



**La comunidad
terapéutica
y las adicciones**

George De Leon

Serendipit

M A I O R

DESCLÉE DE BROUWER

**LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y
LAS ADICCIONES**
Teoría, Modelo y Método



George De Leon

LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y
LAS ADICCIONES

Teoría, Modelo y Método

Presentación de Albert Sabatés



Desclée De Brouwer

Título de la edición original:
The therapeutic community. *Theory, model, and method.*
© 2000, Springer Publishing Company Inc., New York.

Traducción: Guillermo Calleja Garate

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con la autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sgts. del Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2004

Henao, 6 - 48009 BILBAO

www.edesclee.com

info@edesclee.com

Diseño de colección: Luis Alonso

Impreso en España - Printed in Spain

ISBN: 84-330-1862-0

Depósito Legal: BI-695/04

Impresión: RGM, S.A. - Bilbao

Para Nancy, Joshua, Giovanna, Ariel y Alexa

Índice

Agradecimientos	15
Prólogo a la edición española	19
Presentación, por Albert Sabatés	21
PRIMERA PARTE: INTRODUCCIÓN	23
1. Comunidades Terapéuticas: evolución y necesidad de teoría	25
Aspectos de la evolución	27
Teoría y Comunidades Terapéuticas	30
Advertencias y límites	31
Conclusión	34
2. En busca de una Comunidad Terapéutica básica	35
Fuentes históricas	36
Genealogía del programa de la Comunidad Terapéutica moderna para la adicción	39
Influencias inespecíficas en la Comunidad Terapéutica para adicciones	47
Comunidades Terapéuticas contemporáneas	49
Definiciones, conceptos y teorías de la Comunidad Terapéutica para las adicciones	52
Conclusión	60
SEGUNDA PARTE: PERSPECTIVA Y METODOLOGÍA	61
3. Perspectiva del trastorno	63
Características del trastorno	63
Un trastorno de la persona en su totalidad	65

Conceptos biomédicos y perspectiva de la Comunidad Terapéutica ..	69
Conclusión	76
4. Perspectiva de la persona	77
Características cognitivas y conductuales	77
Características perceptuales	79
Características emocionales	80
Características sociales	87
Estrategias de lucha desviadas	91
Desviación social	94
Una “personalidad adictiva”	95
Conclusión	95
5. Perspectiva de la recuperación y de la vida correcta	97
Visión de la recuperación	98
Visión de la vida correcta	107
Conclusión	119
6. La metodología de la comunidad	121
Comunidad y perspectiva de la Comunidad Terapéutica	122
Aprender, curar y la cultura de la comunidad	125
La comunidad como método: componentes básicos	129
Conclusión	136
TERCERA PARTE: EL MODELO	137
7. El entorno físico	139
Enclave, recursos y la perspectiva de la Comunidad Terapéutica	139
Las instalaciones	144
El entorno interior	148
Rasgos fundamentales de la Comunidad Terapéutica	155
Conclusión	158
8. La organización social	159
Estructura del programa de la Comunidad Terapéutica	160
Sistemas en la Comunidad Terapéutica	165
Comunicación en la Comunidad Terapéutica	167
El régimen diario	168

La organización social y la perspectiva de la Comunidad Terapéutica	169
Conclusión	173
9. El trabajo: elementos terapéuticos y educativos	175
El trabajo desde la perspectiva y la metodología de la Comunidad Terapéutica	176
Jerarquía de funciones laborales entre los residentes	179
Utilidad del trabajo en la Comunidad Terapéutica	188
Conclusión	193
10. El personal en la Comunidad Terapéutica	195
El personal desde la perspectiva de la Comunidad Terapéutica	195
Personal de tratamiento: roles y funciones	196
Reuniones del personal y grupos	205
Roles y funciones del personal de apoyo	207
Miembros del personal como miembros de la Comunidad	208
Conclusión	209
11. Los residentes en la Comunidad Terapéutica	211
Los residentes en la perspectiva y metodología de la Comunidad Terapéutica	211
Los principales roles de los residentes	213
Roles de los residentes en el proceso de aprendizaje social	220
Subgrupos de residentes en la comunidad	221
Conclusión	226
12. Las relaciones	227
Las relaciones: perspectiva y metodología	227
Sexualidad en la Comunidad Terapéutica	230
Relaciones románticas	234
Amistades	237
Relaciones y roles fuera del programa	239
Conclusión	241
13. Etapas del Programa	243
Etapas del programa y de la Comunidad Terapéutica	243
Las etapas del programa: descripción general	245
Etapas del programa y proceso de tratamiento	258
Conclusión	260

CUARTA PARTE: MÉTODOS EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA	263
14. Privilegios y sanciones	265
Privilegios en la perspectiva y la metodología de la Comunidad Terapéutica	266
Tipos de privilegios	267
Tipos de sanciones	273
Sanciones disciplinarias en la perspectiva y metodología de la Comunidad Terapéutica	277
Sanciones disciplinarias: consideraciones clínicas	287
Sexualidad: privilegio y sanción	288
Conclusión	290
15. Vigilancia y seguridad	291
Inspección general	292
El zafarrancho de la casa	293
Análisis de orina en la perspectiva de la Comunidad Terapéutica	300
Conclusión	304
16. Reuniones de comunidad	307
Reuniones en la perspectiva y metodología de la Comunidad Terapéutica	307
La reunión matutina	309
La reunión de la casa	315
El seminario	317
La reunión general	320
Conclusión	325
17. Los grupos en la comunidad	327
Los grupos en la perspectiva y metodología de la Comunidad Terapéutica	327
El proceso de grupo: elementos generales	329
Grupos clínicos principales	334
Grupos principales para la docencia y la formación	338
Otros grupos en la Comunidad Terapéutica	344
Conclusión	346
18. El grupo de encuentro	347
La utilización del encuentro	347
Reglas y elementos del encuentro	348

Formato del encuentro	351
El proceso del encuentro	354
El rol genérico de los mediadores durante los encuentros	361
Tipos de encuentro	365
Conclusión	365
QUINTA PARTE: EL PROCESO DE MODIFICACIÓN	369
19. El cambio individual: conductas, cogniciones y emociones	371
Dimensión de miembro de la comunidad	372
Dimensión de socialización	374
Dimensión evolutiva	376
Dimensión psicológica	378
Modificación dimensional interrelacionada	381
Diferencias individuales y modificación dimensional	382
Conclusión	383
20. Modificación individual: experiencias esenciales	385
Clasificación de experiencias esenciales	385
Experiencias de curación emocional	386
Experiencias compasivas y relevancia social	392
Experiencias de aprendizaje subjetivo	397
Conclusión	400
21. Modificación individual: percepciones esenciales	401
Percepciones relacionadas con el tratamiento	401
Percepción del progreso	404
Conclusión	411
22. El individuo en la comunidad: participación en el proceso de modificación	413
Participación y comunidad como método	414
Expectativas de la comunidad y dimensiones de la modificación individual	416
Niveles de implicación y modificación individual	417
Conclusión	421
23. Interiorización e identidad	423
Concepto y características de la interiorización	423
Gradiente de interiorización	427

Interiorización y límites de cambio en la Comunidad Terapéutica	429
Interiorización en el proceso de modificación más allá del tratamiento	433
Conclusión	435
24. El proceso de tratamiento: un marco conceptual	437
La Comunidad en función de sus múltiples intervenciones	438
Modificación multidimensional en el proceso de cambio	440
Principios de la modificación	442
Mecanismos perceptuales y experimentales en el proceso de recuperación	446
Conclusión	451
25. Comunidades Terapéuticas: el desafío de la evolución	453
Un modelo genérico de Comunidad Terapéutica	454
Pautas de acción generales para las adaptaciones y modificaciones de la Comunidad Terapéutica	457
Estándares del programa	463
Teoría, práctica y formación	464
Teoría y una nueva agenda de investigación	464
Más allá de la adicción: un escrito posterior	466
Bibliografía	469
Apéndices	
A. Glosario de términos empleado en la Comunidad Terapéutica	491
B. Filosofías de la Comunidad Terapéutica	493
C. Instrumentos de evaluación para la utilización en Comunidades Terapéuticas	497

Agradecimientos

Este libro refleja mi íntima implicación en el campo de las comunidades terapéuticas durante más de 30 años, fundamentalmente como investigador, aunque también como profesor, instructor y desarrollando el programa. Representa mi propio intento de formular la Comunidad Terapéutica en base a la teoría y el método, sus influencias en mi pensamiento son múltiples. Mis primeras conversaciones acerca de los aspectos curativos de la Comunidad Terapéutica las tuve con mi amigo de toda la vida, Zev Putterman, quien me invitó a participar en un grupo de encuentro de Synanon en Nueva York, en 1962. Esto me llevó a formar parte de los grupos de terapia integral semanales durante los años 1963 y 1964, creados por O. H. Mowrer en Daytop Village, Staten Island, Nueva York, un programa de Comunidad Terapéutica que se encontraba entonces bajo la dirección creativa de David Deitch.

Durante mi larga experiencia como director de investigación en una de las primeras y mejores agencias de Comunidad Terapéutica, Phoenix House, las discusiones teóricas y clínicas se sucedían continuamente en seminarios, talleres, sesiones de rap, y conversaciones casi diarias. Mis colegas en estos intercambios eran los residentes, el personal clínico, los directores de cada centro y agencia, algunos de los cuales son especialmente ilustres: David Deitch (posteriormente en Phoenix House), Rae Dibble, Tony Endre, Gary Guttierre, Jack Hurst, Howie Josepher, Julio Martínez, Kevin McEaney, Frank Natale, Mitchell Rosenthal, y Ron Williams. Estos diálogos me ayudaron a conformar el primer currículum de elementos esenciales de la Comunidad Terapéutica, que esboqué para la formación de personal en Phoenix House durante el período 1979-1984.

Durante los años siguientes, los elementos esenciales fueron elaborados de manera más profunda enfocándose hacia la teoría y el método a través de los resultados de la investigación, las sesiones de formación de personal,



y las discusiones con los estudiosos de este campo a lo largo y ancho del mundo. Algunos de los colaboradores más importantes en este estadio del proceso fueron Alfonso Acampora, Arne Andresen, Naya Arbiter, Erik Broekaert, Charles Devlin, Bob Galea, Maxwell Jones, David Kerr, Martien Kooyman, David Mactas, Robert Millman, Rod Mullen, Msg. William O'Brien, Donald Ottenberg, Martha Ottenberg, Richard Pruss, Dwayne Simpson, Anthony Slater, Peter Vamos, y Charles Winick. En este proyecto colaboraron muchas otras personas. Donna Boundy, Barry Brown, Patrick Flynn, Herb Reich, y Joan Zweben me proporcionaron sus valiosas críticas acerca del manuscrito. Mis compañeros en el centro de investigación para la Comunidad Terapéutica (CTCR) me sirvieron como audiencia, crítica, y como lectores de los borradores; entre ellos se encuentran Elaine Abraham, Robert Hilton, David Kressel, Doug Lipton, Gerald Melnick, Stanley Sacks, Fred Streit, Fred Trent, Harry Wexler, y mis asistentes ejecutivos, Sally Howard y, especialmente, Hulya Sakarya, responsable de la preparación del manuscrito.

Debo especial gratitud a mi amigo y colega Allen Bernhardt, cuyo pensamiento clínico ha contribuido especialmente a este trabajo. Nancy Jainchill, mi compañera y esposa ha sido una continua fuente de apoyo intelectual y emocional, así como una incansable revisora del material.

Desearía, además, reconocer el apoyo de tres organizaciones, Comunidades Terapéuticas de América (TCA), que es la sede de la asociación nacional de programas norteamericanos, el Instituto Nacional para el Abuso de Drogas (NIDA), y los Institutos Nacionales de Investigación y Desarrollo (NDRI). Como miembro de la NIDA, además de trabajar como director de investigación y formación durante dos años accedí libremente a la amplia diversidad de programas de residentes. El compromiso de la NIDA con la investigación sobre la Comunidad Terapéutica ayudó a establecer la credibilidad científica de esta modalidad como institución social y tratamiento psicológico. La financiación por parte de la NIDA de mis propios estudios durante más de 25 años me proporcionó una oportunidad continuada de adquirir la experiencia e información necesarias para la elaboración de este proyecto. Algunas personas fundamentales asociadas tanto anteriormente como en la actualidad con la NIDA que merecen una especial mención son: George Beschner, Barry Brown, Eleanor Carroll, Robert Dupont, Arthur M. Horton, Jerome Jaffe, Alan Leshner, Richard Millstein, Charles Schuster y Frank Tims. Durante los once últimos años, la NDRI ha sido la sede de mis investigaciones acerca de las comunidades terapéuticas.

Por último, debo extender mi respeto a todas aquellas personas que no he nombrado, aunque sí recuerdo, residentes en las comunidades terapéuticas cuya recuperación y cambio personal son la evidencia tangible de la validez del método de la Comunidad Terapéutica, y que me han servido de inspiración para escribir este libro.

*George De Leon, Doctor en Psicología
Centro para la Investigación de la Comunidad Terapéutica, Nueva York*

Prólogo a la edición española

El objetivo fundamental de la obra original “La Comunidad Terapéutica” es el de difundir y mejorar la metodología de tratamiento de la Comunidad Terapéutica para el abuso de sustancias y los trastornos psicológicos relacionados. Esta excelente versión española supondrá un avance significativo hacia este objetivo. Posibilitará el acceso a este material a miles de pacientes, trabajadores, estudiantes, investigadores y al público interesado alrededor del mundo cuya primera lengua es el castellano.

En cualquier caso, la importancia de esta versión española podrá ser plenamente apreciada desde una perspectiva evolutiva. Desde su publicación original en el año 2000, tres importantes iniciativas ilustran la maduración de la metodología de la Comunidad Terapéutica en Norteamérica: (a) la codificación de los principios y prácticas de la Comunidad terapéutica en estándares explícitos para mantener la integridad del modelo y el método del programa; (b) la elaboración de una serie de currículos y procedimientos a partir de una base teórica para la formación en el ámbito de la Comunidad Terapéutica, el desarrollo del programa y la asistencia técnica; y (c) la formulación de una agenda de investigación con el fin de comprender el proceso de tratamiento, depurar la teoría de la Comunidad Terapéutica y guiar las aplicaciones y modificaciones de su metodología.

El mensaje principal de esta obra es la necesidad de un marco teórico para la Comunidad Terapéutica, apoyado en la experiencia clínica y la investigación, con el objetivo de mantener su identidad única y la fidelidad de su puesta en práctica en sus más amplias aplicaciones. Este mensaje es todavía más relevante para la gran diversidad de programas de Comunidad Terapéutica desarrollados en los diferentes países y culturas. La edición en lengua castellana contribuirá a la evolución de la Comunidad Terapéutica mediante la difusión de los elementos esenciales de su metodología, y también mediante la depuración



de la teoría, la práctica y la investigación basadas en las influencias específicas de la cultura hispánica.

Muestro mi gratitud a mis colegas y a todos aquellos que han participado en la publicación de esta edición española, especialmente al Dr. D. Carlos Alemany, director de la Colección Serendipity de la Editorial Desclee De Brouwer y a la Asociación Proyecto Hombre, especialmente a Lino Salas, Tomeu Català y Albert Sabatés. Sus esfuerzos contribuyen a difundir mi propia obra pero, sobre todo, impulsan el avance de la Comunidad Terapéutica.

George De Leon

Presentación

Es una gran satisfacción poder presentarles la edición española de un libro de referencia a nivel internacional en el ámbito de las drogodependencias. Es algo que celebramos muy especialmente los que trabajamos desde una perspectiva educativa y terapéutica en la rehabilitación y reinserción social de personas drogodependientes.

La comunidad terapéutica ha sido siempre un espacio de notable eficacia pero de escasa sistematización teórica, lo que produjo en sus inicios una distancia entre el mundo académico y el mundo de la praxis. Afortunadamente, a lo largo de los años y para beneficio de todos, esta distancia se ha ido superando gracias al interés y al esfuerzo de personas que, como el Profesor De Leon, han dedicado su vida profesional a este acercamiento entre teoría y praxis. Tienen pues en sus manos uno de los mayores esfuerzos de teorización y sistematización de la Comunidad Terapéutica (CT) para drogodependientes, con el aval de más de 30 años de investigación y evaluación.

Este libro expone además con gran clarividencia los desafíos que tiene planteada la CT hoy en día, y consigue explicitar las preocupaciones y las dificultades con las que nos encontramos los que intentamos aprovechar todo el potencial de la CT para adaptarlo a las situaciones cambiantes y a las nuevas demandas sin perder, en este intento, sus rasgos originales o el bagaje de experiencia acumulado por la CT tradicional.

El lector europeo percibirá una cierta distancia en algunas prácticas concretas con respecto a las de nuestras Comunidades. Son diferencias naturales, fruto de la evolución que han experimentado éstas al adaptarse a nuestro contexto cultural. Ya lo advierte De Leon; "no hay dos comunidades iguales". No todo el mundo se sentirá reconocido en todas las prácticas pero sí en lo esencial, ya que, como comprobarán, hay una gran coincidencia en lo que a procesos se refiere.



Estas diferencias, lejos de ser un obstáculo, son una invitación a proseguir y a completar este esfuerzo de sistematización que es lo que permitirá avanzar tanto en la comprensión de los procesos subyacentes, como en la posibilidad de evaluación y mejora de la eficiencia de las estructuras y modelos terapéuticos actuales.

Otro aspecto que merece ser destacado en este libro es la consideración y el respeto que manifiesta el Pr. De Leon por el papel del terapeuta ex adicto que él denomina paraprofesional. Así, se dibuja una concepción de la profesionalidad a la medida del hecho diferencial que supone la CT dentro del ámbito profesional y de tratamiento dominante.

Por último, concluyo con unas palabras del autor sobre el libro: "Su utilidad se medirá en función de cuánto estimulará el campo (*de la CT*) a entenderse y mejorarse a sí mismo". Intención en la que coinciden el rigor profesional y la genuina experiencia de la CT como escuela de vida.

Celebrando nuevamente la publicación de este libro en lengua castellana, recomendamos encarecidamente su lectura a cuantos trabajan o tienen interés por el tratamiento, la rehabilitación y reinserción de personas drogodependientes.

Albert Sabatés
Presidente de la Asociación Proyecto Hombre

13-17 abril 2004. Palma de Mallorca,
XXII Congreso de la WFTC.

Primera Parte

INTRODUCCIÓN

La Comunidad Terapéutica para las adicciones tiene su origen en los prototipos históricos que ya hemos encontrado en otras formas de curación en comunidad. Irremediablemente, sin embargo, las comunidades alternativas como ésta desaparecen; se disuelven debido a su irrelevancia, mutan por la coexistencia de varias opciones, o se diluyen mediante la asimilación. La tesis de este libro versa sobre el hecho de que la Comunidad Terapéutica contemporánea desafía el sino de sus prototipos históricos. Como un híbrido, concebida desde la unión de la auto-ayuda y el apoyo público, la Comunidad Terapéutica es un experimento en proceso de desarrollo, que reconfigura el concepto de curación vital y muestra los ingredientes de las comunidades de auto-ayuda como elementos de una metodología sistemática para transformar vidas.

El trasfondo de esta tesis se tratará más ampliamente en la introducción de la Parte I. El capítulo inicial destaca los temas de actualidad en la evolución de la Comunidad Terapéutica que atañen a la necesidad de la formulación comprensiva de su perspectiva y metodología. El capítulo 2 explora las fuentes de esta formulación. Describe los elementos esenciales de la Comunidad Terapéutica y los organiza en el marco social y en el psicológico, detallados a lo largo del volumen como teoría, modelo y método.

Comunidades Terapéuticas: evolución y necesidad de teoría

1

La Comunidad Terapéutica ha demostrado ser un eficaz instrumento para el tratamiento del abuso de sustancias y los programas relacionados con este problema en la vida del paciente. La Comunidad Terapéutica es fundamentalmente una estrategia de autoayuda, desarrollada en un principio en un marco independiente de la psiquiatría, la psicología, y la medicina convencionales. Hoy, sin embargo, la Comunidad Terapéutica es una modalidad compleja de servicios humanos, como queda evidenciado por el amplio abanico de dichos servicios, la diversidad de poblaciones que disfrutan de ellos, y el nivel de desarrollo de la investigación que se ocupa de ella.

En la actualidad las agencias de Comunidades Terapéuticas en los Estados Unidos ayudan a miles de individuos y familias cada año (Informe de Afiliación de la TCA de 1996/1997). Los pacientes conforman un grupo muy diverso: individuos cuyo historial con las drogas consiste en el consumo de varias o muchas de ellas, y aquellos que, además del abuso de sustancias químicas, presentan problemas sociales y psicológicos complejos.

La estrategia básica de la Comunidad Terapéutica es tratar a la persona en su totalidad a través de comunidades de personas con los mismos problemas, estas comunidades se desarrollaron inicialmente para solucionar el abuso de sustancias, y se han visto ampliadas en torno a una gran variedad de servicios adicionales relacionados con la familia, la educación, la formación vocacional, y la salud médica y mental. La organización del personal se ha modificado y en la actualidad incluye una proporción creciente de profesionales de la salud mental, de la medicina tradicional, y de la educación, que trabajan mano a mano con los profesionales de la Comunidad Terapéutica, antiguos pacientes recuperados (Carroll y Sobel, 1986; Winick, 1990-1991).

La estancia tradicional de 12-18 meses en la Comunidad Terapéutica ha evolucionado desde las estancias planteadas en un principio, de dos a tres años, a



periodos más cortos (Cole y James, 1975). Los cambios recientes en la población de pacientes, la realidad clínica y la necesidad de financiación han favorecido el desarrollo de regímenes residenciales modificados, con estancias de menor duración (3, 6, y 12 meses), así como de modelos de tratamiento de día orientados hacia la Comunidad Terapéutica (p.e., Karson y Gesumaria, 1997; Lewis, McCusker, Hindin, Frost y Garfield, 1993). Además, los centros correccionales y las residencias y albergues comunitarios, repletos de personas con problemas de abuso de drogas y alcohol, han llevado a cabo programas modificados de Comunidad Terapéutica (De Leon, 1997a; Jainchill, 1997; Wexler y Williams, 1986). Algunos programas educativos han incorporado en su metodología elementos básicos de la filosofía “libre de drogas” de la Comunidad Terapéutica y la visión de la “vida correcta” (p.e., Bratter, Bratter, Bratter Maxym y Steiner, 1997; Moberg y Thaler, 1995).

La investigación acerca de la Comunidad Terapéutica ha crecido de forma significativa desde 1976, cuando el Instituto Nacional para el Abuso de Drogas (NIDA) organizó la primera conferencia de las Comunidades Terapéuticas de América, gracias a un grupo de expertos formado tan sólo por seis investigadores (De Leon y Beschner, 1977). En cambio, en la conferencia de la TCA de 1992 se presentaron unos veinte investigadores y el programa contenía un importante número de artículos y simposios (Procedimientos de la Conferencia de la TCA, 1994).

A pesar de no haber sido analizado cuantitativamente, el incremento de la investigación relacionada con la Comunidad Terapéutica es evidente gracias a varios indicadores: (a) el número de estudios publicados en semanarios americanos así como en bibliografías y revistas de investigación en la Comunidad Terapéutica (p.e., De Leon, 1985; De Leon y Ziegenfuss, 1986; Tims, De Leon y Jainchill, 1994); (b) el número de donaciones y contratos relacionados con la Comunidad Terapéutica financiados federalmente y las propias agencias de Comunidad Terapéutica que consiguen financiación; y (c) quizás el indicador más convincente del desarrollo de la investigación en la Comunidad Terapéutica, sea la existencia del Centro para la Investigación sobre la Comunidad Terapéutica (CTCR), fundado por la NIDA en los Institutos Nacionales para la Investigación y Desarrollo (NDRI), el primer centro como tal exclusivamente dedicado a los estudios de una modalidad de tratamiento específica (Millstein, 1994)¹.

1. Por ejemplo, las actividades relevantes al presente volumen, han sido apoyadas parcialmente por la Beca NIDA n° 5P50 DA07700.

ASPECTOS DE LA EVOLUCIÓN

La evolución de la Comunidad Terapéutica revela el vigor, la inventiva y la flexibilidad de la modalidad de Comunidad Terapéutica para expandirse y adaptarse al cambio. Esta evolución muestra, además, numerosos aspectos que proporcionan la razón fundamental para la realización del presente volumen.

La amplia diversidad de Comunidades Terapéuticas

La adaptación de las Comunidades Terapéuticas a las diferentes circunstancias y poblaciones se ha logrado tras la proliferación de programas con protocolos de tratamiento únicos y duraciones variadas de estancia. Incluso el modelo tradicional a largo plazo se ha realizado de diferentes maneras. Estos programas adaptados mantienen los elementos básicos del modelo de la Comunidad Terapéutica, pero no está determinado hasta qué punto. Por otro lado, esta amplia diversidad de programas dificulta la evaluación de la efectividad general de la modalidad de la Comunidad Terapéutica y acentúa la necesidad de la definición de los elementos esenciales, el modelo y el método de la Comunidad Terapéutica.

El proceso de tratamiento de la Comunidad Terapéutica no está aún definido

Aunque tenemos datos contrastados acerca de la efectividad de las Comunidades Terapéuticas debido a sus exitosos resultados, no comprendemos totalmente el *cómo* y el *por qué* del funcionamiento de las Comunidades Terapéuticas. La asociación entre los elementos, las experiencias y los resultados del tratamiento se ha de establecer para evaluar con seguridad la contribución específica de la Comunidad Terapéutica a la recuperación del paciente a largo plazo. Por otro lado, la clarificación del proceso de tratamiento es esencial para mejorar el tratamiento de la Comunidad Terapéutica en sí mismo. Por ello, una adecuada modificación de la metodología deberá guiarse sabiendo cuáles son los ingredientes activos del modelo de tratamiento, el proceso de recuperación, y la complejidad de los cambios en el individuo.

La metodología de la Comunidad Terapéutica se ha transmitido oralmente

Las enseñanzas sobre la metodología de la Comunidad Terapéutica se han transmitido mediante la tradición oral desde un principio. El modelo y el método de la Comunidad Terapéutica derivan de las experiencias de ensayo-error



de sus primeros participantes, que crearon y organizaron sus propias comunidades de auto-ayuda. Desde entonces, tres generaciones de trabajadores, o “para-profesionales”, han ido desarrollando la metodología de la Comunidad Terapéutica, a través de la experiencia personal y el aprendizaje. Esta tradición oral, modalidad esencial e íntima de comunicación en la Comunidad Terapéutica, ha limitado cualquier aplicación más amplia de la metodología de la Comunidad Terapéutica.

Los límites de la experiencia personal

En el transcurso de los últimos 30 años, muchas actividades diarias de los programas de tratamiento se han ido consolidando, convirtiéndose en hábitos y rutinas, reflejando el hecho de que las principales razones terapéuticas y educativas que subyacen a estas actividades, a menudo no quedan claras para todos los participantes. Por qué la Comunidad Terapéutica hace lo que hace es, con frecuencia, difícil de entender solamente desde la experiencia personal: “Funciona para mí”, o “Así es como era cuando pasé por ello” o, simplemente, “Así se hacen las cosas”.

El conocimiento creció exclusivamente merced a la experiencia de recuperación personal, mientras el ritual del programa tendía a permanecer estático, insensible a las diferencias individuales o al cambio circunstancial. Un entendimiento conceptual o teórico de la metodología de la Comunidad Terapéutica es, por ello, esencial para adaptar sus principios y prácticas a la gran diversidad de pacientes que entran en los programas de tratamiento hoy en día.

Necesidad de un retorno a las bases de la Comunidad Terapéutica

Generaciones sucesivas de individuos que se han recuperado gracias a la Comunidad Terapéutica han ido apartándose de las raíces originales de su metodología. Esto ha contribuido a un debilitamiento progresivo de la aplicación de los métodos clínicos y herramientas de la Comunidad Terapéutica, y a una laxitud a la hora de mantener la estructura del programa tradicional. Como respuesta a este desarrollo negativo, se ha percibido una demanda de formación en las bases de la Comunidad Terapéutica (Brieland, Gelormino y Snook, 1990). A este respecto, se hace necesario un marco teórico explícito que defina, dé un contexto definido, e ilustre las bases de la Comunidad Terapéutica. De hecho, un marco como éste podría facilitar el desarrollo de un consenso en este campo, así como en los principios básicos y en los métodos de la Comunidad Terapéutica.

Creciente número de profesionales en este campo

Hay un número creciente de personal profesional convencional (trabajadores sociales, enfermeras, psicólogos, etc.) trabajando en Comunidades Terapéuticas. Basándose en su educación y en su formación profesional, han ido introduciendo nuevos conceptos, lenguajes y métodos que a menudo contrarían o se rebelan contra los rasgos fundamentales de auto-ayuda de la Comunidad Terapéutica. Un marco teórico explícito podría ofrecer una perspectiva común para la formación de personal tanto profesional como para-profesional, de manera que puedan unirse en la metodología del tratamiento.

Certificación de un orientador

La complejidad de la Comunidad Terapéutica es evidente, teniendo en cuenta que la TCA ha establecido los criterios y procedimientos de evaluación de orientadores y la certificación de su competencia (Kerr, 1986). Sin embargo, para reforzar la profesionalidad del personal en Comunidades Terapéuticas, es necesario un marco teórico que organice el conocimiento básico de estas comunidades. Una teoría clara y los métodos para aplicarla pueden ayudar a definir la amplitud de habilidades, competencias e información que los trabajadores han de poseer para ser efectivos dentro de la Comunidad Terapéutica².

Acreditación del programa y refuerzo de la calidad

Muchos programas de tratamiento para el abuso de drogas se etiquetan a sí mismos como Comunidades Terapéuticas. Muchas veces no está claro si se trata de modelos realmente válidos de Comunidad Terapéutica. Debido a ello, existen razones pragmáticas para el desarrollo de estándares comunes a todos los programas de Comunidad Terapéutica: para asegurar la calidad y las buenas prácticas, para guiar la formación del personal, y para evaluar la efectividad, los costes y beneficios del tratamiento. Es necesario un marco teórico formado por los elementos esenciales de la Comunidad Terapéutica para facilitar el desarrollo de los estándares del programa y, con ello, lograr una acreditación formal.

2. Específicamente, los contenidos de esta obra han facilitado el desarrollo de currículos y procedimientos para la formación y educación del personal en el modelo y los métodos de la Comunidad Terapéutica. Las solicitudes de información más detallada deberían enviarse al autor al Centro para La Investigación en Comunidades Terapéuticas (CTCR) en el NDRI, Inc., 2 World Trade Center, 16th floor, New York, NY 10048.



Suposiciones incorrectas

Aquellos individuos ajenos a la Comunidad Terapéutica tradicional la han percibido de muchas maneras diferentes, tanto positivas como negativas, a menudo sin la suficiente información. Dado que su historia no es totalmente convencional, fechando el inicio de esta práctica “alternativa” de tratamiento a principios de los años sesenta. Nos enfrentamos en este momento a la necesidad particular de describir de forma precisa a la Comunidad Terapéutica contemporánea como una institución efectiva, segura y creíble. Una explicación clara de la perspectiva, fundamentos, principios y métodos que definen la metodología de la Comunidad Terapéutica podría ayudar a corregir algunas de estas suposiciones incorrectas y a proporcionar una imagen más equilibrada del lugar que ocupa la Comunidad Terapéutica en el amplio espectro de los servicios sociales.

Los aspectos de la evolución detallados anteriormente han definido el propósito general de este volumen (el diseño de la metodología de la Comunidad Terapéutica como una teoría, un modelo y un método). Los propósitos de este volumen, de cualquier modo, son diversos: comunicar los valores esenciales de la metodología dentro y fuera de la Comunidad Terapéutica, facilitar una formación del personal basada en una sistematización de la Comunidad Terapéutica, servir como catalizador para el perfeccionamiento continuado del método y modelo de la Comunidad Terapéutica, y estimular la investigación acerca del proceso de la Comunidad Terapéutica.

TEORÍA Y COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

Contradiendo al mito de que las Comunidades Terapéuticas son anti-intelectuales, la mayoría de los programas contemporáneos son intelectualmente abiertos y se muestran receptivos ante las nuevas ideas e informaciones. De hecho, los buenos programas prosperan merced a la nueva información, apreciando la expansión intelectual como un elemento esencial para el crecimiento personal y para la recuperación. No son las nuevas ideas, sino las formulaciones abstractas, las que han sido cuestionadas por la Comunidad Terapéutica, y a menudo consideradas por el personal profesional como relevantes para la vida real dentro y fuera de la Comunidad Terapéutica.

El presente volumen introduce la formulación de la Comunidad Terapéutica del autor como teoría, modelo y método. Evolucionó desde la experiencia clínica y la investigación obtenida en la Comunidad Terapéutica residencial tradicional a largo plazo. Este modelo todavía sirve como prototipo para la actual

diversidad de Comunidades Terapéuticas, y su efectividad ha sido documentada (Anglin y Hser, 1990b; Condelli y Hubbard, 1994; De Leon, 1985; Gerstein y Harwood, 1990; Hubbard et al., 1996; Hubbard, Craddock, Flynn, Anderson y Etheridge, 1997; el Estudio Nacional de la Mejora del Tratamiento (NTIES), 1996; Simpson, Joe y Brown, 1997; Simpson y Sells, 1982).

La Comunidad Terapéutica se presenta en relación con un marco social y psicológico. El lenguaje de este marco ha sido aceptado a lo largo de los años por los trabajadores de la Comunidad Terapéutica, en mis escritos y los de otros autores, y hasta un extremo considerable en la práctica de la Comunidad Terapéutica, a pesar de no haber sido aceptado en la jerga de sus participantes. Los conceptos, lenguajes, y técnicas de las diferentes escuelas de psicología y terapia son influencias pasadas y presentes en la comunidad terapéutica. Entre estas escuelas encontramos el psicoanálisis, la terapia gestáltica, la terapia de regresión, la terapia de rol, la modificación de la conducta y el condicionamiento, la teoría de aprendizaje social, la prevención de recaídas y la terapia cognitiva emocional, entre otras. Muchas de ellas fueron descubiertas o re-descubiertas en las Comunidades Terapéuticas independientemente de sus fuentes originales, y otras fueron, y continúan siendo, introducidas directamente en la Comunidad Terapéutica por “expertos” foráneos, al mismo tiempo que las Comunidades Terapéuticas amplían su ámbito de actuación.

Este marco social y psicológico formula los conceptos y principios que la Comunidad Terapéutica utiliza para entenderse y explicarse a sí misma. Es lo suficientemente amplio para comunicar el extraordinario trabajo de la Comunidad Terapéutica en los campos de la educación, la salud mental, y explicárselo a los profesionales de servicios humanos, a los estudiantes, y al lector. Todo esto se corresponde con el propósito general y las aspiraciones específicas de este volumen³.

ADVERTENCIAS Y LÍMITES

Las teorías y la codificación de los elementos y los métodos parecen contradecir de forma inherente a la naturaleza dinámica de la vida comunitaria. Algunos de los ejemplos más problemáticos de estas advertencias se perciben ligeramente junto con otros límites referentes al marco presentado.

3. Sugarman realiza una diferenciación entre la “teoría nativa”, la Comunidad Terapéutica del modo en que la comprenden los propios residentes, y la teoría formal del modo en que fue desarrollada por trabajadores académicos (Sugarman, 1974). El presente marco teórico presenta propiedades, tanto académicas como nativas.



Rigidez

La codificación podría llevar a la rigidez en la práctica. Frecuentemente, la flexibilidad requerida para adaptarse a los problemas cambiantes y a las diferencias individuales puede verse entorpecida por la especificidad de la palabra escrita. A menudo, las estrategias innovadoras espontáneas se ven inhibidas por escritos que parecen adoctrinar u obligar a la utilización de procedimientos determinados. La codificación supone un cierto riesgo de fomentar la ortodoxia y la rigidez.

Artificialidad

Las Comunidades Terapéuticas no se conciben en sí mismas de manera analítica ni conciben sus métodos a partir de un planteamiento teórico. Desde su perspectiva, el cambio individual proviene del impacto global de la vida en comunidad. La descomposición de la metodología en elementos simples presenta un cuadro en cierto modo artificial de la Comunidad Terapéutica. Además, los rasgos terapéuticos y educativos, que son comunes en la mayoría de las Comunidades Terapéuticas se aplican según cada nueva circunstancia como un proceso vital de *re-creación* que puede curar y enseñar.

Variabilidad

Ninguna Comunidad Terapéutica se parece a otra. Sus culturas evolucionan de manera única, como si se tratara de comunidades separadas, auto-contenidas. Además de las diferencias más obvias debidas a los diferentes tipos de personas que acuden a ellas, a la experiencia del personal, la edad del programa, tamaños, y recursos, las diferencias en las creencias y el estilo de liderazgo podrían también evolucionar. A pesar de que las Comunidades Terapéuticas tradicionales tienen más puntos en común que diferencias, un sencillo marco teórico no puede integrar todos estos importantes matices en la cultura, práctica, filosofía, y aplicación de la psicología.

Falta de consenso

El marco presentado no representa una posición consensuada en este campo. Por el contrario, aspira a facilitar el consenso asistiendo a los trabajadores en la definición de la Comunidad Terapéutica como un modelo y méto-

do para el tratamiento del abuso de sustancias y los problemas relacionados en la vida. La validez de este o cualquier otro marco teórico, se apoya en la cercanía con que muestra la experiencia clínica y de investigación. Su utilidad real se medirá en relación a cuánto estimula al campo del entendimiento y la mejora del mismo.

Utilización

Los textos escritos no son sustitutos de la formación y la experiencia. Así, el presente volumen debería verse, no como una doctrina, sino como un *recurso* para facilitar la formación del personal y la planificación del tratamiento, y para proporcionar un equilibrio conceptual al aprendizaje experimental.

Bibliografía citada

También existen límites para bibliografía citada. El propósito específico del presente trabajo es el de proporcionar un marco comprensivo para la Comunidad Terapéutica ante la adicción, basado en la experiencia clínica y la investigación en programas de comunidad terapéutica. Ni la Comunidad Terapéutica en sí misma, ni el presente marco derivan de un tratamiento convencional de la adicción, de la ciencia social, la psicología, o la psiquiatría. A pesar de que podemos reconocer los principios y prácticas del aprendizaje social, los procesos de grupo, y la psicoterapia en la Comunidad Terapéutica, no son, a priori, la base del presente marco teórico. Por ello, la referencia a la literatura sociológica, psicológica y de tratamiento de la adicción fuera de la Comunidad Terapéutica podría distraer al lector.

La literatura relevante se describe principalmente en los capítulos iniciales. Las citas seleccionadas ilustran el apoyo general de la clínica y la investigación acerca de las afirmaciones factuales relativas a los drogodependientes que son tratados dentro y fuera de la Comunidad Terapéutica. Los capítulos siguientes contienen una exposición del presente marco que requiere escasas referencias a la literatura. Éstas ilustran la investigación clínica y la observación de algunas excepciones teóricas a este marco.

Finalmente, las declaraciones realizadas por los residentes, que aparecen acotadas o entrecomilladas en el texto tienen como propósito la ilustración. Son las interpretaciones del autor de ejemplos reales que se han producido a lo largo de los años en las clínicas, parafraseados, reconstruidos, o en fase de construcción.



CONCLUSIÓN

La evolución exitosa de la Comunidad Terapéutica para las adicciones define los fundamentos básicos del presente volumen. Una formulación teórica explícita de la Comunidad Terapéutica será necesaria para asegurar la fidelidad de su amplio campo de aplicación y para mantener la identidad distintiva de esta aproximación. La formulación teórica propuesta representa una convergencia entre los rasgos *reales* e *ideales* de la Comunidad Terapéutica mediante una clarificación de los elementos esenciales de su metodología. Las fuentes de estos elementos serán examinadas en el siguiente capítulo.

En busca de una Comunidad Terapéutica básica

2

La *idea* fundamental que sustenta el concepto de la Comunidad Terapéutica aparece aplicada a lo largo de la historia de formas diversas. Las comunidades que enseñan, curan y apoyan aparecen en sectas religiosas y comunas utópicas, así como en movimientos espirituales, de abstinencia, y de cuidado de la salud mental. Ciertas expresiones limitadas de la comunidad como “terapia” están también presentes en varias formas de procesos de grupo y en los grupos de auto-ayuda que emergen del movimiento potencial humano.

En su forma contemporánea, han surgido dos variantes principales de la Comunidad Terapéutica. Una, en la psiquiatría social, consiste en unidades innovadoras de instalaciones diseñadas para el tratamiento psicológico y la organización de los pacientes psiquiátricos con limitaciones sociales dentro y fuera de los hospitales mentales. La otra forma que han tomado las Comunidades Terapéuticas son los programas de tratamiento residenciales basados en la comunidad para adictos y alcohólicos. El presente capítulo y el presente libro se ocuparán de esta última⁴.

Las Comunidades Terapéuticas para el tratamiento de adicciones, al servir a las diversas poblaciones de adictos y en cuanto a la diferente duración de sus estancias, tienen, todas ellas, diseños similares, suscriben conceptos y creencias compartidos, y emplean prácticas similares. Estas características comunes podrían ser consideradas como los *elementos esenciales* de la Comunidad Terapéutica.

Algunos de estos elementos esenciales reflejan creencias de auto-ayuda, realidades y prácticas, presentes en todas las variedades de comunidades sociales con fines terapéuticos. Otras reflejan influencias transmitidas directamente de un programa a otro al tiempo que las Comunidades Terapéuticas evolucionan.

4. Kennard (1983) destaca los orígenes y atributos comunes de cuatro variantes de la Comunidad Terapéutica: la institucional o de hospital mental (p.e., Northfield Hospital, Inglaterra), la democrática-psicoanalítica (p.e., Comunidad Terapéutica de Jones, Henderson), la de base conceptual (p.e., Comunidades Terapéuticas para las adicciones) y la antipsiquiatría (p.e., Kingsley Hall).



Este capítulo explora brevemente las fuentes y la evolución de estas comunidades para ilustrar el modo en que contribuyeron al marco teórico de la Comunidad Terapéutica del modo en que está presentada en esta obra. En esta revisión, pondremos énfasis en las influencias directas e indirectas que modelan los elementos esenciales de la Comunidad Terapéutica moderna.

FUENTES HISTÓRICAS

A pesar de que la Comunidad Terapéutica para la adicción recibe influencias de varias fuentes, tanto antiguas como recientes, el término “Comunidad Terapéutica” es moderno. Fue utilizado por primera vez para describir las comunidades terapéuticas psiquiátricas que nacieron en el Reino Unido durante los años 40. Aparte del nombre, el modo en que las comunidades terapéuticas psiquiátricas británicas influenciaron a las Comunidades Terapéuticas para las adicciones en Norteamérica no está muy claro. Sin embargo, una breve revisión de la utilización de las Comunidades Terapéuticas en psiquiatría social revela ciertos rasgos genéricos de todas las Comunidades Terapéuticas.

La Comunidad Terapéutica en psiquiatría social

Las Comunidades Terapéuticas en hospitales psiquiátricos, propuestas y llevadas a la práctica por Jones (1953) y otros profesionales pioneros en el Reino Unido, aparecieron aproximadamente 15 años antes que las Comunidades Terapéuticas para adicciones lo hicieran en Norteamérica. El nacimiento de la Comunidad Terapéutica psiquiátrica se considera a menudo como parte de la “tercera revolución en psiquiatría”, una transformación del uso de las terapias individuales en la aproximación de los psiquiatras sociales acentuando la implicación multipersonal, la utilización de métodos grupales, la terapia ambiental, y la psiquiatría administrativa (Kennard, 1983; Main, 1946, 1976; Rapaport, 1960). El nombre *Comunidad Terapéutica* evolucionó en el contexto hospitalario para describir un lugar “organizado como una comunidad en el que se espera que todos contribuyan al logro de las metas compartidas de crear una organización social con propiedades curativas” (Rapaport, 1960, p.10).

La Comunidad Terapéutica psiquiátrica prototipo fue desarrollada por primera vez en la unidad de rehabilitación social del Hospital Belmont (llamado posteriormente Henderson) en Inglaterra, a mediados de los años 40. Era una

unidad de 100 camas cuya misión consistía en tratar a pacientes internos psiquiátricos con trastornos de personalidad a largo plazo. Maxell Jones y sus colegas habían destacado la gran variedad de rasgos de la Comunidad Terapéutica psiquiátrica (e.g., Johanes, 1953; Rapaport, 1960; Salasnek y Amini, 1971). Estos rasgos se encuentran enumerados en la tabla 2.1.

El impulso general proporcionado por la Comunidad Terapéutica de Jones (la naturaleza terapéutica del ambiente en su totalidad) anuncia el concepto fundamental de comunidad como método en las posteriores Comunidades Terapéuticas para adicciones graves. La Comunidad Terapéutica de Jones se mantiene como un modelo viable para el tratamiento de pacientes psiquiátricos en el contexto extra-hospitalario en Gran Bretaña, diferentes países de Europa (p.e., Escandinavia y Finlandia), y en menor medida, en los EEUU (p.e., Gralnick, 1969; Wilmer, 1958). Sin embargo, su adaptación específica para drogodependientes se aplicó en Europa logrando tan sólo resultados de eficacia variada (Kooyman, 1993). En Estados Unidos, se han adaptado versiones modificadas de la Comunidad Terapéutica psiquiátrica para el tratamiento de individuos que abusan de sustancias químicas, en principio en pabellones hospitalarios de veteranos de la administración (Seidel, Guzmán y Abueg, 1994), aunque tenemos pocos datos sobre su eficacia para estas poblaciones⁵.

Tabla 2.1. Características de la Comunidad Terapéutica Psiquiátrica de Jones.

- La organización general afecta al resultado terapéutico.
- La organización social es útil para la creación de un ambiente que maximice los efectos terapéuticos y no es simplemente un escenario para el tratamiento.
- Un elemento fundamental es la democratización: el ambiente social proporciona oportunidades a los pacientes para tomar parte activa en los asuntos de la institución.
- Todas las relaciones son potencialmente terapéuticas.
- La atmósfera cualitativa del ambiente social es terapéutica en el sentido de que está equilibrada entre aceptación, control y tolerancia para las actividades destructivas.
- La comunicación tiene un gran valor.
- El grupo será orientado hacia el trabajo productivo y un rápido regreso a la sociedad. Las técnicas educativas y la presión grupal se utilizan para propósitos constructivos.
- Existe una difusión de la autoridad desde el personal profesional hacia los pacientes.

Fuente. Adaptado de Kennard (1983).

5. Existen otros ejemplos exitosos de modelos paciente-comunidad para enfermos mentales fuera de entornos institucionales (ver, por ejemplo, Fairweather, Sanders, Maynard y Cressler, 1969, y Jansen, 1980).



Precursores de la Comunidad Terapéutica para la adicción

Hasta la fecha, no existe una historia exhaustiva de las Comunidades Terapéuticas para la adicción, aunque sí se ha publicado literatura que contiene estudios parciales de su evolución (Bratter, Bratter y Heimberg, 1986; Brockaert, Wanderplasschen, Temmerman, Ottenberg y Kaplan, 1998; Brook y Whitehead, 1980; De Leon, 1985; De Leon y Rosenthal, 1979; De Leon y Ziegenfuss, 1986; Deitch, 1973; Glaser, 1974; Kennard, 1983; Kooyman, 1993; Mowrer, 1977; Slater, 1984). En estos escritos los conceptos y datos de la Comunidad Terapéutica, sus creencias y prácticas, se tratan mediante influencias indirectas encontradas en la religión, filosofía, psiquiatría, y las demás ciencias sociales, de la salud y de la conducta⁶.

Hay quien sugiere que el prototipo de la Comunidad Terapéutica es antiguo, y que está presente en todas las formas de curación y apoyo comunales (Mowrer, 1977; Slater, 1984). Por ejemplo, los pergaminos del Mar Muerto en Qumran detallan las prácticas comunales de una secta religiosa, los Esenios, acerca de “la Normativa de la Comunidad”. Denunciando “las formas del espíritu de falsedad”, este código Esenio apuntaba a los problemas de la avaricia, la mentira, la crueldad, la insolencia descarada, la lujuria, y “el caminar por la senda de la oscuridad y el engaño” (Slater, 1984). La adhesión a estas normas y enseñanzas de la comunidad era una exhortación con el fin de vivir de forma sana y honrada.

El código Esenio de sanciones guarda un llamativo parecido con el de la Comunidad Terapéutica moderna. Para transgresiones específicas como la mentira o la insolencia de dormir durante una reunión de la comunidad, los discursos insensatos, hacer las cosas de mala gana o el abandono de una reunión de comunidad antes de que ésta finalice, las sanciones normalmente consisten en la asignación de períodos de destierro de la comunidad o la restricción de relaciones y privilegios. A pesar de ser considerablemente más severas que las presentes en las Comunidades Terapéuticas modernas, estas sanciones son funcionalmente similares en su forma de enfocar la relación entre el individuo y la comunidad.

También contienen referencias a la idea de enfermedad del alma los escritos de Philo Judeaus (25 a.C. a 45 d.C.) en su descripción de un grupo de personas que vivían en Alejandría, Egipto. Se trataba de un grupo de terapeutas (*therapeutrides*) que se dedicaban a las enfermedades “incurables” del alma. Ellos

6. Estoy en deuda con Michael Slater, que me proporcionó un valioso material acerca de las fuentes históricas (Slater, 1984).

“profesan un arte de medicina dedicado a los placeres y apetitos (excesivos)... la inconmensurable multitud de pasiones y vicios” (Slater, 1984).

La historia de la medicina y la de la salud mental ofrecen otros ejemplos de enfermedades del cuerpo o de la mente que se han atribuido comúnmente a trastornos del alma y han sido tratadas mediante ministerios espirituales. Existen dos elementos que guardan cierto paralelismo entre sí en la Comunidad Terapéutica moderna ante las adicciones, a pesar de ser también notables en las referencias anteriormente citadas a versiones antiguas en la literatura occidental: (a) la enfermedad del alma se manifiesta como un trastorno de la persona en su totalidad, principalmente caracterizado por problemas con el auto-control conductual y emocional; y (b) la curación de la enfermedad del alma se consigue mediante alguna forma de implicación de la comunidad. La rica tradición literaria, tanto antigua como moderna, que trata la filosofía, la religión y la medicina orientales, también contiene ideas similares.

GENEALOGÍA DEL PROGRAMA DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA MODERNA PARA LA ADICCIÓN

Los precursores inmediatos de las Comunidades Terapéuticas modernas (también llamados “concepto” o comunidades terapéuticas sin drogas) siguen dinámicamente la pista de los programas que proliferaron durante los años sesenta y setenta en Norteamérica, y posteriormente en Europa (Acampora y Stern, 1994; Brook y Whitehead, 1980; De Leon y Ziegenfuss, 1986; Glaser, 1974; Kooyman, 1993). Los elementos básicos de las Comunidades Terapéuticas contemporáneas se construyen en gran medida sobre estos programas.

Glaser (1974) traza una asociación conceptual y organizativa de los programas modernos de Comunidades Terapéuticas comenzando con el del grupo Oxford, fundado en el año 1921 (también conocidos como los Buchmanitas, Compañía Cristiana del Primer Siglo, o Rearme Moral [MRA], nombre que adoptaron finalmente) a Alcohólicos Anónimos (AA), asociación que data del año 1935, Synanon (1958) y Daytop Village (1963).

