

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS CONGRESO DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS LANZAROTE 13-14-15 DE JUNIO 2007

Domingo COMAS ARNAU
Fundación Atenea Grupo GID

El Congreso ofreció una perspectiva amplia de los diversos puntos fuertes y puntos débiles a los que se enfrentan actualmente las comunidades terapéuticas, tras una cierta etapa de crisis en los años 90, seguida de una fuerte consolidación de su oferta asistencial (lo que ha requerido algunas transformaciones) en los últimos años.

En este sentido, el proceso vivido en España coloca a nuestras comunidades terapéuticas en un lugar privilegiado en comparación con la situación en otros países: se trata de comunidades muy profesionalizadas, que trabajan con la evidencia científica y que para nada representan el viejo modelo de comunidad auto-referencial.

En el Congreso se presentaron experiencias sobre patología dual, sobre dispositivos específicos para mujeres y menores, se analizó la cuestión de los casos judiciales y otros casos sociales, se habló de la coordinación en la red asistencial, se realizó un excelente debate sobre la complementariedad entre lo terapéutico y lo educativo, y se concluyó con una mesa redonda sobre los procesos de implantación de calidad y las necesidades formativas de los profesionales. También se abrieron espacios para que diferentes comunidades terapéuticas, y algún grupo que funciona en red, presentaran alguno de sus programas e innovaciones.

En la clausura se ofreció una síntesis de las dos cuestiones que parece necesario afrontar con urgencia: de una parte, consensuar un modelo de mínimos en torno a la identidad de la comunidad terapéutica. De otra parte, marcar una serie de tareas para contribuir al desarrollo y a la mejora de la institución.

LA IDENTIDAD DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA, UN MODELO DE MÍNIMOS

En el primer caso, la identidad de las comunidades terapéuticas pensamos que resulta fácil de establecer y que los problemas tienen que ver con el reconocimiento externo de esta identidad. Porque la comunidad terapéutica es una **metodología** (o, si se quiere en términos más actuales, una tecnología) sostenida sobre evidencias y un dilatado historial de buenas prácticas, que, por tanto, ya posee una aplicación universal.

En general, esta metodología se aplica en **centros residenciales**, en programas con una duración muy variable, ajustada a las necesidades del interno, y en la que cada vez es más frecuente el vínculo cotidiano con el exterior. En este sentido, la noción de “residencial” implica una centralidad de la estancia en el dispositivo, una permanencia suficiente si se quiere, para poder participar en las dinámicas que allí se establecen.

La metodología exige un **bucle transdisciplinar**, que combina las aportaciones de varios campos de conocimiento, titulaciones y especialidades. Incluye un poderoso componente terapéutico (en el que participan psicólogos, psiquiatras y médicos) y otro poderoso componente educativo (en el que participan pedagogos, educadores sociales y monitores), que se completan con la aportación de otros profesionales de lo social como trabajadores sociales y mediadores. Combina los aspectos de trabajo grupal con trabajo individual, combina el contexto interno y el externo, este último incluye a las familias, al entorno social y a los recursos educativos, laborales, sanitarios y sociales generales. Combina, en última instancia y de manera muy intrincada, la intención, a la vez, de preservar la salud y realizar un aprendizaje. En ambos casos se trata de ofrecer una oportunidad de mejora a personas situadas al borde de perder, o que han perdido, su condición de ciudadanía.

Este bucle transdisciplinar no es un mero relato de buenas intenciones o de deseos, sino la práctica real de muchas comunidades terapéuticas desde que Maxwell Jones transformó un hospital psiquiátrico en una comunidad terapéutica. Se trata, por tanto, de una práctica metodológica contrastada con una larga trayectoria histórica y que arroja resultados positivos y medibles.

En lo concreto, esta metodología exige la presencia de un **equipo multidisciplinar** en el cual los distintos profesionales han renunciado a sus relaciones jerárquicas para asumir roles definidos por las necesidades de los residentes. Las necesidades son definidas de manera colectiva por el equipo, a partir de instrumentos de diagnóstico y observación propios de cada disciplina pero cuyos resultados se ponen en común, para tomar decisiones en torno al mejor enfoque de cada caso. Cada profesional asumirá entonces aquella parte de la tarea por la que tenga mayor querencia o preparación. El perfil ético de la comunidad terapéutica exige que el equipo dedique todo el tiempo posible a poner en claro y de forma colectiva el perfil y las necesidades de cada uno de los residentes.

Finalmente, una comunidad terapéutica exige disponer de un **programa explícito**, fundado en criterios científicos, ajustado a las características de la población que atiende y además requiere criterios de evaluación y referencias de calidad. El programa incluirá tanto objetivos relacionados con la salud como objetivos relacionados con la capacitación social. Obviamente, tales condiciones requieren disponer de recursos adecuados y suficientes.

TAREAS PARA EL FUTURO

En la reunión surgió, en diferentes ocasiones, la idea de “refundar” una organización de carácter estatal que agrupara a las comunidades terapéuticas. Sin embargo parece lógico considerar antes que este es un proceso que exige pasos previos y que no puede ser una simple reedición de la APCTT, fundada en 1987, porque la situación ha cambiado mucho.

En este sentido se proponen algunas acciones previas:

En primer lugar, la creación de un **centro de información y documentación** que centralice todo el conocimiento disponible sobre comunidades terapéuticas y que además coordine y difunda las aportaciones y las buenas prácticas realizadas por las actuales comunidades.

En segundo lugar, se trata de **impulsar procesos de formación** en la metodología de la comunidad terapéutica. La adaptación de la universidad española a los Acuerdos de Bolonia nos proporciona una oportunidad única, a partir del nuevo diseño de los masters, para emprender estas tareas. Pero también parece necesario ofrecer formación a los actuales trabajadores de las comunidades terapéuticas en las que coexisten multitud de niveles formativos y de titulación. La educación a distancia puede ser una buena estrategia para realizar esta formación.

Se trata también de crear **estructuras orgánicas de representación colectiva**, pero respondiendo a necesidades reales de las comunidades terapéuticas. Por este motivo parece lógico impulsar de entrada organizaciones de carácter autonómico en colaboración con los Planes Regionales de Drogas. También es posible pensar en organizaciones que respondan a afinidades terapéuticas o a situaciones objetivas como, por ejemplo, las entidades no lucrativas con conciertos con las administraciones públicas.

Finalmente hay que buscar la fórmula para organizar **encuentros** más frecuentes, que pueden responder a iniciativas diferentes, entre comunidades terapéuticas. En el propio Congreso se facilitaron listados con los datos de muchas de las comunidades terapéuticas españolas y, a través de los cuales, se pueden establecer los oportunos contactos.