Prison TC Evaluation: inmate profiles and reincarceration outcomes. *Center for Therapeutic Community Research (CTRC). National Institute on Drug Abuse (NIDA) Grant #5 PAO DA07700-01.*