En el período 1960-71, los programas de Comunidad Terapéutica se expandieron rápidamente directa e indirectamente desde Synanon y Daytop Village (incluyendo a Gateway House, Gaudenzia, Marathon House, Odyssey House, Phoenix House, Samaritan House y Walden House). Estas y otras Comunidades Terapéuticas americanas de primera generación fueron literalmente implantadas o diseñadas por miembros de uno de los programas “padre”, transmitiendo directamente elementos comunes de la filosofía, la organización social, y las



prácticas de los programas originales a las Comunidades Terapéuticas contemporáneas. Sin embargo, las *fuentes* directas de muchos de los elementos esenciales son atribuibles a tres precursores notables: el grupo de Oxford, AA, y Synanon. La contribución de cada uno de ellos se detalla a continuación.

El grupo de Oxford

El grupo de Oxford (descrito a veces como un movimiento) fue una organización religiosa fundada en la segunda década del siglo XX por Frank Buchman, un ministro evangélico luterano. Su nombre inicial, Compañía Cristiana del Primer Siglo, transmite su mensaje básico: un retorno a la pureza y la inocencia de la Iglesia temprana. La misión de Oxford para el renacimiento espiritual de los cristianos acomodó ampliamente todas las formas del sufrimiento humano. A pesar de no ser su enfoque primordial, la enfermedad mental y el alcoholismo como signos de erosión espiritual se encontraban entre los objetivos del movimiento.

Frank Bucman y el Dr. Samuel Shoemaker, un pastor de la Iglesia del Calvario Episcopal de Nueva York (centro de operaciones del movimiento de Oxford a nivel mundial), estaban influenciados por los Cuáqueros y los Anabaptistas, que también fueron precursores de los Menonitas y los Amish. Estas influencias religiosas tempranas del grupo de Oxford y AA reaparecen como elementos de la Comunidad Terapéutica moderna. Algunas de las ideas y prácticas mantenidas comúnmente incluyen la ética del trabajo, la preocupación mutua, compartir las pautas y los valores evangélicos de honestidad, pureza, desprendimiento y amor, auto-evaluación, reconocimiento de los defectos propios del carácter, reparación del daño causado y trabajo en equipo (Ray, 1999; Wilson, 1957)⁷.

Alcohólicos anónimos (AA)

AA fue fundada en 1935 en Akron, Ohio por dos alcohólicos ricos en proceso de recuperación, Bill Wilson, un accionista de Nueva York, y el Dr. Bob Smith, un médico de Akron. La historia de AA y las exposiciones completas de los principios y tradiciones de los 12 pasos se encuentran bien descritos en la

7. Hoy en día la influencia del grupo de Oxford en la recuperación de individuos persiste a través de una iniciativa de acogida auto-dirigida y auto-gestionada en Silver Spring, Maryland, en 1975. Denominada en un principio Oxford House, sus miembros pioneros eligieron este nombre tras el Movimiento de Oxford (ver Maloy, 1992).

literatura, especialmente en *Alcoholics Anonymous Comes of Age: A Brief History of AA*, escrito por Bill Wilson en 1957⁸.

La influencia del grupo de Oxford en AA está asociada con varios individuos en especial. Rowland H., un alcohólico que logró su recuperación gracias a su conversión religiosa en el grupo de Oxford, hizo de la salvación de otros alcohólicos su misión personal. Uno de sus conversos fue Ebby T., que en 1934 intentó ayudar a Bill Wilson, un anciano bebedor, hablándole de religión y de las ideas del grupo de Oxford. Sin embargo, fue durante su hospitalización posterior para desintoxicarse completamente del alcohol cuando Bill Wilson experimentó un despertar espiritual fundamentado en el mantenimiento de la sobriedad, influenciado por el libro de William James *Varieties of Religious Experiences* (Slater, 1984).

Durante un viaje de negocios posterior a Akron, Bill Wilson experimentó la necesidad compulsiva de tomar un trago. Henrietta Sieberling, asociada al grupo de Oxford en Akron, le proporcionó el nombre de Bob S., otro alcohólico. La conversación entre aquellos dos hombres dio lugar a la fundación de AA. Compartir su mutua experiencia les llevó a embarcarse en la misión de ayudar a otros alcohólicos.

Los 12 pasos y las 12 tradiciones de AA son los principios que guían al individuo en el proceso de recuperación (Emrick, 1999). Estos pasos enfatizan el reconocimiento de la pérdida del control de uno mismo sobre la sustancia, y el rendimiento ante el “poder superior”, la auto-evaluación, la búsqueda de ayuda por parte del poder superior de cada uno con el fin de cambiarse a uno mismo, la enmienda hacia los demás, la oración en la lucha personal y asistencia a los demás en la implicación ante procesos similares.

Aquellos principios de AA que derivaron directamente del grupo de Oxford incluían la noción de la confesión ante los demás, la enmienda y la convicción de que el cambio individual implica la conversión a la creencia del grupo. Sin embargo, AA parte de la orientación de Oxford hacia el Dios religioso como la fuente espiritual del poder superior. El miembro de AA podía relatar en privado su *propio* concepto de un poder superior, mientras el miembro del grupo de Oxford se refería específicamente a un Dios cristiano. Ambas orientaciones, sin embargo, acentúan la existencia de un poder mayor al propio como la fuente espiritual última del cambio personal. La orientación no sectaria de AA se compara con la de

8. Un antecedente decimonónico a AA lo constituyó un grupo llamado los Washintonianos, que fue fundado por varios bebedores en proceso de recuperación. Aunque este movimiento terminó por extinguirse, contenía muchos de los elementos que posteriormente aparecieron en la Comunidad Terapéutica, desde el compromiso con la abstinencia, el proselitismo de su mensaje, y la práctica de la auto-valoración durante los procesos de grupo (ver Deitch, 1973).



Synanon y la de las enseñanzas de las Comunidades Terapéuticas posteriores, que se apoyan menos en el concepto de un poder externo, y más en el propio individuo y el proceso grupal como fuentes de la modificación individual⁹.

Synanon

Los elementos esenciales de las Comunidades Terapéuticas contemporáneas para las adicciones (los conceptos, el modelo de programa y las prácticas básicas) evolucionaron en un principio en Synanon, fundada en 1958 en Santa Mónica, California. La historia y los aspectos característicos de este afamado programa se encuentran documentadas en una amplia bibliografía (Casriel, 1966; Endore, 1968; Yablonsky, 1965, 1989).

La fuerza fundadora de Synanon fue Charles (“Chuck”) Dederich, un alcohólico en recuperación, que integró sus experiencias vividas en AA con otras influencias filosóficas, pragmáticas y psicológicas para crear y desarrollar el programa Synanon. Sus comienzos fueron humildes y se basaron en la autoayuda. Dederich, junto con varios compañeros de AA, iniciaron unos grupos semanales de “libre asociación” en su apartamento. Estos grupos evolucionaron hacia un proceso de encuentro grupal único (“el juego”), que tuvo como resultado una serie de cambios psicológicos diferentes en los participantes, incluyendo al propio Dederich. Los participantes veían al grupo como una nueva forma de terapia. Un año después, las reuniones semanales se habían convertido en una comunidad residencial, y en agosto del año 1959 la organización se fundó oficialmente con el fin de tratar a cualquier drogodependiente, independientemente de la sustancia de adicción¹⁰.

Durante los siguientes 15 años, Synanon prosperó como organización, presentando un programa de tratamiento innovador. A pesar de ser vista como una Comunidad Terapéutica típica ante las adicciones, siguió su propia vía evolutiva al margen del movimiento nacional e internacional de la Comunidad Terapéutica. Su involución gradual, la problemática de organización interna y la disminución de su papel en el campo de las adicciones durante las últimas tres décadas han quedado bien descritas en la literatura (Deitch y Zweben, 1980; Yablonsky, 1989).

9. La separación de religión y terapia es explícita de las Comunidades Terapéuticas desarrolladas en Norteamérica y Europa occidental. En otras culturas, como la Latinoamericana, las prácticas y enseñanzas religiosas han sido incorporadas al régimen diario de la Comunidad Terapéutica.

10. El nombre Synanon fue adaptado de los balbuceos de un adicto intoxicado que, al solicitar su admisión en uno de los grupos semanales, pronunció incorrectamente la palabra seminario.

Synanon y AA

Las influencias de AA en Synanon son fundamentales, aunque ciertas similitudes y diferencias clave entre ambas destacan la evolución de la Comunidad Terapéutica como una metodología distinta. Ambas compartieron la premisa de la recuperación mediante la auto-ayuda, la creencia de que la capacidad de curar y modificar reside en el individuo, y que la curación se produce fundamentalmente a través de las relaciones terapéuticas con los similares (Anglin, Nugent y Ng, 1976). La importancia de la auto-confianza del individuo y la organización de grupos y reuniones fueron extensiones directas de las tradiciones y actividades programadas de AA.

A pesar de que Synanon no prescribía un protocolo explícito de 12 pasos, definió el cambio en relación con una serie de etapas mostrando un cierto paralelismo con los pasos de AA (Anglin, Nugent y Ng, 1976). Por ejemplo, la fase temprana de recuperación en la Comunidad Terapéutica implica una ruptura de la negación y una implicación en el proceso de modificación, similar al avance desde la negación a la toma de una decisión de cambio en AA (pasos 1.3). El intenso período de auto-evaluación-desaceleración que caracteriza las fases intermedias del proceso en la Comunidad Terapéutica refleja los pasos 4-9 de AA (que implican la realización del inventario personal, la competición de concesiones con otra persona, y la realización de enmiendas). La autonomía madura e incrementada que se espera de los individuos en la etapa de re-ingreso en la Comunidad Terapéutica, refleja en cierto modo los últimos pasos de AA (pasos 10-12), que insisten en la honestidad personal continuada, la petición humilde de ayuda para mantener la recuperación y la asistencia activa a los demás.

Existen también *diferencias* importantes en la Comunidad Terapéutica Synanon, que la distinguen de AA y definen la Comunidad Terapéutica para las adicciones como una nueva modalidad de recuperación. Estas diferencias se basaban en el carácter residencial del programa, su estructura organizativa, el perfil de los participantes, sus objetivos, filosofía y orientación ideológica.

Escenario y organización

El cambio más notable fue el paso del escenario no residencial basado en las reuniones regulares y grupos de AA, a la comunidad residencial intensiva de 24 horas de las Comunidades Terapéuticas, que incluía todas las actividades de la vida diaria, el trabajo, las relaciones, y el ocio, así como los grupos terapéuticos y las reuniones de la comunidad. Este cambio está acompañado por el paso



de una compañía relativamente falta de estructura a la organización jerárquica altamente estructurada de la Comunidad Terapéutica residencial. Aunque Synanon mantuvo la tradición de independencia fiscal de AA, estaba orientada de forma empresarial. Desarrolló negocios orientados a la obtención de beneficios y solicitó la subvención de los sectores público y privado. La organización social del programa de tratamiento Synanon en sí mismo estaba organizada a través de la estructura jerárquica. Aunque cualquier miembro del programa podía ascender a los niveles más altos, la toma de decisiones se realiza de manera autocrática, reservándose este derecho a unos pocos miembros.

Perfiles de los clientes

El perfil socio-demográfico y de consumo de drogas de los miembros en Synanon era diferente al de AA. Esto refleja un cambio de la exclusiva asistencia a alcohólicos, a la inclusión de adictos a opiáceos e individuos dependientes de sustancias de todo tipo. A pesar de que no disponemos de estadísticas, la proporción de mujeres y miembros pertenecientes a minorías étnicas diferentes a la blanca en Synanon, parece ser considerablemente más alta que en AA en aquellos tiempos.

El cambio en el perfil de los pacientes y en los patrones de consumo de drogas observados en Synanon fue especialmente significativo en la evolución de las Comunidades Terapéuticas. Consolidó a las Comunidades Terapéuticas de auto-ayuda como una opción viable de tratamiento para los adictos a narcóticos y otros consumidores de drogas ilegales (para consumidores de drogas socialmente privados de derechos, en general). Típicamente, estos individuos no encontraban su solución en AA. La mayoría recibían cuidados por parte de los sistemas convencionales de medicina y salud mental. Sus adicciones eran interrumpidas temporalmente en clínicas de desintoxicación, bajo custodia médica o mediante el encarcelamiento, cuando no terminaban con la muerte.

Objetivos

El objetivo explícito de la participación regular en las reuniones de AA consistía en mantener el estado de sobriedad. En Synanon y las Comunidades Terapéuticas posteriores, los objetivos específicos eran la modificación psicológica y del estilo de vida (un proceso que sólo puede *comenzar* a partir de la sobriedad). La comunidad residencial representaba un entorno de aprendizaje social integral, esencialmente diseñado para lograr estos objetivos.

Synanon institucionalizó un prerrequisito de abstinencia de droga para participar en el programa. Así, a diferencia de las reuniones de AA, a las que podían asistir bebedores activos, los residentes de Synanon tenían que permanecer en estado de abstinencia como condición fundamental para su participación en el programa. Las Comunidades Terapéuticas contemporáneas mantienen esta regla cardinal de la abstinencia de droga, aunque con los años, su respuesta a la violación de esta norma se ha flexibilizado.

Orientación

Un cambio esencial de la metodología de Synanon frente a la de AA fue su orientación psicológica sobre el problema de la adicción y la personalidad del adicto, apoyada en las experiencias directas de los participantes en los primeros encuentros grupales. Como explicaremos posteriormente, este énfasis psicológico moldeó los elementos clave de la perspectiva y la organización social de Synanon y las posteriores Comunidades Terapéuticas.

Aunque los conceptos básicos de AA acerca de la auto-evaluación y la autoayuda mutua fueron incorporados por Synanon, el énfasis de AA en el “poder superior” espiritual fue reemplazado por una ideología secular apoyada en asunciones existenciales acerca de las auto-determinaciones y la responsabilidad individual. Al igual que en AA, el individuo en proceso de recuperación era considerado como el principal responsable de la auto-modificación a través del compromiso personal y la adhesión a las enseñanzas de recuperación. Para la Comunidad Terapéutica, sin embargo, el poder de la modificación reside principalmente en el individuo y se activa mediante su plena participación en la comunidad de residentes¹¹.

En los programas de Comunidad Terapéutica, existe una tácita aceptación del elemento espiritual en el proceso de recuperación. El respeto a las diferencias culturales, las creencias religiosas y las afiliaciones de sus miembros se valora, mientras que los dogmas, las prácticas y los rituales religiosos no se recomiendan generalmente mientras los individuos se encuentran involucrados en el programa de tratamiento. La diferencia entre la confesión privada, en la que se divulgan las cuestiones de sensibilidad psicológica a una persona especial (el tutor en AA, Dios en el grupo de Oxford o el sacerdote para los cristianos) y la apertura pública y la comparación personal con toda la comunidad de residentes (una práctica más cercana a los antiguos ritos de confesión), es considerable.

11. Debería apreciarse el hecho de que AA acepta ateos entre sus miembros, sugiriendo que contemplan al grupo como a su poder superior (una visión similar a la de las Comunidades Terapéuticas).



El proceso de grupo

Un ejemplo significativo de las diferencias en la metodología de AA y la Comunidad Terapéutica es la forma en que se utilizan los procesos grupo. En Synanon desarrollaron el *juego* o grupo de encuentro (término aparentemente prestado del argot existencialista del movimiento potencial humano de aquel periodo). Estos grupos semanales de “libre asociación” reflejaban algunas de las influencias psicoanalíticas de Dederich y los primeros participantes en Comunidades Terapéuticas. Estos grupos evolucionaron rápidamente hacia un formato diferencial marcado por una confrontación mutua intensa, diseñada a fin de exponer y debilitar las defensas contra la honestidad personal y para fomentar la apertura y la expresión de los sentimientos auténticos. La libre asociación, el monólogo y el diálogo diádico controlado, alternado con la reacción verbal colectiva, todos ellos dirigidos a los miembros y en torno a ellos.

Así, en Synanon (y posteriormente en las Comunidades Terapéuticas) el objetivo de los procesos de grupo era el de ayudar al individuo a descubrir y modificar las conductas y actitudes características asociadas a su adicción. La interacción grupal se utilizaba para aumentar la auto-conciencia del individuo de sus rasgos de personalidad negativos mediante su impacto en los demás, y la persuasión grupal se utilizaba para fomentar la honestidad personal absoluta, la auto-apertura y el compromiso con la auto-modificación.

En los grupos de AA, el proceso era considerablemente menos intenso en lo que respecta a la interacción y el desafío. El énfasis se situaba en el acto de compartir la historia personal individual, comprender los beneficios de permanecer sobrio, y utilizar al grupo como apoyo a la hora de mantener la sobriedad. Así, el grupo de AA estaba orientado principalmente a la sobriedad. La auto-apertura voluntaria de cuestiones psicológicas más profundas, a pesar de estar aceptada, no era el objetivo esencial del grupo.

Los factores curativos de los grupos de AA son fundamentalmente las propiedades curativas y de apoyo que también se encuentran presentes en los grupos en la Comunidad Terapéutica (Emrick, 1989; Yalom, 1975). Sin embargo, el énfasis psicológico significativo de los procesos de grupo en la Comunidad Terapéutica (la disolución de las defensas, la exploración personal, la enseñanza y la formación) resulta menos aparente en los grupos de AA.

Una segunda modificación importante con respecto a los grupos de AA fue la introducción de las diferentes variedades de las prácticas grupales, además de los encuentros. Estos grupos compartían el objetivo general del reforzamiento de la cohesión entre los residentes. Sin embargo, diferían en su enfoque, formato, composición y liderazgo al señalar la gran variedad de

temas y cuestiones terapéuticas y educativas relacionadas con la recuperación individual y la vida diaria.

En resumen, la Comunidad Terapéutica Synanon reconfiguró de manera creativa una gran variedad de influencias incorporándolas a la Comunidad Terapéutica prototípica para las adicciones. Heredó los elementos morales y espirituales de grupo de Oxford y AA, y algunos de los doce principios y tradiciones de AA. Integró estos elementos junto con otras influencias sociales, psicológicas y filosóficas de la época (existencialismo y psicoanálisis), con el objetivo de modificar personalidades y estilos de vida, en lugar de conformarse con mantener la sobriedad. Más significativamente, en el escenario residencial de 24 horas, los individuos eran apartados de los elementos sociales, circunstanciales e interpersonales de la amplia comunidad exterior, que podían influenciar su consumo de drogas. En este marco, las Comunidades Terapéuticas desarrollaron una tecnología de aprendizaje social utilizando la totalidad de la vida comunitaria para lograr objetivos complejos. De este modo, la Comunidad Terapéutica Synanon representó un paso evolutivo a partir de sus precursores, causando una revolución en relación con las anteriores metodologías de tratamiento de las adicciones.

INFLUENCIAS INESPECÍFICAS EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA PARA ADICCIONES

Hasta aquí, las fuentes históricas de los elementos de la Comunidad Terapéutica representan la confluencia de los componentes morales (o espirituales), sociales y psicológicos, realizados por varios pioneros y líderes, programas y movimientos. Sin embargo, existen otras influencias no identificables específicamente con personas, eventos o linajes. Son los factores sociales, culturales y psicológicos más amplios que parecen haber contribuido a modelar las actividades y la organización social de Synanon y la primera generación de Comunidades Terapéuticas. En particular, tres de ellas reflejan el intercambio en el clima social a principios de la década de los 60, ciertos rasgos de la personalidad de los primeros trabajadores, y las características únicas de la cultura americana.

Marco y clima social

Para los adictos y alcohólicos que comenzaron a desarrollar las Comunidades Terapéuticas, el único marco de referencia que podían emplear para la



aplicación de sus estructuras organizativas era el de las cárceles, los hospitales y el de sus propias familias (a menudo disfuncional y abusivo). De este modo, no es sorprendente que la organización social de Synanon, por ejemplo, fuera un modelo sustitutivo de familia autocrática y jerárquica. Más aún, el estigma de la adicción y las constantes presiones fiscales sobre aquellos programas todavía marginados, que se basaban en la comunidad, a menudo reforzaba su cohesión familiar.

Influencias personales

La organización social de la Comunidad Terapéutica para las adicciones no podría haberse sostenido sin un énfasis en el auto-control y la aceptación del liderazgo autoritario. El liderazgo temprano y los participantes revelaban de forma característica ciertos problemas, que habían arrastrado durante toda su vida, con la autoridad, el control de los impulsos y la baja auto-estima asociada al rendimiento social impedido. Los participantes originales conocían sus propios rasgos de personalidad y entendían que sin un firme auto-control y un constante control comunal, estos rasgos podrían provocar en ellos trastornos personales y sociales. En lenguaje psicodinámico, la propia organización social de la Comunidad Terapéutica para las adicciones reflejaba elementos de reacción, formación y sublimación. Redirigía la energía negativa y los impulsos de rebeldía hacia la implicación social constructiva, que los propios participantes denominaban “giro”.

Esta interpretación general también ilustra el fundamento psicológico subyacente a la coexistencia de los elementos de autoridad y auto-ayuda dentro de la comunidad. Los participantes no podían escuchar o “comportarse” por los demás (padres, profesores o profesionales de la salud mental), pero podían escucharse e influenciarse unos a otros. La aceptación del liderazgo autocrático (a menudo carismático) revelaba el lado positivo de la postura ambivalente de los participantes hacia la autoridad o las figuras paternas. Sin embargo, el requerimiento significativo de la aceptación de la autoridad era la credibilidad, que estaba simbolizada de una manera nada ambigua en el personal profesional del programa.

Influencias culturales

La influencia de la cultura americana en algunas de las enseñanzas y en la organización social de la Comunidad Terapéutica norteamericana no puede ser

ignorada. En las Comunidades Terapéuticas, se acentúa la movilidad vertical dentro de la organización social y la persecución agresiva de las recompensas sociales tangibles de status y privilegio. Estos elementos reflejan las cualidades del carácter nacional americano (corporativo, pragmático y adquisitivo). Paradójicamente, a pesar de que la primera generación de la Comunidad Terapéutica estaba separada de cualquier convencionalismo, como un fenómeno distinto de auto-ayuda de los expulsados, el concepto de la Comunidad Terapéutica del éxito personal y de salud abrazaba la conformidad convencional de los valores conservadores y tradicionales de la familia, la responsabilidad social, la auto-confianza y la ética del trabajo.

Así, la cultura, el clima social y la psicología proporcionaron un contexto para el desarrollo temprano de las Comunidades Terapéuticas para las adicciones. A pesar de estar aquí descritas brevemente, estas amplias influencias ofrecen una visión global de las fuentes a partir de las cuales evolucionaron los elementos esenciales de la Comunidad Terapéutica y, particularmente, del modo en que diferenciaron a la Comunidad Terapéutica de sus precursores.

COMUNIDADES TERAPÉUTICAS CONTEMPORÁNEAS

La mayoría de los programas que sirvieron a Synanon (si no todos ellos) fueron desarrollados con la ayuda e implicación de líderes cívicos, el clero, los políticos y los servicios profesionales de salud mental y médica. De este modo, a pesar de que las Comunidades Terapéuticas para las adicciones fueron creadas por adictos y alcohólicos en proceso de recuperación y su evolución reciente han estado influenciadas de manera significativa por los campos tradicionales de la educación, la medicina, la psiquiatría, el derecho, la religión y las ciencias sociales.

Los profesionales ajenos en sí mismos a procesos de recuperación, que se vieron involucrados en el movimiento de la Comunidad Terapéutica, se comprometieron con el concepto de auto-ayuda y el mantenimiento de la “pureza” del modelo de programa de la Comunidad Terapéutica. Sus contribuciones fueron normalmente prácticas y políticas, relacionadas con la supervivencia de la agencia y su desarrollo (recaudación de fondos, investigación y difusión del trabajo de las Comunidades Terapéuticas).

Hoy en día, las agencias y programas de Comunidades Terapéuticas varían según sus recursos psiquiátricos, psicológicos, educativos, vocacionales y de servicios sociales. Las perspectivas sociales y psicológicas (Freud, Rogers, Erikson) son parte del currículum estándar de las Comunidades muy en espe-



cial de las terapéuticas, dependiendo de su liderazgo. Los programas difieren respecto a su jerga (p.e., términos psicológicos), servicios especiales (e.g., grupos familiares), y una gran variedad de temas terapéuticos sociales destacados (e.g., abusos sexuales, género, cuestiones culturales).

Aunque las generaciones siguientes mantuvieron muchos de los elementos del prototipo de Synanon, han recibido influencias diversas provocando profundas diferencias en cuanto a la organización, filosofía y prácticas de la comunidad. Algunas de ellas son claramente evidentes; otras provienen de procesos de desarrollo más graduales (ver tabla 2.2). Estas modificaciones no han alterado los elementos básicos esenciales de la metodología de la Comunidad Terapéutica, pero señalan la evolución de la Comunidad Terapéutica desde una metodología de auto-ayuda alternativa y esotérica a una modalidad convencional de servicios sociales.

La denominación de *comunidad terapéutica* tiene un especial interés en lo referente a la evolución de la Comunidad Terapéutica para las adicciones (especialmente en su relación con la Comunidad Terapéutica psiquiátrica). Aunque Tom Main, un afamado psiquiatra británico, acuñó el término para el modelo psiquiátrico, no existe una clara evidencia de que estas Comunidades Terapéuticas psiquiátricas anteriores tuvieran alguna influencia directa en el origen de las Comunidades Terapéuticas para las adicciones. De hecho, el origen de la denominación *comunidad terapéutica* para las Comunidades Terapéuticas para las adicciones de Norteamérica no se conoce con precisión¹².

Las referencias a la comunidad terapéutica aparecen relacionadas a la dependencia de sustancias químicas en antiguas publicaciones acerca de programas particulares, como Synanon, Daytop Village, y los programas residenciales desarrollados en Illinois a mediados de los 60 (Casriel, 1966; Jaffe, 1969; Yablonsky, 1965). Sin embargo, éstas representaban la utilización del término por parte de individuos específicos, en lugar de hacer referencia a una definición ampliamente aceptada¹³.

12. La expresión *educación terapéutica* ha sido utilizada de varios modos desde comienzos del siglo XX, en que describía a las escuelas especiales para niños inadaptados; ver, por ejemplo, Bridgeland (1971) y Brockaert et al. (1998).

13. Aunque Synanon empleó diferentes formas de definirse a sí misma, nunca utilizó la etiqueta de *comunidad terapéutica*. En lugar de contemplarse a sí misma como una agencia para el tratamiento de las adicciones, Synanon se consideraba más ampliamente una comunidad alternativa para la enseñanza y la vida (Z. Putterman, 1995, N. Arbiter, 1985, R. Mullen, 1985; R. Hilton, 1990, comunicaciones personales). Ni Synanon y ni Delancey Street, una primera generación derivada de Synanon, han participado en las conferencias nacionales o internacionales de Comunidades Terapéuticas (ver Silbert, 1986).

Tabla 2.2. Desarrollos clave de las Comunidades Terapéuticas contemporáneas para adicciones.

- Transformación de una comunidad alternativa para adictos marginales, que presumiblemente no podrían funcionar en la sociedad convencional, en una agencia de servicios sociales que prepara a los individuos para su reintegración en la sociedad.
- Cambio de la permanencia indefinida en la misma comunidad residencial a una estancia planificada de permanencia residencial guiada por un plan y un protocolo de tratamiento
- Cambio de las fuentes empresariales y privadas, parciales o completas de apoyo al sostenimiento basado casi únicamente en la financiación pública, generando una necesidad de supervisión y asesoramiento por parte de equipos expertos del exterior.
- La pérdida de la importancia de los líderes carismáticos y aumento del protagonismo de los miembros, del personal como modelo de rol, y de la toma de decisiones compartida.
- Inclusión de proporciones crecientes de miembros del personal sin completar su recuperación, en roles de clínicos y administrativos primarios.
- Desarrollo de programas de seguimiento y cuidados posteriores para aquellos que completan la fase residencial del tratamiento
- Reintegración de los principios y tradiciones de los 12 pasos al protocolo de tratamiento de muchas Comunidades Terapéuticas residenciales.
- Reconciliación gradual entre los modelos y métodos de la Comunidad Terapéutica para adicciones y la psiquiátrica.
- Adaptación de la Comunidad Terapéutica para adicciones a escenarios especiales, como los hospitales de salud mental y las instituciones correccionales.
- Desarrollo de una base de conocimiento e investigación por parte de equipos investigadores independientes o basados en el programa.
- Codificación de los requerimientos de competencia para la formación del personal, sus credenciales y la acreditación del programa.
- Desarrollo de organizaciones regionales, nacionales e internacionales de Comunidades Terapéuticas.
- Promulgación y diseminación de la Comunidad Terapéutica para adicciones alrededor del mundo mediante la formación, el desarrollo del programa, la asistencia técnica y la investigación.

Está generalmente aceptado entre la primera generación de agencias de Comunidades Terapéuticas que la popularización del término tuvo lugar, en un principio, en la ciudad de Nueva York. Una versión sostiene que determinadas personas (Alexander Bassin, Daniel Casriel, David Deitch, Joseph Shelley) que estaban implicadas en el desarrollo de programas, como Daytop Village y Phoenix House, conocían el trabajo de Maxwell Jones y llamaron así a los nuevos programas en honor al modelo de Jones.



Otra versión atribuye la difusión oficial del término al Dr. Efrén Ramírez, un psiquiatra que desarrolló programas residenciales de rehabilitación de drogas en Puerto Rico, y que también estaba familiarizado con el trabajo de Jones y otros. Como comisionado de la agencia de servicios para adicciones bajo la dirección del Mayor John Lindsay, Ramírez y el Comisionado Diputado Dr. Mitchell Rosenthal, un psiquiatra infantil y pionero de Phoenix House, supervisaron la rápida realización de los programas residenciales libres de droga a mediados de los 60 en el área de la ciudad de Nueva York.

Posteriormente, la interacción con las agencias de beneficencia locales y federales parece haber fomentado la utilización no oficial del término *comunidades terapéuticas* para el tratamiento adicciones. Contratos, donaciones y negociaciones verbales incluyeron referencias a la modalidad tratamiento denominada *comunidad terapéutica*. La aprobación oficial del término por los propios programas se acordó cuando se inauguró la organización Comunidades Terapéuticas de América (TCA), durante la conferencia federal anual acerca del abuso de drogas en Nueva Orleans en 1975.

DEFINICIONES, CONCEPTOS Y TEORÍAS DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA PARA LAS ADICCIONES

Los participantes en la primera generación de programas de Comunidades Terapéuticas evitaron definirlos de un modo formal. Para ellos, dicho término podría implicar una categorización fijada y cierta superficialidad. Las definiciones también motivaron preocupaciones intuitivas, aunque genuinas, acerca de la identidad de la Comunidad Terapéutica y el temor de que la esencia y la exclusividad de la Comunidad Terapéutica como experiencia personal y comunal fueran simplificadas, reducidas o simplemente se perdieran en el proceso de codificación.

No obstante, las Comunidades Terapéuticas contemporáneas han evolucionado ampliamente hacia los sistemas de salud convencionales, y ahora reconocen plenamente la necesidad de una definición que describa a la Comunidad Terapéutica, así como el modo en que funciona y su razón de ser. Este reconocimiento ha motivado esfuerzos continuos por definir y conceptualizar la Comunidad Terapéutica dentro de una modalidad. Sin embargo, del mismo modo que ha ocurrido con los intentos por definir familias, comunidades o aldeas, la captura de la esencia de la Comunidad Terapéutica ha eludido la simple definición o la descripción.

Auto-definiciones

A lo largo de las tres últimas décadas los trabajadores y participantes en Comunidades Terapéuticas se han aferrado continuamente a la tarea de la auto-definición. Las discusiones marcan estos esfuerzos en los programas individuales, reuniones regionales, institutos y conferencias nacionales e internacionales. Un ejemplo notable de ello fue la conferencia mundial celebrada en 1989 en la ciudad de Nueva York, en la que más de 300 asistentes dedicaron más de tres días completos a tratar el tema “Vuelta a las bases” (Brieland et al., 1990).

Trece años antes, sin embargo, el Instituto Nacional para el Abuso de Drogas (NIDA) financió la primera conferencia de planificación de la Comunidad Terapéutica en Crystal City, Virginia. Allí, los trabajadores de las Comunidades Terapéuticas se sentaron por primera vez a deliberar y aclarar la naturaleza, el propósito y la agenda de las Comunidades Terapéuticas como tratamiento para el abuso de sustancias (la gran variedad de definiciones, conceptos, y descripciones ofrecidas por los participantes están resumidas en la tabla 2.3).

Tabla 2.3. Algunas definiciones de la Comunidad Terapéutica formuladas en la conferencia de la TCA, 1976.

Definiciones básicas

Identificación de la naturaleza y los principios más genéricos de la Comunidad Terapéutica:

La Comunidad Terapéutica es un grupo de personas que, mediante el seguimiento de ciertos principios interpersonales característicos, ha superado ampliamente el dolor y las conductas inductoras de dolor producidas por el aislamiento, y que han desarrollado las habilidades y la disposición para ayudar a otras personas previamente alienadas a lograr una sensación de compañía comunitaria; es una comunidad que incluye a gente que se encontraba fuera de la comunidad, y que sabe cómo ayudar a las personas a volver a ella.

Definiciones funcionales o metodológicas

Identificación del modo característico en que operan las Comunidades Terapéuticas para lograr sus objetivos:

La Comunidad Terapéutica proporciona vínculos y expectativas morales y éticas para el desarrollo personal; emplea el confinamiento potencial, el refuerzo positivo, la lástima, el castigo, la culpa, el ejemplo y el modelado de rol para impulsar la modificación y el desarrollo personales.

Definiciones propositivas

Definición de la Comunidad Terapéutica en cuanto a los objetivos de los miembros individuales y del grupo:

La Comunidad Terapéutica se empeña en el desarrollo de una nueva identidad social y una nueva auto-definición; su fin es la auto-mejora y el re-ingreso desde la subcultura a la sociedad; su fin es la reconstrucción del estilo de vida.



Definiciones normativas

Concentración en las normas y valores intrínsecos de la Comunidad Terapéutica:

Confianza, preocupación, responsabilidad, honestidad, auto-apertura óptima, educación.

Definiciones históricas

Se centran en las formas evolutivas y los procesos que han generado las Comunidades Terapéuticas contemporáneas:

Las Comunidades Terapéuticas provienen de formas antiguas de movimientos apostólicos, el movimiento de temperamento moral y AA.

Definiciones estructurales

En relación con los aspectos organizativos estáticos o dinámicos de las comunidades:

Igualitarias o jerárquicas, residenciales o no residenciales, diferenciación de status, magnitud, miembros, sistema cerrado o abierto, movilidad ascendente.

Esta conferencia de planificación inicial proporcionó el reconocimiento federal oficial de una nueva organización nacional la de Comunidades Terapéuticas de Norteamérica, la TCA y, además, marcó un importante paso en la evolución de la Comunidad Terapéutica, desde una alternativa de tratamiento a una modalidad mayor de servicio humano. Los procedimientos escritos de esta conferencia reflejan la creciente complejidad y diversidad de la modalidad de la Comunidad Terapéutica (De Leon y Beschner, 1997).

Para algunos trabajadores, los programas de Comunidad Terapéutica se parecen más a escuelas que a centros de tratamiento. En estas *comunidades de aprendizaje*, las actividades de la vida diaria en la comunidad proporcionan un completo currículum de aprendizaje acerca de uno mismo, de cómo relacionarse con los demás y de la *vida correcta*. El aprendizaje se desarrolla en etapas, con metas alcanzables que conducen finalmente a la graduación. Los participantes en las Comunidades Terapéuticas asumen esta concepción debido a que fusionan las ideas de terapia y aprendizaje, interiorizando la realidad de lo que realmente hacen y experimentan en los programas.

Los programas de Comunidad Terapéutica también se definen a sí mismos como *familias*, familias sustitutivas que corrigen los perjuicios históricos de las familias disfuncionales de los clientes a los que sirven. Así, la Comunidad Terapéutica se esfuerza en mantener las principales características de una "buena" familia: la estructura para proporcionar el orden en la vida diaria; la educación a través de la seguridad física y psicológica; la aceptación individual y el aliento, sólo condicionado por la participación honesta en la lucha por el cambio; y la transmisión de los valores a través de un régimen diario de actividades de aprendizaje social.

Los términos relacionados con la familia son utilizados de manera llamativa entre los participantes, (familia, hermano, hermana). Las referencias sustitutivas a la *madre* y al *padre* son empleadas con menor frecuencia a la hora de dirigirse a miembros del personal en particular. La propia experiencia de tratamiento es similar en términos de maduración. Los antiguos residentes de Comunidades Terapéuticas, por ejemplo, se refieren a menudo a los programas como el lugar en el que “crecieron”, en vez del lugar en el que se recuperaron de su adicción. A lo largo de tratamiento, los miembros extienden gradualmente su orientación familiar más allá de sus residentes inmediatos, hacia el amplio grupo social en la residencia, refiriéndose a todo el programa como la familia. Así, los términos “familia” y “comunidad” se hacen intercambiables en la Comunidad Terapéutica.

Para muchos de sus participantes (así como para sus observadores) la Comunidad Terapéutica ha sido comparada con una *microsociedad*. Junto con la eliminación crítica del consumo de drogas y la conducta antisocial, la Comunidad Terapéutica contiene muchos de los elementos de la macrosociedad (un régimen diario de trabajo y educación, relaciones sociales y, especialmente, una estructura ocupacional). La progresión individual ascendente en la jerarquía de funciones laborales es significativamente parecida al movimiento ascendente en el escalafón ocupacional en el “mundo real”.

La diferencia, sin embargo, es que la Comunidad Terapéutica potencia el aprendizaje de ensayo y error, proporcionando un entorno en el que el individuo puede fallar con la seguridad de no sentirse fracasado. Esto contrasta con el mundo exterior, en el que existe un gran riesgo de pérdida, humillación o castigo por el fallo en el rendimiento. Así, la Comunidad Terapéutica es una microsociedad que prepara al individuo para vivir con éxito en la macrosociedad del mundo real.

Formulaciones teóricas de la Comunidad Terapéutica para adicciones

La amplia variedad de definiciones y concepciones de la comunidad terapéutica entre sus participantes nos lleva a pensar que ninguna caracterización sencilla puede explicar lo que en realidad es una Comunidad Terapéutica, o cómo y por qué funciona. Aunque todas hacen referencia a ciertos elementos esenciales de la Comunidad Terapéutica, no consiguen ilustrar el modo en que los participantes perciben y describen los programas en particular. Comprensiblemente, no se trata de formulaciones objetivas, y las perspectivas subjetivas por sí mismas no son capaces de proporcionarle una perspectiva completa de los elementos

esenciales de la Comunidad Terapéutica. Así, la búsqueda de esos elementos deberá realizarse en la literatura teórica-conceptual acerca de la Comunidad Terapéutica para adicciones.

En comparación con los escritos teóricos acerca de la Comunidad Terapéutica psiquiátrica, cuyos orígenes tradicionales se encuentran en la ciencia y la medicina, la literatura teórica acerca de las Comunidades Terapéuticas para adicciones es modesta, reflejando el alejamiento de la tradición de sus orígenes en la recuperación mediante la auto-ayuda. Los temas orientados teóricamente se han explicado ampliamente en conferencias y artículos. El número relativamente reducido de libros acerca de la de Comunidad Terapéutica para adicciones, se basa en su mayoría, en la exposición narrativa de programas en particular, revelando a menudo los elementos básicos de la perspectiva de la comunidad. Sólo unos pocos libros y artículos han destacado realmente las formulaciones teórico-conceptuales de la Comunidad Terapéutica.

Entre los escritos orientados teóricamente, son merecedores de mención los de Bratter, Bratter y Radda (1986); Brook y Whitehead (1980); Casriel (1966); De Leon y Ziegenfuss (1986); Deissler (1970); Deitch (1973); Deitch y Solit (1993b); Densen-Berger (1973); Frankel (1989); Furuholmen y Andresen (1998); Goti (1990); Holland (1986a); Kennard (1983); Kooyman (1993); Ottenberg (1984); Ramirez (1984); Sugarman (1974, 1986); Volkman y Cressey (1963); Yablonsky (1986) y Zarcone (1975).

Estos escritos contienen similitudes en su conceptualización de la Comunidad Terapéutica para adicciones, destacando en parte la difusión de la literatura a lo largo y ancho del relativamente pequeño universo de escritores y estudiosos de la Comunidad Terapéutica. Además, las similitudes reflejan uniformidades que han sido transmitidas a través de la difusión de las Comunidades Terapéuticas alrededor del mundo. Generalmente, los nuevos programas en cualquier cultura son iniciados por antiguos residentes y miembros del personal de antiguos programas, que implementan su comprensión experimental de los conceptos y componentes del modelo. La primera generación de Comunidades Terapéuticas para adicciones en Norteamérica emergió de su "polinización" natural y, desde entonces, han servido como colonizadoras primarias de programas posteriores.

La convergencia en la literatura acerca de los elementos de la Comunidad Terapéutica está ilustrada en la tabla 2.4, en resumen los conceptos clave, asunciones y actividades del programa de varias formulaciones.

Las diferencias entre estas y otras formulaciones reflejan las perspectivas e inclinaciones académicas de cada escritor-observador. Por ejemplo, Sugarman, sociólogo, intenta relatar el modo en que los procesos de la modificación indi-

vidual se ven potenciados por la estructura del programa (Sugarman, 1986). Holland, psicólogo investigador, pone énfasis en los elementos mensurables del proceso de tratamiento en la Comunidad Terapéutica (Holland, 1986a). Kooyman, psiquiatra, ubica a la Comunidad Terapéutica en la teoría contemporánea de la psicodinámica (Kooyman, 1993). Ramírez, psiquiatra de orientación existencialista, proporciona una formulación de la Comunidad terapéutica adaptada del marco evolutivo de Erikson (Ramírez, 1984). Frankel, antropólogo (está citado en la tabla), presenta un estudio antropológico cultural de una Comunidad Terapéutica en relación con el poder y el contexto (Frankel, 1989).

A través de estas formulaciones, el consenso es evidente acerca de los elementos esenciales de la Comunidad Terapéutica contemporánea. Las similitudes son más aparentes en lo relativo a los componentes del modelo de programa y a la filosofía del tratamiento. Sin embargo, en estas formulaciones y en los escritos teóricos en general, no se llega a un acuerdo en lo relativo a la clasificación de los principios de la Comunidad Terapéutica, los componentes del programa, o las asunciones referentes al proceso de tratamiento, ni a la distinción de los términos como conceptos, herramientas y técnicas. En parte, esto refleja el hecho de que varias concepciones teóricas están basadas principalmente en observaciones de programas de Comunidad Terapéutica únicos.

Un marco teórico para los elementos esenciales de la Comunidad Terapéutica

La literatura en general, y los escritos teóricos en particular, no han llegado a adoptar un marco teórico sencillo que represente a la Comunidad Terapéutica para adicciones y sus programas relacionados, como una metodología uniforme accesible a la salud pública convencional, la ciencia y educación. La formulación presentada en este volumen fue concedida para rellenar este vacío. Seleccionar y organizar los elementos esenciales de la Comunidad Terapéutica en un marco teórico para que puedan servir como pauta a la práctica clínica, la investigación y el desarrollo de programas es el objetivo de esta obra. Extiende ampliamente las uniones de otros esfuerzos teórico-conceptuales en varias vías diferentes.

Primero, el marco define la Comunidad Terapéutica como una *metodología de auto-ayuda* única, *social* y *psicológica*, para el tratamiento de la adicción a sustancias químicas y sus problemas relacionados. El término “terapéutica” se refiere a los objetivos sociales y psicológicos de las Comunidades Terapéuticas, que modifican el estilo de vida y la identidad del individuo. El término “comunidad” retrata el método primario para lograr el objetivo de la modificación personal. La comunidad se utiliza para curar emocionalmente a los individuos y para instruirlos en las conductas, actitudes y valores de la vida saludable.



Segundo, el marco identifica los elementos esenciales de la metodología de la Comunidad Terapéutica como un conjunto de conceptos, creencias, asunciones, prácticas clínicas y educativas y componentes del programa comunes a los programas de Comunidad Terapéutica. La “esencialidad” de estos elementos deriva de múltiples fuentes: las observaciones del propio autor y la investigación acerca de las Comunidades Terapéuticas a lo largo de más de treinta años, los manuales de muchos programas de Comunidades Terapéuticas contemporáneas, y la literatura conceptual e histórica acerca de comunidades Terapéuticas, tanto psiquiátricas como para adicciones.

Tercero, la organización de los elementos esenciales en un único marco se compone de tres puntos: la perspectiva, el modelo y el método. La perspectiva describe el modo en que la Comunidad Terapéutica plantea el trastorno de abuso de sustancias, como ve al individuo, el proceso de recuperación y la vida correcta. El modelo presenta a la Comunidad terapéutica como programa de tratamiento, su estructura, su organización social y su régimen diario de actividades, sustentándose todos ellos en la perspectiva. Distingue el elemento único de auto-ayuda de su metodología (*comunidad como método*), mediante el cual los individuos son instruidos para utilizar a la comunidad con el fin de aprender de ellos mismos.

Cuarto, la presente formulación relata tres componentes fundamentales (perspectiva, modelo y método) para el proceso de modificación. Todos los elementos de la Comunidad Terapéutica están diseñados para facilitar la modificación individual en cuanto a identidad y estilo de vida. El modo en que éstos son modificados refleja la interacción del individuo con la comunidad y la interiorización de sus enseñanzas.

Tabla 2.4. Elementos de las Comunidades Terapéuticas para adicciones: diferentes formulaciones.

Holland:

- Actividades de tratamiento: *counseling* individual, de grupo, de familia
- Actividades funcionales: asignaciones de trabajo, reuniones de departamento
- Actividades productivas: empleos externos, programas educativos
- Actividades de re-ingreso: vocacionales, de rehabilitación; habilidades de búsqueda de empleo; habilidades financieras, *counseling* laboral
- Actividades interpersonales: recreo, habilidades sociales
- Estructura de la jerarquía de trabajo
- Recompensas y sanciones
- Modelos de rol
- Interacción: frecuencia, intensidad y contexto

Kooyman:

- Familia sustitutiva
- Filosofía coherente
- Estructura terapéutica
- Equilibrio entre democracia, terapia y autonomía
- Aprendizaje social a través de la interacción social
- Aprendizaje mediante la crisis
- Impacto terapéutico de todas las actividades de la comunidad
- Responsabilidad del residente acerca de su conducta
- Interiorización de un sistema positivo de valores
- Enfrentamiento
- Presión positiva de los residentes
- Escuchar para aprender y transmitir emociones
- Cambiar las actitudes negativas ante la vida por positivas
- Mejora de la relación con la familia original

Ramírez

- Compromiso con la participación
- Seguridad en las instalaciones
- Personal formado (ex-adictos, supervisión profesional)
- Comité Guía (responsables miembros de las familias de los residentes)
- Bolsa de Recursos Humanos (otros voluntarios)
- Comité de alumnos
- Fe
- Terapia de grupo
- Terapia de trabajo
- Terapia educativa
- Urbanismo
- Enfrentamiento existencial
- Terapia familiar y administrativa
- Terapia espiritual

Sugarman

- Límites conductuales
- Presión positiva de los residentes
- Ayuda mutua
- Enfrentamiento
- Estructura para facilitar la expresión
- Modelado
- Actividades y logros constructivos
- Vida en un grupo auto-suficiente
- Sistema abierto de comunicación
- Aislamiento del mundo exterior
- Presión para el reclutamiento y el mantenimiento de clientes
- *Counseling*



- Adiestramiento en la educación y las habilidades formales
- Contacto comunitario supervisado
- Recreo organizado
- Oficios religiosos públicos
- Participación ritual
- Concepto de un poder superior

CONCLUSIÓN

La búsqueda de una Comunidad Terapéutica básica revela una idea universal recurrente en varias formas a lo largo de la historia: la de la curación, la formación, el apoyo y la guía a través de la comunidad. En su forma contemporánea, la Comunidad Terapéutica para adicciones evolucionó de Synanon y, anteriormente, del movimiento de Oxford. La organización de estos elementos en un marco teórico que presente a la Comunidad Terapéutica como una metodología única, social y psicológica es un paso más en la evolución de estas comunidades. La exposición detallada de este marco será el objetivo del resto del libro.

Segunda Parte

PERSPECTIVA Y METODOLOGÍA

La metodología de tratamiento de la Comunidad Terapéutica se apoya en una perspectiva explícita que consiste en cuatro perspectivas interrelacionadas: el trastorno del consumo de drogas, la persona, su recuperación, y la vida correcta. En los capítulos 3 y 4 se presenta el abuso de drogas como un trastorno de la personalidad del individuo en su totalidad. El problema es la persona, no la droga. Independientemente de las diferencias individuales, aquellas personas que presentan un trastorno de abuso de sustancias comparten muchos rasgos comunes. Los drogodependientes muestran problemas de socialización, de adquisición de habilidades colectivas y emocionales, y de desarrollo psicológico general. El capítulo 5 especifica la perspectiva de la Comunidad Terapéutica según la cual la recuperación es un cambio global en el estilo de vida y la identidad que se produce en el contexto del aprendizaje social de la Comunidad Terapéutica. La visión de la vida correcta enfatiza creencias explícitas y valores esenciales para la recuperación. Éstos valores guían las relaciones de los individuos consigo mismos, con sus residentes, con otras personas importantes para ellos, y con la sociedad en general. El capítulo 6 destaca la importancia de los componentes fundamentales del tratamiento de Comunidad Terapéutica resumidos en la frase la comunidad como método.

Perspectiva del trastorno

3

Según la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, el trastorno del abuso de drogas no se puede separar del individuo que abusa de esas sustancias. El cuadro de disfunciones y deterioros que presentan los individuos ingresados en tratamiento refleja un trastorno fundamental que afecta a la persona en su totalidad. Este capítulo presenta la visión de la Comunidad Terapéutica en el contexto de la comprensión biomédica, social y psicológica actuales en lo que se refiere al trastorno de dependencia de sustancias químicas. El capítulo 4 enumera y describe detalladamente las características sociales y psicológicas de la persona que sufre el trastorno.

CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO

Aquellos que solicitan su admisión en Comunidades Terapéuticas residenciales a largo plazo presentan un cuadro del trastorno que se extiende más allá del propio consumo inadecuado de sustancias. A pesar de la diversidad en cuanto al contexto social, demográfico, y sus preferencias en cuanto a las drogas de elección, el perfil clínico típico de este trastorno se puede describir dividiéndolo en cuatro áreas fundamentales (Tabla 3.1).

En general, el cuadro que presentan los individuos al ingresar en la Comunidad Terapéutica se caracteriza por un estado de salud en permanente riesgo y por la crisis social. El consumo de drogas está fuera de control, en ese momento; los individuos manifiestan una gran limitación o un agotamiento de su capacidad para mantener la abstinencia por sí mismos; las funciones sociales o interpersonales están mermadas; y el consumo de drogas los ha condenado a un estilo de vida de marginación social. A pesar de que cada individuo es diferente en cuanto a la gravedad, extensión o duración de sus problemas, todos



necesitan de la Comunidad Terapéutica para interrumpir un estilo de vida auto-destructivo, para estabilizar su funcionamiento psicológico y social, y para iniciar un proceso de cambio personal y de estilo de vida a largo plazo.

Tabla 3.1. Admisión en la CT: Áreas e Indicadores del Trastorno.

Una vida en crisis

- Los individuos muestran una falta total de control en lo que respecta a sus pautas de consumo de drogas, su conducta criminal y, a menudo, su sexualidad.
- Conductas suicidas potenciales mediante sobredosis.
- Amenaza de lesión o muerte mediante otros medios relacionados con la droga.
- Un alto grado de ansiedad o temor a la violencia, la cárcel, la enfermedad o la muerte.
- Un historial de pérdidas personales significativas (financieras, en las relaciones personales, laborales).

Incapacidad para mantener la abstinencia

- Incapacidad para mantener cualquier periodo significativo de abstinencia o sobriedad por sí mismos; consumo de múltiples sustancias, pese a que a menudo prefieren una droga de primera elección.
- Algunas experiencias previas de tratamiento, tentativas de abstinencia iniciadas por uno mismo, o ciclos de desintoxicación médica a corto plazo

Disfunción social e interpersonal

- Capacidades mermadas para actuar de manera responsable en cualquier circunstancia social o interpersonal.
- Implicación en el estilo de vida asociado a las drogas (amigos, lugares frecuentados, actividades), resultados académicos pobres o incapacidad para mantener un puesto de trabajo, y relaciones sociales mínimas o disfuncionales (con padres, pareja o amigos fuera del círculo de la droga).
- Necesidad de una TC enfocada hacia una socialización o habilitación del individuo, construyendo y ayudándole a construir estas habilidades básicas y potenciando el progreso del individuo a través de las etapas del desarrollo que previamente perdió.

Estilo de Vida Antisocial

- Historiales de pasado criminal que incluyen actividades ilegales, internamiento en instituciones penitenciarias, y procesos judiciales; algunos se vieron envueltos en el sistema de justicia criminal desde muy jóvenes, y un número considerable de ellos fueron enviados al tratamiento por las autoridades legales (De Leon, 1988; Hiller, Knight, Broome y Simpson, 1998; Hubbard et al., 1989; Simpson, 1986; Simpson y Friend, 1988).
- Otras características altamente relacionadas con el consumo de drogas, como la explotación, el abuso y la violencia, actitudes de desafiliación de la sociedad en general, y de rechazo o ausencia de los valores prosociales.

UN TRASTORNO DE LA PERSONA EN SU TOTALIDAD

Desde la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, el abuso de drogas es un trastorno de la *persona en su totalidad*. Normalmente se observan problemas cognitivos y conductuales, así como las perturbaciones del estado de ánimo. El pensamiento suele ser poco realista y desorganizado; los valores están confundidos, son inexistentes o antisociales. Frecuentemente, encontramos déficits en las habilidades verbales, de lectura, escritura, y mercantiles. La “banca-rrota” moral y espiritual es evidente, descrita tanto en sentido psicológico como existencial.

La persona, no la droga

Al individuo recién ingresado en la Comunidad Terapéutica, sus compañeros le preguntan a menudo: “¿Cuál es tu problema?”. Su respuesta más habitual: “Heroína, yo me chuto heroína”, se encontrará de forma invariable con el siguiente argumento: “Ese es tu síntoma, no tu problema” (Levy, Faltico y Bratter, 1977, p. 44).

Este típico intercambio ilustra de manera adecuada la visión del trastorno por parte de la Comunidad Terapéutica. Es una visión que permanece constante, a pesar de las drogas de elección del individuo y los patrones de consumo que adopte. Son más relevantes la conducta, actitudes, valores y estilo de vida del paciente. Las conductas destructivas hacia uno mismo o los demás están relacionadas con el consumo regular de sustancias. Normalmente, estas conductas incluyen la violencia doméstica, las prácticas sexuales no seguras, la criminalidad, intentos de suicidio, violencia hacia otras personas, implicación en accidentes de circulación, abuso infantil y negligencia en el cuidado infantil y en el cuidado y la salud de uno mismo.

Otros signos evidentes de actitudes auto-destructivas en la persona afectan a su función social. Los drogodependientes que son ingresados en Comunidades Terapéuticas suelen presentar relaciones familiares problemáticas, abandonan la escuela o son expulsados de ella, se ven marginados con respecto a una socialización convencional, y muestran una gran variedad de problemas laborales (absentismo, escaso rendimiento en su trabajo, pérdida o múltiples cambios de puesto de trabajo, etc.). Incluso entre aquellos individuos que parecen mantener su rendimiento en el trabajo o en los estudios, la calidad de vida se ve erosionada, provocando la aparición de algunos de los problemas antes mencionados. Por ello, independientemente de las diferencias en cuanto



a sus preferencias por las distintas drogas y sus patrones de consumo, las características conductuales-actitudinales y emocionales que definen el trastorno son las mismas para todos los residentes.

El cuadro de disfunción múltiple que acabamos de describir no es exclusivo de las personas admitidas en Comunidades Terapéuticas. Un extenso repertorio de literatura clínica y experimental nos muestra la gran variedad de problemas médicos, sociales y psicológicos que se producen en aquellos individuos con problemas severos con el alcohol y otras drogas (Galanter y Kleber, 1999; Margolis y Zweben, 1998; McLellan, Luborsky, Woody y O'Brien, 1980; Platt, 1995; Rouunsaville, Weissman, Kleber y Wilber, 1982). Sin embargo, según la visión de la Comunidad Terapéutica, la disfunción múltiple define el trastorno: no es la droga sino la propia persona en su totalidad el problema a tratar.

Fuentes del trastorno

Desde la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, los factores sociales y psicológicos se identifican como las fuentes primarias del trastorno de adicción. Aunque concebida fundamentalmente desde la experiencia clínica, esta perspectiva es coherente con la amplia investigación acerca de los factores de riesgo sociales y psicológicos en la etiología, iniciación, y mantenimiento de los trastornos de dependencia de sustancias químicas (Hawkins, Arthur y Catalano, 1995; Hird Khuri, Dusenbury & Millman, 1997; Joe, Chastain y Simpson, 1990; Nurco, Hanlon, O'Grady & Kinlock, 1997).

Los antecedentes típicos incluyen las desventajas socio-económicas, los problemas familiares, los patrones de conductas parentales ineficaces (p.e., Aron, 1975; Cancrini, Constantini, Mazzoni, Cingolani y Compagnoni, 1985; Loeber y Stouthamer-Loeber, 1986; Nurco et al., 1997; Vaillant, 1973; Wright y Wright, 1994), modelos de rol negativos y aprendizaje social desviado (p.e., Agnew, 1991; Elliot, Huizinga y Ageton, 1985; Nurco et al., 1997; Oetting y Donnermeyer, 1988), y rasgos de personalidad oposicionales tempranos (p.e. Hawkins et al., 1995).

Los propios individuos que abusan de las drogas citan una gran variedad de causas y circunstancias que les empujan a consumirlas (p.e., De Leon, 1976; Simpson, 1986). Las razones más comunes sugieren un intento de auto-medicación ante el dolor físico y/o psicológico, para aumentar o disminuir la estimulación y el *arousal* (p.e., Khantzian, 1997; Kooyman, 1993; Lettieri, 1989; Zuckerman, 1986, 1994), celebrar los buenos momentos y evitar los malos, escapar de la realidad o enfrentarse a ella con mayor facilidad (Hawkins y Wacker,

1986; Washburne, 1977), pertenecer a ciertos grupos sociales o aislarse de ellos (Zackon, McAuliffe y Ch'ien, 1985), evitar las necesidades interpersonales, o enmascarar o desenmascarar sentimientos personales (Khanzian, Halliday y McAuliffe, 1990). La interacción de estas razones subjetivas tiene como resultado las incontables situaciones objetivas que los residentes contemplan como causas de su consumo de drogas. Estas comprenden desde los sucesos estresantes ordinarios del día a día hasta los acontecimientos extraordinarios o catastróficos que marcan las vidas de muchos de estos individuos: violencia y abusos, historia criminal, inseguridad económica, y ausencia de un hogar.

Desde la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, sin embargo, los adictos emplean, de un modo característico, tanto acontecimientos reales como ficticios a la hora de detallar la historia de sus vidas y las circunstancias mediante las que explican, excusan, defienden o racionalizan su consumo continuado de sustancias (Levy, 1987; Vaillant, 1981). Sin embargo, detrás de los pensamientos sentimientos y razones manipuladas, hay una persona cuya vida está controlada por la búsqueda de droga y por el consumo y cuya capacidad para vivir una vida sobria y ordenada está erosionada o nunca llegó desarrollarse. Entre sus múltiples y variadas razones para consumir drogas, los drogodependientes niegan o no aceptan su propia contribución al problema, y no reconocen completamente su propio potencial para solucionarlo. En la mente de los adictos, la causa que motiva su consumo de drogas es el carácter implacable de la realidad externa, la tiranía de las drogas, o incluso los problemas admitidos en torno a sus personalidades. Sin embargo, tras estos problemas se encuentra un individuo cuya perspectiva de sí mismo se caracteriza por una falta de energía en lo que respecta al cambio de sus circunstancias, su estilo de vida, o su propia persona.

Asumir la responsabilidad acerca del trastorno

A pesar de su incalculable valor para describir la verdadera personalidad del individuo, su historial social y psicológico, y los factores biológicos que determinan su existencia no se consideran causas o razones suficientes para la conducta que nos ocupa. Haremos énfasis en la *propia* contribución del individuo a sus problemas en el pasado, y a las posibles soluciones en el presente y futuro. Así, un elemento esencial del trastorno es la incapacidad de estos individuos a la hora de asumir responsabilidades acerca de sus decisiones y acciones. Los individuos pueden no ser responsables de su predisposición física al consumo de drogas o a las influencias sociales y psicológicas que les rodean y están más allá de su control (como su educación infantil y los tempranos o, en algunos



casos, recientes o actuales acontecimientos y ambientes sociales y familiares que condicionan su vida). Sin embargo, ellos son los responsables de sus acciones y decisiones, especialmente en todo aquello que respecta al consumo de drogas.

Cuando los drogodependientes consumen drogas de manera activa, han disminuido su capacidad para tomar decisiones responsables y su actitud para actuar con sobriedad o para llevar a cabo cambios en su estilo de vida. En efecto, no tienen ninguna opción realista salvo la de interrumpir su conducta fuera de control. De hecho, es tan sólo cuando los individuos admiten haber perdido el control de su consumo de drogas y su capacidad para tomar decisiones cuando aceptan ingresar en la Comunidad Terapéutica. El simple acto de solicitar tratamiento es a menudo una llamada de ayuda para interrumpir su conducta autodestructiva.

A pesar de que el propio abuso activo de drogas afecta de manera negativa a la capacidad del individuo para tomar decisiones, la elección inicial acerca de consumir drogas sigue siendo responsabilidad del propio individuo. Cuando los efectos corrosivos del consumo de drogas en la toma de decisiones desaparecen durante el tratamiento es, una vez más, responsabilidad del individuo elegir si desea permanecer lejos de drogas. Por ello, los residentes en Comunidades Terapéuticas, sólo descubrirán que tienen otras opciones en la vida tras haber llevado una vida limpia y sobria durante un cierto periodo de tiempo.

Asumir la responsabilidad significa que el individuo toma la decisión voluntaria de cesar su conducta de consumo de drogas como un prerrequisito para la recuperación. El momento y el modo en que los individuos llegan a tomar esta decisión varía ampliamente. Algunas personas sólo llegan a tomar esta decisión “voluntaria” cuando su salud, o las presiones legales o familiares han llegado a un punto de crisis extrema. Para otras, la decisión evoluciona despacio, sin amenazas externas aparentes. Independientemente de las presiones que contribuyen a tomar estas decisiones, los individuos han de asumir voluntariamente la responsabilidad de su recuperación para que se lleve a cabo de manera efectiva y pueda mantenerse en el tiempo.

Así, desde la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, la recuperación es siempre responsabilidad del individuo, sin importar la etiología del abuso de sustancias. Paradójicamente, un exceso de énfasis en las influencias pasadas podría debilitar la capacidad del individuo para responsabilizarse de su recuperación. De hecho, para los trabajadores y residentes en Comunidades Terapéuticas, el proceso de recuperación comienza cuando los individuos aceptan la responsabilidad de sus acciones y se hacen responsables de su conducta.

Pacientes, usuarios, miembros y participantes

Las suposiciones referentes a la responsabilidad y el sentido del deber son fundamentales en la perspectiva de recuperación mediante auto-ayuda de las Comunidades Terapéuticas. Aunque el trastorno refleja disfunciones sociales y psicológicas, las Comunidades Terapéuticas son “reacias a etiquetar a cualquier interno como emocionalmente enfermo teniendo en cuenta que esto implica una legitimación de su conducta irresponsable”. (Bratter, Bratter y Radda, 1986, p. 483). Así, más que como pacientes, los residentes en comunidades terapéuticas son descritos como participantes o miembros para enfatizar su implicación activa en la comunidad en la que ingresan para cambiarse a ellos mismos. Son usuarios cuando reciben servicios específicos, de carácter legal, vocacional, educativo, familiar, o relativos a la salud mental¹⁴.

CONCEPTOS BIOMÉDICOS Y PERSPECTIVA DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

La perspectiva del trastorno adoptada por la Comunidad Terapéutica surgió en un primer momento de las experiencias clínicas y personales de sus participantes. No obstante, esta perspectiva puede integrar los conceptos biomédicos familiares de enfermedad, afección, y dependencia física con la responsabilidad personal para el cambio de uno mismo.

La dependencia física, la abstinencia, la desintoxicación y el deseo ardiente de droga, a pesar de ser elementos reconocidos del trastorno, se observan en el más amplio contexto social y psicológico de la vida del individuo y su recuperación. La adicción física, reflejada en la creciente tolerancia hacia la droga de elección y los síntomas característicos de la abstinencia, provoca una crisis física creciente en el individuo. Los efectos de la abstinencia son malestares temporales fisiológicos y psicológicos, y habitualmente pueden superarse mediante la fuerza de voluntad, o mediante una desintoxicación supervisada médicamente. En la perspectiva de la Comunidad Terapéutica la dependencia se describe como la continua preocupación conductual, cognitiva y emocional por el consumo de drogas. La búsqueda de droga domina la rutina diaria, así como los pensamientos, sentimientos, y contactos sociales relacionados con el consumo de droga.

14. En el campo del tratamiento de las adicciones, y para la conveniencia de esta obra, los términos *participante*, *cliente* e *individuo* se utilizan de manera intercambiable para hablar de los drogodependientes en programas orientados a la Comunidad Terapéutica.



Desintoxicación

Las cuestiones de la abstinencia y la desintoxicación deben ser comprendidas por los drogodependientes desde una orientación de su perspectiva hacia la recuperación. Las metas inmediatas de la desintoxicación son: reducir la incomodidad física y psicológica asociada a la creciente dependencia, e interrumpir un periodo de pérdida de control. La búsqueda de la desintoxicación no implica necesariamente el hecho de que el individuo esté preparado para realizar este cambio personal en su estilo de vida.

Para algunos individuos, la desintoxicación es el paso inicial hacia la implicación en un tratamiento más intensivo, como es la Comunidad Terapéutica. Para otros es un intento circunscrito de interrumpir el periodo temporal de pérdida de control, tras el cual, el estilo de vida asociado a la droga será desechado. Para los demás, la desintoxicación es un intento genuino por mantener la abstinencia a largo plazo, aunque el individuo podría rechazar todavía su implicación en cualquier tratamiento significativo con estos fines.

El sufrimiento y la presión de los ciclos recurrentes de consumo, desintoxicación y abstinencia podrían proporcionar el incentivo de la experiencia para aquellos individuos que ocasionalmente buscan tratamiento en la Comunidad Terapéutica. Por otro lado, este incentivo inducido por la incomodidad podría también desaparecer muy pronto tras la obtención de un alivio transitorio.

El alivio rápido y fidedigno de la desintoxicación, guiado médicamente o por uno mismo, interrumpe de manera eficaz los dolorosos ciclos psicofisiológicos, pero podría también mantener el patrón de adicción de un modo inadvertido. Así, desde la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, las crisis vitales relativas al sufrimiento físico y psicológico, y a los episodios de abstinencia constituyen una oportunidad para el inicio de un cambio largo plazo.

Necesidad de droga (*cravings*)

Durante su permanencia en la Comunidad Terapéutica, los residentes experimentan la necesidad ardiente de droga con frecuencia. Esta necesidad (*craving*) se manifiesta a modo de pensamientos, imágenes y sensaciones asociadas a la respuesta ante la administración de droga, que podrían provocar de nuevo la conducta de consumo de droga. Estos *cravings* están motivados en principio por el instrumental (p.e. parafernalia asociada a la droga), cuestiones sociales, emocionales y psicológicas. En los estadios tempranos de la desintoxicación de drogas, entre las cuestiones fisiológicas que favorecen el *craving* suelen presen-

tar un impacto mayor las sociales y las emocionales. Sin embargo, a medida que aumenta el tiempo desde la última administración de la droga, estos deseos ardientes son motivados más directamente por cuestiones sociales y emocionales. Por ejemplo, los residentes en Comunidades Terapéuticas podrían experimentar *cravings* varios meses después de haber abandonado el consumo de droga, y éstos están habitualmente relacionados con cuestiones sociales (estrés interpersonal o conversaciones acerca de drogas), cuestiones emocionales (disgusto, dolor, o frustración), o cuestiones circunstanciales y materiales (retorno al antiguo vecindario o relación con consumidores activos de droga, ser testigos de la utilización de la parafernalia asociada a una droga).

La recuperación estabilizada requiere de la tolerancia a los *cravings*. El personal de la Comunidad Terapéutica evita proporcionar el alivio directo a las molestias físicas asociadas al abuso de drogas, para no reforzar de un modo inadvertido la reducción de la tolerancia a estas molestias. No se ofrece ninguna ayuda ante las quejas físicas asociadas a la abstinencia o ante las reacciones de *craving*, más allá de la comprensión del semejante y animar a la tolerancia de estos estados de transición.

Efectos específicos de la droga

Aunque la Comunidad Terapéutica nació fundamentalmente para el tratamiento de los opiáceos, las politoxicomanías y la dependencia del alcohol, sus observaciones acerca de los efectos físicos del consumo de drogas son las mismas independientemente de la droga de elección. Por ejemplo, el estado de ánimo persistente y los efectos de alteración mental de la cocaína, el crack, la marihuana, los alucinógenos y otras drogas comunes entre las generaciones recientes de residentes en Comunidades Terapéuticas se contemplan todavía como parte de sus efectos físicos y psicológicos. En la Comunidad Terapéutica estos efectos serán sobrellevados gracias a las estrategias de *counseling* proporcionado por un equipo especializado compuesto por el personal profesional y los residentes (De Leon, 1993a). Sin embargo, seguiremos haciendo hincapié en tratar el consumo de drogas como un trastorno social y psicológico.

Farmacoterapia

La utilización de drogas prescritas médicamente para evitar los síntomas de la abstinencia de droga, o de drogas psicotrópicas para tratar los síntomas psicológicos no es coherente con la perspectiva de la Comunidad Terapéutica



sobre el trastorno y la recuperación. La necesidad puntual de estas medicaciones está reconocida y aceptada por las Comunidades Terapéuticas, como los casos de desintoxicación de drogas asistidos médicamente y las intervenciones farmacológicas ante emergencias psiquiátricas. Por norma, sin embargo, estos casos serán asistidos en otras instalaciones. Los únicos fármacos dispensados en los programas de Comunidad Terapéutica son aquellos estrictamente requeridos para el cuidado rutinario de la salud y para residentes con problemas crónicos de salud, como la diabetes, hipertensión, VIH y SIDA.

Una premisa fundamental en la visión del trastorno es que se usa y se abusa de las drogas para evitar los desafíos de la vida real. La sobriedad es necesaria para aprender a manejar los sentimientos y conductas necesarias para lograr superar este desafío, una abstinencia continuada es esencial para mantener la recuperación y una vida correcta. Así, según la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, las medicaciones que alteran los estados emocionales, físicos o mentales podrían reforzar el trastorno e impedir el proceso de recuperación.

La política de las Comunidades Terapéuticas acerca del uso de farmacoterapia está atravesando una época de cambios en la actualidad. Algunas agencias de Comunidad Terapéutica permiten el uso de medicaciones psicotrópicas en casos determinados, reflejando este hecho un gran volumen de admisiones de individuos con síntomas psicológicos graves, relacionados y no relacionados con la droga. De manera creciente, los programas reconocen las propiedades psico-farmacológicas especiales de la dependencia a la cocaína o al crack (p.e., *craving*, alteraciones del ánimo graves, violencia), y como éstas afectan al curso de la recuperación en el tratamiento de residentes, así como aumentan los plazos en el post tratamiento. Así, aceptan el uso limitado de tratamientos psico-farmacológicos para ayudar a aminorar la depresión y la ansiedad asociadas con los efectos a largo plazo de estas drogas. Algunas agencias, además administran metadona para colaborar en programas de desintoxicación para pacientes ambulatorios. Otras tienen programas especiales de metadona para clientes residentes. Estos programas facilitan la implicación hacia un régimen libre de drogas en una Comunidad Terapéutica, a través de una desintoxicación gradual (3-6 meses) mediante metadona. Más recientemente se ha comprobado que, una adaptación de la Comunidad Terapéutica como modelo de tratamiento de día para clientes mantenidos mediante metadona, ha resultado positiva (p.e., De Leon, Staines, Sacks, Brady y Melchionda, 1997). Estos y otros ejemplos de la integración de la farmacoterapia en los métodos de la Comunidad Terapéutica se están aplicando en muchos otros lugares (Carroll y McGinley, 1998; Sacks, De Leon, Bernhardt y Sacks, 1997; Silberstein, Metzger y Galanter, 1997).

Predisposición psicológica al abuso de drogas

Los rasgos condicionados o sobredeterminados de la adicción están bien documentados en la literatura de investigación (p.e., Childress, Ehrman, Rohsenow, Robbins y O'Brien, 1992; Marlatt y Gordon, 1985). En el proceso que lleva a convertirse en adicto, cualquier acontecimiento (interno o externo) puede disparar los *cravings*. Cualquier síntoma de estrés produce incomodidad, y las drogas se utilizan para aliviar cualquier forma de incomodidad.

Las Comunidades Terapéuticas reconocen los rasgos condicionados de la adicción. Los residentes indican que muchos factores físicos, sociales, emocionales e interpersonales impulsan su conducta de consumo de droga. Según la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, sin embargo, las cuestiones fisiológicas y la adicción física podrían ser factores importantes para algunos de estos individuos. Para la mayoría, estos factores son menores en comparación con los déficits sociales y psicológicos generales que produce a lo largo de una vida de abuso de sustancias continuado, y que contribuye al ciclo de consumo crónico. El condicionamiento presentado en la adicción de drogas puede incorporarse de forma útil en la perspectiva del trastorno adoptada por la Comunidad Terapéutica, particularmente el hecho de comprender la vulnerabilidad del individuo hacia el abuso de drogas. Las Comunidades Terapéuticas ven a los individuos que abusan de sustancias químicas como personas con una predisposición psicológica al abuso de drogas, que podría preceder a este abuso e, incluso, ser la causa de su origen. Por ejemplo, los residentes utilizan drogas normalmente para "alterar sus estados", "sentirse bien", o dejar de "sentirse mal". Ocasionalmente, una gran variedad de situaciones sociales y emocionales transforma sus estados de ánimo y motiva en ellos el consumo de droga para modificar estos estados. De hecho, el consumo continuado de droga en sí mismo disminuye la tolerancia ante cualquier incomodidad.

Desde la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, la predisposición podría estar relacionada con factores de la personalidad o sustratos biológicos. Sin embargo, también es *adquirida* a través de la asociación repetida de estados cognitivos y sensitivos al consumo de droga. Para la metodología de la Comunidad Terapéutica, es fundamental ayudar a los residentes a reconocer, aceptar y manejar su predisposición psicológica al consumo de sustancias. Este hecho implica la enseñanza de maneras alternativas de tratar las situaciones o circunstancias motivadoras y la superación de las emociones, particularmente de aquellas relacionadas con la tolerancia ante la incomodidad.



Afección, trastorno y enfermedad

Según la convención médica actual, la adicción se define como una afección paralela a otras afecciones físicas. Tiene una base biológica, signos y síntomas característicos, un desarrollo y un resultado predecible y una ausencia de causa “intencionada” (Lewis, 1991).

La Comunidad Terapéutica concede un menor énfasis a las bases biológicas del abuso del consumo de drogas. Subraya la importancia de los factores “intencionados”, especialmente la motivación y la responsabilidad, en el proceso de recuperación. Más que como una afección, su perspectiva del tratamiento de la persona en su totalidad justifica un concepto más general del abuso de sustancias como un “trastorno”.

Del mismo modo que se emplean en la Comunidad Terapéutica, los términos afección, trastorno y enfermedad no son conceptos científicos rigurosos. A pesar de la comprensión de las consecuencias del abuso de droga para la salud, las Comunidades Terapéuticas no contemplan la adicción como una enfermedad médica primaria. Tampoco aceptan la conclusión de que la adicción es necesariamente un trastorno crónico que requiere de un ilimitado número de episodios de tratamiento, a pesar del hecho de que la recaída es inherente al proceso de recuperación (ver Brown, 1998).

Es cierto que una gran variedad de graves enfermedades médicas psiquiátricas están asociadas con la adicción a sustancias químicas, especialmente entre los individuos que abusan de los opiáceos y el alcohol. Existen tasas medias más altas de lo normal de enfermedades cardíacas, hepáticas y renales; hepatitis C; TB; VIH; enfermedades de transmisión sexual y síntomas psicológicos en estas personas (Platt, 1986, p.p.. 80-112). Pero, en lugar de considerarlas como causas subyacentes al abuso de sustancias, los problemas médicos se ven como situaciones relacionadas o consecuencias del consumo continuado de droga. Ilustran un elemento básico del trastorno de adicción, que consiste en que los drogodependientes no saben cuidar de sí mismos, en lo que respecta a su dieta, higiene, chequeos médicos regulares y otros hábitos sanitarios (Brehm y Khantzian, 1992; Khantzian, 1997; Krystal, 1988; Stevens y Glider, 1994).

Las quejas y lamentaciones en relación con su estado físico y las enfermedades son comunes entre los drogodependientes ingresados en Comunidades Terapéuticas. A menudo están relacionadas con la abstinencia o su lamentable estado de salud. Sin embargo, a pesar de sus condiciones médicas y de salud mental, la palabra “enfermo” se utiliza para describir modos de actuación y pensamiento auto-destructivos. Por ejemplo, términos como “estúpido”, “loco” o “enfermo” son frecuentes en los intercambios y enfrentamientos acalorados que

los residentes utilizan para elevar su conciencia acerca de patrones de conducta y pensamiento negativos. Los mismos graduados recuperados podrían decir de sí mismos que eran unos locos enfermos durante los días previos al tratamiento, para describir sus conductas y patrones de pensamiento disfuncionales. Estas descripciones retrospectivas son, esencialmente, expresiones de trastornos sociales y psicológicos, y no estados de enfermedad biológica o mental.

La mayoría de los admitidos en Comunidades Terapéuticas presentan trastornos duales (diagnóstico psiquiátrico además de su abuso de drogas) los más habituales son la depresión, la ansiedad, los diagnósticos post-traumáticos y los trastornos de personalidad antisocial y otros (De Leon, 1989, 1993b; Jainchill, 1994). Según la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, sin embargo, los trastornos duales subrayan la validez del tratamiento para la persona en su totalidad. Esta perspectiva se apoya en la investigación que documenta la efectividad de la metodología de la Comunidad Terapéutica para mejorar las funciones psicológicas, así como para reducir el abuso de drogas (Biase, Sullivan y Wheeler, 1986; De Leon, 1984b, 1985; De Leon y Jainchill, 1981-82; Ravndal, 1994; Ravndal y Vaglum, 1998).

En cualquier caso, las Comunidades Terapéuticas estándar excluyen a los dependientes con enfermedades mentales graves, así como aquellos discapacitados mentales (aunque una gran proporción de las recientes admisiones muestran incapacidades de aprendizaje, baja inteligencia y déficits cognitivos). Las adaptaciones realizadas con éxito de la metodología de la Comunidad Terapéutica para los dependientes con trastornos mentales (y otras poblaciones especiales) están descritas en: De Leon, 1993b, 1997a; Tims, De Leon y Jainchill, 1994. En estas adaptaciones, la perspectiva del trastorno de la Comunidad terapéutica permanece invariable en su enfoque hacia la persona en su totalidad, aunque las necesidades especiales de estos clientes motivarán ciertas modificaciones en la metodología del tratamiento.

Los genes, el cerebro y la adicción

Durante el tiempo transcurrido desde la invención y el desarrollo de las Comunidades Terapéuticas para dependencias a sustancias químicas, la investigación ha demostrado una importante relación entre los factores biológicos y los problemas de dependencia de fármacos. Los mecanismos de acción de las drogas en el cerebro están siendo estudiados en base a la identificación de los receptores, para neurotransmisores en el abuso de cocaína, y las endorfinas en el abuso de opiáceos (p.e., Leshner, 1997). La investigación acerca de las células



T, VIH/SIDA, y una gran variedad de condiciones sanitarias implican a los factores inmunes como causas, consecuencias y estructuras relacionadas en el abuso de sustancias. Los factores genéticos están firmemente implicados en la base biológica de las adicciones químicas (p.e., Instituto Nacional de Abuso del Alcohol y Alcoholismo [NIAAA], 1993). Por ejemplo, las hipótesis de la herencia para ciertos tipos de alcoholismo están siendo demostradas en estudios acerca de patrones de abuso de sustancias en familias y gemelos idénticos. Artículos concisos acerca de la genética del abuso de sustancias se encuentran en la obra de Margolis y Zwueben (1998), y varios reportajes sobre la transmisión familiar de trastornos de abuso de sustancias están contenidos en los Archivos de Psiquiatría General (vol. 55, noviembre 1998).

La Comunidad Terapéutica mantiene una distancia respetuosa con estas investigaciones y descubrimientos biomédicos, que en esencia no alteran su perspectiva básica del trastorno de abuso de sustancias. Los trabajadores en Comunidades Terapéuticas reconocen la importancia de los factores biológicos en la comprensión del abuso de sustancias: como predisposición al consumo de sustancias que alteran estados mentales y emocionales, como elementos físicos del *craving*, como factores de influencia en la desintoxicación, como desencadenantes de la recaída, y como consecuencias para la salud debidas al consumo de drogas. Sin embargo, atribuir el trastorno de abuso de droga a factores específicos biológicos, genéticos, sociales o psicopatológicos proporciona sólo una comprensión limitada del trastorno y sirve de guía inadecuada durante el proceso de recuperación. La recuperación siempre comprende una modificación en las conductas, actitudes, emociones y valores que afectan a la persona trastornada; es la persona la que asume la responsabilidad de su propia recuperación.

CONCLUSIÓN

La Comunidad Terapéutica contempla el abuso de sustancias como un complejo trastorno de la persona en su totalidad. Los patrones auto-destructivos de conductas y pensamiento revelan una perturbación tanto en el estilo de vida como en el funcionamiento individual. Aunque las influencias genéticas, fisiológicas y químicas están reconocidas, el individuo se ve a sí mismo como el primer responsable de su trastorno y su recuperación. Así, según la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, la adicción es un síntoma, no la esencia del trastorno. El problema es la persona, no la droga. Durante el siguiente capítulo, las características específicas, sociales y psicológicas de los individuos que abusan de sustancias serán detalladas centrandó la atención en el trastorno de la persona.

Perspectiva de la persona

4

Desde la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, el núcleo del trastorno de adicción es “la persona como ser social y psicológico” (el modo en que los individuos se comportan, piensan, manejan sus emociones, interactúan y se comunican con los demás, y su forma de percibir y experimentar consigo mismos y con el mundo en general). A pesar de que los individuos que viven en Comunidades Terapéuticas se diferencian en cuanto a su demografía, historial psicológico y social, todos ellos comparten estos rasgos de la persona trastornada.

Éste capítulo muestra la perspectiva que tiene la Comunidad Terapéutica de la persona en relación con sus características típicas cognitivas, conductuales, emocionales, sociales e interpersonales. Aunque esta perspectiva surgida de las experiencias de recuperación de los residentes a lo largo de los años, es coherente con los datos obtenidos en amplias investigaciones acerca de la personalidad y las características psicológicas de drogodependientes en general (ver como ejemplo un artículo de investigación en psicopatología y personalidad en Platt, 1986, capítulo 8, 1986; ver también Hendriks, 1990 y Ravndal, 1994).

CARACTERÍSTICAS COGNITIVAS Y CONDUCTUALES

Los residentes en Comunidades Terapéuticas muestran una amplia variedad de características cognitivas asociadas a su abuso de sustancias, y de problemas debidos a su estilo de vida. Normalmente serían una pobre auto-estima, dificultades en la toma de decisiones, pobre capacidad de juicio y falta de habilidad en la resolución de problemas. Además, a menudo encontramos entre ellos la falta o ausencia total de habilidades educativas, vocacionales, sociales e interpersonales y en una proporción creciente se aprecian verdaderas discapacidades en el aprendizaje (ver tabla 4.1).

Tabla 4.1. Características cognitivas típicas de individuos consumidores de sustancias en comunidades terapéuticas.

Falta de conciencia

Los residentes no son conscientes, no reconocen, o son incapaces de considerar la medida en que sus acciones afectan a los demás o el modo en que la conducta de otros les afecta a ellos mismos. Muestran, además, una falta de habilidad para pensar en las consecuencias de sus actos o deciden no realizarlos, a menudo ignorando estas consideraciones mediante el bloqueo, la distracción y la conducta impulsiva.

Falta de juicio

Los residentes ejercen de manera equivocada sus facultades de juicio, especialmente en relación con la resolución de problemas, la toma de decisiones, y la evaluación de las consecuencias. Estas dificultades parecen estar relacionadas con un pobre control de impulsos y una incapacidad para retrasar la gratificación, impidiendo todo esto el desarrollo de las habilidades de juicio y su ejercicio.

Falta de introspección

Los residentes no aprecian ni entienden las conexiones entre lo que ellos experimentan (sentimientos, auto-percepciones y acciones) y las razones, influencias o determinaciones de su experiencia. Una dificultad de introspección específica es su falta de autoestima acerca de la relación entre sus pensamientos y acciones relacionadas con la droga, y las emociones y circunstancias varias que sirven como detonantes para estos pensamientos o acciones.

Pobre evaluación de la realidad

Los residentes no se ven a sí mismos, ni ven a los demás o a las circunstancias que les rodean como realmente son. No están dispuestos a afrontar los problemas de la vida diaria y tienden a evitarlos o escapar de ellos mediante su pensamiento o conducta. Presentan dificultades a la hora de realizar distinciones entre sus sentimientos y los hechos verdaderos, y entre sus deseos y necesidades. Esta falta de evaluación realista es especialmente notable al hablar de su auto-evaluación, pues presentan normalmente grandes dificultades para distinguir entre el verdadero nivel de sus recursos personales y el nivel que aspiran alcanzar.

Habilitación

Los residentes a menudo no poseen las habilidades cognitivas, educativas o laborales para obtener beneficios económicos o negociar de forma efectiva en el sistema social. Además, carecen de los hábitos conductuales básicos y las actitudes asociadas a su inserción en el mercado laboral real. Para otros con habilidades vocacionales y educativas, el potencial social general para obtener metas materiales está seriamente limitado por su implicación en el mundo de la droga.

Debemos destacar dos cuestiones en relación con los rasgos cognitivos del residente en tratamiento: En primer lugar, sus características cognitivas están interrelacionadas. Por ejemplo, la evaluación de los aspectos positivos y negativos de las situaciones (juicio) depende del enfrentamiento a la realidad y la posesión de un cierto grado de comprensión (introspección), así como de las conexiones implicadas en las consecuencias negativas. La conciencia es el prerrequisito básico para el juicio, la realidad y la introspección. Así, instruir a las personas para que sean conscientes de sí mismas, de otras personas y de su entorno es fundamental para el método de la Comunidad Terapéutica.

En segundo lugar, un gran número de drogodependientes muestra habilidades cognitivas y conductuales efectivas, pero lo hacen principalmente para cumplir los propósitos de su estilo de vida, basado en el abuso de sustancias. Los elementos de la planificación, la evaluación de la realidad y el juicio son evidentes a la hora de asegurarse los recursos para obtener, consumir o vender drogas (Casey y Preble, 1969; Johnson et al., 1985). Ocasionalmente, sin embargo, estas habilidades van viéndose deterioradas merced a la fatiga y los temores asociados al consumo de droga. En la Comunidad Terapéutica, estos individuos han de pasar por un proceso de socialización que redirija sus habilidades hacia metas socialmente aceptables.

CARACTERÍSTICAS PERCEPTUALES

De manera casi universal, los drogodependientes tienen percepciones negativas acerca de sí mismos (Platt, 1985, capítulo 8). Los residentes en Comunidades Terapéuticas muestran problemas acerca de la percepción de sus méritos personales y como miembros de la sociedad (p.e., Biase y Sullivan, 1984; Biase, Sullivan y Wheeler, 1986; Carroll y McGinley, 1998; Carroll y Sobel, 1986; De Leon, 1974, 1984b; De Leon y Jainchill, 1981-82; Frankel, 1989; Holland, 1986b; Preston y Viney, 1984).

Baja Auto-estima

Los residentes en Comunidades Terapéuticas muestran un bajo respeto por sí mismos y, de un modo característico, una pobre auto-percepción en lo que respecta a su conducta moral o ética y a las relaciones con su familia. Su pobre auto-estima se asocia inequívocamente con su conducta antisocial o moral, y frecuentemente con el consumo de droga y una incapacidad crónica para desa-



rollar un estilo de vida productivo o tomar medidas contra la erosión gradual provocada por dicho estilo de vida. Los residentes encuentran dificultades para gustarse o valorarse a sí mismos debido a lo que ellos han hecho o representado para otros y esa baja capacidad de auto-control de la que son conscientes. Sin embargo, para muchos de ellos, es la baja auto-estima la que precedió a su grave implicación en el mundo de la droga, derivada de experiencias en la niñez y adolescencia, como abusos físicos, sexuales y emocionales; de negligencia; problemas escolares y, ansiedades sociales y complejo de culpa acerca de sus errores y fallos a la hora de alcanzar las expectativas anheladas por sí mismos y los demás (Chi'en, Gerarad, Lee y Rosenfeld, 1964; Stevens y Glider, 1994).

Identidad Negativa

La mayoría de los residentes en Comunidades Terapéuticas muestran identidades sociales negativas e identidades personales no formadas (Bassin, 1975; Biernacki, 1986; Casriel, 1981; De Leon, 1974, 1980, 1984b; Frankel, 1989; Jainchill, Battacharya y Yagelka, 1995; Kaplan, 1980; Zackon, McAuliffe y Chi'en, 1985). El modo en que el residente se acepta, define y percibe a sí mismo deriva de su propia historia como consumidor de droga y a menudo de una infancia problemática. Su identidad social puede interiorizar esa imagen pública negativa que otros individuos tienen de él. Comúnmente, ésta es la imagen del *marginado social* (el tipo duro, el adicto, el criminal) y de la *víctima de la vida*, que ha sido herida personalmente (p.e., niño problemático o enfermo debido a una catástrofe, a las circunstancias, o a abusos), o socialmente a través de la falta de oportunidades sociales. Su identidad personal, o el concepto de sí mismos como personas auténticas es inestable o presenta una considerable falta de información. Muchos no saben quiénes son al hablar de sus sentimientos reales, pensamientos honestos, metas y valores.

CARACTERÍSTICAS EMOCIONALES

Los residentes en Comunidades Terapéuticas presentan dificultades a la hora de experimentar, comunicar y sobrellevar sus sentimientos. Estas dificultades parecen comunes entre los drogodependientes graves, que reflejan un problema general de madurez (p.e., Washburne, 1977) o, de un modo más específico, de auto-regulación (p.e., Brehm y Khantzian 1992; Khantzian, 1997;

Krystal 1988; Wurmser, 1974). A menudo muestran una baja motivación emocional, un limitado repertorio de comunicación emocional y escasas vinculaciones conductuales en sus reacciones emocionales. Su falta de auto-control emocional está asociada a muchas de sus conductas sociales auto-destructivas.

Intolerancia a la incomodidad

Una de las características básicas que subyace a las dificultades emocionales de los residentes es su pobre tolerancia a la incomodidad. En comparación con los individuos normales, parecen presentar límites o umbrales más bajos para tolerar la incomodidad y retrasos más breves en sus acciones para reducir o escapar de la incomodidad, siendo a menudo estas acciones auto-destructivas, interpersonalmente destructivas y desviadas socialmente.

En la Comunidad Terapéutica, la palabra “tolerancia” está relacionada con conductas y emociones, en mayor grado que en la fisiología. La tolerancia es evidente en el auto-control conductual durante periodos de incomodidad. Por ejemplo, los residentes en Comunidades Terapéuticas presentan una dificultad típica para contener ciertas formas de conducta negativa cuando se sienten rechazados, impacientes y emocionalmente increpados o provocados debido a que son incapaces de tolerar bien estos sentimientos.

Éstas dificultades con la tolerancia están asociadas a la abstinencia física presentada por la falta de ciertos fármacos, enfermedades comunes, perturbaciones del ánimo, frustración circunstancial y ansiedad y un estado de baja estimulación o aburrimiento (Zuckerman, 1986). La tolerancia representa también un problema ante eventos positivos o neutrales de la vida de los residentes. Por ejemplo, presentan cierta dificultad al intentar tolerar la tensión de anticipación o expectativa por la incertidumbre asociada con los agentes estresantes más cotidianos de la vida (p.e., estar solo, presiones interpersonales, demanda de responsabilidad social). Para evitar o reducir de manera efectiva estas incomodidades, los adictos han adquirido un complejo repertorio de conductas (tanto socialmente aceptables como inaceptables) siendo la más llamativa de todas el consumo de drogas. Así, la Comunidad Terapéutica contempla la incapacidad de tolerar la frustración y la incomodidad, como el problema subyacente en el manejo de las emociones. Transmitir tolerancia es fundamental para el aprendizaje de la gratificación, el control de impulsos y el manejo emocional efectivo.



Los diferentes tipos de culpa

A diferencia de la visión común de que los adictos antisociales o con carácter trastornado son aquellos que carecen del sentimiento de culpa, la mayoría de los residentes en la Comunidad Terapéutica se sienten invadidos por diferentes sentimientos de culpa y pena (p.e., Lecker, 1974). De hecho, de entre todas sus emociones, la culpa es potencialmente la más destructiva para los drogodependientes. La frase de la Comunidad Terapéutica “la culpa mata” representa de manera acertada el ciclo ascendente de la culpa incontrolada. Las conductas y pensamientos negativos inician los sentimientos de culpa que conducen a adoptar conductas negativas más elaboradas para escapar a estos sentimientos. Estas últimas provocan un mayor sentimiento de culpa, que posteriormente sólo puede ser aliviado mediante un consumo compulsivo de droga.

No se trata de un problema de capacidad para experimentar el sentimiento de culpa, sino de un problema para superar esta experiencia. La baja tolerancia ante cualquier incomodidad emocional y el pobre entrenamiento en autodisciplina de los drogodependientes constituyen unos cimientos inadecuados para manejar el duro y particular sufrimiento que causan los sentimientos de culpa. Su *modus operandi* habitual es el de (colectivamente) bloquear los pensamientos de culpabilidad o (conductualmente) caer en un uso excesivo de la racionalización o consumir drogas con el propósito de aliviar la incomodidad del sentimiento de culpa.

En la Comunidad Terapéutica, el auto-control del sentimiento de culpa es esencial para la recuperación. Los residentes aprenden a convivir con el sentimiento de culpa de un modo más efectivo cuando pueden identificar y distinguir los diferentes tipos de sentimiento de culpa que experimentan, las condiciones bajo las que ocurren, y las acciones particulares que pueden emprender para remediarlo.

El sentimiento de culpa emana de muchas y muy diferentes fuentes y puntos de referencia. Durante el transcurso del tratamiento de Comunidad Terapéutica los residentes desahogan invariablemente sus motivos de culpa secretos, experimentados en el pasado y el presente, asociados a varios acontecimientos y personas, tanto conocidos como desconocidos. Las fuentes principales del sentimiento de culpa se pueden organizar entorno a cuatro temas: la culpa relacionada con uno mismo, la culpa relacionada con otras personas importantes para el individuo, la culpa relacionada con la Comunidad Terapéutica, y la culpa relacionada con la sociedad en general (ver tabla 4.2).

Tabla 4.2. Diferentes tipos de problemas de culpa para los residentes en comunidades terapéuticas.

Sentimiento de culpa orientado hacia el propio individuo

Generado por los perjuicios contra uno mismo. Los residentes en la Comunidad Terapéutica experimentan un dolor especial por haber violado sus estándares personales de conducta tanto morales como sociales, y por no haber alcanzado sus propias aspiraciones o metas. Este dolor se expresa mediante frases como “lo que he sido, debería haber sido y podría haber sido” y el frecuente lamento “cómo he desperdiciado mi vida”. El sentimiento de culpa relacionado con estas circunstancias tiene que ver con sus continuas decepciones, mentiras y manipulaciones de profesores, jefes y del sistema en general. Este sentimiento de culpa está especialmente relacionado con la violación de la identidad social o el concepto de uno mismo, acerca de “quién he sido como individuo social”.

Sentimiento de culpa orientado hacia los allegados

Se origina a partir de los perjuicios causados a personas conocidas por el residente. Los familiares se han visto perjudicados a menudo por los robos, abusos sexuales, verbales o físicos del residente, o por haber sido inducidos al consumo de drogas por él; se han visto afectados indirectamente mediante los problemas legales y de salud del residente. Los residentes han sido traicionados; los cónyuges o parejas han sido utilizados; los padres han sido decepcionados. Los residentes con hijos cuentan a menudo historias acerca de problemas de paternidad, como la negligencia física y psicológica; abusos físicos, verbales y sexuales; o la pérdida de la custodia de sus hijos. El sentimiento de culpa relacionado con el rol parental parece ser más llamativo entre las mujeres. Sin embargo, es también frecuente entre los hombres. Muchos padres han abandonado o no han visto nunca a sus hijos y descubren su sentimiento de culpa como padres por primera vez durante el tratamiento.

Sentimiento de culpa orientado hacia la sociedad

Se origina a partir del perjuicio sufrido por personas anónimas. Los residentes confiesan a menudo secretos personales en relación a acciones pasadas que han afectado otras personas desconocidas. Normalmente, se trata de crímenes violentos que tienen como resultado daños físicos o incluso la muerte. También se relacionan con éste sentimiento otros tipos de conductas criminales, como el robo, el atraco, el acoso y el tráfico de drogas.

Sentimiento de culpa orientado hacia la Comunidad Terapéutica

Se origina a partir de secretos personales asociados a violaciones de las normas, reglas y expectativas sociales de la comunidad de residentes. Los residentes experimentan también sentimientos de culpa específicos hacia su rol como miembros de la Comunidad Terapéutica. Cualquier infracción, como tomar prestado un encendedor sin permiso, la intimidación sexual, el consumo de drogas, o la condena de las actitudes y conductas negativas por parte de sus residentes puede detonar este sentimiento. Infracciones como estas, que violan los imperativos morales de la comunidad en sí misma y a menudo favorecen la aparición del sentimiento de culpa orientado hacia la comunidad, han de ser identificadas y minimizadas para asegurar que el individuo permanecerá en tratamiento.



El contexto social e interpersonal de la vida comunitaria en la Comunidad Terapéutica proporciona un escenario ideal para la aparición de cualquiera de las variedades del sentimiento de culpa. Por ejemplo, la identificación del sentimiento de culpa orientado hacia la comunidad a menudo ayuda exteriorizar sentimientos de culpa orientados hacia la propia persona, los allegados y la sociedad, que el individuo mantiene en secreto. Mostrar a los residentes nuevos modos de sobrellevar el sentimiento de culpa es esencial para su recuperación.

Ira y hostilidad

La ira y la hostilidad son características comunes de los individuos que abusan de sustancias en general (p.e., Biase, 1971; Biase y De Leon, 1974; De Leon, Skodol y Rosenthal, 1973; Holland, 1986b; Nurco et al., 1997; Pallone y Hennessy, 1996). La ira y la hostilidad están relacionadas con estados afectivos positivos y negativos. A pesar de comentarse de manera conjunta, la ira refleja una experiencia emocional más específica e intensa que la hostilidad, que se expresa en actitudes y gestos negativos y amenazantes hacia los demás.

Para muchos residentes, la ira y la hostilidad han sido las emociones expresadas de manera predominante, hacia sus familiares y entornos sociales, así como en marcos institucionales. De hecho, para ellos, la hostilidad y la ira han sido la *única* forma de expresión afectiva. El individuo las utiliza para protegerse a sí mismo y evitar afrontar o experimentar otras emociones que podrían ser más decepcionantes o incómodas, como el temor, el dolor, la tristeza o el amor. En la Comunidad Terapéutica, la hostilidad como mecanismo defensivo ha de ser distinguida de la ira como una expresión personal auténtica. El residente ha de aprender a expresar ambas emociones de un modo socialmente efectivo.

Disforia y pérdida de sentimientos

La disforia y la pérdida de sentimientos son estados afectivos generales comunes entre individuos con abusos graves de sustancias (p.e., Barr, 1986; Carroll y McGinley, 1998; De Leon, 1989; Jainchill, 1994; Rice y Hetzer, 1983; Powell, Penick, Othmer, Bingham y Rice, 1982; Rounsaville, Rosenberg, Wilber, Weissman y Kleber, 1980). En los casos de disforia (sentimientos de desasosiego), los residentes carecen de un sentido del bienestar físico o emocional. Esto se expresa de un modo crítico mediante lamentaciones somáticas y un estado leve aunque persistente de melancolía o depresión a bajos niveles. La literatura

relata tasas relativamente altas de aparición de ideas e intentos de suicidio entre los drogodependientes (De Leon, 1976; De Leon, 1993a; Hawke, Jainchill y De Leon, 1999; Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias, 1993; Watterson, Simpson y Sells, 1975). Estas cifras podrían estar asociadas tanto a la disforia como a la depresión.

La anhedonia es una pérdida de la capacidad para sentir placer. Los residentes pueden llegar a afirmar que ya no esperan disfrutar de momentos placenteros; que carecen de satisfacción en sus actividades sexuales o sociales, al disfrutar de la comida o incluso al consumir drogas, a pesar de que continúan enganchados a estas actividades. Algunos residentes sostienen que no tienen sentimientos en absoluto (*des-interés*). La literatura relata el hecho de que podrían mostrar una actitud defensiva o de lucha (Khantzian, Halliday y McAuliffe, 1990). Otros residentes que muestran estos problemas afectivos podrían expresar melancólicamente declaraciones como “no tener derecho a existir en absoluto” (p.e., Kooyman, 1993, p. 45). Esta visión negativa se asocia habitualmente a una carencia de auto-estima y puede variar cuando el residente recupera su repertorio completo de sentimientos.

Manejo emocional

Los drogodependientes presentan habitualmente dificultades en el manejo de sus estados emocionales independientemente de las condiciones que producen estos estados. Entre estas dificultades encontramos expresiones negativas de otras personas (e. g., críticas, rechazos) o positivas (e. g., afecto). A menudo, “los buenos sentimientos” conducirán a reacciones de celebración auto-destructivas como el consumo de drogas. Ciertas condiciones relativamente neutrales como el aburrimiento, las bajas condiciones de estimulación, el *arousal* general o la frustración pueden despertar reacciones problemáticas del mismo modo en que lo harán algunas condiciones desagradables, como la incertidumbre, la decepción o la tristeza. A menudo, los residentes no poseen las habilidades para sobrellevar sus emociones de un modo apropiado en ninguna de estas condiciones.

Las Comunidades Terapéuticas se centran en dos problemas característicos del auto-control emocional: los sentimientos acerca de *acciones extravertidas* y los sentimientos de *acción nula*. Ilustraremos brevemente la diferencia entre estos dos problemas. Las acciones extravertidas describen las reacciones conductuales que están relacionadas indirecta o simbólicamente a eventos emocionales. Por ejemplo, el sentimiento de culpa no expresado por un interno



acerca de la condena del consumo de drogas de un semejante le llevará a maldecir a un miembro de la plantilla de la comunidad, hecho que podría conllevar una acción disciplinaria. La expresión de sentimientos mediante la acción nula se refiere a las dificultades en el autocontrol inmediato. Son aquellas reacciones impulsivas desmesuradas en el ambiente interpersonal y social. Por ejemplo, un interno criticado por un miembro de la plantilla de la comunidad se siente lleno de ira, amenaza al miembro de la plantilla y abandona el programa sin pararse a considerar suficientemente los acontecimientos o sus consecuencias¹⁵.

Estos dos problemas de manejo emocional reflejan una pobre tolerancia ante los estados de sentimientos y podrían manifestarse mediante conductas auto-destructivas similares como la rebelión, la ruptura de las normas, la venganza, la hostilidad, la violencia, la sexualidad, una simple huida o el consumo de droga.

Abstinencia y emociones

Una premisa básica para la perspectiva de la Comunidad Terapéutica es la de que la recuperación no será estable hasta que el individuo comprenda sus sentimientos relacionados con la conducta de consumo de drogas y otros problemas, y aprenda a expresar estos sentimientos de un modo constructivo. El primer requerimiento para este nuevo aprendizaje emocional es que el individuo experimente de un modo real todos los sentimientos mientras permanece sobrio, sin la alteración que supone el consumo de droga. Un efecto común de la permanencia en estado de abstinencia es que el individuo podría experimentar emociones, sensaciones, e incluso dolores somáticos, de un modo nuevo. Por primera vez, el residente abstinentesiente una amplia variedad de emociones, no sólo placer y afecto, sino también ira, dolor, decepción, tristeza y culpa. A menudo, estas nuevas experiencias son molestas para el individuo y paradójicamente pueden llevar a un abandono del tratamiento y una recaída en el consumo de drogas.

La abstinencia conlleva también preocupaciones diagnósticas y de orientación debido a la pobre tolerancia característica de los residentes, a la incomodidad. Debemos diferenciar las condiciones auténticas de malestar físico, de

15. Generalmente, las acciones introvertidas y nulas se pueden comparar con los problemas emocionales de aquellos individuos sin un trastorno del carácter que a menudo actúan de forma introvertida, mostrando síntomas como depresión, ansiedad, obsesiones, pensamientos y acciones suicidas. Sin embargo, en todos estos casos se trata de conducir un aprendizaje apropiado del manejo emocional.

las incomodidades ordinarias menores y de las expresiones fingidas de enfermedad (el uso de lamentaciones reales o imaginarias para evitar las condiciones del régimen diario).

CARACTERÍSTICAS SOCIALES

Los residentes muestran conductas y actitudes problemáticas que afectan a sus relaciones sociales con los demás y con el mundo general. Entre las características sociales típicas observadas en residentes en Comunidades Terapéuticas encontramos el privilegio, su irresponsabilidad y su falta de confianza.

Privilegio

La actitud persistente o sentido del privilegio del interno se refiere a la posesión de expectativas inverosímiles acerca de sus deseos y necesidades. Comúnmente, los residentes se comportan con indignación o rechazo ante las injusticias percibidas acerca de las necesidades que no llegan a ser alcanzadas. Por ejemplo, los residentes en comunidades terapéuticas se quejan de lo que no tienen, lo que deberían tener, y lo que merecen tener: “¿Por qué tengo que esperar?”, “¿Por qué no puedo ser ascendido?”, “¿Por qué he de empezar desde lo más bajo?”, “¿Por qué le dan a él algo que a mí no me han dado?” o, “La comida apesta en este lugar”, “No hay intimidad... y la plantilla no me da suficiente atención personal”.

Según la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, el sentido del privilegio refleja las dificultades características que los drogodependientes tienen para distinguir entre sus necesidades genuinas en contraposición con sus deseos inmediatos, al manejar su impaciencia y frustración mientras esperan conseguir satisfacciones, y su aversión al trabajo o a ganarse sus propias recompensas. Así, el privilegio es disfuncional, pues desfavorece la auto-confianza y limita la habilidad de uno mismo para sobrellevar las demandas de rendimiento. Los individuos que se fijan en los demás para decidir lo que ellos merecen pierden potencial para obtener su propia recompensa. El privilegio válido consiste en que el individuo merece una oportunidad para cambiarse a sí mismo (para recibir la ayuda necesaria para mejorar su vida y perseguir sus deseos y necesidades por sí mismo, de acuerdo con métodos legales y éticos).

Sentido del deber, coherencia y responsabilidad

Casi de un modo universal, los residentes en comunidades terapéuticas consideran la tríada sentido del deber, coherencia y responsabilidad como una de las características más problemáticas de su trastorno. Por ejemplo, aquellos que se internan en comunidades terapéuticas suelen afirmar que “tener sentido del deber o ser coherente” es lo que necesitan aprender para rehacer sus vidas.

Tener sentido del deber significa ser debidamente sensible a las obligaciones para con uno mismo y los demás. Ser coherente significa ser serio y digno de confianza acerca del cumplimiento de estas obligaciones. Ser responsable significa causar en uno mismo y en los demás una impresión de eficacia y honestidad, acerca de las actividades relacionadas con el cumplimiento de obligaciones y expectativas. A pesar de estar interrelacionados, el sentido del deber, la coherencia y la responsabilidad descubren diferencias específicas entre los residentes y se manifiestan de formas diferentes (ver tabla 4.3).

Al igual que ocurre con otras características del drogodependiente, los problemas con el sentido del deber, la coherencia y la responsabilidad son tanto causas como efectos del consumo de droga. Por ejemplo, las actividades relacionadas con la obtención de drogas ilegales, así como los típicos efectos psicológicos y fisiológicos del consumo persistente de droga, interrumpen las rutinas, distraen al interno de las actividades programadas, y oscurecen cualquier recuerdo relacionado con las obligaciones. En el caso de muchos residentes, sin embargo, los patrones de irresponsabilidad eran evidentes antes que su consumo de droga fuera regular, reflejando a menudo un pobre o insuficiente aprendizaje del cumplimiento de las obligaciones o un historial de indulgencia excesiva por parte de sus padres. Estos patrones de irresponsabilidad estables y duraderos podrían mantenerse merced al consumo regular de droga.

De cualquier modo, independientemente de sus fuentes, muchas de las características cognitivas, sociales y emocionales de los drogodependientes que hemos descrito anteriormente se ven reflejadas en sus problemas con la responsabilidad, la coherencia y el sentido del deber. El cumplimiento de las obligaciones depende de una comprensión realista del tiempo, el esfuerzo y las habilidades requeridas (examinando la realidad); la capacidad para anticipar la recompensa, la paciencia para dar firmemente cada paso necesario (tolerancia); y la capacidad para manejar impulsos y sentimientos molestos que pudieran interponerse en los pasos planeados (autocontrol emocional).

Tabla 4.3. Problemas con el sentido del deber, la coherencia y la responsabilidad entre los residentes en la Comunidad Terapéutica.

Sentido del deber

En un principio, muchos residentes tienen un consolidado sentido del deber en lo que respecta a sus tareas convencionales u oficios, pero se va aminorando o deteriorando a medida que el abuso de droga es mantenido o regularizado. Otros, que no tienen un empleo convencional, podrían mantener un “sentido del deber” en relación con su consumo de droga, ejercitando todas sus habilidades con el fin de obtener droga, sean estas habilidades lícitas o ilícitas. Pueden identificar a sus contactos y suministradores, y ser coherentes en la organización de sus esfuerzos y su tiempo para asegurarse la droga. De hecho, el elemento compulsivo de su consumo abusivo de droga ilustra su capacidad para manifestar su sentido del deber. Son aquellas de sus obligaciones que no están relacionadas con el consumo de droga, las que se ven afectadas por la erosión de este sentido del deber.

Coherencia

De un modo típico, los residentes son incoherentes o fallan al intentar cumplir con sus obligaciones para con ellos mismos o los demás. Tienen un largo historial de tareas comenzadas y que nunca fueron acabadas, desde las tareas del hogar, los deberes en su época escolar y el trabajo en los primeros empleos, y constantes rupturas de promesas para con ellos mismos o para con los demás. Muchos pueden trabajar de manera episódica a un cierto nivel, pero son incapaces de mantener el nivel de esfuerzo durante un largo periodo de tiempo. Su patrón es impulsivo, trabajan sólo a “atracones”, llevados por la necesidad inmediata, el deseo de satisfacer a los demás o el miedo al fracaso. Otros nunca desarrollaron una capacidad para el rendimiento coherente, a corto o largo plazo.

Responsabilidad

Ser responsable al cumplir las obligaciones acentúa los elementos sociales y personales de la honestidad en el sentido del deber. A menudo, los drogodependientes encuentran caminos para dar un rodeo y evitar los pasos necesarios para cumplir con las obligaciones, decepcionando a los demás por no proporcionarles una explicación fidedigna del tiempo o esfuerzo invertido en estas tareas. Así, aprender a ser responsables, prerequisite fundamental para la recuperación en la Comunidad Terapéutica, significa ser absolutamente honesto acerca de la conducta de uno mismo.

Por otra parte, el problema *anticipado* que el individuo presenta para cumplir con sus necesidades o ser coherente le produce una gran sensación de ansiedad o incomodidad. Esta es la consecuencia de evitar las obligaciones, a menudo durante el consumo de droga, que a largo plazo impedirá su



conducta responsable. Con frecuencia, el recurso utilizado por el interno para sobrellevar la incomodidad asociada a su irresponsabilidad o incoherencia consiste en olvidar detalles acerca de sus obligaciones o mentir sobre ellos.

En la Comunidad Terapéutica, el aprendizaje del sentido del deber, la coherencia y la responsabilidad reflejan un complejo crecimiento personal. La aceptación y el cumplimiento del papel y las obligaciones de cada uno consisten en adquirir las habilidades necesarias para completar tareas o desempeñar papeles; adquirir o reivindicar los valores que apoyan el cumplimiento de las obligaciones (p.e., la creencia acerca de la importancia de realizar un buen trabajo, ayudar a los residentes,...); adquirir un hábito de honestidad con uno mismo a la hora de tomar responsabilidades; y adquirir una buena disposición a la conformidad (p.e., consideración positiva acerca de las expectativas de otros). Finalmente, adherirse a una rutina o tarea requiere tolerancia y capacidad de lucha contra todo tipo de molestias e incomodidades, que pueden entrometerse en el proceso de finalización del trabajo: desde el aburrimiento debido a ciertas rutinas a la ansiedad acerca de expectativas y demandas de rendimiento, hasta el temor al fracaso y al éxito.

Confianza

La carencia, pérdida o violación de la confianza es un marcador característico de la personalidad y el estilo de vida del residente (p.e., Bassin, 1975; Bratter, Bratter y Radda, 1986; Chi'en et al., 1964; Kooyman, 1993; Salasnek y Amini, 1971). Para algunos residentes, los problemas de confianza pueden ser diferenciados al repasar su historial infantil de mal comportamiento, patrones de mentira, invención de excusas o falsificación. Para la mayoría, la falsedad, la manipulación y la mentira ligadas a su patrón de consumo de droga menoscaban el desarrollo de cualquier forma de confianza.

A pesar de ser muy variadas, las fuentes de los problemas de confianza en los residentes en comunidades terapéuticas reflejan ciertas influencias psicológicas y sociales de un modo típico. Incluyen desde historias de familias inseguras, pobres modelos de confianza paternos hasta una socialización negativa entre sus residentes. Así, para los residentes en comunidades terapéuticas el problema tiene mil caras. Desconfían de sus relaciones, de las autoridades y de los sistemas, mientras la confianza en ellos por parte de sus familias, hijos, amigos, y empleados se va perdiendo si llegó a existir algún día.

El problema, sin embargo, no trata sólo de la confianza en los demás o en la gente en general, sino de la confianza en uno mismo, de poder dejarse guiar con seguridad y confianza por los sentimientos, pensamientos, decisiones y conductas de uno mismo. Para los individuos que abusan de sustancias, existen poderosas influencias intrínsecas que contribuyen a la pérdida o la erosión de la auto-confianza. Derivan de la constante lucha del individuo con su propia regulación y su propia eficacia. Estos individuos no pueden “confiar” en sus sentimientos, pensamientos o conductas, puesto que sus impulsos y su pobre capacidad de juicio han tenido siempre consecuencias negativas. Además, sus sentimientos, pensamientos y conductas son poco o nada fiables, al haber estado constantemente alterados por la droga.

ESTRATEGIAS DE LUCHA DESVIADAS

Los drogodependientes muestran modos característicos de desafiar o afrontar sus conductas o actitudes. A menudo, cuando algún familiar, amigo, autoridad legal o empleado de la Comunidad cuestiona o trata de averiguar lo que están haciendo, terminan por decepcionar consciente o inconscientemente a los demás o a ellos mismos. Son expertos en la manipulación de personas, procedimientos y sistemas al servicio de sus deseos más inmediatos.

Mentiras y manipulaciones

La importancia de las mentiras, manipulaciones y decepciones podría reflejar rasgos asentados de un trastorno del carácter o de la conducta que el consumo de droga ha exagerado de forma significativa. Errónea o correctamente, muchos residentes tienen una visión negativa de sus familias, creyendo que no pueden confiar en sus familiares o que son unos manipuladores. A menudo los profesores, policías, médicos, trabajadores sociales, profesionales de la salud mental, y burócratas de los servicios sociales les parecen hipócritas, corruptos o ingenuos. De un modo característico, los residentes han aprendido a salirse con la suya y a hacer explotar esos sistemas (i.e. “golpea al sistema”) y a faltar al respeto o manipular (i.e., “quedar por encima”) a las personas que forman parte de estos sistemas. A menudo defienden sus mentiras con argumentos acerca de victimismos, privilegios, necesidad de supervivencia, la necesidad de conseguir su dosis, y otras racionalizaciones, proyecciones y excusas. En la Comunidades Terapéuticas, los residentes y empleados se refieren a estas estra-



teguas de un modo peyorativo como “pensamiento y comportamiento típico del drogata”. Se observan como rasgos social e interpersonalmente nocivos que se tornan en modos habituales de convivencia y lucha con los demás, evitando las presiones percibidas, y obteniendo alivio.

Defensas

Los drogodependientes también muestran diferentes formas características, conductuales, gestuales y cognitivas de enmascarar la verdad acerca de ellos mismos, ante ellos mismos o los demás. Se trata de mecanismos de defensa familiares descritos por la psicología. Los más utilizados por los drogodependientes son la negación y sus variantes comunes, como la racionalización, la exteriorización, la proyección y la somatización. A pesar de que los residentes eligen ingresar en la Comunidad Terapéutica, hecho que indica cierta aceptación de sus problemas y de su necesidad de ayuda, las defensas contra el cambio total de la persona persisten.

La negación es la defensa infranqueable o estrategia de lucha de los drogodependientes, al menos durante las etapas tempranas del trastorno. Consiste en las múltiples maneras en las que los individuos rechazan o reducen el ámbito y la gravedad de su consumo de droga y las conductas y actitudes relacionadas con él. Aunque es más evidente entre drogodependientes fuera de programas de tratamiento, algunos residentes se cobijan en la negación incluso durante su ingreso en el tratamiento. Por ejemplo, los residentes pueden negar la gravedad de su consumo, convencidos de que tan sólo necesitan un breve periodo de abstinencia. Pueden negar, además, la gravedad y el dolor del impacto que su consumo de droga causa en otras personas (padres, hijos, amigos) con el fin de evitar el sentimiento de culpa asociado al trastorno. Incluso tras aceptar los problemas causados por su consumo de droga, y pueden negar otros problemas psicológicos y sociales. De hecho, el extremo hasta el cual los individuos manifiestan la aceptación del problema es a menudo un indicador de si el individuo permanecerá en tratamiento (De Leon, Melnick, Kressel y Jainchill, 1994; Joe, Simpson y Broome, 1998). La tabla 4.4 resume otras defensas típicas de los residentes en Comunidades Terapéuticas.

Tabla 4.4. Defensas psicológicas típicas utilizadas por los residentes en Comunidades Terapéuticas.

Racionalización

Los residentes invocan a una infinita variedad de razones, excusas y deducciones lógicas para explicar, exonerar o, al menos, minimizar su propia contribución a sus problemas. Las excusas e historias identificarán circunstancias estresantes, las condiciones físicas de los residentes, personalidades difíciles y la falta de recursos (dinero o asistencia) como las razones para su consumo de droga y los diferentes problemas asociados. Una dificultad acentuada por la Comunidad Terapéutica es la utilización de la introspección como racionalización por parte de los individuos para explicar las cosas en lugar de para cambiarse a sí mismos (la manipulación defensiva es especialmente llamativa entre los consumidores de droga más y mejor educados verbalmente).

Exteriorización

Los residentes culpan de sus problemas a fuerzas externas más que a motivos ocultos en su interior. Por ejemplo, las desventajas sociales, la discriminación étnica, los barrios infestados de droga, las familias abusivas, las malas compañías, las dificultades psicológicas, las conductas paternales inexpertas, los traumas sufridos en la vida son algunos de los impedimentos insuperables que muchos residentes describen como causas de su incapacidad para iniciar o mantener un estilo de vida positivo. Podría ser válido asumir que estas fuerzas contribuyen a sus problemas. Sin embargo, el elemento defensivo básico en estas exteriorizaciones es el desprendimiento de cualquier responsabilidad personal hacia su conducta o sus sentimientos. Estos individuos, puede que no nieguen su consumo de droga y los problemas que éste conlleva, pero están abdicando de su papel en la modificación de estas conductas.

Proyección

Los residentes atribuyen sus propios sentimientos, pensamientos y percepciones a otras personas. Por ejemplo, los residentes pueden percibir que la hostilidad, las mentiras, el sentimiento de culpa o la seducción emanan de otras personas, cuando éstas son, de hecho, experiencias y emociones propias que ellos mismos no pueden tolerar.

Somatización

Los residentes emplean lamentaciones acerca de su estado físico para evitar las demandas de una vida diaria ordenada y del tratamiento en particular. Dolores de cabeza, resfriados, indisposición gastrointestinal, fiebres, debilidad, fatiga y dolor dental son tan sólo algunos de los síntomas físicos de los que los residentes en comunidades terapéuticas suelen quejarse. Estas molestias podrían ser síntomas auténticos debidos al, generalmente, pobre estado de salud de los individuos que abusan de la droga. A menudo, sin embargo, se trata de manipulaciones conscientes o inconscientes para evadirse de responsabilidades sociales o de experiencias emocionales dolorosas.



DESVIACIÓN SOCIAL

La mayoría de los residentes en comunidades terapéuticas presentan un largo historial de actividad criminal o problemas legales (p.e., Anglin y Hser, 1990a; Hiller et al, 1998; Hubbard et al, 1989; Simpson y Sells, 1982). La clase y la gravedad de estos problemas indican el extremo hasta el cual el individuo se ha aferrado a un estilo de vida antisocial ligado a su conducta, valores y afiliaciones. Algunos residentes ya eran antisociales en su conducta y actitudes antes de involucrarse seriamente en el entorno de la droga. Este grupo puede tener o no un repertorio de habilidades educativas o laborales. Entre sus actividades criminales encontramos algunas que están relacionadas con la droga y otras que no lo están, e incluyen la violencia (p.e., asesinatos, asaltos, atracos a mano armada, violaciones) y asociaciones negativas de residentes (bandas). Las actitudes observadas en estos grupos son la rebeldía y el cinismo; sus habilidades de lucha para la solución de problemas o la búsqueda de ganancias personales van desde la violencia, las amenazas y la intimidación (entre criminales ague- rridos) a la explotación, manipulación, mentira y “quedar por encima”. Sus imágenes sociales (p.e., machismo, la máscara criminal) transmiten invulnerabilidad o indiferencia.

Otros residentes se embarcaron en actividades ilegales sólo *después* de involucrarse regularmente en el consumo de droga. Estas actividades se centraban fundamentalmente en mantener su consumo mediante la obtención de dinero para comprar la droga y el refuerzo de sus relaciones con residentes o personas significativas que pertenecían al mismo mundo. A pesar de que estos individuos son generalmente menos violentos, sus actividades criminales varían desde los crímenes contra la propiedad (robo de hogares y tiendas) y personas (venta e intercambio de droga, robos y acosos) a crímenes “sin víctimas” (prostitución, proxenetismo).

Una proporción menor de residentes están socializados pero su estilo de vida social ha resultado perjudicado o lo han perdido definitivamente a lo largo del historial de consumo de droga. Típicamente, estos residentes fueron educados correctamente y tuvieron una carrera laboral normal, con familias y lazos afectivos. Aquellos cuyas principales sustancias de abuso eran legales, como el alcohol o las drogas de prescripción médica, generalmente no presentan un historial de criminalidad. Para otros, las actividades ilegales estaban exclusivamente asociadas con el abuso de droga (p.e., falsificación de cheques o recetas médicas, adquisición y posesión de sustancias ilegales). Normalmente, sin embargo, el consumo de droga continuado de estos individuos les condujo oca-

sionalmente a pérdidas sociales mayores, actividades criminales más graves contra otras personas, y a crímenes “sin víctimas”.

Todos estos grupos muestran problemas graves de consumo de droga. La primacía relativa entre la criminalidad o el abuso de droga, sin embargo, es diferente. Los mismos residentes se distinguen entre “aquellos que cometen crímenes para consumir drogas” y “aquellos que consumen drogas para cometer crímenes”.

UNA “PERSONALIDAD ADICTIVA”

A pesar de que la perspectiva de la Comunidad Terapéutica de la persona describe un perfil típico de sus características y problemas, no esboza necesariamente una personalidad adictiva. Sin embargo, basándonos en consideraciones clínicas y de investigación en la Comunidad Terapéutica el concepto de personalidad adictiva no es totalmente rechazable. Por ejemplo, la predisposición física y psicológica para consumir sustancias (explicada en el capítulo acerca del trastorno) sugiere un conjunto de factores fundamentales definitorios para aquellas personas expuestas al riesgo del abuso de droga. De hecho, los participantes en comunidades terapéuticas se recuerdan unos a otros continuamente su predisposición al consumo de sustancias y quizás al peligro de caer en otras conductas compulsivas (p.e., juego, sexualidad). Además, la investigación de la Comunidad Terapéutica indica que muchos adolescentes muestran rasgos del trastorno de conducta que posteriormente evolucionarán hacia trastornos del carácter en la edad adulta (Jainchill, De Leon y Yagelka, 1997).

La cuestión de la existencia de una personalidad adictiva permanece a la espera de ser clarificada. Siendo tanto causa como consecuencia de una implicación grave en el mundo de la droga, sin embargo, las características comprendidas en la perspectiva de la Comunidad Terapéutica de la persona mantienen una estrecha relación con el abuso de sustancias. Más importante aún, reflejan el modo en que los residentes se ven unos a otros y observan cuáles son los aspectos que han de cambiar para conseguir una recuperación estable.

CONCLUSIÓN

En este capítulo se han detallado las características cognitivas, conductuales, emocionales, sociales e interpersonales comprendidas desde la perspectiva de una Comunidad Terapéutica sobre la persona trastornada. A pesar de haber



sido descritas separadamente, estas características se encuentran interrelacionadas; emanan de fuentes biopsicosociales variadas, y son compartidas por la mayoría de los residentes en la Comunidad Terapéutica. Las diferencias individuales en perfiles sociales y psicológicos se reconocen, modificando los planes específicos de tratamiento. En cualquier caso, como quedará descrito en el capítulo siguiente, estas diferencias no alteran el objetivo de modificación total de la persona ni el curso de la recuperación.

Perspectiva de la recuperación y de la vida correcta

5

En la Comunidad Terapéutica, la recuperación se define como un cambio en el estilo de vida y la identidad. Esta perspectiva puede contrastarse con el concepto convencional de recuperación que se aplica en medicina, salud mental y otras disciplinas dedicadas al tratamiento del abuso de sustancias.

Recuperarse, médicamente hablando, denota *recobrar* una capacidad reducida o perdida por completo, la salud o un nivel previo de funcionamiento. Más ampliamente, connota *retornar* a un estado de salud física o mental desde un estado de dolencia o enfermedad. Sin embargo, no todas las formas de tratamiento de la dependencia a sustancias químicas están orientadas hacia la recuperación. en la experiencia de la salud pública para el tratamiento de la adicción a opiáceos y del alcoholismo, el abuso de droga se considera una enfermedad crónica, y las estrategias de tratamiento y los objetivos se concentran en la mejoría, más que en la recuperación o cura. Dado que la recaída no es algo inesperado, el objetivo se convierte en la prolongación de los periodos de abstinencia y la minimización de las consecuencias sociales y sanitarias.

Las perspectivas de recuperación del abuso de droga no orientadas al campo médico, se modelaron inicialmente fuera del ámbito práctico de las instituciones sanitarias convencionales. Se basaron en los numerosos casos de alcohólicos y heroinómanos que superaron sus adicciones en el seno de las culturas de autoayuda de Alcohólicos Anónimos (AA) y las Comunidades Terapéuticas (p.e., Anglin y Hser, 1990b; Emrick, 1985), y en aquellos menos numerosos que se recuperaron espontáneamente de su abuso de sustancias sin contribuciones aparentes de tratamiento formal alguno (p.e., Biernacki, 1986; Winick, 1962). Estas perspectivas convergen en una visión evolucionista del cambio en la que se traslada al adicto de un estatus de consumo activo y negación del problema, a otro de abstinencia estabilizada y compromiso con el mantenimiento de un estilo de vida apartado del contacto con la droga (ver por ejemplo De Leon, 1995; Gorski, 1989; Porchaska, DiClemente y Norcross, 1992; Zackon, McAuliffe y Chi'en, 1985; Zweben, 1993).



La visión que la Comunidad Terapéutica tiene de la recuperación se extiende mucho más allá del logro o el mantenimiento de la abstinencia (i.e., privación del uso de cualquier droga no prescrita médicamente) hasta la circunscripción del estilo de vida y el cambio de identidad (p.e., Catalano, Hawkins y Hall, 1983; Frankel, 1989; Kooyman, 1993). El presente capítulo perfila esta visión ampliada de la recuperación. La primera parte detalla los objetivos y supuestos del proceso de recuperación. La segunda parte presenta la visión de la Comunidad Terapéutica de la *vida correcta*, que resume las enseñanzas de la comunidad como guía del proceso de recuperación durante y después del tratamiento.

VISIÓN DE LA RECUPERACIÓN

Los términos “habilitación” y “rehabilitación” diferencian entre la construcción y la reconstrucción de estilos de vida para grupos de drogodependientes en Comunidades Terapéuticas. Ambos recogen los objetivos de recuperación de la Comunidad Terapéutica y su orientación hacia la modificación de la persona al completo. Los supuestos que subyacen al proceso en sí están asentados en la metodología de la Comunidad Terapéutica para la modificación de estilos de vida. La modificación multidimensional despliega un proceso evolutivo de aprendizaje social, que tiene lugar a través de la autoayuda en un contexto social.

Objetivos de la recuperación

Numerosos residentes en Comunidades Terapéuticas presentan algún historial de funcionamiento social, habilidades educacionales o vocacionales, y lazos familiares o comunitarios positivos, pero su abuso de sustancias ha erosionado este estilo de vida prosocial. Para ellos, recuperación significa *rehabilitación*, reaprendizaje, o restablecimiento de su capacidad para mantener una vida positiva, y para recobrar la salud física y emocional.

Muchos otros residentes en Comunidades Terapéuticas nunca adquirieron un estilo de vida funcional. Su abuso de sustancias está asociado a un mayor cuadro de disfunción psicológica y déficits sociales de educación, empleo, y habilidades sociales. Son frecuentemente insociables o carecen de motivación o capacidad para perseguir los valores de la vida correcta. Para estos residentes, la permanencia en la Comunidad Terapéutica es su primera exposición a

la vida ordenada. Recuperación para ellos significa *habilitación*, o aprendizaje de los valores, habilidades y actitudes cognitivas asociadas con la vida en sociedad por primera vez. Independientemente de las diferencias en cuanto al trasfondo social, los objetivos de la recuperación permanecen constantes para todos los residentes: aprender o re-aprender a vivir estilos de vida positivos al margen de la droga.

La recuperación también consiste en la modificación del modo en que los individuos se perciben a sí mismos en el mundo (sus identidades). Según la visión de la Comunidad Terapéutica, las modificaciones en el estilo de vida y en la identidad están relacionadas. Aquellos que logran cambios en su estilo de vida y experimentan la curación y la auto-eficacia resultante de estos cambios llegan ocasionalmente a percibirse a sí mismos de un modo diferente.

Los objetivos de la modificación del estilo de vida y la identidad por parte de los drogodependientes no son exclusivos de la Comunidad Terapéutica, también están reconocidos por otro tipo de médicos e investigadores (p.e., Brown, 1985; Kellog, 1993). Sin embargo, la metodología de la Comunidad Terapéutica se distingue de las demás en la utilización de un modelo de comunidad de residentes para perseguir estos objetivos, especialmente entre aquellos que son antisociales y no han sido habilitados.

Autoayuda y autoayuda mutua

La autoayuda ha sido progresivamente reconocida como un elemento de importancia en medicina, salud mental y educación así como en el tratamiento de adicciones (Brill y Lieberman, 1969; Gartner y Riessman, 1999; Margolis y Zweben, 1998; Trimpey, 1988). El concepto se encuentra reflejado principalmente en las diferentes variedades de grupos de 12 pasos, la mayoría de los cuales deriva de AA, el sistema de autoayuda de ámbito mundial.

Desde la perspectiva de la comunidad terapéutica (así como la de AA y las metodologías relacionadas), la autoayuda es tanto una filosofía como una invitación para el logro, la recuperación. Siendo coherentes con esta visión del trastorno y de la persona, los individuos asumen la responsabilidad primaria de su recuperación.

La recuperación mediante la autoayuda se basa en que los individuos realizan la principal contribución al proceso de cambio. En la Comunidad Terapéutica, no se proporciona el tratamiento a los residentes sino que se les facilita que dispongan de él. El entorno de la Comunidad Terapéutica; el personal y los residentes; y el régimen de trabajo, reuniones, seminarios e inter-



venciones clínicas específicas son los elementos del tratamiento durante el proceso de recuperación. Sin embargo, la efectividad de estos elementos como agentes inductores del cambio depende fundamentalmente del individuo. Los residentes han de participar completamente en el régimen diario con el fin de beneficiarse de él; han de utilizar el programa (sus miembros, enseñanzas y actividades) para asimilar y mantener la recuperación.

Autoayuda mutua significa que los individuos asumen la responsabilidad del cambio de sus residentes con el fin de mantener su propia recuperación. A pesar de que la recuperación es responsabilidad del individuo, compartir el proceso de recuperación con otras personas es esencial para fomentar el cambio en el individuo. Los principales mensajes de recuperación, el crecimiento personal y la vida correcta son compartidos por los otros residentes en proceso de recuperación a través de la confrontación en grupos, sirviendo como modelos de rol y proporcionando apoyo como amigos que aportan un refuerzo en las interacciones diarias.

Así, en la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, el tratamiento funciona porque los individuos lo hacen funcionar utilizando a otras personas embarcadas en la lucha común por la recuperación. Hay un axioma en la Comunidad Terapéutica que recoge el significado esencial de la autoayuda mutua: “solamente puedes hacerlo, pero no puedes hacerlo sólo”¹⁶.

Motivación, disposición y compromiso en la recuperación

La autoayuda y la autoayuda mutua acentúan el hecho de que la recuperación en el tratamiento evoluciona desde una interacción entre las influencias del programa (p.e., los residentes, el entorno de aprendizaje social) y los propios individuos. Los factores individuales especialmente destacados del proceso de recuperación son la motivación, la disposición y el compromiso (p.e., De Leon, 1996a; De Leon et al, 1994; De Leon, Melnick y Hawke, en prensa; Erickson, Stevens, McKnight y Figuerdo, 1995; Joe et al, 1998; Miller y Rollnick, 1991; Prochaska et al, 1992; Simpson, Joe, Rowan- Szal y Greener, 1997; Zimmer-Hofler y Meyer-Fuhr, 1986). En la Comunidad Terapéutica, mantener estos factores de motivación en los miembros individuales es una tarea diaria de la comunidad de residentes.

16. Este resistente axioma, que en la actualidad forma parte de las enseñanzas de la Comunidad Terapéutica, se atribuye comúnmente a O. H. Mowrer, un defensor ardiente de la comunidad como sanador, y fuente de energía y apoyo para las Comunidades Terapéuticas contemporáneas en sus años tempranos (De Leon y Beschner, 1977).

A pesar de ser conceptos relacionados, la motivación, la disposición y el compromiso son diferentes en el proceso de recuperación. La recuperación depende de las presiones positivas y negativas al cambio. Algunas personas buscan ayuda para solucionar su consumo de droga, impulsadas solamente por presiones *externas* de familiares, amigos o jefes, mandatos judiciales o problemas legales pendientes, temor ante la enfermedad o violencia (doméstica o en la calle), o la falta de hogar. Otras se sienten impulsadas por factores más *internos* (una profunda fatiga emocional y física debida al estilo de vida relacionado con el consumo de droga y un deseo expreso de cambio en sus vidas).

La motivación basada principalmente en presiones externas, siendo suficiente para instigar al individuo a la búsqueda de tratamiento en una Comunidad Terapéutica, no lo es para sostener un proceso de recuperación a largo plazo. El alivio de la presión externa (cesión de la familia en sus presiones, resolución de los problemas legales, etc.) lleva a menudo abandonar el tratamiento de forma prematura si el individuo no ha desarrollado más presiones internas. Independientemente de la fuente inicial de motivación, sin embargo, la dedicación continuada a la recuperación se ha de mantener mediante la motivación interna: el dolor del individuo en relación con los aspectos negativos de su vida y las esperanzas y aspiraciones de un futuro más positivo.

La mayoría de los residentes que ingresan en la Comunidad Terapéutica indican que están motivados para el cambio basándose en una mezcla de presiones externas e internas (p.e., Condelli, 1986; De Leon et al, 1994). Pero un número relativamente pequeño de ellos está realmente preparado para desarrollar el largo, arduo y a menudo atemorizante esfuerzo requerido para el logro del cambio personal en la Comunidad Terapéutica. La disposición, definida como la voluntad de la persona para implicarse de manera activa en el proceso de cambio, tiene un carácter fundamental en la recuperación de drogodependientes en general. Los individuos que residen en la Comunidad Terapéutica muestran buena disposición cuando abandonan o rechazan cualquier otra opción de cambio distinta a la residencia a largo plazo en el programa.

Los individuos se comprometen cuando resuelven o prometen pasar a la acción, cumplen con una obligación o sugerencia, completan una tarea o reafirman su aceptación de las enseñanzas de la comunidad. En la Comunidad Terapéutica, adoptar un compromiso refleja la motivación y la disposición del individuo al cambio y su aceptación de las expectativas y disciplinas de cambio de la comunidad. Además, adoptar un compromiso es un modo de mantener viva la motivación.



Incluso entre aquellos que permanecen en tratamiento, existen varios grados de compromiso. Estos varían desde la voluntad de continuar en el programa, hasta un compromiso total con los objetivos del programa y, finalmente, un compromiso constante de permanecer involucrado en el proceso de cambio. La capacidad para realizar y mantener compromisos es una meta vital en el proceso de cambio para estos residentes, que tienen notorios problemas con los compromisos ya sea para con ellos mismos o para con otras personas. Típicamente, en el historial de un drogodependiente existe un patrón de ruptura de promesas y compromisos. Tienen dificultades para aceptar las obligaciones que les corresponden como padres, hijos, hermanos, trabajadores, estudiantes, amigos, amantes y ciudadanos. La realización y mantenimiento de compromisos adquieren un énfasis constante a lo largo del programa. Terminar el programa representa el primer paso hacia el aprendizaje de la realización de compromisos.

Así, gran parte del esfuerzo dedicado por los residentes a la autoayuda mutua se concentra en mantener al individuo en el proceso de recuperación mediante una rememoración de las pérdidas del pasado, nuevas adquisiciones y futuras posibilidades (simplemente ayudándoles a recordar que el compromiso puede mantenerse).

Recuperación como aprendizaje multidimensional

En coherencia con la perspectiva que la Comunidad Terapéutica adopta de la persona en su totalidad, la recuperación se trata como un aprendizaje multidimensional. Como cimientos de la recuperación se deben integrar cambios conductuales, cognitivos y emocionales. El aprendizaje conductual se enfoca a la eliminación de conductas asociales y antisociales y al desarrollo de habilidades sociales e interpersonales positivas. El aprendizaje cognitivo se refiere a la obtención de nuevas formas de pensamiento, toma de decisiones y adquisición de habilidades en la resolución de problemas. El aprendizaje emocional consiste en la adquisición de las habilidades necesarias para el manejo y la comunicación de sentimientos.

Además, la recuperación conlleva ciertos cambios subjetivos que son a la vez experimentales y perceptuales. Los individuos no sólo adoptan de una manera activa las conductas de cambio, además han de vivir experiencias y percepciones esenciales asociadas al cambio de sus conductas, actitudes y emociones.

Las experiencias que consideramos esenciales para la recuperación tratan de cuestiones relacionadas con la curación emocional, la relación social y la auto-

eficacia. Las percepciones esenciales para la recuperación están centradas en cuestiones de auto-modificación y modificación de la identidad. Estas experiencias y percepciones acontecen a través de las múltiples interacciones sociales diarias en la intimidad de la vida comunitaria. Mientras los individuos aprenden a comportarse de forma efectiva, a pensar de manera constructiva, a manejar sus emociones y a tener nuevas experiencias sociales con los demás, llegan a verse a sí mismos y al mundo en general de un modo diferente.

El aprendizaje multidimensional se desarrolla mediante el método de ensayo y error. La comunidad alienta y refuerza a los residentes que intentan poner en práctica nuevas conductas y actitudes. De hecho, raramente se aplica el término fracaso para hablar de los errores, se reserva más bien para el acto de abandonar o la decisión de no seguir intentándolo. De este modo, intentarlo implica un cambio, y los residentes que se ven a sí mismos intentándolo a menudo se sienten motivados para continuar trabajando en el cambio.

“Atravesar cambios” es una expresión familiar que los residentes utilizan para describir el modo en que experimentan el proceso de ensayo y error. Se refiere a la lucha que supone el cambio personal: los requerimientos que conlleva aprender a sobrellevar los sentimientos, comprender a los demás, plantar cara a la incertidumbre y tolerarla, y solucionar los problemas de formas diferentes. Durante el curso del tratamiento, se expone al individuo repetidamente a cambios mediante intervenciones del programa, planeadas o espontáneas. Este proceso de ensayo y error aplicado en la Comunidad Terapéutica ha sido comparado con el concepto Eriksoniano de maduración por “aprendizaje mediante la crisis” (Kooyman, 1993, p.44; Ramirez, 1984).

El aprendizaje del cambio de estilo de vida sólo puede darse en un contexto social. Los patrones, actitudes y errores negativos del drogodependiente no se adquirieron en el aislamiento, ni podrán ser alterados en soledad. La recuperación no sólo dependerá de lo que ha sido aprendido, sino de cómo, con quién y dónde se desarrolle ese aprendizaje.

En las Comunidades Terapéuticas todo el proceso de aprendizaje tiene lugar a través de las interacciones, experiencias y roles sociales (Jones, 1953). Este supuesto es la base del uso de la comunidad en sí misma como un primer profesor en la Comunidad Terapéutica. El aprendizaje es experimental y tiene lugar mediante la participación y la acción; un rol socialmente responsable se adquiere mediante la puesta en práctica activa de dicho rol. Las nuevas maneras de hacer frente a la vida aprendidas en la Comunidad Terapéutica están amenazadas por la pérdida de esta comunidad tras abandonar o finalizar en tratamiento, viéndose aumentadas las posibilidades de recaída.



Así, la recuperación mantenida requiere de una red de relaciones sociales y personales positivas dentro y fuera de la Comunidad Terapéutica, que pueda reafirmar de un modo continuado las perspectivas de salud de uno mismo, de la sociedad y de la vida.

Recuperación como proceso evolutivo

En la Comunidad Terapéutica, la recuperación se desarrolla como un proceso evolutivo, que implica un proceso secuencial a través de varios estadios de aprendizaje creciente. El aprendizaje que se desarrolla en un estadio facilita el cambio al siguiente. En analogía con el desarrollo físico, la acción de gatear es anterior a la de ponerse de pie, y ésta es fundamental para comenzar a andar; a su vez, el acto de correr se convierte en una acumulación de estas habilidades. En la Comunidad Terapéutica, cada estadio de aprendizaje provoca el desarrollo de la madurez, la socialización y la autonomía personal adquirida en el anterior. Los residentes hablan de su recuperación en la Comunidad Terapéutica como un proceso de “crecimiento”, entrando como bebés o adolescentes y abandonando el programa como adultos. En coherencia con la visión de la Comunidad Terapéutica de la persona en su totalidad, el crecimiento conlleva un cambio en la conducta y el auto-entendimiento.

La recuperación comienza con el cambio conductual. En la visión evolutiva de la recuperación que tiene la Comunidad Terapéutica, los cambios conductuales y actitudes finales preceden a la introspección acerca de uno mismo, y de hecho serían un prerrequisito para esa introspección. Esto queda expresado en axiomas comunes de la Comunidad Terapéutica que instruyen al residente a “actuar como si...” o “hazlo bien, entonces entenderás porque lo has estado haciendo mal”. Sin embargo, el cambio conductual es insuficiente para una recuperación duradera si no se ha servido de la introspección y de experiencias emocionales relevantes. La introspección es una comprensión por parte del residente de la importante relación entre sus acciones, actitudes y sentimientos y las condiciones en que se desarrolla su vida. Estas conexiones podrían englobar condiciones tanto actuales como pertenecientes al pasado. Aunque el entendimiento y la introspección no son necesarios para iniciar los cambios en conductas y actitudes, son esenciales para mantenerlos¹⁷.

17. Ciertos estudios clínicos recientes han comenzado a obtener conclusiones similares acerca de la relación entre la modificación conductual y la introspección, en otras estrategias de tratamiento (Margolis y Zweben, 1998).

Los residentes deben ser capaces de reconocer los detonantes o indicios de su consumo de drogas, de las personas, lugares e influencias externas que provocan en ellos un ardiente deseo de “colocarse”. Sin embargo, han de llegar a reconocer también los pensamientos internos, percepciones y sentimientos (influencias internas) que detonan su deseo y búsqueda de droga y otras conductas destructivas. El reconocimiento de las verdaderas influencias sobre su conducta facilita el aprendizaje del control de éstas, hecho que refuerza el sentido de auto-eficacia.

La auto-comprensión también consiste en conseguir estar más alerta ante aquellos recuerdos y experiencias asociadas a relaciones del pasado y circunstancias que modelaron sentimientos, actitudes, conductas y auto-percepciones actuales. Entenderse a uno mismo en el contexto de la propia historia proporciona a los residentes cierto orden racional en sus desordenadas vidas y pensamientos, y les ayuda a mitigar algunos de los sentimientos de culpa o vergüenza asociados. Una visión comprensiva de su trastorno y de ellos mismos proporciona un significado racional a sus esfuerzos por recuperarse.

Desde la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, el propósito fundamental de la comprensión del pasado es la mejora del presente. La historia pasada se compone de aspectos sobre los que el individuo no tiene control alguno. Sin embargo, el individuo puede cambiar sus reacciones presentes en relación con esos aspectos.

La recaída en la recuperación

En la perspectiva de recuperación adoptada por la Comunidad Terapéutica, la abstinencia es un prerequisite para una modificación más completa del estilo de vida y de la identidad. Sin embargo, las comunidades terapéuticas reconocen la realidad de la recaída y su profunda importancia en el proceso evolutivo de la recuperación.

El consumo de cualquier sustancia durante el tratamiento puede impedir el proceso de recuperación del individuo. Más aún, el consumo de sustancias en el entorno sin drogas de la Comunidad Terapéutica tiene efectos potencialmente corrosivos en la vida de toda la comunidad. De este modo, el consumo de cualquier sustancia durante el tratamiento residencial se tiene en cuenta tanto en relación con sus implicaciones en la recuperación del individuo como con la integridad y la moral de la comunidad. En términos prácticos, esta perspectiva guía una política clínica y de gestión con respecto a los incidentes de consumo de droga y a las personas que recaen.

En las comunidades terapéuticas, no existe virtualmente ningún consumo de droga durante la fase residencial del tratamiento, con excepción de aquellos inci-



dentos que pudieran ocurrir cuando un residente se encuentra de permiso. Así, la cuestión de la recaída es más relevante para residentes que se encuentran en fase de reingreso al tratamiento o para aquellos que abandonan la Comunidad Terapéutica como graduados o expulsados. Su capacidad para evitar la recaída, o para manejarla de manera constructiva, refleja lo que han aprendido durante el tratamiento.

La recaída, como retorno al consumo de drogas tras un periodo de abstinencia, asume diferentes patrones, teniendo cada uno diferentes implicaciones en el tratamiento y en la recuperación (De Leon, 1990-91). La recaída se puede referir a un incidente único y discreto (“desliz”), un periodo temporal con alta frecuencia de consumo (“atracción”), o un total retorno a los niveles de uso de la etapa pre-tratamiento. La recaída podría estar o no acompañada por una reaparición de todas las conductas y actitudes asociadas al estilo de vida de la etapa pre-tratamiento. Recaer no tiene porqué significar necesariamente una regresión en el proceso de recuperación.

Inversamente, la ausencia de consumo de droga no indica necesariamente un estado de sobriedad o abstinencia estable. Los residentes podrían mostrar actitudes, conductas y emociones que han sido asociadas de manera característica con el inicio del consumo de drogas. Tanto el individuo como la comunidad de residentes han sido instruidos para mantener la vigilancia ante estos signos de alarma e impedir así un nuevo ciclo de consumo de droga.

Cada incidente relacionado con un episodio de recaída proporciona una nueva oportunidad para aprender. La anatomía de un episodio de recaída (una revisión en profundidad de las circunstancias que lo rodean, sus detonantes y antecedentes) revela generalmente en qué estadio de la recuperación se encuentra el individuo, cuánto y cómo ha interiorizado las enseñanzas acerca de la recuperación, y cómo está aplicando estas enseñanzas. Observándola desde esta perspectiva de aprendizaje, la recaída es un elemento integral de la recuperación.

Tratamiento como episodio

La residencia en la Comunidad Terapéutica constituye un periodo de tiempo relativamente breve en la vida del individuo pero su impacto debe competir con los años de influencias negativas vividos antes y después del tratamiento. Por esta razón, las influencias externas no saludables son minimizadas hasta que el individuo está mejor preparado para ignorarlas. Por ello, el régimen de tratamiento está diseñado para tener un gran impacto. La vida en la Comunidad Terapéutica es necesariamente intensa, su régimen diario es exigente y sus confrontaciones terapéuticas no son moderadas.

Que la residencia en la Comunidad Terapéutica sea un (relativamente) breve episodio de tiempo subraya la importante distinción entre un periodo de tratamiento específico y el más general proceso de recuperación. Tratamiento y recuperación no son necesariamente lo mismo. Por ejemplo, factores externos al tratamiento, como los recursos sociales y la estabilidad psicológica, familia, salud, pérdidas o ganancias personales o materiales, etc., podrían contribuir al proceso de recuperación (Biernacki, 1986; Simpson, 1986).

El tratamiento es sólo un factor que contribuye en el proceso de recuperación, a pesar de ser el factor central. Los individuos que siguen el tratamiento de la Comunidad Terapéutica se están preparando para engancharse a la vida de forma positiva y continuar con su recuperación. La graduación representa el fin del tratamiento, pero es sólo un estadio en el proceso de recuperación. Los cambios en el estilo de vida que comienzan en la Comunidad Terapéutica deben ser perpetuados una vez que el individuo abandona la institución. Las enseñanzas de la comunidad, denominadas colectivamente “vida correcta”, que guían el proceso de recuperación durante y tras el tratamiento son el objeto del resto de este capítulo.

VISIÓN DE LA VIDA CORRECTA

La perspectiva de la Comunidad Terapéutica incluye ciertos supuestos, creencias y premisas compartidas que constituyen una ideología o visión de la vida saludable social y personal. Estas enseñanzas de la comunidad, resumidas en la expresión “vida correcta”, pueden ser incorporadas al más amplio concepto del “vivir correctamente”, que describe cómo y por qué la gente cambia en la Comunidad Terapéutica¹⁸.

La sobriedad es el prerrequisito para aprender a vivir correctamente, pero vivir correctamente es indispensable para mantenerse sobrio. Vivir correctamente en la Comunidad Terapéutica significa acatar las normas de la comunidad; mantenerse apartado de las drogas; participar activamente en el régimen diario de grupos, reuniones, trabajo y funciones educativas; cumplir con las obligaciones; mantener pulcro el espacio físico y la higiene personal; actuar de manera responsable con uno mismo, los demás y la comunidad; y mostrar conductas socializadas, como el civismo, la educación, el respeto, y el mantenimiento de acuerdos. Vivir correctamente también implica saber moldear roles

18. El término “filosofía no escrita” se utiliza a menudo para hacer referencia a las creencias, asunciones y preceptos de la perspectiva de la Comunidad Terapéutica. La filosofía escrita es a menudo el credo de un programa en particular.



según los valores de la Comunidad Terapéutica, como la honestidad, la seguridad en uno mismo, la preocupación responsable y la ética del trabajo. Es la práctica diaria de la vida correcta en comunidad, la que con el tiempo, conduce a un cambio en el estilo de vida y en la identidad.

Las enseñanzas de la vida correcta están relacionadas con las perspectivas de la persona y de la recuperación. La coherencia con la vida correcta en la Comunidad Terapéutica proporciona un marcado contraste con las vidas desordenadas que la mayoría de los drogodependientes han llevado hasta ese momento. En particular, la vida correcta proporciona una evidencia diaria y una experiencia de auto-control a aquellos que habitualmente han vivido fuera de control. Estos contrastes en la vida son experiencias positivas que refuerzan la perspectiva que la Comunidad Terapéutica defiende de la vida correcta como elemento esencial del proceso de recuperación.

Las experiencias que conlleva una vida ordenada proporcionan un prototipo a seguir tras la separación de la Comunidad Terapéutica. Esto es importante para aquellos que hayan perdido la capacidad de llevar una vida ordenada a lo largo de su pasado con la droga y para aquellos que nunca tuvieron o conocieron una vida ordenada¹⁹.

Las fuentes de las enseñanzas de la vida ordenada son muy variadas. Muchas pueden estar ligadas directa o indirectamente a ciertas fuentes antiguas y modernas detalladas en el primer capítulo de este libro (p.e., AA, la Biblia, el existencialismo, las religiones, escritos sobre ética)²⁰. Otras se han originado a partir de las experiencias de aquellos individuos que se han recuperado en Comunidades Terapéuticas a lo largo de los años. Están enmarcadas en eslóganes, frases hechas, conceptos, refranes y credos, y expresadas formal e informalmente en seminarios, tutorías, programas, conversaciones diarias, carteles en la pared y lecturas recomendadas. Las enseñanzas principales de la vida correcta están organizadas y explicadas como temas separados.

Código moral

En las Comunidades Terapéuticas no hay lugar para posiciones ambiguas. La posición que mantienen guía la conducta social y personal tanto dentro como

19. La importancia del establecimiento de valores y normas que contrasten con los de la calle, la cultura de la droga y las prisiones ha sido destacada como un elemento terapéutico esencial en la recuperación y en la literatura en torno a la Comunidad Terapéutica (Frankel, 1989; Waldorf, 1971, 1973; Yablonsky, 1965, 1986).

20. La frase *visión de la vida correcta* fue acuñada de manera independiente por el autor para resumir las enseñanzas de la Comunidad Terapéutica. Sin embargo, es similar a conceptos como el "pensamiento correcto" de las escrituras filosóficas y religiosas de oriente (p.e., Deitch y Solit, 1993a; Nan Huat-Chin, 1997).

fuera de la comunidad residencial. Incluye la eliminación de las conductas y actitudes antisociales, los valores negativos de la calle, y la conducta sexual irresponsable o explotadora. Esta conducta moral se expresa mediante reglas cardinales, reglas de la casa, normas de la comunidad y expectativas éticas generales.

La necesidad de un código moral explícito deriva de la visión de la Comunidad Terapéutica acerca de la persona y el trastorno, así como de la dinámica de la vida comunitaria. La carencia o pérdida de desarrollo moral es un rasgo diferencial entre los residentes, esto es un hecho constatado por la investigación (p.e., Biase et al, 1986; De Leon, 1989) y se hace evidente en su sentimiento de culpa cuando se ven como criminales o víctimas. La historia de sus vidas está marcada por promesas rotas, mentiras, explotación sexual, crímenes, y agresiones físicas contra uno mismo o los demás. Las características psicológicas de tolerancia emocional, abnegación, juicio y auto-control, que son los cimientos que sostienen la vida guiada por la moral, nunca fueron desarrollados adecuadamente o se debilitaron durante años de consumo de droga.

Sin un código moral firmemente establecido, la recuperación del individuo y el crecimiento personal se ven amenazados. La definición de las conductas y reglas de conducta acertadas o erróneas, es un paso necesario en el aprendizaje de los límites personales, y proporciona una infraestructura conductual para la toma de decisiones. Aprender a tomar cualquier decisión moral, ética, o de cualquier otra índole significa que el individuo dispone de opciones que representan alternativas conductuales factibles. Sin embargo, aquellos que no pueden manejar sus conductas son manejados por sus conductas; no son libres para evaluar las alternativas o tomar decisiones.

La intimidad de la vida en una comunidad basada en la cercanía y la familiaridad acentúa también la necesidad de requerimientos estrictos contra la mentira, el hurto, la manipulación, los préstamos, el tomar prestado o la intimidación sexual, y a favor de la condena de este tipo de conductas en los demás miembros. Así, sin un código moral explícito, la seguridad de la Comunidad Terapéutica en sí misma se vería amenazada.

Un aspecto que distingue profundamente la metodología de la Comunidad Terapéutica es el hecho de que la comunidad colectiva enseña la moral mediante el ejemplo. El desarrollo moral, modelado por la comunidad de residentes, desafía al código de la calle, de la cárcel, y de las relaciones negativas. Una comunidad de residentes que se comporta de un modo moralmente correcto puede enseñar a sus miembros lo que la escuela, la religión o la familia no pudieron enseñarles.



El ego y la perspectiva social

La Comunidad Terapéutica tiende a preocuparse acerca del modo en que los individuos se ven a sí mismos como seres morales y sociales. Para aprender a recuperarse y mantener la recuperación es necesaria una perspectiva del ego equilibrada.

Esta perspectiva se comunica a través de la enseñanza de tres distinciones básicas (ver Tabla 5.1). Estas apuntan hacia la pobre auto-percepción del residente, las influencias negativas del pasado y la necesidad de una reinención de sí mismo.

Tabla 5.1. Perspectiva social y del ego: tres enseñanzas básicas.

El ego como bien fundamental

Mientras la conducta, actitudes y pensamiento de un individuo pueden ser incorrectos o considerados como “malos”, el interior de la persona es fundamentalmente bueno. En el proceso de recuperación, cuando una persona está equivocada y es comprendida y aceptada por otras, el interior bueno puede aflorar. Muchos drogodependientes conectan con su interior mediante sus malas conductas. La enseñanza de la distinción entre su conducta y su yo interior es esencial para la iniciación de su cambio de identidad. El aprendizaje de la distinción entre el modo en que se han comportado y quiénes son realmente y quiénes pueden llegar a ser, ofrece al residente la esperanza y la posibilidad del cambio. Así, una perspectiva de cambio acerca de uno mismo se va extendiendo a medida que los individuos cambian sus conductas negativas a través de la vida correcta.

“Aquí y ahora”

La vida correcta apuesta por el presente personal (aquí y ahora) en oposición al pasado histórico (cuándo y entonces). Las conductas y circunstancias del pasado son exploradas sólo hasta el punto en que pueden ayudar a modificar patrones actuales de conducta disfuncional, actitudes y puntos de vista negativos. Los individuos son alentados y entrenados para asumir responsabilidades personales en relación con su realidad presente y con su destino futuro.

Una apuesta por el yo y la sociedad

De manera explícita, las comunidades terapéuticas instruyen a los individuos para que utilicen a la comunidad y a sus enseñanzas para crear o re-crear sus vidas. Para muchas personas sin afiliaciones en las comunidades terapéuticas esta instrucción es crítica. El auto-rechazo, la culpa y la auto-evaluación indican una pérdida de riesgo personal, que se traduce en una renuncia de sus exigencias en relación con la persona que quieren ser a través de los logros que quieren conseguir. Entre los socialmente discriminados esta pérdida implica, además, una desaparición de su apuesta por lo social. No se creen capaces de tener acceso a dichos logros en una sociedad más amplia. Los individuos ganan su apuesta por la sociedad cuando invierten en ellos mismos; aspiran a objetivos materiales, ideológicos y psicológicos; y cuando llegan a valorar la vida en sí misma.

Los valores básicos de la vida correcta

Existen valores específicos que guían la vida correcta. Son aplicables en todas las situaciones y para todas las personas, y trascienden las vulnerabilidades de cada individuo en particular proporcionándoles las debidas enseñanzas, como queda ilustrado en una frase “los principios antes que las personalidades”. Entre estos principios se encuentran la sinceridad y la honestidad (de palabra y acto), la ética del trabajo, la necesidad de obtener recompensas, el valor del aprendizaje, la responsabilidad personal, la seguridad en la economía propia, la preocupación responsable hacia los residentes y familiares, la implicación en la comunidad y la buena ciudadanía.

Honestidad (de palabra y acto)

Este principio fomenta la interacción con los demás (y la propia persona) haciendo hincapié en la comunicación sincera y la importancia de la expresión directa de sentimientos y reacciones honestas. Significa, además, la auto-confrontación y un persistente y valiente examen de las conductas, actitudes, pensamientos, sentimientos y motivaciones propias.

La falta de honestidad ha sido un elemento integral del trastorno y de la identidad negativa del drogodependiente. Así, para los residentes en Comunidades Terapéuticas, el aprendizaje de la honestidad absoluta es fundamental en su proceso de recuperación.

En la Comunidad Terapéutica, la honestidad se describe como un camino con poco margen para el error. A pesar de que actuar de manera deshonesto puede resultar más fácil o presentar menos consecuencias a corto plazo, a largo plazo tiene unas consecuencias mucho más severas. Un ejemplo de esto es la mentira en espiral, en la que la verdad inicial acerca de un desliz en el consumo de droga se oculta y, posteriormente, el sentimiento de culpa asociado con la propia ocultación aumenta de manera impresionante empujando al individuo a una total recaída. La falta de honestidad conduce al aislamiento social y personal en la comunidad de residentes. Los sentimientos y pensamientos ocultos que no pueden ser apreciados escudan al individuo ante la posibilidad de ser vistos por los demás. El aislamiento personal ocurre cuando otras personas no pueden conocer o aceptar a la verdadera persona.

Finalmente, son las percepciones, emociones y pensamientos honestos acerca de uno mismo y los demás los que conforman la identidad personal, lo que



la persona es realmente. En el momento en que el yo interno de cada uno no pueda ser apreciado por los demás o por uno mismo, la verdadera identidad de la persona permanecerá desconocida, sin desarrollar.

Preocupación responsable

El concepto de preocupación responsable instruye a los residentes para asumir un cierto nivel de responsabilidad personal en la recuperación de sus residentes. El concepto está diseñado de manera que cada uno es “el guardián de su hermano o hermana”, enfatizando la orientación de la Comunidad Terapéutica hacia la familia y la comunidad. Sin embargo, el concepto de preocupación responsable es aún más amplio, abrazando la idea de que observar, desafiar y apoyar a los demás en su lucha por la recuperación es importante también para uno mismo (p.e., Ottenberg, 1978).

El fundamento de la preocupación responsable es complejo en su relación con la visión de la persona, su trastorno y su recuperación. El cuidado de los demás mediante la preocupación responsable modifica directamente la auto implicación característica de los individuos que abusan de sustancias. La práctica de la preocupación responsable también refuerza el altruismo, un valor social en la vida correcta. Sin embargo, el mensaje implícito de la preocupación responsable es “tu preocupación por tu recuperación es mi recuperación”. Los individuos potencian la recuperación en los demás con el fin de mantener la suya propia. Si las conductas con influencias negativas en la comunidad no se interrumpen, podrían minar la recuperación de todos los residentes. Así a pesar de que la preocupación responsable es explícitamente altruista, está relacionada de manera implícita con la autoayuda.

La preocupación responsable se muestra no sólo cuando los residentes alienan y se apoyan los unos a los otros, también cuando se desafían y critican por conductas y actitudes que no entran dentro de los márgenes de los objetivos de la recuperación. A menudo, esto constituye un riesgo de interacciones y consecuencias dolorosas para la relación. Sin embargo, la propuesta de preocupación responsable ayuda a recuperar la salud y el bienestar de los individuos involucrados por encima de la relación en sí misma. Esta idea se encuentra en oposición diametral con el código de la calle, la cárcel o aquellas familias disfuncionales y descarriadas, en las que los individuos están destinados a protegerse unos a otros de la verdad. Así, la preocupación responsable utiliza la amistad personal como una potente herramienta en el proceso de recuperación.

En la Comunidad Terapéutica, la preocupación *irresponsable* es aquella que hace posible o justifica cualquier actividad que aliente, facilite o permita deli-

berada o inadvertidamente el consumo de sustancias por parte de otra persona o la conducta negativa en general. Generalmente, los que hacen que esto sea posible son residentes en tratamiento, amigos, miembros de la familia o personas cercanas que intentan reducir el dolor de su persona querida (a menudo con la intención de evitar su propio malestar al tratar con esa persona). Verse a sí mismos o ser vistos como cónyuges, padres o amigos preocupados sigue siendo más importante para ellos que el verdadero cuidado del individuo, y les basta para no afrontar su conducta de manera realista²¹.

Ética del trabajo

Las Comunidades Terapéuticas enseñan una ética del trabajo clásica, un conjunto de valores relacionados que enfatizan los buenos hábitos, la auto-confianza y obtención de recompensas, la excelencia en los objetivos, el orgullo por el rendimiento y el compromiso personal con el esfuerzo. Cada uno de estos valores ayuda a argumentar en contra de las características de aquellos residentes que presentan historiales laborales pobres o erráticos. Como comentaremos en un capítulo posterior, el trabajo es una actividad terapéutica y educativa fundamental en la Comunidad Terapéutica. La enseñanza de la ética del trabajo está ligada completamente a la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, especialmente en lo relacionado con la visión de la persona en su totalidad.

Aprendizaje como valor esencial

El aprendizaje, tanto formal como informal, es un valor fundamental en la Comunidad Terapéutica. La importancia de la educación es esencial para el logro de la eficacia social y la percepción global. Sin embargo, el valor más importante del aprendizaje es su relevancia para la recuperación. Todas las experiencias relacionadas con la recuperación pueden ser y deberían ser utilizadas para avanzar en el crecimiento personal, esto es, para aprender acerca de uno mismo, comprender y expresar mejor los sentimientos y pensamientos, y asimilar las técnicas del auto-control. Las lecciones acerca del crecimiento per-

21. El concepto de accionar puede ser extendido a las entidades y personales, como las escuelas, comunidades locales y el gobierno. Las Comunidades Terapéuticas han defendido a lo largo de los años que la información acerca de la política social podría ser comunicada de manera más efectiva, mediante la transmisión del entendimiento acerca del modo en que las políticas específicas pueden facilitar de forma inadvertida el abuso de drogas y el crimen, y el modo en que las políticas de salud mental concernientes a los derechos de los clientes pueden imposibilitar la recuperación de auto-ayuda. Podrá encontrar una explicación más amplia acerca de esta cuestión en De Leon, 1997b.



sonal, cuando son reconocidas y asimiladas de manera realista, son inherentes a cada logro y a cada altibajo en el tratamiento (y en la vida).

Las máximas de la recuperación en la Comunidad Terapéutica

Estos preceptos se centran en la cuestión del mantenimiento del equilibrio personal en el esfuerzo diario por conseguir las metas de la recuperación. Se oponen con fines correctores a las características psicológicas típicas del residente como la adopción de objetivos inverosímiles, la impaciencia, la frustración, la tolerancia y los temores al éxito y al fracaso. Muchas de ellas se heredaron de AA, mientras otras son originarias de la Comunidad Terapéutica. En general, los valores y directrices perdurables para la vida están contenidos en estas enseñanzas pragmáticas para la recuperación.

“Un día a una hora”

“Cuida del presente y el mañana cuidará de sí mismo” y “un día a una hora” son máximas relacionadas, que ayudan a los residentes a dividir el tiempo en unidades más manejables. Los residentes en tratamiento apresuran su recuperación: de un modo característico, piensan acerca de todos los problemas que han de solucionar y de todas las cosas que les quedan por hacer. Infravaloran el tiempo que lleva el cambio y sobrevaloran el progreso que han conseguido. Sus cálculos temporales erróneos y su pensamiento orientado al futuro les conducen, de un modo invariable, a sentimientos de frustración acerca del proceso de recuperación en sí mismo y precipitan la recaída. Por ejemplo, la impaciencia del residente con respecto a la duración planeada del tratamiento residencial conduce a menudo al abandono prematuro del programa. Debido a que la persona, en cualquier caso, sólo puede vivir el presente, estas máximas temporales y su énfasis en la vida correcta en cada momento, cada día, reducen la ansiedad y facilitan el logro de los objetivos.

“Hazlo simple”

Los residentes se sienten frecuentemente abrumados cuando intentan afrontar demasiados problemas al mismo tiempo. A menudo, esta dificultad característica refleja su repertorio ficticio de recursos y habilidades. La máxima “hazlo simple” alienta a los residentes a enfocar su atención en una sola cosa en cada momento; modificar una actitud, manejar la reacción ante un sentimiento, o llegar a tiempo. Intentar hacer demasiadas cosas a la vez es el plan perfecto para fracasar en todas ellas.

“Paso a paso”

De manera característica, los residentes quieren hacer las cosas rápidamente, incluso en lo que respecta a su recuperación. Como consecuencia de ello, se pierden pasos importantes en su proceso de aprendizaje. La máxima “paso a paso” recuerda a los residentes que la recuperación es un proceso de aprendizaje, y el aprendizaje es progresivo. Lo aprendido en un punto del proceso se convierte en los cimientos de la siguiente fase del aprendizaje.

“Todo lo que sube, baja”

La máxima “todo lo que sube, baja” recoge la importancia de aprender a utilizar la paciencia. El objetivo más amplio de esta idea, sin embargo, es el de proporcionar a los individuos una manera de sobrellevar la incertidumbre y la injusticia aparente de las cosas que están fuera de su control. Las injusticias y los perjuicios son abundantes en la vida, en las relaciones, en los esfuerzos y logros no reconocidos, y en los asuntos interpersonales por resolver. Todos ellos son acontecimientos de la vida diaria que pueden desestabilizar al individuo y fomentar en él respuestas auto-destructivas, si no conoce algún modo de “dejar fluir las cosas”.

Independientemente del papel que el individuo desempeña, el de víctima o el de responsable, en los incidentes relacionados con cambios de rumbo o perjuicios, el mensaje de esta máxima tiene un doble significado. Por un lado, la injusticia es más una norma que una excepción en la vida y para sobrellevarla se requiere paciencia y tolerancia. En segundo lugar, probablemente el futuro brindará alguna forma de resolución o equidad, pero siempre se escapará de nuestro control.

“No hay logro sin sacrificio”

Los auténticos cambios en conductas, actitudes y percepciones de uno mismo mantenidas a lo largo de los años implican una ardua lucha, e incluso sufrimiento; por ello, he aquí una máxima útil para el residente en la Comunidad Terapéutica: “no hay logro sin sacrificio”. Adquirir la fuerza personal en la Comunidad Terapéutica es similar a adquirir la forma física. Desarrollar la fuerza física, el vigor y la resistencia requiere de un enfoque, un esfuerzo, una disciplina, un sacrificio, un duro entrenamiento y una aburrida rutina. Pero principalmente, implica dolor y, a veces, un cierto temor asociado al esfuerzo mayor al que las limitaciones previas conocían.



La aceptación del dolor como criterio para el crecimiento es especialmente relevante para los individuos que abusan de sustancias, dado que ellos han evitado previamente cualquier tipo de molestia de manera sistemática. Sin excepciones, los residentes dan fe de que el proceso de recuperación en la Comunidad Terapéutica es duro. Es una lucha continua por mantenerse “limpios”, posponer las recompensas, tratar con las demandas sociales e interpersonales de la vida en proximidad con otras personas, afrontar los problemas y obligaciones de la vida en estado de sobriedad, mantener la constancia en la incesante tarea de la auto-evaluación, la tolerancia del sentimiento de culpa, el descarte de antiguas auto-percepciones, la aceptación de los sentimientos, y de quiénes han sido y quiénes son realmente. Simplemente permanecer en el entorno del tratamiento se considera como una victoria personal.

“Todo lo que inviertas te será devuelto”

La máxima “todo lo que inviertas, te será devuelto”, como enseñanza, acentúa la importancia de invertir en la recuperación mediante un total compromiso con el proceso. El límite del cambio personal y de estilo de vida depende de la adhesión del individuo al programa. Esta máxima ayuda a los residentes a esforzarse en la completa participación en todas las actividades de la Comunidad Terapéutica, cada una de las cuales supondrá un pequeño dividendo a pagar para alcanzar ese objetivo más ambicioso que es la recuperación.

“Actúa como si...”

“Actúa como si...” es un concepto básico que instruye a los residentes y al personal de la comunidad para comportarse como las personas que *deberían* ser en lugar de como las personas que han sido hasta el momento. A pesar de su resistencia o de las percepciones o sentimientos que apunten a lo contrario, deberían adoptar las conductas esperadas y mantener de manera coherente las actitudes y valores de la comunidad. Valores como la auto-motivación, el compromiso con el trabajo y el esfuerzo, la consideración positiva del personal como autoridad y una perspectiva optimista del futuro. Para la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, “actuar como si...” no es un simple ejercicio, sino un complejo mecanismo para lograr un cambio psicológico más completo. Los sentimientos, las introspecciones y las auto-percepciones alteradas, a menudo siguen al cambio en lugar de precederlo.

Una variación de esta máxima es la frase “Hazlo bien, entonces entenderás por qué lo has estado haciendo mal”. Apunta de manera específica al tema del

escepticismo en el proceso de recuperación. En particular, habla de aquellos individuos que se resisten “a actuar como si...”, buscando a menudo una comprensión intelectual antes de intentar cambiar. Esta instrucción invita a los individuos a lanzarse a modificar su conducta antes de entender los motivos por los cuales el cambio es bueno para ellos. De un modo más general, viviendo una vida correcta, uno llega a entender por qué ha estado viviendo de manera incorrecta.

“Recuerda quién eres”

“Recuerda quién eres” es un recordatorio asertivo de las bondades y el potencial básico del yo interior de cada uno, especialmente en tiempos de desesperación, intimidación y temor. Exhorta al individuo a levantarse por sí mismo, a reafirmar sus verdaderos sentimientos, y a embarcarse en una honesta lucha por cambiar la realidad en lugar de evitarla.

“Recuerda de dónde vienes para saber a dónde vas”

Al poner énfasis en la importancia acerca de mantener una perspectiva sobre uno mismo, la máxima “recuerda de dónde vienes para saber a dónde vas” facilita el proceso de recuperación. El recuerdo de los problemas, dolores e identidad del pasado ayuda a mantener el compromiso con la lucha en el presente y los objetivos en el futuro. Esta máxima subraya también la importancia de la humildad y los peligros del exceso de confianza. A veces, el cambio y el progreso pueden ser engañosos. Uno nunca “llega” al punto final, siempre se puede avanzar más en el proceso. Recordar esta frase ayudará al individuo a enfrentarse contra el sentido de la efusividad, el privilegio y el narcisismo característicos de los drogodependientes. También refuerza la identificación con la compasión hacia los demás (hacia ellos mismos) en la lucha por la recuperación.

“Nadie da nada gratis”

“Nadie da nada gratis” enfatiza el valor de la obtención de recompensas y la auto-dependencia. En sentido literal, significa que las personas no deberían esperar o sentirse privilegiadas para que alguien les diera algo a cambio de nada. De hecho, el abastecimiento de bienes sin la consiguiente devolución de un esfuerzo compensatorio, sólo hará que el individuo mantenga su dependencia y su carácter explotador. En la Comunidad Terapéutica, el residente recibirá el sustento diario de alimentos, ropa y cuidado médico en la medida en que se comporte como un participante activo en la comunidad y en el proceso de recuperación.



“No lo podrás mantener a no ser que lo regales”

La recomendación “no lo podrás mantener a no ser que lo regales” anima al individuo a ser generoso en su apoyo e impulso a la recuperación de los demás, compartiendo su tiempo y su energía dentro de los límites de sus posibilidades. La recuperación se considera una *posesión*, ganada con dificultades mediante un proceso de aprendizaje de dolorosa auto-modificación. A menudo, los residentes se refieren a “mi recuperación” como algo valioso y codiciado. Sin embargo, la recuperación es también un *regalo*. La recuperación se aprende y se sostiene mediante una interacción con los demás. Ayudar y enseñar a los demás es ayudarse a uno mismo continuamente en la práctica, entrenamiento y refuerzo de las enseñanzas de la recuperación.

Tabla 5.2. Otros ejemplos de máximas de recuperación.

“Es mejor entender que ser entendido”

El individuo puede entender más al escuchar a los demás que al considerar importante que los demás le escuchen a él.

“Cumple con tu cometido y lo demás llegará por sí solo”

La honestidad en el seguimiento de su propia recuperación y en su relación con los demás es el camino para evitar el más mínimo error.

“Confía en tu entorno”

La capacidad para confiar en los demás es fundamental para el crecimiento personal y emocional.

“El crecimiento por delante del estatus”

El individuo ha de demostrar una cierta madurez antes de adoptar una posición de responsabilidad.

“Cuidado con lo que pides, podrías conseguirlo”

Asegúrate de que eres capaz de manejar cierta responsabilidad antes de solicitarla.

“Cuando tienes buen aspecto, tienes mal aspecto”

Una impresión falsa o “guai” no ayuda a entablar buenas relaciones, pues no expresa sentimientos o actitudes verdaderas, y no es honesta.

“La compensación es válida”

Cuando se obtiene el reconocimiento, es merecido.

“Déjalo fluir”

Intenta mantenerte abierto y sincero al relacionarte con los demás, incluso cuando te asuste.

“Estar alerta es estar vivo”

Mantenerse alerta ante uno mismo y ante los demás permite al individuo acceder a una vida más llena.

Continuamente se están realizando variaciones en relación con las enseñanzas de la vida correcta en diferentes programas (ver por ejemplo Tabla 5.2). Los códigos morales, las máximas para la recuperación y los valores personales y sociales conforman el contenido de la mayoría de las comunicaciones cotidianas sobre el tema. En seminarios formales, reuniones, tutorías e intercambios informales, las palabras, conceptos e ideas de la vida correcta dan significado al proceso de recuperación y proporcionan un criterio para la metodología de la Comunidad Terapéutica.

CONCLUSIÓN

En este capítulo, la visión que la Comunidad Terapéutica postula de la recuperación se define como una modificación del estilo de vida y de la identidad personal. Este cambio se despliega como un proceso evolutivo de aprendizaje multidimensional en el contexto social de la Comunidad Terapéutica. Las enseñanzas de la comunidad, que de manera colectiva se engloban mediante la denominación “vida correcta”, consisten en una serie de requerimientos, valores y creencias morales, y prescripciones para la recuperación. Estas integran las visiones ideológica y psicológica de la perspectiva de la Comunidad Terapéutica para lograr los objetivos de recuperación estable y cambio del estilo de vida. Las cuatro visiones de la perspectiva de la Comunidad Terapéutica guían la metodología de la comunidad en el tratamiento, que será el tema a tratar en el siguiente capítulo.

La metodología de la comunidad

6

El elemento fundamental sobre el que se sustenta la metodología de la Comunidad Terapéutica es la comunidad. La comunidad es, a la vez, contexto y método para el proceso de modificación. Es el elemento de la comunidad el que diferencia a la Comunidad Terapéutica de cualquier otra metodología para la rehabilitación o el tratamiento del abuso de sustancias y sus trastornos relacionados. Es el uso de la comunidad como método lo que diferencia a la comunidad terapéutica de otras formas de comunidad.

Al ser descrita ampliamente en el ámbito de la antropología cultural, la Comunidad Terapéutica presenta rasgos similares a otras comunidades, como las comunas religiosas y seculares, las aldeas, los vecindarios, las prisiones, los hospitales, las clínicas, las residencias militares, colegios con régimen de internado, e incluso las empresas. Tienen un propósito general, una estructura organizativa, reglas formales y normas formuladas de manera informal, valores específicos culturales y creencias. Como las demás comunidades, las Comunidades Terapéuticas dependen de la afiliación, la inversión y la lealtad de sus participantes para su propia continuidad²².

Sin embargo, las Comunidades Terapéuticas presentan complejas diferencias frente a otras comunidades en su propósito y fundamento. Su objetivo específico consiste en tratar el trastorno individual, pero su objetivo más amplio es el de transformar estilos de vida e identidades personales. Para lograr este propósito, la Comunidad Terapéutica utiliza a la comunidad como método para ayudar a los individuos a modificarse a sí mismos. Su estructura (organización social), su componente humano (miembros del personal y residentes), y

22. La distinción clave estriba en que la utilización de la comunidad como método promueve la salud, el bienestar y el crecimiento del individuo. Este hecho debería compararse a las comunidades o grupos que utilizan a los individuos para promover la supervivencia de la comunidad. Los cultos, como caso extremo, ilustran esta compleja diferencia (Galanter, 1990; Ottenberg, 1984).



su régimen diario de actividades (grupos, reuniones, trabajo, recreo) están diseñados para facilitar la curación, el aprendizaje y la modificación en el individuo. Las Comunidades Terapéuticas existen para servir al individuo.

La sección inicial de este capítulo explica las características generales de la comunidad como método de tratamiento: su relación con la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, sus propiedades curativas y aprendizaje, y sus rasgos sociales y culturales. La segunda sección transforma esta metodología en un método específico (cuyos componentes son los “ingredientes activos” en el proceso de tratamiento).

COMUNIDAD Y PERSPECTIVA DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

La recuperación de las personas impulsó a la Comunidad Terapéutica a aprender un estilo de vida alternativo para convertirse en una forma de tratamiento también alternativa a la convencional. Su comprensión intuitiva de la relevancia de la metodología de comunidad está implícita en la perspectiva del trastorno (la persona, la recuperación y la vida correcta).

La comunidad y la persona en su totalidad

Es difícil concebir la modificación de la persona en su totalidad, apartada de una comunidad de residentes. A diferencia de una hora de psicoterapia o una sesión de terapia de grupo, que muestran relativamente poco acerca del individuo, la complejidad del individuo “en su totalidad” se muestra gradualmente a lo largo de las situaciones que conforman la vida comunitaria, con sus demandas de rendimiento social, sus múltiples roles participantes y sus constantes interacciones sociales. Durante las 24 horas de la vida en la Comunidad Terapéutica, los individuos pueden ser observados en todas sus dimensiones: el modo en que trabajan, se relacionan con sus residentes y los miembros del personal, mantienen su higiene personal y la limpieza de sus habitaciones, y participan en los grupos y reuniones de la comunidad. Estas son las conductas y actitudes de cada día proporcionan un input constante de datos sobre los que trabajar. Los individuos modifican sus actitudes, valores y conductas a través de la continua interacción con la comunidad de residentes. Son las enseñanzas de la comunidad y los ejemplos de la vida diaria relacionados con el funcionamiento de estas enseñanzas sobre la modificación de la persona, los que animan y refuerzan a los residentes a la hora de participar en el proceso de aprendizaje social.

La comunidad y los expulsados

Muchos de los drogodependientes que son tratados en Comunidades Terapéuticas presentan, además de su trastorno adicción, varios trastornos psicológicos, desviación social, falta de hogar, pobreza y marginación; entre ellos encontramos, además, a los marginados sociales que son rechazados o inadaptados y que permanecen sin socializar apartados de los sectores convencionales de la sociedad. Aunque estos grupos presentan diferencias en sus características socio-demográficas y psicológicas, en mayor o menor grado se encuentran expulsados (socialmente impotentes, privados de sus derechos y aislados); desilusionados (heridos y decepcionados por sus allegados, en el presente y en la infancia temprana); y desesperados (faltos de motivación en relación con su capacidad de logro debido a fracasos del pasado o impotencia, pérdida del auto-control, y carencia de confianza).

Los expulsados son incapaces de llevar vidas ordenadas o estilos de vida que identifican con los valores convencionales. Desconfían de sí mismos, de las autoridades, de los profesionales que les asisten y, especialmente, del “sistema”, al que atacan, rechazan o ignoran. Su pérdida o escasez de un interés positivo por la vida convencional hace que rechacen la consecución de modificaciones positivas en su propia persona o estilo de vida. Consecuentemente, se sienten faltos de motivación, inmaduros psicológicamente y, a menudo, carentes de habilidad para la utilización apropiada de los servicios médicos, sociales o de salud mental convencionales.

Desde la visión de la Comunidad Terapéutica, ayudar a los demás residentes a sentirse internos a su comunidad de autoayuda es un primer paso esencial en su preparación para reengancharse al mundo exterior. La abstinencia estabilizada, la socialización y un cierto nivel de responsabilidad personal han de ser factibles antes de que los individuos puedan utilizar y beneficiarse de los servicios sociales, educativos y vocacionales. Aprender a utilizar de manera constructiva los recursos de su comunidad de residentes es prepararse para el uso eficiente de los servicios fuera de la comunidad. Así, de igual modo que las familias saludables, la Comunidad Terapéutica proporciona un “hogar” psicológico (una microsociedad) a partir del cual los residentes pueden reintegrarse gradualmente en el mundo exterior.

Comunidad, identidad y vida correcta

Los residentes en Comunidades Terapéuticas han sido catalogados como chicos rebeldes o malos, adictos o criminales peligrosos, fracasados o perdedores,



enfermos o locos. Estas variadas etiquetas sociales reflejan el estigma social del trastorno de abuso de drogas, a menudo reforzado por las conductas características de los propios individuos. Las etiquetas sociales negativas están incrustadas en las auto-percepciones relacionadas con sus identidades sociales y personales.

La metodología de la comunidad potencia la modificación de los elementos sociales y personales de la identidad del residente. Con su concentración en la participación social, responsabilidad mutua y relaciones basadas en la confianza y los valores de la vida correcta, las Comunidades Terapéuticas proporcionan las oportunidades y el contexto para desarrollar los elementos de una identidad social positiva. Ser un modelo de rol para otros, avanzar en la estructura de trabajo, progresar a través de las etapas del programa y relacionarse de nuevas maneras con los residentes y los miembros de la plantilla, son algunos de estos elementos a desarrollar. Estos cambios sociales se apoyan en los conceptos, la red de residentes y la jerga propia de la comunidad (p.e., Biernacki, 1986; Kellog, 1993; Nielsen y Scarpitti, 1995, 1997).

El énfasis de la Comunidad Terapéutica en la honestidad absoluta para con el mundo y las acciones propias, y la capacidad de compartir sentimientos y experiencias privadas también ayudan a reforzar los elementos de la identidad personal. Elementos de la comunidad como los grupos de encuentro, desafían a las imágenes falsas y ayudan a potenciar la auto-objetividad, que en relación con la identidad personal refuerza el “testigo interior” del individuo. La aceptación del individuo tal y como es en realidad por parte de la comunidad tiene una especial relevancia en el desarrollo de la identidad personal. Otros factores que ayudan a definir los elementos personales y sociales de la identidad, son la enseñanza y la práctica de los valores de la vida correcta en la comunidad. Desde la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, el proceso de recuperación supone una modificación en el estilo de vida que sólo puede lograrse a través de una vida *diferente*, que se manifiesta no sólo mediante conductas y actitudes, sino también mediante valores y creencias. Independientemente de las diferencias en su trasfondo social, los residentes en Comunidades Terapéuticas han perdido (o tal vez nunca adquirieron) los valores para poner en práctica un estilo de vida saludable y productivo. El aprendizaje o re-aprendizaje de estos valores requiere de su práctica en una comunidad verdadera que refuerce de manera explícita el modo en que los individuos pueden “vivir correctamente” consigo mismos, con los demás y con la sociedad.

Para todos los residentes en proceso de recuperación, la vida basada en valores, está asociada con el logro de las expectativas sociales convencionales: ser una persona coherente, de confianza, responsable; ser un buen padre, cónyuge o hijo; y tener y perseguir objetivos de educación, vocación, económicos, relati-

vos al hogar y al servicio a los demás. Su recuperación a lo largo de la vida en la comunidad les inspira para servir a sus residentes, modelando en profundidad su identidad personal en relación con su propósito y significado individual.

APRENDER, CURAR Y LA CULTURA DE LA COMUNIDAD

El concepto de comunidad desafía a cualquier definición simple. En un último análisis, sin embargo, los individuos deben verse a sí mismos como parte de la comunidad. Esta percepción gira en torno a la cuestión de la afiliación (el sentido de pertenencia, de estar en casa, de ser parte de un grupo, del individuo). En la Comunidad Terapéutica, la cultura de comunidad favorece las experiencias de curación y aprendizaje que refuerzan la percepción del individuo de su afiliación a la comunidad.

Propiedades de la curación y aprendizaje

Las experiencias curativas clave son evocadas de manera espontánea y mediante un esquema determinado previamente. Los individuos se sienten psicológicamente seguros para ser vistos, comprendidos y aceptados por los demás, en los grupos, reuniones y conversaciones cara a cara. Los residentes conectan entre sí a través de las experiencias compartidas, las experiencias de re-afirmación, y los gestos explícitos de afecto, desde los abrazos individuales y grupales hasta una simple sonrisa. Esos sufrimientos de larga duración que a menudo han originado relaciones trastornadas entre los residentes, requieren de experiencias curativas intrínsecamente sociales, mediadas por las reacciones mutuas de las personas que se perciben como parte de la comunidad.

El aprendizaje acerca de uno mismo, así como el aprendizaje social se producen en la interacción diaria entre el individuo y la comunidad. Unidos al contexto de la vida comunitaria, sin embargo, existen factores instructivos familiares que favorecen el proceso de aprendizaje, por ejemplo, la observación continua de conductas, actitudes y emociones; la repetición de mensajes de recuperación y vida correcta; la retroalimentación en la comunidad; el aprendizaje colectivo o de equipo; y el aprendizaje delegado.

En la Comunidad Terapéutica, el aprendizaje y los procesos curativos son interactivos y se favorecen mutuamente. Las experiencias curativas pueden ser motivadoras y reforzadoras del proceso de aprendizaje social. Los sentimientos positivos sirven de apoyo para el individuo durante el proceso de aprendizaje de ensayo y error, y refuerzan pertenencia del individuo a la comunidad.



Inversamente, el proceso aprendizaje en la Comunidad Terapéutica puede tener como resultado experiencias curativas. Por ejemplo, las habilidades, nuevas relaciones referidas al rendimiento en el trabajo incrementan la auto-eficacia, la auto-estima y la auto-aceptación; la responsabilidad para con uno mismo y para con los demás proporciona experiencias sociales e interpersonales correctoras/redentoras. Éstas mitigan el sentimiento de culpa y auto-rechazo asociados a prejuicios interpersonales anteriores hacia los demás. Las habilidades para la comunicación facilitan de manera directa la resolución efectiva de conflictos interpersonales y proporcionan nuevos modos de expresión personal (habilidades que facilitan la afiliación y reducen el aislamiento personal)²³.

La cultura de la comunidad

En la Comunidad Terapéutica, la afiliación, la instrucción y la curación son transmitidas a través de elementos culturales familiares inherentes al parentesco, las fraternidades, las aldeas, etc. Estos elementos definen la distintiva *identidad de la comunidad*. Cada Comunidad Terapéutica hace evolucionar su propia cultura, y todas las Comunidades Terapéuticas utilizan su cultura para potenciar la vida correcta y la recuperación. A través de historias, herencias, rituales y tradiciones los mensajes de modificación, recuperación, vida correcta y transformación son reiterados y amplificadas por la intensidad y la intimidad de la vida comunitaria.

Filosofía y lenguaje

La filosofía del programa es un ingrediente cultural fundamental en todas las Comunidades Terapéuticas. Cada programa construye su propio credo incorporando las pautas esenciales de la perspectiva de la Comunidad Terapéutica (ver ejemplos en el apéndice B). La filosofía del programa se recita de manera colectiva cada mañana para mejorar el humor de la comunidad y para iniciar el día de manera positiva. Su memorización está considerada como un signo concreto de afiliación.

De un modo más general, los conceptos, creencias, valores y normas que guían la recuperación y la vida correcta son expresados en el lenguaje único de la cultura de la Comunidad Terapéutica (ver el glosario en el apéndice A). El aprendizaje de esta jerga representa la integración del individuo en la comunidad de residentes y refleja su progreso clínico. Así, la utilización del argot por

23. Las propiedades curativas y de aprendizaje de la comunidad se asemejan a los factores curativos generales de las terapias psicológicas y grupales (Hollidge, 1980; Kennard, 1993; Kooyman, 1993; Yalom, 1975).

parte del individuo es una medida de su nivel de afiliación y socialización en la Comunidad Terapéutica, y refleja un cambio en su identidad social.

Celebración, tradición y ritual

En la Comunidad Terapéutica existen muchas ocasiones señaladas para la celebración. Estos eventos comunitarios son utilizados como símbolos positivos de la modificación individual y colectiva. Generalmente, las Comunidades Terapéuticas celebran las festividades étnicas, nacionales y locales (Acción de Gracias, Navidad, el Día de Martin Luther King, etc.), las fechas señaladas para cada individuo (cumpleaños, aniversarios), las etapas del proceso de recuperación (cambios de fase de tratamiento, graduaciones en el programa y la escuela), y eventos específicos del programa (la adquisición de un nuevo complejo, eventos para una fundación o para los medios). Existen también eventos más espontáneos, como las oraciones seculares, la meditación por aquellos miembros de la comunidad en estado de salud crítico y oraciones por aquellos que han fallecido, que proporcionan a todos los miembros de la comunidad una experiencia común de participación. Un buen ejemplo de ritual en las Comunidades Terapéuticas es el recitado diario de la filosofía del programa.

Las celebraciones, tradiciones y rituales facilitan la cohesión en la comunidad, pero también refuerzan el progreso individual. De modo constante, las actividades predecibles refuerzan la percepción del entorno estable y la vida ordenada. Los protocolos reafirman las enseñanzas de la Comunidad Terapéutica acerca de la vida correcta y fomentan directamente nuevas conductas sociales, especialmente en la utilización del tiempo de ocio y las formas aceptables de expresión emocional. La tradición de celebrar los cambios de fase en el proceso de recuperación marca de un modo especial el cambio en los miembros de la comunidad.

Historias personales

En la cultura de la vida en la Comunidad Terapéutica, los miembros llegan a comprender el significado de la comunidad y su rol en el proceso de modificación a través de historias compartidas. Con el paso del tiempo, cada residente cuenta su historia y es testigo de las historias cambiantes de los demás. La historia de cada individuo aflora gradualmente con todo detalle, alegre y trágico, a través de estos intercambios en grupos, salones, dormitorios y conversaciones privadas. Estas historias son inherentemente dramáticas, y capturan la atención incluso de aquellos que muestran habitualmente una paciencia relativamente limitada. El contenido de las historias es familiar, favoreciendo la identificación con los demás y reduciendo el sentido de aislamiento.



Cada cuenta-cuentos individual es un transmisor extremadamente efectivo de los mensajes de modificación personal, proporcionando ejemplos vivos del modo en que la historia de cada uno puede cambiar de manera positiva. Los miembros alternan sus roles de oyente transmisor continuamente. Así, la comunidad fomenta el aprendizaje y aumenta la conciencia de sus participantes al prestarles atención y al otorgar un significado especial a cada historia individual.

Herencia

Le herencia es una consecuencia distintiva de la comunidad, e instruye a los residentes a través de la conexión con personas similares desconocidas. Las historias contadas por antiguos residentes y miembros del personal o acerca de ellos son frecuentes, y se utilizan para animar, iluminar y motivar a aquellos que luchan actualmente en el proceso de modificación. Normalmente, estos modelos de rol “legendarios” han llevado vidas ordinarias, pero debido a su transformación, parecen más grandes que la vida misma. Sus historias son pruebas concretas de que el cambio es posible y de que las personas en proceso de recuperación pueden reinventar sus propios destinos.

Las agendas y diarios personales, que son herramientas útiles de auto-monitorización en la Comunidad Terapéutica, también se convierten en artículos concretos transmisores de herencia. Las autobiografías, cartas y escritos legados a las generaciones posteriores de residentes son regalos alentadores de aquellos que estuvieron anteriormente en su mismo lugar. De igual modo, las fotos de residentes y miembros del personal, antiguos y actuales, son frecuentes en las paredes de los dormitorios y espacios comunes de la comunidad. Sirven para identificar personalidades célebres para la comunidad y son testimonio de relaciones actuales, pero también establecen conexiones con aquellas personas más distantes que ya anduvieron el mismo camino. En este sentido, la herencia “pasa la bola” de una generación a la siguiente. Para aquellos que están desconectados o carecen de raíces sociales positivas propias, la posibilidad de “heredar” el legado de la Comunidad Terapéutica proporciona un ancla a la que aferrarse en su proceso de recuperación.

“Pasar la bola” es una norma de recuperación básica, expresada también como “no podrás mantenerlo a no ser que lo regales”. El acto de proporcionar información a los demás acerca de uno mismo contribuye al proceso de modificación tanto para el donante como para el receptor. Así, mientras la herencia va evolucionando de manera espontánea como parte de la vida comunitaria, tiene una importancia pragmática para la instrucción durante el proceso de modificación.

La comunidad como teatro

Es sencillo apreciar el elemento teatral de la comunidad, que funciona como amplificador de sus efectos terapéuticos y de aprendizaje. Este elemento teatral es inherente a la naturaleza del público y las características públicas de la vida comunitaria: los variados participantes, el desenmascaramiento de individuos en situaciones sociales variadas y momentos privados, el carácter lúdico de los grupos de encuentro, la escenificación en las reuniones de comunidad y grupos especiales, y el humor y el dolor presente en las historias individuales narradas.

Estos rasgos de la vida comunitaria reflejan otra faceta básica del teatro, un escenario localizado donde las experiencias son evocadas e intensificadas con el propósito de que se produzca un cambio. Durante las 24 horas de convivencia diaria en la Comunidad Terapéutica, los miembros aprenden y experimentan juntos constantemente. En este diálogo continuo entre los individuos de la comunidad, el proceso de transformación es la base del argumento.

LA COMUNIDAD COMO MÉTODO: COMPONENTES BÁSICOS

El término “comunidad terapéutica” describe una comunidad que es capaz de remediar, rehabilitar o curar. Sin embargo, la compleja diferencia entre la Comunidad Terapéutica y otros tratamientos y comunidades, es la utilización de la comunidad como método para la modificación de la persona en su totalidad.

Cuando hablamos de un método nos referimos a las actividades, estrategias, materiales, procedimientos y técnicas que son empleados para lograr una meta deseada. En la Comunidad Terapéutica, el objetivo de la comunidad es el de mantener la completa participación del individuo en la comunidad, de manera que pueda lograr los objetivos sociales y psicológicos deseados de modificación del estilo de vida y de la identidad. El término participación implica el aprendizaje por parte del individuo de la utilización de todos los elementos de la comunidad como *herramientas* para la auto-modificación. La participación es la medida más global de la modificación individual, a pesar de ser una medida indirecta. De este modo, la expresión “comunidad como *método*” significa que los propios miembros establecen las expectativas o estándares de participación y utilización de la comunidad. Evalúa el modo en que los individuos alcanzan estas expectativas y responden a ellas, mediante estrategias que promueven la participación constante.

En esta sección, la comunidad como método está descrita en relación a cuatro componentes interrelacionados: el contexto de la comunidad, que está compuesto por las relaciones con los residentes y con los miembros del personal, los roles sociales y el régimen diario de actividades; las expectativas de la comunidad en relación con la participación individual; la evaluación comunitaria del progreso individual en el logro de sus expectativas; y las respuestas de la comunidad a esta evaluación. Cada uno de estos componentes será descrito independientemente.

Comunidad como contexto

La utilización de la comunidad como método consiste en la instrucción de los individuos para la utilización del contexto de la vida comunitaria, con el fin de aprender acerca de sí mismos. El contexto de la vida comunitaria está diseñado para provocar modificaciones terapéuticas y educativas en los participantes; y todos los participantes son mediadores de estas modificaciones. El contexto, sus actividades, el componente humano, y las enseñanzas están organizados en nueve amplios elementos descritos en la tabla 6.1. Estos componentes ilustran el modo en que se utiliza a la comunidad para la modificación individual.

Tabla 6.1. Comunidad como contexto: elementos básicos.

Roles de los miembros

La vida diaria en la Comunidad Terapéutica proporciona oportunidades de aprendizaje a través de los diferentes roles sociales que los individuos asumen como participantes en la comunidad. Los roles de los miembros varían en sus diferentes funciones laborales de trabajador, encargado, y miembro de personal, así como en sus roles interpersonales como amigo, miembro del grupo, líder de residentes, estudiante, tutor y consejero. Estos roles requieren de una modificación de las conductas, actitudes, manejo emocional y valores por parte de los miembros a media que se relacionan con los demás.

Retroalimentación de los miembros de la comunidad

Una fuente fundamental de instrucción y apoyo para la modificación del individuo la constituyen las observaciones y reacciones auténticas de los miembros hacia el propio individuo. Todos los participantes comparten la responsabilidad de proporcionar una retroalimentación continua. Sea positiva o negativa, la retroalimentación se expresa mediante la preocupación responsable.

Los miembros como modelos de rol

Cada participante se esfuerza por ser un correcto *modelo de rol* durante el proceso de modificación. Junto con su responsabilidad por proporcionar retroalimentación a los demás con respecto a lo que deben cambiar, los miembros deben proporcionar también ejemplos del *modo* en que deben cambiar.

Relaciones

La Comunidad terapéutica utiliza las relaciones para fomentar el crecimiento personal de varias maneras. Pueden fomentar la implicación, desarrollar la confianza, alentar la adopción de riesgos emocionales y de auto-aprendizaje, y adiestrar las habilidades interpersonales. Las relaciones desarrolladas durante el tratamiento, a menudo se convierten en la base de la red social necesaria para sostener la recuperación tras el tratamiento.

Formatos de aprendizaje colectivo

Las experiencias esenciales para la recuperación y el crecimiento personal se desarrollan a través de las relaciones sociales. Por ello, la educación, la formación y las actividades terapéuticas se organizan en grupos, reuniones, seminarios, funciones laborales, y recreos. El individuo se implica en el proceso de modificación fundamentalmente junto a sus residentes. Estos formatos colectivos incorporan el poder, empíricamente demostrado, de las cohortes, equipos y grupos para el enriquecimiento del aprendizaje y la modificación.

Cultura y lenguaje

La Comunidad Terapéutica es una cultura de cambio. De este modo, las celebraciones, tradiciones y rituales se utilizan para enriquecer la cohesión de la comunidad y para reforzar el progreso del individuo. En especial, los conceptos, creencias, valores, normas y filosofía que guían la recuperación y la vida correcta se expresan en el lenguaje único o argot de la Comunidad Terapéutica. Así, el aprendizaje del argot de la Comunidad Terapéutica refleja la asimilación de la cultura de la comunidad y la inmersión gradual en el proceso del cambio de identidad.

Estructura y sistemas

Las funciones laborales, las tareas y los procedimientos prescritos mantienen las instalaciones a diario. Estas actividades refuerzan la auto-ayuda y son los vehículos para la instrucción del auto-desarrollo. El aprendizaje y el crecimiento se producen a través de los procedimientos y sistemas, y mediante el correcto comportamiento como miembro responsable de la comunidad. El sistema de privilegios y sanciones mantiene el orden y la seguridad de la comunidad, y facilita la modificación individual a través del aprendizaje consecuente.

Comunicación abierta

La naturaleza pública de las experiencias compartidas en la comunidad se utiliza con propósitos terapéuticos, para el individuo y para los demás. La vida privada interior del individuo es una cuestión de importancia en el proceso de recuperación y modificación, no sólo para el propio individuo sino también para los demás miembros. El momento y el modo en que se comparten públicamente las cuestiones privadas siempre ha de ser elegido por el individuo participante. Especialmente cuando se trata de cuestiones privadas y de sensibilidad (abuso infantil, preferencia sexual, pasado criminal, estado de



salud) podrían ser compartidas inicialmente con un semejante cercano o un consejero del personal que preserve la confidencialidad pero aliente la apertura ocasional de estas cuestiones en el grupo. Sin embargo, las cuestiones privadas relevantes a las reglas cardinales y de la casa (actual consumo de droga, robos, préstamos de dinero, crímenes, insinuación sexual, violencia, etc.) *deben* ser compartidas públicamente para mantener la seguridad, la credibilidad y la salud de la comunidad.

Equilibrio entre la comunidad y el individuo

El propósito de la comunidad es el de servir al individuo, pero su relación con éste es recíproca. Las necesidades de la comunidad y el individuo deben ser equilibradas para mantener las percepciones positivas del cliente acerca de la comunidad como institución auténtica y creíble. Para ello, es preciso que la comunidad tenga capacidad de auto-crítica a través de la auto-evaluación continuada de las conductas y actitudes del personal, así como de los residentes. Los propios miembros, el personal y los residentes, tiene la responsabilidad de enfrentarse, afirmar y corregir a la comunidad.

Expectativas de la comunidad

Las expectativas de la comunidad son demandas implícitas y explícitas que los miembros formulan al individuo en relación con los estándares de conducta y participación. Sin embargo, las expectativas de la comunidad se extienden mucho más allá de la adhesión a las normas de conducta. Definen la participación de los individuos en la comunidad y su implicación en el proceso de auto-modificación.

Los residentes aprenden estas expectativas de manera explícita, mediante la observación de sus modelos de rol, y de manera directa mediante la instrucción derivada del continuo intercambio entre miembros residentes. Los residentes observan el modo en que cada uno de los demás participa en todas actividades y roles de la comunidad, así como el modo en que utilizan estas actividades y roles para lograr la auto-modificación. Así, como objetivos y demandas, las expectativas son influencias persuasivas que constituyen colectivamente un ingrediente activo del método²⁴.

Las expectativas de la comunidad son aplicables a cuatro áreas generales: rendimiento, responsabilidad, auto-evaluación y autonomía (ver Tabla 6.2). Estas áreas resumen una gran variedad de conductas y actitudes que indican el nivel de participación del individuo en la comunidad. La cantidad y la calidad de las expectativas en cada área se incrementa a medida que el residente progresa en el programa. Los residentes que alcanzan las expectativas de la comunidad en estas áreas reflejan, además, modificaciones en su crecimiento social y psicológico.

24. Varias explicaciones del concepto de expectativas como ingrediente de potentes propiedades curativas están contenidas en Bratter (1974), Glasser (1969), Ratner (1973) y Rogers (1961, 1969).

Tabla 6.2. Expectativas de la comunidad: cuatro áreas.

Rendimiento

A medida que los residentes avanzan en el programa, las expectativas de la comunidad crecen con respecto al rendimiento y las actitudes del residente en todas sus actividades. Se espera que su atención y sus esfuerzos sean *máximos* y *coherentes* con sus roles y obligaciones, en el trabajo, en los grupos, en las reuniones, los seminarios, y en el tiempo de recreo.

Responsabilidad

A medida que los residentes avanzan en el programa, la comunidad espera de ellos que aumenten el espectro de sus responsabilidades y que se hagan progresivamente más responsables. En las fases iniciales los residentes asumen responsabilidades para consigo mismos; posteriormente, su responsabilidad se extiende a sus residentes inmediatos; y, finalmente, se amplía a toda la comunidad en general.

Auto-evaluación

A medida que los residentes avanzan en el programa, la comunidad espera un incremento en su capacidad de auto-evaluación. Esto se hace evidente en su auto-conciencia y auto-apertura en lo que respecta a cuestiones de modificación personal. Su atención se distribuye desde la identificación de los residentes acerca de sus problemas conductuales, actitudinales y emocionales, a la auto-identificación de estas cuestiones, y posteriormente, al trabajo activo para solucionarlas.

Autonomía

A medida que los residentes avanzan en el programa, la comunidad espera modificaciones en todas las áreas anteriormente citadas para motivar una reducción de la dependencia en los demás. Los residentes comienzan a necesitar menos consejos o críticas por parte de sus residentes para rendir al máximo en sus roles o tareas, para asumir mayores responsabilidades y obligaciones en la comunidad, para involucrarse libremente en aperturas personales honestas y para mantener una auto-conciencia y una capacidad de auto-corrección constantes.

Evaluaciones de la comunidad

A lo largo del tratamiento, los residentes y miembros del personal evalúan continuamente el modo en que los miembros alcanzan las expectativas de participación y utilización de la comunidad. Aunque informales, las evaluaciones por parte de los residentes son continuas y persuasivas. Constantemente, los residentes se observan, monitorizan y se proporcionan retroalimentación unos a otros en relación con su participación en la comunidad, y la utilización que hacen de ella. De hecho, la observación y la retroalimentación de los individuos son en sí mismas expectativas explícitas de la comunidad. Así, la observación y



retroalimentación de los residentes, y cómo se hace uso de su ayuda, son un indicador de confianza del nivel de participación en la comunidad.

La evaluación del personal también implica observación, pero incluye acciones que manipulan la estructura y los procedimientos de evaluación de los residentes. Por ejemplo, a la hora de conceder una promoción laboral que implica mayores responsabilidades se eleva también el status del individuo en la comunidad, así como las demandas de rendimiento. El modo en que el miembro aborda esta modificación, se ajusta a ella y la utiliza refleja el hecho de si ha logrado o no un cambio personal. El individuo puede obsesionarse con las satisfacciones de su aumento o puede entender la promoción como una oportunidad para la auto-evaluación y el auto-control, así como para el aprendizaje de la tolerancia ante responsabilidades y status mayores.

La evaluación acerca de si los residentes logran alcanzar las expectativas de la comunidad se realiza mediante tres estrategias generales: exposición, examen y desafío. Estas estrategias son utilizadas a lo largo de todo el tratamiento, aunque el examen y el desafío se utilizan con mayor frecuencia en las fases avanzadas.

Las estrategias de exposición evalúan si los miembros son sensibles al aprendizaje y la utilización de la comunidad como recurso. Generalmente, consisten en la orientación del individuo a los recursos de la comunidad, la instrucción del mismo acerca de las expectativas, y la observación de si es capaz de atender a todas las actividades, escuchar la información y seguir las indicaciones.

Las estrategias de examen evalúan inicialmente la capacidad de los residentes para utilizar las herramientas de la comunidad sin disponer de instrucciones ni recomendaciones. Posteriormente, los exámenes evalúan la coherencia de los residentes en la utilización de estas herramientas para lograr las expectativas de rendimiento, auto-evaluación, responsabilidad y autonomía.

Las estrategias desafío prueban a los residentes en situaciones nuevas o poco familiares, que no están directamente relacionadas con sus habilidades, experiencias previas o destrezas personales. Para superar estos desafíos de manera efectiva, los residentes deben generalizar lo que han aprendido hasta el momento; solucionar problemas y tomar decisiones por sí mismos; e innovar y corregir los procedimientos estándares.

A pesar de estar continuamente expuestos a nuevas situaciones, el desafío "estira" a los miembros más allá de su tope de funcionamiento, en cada una de las áreas de las expectativas de la comunidad. En lo relativo al rendimiento, por ejemplo, esto se traduciría en hacer trabajar al individuo al 150%, a realizar las labores de vigilancia de la casa durante 36 horas consecutivas, a desempeñar tareas complicadas con pocos recursos, etc.; en lo relativo a la auto-evaluación, se trataría de explorar, revelar y expresar sentimientos internos y de comparar

las conductas del pasado con la conducta actual, etc.; en lo relativo a la responsabilidad, el individuo debería asumir obligaciones para consigo mismo, para con los demás y para con la comunidad en general; y en lo que respecta la autonomía, debería auto-iniciarse en todas las demás áreas: rendimiento, responsabilidad y auto-evaluación.

Respuestas de la comunidad

Las respuestas de la comunidad a su evaluación de los individuos se transmiten en forma de reacciones, decisiones y estrategias empleadas para promover la participación continua y la utilización correcta de la comunidad. Las respuestas en forma de palabras y acciones pueden ser afirmativas, críticas, correctoras, de castigo o de apoyo. Así, los cambios de trabajo, afirmaciones, privilegios y sanciones disciplinarias, podrán ser empleados para facilitar el hecho de que el residente alcance las expectativas de la comunidad.

Las respuestas de la comunidad varían a lo largo del tiempo, de acuerdo con las expectativas cambiantes con respecto a cada etapa de tratamiento del residente. En general, las respuestas de la comunidad en las etapas tempranas son más liberales y flexibles. La comunidad apoya e instruye al residente de manera paciente mientras inicia su aprendizaje e intenta alcanzar las expectativas de la comunidad. Posteriormente, las conductas relacionadas con la pereza o la desidia podrían motivar respuestas más serias y castigos, en relación con las expectativas que los residentes *senior* han de alcanzar.

Resumiendo, las evaluaciones y respuestas de la comunidad, están de acuerdo con sus expectativas de rendimiento, responsabilidad, auto-evaluación y autonomía en cada etapa del tratamiento. En las fases tempranas del programa se expone al residente a los recursos de la comunidad, sus compañeros y actividades, con el fin de que aprenda a utilizarlos para la auto-modificación. Durante las etapas siguientes, las actividades y elementos de la comunidad podrían ser empleados como estrategias para *evaluar* o *desafiar* al individuo en cada área de las expectativas de la comunidad. Las respuestas de la comunidad también reflejan sus expectativas y evaluaciones a lo largo del tratamiento. La conducta que se aceptaba en las etapas tempranas del programa podría resultar inaceptable posteriormente, motivando una respuesta diferente por parte de la comunidad. Estas respuestas están diseñadas para promover la auto-modificación. De hecho, los miembros son conscientes de su crecimiento personal cuando utilizan las respuestas positivas de la comunidad, como oportunidades de aprendizaje para una auto-modificación más avanzada.



CONCLUSIÓN

En este capítulo, se ha descrito la comunidad como metodología de tratamiento en relación con sus enseñanzas, sus propiedades terapéuticas y sus elementos culturales. Estos elementos han sido reformulados en un método formado por cuatro componentes: el contexto de la comunidad, sus expectativas, evaluaciones y respuestas. El supuesto fundamental que subyace a la comunidad como método, es que los individuos obtengan el máximo impacto terapéutico y educativo cuando alcanzan las expectativas de la comunidad a la hora de participar y utilizar el contexto de dicha comunidad para cambiarse a sí mismos. La comunidad como método, guiado por su perspectiva, proporciona un marco teórico para comprender el modelo de programa y el proceso de tratamiento en Comunidades Terapéuticas, detallados a lo largo de las siguientes partes de este libro.

Tercera Parte

EL MODELO

El modelo de tratamiento de la Comunidad Terapéutica se basa en su entorno psicológico y social. Cada componente del entorno muestra que ha entendido la perspectiva de la Comunidad Terapéutica y cada uno de ellos es utilizado para transmitir las enseñanzas de la comunidad, estimular la adhesión al programa y la auto-modificación. Los siete capítulos que componen esta sección presentan a estos componentes como las bases fundamentales de un modelo genérico de Comunidad Terapéutica. Los capítulos 7-9 explican cómo los componentes físicos, sociales, administrativos y laborales fomentan una cultura de modificación terapéutica. Los capítulos del 10 al 12 describen el modo en que los diferentes roles sociales de los residentes y de los miembros de la plantilla, y las relaciones interpersonales favorecen la socialización y el proceso terapéutico. El capítulo 13 destaca como las diferentes etapas del programa transmiten el proceso de modificación en relación con el movimiento individual dentro de la estructura administrativa y las actividades planificadas del modelo.

El entorno físico

7

Las Comunidades Terapéuticas están diseñadas, tanto en sus aspectos físicos como en su programación, para enriquecer la experiencia comunitaria de los residentes en la propia comunidad. Esta experiencia comunitaria (con todos sus rasgos de seguridad, coherencia, previsibilidad, etc.) es la que activa gradualmente a los nuevos residentes para reducir su identificación con la antigua cultura de la droga a la que estaban ligados, reemplazándola por las relaciones humanas, la lealtad, los valores y el estilo de vida de la Comunidad Terapéutica. Este capítulo analiza como el entorno físico de la Comunidad Terapéutica, su enclave, sus instalaciones y su ambiente interior, pueden contribuir a la afiliación a la comunidad.

ENCLAVE, RECURSOS Y LA PERSPECTIVA DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Las Comunidades Terapéuticas para el tratamiento de adicciones se localizan en una gran variedad de enclaves, que pueden estar determinados por las fuentes de financiación y la resistencia o aceptación externa de los programas de rehabilitación. Algunas de ellas están situadas en lugares atractivos, como antiguos campamentos y ranchos en enclaves rurales, o en casas o mansiones convencionales en vecindarios urbanos. La mayoría, sin embargo, están localizadas en áreas urbanas, en las proximidades de barrios afectados por la droga. Normalmente se utilizan antiguas edificaciones como hoteles, escuelas, iglesias o sanatorios, en cuya reforma y habilitación trabajan frecuentemente los propios residentes del programa. Las agencias de mayor tamaño y bien financiadas pueden ocupar varias instalaciones en diferentes enclaves para cumplir con una serie de necesidades clínicas y administrativas.



Fronteras invisibles

Las Comunidades Terapéuticas intentan mantener una *separación social y psicológica* de las instalaciones en las que están situadas. Desde la perspectiva de la recuperación adoptada por la Comunidad Terapéutica, es esencial conseguir apartar al adicto del entorno físico, social y psicológico que previamente estaba asociado a su pérdida de control y a su estilo de vida negativo y disfuncional.

El paso inicial necesario para la recuperación es la completa “desintoxicación conductual” y de sustancias. Los residentes no sólo deben aislarse de los efectos psicofarmacológicos del consumo droga sino que, además, han de separarse de las personas, lugares y cosas que previamente asociaban a este consumo. Esta desintoxicación conductual puede acabar en nada si el residente esta constantemente expuesto al mundo exterior a la Comunidad Terapéutica, dado que todavía no ha desarrollado las habilidades suficientes para resistirse al gran abanico de detonantes de su consumo que permanecen allí. De hecho, la incapacidad para mantener la abstinencia durante la vida en el “mundo real” es a menudo la razón principal del residente para entrar en un programa residencial.

En segundo lugar, la subcultura de la droga es un competidor muy fuerte para la cultura positiva de residentes que es la Comunidad Terapéutica. Es necesaria la separación del mundo exterior para facilitar una afiliación gradual del residente a la Comunidad Terapéutica.

La separación física y psicológica se logra de un modo más efectivo cuando las propias instalaciones de la Comunidad Terapéutica están localizadas en un área completamente diferente, como un enclave rural o un barrio urbano relativamente apartado de la droga. Sin embargo, los residentes deben aprender también a sobrellevar el “choque cultural” cuando vuelven al mundo real fuera de la Comunidad Terapéutica. De este modo, los programas han de lograr un equilibrio entre la separación del mundo real y la preparación para el re-ingreso en él.

Algunas agencias de la Comunidad Terapéutica utilizan numerosas instalaciones, de manera que aquellos que se encuentran en etapas tempranas de la recuperación pueden situarse lejos de sus antiguas influencias negativas, y más tarde ser transferidos a un complejo situado en su propia ciudad o área. Este hecho les proporciona una oportunidad para consolidar su proceso temprano de recuperación, alejados de las tentaciones y los detonantes de su consumo de droga, y para aprender de manera gradual cómo sobrellevar las

influencias del mundo real durante su re-ingreso antes de que vuelvan a la vida independiente²⁵.

Independientemente del lugar en que se sitúa el programa, la separación física y psicológica es necesaria para hacer frente a las influencias negativas del mundo exterior. De hecho, mediante la asimilación de los residentes en su propia comunidad *interior*, el programa crea una nueva cultura de residentes, un nuevo estilo de vida y una serie de nuevos valores para desplazar los antiguos, claramente destructivos.

Relación con la sociedad en general

Mientras se esfuerzan por mantener sus “fronteras invisibles”, las Comunidades Terapéuticas deben mantener de manera simultánea una buena relación y un sentido de integración con la sociedad en general, tanto por razones clínicas como políticas. Las asociaciones de vecinos a menudo se resisten al emplazamiento de Comunidades Terapéuticas en sus proximidades, debido al temor generado por la presencia de ciertos grupos raciales, criminales y de drogadictos, y los efectos que estas podrían conllevar para su calidad de vida y la cotización de sus viviendas. Esta resistencia “NEMB”(no en mi barrio) puede impedir el desarrollo de los programas, a menudo en las áreas en que son más necesarios. Sin embargo, en la experiencia real, una vez han sido establecidos los programas las percepciones del barrio se suelen invertir a medida que la gente observa que sus nuevos vecinos (los miembros del programa) son responsables en lo relacionado a la seguridad, las apariencias y la participación cívica (Nash, 1974; Wexler, H., comunicación personal, Julio, 1999).

Por ejemplo, las Comunidades Terapéuticas vigilan que se mantenga una impecable imagen física y social. Se empeñan en que sus instalaciones parezcan hogares ejemplares a los ojos de la sociedad. Por lo tanto, las condiciones físicas de las instalaciones y sus terrenos están permanentemente atendidos por los residentes. Incluso en los enclaves urbanos, las Comunidades Terapéuticas son observadas con orgullo por la comunidad local, y las calles que rodean a las instalaciones de la Comunidad Terapéutica suelen ser las más seguras y limpias del vecindario.

25. Las instalaciones separadas específicamente para los residentes de re-ingreso son similares en diseño y concepción a las instalaciones principales y primarias, pero tienen menor tamaño y capacidad debido a que se espera en ellas a un menor número de residentes. Por otro lado, sus dormitorios gozan de una mayor intimidad, reflejando el aumento en la autonomía con que se premia a estos residentes.



En lo relativo a las obligaciones civiles, los equipos de residentes pueden destinarse para proporcionar una amplia variedad de servicios comunitarios, como la limpieza de los parques locales y la asistencia de ancianos. Las instalaciones pueden proporcionar, a un precio reducido o nulo, un lugar para las representaciones especiales de las escuelas, grupos de negocios, organizaciones religiosas y grupos cívicos. Otros elementos de la vida en la Comunidad Terapéutica que a menudo impresionan a la residentes locales son la conducta ejemplar de los residentes en los espacios públicos, las invitaciones a la casa y las relaciones activas con las instituciones sociales. De hecho, las Comunidades terapéuticas a menudo cuentan con un departamento de relaciones vecinales dedicado específicamente a la promoción de las percepciones positivas de la comunidad, en lo relativo a la salud, la seguridad y los valores sociales del programa.

A pesar de que el mantenimiento de una buena relación con la comunidad se debe en parte a una necesidad política, también complementa los objetivos de tratamiento de la Comunidad Terapéutica. En cierto sentido, la propia Comunidad terapéutica se convierte en un modelo ejemplar de buena ciudadanía. Los residentes aprenden el valor de mantener las buenas apariencias y experimentan el trato positivo que recompensa esta conducta. Aprenden a participar en la sociedad de forma responsable, algo que probablemente nunca habían experimentado con anterioridad.

Recursos

La mayoría de los programas se mantienen fundamentalmente mediante financiación pública y han de cubrir el resto de sus necesidades económicas mediante la búsqueda de donaciones adicionales privadas y públicas. Existe una amplia variedad en la cantidad de recursos (financieros y materiales) que las agencias tienen a su disposición. Algunas de ellas son las propietarias de los edificios en los que trabajan; otras alquilan el espacio. Algunas están amuebladas completamente gracias a la donación de artículos usados por miembros de la sociedad; otras se encuentran amuebladas cuidadosamente con materiales nuevos.

Independientemente de su nivel básico de sustento público, las Comunidades Terapéuticas incorporan normalmente la recaudación de fondos como metodología de auto-ayuda, implicando a los residentes en estos esfuerzos en la medida de lo posible. Por ejemplo, las Comunidades Terapéuticas desarrollan de manera rutinaria una “departamento de adquisiciones”, cuya misión es

la de conseguir donaciones por parte de individuos o empresas, de cualquier artículo que podría resultar útil en la comunidad, desde mobiliario a prendas de vestir, equipamiento deportivo o electrónico. Incluso los alimentos, las grasas o los artículos de menaje se obtienen a veces gracias a los descuentos negociados con los proveedores.

Los residentes pueden verse implicados en estos esfuerzos de adquisición mediante una asignación de trabajo. El departamento de adquisiciones trabaja bajo la vigilancia del personal y utiliza a los residentes para realizar campañas de recaudación de fondos, recoger y distribuir los bienes donados, realizar los pedidos semanales de la casa, negociaciones telefónicas con los respectivos donantes, etc. en estos roles, los residentes se comportan como miembros de una familia cuyos esfuerzos personales para mantener a la comunidad también refuerzan su afiliación a la propia comunidad.

Además, todos los residentes de una Comunidad Terapéutica deben asumir una cierta responsabilidad a la hora de pagar, a su manera, por los servicios recibidos. La gran mayoría de los residentes en la Comunidad Terapéutica típica son indigentes y, por ello, están incapacitados para pagar una cuota. Sin embargo, si reciben asistencia pública o cupones de comida, estas recompensas son donadas al programa. Mientras tanto, a pesar de ser poco numerosos, se solicita a los residentes con potencial económico el pago de una cuota por el tratamiento de su adicción a las drogas. Según la orientación inicial, todos los nuevos residentes son conscientes de las necesidades prácticas del programa y reciben la ayuda necesaria para averiguar de qué modo pueden llegar a contribuir.

Desde la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, las condiciones físicas y los recursos de las instalaciones de una Comunidad Terapéutica transmiten importantes mensajes psicológicos a sus residentes. Un edificio en mal estado, pobremente amueblado, o en el que se sirve comida de baja calidad puede ser una señal para los residentes de que son ciudadanos de segunda clase, y reforzar su característicamente baja auto-estima. Por el contrario, las Comunidades Terapéuticas ubicadas en instalaciones en buen estado y que proporcionan alimentos bien preparados y de buena calidad, transmiten el mensaje: "Nosotros valoramos y esperamos que os valoréis a vosotros mismos. Merecéis vivir en condiciones agradables". Incluso cuando las Comunidades Terapéuticas están ubicadas en vecindarios pobres, tienen recursos materiales más modestos, carecen del espacio suficiente o tienen un mobiliario más viejo, los residentes pueden aprender el valor de vivir con dignidad si su modesto entorno está en buen estado de mantenimiento.



Mientras las Comunidades Terapéuticas acentúan la importancia del mantenimiento de un espacio vital decente, también asignan esta responsabilidad a los residentes, así como a los miembros del personal. La asignación a los residentes del trabajo de mantener y cuidar las instalaciones los instruye de un modo muy concreto. Las Comunidades Terapéuticas son a menudo las primeras residencias atractivas, ordenadas y confortables en las que muchos adictos socialmente marginados han vivido nunca. Vivir en un entorno como éste ayuda a reforzar el cambio de identidad y mantiene altas las expectativas por seguir haciéndolo. “Puedo vivir en un lugar así, y puedo mantenerlo. Quiero seguir haciendo esto en el futuro”. Aprender a cuidar las instalaciones proporciona una experiencia de aprendizaje corrector que a menudo contrasta con las experiencias previas de privación, bajas expectativas y desorden. Incluso los residentes que provienen de ámbitos sociales más acomodados y están acostumbrados a los bienes materiales, con frecuencia, nunca han experimentado la sensación de merecerlos.

A pesar de las diferencias en el status socioeconómico de sus residentes, la Comunidad Terapéutica utiliza su enclave y sus recursos para enseñar a los residentes las diferencias entre un espacio interior *psicológico* y el exterior *físico*. Esto implica el aprendizaje de actitudes y valores coherentes con el proceso de recuperación y la vida correcta. Los residentes son instruidos para cuidar de su espacio vital y los complementos que lo ocupan; pero, además, aprenden a valorar el crecimiento personal por encima de los bienes materiales, a sobrellevar las limitaciones del mundo “real” en lugar de evitarlas, y a trabajar activamente en la modificación de su existencia.

LAS INSTALACIONES

Las características físicas de una Comunidad Terapéutica dada (su tamaño, terrenos, condiciones y espacios interiores) están adaptadas a las intenciones y enseñanzas de la Comunidad Terapéutica de varias maneras. Aunque cada Comunidad Terapéutica se desarrolle de un modo diferente, existen varios rasgos físicos comunes que pueden ser identificados (y cuyo fundamento puede ser explorado) a través de la perspectiva de la Comunidad Terapéutica.

Tamaño y capacidad

La capacidad residencial de un programa de Comunidad Terapéutica es muy variable, desde los 30 miembros de las pequeñas agencias a los 2.000

miembros que conviven en las agencias mayores, que administran programas separados ubicados en instalaciones residenciales múltiples. Sin embargo, una única “casa”, como enclave basado en las perspectivas de la comunidad, albergará entre 40 y 80 residentes.

Algunas casas están rodeadas por extensos terrenos, como las tierras que rodean a una antigua granja, rancho o campamento. Otras sólo poseerán la parcela que acompaña a un hogar suburbano, o, en el caso de un edificio urbano de viviendas, un pequeño patio trasero. El espacio externo tiene implicaciones programáticas y de gestión para la Comunidad Terapéutica.

Por ejemplo, los grandes espacios abiertos atraen a los residentes que tienden a “deambular” física o psicológicamente, especialmente en las etapas tempranas de tratamiento cuando están menos comprometidos con el proceso de recuperación a largo plazo. Incluso para residentes más estables, los rincones escondidos y las áreas remotas de bastos terrenos invitan a conductas prohibidas por la comunidad, como el consumo de drogas, la incitación sexual, o el aislamiento social. Aunque estas cuestiones de seguridad están presentes en todas las Comunidades Terapéuticas, en las comunidades con terrenos más amplios podrían ser necesarios procedimientos especiales para monitorizar a los residentes.

Por estos motivos, las instalaciones y terrenos de tamaño más modesto son generalmente más fáciles de manejar, y tienen otros beneficios importantes: la experiencia de sentir la comunidad como una familia se modela con mayor facilidad, y se ve reforzada cuando las personas viven y trabajan en íntima cercanía; y las limitaciones del patio intensifican la vida diaria y el proceso de aprendizaje, mientras evoca un amplio número de emociones y actitudes que no pueden ser enmascaradas, y de las que no es fácil escapar mediante el aislamiento físico.

La “capacidad estática” de una Comunidad Terapéutica es el número máximo de residentes que puede albergar al mismo tiempo. Por ejemplo, una Comunidad Terapéutica podría ser un complejo preparado para “40 camas”, o mantener “40 plazas”. La experiencia clínica y administrativa ha demostrado que una capacidad estática entre 40 y 80 es óptima. Es necesaria una masa fija de residentes (entorno a los 40) para la reforma de la estructura estratificada de residentes (residentes junior, intermedios y senior) y cubrir todos los puestos necesarios en una división jerárquica de las labores. Esto permite una movilidad vertical, las variaciones en el status y la existencia de modelos de rol definidos (elementos esenciales del modelo de Comunidad Terapéutica). Además, con al menos 40 residentes, los bienes podrán ser adquiridos con una cierta economía de escala. Un número mayor a 80 residentes resulta problemático en lo



que respecta a la supervisión, y puede ser contraproducente para la construcción de un sentido de cohesión en la comunidad²⁶.

La “capacidad dinámica” es el número real de admisiones por año. Esta es normalmente cuatro veces más alta que la capacidad estática. Dado el volumen típico de usuarios (en relación con las graduaciones, abandonos, despidos administrativos, etc.) el programa podría dar servicio a muchas más de “40 camas” a lo largo del año (para una explicación completa de las tasas de retención ver De Leon, 1991; De Leon y Schwartz, 1984; Sells y Simpson, 1976).

Acceso

Las Comunidades Terapéuticas residenciales no son instalaciones cerradas sino entornos semi-cerrados de acceso restringido. Generalmente, las puertas sólo se cierran bajo llave por la noche; sin embargo, mientras un residente se encuentra en fase temprana de tratamiento (aproximadamente durante los doce primeros meses), el programa le impone estrictas limitaciones en cuanto a sus entradas y salidas. Las andanzas del residente son monitorizadas mediante fichas de entrada y salida, y boletines de los internos. Las salidas al exterior incluyen las citas legales o médicas, y las obligaciones familiares (funerales, acontecimientos recreativos organizados u otros eventos especiales que tienen lugar fuera de las instalaciones, etc.) realizando prácticamente todas estas salidas con un acompañante. Los residentes pueden desarrollar también encargos laborales especiales para la agencia, como la conducción de vehículos o la realización de compras.

Un incremento de las salidas es un privilegio que se concede a los residentes que muestran mejoría clínica a lo largo del tiempo. A medida que los residentes demuestran una responsabilidad personal mayor y parecen más preparados para implicarse de manera segura en el mundo exterior, recibirán estos privilegios de salida de manera más frecuente y menos condicionada. Son proporcionados mediante pases de día y de noche, y permisos de fin de semana. Durante la fase de re-ingreso, se puede permitir también que los residentes acu-

26. En los últimos años, las agencias de mayor magnitud dirigen residencias con capacidades estáticas de unos 200-300 internos en regímenes comunitarios e, incluso mayores en entornos carcelarios. Las evaluaciones formativas sugieren que estas capacidades son viables si se organizan en unidades menores de unos 50-100 residentes (p.e., la prisión de Corcoran en California). Inversamente, los programas modificados de Comunidad Terapéutica en refugios de beneficencia e instituciones de salud mental son “casas” de menor tamaño (30-50 residentes) (De Leon, 1997a; Liberty et al., 1998). Progresivamente, cuestiones como la capacidad de las residencias, las proporciones personal-cliente, y el número de horas programadas de actividades se encuentran bajo una regulación más sistémica (p.e., Departamento de Correcciones de California, 1998).

dan a programas educativos o de formación, o a su trabajo. El fundamento de la limitación del acceso del residente al mundo exterior es el mismo que explicamos anteriormente en relación con el enclave de la Comunidad Terapéutica. Existe una clara necesidad de separar a los residentes del mundo exterior con el fin de reforzar su sentido de comunidad y afiliación, y también para reducir la influencia de los numerosos impulsos negativos del mundo exterior que podrían amenazar a la recuperación. Sin embargo, y debido a que las puertas de la Comunidad Terapéutica no están literalmente cerradas, el residente técnicamente *elige* cada día si permanecerá en el programa, y es este sentido de elección personal el que ayuda a reforzar la afiliación a la comunidad.

Seguridad

Los propios residentes, bajo la supervisión de los miembros del personal, gestionan la seguridad. Las principales tareas relacionadas con la seguridad consisten en restringir las entradas y salidas de las instalaciones sin autorización, y monitorizar los movimientos de los residentes alrededor del complejo. Una de las asignaciones de trabajo consiste en ocupar el “puesto del conserje”, situado típicamente cerca de la entrada principal. Allí, los residentes mantienen registros diarios de todos los accesos, saludan y registran la entrada de los visitantes, y se ocupan de la comunicación telefónica. En las instalaciones más amplias, podrían colocarse residentes adicionales en ciertos puntos críticos, como la entrada a cada planta, los pasillos y las habitaciones no autorizadas para el uso general, y para registrar la actividad e informar de los posibles incidentes.

A diferencia de otras instituciones como las prisiones, hospitales o escuelas, las Comunidades Terapéuticas no contratan generalmente los servicios de los cuerpos de policía o guardias de seguridad, sino que confían en los propios residentes y la supervisión del personal. Esta actitud resulta chocante si consideramos el perfil de los residentes y la naturaleza de su trastorno de abuso de sustancias. Un número significativo de residentes y miembros del personal presenta historiales de arresto y encarcelamiento; se han visto implicados en crímenes contra la propiedad e incluso contra las personas, mientras los rasgos más destacados de su personalidad son la baja tolerancia ante la frustración y un pobre control de los impulsos. Estas características desafiarían a la seguridad de cualquier institución.

La gestión de la seguridad por parte de los residentes es una premisa principal de la perspectiva y la metodología de la Comunidad Terapéutica. La seguridad física de la comunidad se maximiza cuando se autoriza a los residentes a ser responsables por sí mismos.



EL ENTORNO INTERIOR

Los espacios, las habitaciones y las diferentes áreas de las instalaciones caracterizan el entorno interior de la Comunidad Terapéutica. Podrían parecer totalmente normales, pero tienen la capacidad de reforzar, de nuevo, la experiencia de la comunidad, la potenciación de una sensación de seguridad y pertenencia, el refuerzo y la seguridad física y psicológica, y son un escenario que conduce a la interacción personal. Todos estos objetivos son inherentes a las perspectivas de recuperación y vida correcta de la Comunidad Terapéutica.

Espacio y áreas

Los espacios clave en la Comunidad Terapéutica son los lugares en que se desarrollan las actividades operativas, educativas y terapéuticas del programa. Un pequeño número de Comunidades Terapéuticas, como aquellas ubicadas en ranchos y granjas se componen de edificios diferentes, siendo utilizados algunos de ellos como dormitorios, otros para la administración, etc., y se organizan todos ellos alrededor de un edificio principal en el que tienen lugar todas las actividades comunes. En la mayoría los casos, las instalaciones de la Comunidad Terapéutica están compuestas por las diferentes plantas de un único edificio, separadas en los espacios de cocina, comedor, habitaciones, oficinas para la administración y habitaciones para el recreo y para las sesiones grupales.

Aunque las Comunidades Terapéuticas varían en su apariencia física, todas ellas intentan utilizar su espacio para facilitar de la mejor manera las funciones comunes. Dadas las características de sus recursos típicamente modestos, una porción limitada de espacio debe transformarse de forma creativa para servir a múltiples propósitos. Por ejemplo, un área podría servir como sala de grupos durante el día, sala de seminarios durante la tarde, y sala de estar para la celebración de festejos durante el fin de semana. Conscientes de estas excepciones, las áreas comunes también están disponibles a varias horas para la contemplación, la interacción social, las conversaciones vis-a-vis y los grupos de rap espontáneos. El comedor es el área que se transforma con más frecuencia para realizar otras actividades, las fiestas, bailes, reuniones generales y seminarios con gran afluencia de público.

Las estancias de la Comunidad Terapéutica se pueden dividir en tres tipos: comunes, privadas y áreas especialmente diseñadas. Los espacios comunes son los salones, el corredor, las áreas de descanso, las aulas, la biblioteca, las áreas de recreo y los dormitorios de los residentes. Los espacios privados (de acceso res-

tringido sólo con los permisos específicos) son las oficinas y la sala de conferencias, utilizadas por los miembros del personal y los residentes a los que se ha asignado allí un puesto de trabajo. Los espacios especialmente diseñados incluyen aquellos que son utilizados para propósitos específicos, como la cocina, los baños, lavandería, las habitaciones para sesiones de grupo, las cabinas para hablar con las visitas, y el “banco” (un área separada para la auto-evaluación).

La *cocina* en una Comunidad Terapéutica es normalmente grande y está equipada como una cocina institucional. No es un espacio común, sino un espacio al que sólo acceden los residentes autorizados. Un miembro del personal la supervisa junto a un residente senior que coordina el trabajo de un grupo cambiante de residentes. Las labores se dividen en coordinar los pedidos y adquisiciones de alimentos, el planteamiento de los menús, el almacenamiento de los alimentos y su preparación, mantenimiento del área y equipamiento, y limpieza de la cocina. La actividad laboral en la cocina y en el comedor se desarrolla desde muy temprano por la mañana hasta después de cenar. Los programas de menor magnitud a menudo disponen de pequeñas áreas que se utilizan para comer junto a la cocina para picar algo entre horas y socializar. En los programas de mayor magnitud estos tentempiés se sirven en el comedor o se venden en tiendas regentadas por residentes dentro de la comunidad.

Para el *comedor* se destina normalmente una de las mayores áreas del complejo. Regentado por un residente senior, un grupo de residentes es el responsable de poner la mesa para las tres comidas del día. Las labores en el comedor incluyen la colocación de sillas y mesas, poner la mesa, el servicio de comidas, y la limpieza del comedor. En un sentido práctico, los residentes aprenden a poner la mesa y a servir a sus residentes. Del mismo modo que en la cocina, el trabajo en el comedor proporciona a los residentes una oportunidad para servir a la comunidad.

Las comidas comunales se convierten en el momento en que la mayoría de los miembros del personal y los grupos de residentes (senior, junior y nuevas admisiones) se sientan juntos durante 30-45 minutos, tres veces al día. Este es un ejemplo distintivo del modo en que la Comunidad Terapéutica utiliza a la comunidad como método. Las comidas comunales proporcionan una oportunidad para aprender de los convencionalismos de la buena educación en la mesa, la conversación y la conducta interpersonal apropiada (para todo ello se utiliza como modelos a los residentes senior). Los residentes aprenden a decir “por favor” y “gracias” de manera respetuosa, a hablar en tono moderado y a mostrar respeto por la comida servida, y por aquellos que la han preparado y servido.

Alrededor de la mesa, no son infrecuentes las discusiones sociales y personales intensas, a medida que los residentes aprenden el arte de la conversación



y del discurso social. Diversas ansiedades sociales podrían salir a la superficie durante la hora de comer. Al tener que relacionarse con los demás en íntima proximidad física (como una “familia normal”), los residentes aprenden a sentarse y hablar con personas que podrían no gustarles necesariamente, a hablar acerca de temas comunes como las noticias o el tiempo, e incluso a explicar cuestiones personales relacionadas con sus experiencias en el programa. Como si no estuvieran en la misma situación de tratamiento, los mismos residentes pueden reaccionar de forma característica ante una situación comunal, con hostilidad, aislamiento, el abandono prematuro, o sentándose en solitario o en compañía de personas que conozcan mejor, en busca de “protección social”.

Las conductas y actitudes mostradas en el comedor pueden proporcionar material para las sesiones de grupo, pero suelen ser consideradas como conversaciones informales entre residentes. Los residentes senior sirven tanto como modelos de una conducta saludable en el comedor, como animadores y entrenadores. Podrían orientar e implicar activamente a los nuevos residentes mediante invitaciones y sugerencias, como “Ven, comamos juntos y me cuentas qué tal te va”, o “¿Por qué no te sientas aquí y hablas con las mujeres?”, o “Asegúrate de que te sientas con diferentes personas cada día”.

Los *salones* son áreas separadas destinadas a las interacciones informales, la relajación individual y la lectura, la televisión o la audición de música. Los salones y las estancias de día de la Comunidad Terapéutica tienen alfombras y están amueblados con sofás, sillones, lámparas de lectura y cuadros.

En muchas Comunidades Terapéuticas, tras la cena se ven las noticias de la noche en el salón, animando a los residentes a observar e informarse acerca del mundo que les rodea. El telediario puede estimular la discusión, los comentarios y la controversia, iniciados habitualmente por un residente senior o un miembro del personal. Se anima a los residentes a ofrecer libremente sus opiniones, ideas y sugerencias acerca de una gran variedad de cuestiones sociales. Así, el telediario después de cena se convierte en otro ritual “familiar” que fomenta la comunicación, la expresión intelectual y de interacción comunitaria acerca de cuestiones exteriores a la Comunidad Terapéutica, y que se encuentran más allá del enfoque habitual del crecimiento personal. Para el miembro del personal que observa estas discusiones, el nivel de participación y la calidad de los intercambios puede resultar también de utilidad clínica, pues le permite medir el nivel de afiliación o progreso general de los residentes implicados.

Aunque informales y espontáneas, las actividades desarrolladas en el salón pueden revelar gran cantidad de datos acerca del status social y psicológico de los individuos y, de hecho, de la casa general. Los residentes sólo pueden usar

el salón durante ciertas horas del día, por ejemplo, durante su tiempo personal tras la cena, antes de las reuniones vespertinas de la casa, tras las sesiones grupales nocturnas y los fines de semana. De este modo, un salón repleto de residentes en cualquier momento del día es un signo negativo en la Comunidad Terapéutica. En el salón, lugar en el que el programa exige menos demandas, es donde se revelan frecuentemente los comportamientos sociales, las actitudes y el nivel de energía de los individuos. Por ello, se espera de todos los miembros de la comunidad que observen la conducta y el tono general de la estancia. Ciertas conductas como la evitación de los demás, las provocaciones, los alaridos, quedarse dormido o la formación de pequeños grupos exclusivos son indicadoras de problemas de socialización y afiliación.

En las Comunidades Terapéuticas de mayor tamaño, pueden llegar a contar con el espacio adecuado para poder dedicar estancias permanentes para aulas, seminarios y talleres. Las *aulas* están amuebladas normalmente con pupitres, sillas, atriles, pizarras, proyectores de 35 milímetros y pantallas, y ordenadores. Pueden dedicarse ciertas áreas para la práctica vocacional de carpintería o marquetería, imprenta, reparación de vehículos, etc. en las Comunidades Terapéuticas con menores recursos, sin embargo, no habrá aulas permanentes, por lo que otros espacios comunes deberán ser habilitados según la necesidad.

Cualquiera que sea la calidad de los muebles, cuando una habitación está siendo utilizada como aula, se espera que los residentes se comporten como estudiantes. Será de gran importancia mantener una postura correcta al sentarse, prestar atención, tomar notas, intervenir, escuchar, y respetar las normas del aula. Dormirse, amodorrarse, hablar fuera de turno, o mostrar actitudes de falta de respeto están consideradas como conductas negativas que serán tomadas en cuenta por los residentes senior y los miembros del personal.

En las instalaciones existen espacios especiales dedicados al fomento de las relaciones sociales. Por ejemplo, una mesa y unas sillas colocadas en una esquina o un recibidor podrían formar un *área de relación* o *cabina de relación*. Estas áreas especiales están destinadas a la interacción social prescrita, momento en que los residentes pueden practicar y trabajar su relación con los demás, de persona a persona. Se espera que los residentes utilicen estas áreas para conversaciones vis-a-vis que traten de las experiencias compartidas y la resolución inmediata de problemas, para distinguirlas de la confrontación o la instrucción. Por ejemplo, el personal puede sugerir que dos residentes junior hablen entre ellos acerca de los sentimientos que tienen acerca de su adaptación al programa; o, que una residente femenina y otro masculino hablen entre ellos acerca de



sus respectivas percepciones de la otra persona. A pesar de estar lo suficientemente apartadas como para fomentar las conversaciones privadas, las áreas de relación se encuentran a la vista del resto de la comunidad, de manera que los residentes y los miembros del personal puedan observar la actividad y a los participantes implicados.

Otra área de relación designada en las instalaciones es una silla o banco ubicada junto a la puerta principal. Conocida como “el banco”, proporciona un lugar para que el individuo pueda sentarse sólo y pensar acerca de las cuestiones que puedan resultarle molestas o provocativas. El banco proporciona un lugar en el que realizar una “pausa” cuando los residentes experimentan una gran hostilidad o un enorme disgusto, y necesitan un espacio para tranquilizarse. A menudo, el banco es utilizado por los residentes que amenazan con abandonar el programa. Les permite una oportunidad de calmarse emocionalmente, replantearse las circunstancias que precipitan su deseo de abandonar, y examinar los pros y los contras de hacerlo (por ello precisamente se encuentra junto a la puerta de salida). A pesar de encontrarse sólo cuando está sentado en el banco, el residente puede observar los rostros familiares de los residentes que permanecen implicados en la lucha diaria por la recuperación e, inversamente, los residentes son testigos y animan silenciosamente al individuo en periodo de crisis o decisión. Aunque no es obvio, estos factores sociales contribuyen indirectamente a las evaluaciones de los residentes en lo relacionado con su status y su futuro.

La cabina de relación y el banco son ejemplos del modo en que el entorno físico de la Comunidad Terapéutica está diseñado para potenciar ciertas conductas, actitudes y valores. Los espacios están diseñados de varias maneras, para fomentar la relación social e individual, interrumpir la conducta impulsiva y proporcionar oportunidades para reflexionar. En todos estos usos del espacio, la comunidad también es utilizada, aunque de manera indirecta, para ayudar a monitorizar, apoyar y animar a la “vida correcta”. De este modo, al mismo tiempo que las áreas diseñadas son utilizadas para actividades semiprivadas, tienen una importancia pública para toda la comunidad.

Dormitorios

Los dormitorios reflejan la estructura jerárquica del programa. Están organizados con respecto al status de los residentes, variando desde los dormitorios de dos a cuatro camas, hasta las habitaciones semiprivadas y privadas. Es obligatorio que los dormitorios, por muy modestamente amueblados que estén, se

mantengan limpios y ordenados. La enseñanza estándar de la Comunidad Terapéutica “cama limpia, cabeza limpia”, destaca la importancia psicológica de mantener un espacio vital personal limpio y ordenado.

Todos los dormitorios están separados en relación con el género de sus ocupantes, y las áreas de sueño de los residentes masculinos y femeninos se encuentran generalmente ubicadas en plantas separadas o en zonas diferentes de las instalaciones, para facilitar la seguridad. Desde la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, es un hecho comprobado que los residentes han pasado por dificultades relacionadas con la intimidación sexual, y muchos de ellos presentan historiales de abuso sexual, prostitución, una tolerancia baja a la abstinencia sexual y una tendencia a la impulsividad sexual. Más aún, la integridad física y social de la vida comunal en la Comunidad Terapéutica puede incluso intensificar la sexualidad saludable.

El personal de la comunidad realiza un considerable esfuerzo para ayudar a los residentes a resolver estos historiales de perturbación sexual y para mostrarles las actitudes valores y prácticas sexuales saludables. El elemento fundamental de este esfuerzo es un requerimiento de que todos los residentes se abstengan de cualquier tipo de contacto sexual durante el tratamiento (con cualquier persona dentro o fuera del programa). Durante las últimas etapas del programa, se pueden llegar a realizar excepciones a esta norma, cuando se otorga a ciertos residentes la posibilidad de consumir una relación sexual segura con su pareja mientras se encuentran de permiso (ver capítulos 12 y 14).

Los dormitorios de los residentes también pueden estar separados en relación a la edad. En las Comunidades Terapéuticas integradas por edades, los adolescentes (residentes menores de 18 años de edad) son acomodados en plantas o edificios separados. En las Comunidades Terapéuticas que tratan exclusivamente a adolescentes los dormitorios permanecen segregados por géneros. A pesar de estar separados por grupos según su sexo, los compañeros de habitación pueden pertenecer a grupos étnicos diferentes. La vida comunal se utiliza para explorar y resolver cuestiones de diversidad étnica y cultural (De Leon, Melnick, Schoket y Jainchill, 1993).

Los servicios y las duchas de los residentes se encuentran también separados por géneros. Los miembros del personal suelen utilizar baños separados, reflejando su distinción en la jerarquía del programa. El mantenimiento de los baños, incluyendo la limpieza de los urinarios y retretes, la reposición del papel, etc., se asigna a un grupo de servicio. En la jerarquía de tareas, estas labores se asignan generalmente a las nuevas admisiones. Al igual que ocurre con los dormitorios, los residentes reciben la orden de pasar en el servicio o el baño



solamente el tiempo necesario, y para asegurarse de que los residentes no permanecen allí se hacen chequeos frecuentes de habitaciones y plantas. Como adictos activos, los baños y las habitaciones eran a menudo los lugares en los que los residentes consumían drogas o alcohol, evitaban sus obligaciones o se aislaban socialmente; están, por ello, asociados con la evitación, y la conducta y el pensamiento negativos e improductivos.

Intimidad

Prácticamente todas las actividades individuales y colectivas en la Comunidad Terapéutica se desarrollan en espacios públicos, circunstancia que refleja la perspectiva y el método de la Comunidad Terapéutica. Vivir y trabajar en una comunidad abierta ayuda a (a) disuadir del aislamiento personal, (b) promover la solidaridad de los residentes y la afiliación mediante la relación interpersonal, (c) potenciar el trabajo en equipo mediante la gestión grupal de los espacios comunales y personales, y (d) fomentar la responsabilidad mediante la observación constante del individuo por parte de la comunidad.

La intimidad individual está muy valorada, pero dentro del contexto de la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, la intimidad se considera un privilegio a lograr en base al crecimiento social y psicológico del individuo. El tiempo y el espacio privados se incrementan gradualmente en proporción directa con el auto-control del residente, su aceptación de responsabilidades crecientes, los atributos del modelo de rol, y su responsabilidad probada ante la comunidad. Por ejemplo, los residentes a los que se permite mayor intimidad son aquellos que han demostrado las capacidades para: gestionar su propio tiempo de manera constructiva, enfrentarse con éxito a sus pensamientos negativos, participar plenamente en el trabajo y en las actividades del programa, mostrar las formas sociales apropiadas, y tomar decisiones correctas en sus permisos sobrellevando las posibles trampas, detonantes y tentaciones potenciales de recaída.

Los residentes se trasladan a la Comunidad Terapéutica solamente con sus efectos personales (prendas de vestir de repuesto, cepillo de dientes, ropa interior). El primer signo tangible de la intimidad lograda es la asignación de un pequeño dormitorio o una habitación semiprivada. En ciertas etapas del programa, los residentes pueden equipar estas habitaciones con accesorios personales, como una radio o un reproductor de discos ya sean regalos o comprados con sus propias ganancias o ahorros. El modo en que estos espacios son equipados y decorados también refleja el desarrollo y el crecimiento del individuo.

Las fotografías, los pósters o eslóganes en las paredes que transmiten mensajes positivos acerca de la vida correcta son una muestra de mayor madurez y responsabilidad que, por ejemplo, las fotografías de modelos o pósters publicitarios de productos de consumo.

RASGOS FUNDAMENTALES DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Existen cuatro rasgos típicos del entorno interior que identifican de manera instantánea las características únicas del programa de la Comunidad Terapéutica: la mesa del conserje, las tablas estructurales, los símbolos en las paredes y los artículos decorativos. Por mundanos que parezcan, estos rasgos apoyan la percepción de la comunidad tanto de manera funcional como simbólica.

La mesa del conserje

El tráfico de entrada y salida de la Comunidad Terapéutica se monitoriza desde el pupitre situado en la entrada principal de las instalaciones. Este puesto estará ocupado por residentes que permanecerán atentos, cordiales y pulcramente vestidos, su misión consiste en contestar a los teléfonos, repartir el correo, y saludar, registrar y orientar a todos los visitantes. Mantiene la vigilancia durante las 24 horas bajo la supervisión de los miembros del personal, registrando en una hoja diaria los nombres de todos los visitantes, las horas de sus llegadas y salidas, y sus destinos dentro de las instalaciones.

Es un puesto altamente valorado que, como las demás funciones de la comunidad, tiene elementos educativos y terapéuticos. Entrenando a los residentes para las habilidades útiles que son de gran relevancia en casi cualquier clase de trabajo futuro. Los requerimientos y responsabilidades del puesto refuerzan inherentemente el sentido de pertenencia y afiliación de residente al programa. Los residentes en la mesa del conserje serán las primeras personas que los visitantes y los usuarios recién admitidos vean y, por ello, los primeros representantes del programa ante el mundo exterior. Las características necesarias para trabajar en este puesto son la madurez, la responsabilidad, la eficiencia y un comportamiento adecuado. Ante el visitante, los residentes que ocupan la mesa del conserje transmiten la sensación de auto-control activo, el orden en las instalaciones, y el optimismo acerca del potencial de la recuperación.



Tablas estructurales

En las paredes tras la mesa del conserje o junto a ella se encuentra normalmente un tablero rectangular que muestra la estructura de la Comunidad Terapéutica en base a los miembros del personal, las actividades operativas clave y el funcionamiento actual. Esta tabla organizativa refleja visualmente la estratificación de los miembros en todas las instalaciones, sus identidades, su posición en la comunidad o status en el programa, y el punto en que se encuentran en un régimen diario. Normalmente, contiene una lista de los nombres y posiciones de los miembros del personal, el nivel de los residentes residentes (junior, intermedio y senior) o la etapa del programa en la que se encuentran (inducción/orientación, primaria, re-ingreso temprano, régimen de día, etc.), y su trabajo o función laboral (cocina, mantenimiento, etc.).

Se podrán realizar tablas adicionales con periodicidad mensual, semanal, y los horarios diarios de actividades planeadas; una actualización diaria de la población, la contabilidad de la casa, los viajes planeados, y las citas (legales, médicas, etc.); los permisos; los nombres de los nuevos admitidos; y los abandonos recientes. Otra tabla más puede esquematizar las funciones del personal y sus posiciones dentro de la agencia de Comunidad Terapéutica, similar a los organigramas de las empresas convencionales.

Estas tablas estructurales son utilizadas de manera explícita como guías visuales para la gestión diaria y la administración de las instalaciones. Sin embargo, su utilidad implícita es la de reforzar la percepción que los residentes adoptan de la comunidad y su afiliación al programa. Por ejemplo, la lista de nombres facilita el reconocimiento de las personas en la comunidad; el horario diario y las tablas de actividades difunden la información actualizada acerca de los miembros de la comunidad; y la estratificación de status y ubicación ayuda al residente a situarse a sí mismo dentro de la comunidad.

Las tablas estructurales proporcionan una imagen instantánea de las instalaciones en cada momento. Pero, con el tiempo, también proporcionan una imagen dinámica dentro del programa al mostrar quién ha avanzado y hacia dónde lo ha hecho (un nuevo trabajo, dentro o fuera de las instalaciones), ilustrando con ello claras vías de navegación a través del programa.

Símbolos en las paredes

Mientras las tablas estructurales muestran datos concretos acerca de la organización del programa y sus habitantes, los signos colocados en las paredes de las instalaciones refuerzan las bases filosóficas de la comunidad. Los signos, a

menudo simples en su forma aunque profundos en su significado, cuelgan de las paredes en prácticamente todos los espacios y áreas de la Comunidad Terapéutica, y son elementos esenciales del entorno terapéutico. Mediante palabras, frases, eslóganes y ocasionalmente mediante imágenes, los mensajes de recuperación cívica correcta permanecen, decorando áreas visuales, recuerdan las enseñanzas de la Comunidad Terapéutica y proporcionan refuerzos silenciosos y continuos a los residentes.

La función general de estos signos es la de fomentar y mantener la conciencia acerca de las enseñanzas de la Comunidad Terapéutica. Algunos de los temas que a menudo se expresan mediante signos son la animación (“todos los días de todas las maneras”), la precaución (“la culpa mata”) y las estrategias de superación (“un día a una hora”), o la esperanza y ecuanimidad (la Oración de Serenidad de AA). A menudo redactadas el lenguaje familiar y coloquial, reflejan el mundo real del drogodependiente, emplean la metáfora, el consejo concreto y el simbolismo. Pueden consistir en un simple dibujo en un papel, o una artística talla en madera.

Generalmente, los signos reiteran los temas básicos y relevantes en torno al tratamiento. Las frases contenidas en los signos son, a menudo, las mismas palabras que se pronuncian en las sesiones grupales y las conversaciones entre residentes. Proporcionan una idea sobre la que el individuo podrá reflexionar mientras se mueve por las instalaciones. Son recordadores omnipresentes de todo aquello que es útil y necesario para recuperación y el crecimiento personal.

Muchos de los signos que aparecen en las Comunidades Terapéuticas contemporáneas son los mismos que aparecían en los programas antiguos, ilustrando el modo en que la cultura de la Comunidad Terapéutica ha sido transmitida a lo largo de las generaciones, independientemente de la geografía. Además, reflejan la expresión de las experiencias comunes, sino universales, sí asociadas con la recuperación en las comunidades de auto-ayuda.

Históricamente, los residentes en Comunidades Terapéuticas iniciaron por sí mismos el uso de estos signos. Muchos signos de la Comunidad Terapéutica son considerados tradicionales, desarrollados por las antiguas generaciones de residentes y heredados por el programa. Sin embargo, los signos son continuamente reinventados, diseñados por las generaciones sucesivas y añadidos al patrimonio de la comunidad. De hecho, la realización de signos se considera una actividad instructiva y terapéutica por derecho propio; se puede encargar a un residente, por ejemplo, la invención de un signo especial con el fin de reforzar un concepto específico relevante para él o ella.

La filosofía del programa es a menudo el signo más amplio y más elaborado que cuelga de las paredes de la Comunidad Terapéutica. Normalmente, fue



creado y redactado por uno o varios de los miembros fundadores. La filosofía distingue el carácter y cultura únicos de cada Comunidad Terapéutica. En un instante se convierte en tradicional, mostrando su poderoso papel en la recuperación de las generaciones anteriores de residentes y manteniendo la esperanza de las futuras generaciones. La recitación diaria de la filosofía, cada mañana, la mantiene viva para la comunidad, mientras que su memorización es una medida explícita de la afiliación al programa.

Artículos decorativos

Toda Comunidad Terapéutica persigue de forma intencionada la transformación de su entorno interior en un hogar, independientemente del escenario. La pintura, la poesía, la escultura y las manualidades creadas por los residentes se exponen normalmente en lugares preferenciales. De hecho, la alegría del entorno interior de la Comunidad Terapéutica podría llamar la atención al compararla con los impersonales entornos de tratamiento encontrados en las críticas residencias convencionales, especialmente en instituciones como las prisiones o los hospitales psiquiátricos.

Los artículos expuestos no sólo ayudan a expresar la cultura de esa Comunidad Terapéutica específica, sino que, además, promueven la auto-expresión, la auto-estima, y la afiliación. Entre estas declaraciones son comunes las fotografías de los miembros del personal, las clases en etapas de graduación, y los residentes fundadores o “pioneros”. Estos rostros sonrientes transmiten optimismo y posibilidad de modificación, al tiempo que promueven la identificación con individuos similares que han vivido la misma lucha para superar la adicción y modificar su estilo de vida. Estos artículos son un reflejo de las personas, la perspectiva y la cultura que conforman la Comunidad Terapéutica.

CONCLUSIÓN

En este capítulo se ha descrito el modo en que el entorno físico de las instalaciones de una Comunidad Terapéutica está diseñado para potenciar una cultura de cambio. Su separación de la sociedad exterior, junto con sus espacios vitales, equipamientos y decoración comparten la misión de promover la afiliación, el sentido del orden, la seguridad y la vida correcta. Dentro de este entorno interior se desarrolla una ecología social y psicológica, además de la estructura, las personas y las actividades que definen la Comunidad Terapéutica como un modelo de tratamiento serán el objeto de los siguientes capítulos.

La organización social

8

Al entrar en una Comunidad Terapéutica, uno no se encuentra con lo que cabría esperar de una institución, clínica, hospital o programa de tratamiento *per sé*. En su lugar, encontrará lo que parecen elementos de un hogar, una escuela o una empresa, y una gran variedad de actividades de mantenimiento, educativas, vocacionales y comunitarias en progreso. Desde una perspectiva antropológica, el entorno social de la Comunidad Terapéutica se asemeja más a una aldea energética que a una institución o instalación de servicios.

Desde la perspectiva social y psicológica la Comunidad terapéutica puede diferenciarse de otros escenarios institucionales o de tratamiento en que su entorno social es el propio modelo de tratamiento. Los principales elementos de este modelo, la organización social, y las relaciones sociales se utilizan con un propósito simple: la reintegración del individuo en la amplia macrosociedad²⁷.

La propia recuperación de los drogodependientes fue la que hizo evolucionar a la organización social de la Comunidad Terapéutica. Los participantes pioneros de la primera generación de Comunidades Terapéuticas definieron las tareas, labores y responsabilidades del mantenimiento de la casa. El resultado fue una organización social prototípica con su división jerárquica de las labores, sus sistemas y procedimientos explícitos, su autocracia en la toma de decisiones y un régimen diario altamente estructurado. Así, el modelo de la Comunidad Terapéutica revela directamente aquello que los drogodependientes comprendieron acerca de sus personalidades, su desafiliación social y, más claramente, sus objetivos de recuperación y cambio de estilo de vida.

La organización social del modelo de la Comunidad Terapéutica podría ser descrita con respecto a cuatro componentes principales: la estructura del progra-

27. El concepto de organización social es complejo, por lo que su explicación se reserva a la sociología. En el contexto presente, sin embargo, los términos “sistema social” y “organización social” se utilizan indistintamente y el de “entorno social” engloba todas las formas de interacción social dentro del sistema. El término “estructura” se contrapone al de “proceso” para diferenciar al entorno social del individuo que modifica en él.



ma, los sistemas, la comunicación y el régimen diario de actividades programadas. Estos mismos componentes existen en otras organizaciones más convencionales. Sin embargo, en la Comunidad Terapéutica, cada componente se utiliza para facilitar la socialización y el crecimiento psicológico de los miembros individuales. El presente capítulo proporciona una revisión de estos componentes y del modo en que contribuyen a la metodología de tratamiento de la Comunidad Terapéutica.

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Es importante diferenciar entre la estructura organizativa de la Comunidad Terapéutica como una agencia que proporciona un servicio y como un programa de tratamiento. En las Comunidades Terapéuticas contemporáneas de menor tamaño (al igual que en las antiguas generaciones de Comunidades Terapéuticas), la diferencia entre la agencia de tratamiento y el programa residencial de tratamiento no está muy clara, solapándose a menudo las funciones clave del personal, tanto en la gestión de la agencia como en la del programa. Hoy en día, sin embargo, las agencias de Comunidad Terapéutica son entidades complejas y altruistas, similares a pequeños hospitales. A pesar de que las divisiones fundamentales de la agencia todavía consisten en el programa tratamiento y otros componentes más complejos, las estructuras organizativas y el personal de cada una son diferentes. No obstante, el programa de tratamiento es el núcleo de las agencias de Comunidad Terapéutica, tanto de las grandes como de las pequeñas. Es la organización social de este programa el elemento más relevante para la teoría de la práctica de la metodología de la Comunidad Terapéutica.

La estructura organizativa del programa de tratamiento de la Comunidad Terapéutica puede plantearse como una pirámide, que representa la estratificación del personal y los residentes. Para los miembros del personal se reserva el nivel superior de la pirámide, mientras los residentes en diferentes niveles de status y funciones laborales representan la mayoría del área cercana a la base.

En las Comunidades Terapéuticas residenciales a largo plazo, la proporción de residentes con respecto a los miembros del personal clínico del programa varía desde 10:1 hasta 30:1 aproximándose a una media de 15:1 (Holland, 1982; Winick, 1980). Las proporciones menores se encuentran principalmente en las Comunidades Terapéuticas que se dedican fundamentalmente a adolescentes y otros usuarios de poblaciones especiales que, por razones clínicas legales, requieren un mayor *counselling*, supervisión y personal educativo. Si el personal es de apoyo clínico, técnico y administrativo, estas proporciones suelen ser algo menores.

Las proporciones relativamente altas de residentes con respecto a los miembros del personal reflejan la orientación de auto-ayuda de la Comunidad Terapéutica. Las labores diarias en las instalaciones las realizan los residentes, que trabajan juntos en un amplio abanico de asignaciones laborales bajo la supervisión del personal.

El personal y los residentes en la pirámide

En las instalaciones residenciales, la plantilla está compuesta por el personal de gestión del programa (también denominado personal clínico o de tratamiento) y el personal de apoyo al programa. El personal de gestión del programa se compone de director, subdirector, encargado de la casa, y consejeros senior y junior. Estos miembros del personal son responsables de todas las funciones clínicas y rutinarias de las instalaciones. Habitualmente (aunque no siempre) son graduados de Comunidades Terapéuticas o provienen de otras experiencias de recuperación. La más alta autoridad en el programa de tratamiento es el director. En las agencias compuestas por varias instalaciones la principal autoridad de todo el programa de tratamiento suele denominarse director clínico del programa.

El personal de gestión del programa tiene las responsabilidades fundamentales relativas a todo lo que ocurre en las instalaciones y el status clínico de los residentes. Monitorizan y evalúan el progreso de los usuarios, supervisan las sesiones grupales, asignan y supervisan las funciones laborales de los residentes, y regulan todas las actividades desarrolladas en la casa. Desde un punto de vista clínico, el personal del programa conduce los grupos terapéuticos (distintos de los encuentros entre residentes), proporciona *counselling* individual, organiza proyectos sociales y recreativos, y trata con los familiares y amigos de los residentes.

El personal de apoyo al programa se compone de dos subgrupos: el de apoyo clínico y el de mantenimiento de las instalaciones. El personal de apoyo clínico proporciona servicios específicos educativos, vocacionales, médicos y de salud mental a los individuos y a la comunidad. Estos servicios están integrados en los planes de tratamiento de los residentes, que son diseñados por el personal de gestión del programa. El personal de apoyo clínico está formado tradicionalmente por profesionales de la educación y la salud. En función de tamaño y la capacidad del programa, se compone de un médico, un enfermero, profesores, consejeros vocacionales, trabajadores sociales y psicólogos. Los miembros del personal de apoyo clínico no tienen generalmente experiencia directa con la recuperación.

El personal de mantenimiento de las instalaciones proporciona servicios técnicos en las actividades diarias no clínicas de las instalaciones residenciales. Entre estos miembros encontramos, generalmente, profesionales con formación en ser-



vicios gastronómicos (cocineros, encargados de compras) y de mantenimiento en general (electricistas, carpinteros, fontaneros), y personal de oficina (asistentes administrativos, contables). El personal de apoyo de mantenimiento ha recibido previamente una apropiada formación, o se trata de técnicos titulados, pudiendo haber experimentado algunos de ellos experiencias directas de recuperación.

Además de las funciones laborales específicas, todos los miembros del personal en el programa de tratamiento asumen otros roles variados en la comunidad. Por ejemplo, los miembros del personal de gestión del programa sirven como guías, autoridades racionales, consejeros, terapeutas y gerentes de la comunidad. Mientras que los miembros del personal de apoyo están considerados como miembros de la comunidad, independientemente de su educación, formación, disciplina profesional, historial de recuperación personal o posición en el programa. De este modo, en los roles laborales funcionales, el personal proporciona servicios particulares. Sin embargo, como parte de la comunidad, se espera que el personal sirva de ejemplo y fomente las enseñanzas generales de la comunidad y la vida correcta. Los diferentes roles de los miembros del personal se explicarán con mayor detalle en un capítulo posterior.

Los residentes representan el componente más amplio de la estructura organizativa del programa de tratamiento en la Comunidad Terapéutica. En el esquema piramidal, los residentes se sitúan en niveles definidos específicamente por su trabajo y, más ampliamente, por su status en la comunidad. Las funciones laborales de los residentes son supervisadas por el personal de gestión del programa. Los residentes también ocupan posiciones jerárquicas informales en la organización social, basándose en dos criterios: el status temporal del residente (tiempo de residencia en el programa) y progreso clínico (etapa del programa en la que se encuentran). Estos criterios confieren status en la comunidad al individuo, no sólo de manera simbólica, sino también tangible en forma de funciones laborales más deseables y de mayor responsabilidad, mayores privilegios y autonomía personal. A pesar de que la etapa y el tiempo de permanencia del programa están altamente relacionados, esta relación no es totalmente directa debido a que el progreso clínico de los residentes está marcado por varios factores. Algunos residentes podrían haber permanecido durante un largo periodo de tiempo en el programa sin haber llegado a las etapas más avanzadas²⁸.

28. El número de niveles puede variar, dependiendo de los criterios apelados. Por ejemplo, bajo el criterio del "tiempo de permanencia en el programa". la jerarquía de residentes se estratifica en 3-4 niveles: nivel de ingreso (1-4 meses), junior (3-8 meses), intermedio (9-12 meses; opcional) y senior (13-24 meses). El criterio de etapas/fases genera 4-6 niveles, clasificando al residente de acuerdo con las expectativas clínicas prescritas. Estos niveles se definen típicamente como etapa inicial (de inducción), la segunda etapa, varias fases de tratamiento primario, la tercera etapa y, habitualmente, dos fases de re-ingreso. La descripción detallada de todas las fases será provista en un capítulo posterior.

Los límites organizativos en relación con los puestos de trabajo del personal son explícitos, pero también son completamente permeables tanto para el personal como para los residentes. Por ejemplo, un miembro del personal cualificado y motivado podría cambiar su trabajo, desde el *counseling* clínico hasta posiciones administrativas dentro de las instalaciones. De hecho, para aquellos interesados en hacer carrera en la Comunidad Terapéutica, la experiencia previa en diferentes puestos remunerados es altamente deseable.

De un modo similar, los residentes en la etapa adecuada de su permanencia podrían rotar entorno a diferentes funciones laborales en cualquier lugar de la agencia, como aprendices en puestos remunerados, como miembros del personal en formación y, ocasionalmente (si están cualificados), como personal remunerado a jornada completa. Este rasgo fundamental de la organización social hace de la movilidad social una posibilidad real, no sólo para el personal, sino para cada nuevo usuario admitido en el programa, que observa a los actuales y antiguos residentes trabajar como aprendices o en puestos remunerados de personal, en todos los ámbitos de la agencia.

Autoridad

Aunque la organización social de la Comunidad Terapéutica se apoya en los conceptos fundamentales de la auto-ayuda, está gestionada como una autocracia. La autoridad está definida formal y explícitamente por la posición en la comunidad y la función laboral, e informalmente por el status en la comunidad. Los miembros del personal poseen autoridad formal e informal, mientras que los residentes poseen una autoridad formal reducida y una autoridad informal considerable.

El personal clínico del programa tiene el poder de tomar las decisiones fundamentales en lo relativo a todas las cuestiones que comprenden el status de los residentes, la disciplina y la promoción; transferencias, despidos, permisos y planificación del tratamiento. El único requerimiento de los miembros del personal como apoderados en torno a la toma de decisiones es el de desarrollar un sentido *racional* de la autoridad. Las autoridades racionales toman decisiones apoyándose en la perspectiva de la Comunidad Terapéutica para proteger a la comunidad y, de manera específica, para potenciar los objetivos del crecimiento individual.

La autoridad del personal de apoyo (profesores, consejeros vocacionales, y personal médico y de salud mental) es explícita en cada una de sus áreas profesionales. Por ejemplo, los médicos y enfermeros realizan las evaluaciones relacionadas con el estado de salud de los miembros, y sus recomendaciones



son fundamentales para el personal clínico del programa. De igual modo, se espera que los profesores tomen las decisiones que conciernen a las necesidades educativas y las preocupaciones de los residentes, los jefes de cocina decidirán acerca de la dieta de la comunidad y, en cuanto al mantenimiento de las instalaciones, los supervisores decidirán todo lo relativo a las reparaciones y otras cuestiones relacionadas con su ámbito profesional.

A pesar de que no les haya sido designada una autoridad clínica, los miembros del personal de apoyo tienen cierta influencia en la gestión clínica y administrativa de la comunidad, sirviendo como modelos de rol genéricos, observadores y profesores, así como convirtiéndose en la autoridad en cada una de sus áreas profesionales. En las reuniones rutinarias del personal y en escenarios menos formales, se espera que el personal de apoyo proporcione las observaciones y sugerencias que conciernen al progreso clínico de los residentes, y a cualquier problema potencial en la comunidad. Así, para los residentes, los miembros del personal de apoyo muestran una autoridad *percibida* en la comunidad, debido a que ofrecen alternativas en el proceso de toma de decisiones, comprenden y pueden explicar las decisiones tomadas por el personal clínico, y actúan como modelos de rol en función de los valores básicos de la Comunidad Terapéutica y la vida correcta.

Los residentes (residentes) no poseen autoridad formal para tomar decisiones relevantes en lo respectivo a ellos mismos u otros residentes. Sin embargo, según los niveles estratificados de trabajo y status en la comunidad, los residentes poseen una autoridad informal considerable. Por ejemplo, se espera de aquellos que ocupen puestos en los escalones superiores de la jerarquía del trabajo que formen, supervisen y ordenen la conducta laboral de los demás residentes; monitoricen y afronten cualquier conducta o actitud negativa por parte de los residentes; corrijan y comuniquen los problemas; e informen del progreso al personal clínico.

Los residentes poseen, además, una autoridad informal considerable como miembros de la comunidad y modelos de rol. Los niveles estratificados de residentes establecen relaciones de *responsabilidad mutua* con todos aquellos por encima y por debajo de ellos. Los residentes senior serán observados como *autoridades hermanas*. Los residentes más jóvenes son instruidos por sus residentes para escuchar con respeto a los residentes mayores, y para aceptar sus críticas, retroalimentación y consejos. La credibilidad de los residentes mayores o senior deriva de su status en la comunidad como modelos de rol; ellos son los ejemplos de la modificación personal positiva²⁹.

29. Frankel (1989) ofrece una formulación inteligente de las cuestiones de la autoridad y el poder.

SISTEMAS EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Prácticamente todas las actividades a desarrollar en la Comunidad Terapéutica están sistematizadas. La política formal y los mapas procedimentales (formatos) proporcionan pasos ordenados para la realización de cualquier actividad, desde una función laboral formal (o la solicitud de un cambio de trabajo) a las operaciones de mantenimiento (reposición de extintores, sacar la basura) y actividades individuales (llamadas telefónicas personales, cintas médicas, utilización de la biblioteca). Existen varios sistemas estándar para la mayoría de las actividades formales en la Comunidad Terapéutica (vías de comunicación formal, sistemas de información, registros de salidas, solicitudes de permiso o de cambio de etapa). Mostraremos otros ejemplos en los siguientes capítulos, que detallan los sistemas para realizar los cambios laborales, la distribución de los privilegios y las sanciones o el mantenimiento de la seguridad en la casa.

Los procedimientos para llevar a la práctica los sistemas de la Comunidad Terapéutica se encuentran disponibles en manuales escritos para su lectura y asimilación por parte de los nuevos residentes. Sin embargo, los residentes veteranos acostumbra a orientar a estos miembros a través de los procedimientos, mediante instrucciones verbales acerca de los pasos típicos, la relevancia de los participantes y los propósitos específicos de la administración.

Sistemas de mantenimiento

Los sistemas están en un estado constante de crisis por erosión. Los procedimientos ordenados resultan continuamente desestabilizados por la influencia de las nuevas admisiones, el flujo de salida de los residentes experimentados, los cambios frecuentes de trabajo entre los residentes, los problemas conductuales de los residentes y los problemas de los miembros del personal, como el rendimiento, el desgaste, el sentimiento de infravaloración, etc. La erosión del sistema interfiere en el correcto funcionamiento del programa y afecta a sus cuestiones clínicas. Por ello, existen unas actividades clave a seguir y revisar para el mantenimiento de la integridad de los sistemas en la Comunidad Terapéutica (ver tabla 8.1).

El seguimiento y la revisión continuos de los problemas del sistema, y la proposición de soluciones y correcciones por parte del personal y los residentes, no sólo revelan un cierto nivel de preocupación por la salud del programa, sino



que son también un signo de la preocupación de la comunidad, por el apoyo a los residentes individuales implicados.

Así, los sistemas requieren de una continua vigilancia para mantener su orden operativo, detectar los problemas clínicos y mantener las percepciones positivas del entorno social. Esto implica la monitorización diaria de los procedimientos y las transacciones en las reuniones del personal, las revisiones con los residentes, un registro exhaustivo de los datos, y su discusión en los grupos de residentes. La responsabilidad es el tema central al que se dedican estos esfuerzos. Una sola persona podría ser la fuente primaria de la crisis, pero todos los residentes y miembros del personal son responsables de preservar la integridad del sistema.

Tabla 8.1. Estrategias para el mantenimiento de los sistemas en Comunidades Terapéuticas.

Seguimiento y retroalimentación

La monitorización de los sistemas es una obligación, tanto del personal, como de los residentes. El seguimiento consiste en observar y evaluar si los procedimientos se realizan de manera apropiada. La retroalimentación del personal y los residentes en relación al modo en que funcionan los procedimientos, se lleva a cabo diariamente a lo largo de la jerarquía. Se realizan correcciones continuamente en forma de sugerencias, sanciones, cambios de personal y recomendaciones para asegurar la adhesión a los procedimientos y para evaluar el efecto de las modificaciones en el sistema.

Cumplimiento

Proporcionar lo que se ha prometido es esencial para mantener la integridad percibida de un sistema. Por ejemplo, una promesa de ámbito programático acerca de un evento recreativo, o las promesas realizadas a los residentes acerca de modificaciones laborales, cambios de fase, privilegios o disciplinas a impartir han de ser difundidas con estricta puntualidad. Los errores a la hora de cumplir con las obligaciones o las promesas debilitan el estado de ánimo y la adhesión a los sistemas.

Revisión

La evaluación de los errores del sistema llevada a cabo por el personal y los residentes es esencial para alentar a todos los participantes a asumir responsabilidades. En la Comunidad Terapéutica, estos problemas podrían reflejar cuestiones clínicas, tanto para los residentes como para los miembros del personal. De este modo, se otorga especial importancia a las cuestiones actitudinales y emocionales que contribuyen a los incidentes conductuales.

COMUNICACIÓN EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

En la Comunidad Terapéutica, los actos de comunicación se desarrollan de modo formal o informal y en diferentes enclaves y contextos. Un acto de comunicación puede ser un procedimiento prescrito de información (formal) o intercambio espontáneo (informal); puede producirse en el contexto relativamente público de las asambleas de la comunidad (comunicación abierta) o en lugares relativamente privados, como las oficinas y dormitorios (comunicación cerrada).

Los seminarios en las aulas y las reuniones de la comunidad en el comedor son ejemplos de comunicaciones formales en enclaves abiertos; las conversaciones a la hora de comer en el comedor y las interacciones entre los residentes en el salón son ejemplos de comunicaciones informales en enclaves abiertos. Las sesiones grupales de los residentes y las reuniones de departamento son ejemplos de comunicaciones formales en enclaves relativamente cerrados. Las sesiones de rap de los residentes en los dormitorios, y las interacciones entre residentes y miembros del personal en las oficinas y recibidores son ejemplos de comunicaciones informales en enclaves privados³⁰.

Dentro de la estructura de la comunidad, el sentido de la comunicación *formal* es vertical. La información se transmite tal y como se ha prescrito, en sentido descendente cuando el receptor pertenece al nivel más bajo de la pirámide, y en sentido ascendente cuando la comunicación se realiza desde los residentes a los directivos del centro. Aunque las decisiones importantes pueden ser tomadas a partir de ciertos niveles específicos en el status del personal, deben ceñirse a los pasos ordenados de la transmisión para todos los residentes y miembros del personal. Toda la información ha de ser fiable y auténtica. Esto incluye a la información transmitida en sentido descendente en relación con el status del programa y sus condiciones (cambios de personal, traslados en las instalaciones, cambios de política, modificaciones en los horarios), y en sentido ascendente desde los residentes a los miembros del personal en relación con su retroalimentación con residentes individuales o con la comunidad.

En una Comunidad Terapéutica, la información *informal* circula rápidamente entre los residentes, los miembros del personal y el programa. A pesar de que la confidencialidad es la norma en lo que respecta a los temas personales, existe muy poca intimidad en lo relacionado con el status de los individuos participantes. Lo que se ha visto y dicho acerca de ciertos individuos, grupos y la comunidad al completo se transmite ocasionalmente a lo largo y ancho de la

30. La explicación de la modalidad y el escenario de la comunicación han sido modificados a partir de la excelente formulación de Frankel (ver capítulo 4, Frankel, 1989).



comunidad, del mismo modo en que lo hace la comunicación en una pequeña aldea. El abandono de ciertos residentes así como los problemas y cambios en el personal son comentados rápidamente entre los residentes.

De hecho, la comunidad se informa rápidamente acerca de las condiciones en que viven los antiguos residentes y miembros del personal, a menudo mediante los residentes que regresan de un permiso. Algunas de las noticias comentadas son positivas, como los nuevos empleos, la educación, los matrimonios, los nacimientos y las adquisiciones materiales (hogares, coches). Otras noticias son negativas, como la recaída en el consumo de drogas (“caídas”), las enfermedades (SIDA), las conductas criminales (comerciar con la droga), las encarcelaciones o las defunciones. Habitualmente, la comunicación informal está muy vagamente sistematizada, y se transmite entre los residentes y las relaciones personales a través de los lazos de proximidad, en dirección saliente y ascendente, llegando ocasionalmente a toda la comunidad.

Aunque los rumores se mezclan a menudo con los hechos, el contenido de los relatos informales tiene importantes implicaciones clínicas y en la comunidad, para los miembros del personal y los residentes. Del mismo modo en que ocurre con las noticias en el mundo exterior, los eventos, circunstancias e historias relacionadas con los residentes (actuales y del pasado), provocan reacciones en los miembros de la comunidad, debido tanto a la recuperación de los demás, como a la suya propia. Los pensamientos, sentimientos y preguntas han de ser compartidos procesados y resueltos abiertamente en las sesiones grupales y las reuniones, y no deben ser desatendidos.

La calidad de la comunicación informal en la organización social de la Comunidad Terapéutica, es un elemento esencial del modelo de tratamiento. La transmisión del significado de la recuperación y el crecimiento, y las indicaciones para lograrlos se producen en el amplio abanico de eventos e interacciones sociales que se desarrollan en los diferentes contextos y enclaves de la comunidad.

EL RÉGIMEN DIARIO

El régimen diario es completo y variado. Un día típico en la Comunidad Terapéutica comienza a las 7 de la mañana y termina a las 11 de la noche. Esta jornada de 16 horas se compone de: reuniones de la casa por la mañana y por la tarde, tareas laborales, grupos terapéuticos, seminarios, tiempo personal y de recreo, así como *counseling* individual en la medida en que el residente lo necesite. Los horarios del fin de semana son relativamente más flexibles. Se retrasa la hora de levantarse, se reduce la frecuencia de las sesiones grupales los semi-

narios y se destina una cierta cantidad de tiempo a la limpieza de las instalaciones y excursiones de recreo organizadas.

El régimen diario es un componente de la estructura y el sistema del modelo de tratamiento. La estructura y la rutina son inherentes a la densidad, la regularidad y la rigidez del régimen diario. El régimen es también un sistema de actividades planificadas interrelacionadas, diseñadas para lograr los objetivos clínicos y de autocontrol. Incluye actividades que están directamente diseñadas para reforzar la afiliación y la percepción de la comunidad. Todos los residentes y la mayoría de los miembros del personal comparten sus comidas tres veces al día y además asisten a tres reuniones diarias (la reunión matutina, los seminarios y las reuniones de la casa). De este modo, el régimen diario *programa* las actividades del modelo de tratamiento, y mediante el enriquecimiento de la comunidad, facilita el logro de los objetivos del modelo.

LA ORGANIZACIÓN SOCIAL Y LA PERSPECTIVA DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

La organización social de la Comunidad Terapéutica puede comprenderse como un reflejo de su perspectiva, especialmente en lo relativo a la visión del paciente y su recuperación. Sus componentes fundamentales (*estructura, comunicación, sistemas y régimen diario*) se utilizan para dirigir las características conductuales, actitudinales y emocionales del residente.

Estructura e individuo

La estructura organizativa presenta un sistema social con controles, responsabilidades y niveles variables de autoridad para miembros del personal y residentes, y una jerarquía de funciones laborales, proporciona un camino explícito paso-a-paso para el avance en el programa, especialmente útil para aquellos que muestran un historial de problemas y fracasos en el rendimiento. Los niveles de los residentes en el status de la comunidad proporcionan oportunidades para el logro de un status social a través de la actividad positiva, una nueva experiencia para muchos de ellos.

Con el fin de negociar su camino a través de la Comunidad Terapéutica, los residentes deben ser conscientes de quiénes son las personas, dónde están ubicadas, cuáles son sus roles funcionales y cómo relacionarse con ellos en la comunidad. Los residentes son característicamente inconscientes o se muestran indiferentes ante sus entornos sociales y, especialmente, ante las consecuencias de sus



conductas en los demás. Cuanto más conocen la estructura y los sistemas de la Comunidad Terapéutica y se implican en ellos, menos se preocupan por los pensamientos interiores (a menudo auto-destructivos) o el aislamiento personal. La conciencia acerca de la realidad social es esencial para que los residentes puedan aprender el modo en que su conducta impacta sobre los demás y cómo lo hace.

La estructura de la organización social expone a los residentes a varios roles y relaciones entre roles que pueden hacer aflorar problemas emocionales, actitudinales y conductuales característicos. Estos problemas afloran cuando los residentes cumplen con sus roles sociales e interactúan con los demás, especialmente con las *autoridades* (el personal, los profesores, los residentes senior).

Muchos residentes han presentado dificultades con las autoridades en el pasado. Sus relaciones con las figuras autoritarias (padres, profesores, supervisores, policías) han sido a menudo hostiles, de enemistad o de explotación. La estructura autocrática ayuda a los residentes a detectar estas dificultades a través de sus interacciones con las figuras autoritarias del personal y de la asunción de roles informales de autoridad entre los residentes.

Sistemas y socialización

En la Comunidad Terapéutica, los sistemas están enfocados hacia las características psicológicas y de socialización de los residentes. Generalmente los residentes muestran desconfianza ante la mayoría de los entornos, y cinismo o temor ante los sistemas sociales e institucionales, que a menudo consideran remotos, insensibles, hipócritas, faltos de interés, corruptos o abusivos. De hecho, las dificultades fundamentales de algunos de los participantes de la primera generación de Comunidades Terapéuticas derivaban de la adaptación a los sistemas convencionales, hecho que constituyó una motivación significativa para el desarrollo de sus propias comunidades de auto-ayuda.

Además, los residentes muestran un pobre sentido de la responsabilidad. Normalmente, inventan o son incapaces de proporcionar un registro honesto o coherente de sus actividades, obligaciones o responsabilidades. Al adherirse a los procedimientos e informar de los detalles acerca de sus actividades, los residentes aprenden a proporcionar una relación honesta y explícita de sus acciones. La evidencia más explícita de la integridad del programa es la responsabilidad a través de los diferentes niveles jerárquicos, reforzando la credibilidad y la percepción positiva de la comunidad entre los residentes.

En la Comunidad Terapéutica, los sistemas tienen también una interesante utilidad clínica al facilitar la socialización en el programa. Por ejemplo, el grado de adhesión a los procedimientos revela directamente el nivel de confianza y confor-

midad del individuo ante las expectativas de la Comunidad Terapéutica. Muestran la aceptación por parte del individuo de las enseñanzas de la comunidad.

Los sistemas de la Comunidad Terapéutica también proporcionan un marco diario para el desarrollo de las características psicológicas que los residentes necesitan para completar los pasos ordenados hacia su propio objetivo. El mandato relacionado con nuevos procedimientos explícitos (independientemente de lo que el individuo piense de ellos, o desee hacer en su lugar) fomenta la tolerancia en aquellos individuos que muestran característicamente umbrales de tolerancia bajos. La adhesión al procedimiento requiere de un control de los impulsos, el retraso de la ratificación, y el manejo de la frustración y las emociones en general, por parte de los residentes.

Comunicación: gestión clínica y del programa

La comunicación formal y los procedimientos de información son esenciales para el correcto funcionamiento general de la organización social. Una crisis de comunicación formal, descrita a continuación como ejemplo, ilustra el modo en que la estructura de comunicación y los sistemas se utilizan de manera intencionada en la gestión clínica y el programa:

A un residente le ha sido asignado un trabajo de lavandería. Un compañero de grupo lo mira y observa que no ha estado trabajando, sino escuchando la radio. El residente ignora a su semejante y este le incita a trabajar: “venga”. El semejante informa del incidente al responsable del grupo, que a su vez pasa el informe al departamento de gerencia e informa del incidente al coordinador. Este último, sin embargo, *no* informa de la incidencia al director y falla en su labor de retroalimentación con la gerencia.

Este ejemplo de crisis tiene implicaciones a lo largo y ancho del sistema de jerarquía. La conducta del residente se ve reforzada por la negligencia; el departamento de gerencia da una imagen de impotencia; el coordinador parece incompetente; y el personal permanece fuera de contacto con el status de residente. Todos los implicados han quedado en mal lugar, y los residentes y el personal perciben una imagen de hipocresía o debilidad del sistema. De no ser corregidas, las crisis en la comunicación pueden reforzar de manera inadvertida las normas de la calle o la prisión en relación a los arrestos, las concesiones del perdón o las detenciones de los infractores. Así, el incidente se revisa de manera escrupulosa en una reunión de departamento a la que existen todos los miembros relevantes de la comunidad y los grupos de trabajo, y que es organizada por el director o el subdirector.



Además de las cuestiones de gerencia, los aspectos clínicos de la crisis son relatados por el residente, así como por aquellos involucrados en la cadena de información. Incluso si el residente ha respondido y ha vuelto al trabajo, se espera que el semejante exponga la cuestión en las sesiones de grupo, para intentar hacer aflorar las posibles razones de las conductas negativas del residente. De igual modo, en el contexto de la reunión de departamento se explorarán los posibles problemas personales entre el coordinador y el director de la casa, que podrían haber motivado la crisis.

De este modo, se volverán a revisar completamente el informe y el sistema de comunicación, para evaluar las conexiones implicadas en la crisis, con fines clínicos y de gestión. Las razones de la crisis se identifican para determinar si se ha debido a una carencia de habilidades, una instrucción inadecuada, distracciones circunstanciales inusuales o una recaída en el pensamiento y la conducta negativas. Si se identifican las grietas en la instrucción, podrían utilizarse los grupos de tutorías para re-enseñar a los miembros implicados. Si el resultado de la investigación implica a las conductas y actitudes del coordinador, podrían ser discutidas en los encuentros residentes. Se trata de enfatizar la conciencia de los residentes acerca de sus problemas específicos, pero también la importancia de individuo y la responsabilidad colectiva para con la jerarquía.

Régimen diario y objetivos clínicos

Los estilos de vida de los drogodependientes carecen típicamente de estructura. El planteamiento de objetivos, las rutinas productivas, las tareas y las capacidades de aprovechamiento del tiempo son visiblemente deficientes o inexistentes. Hasta cierto punto, la carencia de estructuras en sus vidas externas refleja déficits en su estructura interna (características de auto-control, irresponsabilidad, incoherencia).

Un residente podría pedir un “respiro” al correspondiente coordinador o miembro del personal, que le contestará “si lo hiciera, estarías fuera, en la calle” (Levy, Faltico y Bratter, 1997, pp. 45). Este intercambio, típico en la Comunidad Terapéutica, ilustra la relevancia clínica del régimen diario en el proceso de recuperación. La rutina, en particular, enseña a los residentes que el logro de objetivos se consigue paso a paso. Los residentes, normalmente, no son capaces de perseguir objetivos a largo plazo, dado que este logro requiere de perseverancia y tolerancia ante la repetición y la monotonía, paciencia para retrasar la gratificación y coherencia del rendimiento. La mayoría de los residentes carecen visiblemente de estas características. Algunos drogodependientes nunca han desarrollado un *ren-*

dimiento coherente en la realización de ninguna actividad, aparte de la búsqueda de droga. Otros pueden trabajar a altos niveles de rendimiento, pero sólo a base de atracones, y movidos por la necesidad de agradar o el temor al fracaso.

El horario de cada día ayuda a los residentes a rendir de forma coherente, mediante la instrucción acerca de la forma de tolerar el aburrimiento de la actividad repetitiva, moderar cualquier conducta extrema y regular sus estados afectivos.

El completo y variado régimen de la Comunidad Terapéutica también proporciona la *certeza* acerca de lo que uno puede esperar y reduce la ansiedad asociada al tiempo libre. Típicamente, en el pasado de los residentes, la disponibilidad de tiempo libre y la carencia de eventos planificados motivaban los pensamientos relacionados con la droga y otros tipos de pensamiento negativos. Finalmente, aprender a cumplir correctamente un horario de actividades enseña a los residentes las habilidades de *uso del tiempo*. Realizar un uso constructivo de la breve hora de tiempo personal, llegar puntualmente a cualquier actividad, planificar los eventos del fin de semana, y la organización en los contactos y la correspondencia con los seres queridos fuera de la comunidad, son ejemplos ilustrativos del entrenamiento de estas habilidades.

Así, el ámbito de la planificación y el régimen diario reflejan una comprensión del residente, del trastorno y los factores que influyen en su recuperación. El régimen diario proporciona un entorno ordenado para muchos individuos que estaban acostumbrados a vivir en entornos caóticos o destructivos; combate el aburrimiento y la falta de estimulación; y distrae de las preocupaciones negativas que en el pasado estaban asociadas al abuso de droga. Ofrece una oportunidad para lograr la satisfacción a partir de una apretada agenda y el cumplimiento de las tareas diarias. Para los residentes en Comunidades Terapéuticas, el pequeño éxito que constituye el finalizar un buen día sin consumir droga tiene como resultado enormes beneficios en su auto-estima y en su perspectiva de la recuperación. Aunque las actividades del régimen diario son esencialmente las mismas al pasar los días, semanas y meses, el individuo se encuentra en el camino progresivo hacia la modificación.

CONCLUSIÓN

Este capítulo ha proporcionado una visión general de los componentes principales de la organización social en el modelo de tratamiento de la Comunidad Terapéutica. Su estructura está compuesta por los roles de los residentes y los miembros del personal con sus líneas de autoridad o toma de decisiones, y los



niveles estratificados de jerarquía definidos por la función laboral y el status en la comunidad de los residentes. La comunicación formal y los sistemas de información tienen la función de dirigir los asuntos operativos y relativos a la gestión; la comunicación informal, sin embargo, disemina la información relevante a lo largo y ancho de comunidad. El régimen diario estructura el horario de actividades programadas.

Cada uno de estos componentes de la organización social refleja una comprensión de la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, y cada uno de ellos se utiliza para transmitir las enseñanzas de la comunidad y promover la auto-evaluación y la auto-modificación. Dentro de la imagen *estática* descrita por la organización social se encuentran los elementos *dinámicos* del modelo de tratamiento en el proceso de modificación. Éstos serán descritos en los siguientes capítulos, que tratan del trabajo, los roles de los residentes y los miembros del personal, las relaciones y las etapas del programa.

El trabajo: elementos terapéuticos y educativos

9

El trabajo es uno de los aspectos distintivos del modelo de tratamiento de la Comunidad Terapéutica. De hecho, la marca característica del entorno social de la Comunidad Terapéutica es la vivacidad de sus actividades laborales. Siempre atentos y preparados, los residentes tienen múltiples lugares a los que ir y cosas que hacer. Están ocupados en sus trabajos, en los que muestran actitudes positivas y buen humor, buscan y asumen nuevas responsabilidades y prestan su asistencia a los demás.

A pesar de no parecerse en absoluto en estos aspectos a cualquier otro entorno de tratamiento convencional, el tratamiento en la Comunidad Terapéutica está funcionando todo el tiempo, no sólo en las sesiones grupales y de *counseling* individual, sino también en las funciones laborales rutinarias. En la Comunidad Terapéutica el trabajo es una actividad fundamental que se utiliza para conseguir la socialización, la recuperación a través de la auto-ayuda y la vida correcta. En las primeras Comunidades Terapéuticas residenciales, los adictos en proceso de recuperación asumían la responsabilidad completa de la gestión de su vida diaria y los asuntos relacionados con las instalaciones. A partir de estos hechos, surge de manera natural un mecanismo de división de las labores, para dirigir y coordinar todas las actividades necesarias para mantener una comunidad social, incluyendo las labores de renovación y mantenimiento de las instalaciones y sus terrenos, la limpieza, la seguridad, la preparación de los alimentos, las tareas administrativas y de oficina, la adquisición de nuevos recursos (muebles, prendas de vestir, fármacos, nuevos fondos económicos privados).

Hoy en día, los subsidios del gobierno, junto con la subvención privada ayudan a pagar la renta, los salarios del personal, los alimentos y un mínimo cuidado médico. Sin embargo, las labores requeridas para dirigir las instalaciones de la Comunidad Terapéutica en el ámbito de lo físico, social y psicológico todavía están en manos de los residentes, bajo supervisión del personal. Así, como ocurría en la primera generación, las Comunidades Terapéuticas todavía se apoyan completamente en los recursos propios de sus residentes para su funcionamiento diario.



EL TRABAJO DESDE LA PERSPECTIVA Y LA METODOLOGÍA DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Aunque la elaborada estructura de trabajo de los residentes se basaba, y hasta cierto punto continúa basándose en la necesidad, ha asumido una profunda significación social y psicológica en el proceso de recuperación mediante la auto-ayuda. El significado distintivo del trabajo en la Comunidad Terapéutica puede ser aclarado mediante su comparación con el trabajo en otras metodologías de tratamiento.

La premisa de la mayoría de las metodologías de tratamiento residencial ante el abuso de droga, es la de que el individuo es un “paciente” que se encuentra discapacitado temporalmente. Necesita un tratamiento antes de poder volver a trabajar o aprender un trabajo, y el tratamiento ha de mantener una distancia con las actividades laborales del individuo. En la Comunidad Terapéutica, en lugar de ser separado del tratamiento, el trabajo es un elemento esencial de él. El objetivo principal de las funciones laborales es el de facilitar una modificación personal significativa en las conductas, actitudes y valores de los trabajadores individuales. El resultado material (servicios o productos resultantes del esfuerzo) e incluso las habilidades desarrolladas en el proceso son secundarios a los beneficios perseguidos en el crecimiento personal. En la visión de la persona en su totalidad, el modo en que el individuo trabaja revela su identidad. Así, la vida laboral y la personal son indivisibles; los impedimentos al rendimiento laboral y la producción son indicadores importantes de cuestiones personales. El remedio para estos impedimentos se desarrolla en el trabajo o, más correctamente a través de él, y se logra mediante la ayuda fundamental de los compañeros residentes.

El trabajo y el drogodependiente marginado socialmente

Los drogodependientes marginados, antisociales o no habilitados, muchos de los cuales no presentan un gran repertorio de habilidades laborales, adquieren por primera vez una identidad social y una auto-estima a través de su participación en la estructura laboral de la Comunidad Terapéutica. Sus experiencias laborales son esenciales para invertir en el proceso de recuperación, es decir, para realizar una apuesta personal y social por la vida convencional. Es más, específicamente, el aprendizaje del trabajo en el programa modifica su percepción acerca del futuro, proporcionándoles la esperanza y el sentido de la probabilidad así como una identidad social y personal³¹.

31. La irregularidad y la pobreza de los currículos laborales de los drogodependientes están documentadas en la literatura de investigación (ver por ejemplo, Platt, 1986, capítulo 9). Nuestra comprensión de las actitudes, los valores y las características personales asociados a los problemas laborales y las conductas de estudio en la Comunidad Terapéutica derivan fundamentalmente de la investigación.

Muchos residentes marginados socialmente nunca creyeron que pudiera haber “cosas buenas” en la vida. La adquisición de status en la comunidad, mediante sus roles laborales en la Comunidad Terapéutica es, a menudo, su primera experiencia con la fuerza y la auto-eficacia social. Aprenden que pueden aspirar de forma realista a los beneficios materiales de la vida convencional: carreras, hogares, educación y cuentas corrientes en los bancos. Así, para estos residentes, el éxito laboral constituye la primera experiencia de éxito personal. Su trabajo en la Comunidad Terapéutica proporciona una base tangible y experimental para la esperanza en lo que respecta a su futuro en el mundo laboral.

El éxito laboral en la Comunidad Terapéutica también representa un elemento concreto de modificación de la identidad social y personal. La movilidad laboral asociada al status de la comunidad es el cambio fundamental que puede producir rápidamente ejemplos manifiestos de modificación personal, y potenciar algunas de las auto-percepciones positivas que constituyen el cambio de identidad.

El trabajo y el drogodependiente socialmente favorecido

Los drogodependientes que provienen de sectores más favorecidos de la sociedad y que tienen experiencia laboral, no se encuentran necesariamente en un estado de correcta socialización o salud psicológica. De hecho, los drogodependientes que tuvieron anteriormente un trabajo presentan algunas o todas las características de su trastorno. A pesar de estar capacitados, en el sentido de que han sido educados y en algún momento demostraron cierta capacidad para el trabajo, todavía son consumidores crónicos de droga, mantienen actitudes rebeldes, se implican en actividades ilegales, muestran problemas de auto-control emocional, carecen de la ética del trabajo, o no consiguen implicarse en los valores de la vida correcta.

Existen dos tipos generales de “adictos trabajadores” en la Comunidad terapéutica que ilustran la relación entre el trabajo y el trastorno. En el primer grupo, el estado de socialización general es pobre, está caracterizado por las actividades ilegales y la pérdida de valores. A pesar de que son capaces de trabajar, los individuos que componen este grupo muestran conductas erráticas e incoherentes en su lugar de trabajo, hecho que les lleva a cambiar de trabajo frecuentemente. Éste perfil laboral problemático no es sólo una consecuencia del consumo activo de droga, sino que, además, se convierte de forma invariable en un factor que contribuye a continuar con ese consumo.

El otro grupo, de menor magnitud, representa una vida laboral más funcional que, a pesar de todo, se desmorona periódicamente por influencia del con-



sumo de droga continuado. Estos individuos muestran hábitos laborales adictos, a pesar de tener habilidades profesionales y ocupacionales. De hecho, utilizan la droga como una ayuda para la superación de las presiones y dificultades relacionadas con el trabajo, mediante el escape, la sedación o el aumento de la energía vital. Paradójicamente, entre ciertos adictos se ha detectado que un patrón funcional de trabajo podría haber impedido la recuperación. Pueden haber completado su educación, llegar a construir su vida, e incluso avanzar en su carrera, a pesar de seguir consumiendo drogas de manera activa. La ausencia relativa de pérdidas sociales y económicas limita la percepción por parte de estos individuos de la gravedad de su trastorno.

Muchos adictos trabajadores creen que sus dificultades con la droga son problemas encapsulados, separados del resto de sus vidas, y se ven a sí mismos de un modo muy diferente a como se ven otros adictos. A menudo pertenecientes a la clase media, puede que no se sientan identificados con “otros adictos” marginados socialmente o desempleados. Pueden llegar a reconocer que ese consumo de droga les conduce ocasionalmente a la crisis de funcionamiento social y laboral, pero perciben el retorno a un empleo en el mundo exterior como el objetivo y el ejemplo principal de su recuperación. Para estos drogo-dependientes, trabajar bien es *estar bien*, independientemente de su consumo de droga.

Los residentes con habilidades laborales bien desarrolladas a menudo consiguen evitar el doloroso proceso de la auto-modificación en el tratamiento, del mismo modo en que lo hacen en la vida diaria. Mediante su educación o sus habilidades especiales puedan lograr rápidamente un cierto status en la comunidad. Su rendimiento positivo en el trabajo puede parecer una mejora terapéutica ante los miembros del personal y los residentes, escudándolos ante el enfrentamiento necesario y la plena exposición a sus problemas psicológicos. Debido a que ese status que han logrado gracias a su rendimiento laboral, parece un caso de éxito clínico, y estos residentes podrían conseguir evitar ciertas intervenciones terapéuticas que en realidad si necesitan. Incluso si completan el programa, sus “pasos psicológicos perdidos” los predispondrán ante la recaída.

Con mayor frecuencia, los casos de éxito clínico aparente a través del trabajo conducen al abandono prematuro. Los residentes pueden sentirse confundidos, apreciando su éxito laboral en la Comunidad Terapéutica como la evidencia de un cambio personal más significativo de lo que es realmente. Si no aceptan la necesidad de modificación de la persona en su totalidad, y utilizan su tiempo en la Comunidad terapéutica como una oportunidad para tratar estas cuestiones, podrían mantener su exposición a un alto riesgo de abandono temprano y la continua recaída.

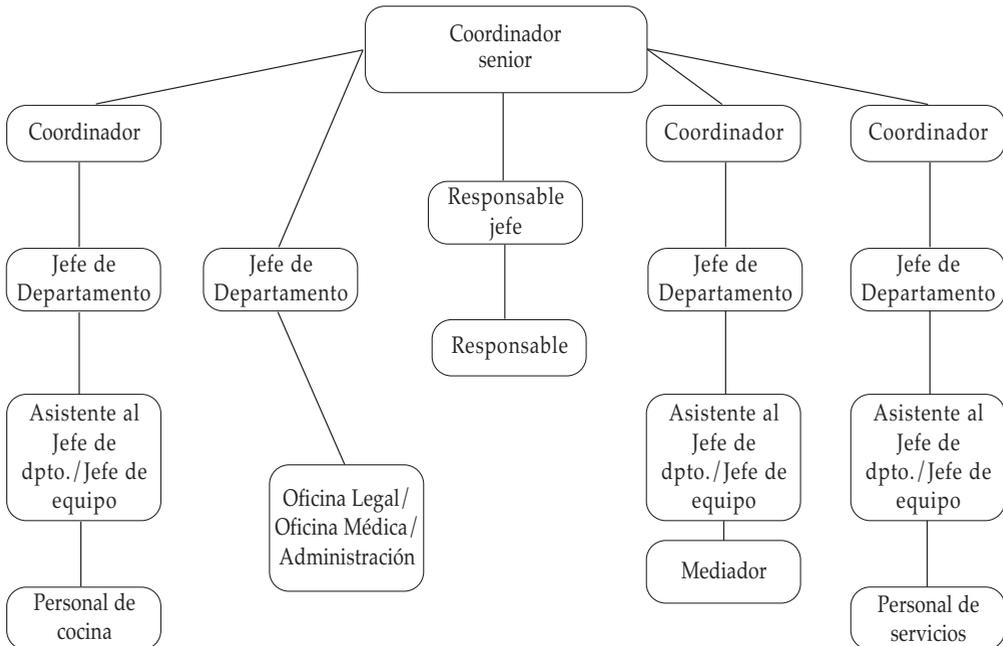
JERARQUÍA DE FUNCIONES LABORALES ENTRE LOS RESIDENTES

Dentro de la Comunidad Terapéutica, la jerarquía de funciones de los residentes define la división de las labores en las comunidades de residentes. Representa el trabajo necesario para sostener el funcionamiento diario del programa, y es utilizada para el adiestramiento de habilidades y el reforzamiento de la filiación del individuo a comunidades de residentes. Sin embargo, el rasgo más importante de las funciones laborales es que señalan qué características sociales y psicológicas de los residentes deben modificar o aprender. Así, en esta sección describiremos la división de las labores dentro de esta jerarquía, en lo que respecta a las categorías de las funciones laborales, la relación entre estas categorías con las características señaladas de los residentes, y los objetivos terapéuticos de las funciones laborales.

La figura 9.1 presenta un esquema de la jerarquía típica de trabajos entre los residentes en la Comunidad Terapéutica. Debemos realizar una división entre las funciones laborales de los residentes en el programa clínico de las instalaciones residenciales y las funciones laborales relacionadas con los diferentes departamentos administrativos y de gestión de la agencia (el departamento fiscal, legal, médico, de recursos humanos o gestión de la información).

Figura 9.1. Jerarquía de roles laborales de los residentes

Nota: Las denominaciones son orientativas y varían en cada comunidad





El funcionamiento de las instalaciones residenciales y la gestión de la comunidad de residentes implican directamente a las funciones laborales clínicas del programa. Éstas engloban, en sentido ascendente, desde los grupos de miembros dedicados a los servicios hasta el jefe de coordinación, que supone el nivel más alto de las funciones laborales de los residentes. Los puestos superiores a este coordinador designan a los miembros del personal en prácticas o a los profesionales (consejero junior, encargado de la casa, subdirector y director clínico del programa). Los residentes en funciones laborales en las instalaciones o en el programa clínico se encuentran en permanente interacción diaria con el personal del programa. De este modo, la propia comunidad de residentes en sí misma media directamente en la socialización y el impacto terapéutico del trabajo clínico en el programa³².

Las funciones laborales correspondientes a las actividades principales de gestión y administración en la agencia varían ampliamente, desde aquellas que requieren las habilidades propias del nivel de ingreso, hasta aquellas que requieren de una formación especial educativa vocacional (gestión de la oficina, funciones para-legales, asistencia médica, cocina o mantenimiento de las instalaciones). Desde las etapas tempranas de su residencia, se puede asignar a los residentes un trabajo como parte de su evaluación general y planificación de su tratamiento. En la etapa de re-ingreso, pueden ser los propios residentes los que soliciten un puesto deseado en la agencia, a través de la implementación de los mecanismos convencionales de búsqueda de empleo, como la presentación de currículos, la asistencia a entrevistas y el uso de las recomendaciones. Pueden mantener estos empleos hasta el momento de abandonar el programa como graduados, o quedarse como trabajadores permanentes a petición de la agencia.

Generalmente, los residentes que ocupan puestos en la agencia no se encuentran en interacción diaria con la comunidad de residentes. Las funciones de su trabajo, a menudo, no implican una relación mano a mano con los demás residentes. No obstante, estos puestos realizan una importante contribución a los objetivos de socialización y terapia del residente, ofreciéndole una transición ocupacional hacia su re-ingreso en la macrosociedad. Los aproximan al entorno, el ambiente y las expectativas de un puesto de trabajo convencional, y requieren de trabajo a jornada completa, competencia total, y supervisión por parte del personal que generalmente está compuesto por profesionales o encargados.

32. Las Comunidades terapéuticas difieren en el rango y el tipo de funciones laborales de sus residentes, que dependen de la capacidad y la estructura de sus instalaciones. Los programas ubicados en prisiones, hospitales e instituciones de tratamiento de día precisan de la realización un número de menor de labores y, algunas de ellas, son exclusivas de sus instalaciones, como los trabajos de granja en algunas Comunidades Terapéuticas rurales.

Características del trabajo y los residentes

El trabajo en la Comunidad Terapéutica está enfocado a las características de la persona y su trastorno. Este trastorno podría ser el resultado de varios años de consumo de droga, o reflejar ciertos rasgos preexistentes de su personalidad. Sus características pueden ser clasificadas en categorías relacionadas: hábitos personales, hábitos laborales, relaciones laborales, auto-control, y valores laborales (ver tabla 9.1).

Tabla 9.1. Características típicas de los usuarios hacia las que está enfocada la jerarquía del trabajo.

Hábitos personales

Puntualidad, vestimenta, asistencia
Manejo del tiempo y las tareas
Establecimiento de objetivos

Hábitos laborales

Sentido del deber, coherencia, responsabilidad
Habilidades poco desarrolladas para la resolución de problemas
Manejo de las personas y los sistemas

Relaciones laborales

Rebeldía, problemas con la autoridad
Cooperativismo y competitividad con los compañeros
Aceptación y ejecución de la supervisión, elogios y críticas
Habilidades interpersonales y de comunicación
Asertividad, agresividad y pasividad

Auto-control

Tolerancia ante la desaprobación, las críticas, y la falta de aceptación de los subordinados
Tolerancia ante la frustración, el retraso de la gratificación y las recompensas inmediatas
Capacidad para sobrellevar el estrés y las demandas relacionados con el trabajo: promoción, degradación y modificaciones laterales

Valores laborales

Aprendizaje de la ética del trabajo
Aprendizaje de la auto-confianza, la excelencia, el orgullo y el correcto rendimiento
Compromiso con el trabajo: realización del máximo esfuerzo

Las características listadas como hábitos personales reflejan en los historias de los usuarios inmadurez y estilos de vida faltos de estructura. Muchos residentes tienen un historial laboral pobre o inexistente, habilidades laborales reducidas, un bajo sentido de la competencia y una baja auto-estima en lo que



respecta al rendimiento. No han adquirido o estabilizado los hábitos personales fundamentales (puntualidad, vestimenta y asistencia, que son los prerrequisitos para su implicación en una rutina laboral), y mucho menos las habilidades laborales. Fundamentalmente, estas conductas básicas incluyen levantarse a una hora prefijada por las mañanas, vestirse apropiadamente, llegar puntualmente al trabajo o a la escuela y, una vez allí, emplear el tiempo y las obligaciones con diligencia.

Los hábitos laborales de los usuarios reflejan su característica pobre fiabilidad como trabajadores en las áreas de finalización de las tareas, responsabilidad, coherencia y sentido del deber. Aunque algunos residentes posean los hábitos personales y las habilidades laborales básicas, son impredecibles en lo que respecta a su rendimiento en el trabajo.

Las características del usuario señaladas por las relaciones laborales reflejan el subdesarrollo de las habilidades sociales e interpersonales de los usuarios en lo relativo a sus tareas. Los residentes muestran a menudo problemas de relación con sus compañeros de trabajo, supervisores y subordinados. Los conflictos interpersonales son comunes, como lo son los problemas para ser supervisados y aceptados, a la hora de emitir críticas o alabanzas, y solicitar y ofrecer asistencia.

Las características relacionadas con el área de auto-control reflejan la dificultad de los usuarios para sobrellevar las demandas y el estrés del entorno laboral. Los drogodependientes, orientados hacia la gratificación inmediata, a menudo muestran problemas para tolerar la frustración y el control de sus sentimientos. En las situaciones laborales, esto podría implicar la superación de expectativas de rendimiento, la decepción, el éxito, las críticas recibidas por parte de la autoridad, el incremento de responsabilidad, las promociones, las degradaciones por los cambios laterales. Hasta cierto punto, el problema del auto-control es fundamental para todas las cuestiones relacionadas con el trabajo.

Los valores laborales muestran a menudo la carencia de una “ética del trabajo” entre los residentes en Comunidades Terapéuticas. A menudo, carecen de características como la auto-confianza, el compromiso con la excelencia, y el orgullo por el rendimiento. Muchos residentes han sido inconformistas o han manifestado un cierto grado de desviación social al mostrar actitudes negativas hacia el trabajo convencional, considerando a los trabajadores normales que viven en el mundo real como “pardillos” o “cabezas cuadradas”. Estos residentes han estado implicados en actividades ilegales o marginales en la mayoría de los casos, manipulando a personas y sistemas para conseguir dinero de un modo “fácil”.

Aquellos residentes que no muestran historiales laborales convencionales o habilidades para el trabajo, a menudo muestran también una carencia de ética del trabajo. La única función de su trabajo es la de adquirir drogas, posesiones materiales y una imagen social. Nunca han invertido en sí mismos el mínimo esfuerzo laboral o educativo y, por ello, carecen de la satisfacción de la recompensa y la auto-estima inherentes al trabajo.

Funciones laborales y características de los residentes

Las funciones laborales descritas en la figura 9.1 pueden agruparse en varios niveles. Estos niveles describen la complejidad de las habilidades, la clase de responsabilidad para cada tarea y para otras personas, el status o valor de cada función en la comunidad, y su enfoque terapéutico. Cada nivel evalúa al residente con respecto a su rendimiento del trabajo, conducta social y crecimiento personal. Cada función refleja las características y problemas del individuo en las áreas relativas a los hábitos personales y laborales, los valores, el auto-control, y asimismo cada nivel evalúa la modificación lograda en relación con el nivel anterior. Describiremos los dos principales niveles de funciones laborales.

Los puestos correspondientes al *nivel inicial* engloban al equipo de cocina (cuya misión es la elaboración de la dieta de la comunidad), al grupo de servicio de comidas (encargados de servir todas las comidas en la comunidad), y los equipos de servicios (cuya función es el mantenimiento de la limpieza dentro y fuera de las instalaciones). Las habilidades requeridas para estas funciones son menos complejas (por ejemplo, pelar patatas; fregar los platos, poner la mesa, servir las comidas, barrer y encerar el suelo, limpiar los cristales de las ventanas). Estas funciones facilitan relativamente el aprendizaje de las tareas y proporcionan oportunidades para evaluar las características laborales generales del residente, y el punto hasta el cual la dificultad de sus funciones disminuye su rendimiento.

La mayor responsabilidad de los residentes en una función laboral de nivel inicial está dirigida hacia ellos mismos (aprender o reforzar los hábitos personales relacionados con el trabajo) y completar una tarea sencilla como la de fregar el suelo. La competencia, que se adquiere rápidamente mediante el desarrollo de estas funciones, proporciona oportunidades para la evaluación y el adiestramiento de los hábitos personales básicos y el auto-control. Pondremos un énfasis específico en la mejora de las habilidades de manejo emocional, como aquellas necesarias para sobrellevar la necesidad de recibir órdenes de los supervisores.



Las funciones englobadas en el *segundo nivel* incluyen el mantenimiento de las instalaciones (la asistencia en labores de fontanería, pintura y carpintería) y el trabajo de oficina (asistencia en labores de mecanografía, procesamiento de textos, recepción y manejo del teléfono). La asignación de estos puestos muestra que el residente tiene un cierto grado de afiliación al programa, unos hábitos personales estables, y un grado adecuado de control emocional. El objetivo primario es la mejora de los hábitos laborales, como la coherencia y la responsabilidad, así como de las relaciones laborales. Las cuestiones de autocontrol derivan de las habilidades laborales más complejas, que requieren de una mayor responsabilidad para la realización de tareas, para el trato con las personas, y para el cumplimiento con las más altas expectativas del programa. Así, la complejidad de las habilidades y las tareas aumenta al mismo tiempo que la responsabilidad y se extienden a los compañeros inmediatos, que imponen una mayor demanda de rendimiento en el residente. Algunas de estas funciones laborales exponen a los residentes a las presiones de los entornos laborales más convencionales.

La jerarquía de las funciones laborales está más o menos asociada al *tiempo de permanencia* en el programa. Generalmente, los niveles de trabajo y la complejidad de las demandas de habilidades aumentan a medida que los residentes alargan su permanencia en el tratamiento. Sin embargo, ciertos puestos como los de líderes de equipo y despachadores pueden ser asignados a residentes en etapas tempranas del tratamiento en base a las necesidades clínicas y del programa.

En etapas posteriores del programa los residentes han pasado por todas o la mayoría de las funciones laborales clínicas del programa, y algunas de las funciones administrativas de la agencia. La mayoría asisten a la escuela o empleos a jornada completa que se desarrollan fuera de las instalaciones, aunque algunos de ellos pueden trabajar a jornada completa como aprendices remunerados o miembros del personal en prácticas, en el programa clínico u otras divisiones de la agencia de la Comunidad Terapéutica. Estas últimas funciones implican complejas habilidades del trabajo en oficina, como la preparación de archivos para los procesos judiciales en que están implicados algunos residentes. Pero, independientemente de sus funciones laborales regulares, los candidatos de reingreso permanecen como miembros de la comunidad. Si continúan viviendo en la Comunidad Terapéutica, pueden asumir también funciones laborales informales según las necesidades de la casa, como encargados nocturnos, monitores de seguridad o acompañantes especiales.

Roles de trabajo en la comunidad y objetivos terapéuticos

Los objetivos terapéuticos del trabajo son fácilmente visualizados mediante la exhibición de cuatro roles de trabajo fundamentales dentro del programa clínico: líder de equipo, despachador, jefe de departamento y coordinador. Cada rol respectivo implica un nivel creciente de habilidades laborales, responsabilidad hacia sus tareas y con las personas, autoridad y status en la comunidad. Además, cada rol podría presentar grados estratificados, como los de despachador junior, senior o jefe, que generalmente están relacionados con el tiempo de permanencia del residente en el programa.

Los *líderes de equipo*, también llamados asistentes del jefe de departamento, tienen responsabilidades de supervisión directas sobre otros miembros de un equipo, aunque realmente no tiene autoridad más allá de las cuestiones del trabajo. Las habilidades y tareas de su cargo comprenden la monitorización de los hábitos específicos, el rendimiento de trabajo y las actitudes de los miembros del equipo; la dirección específica en la erradicación de tareas; servir como modelo de rol de auto-control; y la motivación en la iniciación y la finalización de las tareas. Esta autoridad de “nivel de ingreso” expone a los residentes a la responsabilidad por los demás, a medida que les instruye acerca del sentido de deber, la autoridad y el control. Así, el líder de equipo tiene competencia en la gestión de las tareas, los buenos hábitos personales y a la hora de detectar las preferencias profesionales de los miembros de su equipo, así como en la comunicación constructiva hacia su equipo. En el rol de líder de equipo, los objetivos de crecimiento personal se centran en la estabilización de los hábitos laborales y la mejoría del auto-control, al enfrentarse con cualquier tipo de reacción emocional de los miembros del equipo, que a menudo son nuevos residentes.

Los *despachadores* son los “ojos y oídos” de la comunidad, y su labor consiste en monitorizar y dirigir la actividad de los residentes. Los despachadores refuerzan las normas de la comunidad indirectamente mediante críticas y afirmaciones, y directamente a través de los informes redactados para aquellos que han de tomar las decisiones en el siguiente escalón de la jerarquía. Entre las habilidades necesarias para este cargo se incluyen la capacidad para dar instrucciones, detectar e informar de los problemas físicos y conductuales en las instalaciones, y comunicar todo lo relativo a los protocolos del programa a los residentes y al personal. Los despachadores tienen un cierto grado de autoridad informal, debido a que están situados en un puesto visible en la comunidad, desde el que deben informar de todo lo ocurrido en la casa. Así, el residente debe estar completamente familiarizado con todos los aspectos del programa, el personal, el régimen diario, los sistemas y estructura, y la fisonomía de las instalaciones.



El despachador debe estar lo suficientemente implicado en el programa como para desafiar al código de la calle contra los robos y hurtos, debido a que su posición requiere de la información a las autoridades acerca de las infracciones de las normas, los problemas de actitud, etc. Así, el cargo de despachador proporciona una formación básica acerca del modo de sobrellevar la desaprobación y las críticas de los residentes. La gran visibilidad del cargo aumenta la auto-conciencia de los residentes y los motiva a implicarse en el proceso de cambio, normalmente a través de la superación de las reacciones de sus residentes hacia ellos en las sesiones de grupo. El rol de despachador puede ser designado específicamente para ayudar a señalar la timidez de un residente, o para hacer aflorar cualquier tipo de reacción ante el aumento de status y responsabilidad.

El de *jefe de departamento* es el cargo de mayor rango al que pueden aspirar los residentes, en relación con la responsabilidad directa y supervisión específica de trabajo. El jefe de departamento suele ser supervisado por un miembro del personal de apoyo, experto en el servicio de departamento correspondiente (cocina, mantenimiento o carpintería). De este modo, este cargo presenta una analogía con aquellos que tienen que ver con la responsabilidad y el manejo de las habilidades requeridas en la macrosociedad.

El jefe de departamento será evaluado en todas las áreas relacionadas con el trabajo, desde las habilidades prácticas en sus relaciones con los demás hasta sus valores laborales. Los elementos clave del crecimiento personal en el cargo de jefe de departamento son el sentido del deber y la autoridad, así como la madurez a la hora de aceptar la supervisión profesional y las críticas. Además, se espera del jefe de departamento que evalúe a los residentes que entrena y supervisa, no sólo en relación con su rendimiento laboral sino también a su status clínico. Para algunos residentes, especialmente los marginados socialmente, el cargo de jefe de departamento representa un punto de inflexión en su crecimiento personal. Otros residentes pueden funcionar fácilmente como jefes de departamento, basándose en su experiencia laboral previa en el mundo real. Sin embargo, estos últimos podrían recibir la asignación del cargo debido a su necesidad de desafío ante las cuestiones personales surgidas desde su ingreso, asegurando así su progreso en la recuperación.

El de *coordinador* es el cargo de gestión de mayor grado en la jerarquía de trabajo del residente, y la persona que lo ocupa se considera a menudo como un candidato potencial para la formación del personal. El encargado de la casa, normalmente un miembro del personal, supervisa directamente a los coordinadores, que poseen una considerable autoridad informal en las instalaciones. Los coordinadores asisten al personal de tratamiento en la gestión de la comunidad

y tienen responsabilidades variadas en torno a todas las actividades de las instalaciones. Supervisan directamente a los despachadores, dirigen las reuniones de la casa, revisan los horarios diarios y semanales y los cambios en la población y aconsejan a los directivos del personal en lo relacionado con las sanciones a los usuarios, los privilegios, y las acciones disciplinarias. Los residentes que ocupan este cargo proporcionan críticas al personal en relación con las quejas de los usuarios y las condiciones de la comunidad y las instalaciones. Además, asisten a la planificación de los encuentros y sesiones de grupos, sugieren cambios de puesto para los residentes, y recomiendan acciones disciplinarias. De este modo, todas las líneas de comunicación en las instalaciones son canalizadas a través del coordinador. En los programas de mayor capacidad podría haber varios coordinadores junior que asistan e informen al coordinador jefe.

Dada su elevada posición en la Comunidad Terapéutica, el coordinador es el modelo de rol de residente prototípico, demostrando varios aspectos de crecimiento clínico y personal. Entre ellos encontramos (a) la capacidad de manejar un cargo de autoridad, incluyendo el uso del poder, el juicio y la toma de decisiones independiente; y (b) los rasgos de crecimiento personal como la habilidad para sobrellevar el éxito en relación con la diferenciación entre el status personal y el que le ha sido concedido.

La jerarquía del trabajo y el mundo real

La jerarquía del trabajo en la Comunidad Terapéutica está diseñada para aproximar a los residentes al mundo real. Para los residentes adultos, el trabajo es la actividad fundamental en su régimen diario (los adolescentes dividen su tiempo entre la escuela y el trabajo). Todas las funciones laborales ocupan entre 20 y 30 horas por semana. La progresión ascendente en la jerarquía de las funciones laborales se parece al movimiento de promoción laboral en el mundo real. El nuevo residente comienza desde abajo, y su ascenso requiere de disciplina, buen rendimiento y habilidades sociales. Así, el usuario recién ingresado puede ir ocupando diferentes puestos hasta llegar a formar parte del personal en prácticas; ocasionalmente, algunos de ellos podrían llegar a obtener un puesto remunerado en la administración clínica o en la gerencia de algún departamento de la agencia.

A diferencia del mundo real, sin embargo, el residente permanece como miembro de comunidades residentes y todo lo acontecido en relación con su vida laboral está integrado en el programa clínico. Además del trabajo, el residente participa en las sesiones grupales y todas las demás actividades del régimen diario, aunque el nivel de participación en estas actividades disminuye en las etapas de re-ingreso.



A diferencia del mundo real, los residentes no obtienen un salario hasta que llegan a asumir las funciones de los miembros de personal en prácticas. En algunos programas los residentes reciben pequeñas cantidades de dinero, a modo de recompensas y fundamentalmente con un propósito clínico, a medida que logran ascensos (para enseñar al residente a manejar y ahorrar dinero). En la Comunidad Terapéutica el trabajo se considera un privilegio. El residente tiene la oportunidad de servir a la comunidad, aprender habilidades específicas y utilizar el trabajo para su crecimiento personal y modificación terapéutica. Estas recompensas podrían verse desvirtuadas por el pago de dinero en respuesta a los servicios realizados.

UTILIDAD DEL TRABAJO EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

En la Comunidad Terapéutica, el trabajo refleja la visión de ésta acerca del abuso de sustancias como un trastorno de la persona su totalidad, y su orientación realista hacia la recuperación. El trabajo ha sido considerado desde tiempos inmemoriales como fundamental para la salud emocional y el estilo de vida positivo. Ser capaz de trabajar de manera coherente, responsable y efectiva requiere, no sólo de los conocimientos relativos a las estrategias de mercado, sino principalmente de un nivel psicológico de madurez y adhesión a valores como la auto-confianza y el logro de recompensas (vida correcta). Así, en la Comunidad Terapéutica, el trabajo es tanto un *objetivo* como un *medio* para la recuperación. Las funciones laborales se utilizan de tres maneras fundamentales: la educación y la formación en cuanto habilidades específicas, para lograr la modificación terapéutica y para enriquecer a la comunidad de residentes.

El trabajo como forma de educación y formación

Desde su perspectiva realista, la Comunidad Terapéutica no puede proporcionar una formación vocacional integral basándose en su limitado componente laboral interno, a pesar de que facilita frecuentemente el logro de un nivel considerable de destreza. Más aún, los residentes muestran diferencias en sus repertorios de habilidades, educación, e historiales laborales en general. De este modo, existen distinciones en los objetivos de formación y educación específicos para las necesidades y capacidades de cada individuo.

El objetivo inicial de la formación es la preparación del individuo para una futura educación y formación vocacional. Se centra en la persona, los hábitos interpersonales y las habilidades necesarias para continuar una educación formal o formación laboral cuando el residente abandone el tratamiento. Esto inclu-

ye los hábitos relacionados con la hora de levantarse por las mañanas, la vestimenta, el lenguaje y la puntualidad apropiadas, la capacidad de prestar atención y seguir instrucciones, y el manejo emocional relacionado con la admisión de las críticas y los elogios, así como la capacidad para dar y recibir órdenes.

Cuando los individuos están preparados para obtener puestos en el mercado laboral, el objetivo es conseguir que sean capaces de entrar en éste mercado. Se basa en la enseñanza de habilidades para buscar empleo como preparar currículos, entrevistas y escribir cartas. Las actividades encaminadas a lograr el objetivo de la empleabilidad podrían implicar la obtención de los requerimientos de educación mínimos (el Graduado Escolar) o por la actualización de cualquier formación anterior. Para aquellos que están preparados y son susceptibles de entrar en el mercado laboral el objetivo consiste en la adquisición de las habilidades que determinan la competitividad en este mercado. Por ejemplo, las funciones laborales de los residentes pueden ser utilizadas a posteriori con el fin de alcanzar los requerimientos laborales formales para la obtención de empleos remunerados en diferentes áreas, por ejemplo, las artes culinarias, la programación informática y el counseling enfocado al abuso de sustancias. La formación en estas áreas podrá ser también obtenida o aumentada fuera de la Comunidad Terapéutica mientras el individuo permanece en régimen residencial.

Los diferentes objetivos de la formación acentúan la importancia del modo en que la jerarquía del trabajo en la Comunidad Terapéutica apunta a las diferencias individuales con respecto a los historiales de trabajo. Sin embargo, para todos los residentes, el objetivo fundamental del desarrollo de habilidades es el crecimiento personal. El residente recibe el desafío de aprender labores más complejas, no sólo porque éstas están valoradas socialmente, sino porque sus esfuerzos representan el objetivo común del logro de las máximas capacidades, extendiéndose hacia los límites personales de cada uno. Para los residentes que carecían de habilidades o cuyas habilidades estaban totalmente desarrolladas, la estimulación para formarse completamente en un determinado potencial estimula su movilidad social y su crecimiento personal. Simboliza para ellos ser más de lo que han sido o de lo que pensaban llegar a ser.

Irónicamente, para algunos residentes plenamente capacitados, las drogas han servido como mecanismo para mantener su trabajo mediante una reducción de la ansiedad asociada a él. Para otros el trabajo ha sido compulsivo, otra vida de escape o negación del crecimiento personal. Así para los residentes capacitados el objetivo se aleja del logro de las habilidades necesarias para ingresar en el mercado laboral, y se aproxima al logro de una estabilidad en su compromiso con la excelencia y el uso saludable del trabajo.



En la Comunidad Terapéutica, las funciones laborales enseñan los *valores y actitudes positivas* relacionadas con los otros. Se espera que los residentes sean exhaustivos en todas sus actividades laborales, y que inviertan en ellas todo su empeño y orgullo. Por ejemplo, las funciones laborales de niveles más bajos, como limpiar los retretes o fregar los platos, a pesar de estar menos valorados socialmente, contienen un incalculable valor psicológico para la persona en proceso de recuperación. La lección es que la valoración personal depende no sólo del valor social del trabajo, sino de la inversión que cada uno realiza en ese trabajo y su contribución al correcto funcionamiento general de la comunidad.

El trabajo como terapia

A pesar de ser importantes, el desarrollo de las habilidades y los valores laborales no son suficientes para avanzar en el proceso de recuperación hacia la vida correcta. Más allá de la formación en torno a las habilidades prácticas útiles, la formación laboral se utiliza fundamentalmente para aumentar el grado de crecimiento personal y socialización del individuo. Así, los usos terapéuticos específicos del trabajo en la Comunidad Terapéutica son la identificación de las áreas problemáticas en cuanto a conductas, actitudes y emociones; y el desafío del cambio mediante la exposición del individuo a mayores demandas y expectativas de rendimiento.

El stress ordinario inherente a las diferentes funciones laborales causa problemas y déficits característicos en los residentes en sus habilidades sociales, interpersonales y de auto-control. La trabajo se utiliza como una *intervención clínica* para modificar estas áreas problemáticas. Los residentes avanzan en sentido ascendente, descendente y horizontal, continuamente, en sus funciones laborales, con el fin de exponerse a las situaciones que los, evalúan y desafían respecto a sus problemas clínicos particulares.

Cuando un residente es ascendido a un puesto laboral más alto, automáticamente se enfrenta a nuevas demandas acerca de sus habilidades emocionales relacionadas con la superación de las expectativas de rendimiento que se han incrementado. Normalmente,, los residentes de la Comunidad Terapéutica tienen dificultades a la hora de alcanzar las responsabilidades aumentadas evitándolas o fallando en su intento de modo característico. Inversamente, la degradación a puestos más bajos provoca profundos sentimientos de decepción, frustración e injusticia. Estas reacciones son destructivas para los residentes, llevándoles a una crisis de rendimiento, al abandono del tratamiento y a la recaída en el consumo de droga. El régimen laboral de la Comunidad Terapéutica proporciona una oportunidad para experimentar, señalar y posteriormente modificar estos patrones.

Los objetivos terapéuticos no se logran fácilmente si las funciones laborales son relativamente rutinarias, o fáciles de realizar o dominar. Por ejemplo, un cambio de trabajo podría estar enfocado especialmente para prevenir el hecho de que el residente se acomode demasiado en sus funciones laborales. Las funciones laborales que requieren niveles más altos de responsabilidad individual y la toma de decisiones independientes *desafían* al residente a adoptar demandas mayores de desarrollo. Paradójicamente, por ello, un cambio de trabajo está indicado cuando la función laboral deja de ser un vehículo de potenciación de crecimiento personal en relación con los niveles de habilidad y modificación psicológica.

Los cambios de función se utilizan también con *propósitos disciplinarios*, no sólo para mantener las expectativas de la comunidad en el programa, sino para instruir a los residentes en las cuestiones específicas en torno a sus conductas y actitudes. El modo en que un residente supera los sentimientos resultantes de una pérdida temporal de status laboral y privilegios en la comunidad es contundente. La degradación puede iniciar un proceso de auto-evaluación en torno a su contribución a esta degradación. Una acción disciplinaria también proporciona al residente una experiencia pragmática acerca de las consecuencias que su conducta tendría en el mundo real, reforzando las obligaciones y expectativas del residente ante tales situaciones.

Así, el *cambio* de la función laboral del residente se utiliza continuamente en la intervención clínica. Estos cambios pueden darse en sentido vertical, a modo de promoción o degradación hacia otro nivel de complejidad, responsabilidad y de status en la comunidad. El cambio podría ser también horizontal, un movimiento esencialmente lateral que no implica ningún cambio en los aspectos anteriores, sino la diferencia en la actividad a desarrollar. Los criterios de decisión para los cambios laborales están basados en las necesidades clínicas del individuo, como la imposición de objetivos específicos sociales y psicológicos. A través de los múltiples cambios en el trabajo, el residente recibe una ayuda para generalizar su aprendizaje anterior y la aplicación de este ante nuevas situaciones, exponiéndolo a mayores niveles de funcionamiento.

El trabajo y las necesidades de la comunidad

Un supuesto básico en la Comunidad Terapéutica es el de que la jerarquía de niveles de trabajo es el paralelo estructural al proceso evolutivo de recuperación. A medida que los residentes se desenvuelven en la jerarquía adoptando funciones de mayor responsabilidad, complejidad y status en la comunidad,



muestran un incremento correspondiente en su crecimiento psicológico y su socialización. Este paralelismo está limitado por las consideraciones clínicas y administrativas que también influyen su progreso en el escalafón laboral de la Comunidad Terapéutica. En la actualidad, las decisiones relativas a la movilidad laboral se complican debido a las necesidades prácticas del programa.

Los residentes con competencias específicas podrían ser necesarios en el departamento de mantenimiento o en las oficinas de la administración. Pueden ser ascendidos a niveles administrativos y laborales más altos, a pesar de que su progreso clínico pudiera permanecer limitado. De manera similar, la división de tareas entre los residentes en la pirámide, puede sufrir un desequilibrio debido a la admisión de un número desproporcionado de residentes junior. Esto crearía una necesidad administrativa de más residentes senior cumpliendo con puestos como los de jefes de departamento, despachadores y coordinadores para mantener el equilibrio en la comunidad de auto-ayuda. Así, los residentes pueden ser ascendidos a estos cargos antes de haber cumplido los criterios clínicos básicos para tal nivel de cambio.

Sin embargo, independientemente de las necesidades del programa, el trabajo es un vehículo para el logro de la modificación personal, más que un fin en sí mismo. La atención se centra siempre en el lugar en que el individuo se encuentra en su proceso de recuperación, en lo que necesita para avanzar en éste progreso, y en el modo en que su trabajo puede ser utilizado para alimentar el proceso de recuperación y el cambio personal.

El trabajo y la comunidad como método

La jerarquía del trabajo en la Comunidad Terapéutica es vital para el funcionamiento del programa y para el reforzamiento de la comunidad de residentes. A nivel más práctico, las funciones laborales que los residentes desempeñan en las tareas básicas del mantenimiento del día a día en la comunidad. La labor del residente reemplaza al desembolso que conllevaría el reclutamiento de profesionales que realizarían esa labor. La labor profesional puede menoscabar la fuerza del sistema de auto-ayuda en la recuperación, además de inflar los costos del tratamiento. Sin embargo, el trabajo también proporciona una infraestructura organizativa para la comunidad en sí misma y constituye un elemento integral de la comunidad como método.

Los trabajos constituyen también un vehículo de *transmisión de las enseñanzas de la comunidad* en relación con la recuperación y la vía correcta. Todos los residentes se desarrollan a través de todas las funciones laborales no especiali-

zadas en la Comunidad Terapéutica. Al proporcionar un servicio manual directo a los miembros en general, estas funciones laborales de “bajo nivel” moverán al individuo desde el egocentrismo a la socialización. De modo similar, en sus puestos como líderes de equipo y jefes de departamento, los residentes senior transmiten las enseñanzas de la comunidad a los residentes junior que trabajaba su cargo.

Los residentes son tanto proveedores como consumidores, inquilinos y “propietarios” del programa, y tienen a su cargo la responsabilidad del mantenimiento del orden en su casa. Este elemento de *propiedad*, real y simbólico, refuerza el valor percibido por los residentes de la propia comunidad. Más específicamente, las funciones laborales de los residentes proporcionan un vehículo para la contribución directa a la vida y, a veces, a la supervivencia de la propia comunidad.

La participación activa del programa a través del trabajo significativo como miembro valioso para una comunidad de residentes es el facilitador fundamental de la *afiliación*. El trabajo es una inversión personal en la propia comunidad, refuerza la afiliación.

En este sentido, podemos describir una analogía entre la estructura de la comunidad y la de una familia saludable. Los hijos son amados incondicionalmente por ser quienes son. Sin embargo, los hijos en los que se confía como contribuyentes a la salud y bienestar de la familia son también participantes valorados. Su percepción acerca de ser necesitados por otros les ayuda a vincularse a su familia, refuerza su resistencia ante influencias exteriores negativas (de residentes), y proporciona organización y un propósito a sus vidas.

En general, la jerarquía del trabajo contribuye a la percepción del residente acerca de la Comunidad Terapéutica como una comunidad y una cultura de cambio individual. Las modificaciones personales exitosas en los miembros antiguos o actuales se reflejan mediante sus funciones laborales. Las conversaciones con los residentes senior o los miembros de la comunidad les ayudan a enumerar las pruebas y adversidades que acompañan a su experiencia en la ascensión a lo largo del escalafón laboral. Estas historias contienen los mensajes fundamentales de esperanza y posibilidad de cambio.

CONCLUSIÓN

Este capítulo describe el modo en que el trabajo interviene en los objetivos esenciales educativos, terapéuticos y de la comunidad. La jerarquía del trabajo de los residentes está estratificada en relación con el nivel de complejidad y el



tiempo de permanencia en el programa, para señalar los problemas individuales en todas las áreas de trabajo: hábitos, habilidades, conducta, actitudes, valores y crecimiento emocional. El trabajo se utiliza también para administrar y enriquecer a la comunidad. Además del componente laboral, la modificación terapéutica y ocasional se valora por los diferentes roles de residentes y miembros del personal en la organización social de la Comunidad Terapéutica. De este tema tratarán los dos capítulos siguientes.

El personal en la Comunidad Terapéutica

10

Las Comunidades Terapéuticas contemporáneas son organizaciones complejas que comprenden muchos roles y funciones diferentes. Así, el personal en esas agencias está compuesto por una mezcla de profesionales tradicionales y no tradicionales, que trabajan en una amplia variedad de puestos clínicos, de administración, gestión y servicios de apoyo. Sin embargo, el programa de tratamiento de la Comunidad Terapéutica mantiene la razón de ser de la agencia, y el personal clínico sigue siendo considerado como el núcleo del personal de tratamiento.

El objetivo principal de este capítulo es el describir los diferentes roles y funciones del programa tratamiento y del personal clínico en las instalaciones residenciales. Los controles del personal de apoyo y el personal de la agencia están descritos de una manera más amplia y con más detalle. A pesar de ser de vital importancia, su contribución al modelo y al método se realiza fundamentalmente a través de su trabajo específico y sus habilidades en el servicio. En la comunidad terapéutica, los profesores, médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, abogados y contables desarrollan su trabajo del modo habitual. Sus funciones pueden comprenderse fácilmente y no necesitan una descripción especial.

EL PERSONAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

La jerarquía del trabajo de los residentes y el status en la comunidad definen los roles, funciones y relaciones que influyen en la socialización y la modificación terapéutica, mientras la cultura de residentes, sostenida por las normas, valores y creencias de vida correcta, sirve como guía para el proceso de modificación. Sin embargo, el *personal* es el responsable de la administración y la realización de la calidad del programa. La jerarquía del personal supervisa las actividades diarias de las comunidades de residentes y toma decisiones finales en todo lo relaciona-



do al status de los residentes. A pesar de que la jerarquía del personal es una extensión vertical de la jerarquía de los residentes, la unión entre residentes y miembros de la plantilla es explícita. Se espera de todos los miembros de la comunidad (miembros del personal y residentes) que sirvan como modelos de rol de las enseñanzas de la comunidad acerca de la recuperación y la vida correcta. Los miembros senior del personal sirven como modelos de rol para los miembros junior y para los residentes. Los miembros junior del personal sirven como modelos de rol para los residentes junior y senior, y los residentes senior sirven como modelos para los residentes junior. Sin embargo, pese a que los residentes van aprendiendo a manejarse a sí mismos, a su entorno y a su modo de interactuar con los demás, muestran una limitación en sus capacidades para guiarse los unos a los otros a lo largo del proceso de modificación.

La relación entre los roles del personal y los residentes tiene sus raíces en la evolución de la Comunidad Terapéutica. El personal de la primera generación de Comunidades Terapéuticas se originó de entre los grupos de residentes residentes que decidieron asumir el liderazgo en la difusión y administración de los programas de Comunidad Terapéutica. En un principio, para merecer sus puestos en el personal se basaban en su propia experiencia en el proceso de recuperación mediante la auto-ayuda. Como modelos de rol para la modificación del estilo de vida y de identidad, estaban cualificados como autoridades y guías en el proceso de modificación³³.

De este modo, los miembros del personal recuperados y los residentes son iguales como personas involucradas en un proceso de modificación, pero diferentes en la situación en que se encuentran en ese proceso. Este hecho define la posición explícita de los miembros del personal en la estructura de la organización social y en sus relaciones con los residentes. Los miembros del personal tienen el status más alto en la comunidad. También poseen la autoridad última en la administración clínica y de la comunidad.

PERSONAL DE TRATAMIENTO: ROLES Y FUNCIONES

Desde la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, el rol del miembro de personal es complejo y puede compararse a los de aquellos que prestan servicios en otras instituciones de salud mental y médica. Por ejemplo, en el caso de los encargados, consejeros y terapeutas ajenos a la Comunidad Terapéutica, la

33. En general, todavía hoy el personal clínico se nutre de los residentes, a pesar de cada vez comparten sus funciones en mayor medida con nuevos profesionales tradicionales sin experiencias de recuperación.

relación entre el usuario y el profesional se considera un elemento primario de la terapia. En la Comunidad Terapéutica, el elemento terapéutico esencial es la relación del usuario con la comunidad de residentes. Para enriquecer esta alianza terapéutica entre el individuo y la comunidad, y para potenciar el proceso de recuperación basado en la auto-ayuda mutua, el personal ha de implicarse en varias funciones y actividades. Estos múltiples atributos del rol pueden ser resumidos y explicados separadamente como *facilitador/guía, consejero, encargado de la comunidad, y autoridad racional*. A pesar de que, obviamente, se solapan, cada uno de estos roles presenta características diferentes, y cada uno de ellos impacta en el individuo residente y la comunidad de modos diferentes.

Personal como facilitador/guía

Guiar significa asistir a otras personas en un camino, viaje o pasaje. Los guías asisten a los demás porque ellos mismos han hecho el mismo camino y han atravesado los mismos terrenos con éxito, y como facilitadores, utilizan las herramientas que conocen acerca del camino para asegurar un viaje seguro. Esta descripción del facilitador/guía es aplicable al personal clínico que trabaja en la Comunidad Terapéutica.

En la Comunidad Terapéutica, el viaje es el proceso de recuperación individual y el crecimiento personal. El camino es el curso planificado de la modificación, señalado por las etapas del programa y los niveles de status. El terreno es el entorno social (la estructura, las personas que enseñan al individuo a aprender y cambiar). Como guías, los miembros del personal conocen el camino, y como facilitadores conocen como adaptarse al terreno del entorno social con el fin de crear las oportunidades para el aprendizaje.

El objetivo de un facilitador es el de guiar a los individuos a través de un proceso de auto-descubrimiento y cambio, asegurándose de que reciben las experiencias de crecimiento necesarias para aprender e incorporar los principios y valores de la vida correcta. Los rasgos generales del facilitador/guía subrayan el significado de la naturaleza experimental diferencial del proceso. Los guías conocen el proceso de modificación desde el punto de vista de sus propias experiencias de recuperación, y de su experiencia en la observación del proceso de modificación en muchas otras personas. Así, en la mayoría de los casos los miembros del personal clínico del programa son personas que se han recuperado con éxito en la Comunidad Terapéutica. En otros casos, son profesionales que han estado implicados en programas de recuperación mediante auto-ayuda fuera de la Comunidad Terapéutica, a menudo mediante un programa de 12 pasos.



Un número menor de miembros del personal clínico lo constituyen los individuos que no presentan historiales de problemas con el abuso de sustancias. Sin embargo, han experimentado la recuperación de otros trastornos (físicos o psicológicos) o han atravesado cambios profundos en su crecimiento personal, en relación con otras crisis en la vida. En cualquier caso, sus actitudes como guías derivan de su conocimiento íntimo del proceso de modificación a través de la experiencia personal, y de su observación de primera mano de la recuperación de múltiples personas con trastornos de abuso. Ellos comprenden la perspectiva de la Comunidad Terapéutica y las diferentes experiencias personales necesarias para producir un cambio duradero.

Como guías, los miembros del personal entienden que el crecimiento personal auténtico y la recuperación requieren del aprendizaje interiorizado, y que éste sólo puede ser logrado a través de la experiencia personal directa. Como facilitadores, organizan, diseñan o fomentan situaciones que pueden tener como resultado el aprendizaje de las oportunidades para los residentes, las situaciones que requieren de la resolución de problemas, la superación y la toma de decisiones. El personal puede conducir al individuo hacia estas situaciones de aprendizaje, pero es el individuo el que ha de asumir los riesgos personales de implicarse en las conductas y revelaciones privadas que proporcionan las nuevas habilidades, auto-percepciones y experiencias significativas de auto-modificación.

El personal como consejero

La utilización del término formal “consejero” es un desarrollo relativamente reciente en la Comunidad Terapéutica, que refleja una evolución hacia el ámbito de la salud y los servicios sociales convencionales. En los primeros tiempos de la Comunidad Terapéutica “estándar”, no existía el rol específico de consejero, a pesar de que los residentes y los miembros del personal se implicaban continuamente en toda la amplia variedad de actividades de *counseling*. Hoy en día, los cargos de consejero junior y senior son una parte del conjunto de recursos humanos de la Comunidad Terapéutica, aunque la mayoría de las actividades de *counseling* siguen siendo informales, y son guiadas por los residentes y los miembros del personal³⁴.

34. A lo largo del día, el personal habla constantemente a los residentes en el comedor, los pasillos y salones acerca de sus cuestiones personales, su progreso y sus planes en cortas conversaciones y en sesiones programadas de mayor duración. Los contactos formales e informales se acumulan mediante la gran cantidad de *counseling* recibido de los miembros personal.

La propia existencia del cargo de consejero en la Comunidad Terapéutica acentúa la responsabilidad del personal de atender las necesidades específicas de los individuos. En la complejidad de la vida comunitaria, los residentes individuales pueden llegar a parecer relativamente invisibles, debido a que están siendo descuidados o a que, mediante su propia voluntad, se las arreglan para evitar las demandas del programa.

De este modo, el personal se asegura del hecho de que cada residente obtiene la asistencia de *counseling* relacionada con sus necesidades. Junto con el personal de apoyo, los supervisores residentes, los residentes y el propio residente podrían evaluar la situación particular del individuo, para luego decidir el modo en que debería recibir el *counseling*. En la mayoría de los casos, el miembro del personal animará las conversaciones residente-semejante, tanto formal como informalmente mediante la utilización de los grupos, reflejando el énfasis de la Comunidad Terapéutica en la auto-ayuda y la utilización de la comunidad como método.

El personal como encargado de la comunidad

Como encargados de la comunidad, los miembros del personal supervisan todas las actividades en la residencia. Sus funciones y responsabilidades incluyen el mantenimiento de las actividades físicas, la supervisión de los programas clínicos, y la organización del régimen diario de actividades educativas, terapéuticas y laborales. El rol encargado a la comunidad se caracteriza por la responsabilidad general del personal para con la comunidad en el mantenimiento de la seguridad física y psicológica, y la potenciación del mantenimiento de los residentes en el proceso de auto-ayuda.

Las cuestiones relacionadas con la seguridad pueden poner en peligro la permanencia de los residentes en el programa. El personal tiene la responsabilidad fundamental de mantener la seguridad física y psicológica en la comunidad. La percepción de la seguridad por parte de los residentes será proporcionada fundamentalmente por los propios residentes a través de la instrucción mutua, el auto-control, el modelado del rol de las conductas y actitudes seguras, y la influencia social. Sin embargo, los residentes no pueden reforzar las sanciones contra la infracción de las normas. Por ello, los miembros del personal (como encargados) deberán llevar a cabo de manera rigurosa todas las sanciones disciplinarias con los individuos (sanciones, pérdida de privilegios) y la comunidad (prohibiciones, reuniones generales). Las percepciones de los resi-



dentes de un entorno seguro se basan en su auto-control, reforzado por las acciones inequívocas por parte del personal.

Como encargados, los miembros del personal deben *mantener todos los sistemas generales* de información y comunicación. El objetivo principal es el de mantener la integridad de la jerarquía semejante-personal y proteger la cadena de comunicación. A menudo, esto significa asegurar que la comunicación se dirige a la persona apropiada, especialmente en el ámbito de la jerarquía de residentes. Por ejemplo, las quejas y reclamaciones de los residentes se inician en el propio nivel de los residentes, y alcanzan el más alto nivel de la administración a la espera de una decisión o disposición. Esta función administrativa preserva un orden en la estructura general de la casa, que es esencial para enseñar a los residentes a comportarse de un modo ordenado, a respetar la autoridad y optimizar los sistemas de manera apropiada.

En su rol de encargados, los miembros del personal supervisan y revisan continuamente los procedimientos administrativos, terapéuticos y de aprendizaje para detectar cualquier problema y mejorarlos. Las modificaciones en estos sistemas podrían implicar el despliegue de un mayor número de miembros de personal para modificar las tasas inusualmente altas de abandonos prematuros del programa, crear tutorías especiales para corregir las crisis en los procesos de comunicación, aumentar la vigilancia de la casa por parte de los residentes senior y el personal para evaluar el ambiente de las instalaciones, implementar instrucciones paso-a-paso para la iniciación del contacto con las familias de los residentes, o diseñar nuevos sistemas de información para agilizar la comunicación y la precisión de la retroalimentación.

Como encargados, los miembros del personal aseguran la idoneidad de las actividades que realizan. La efectividad de cualquier intervención terapéutica, educativa o disciplinaria para un individuo, un grupo o la comunidad de residentes al completo, depende de una adecuada realización. Esto significa que cualquier intervención en el individuo o la comunidad debe preceder a un periodo de tiempo prescrito para evaluar su impacto y sus efectos secundarios. Por ejemplo, si se asigna a un residente el acompañamiento de otro a la consulta del médico, el personal comprobará mediante la comunicación con el médico que ambos residentes llegaron juntos. Si un miembro del personal aconseja a un residente que explique ante el grupo un problema particular, ese mismo miembro del personal dialogará con el facilitador del grupo o los residentes senior en torno al resultado de la discusión grupal.

En su rol de encargados, los miembros del personal mantienen la responsabilidad en la organización social, mediante un proceso de seguimiento del pro-

ceso a través de la jerarquía de los residentes y el personal. En la estructura organizativa, la camino de este seguimiento se mueve en sentido ascendente y descendente por toda la amplitud de la jerarquía de residentes y el personal, de acuerdo con la cadena de comunicación. Los directores informan a la administración de la casa, que se comunica con el personal de *counseling*, que a su vez se comunica con los coordinadores de los residentes, iniciando estos el seguimiento en la jerarquía de residentes entre los despachadores, jefes de departamento, líderes de equipo, y equipos de trabajo. Además, el seguimiento puede implicar al personal de apoyo clínico y técnico.

El personal del programa fomenta, enriquece y promueve la auto-ayuda como concepto y actividad en todas las funciones administrativas. Su metodología general consiste en utilizar las relaciones con los residentes y *manipular* el entorno social con el fin de maximizar las influencias en los residentes. Por ejemplo, el personal evita instruir directamente a los residentes, y en su lugar les anima a buscar información, pautas de acción e instrucciones en las conversaciones con sus residentes. La transmisión entre los residentes de las enseñanzas de la comunidad acerca de la recuperación y el crecimiento es, en sí misma, una actividad de auto-ayuda personal.

En intervenciones más directas del entorno social, el personal podría cambiar el trabajo o el compañero de habitación de un residente, con el fin de presentarlo a nuevas personas y exponerlo a nuevas situaciones que lo inicien o mantengan en la auto-ayuda mutua. Por ejemplo, podría darse el caso de que una nueva usuaria compartiera habitación con otras dos mujeres residentes, una junior y otra senior, residentes de dos niveles diferentes del programa y del proceso de recuperación. Esta configuración proporciona a la residente recién admitida en cierto grado de identificación con su semejante más próxima, y una guía por parte de la semejante más avanzada en status.

El personal anima a la autorización de modelos positivos de roles en la comunidad, siempre que esea posible. Como encargados, ubican a los residentes que manifiestan modelos de rol característicos en situaciones de alta visibilidad en la comunidad. Esto no solo refuerza la conducta de modelo rol del residente, sino que además proporciona un ejemplo para los demás. Finalmente, el personal minimiza su inclinación directa en cualquier actividad dirigida por los residentes, como los seminarios, reuniones matutinas, y ciertas sesiones grupales. En estas actividades, los miembros del personal podrían contribuir como fuentes de recursos, planificadores o facilitadores, con el fin de fomentar el liderazgo de los residentes y de proporcionar una visión del concepto general de auto-ayuda.



El personal como autoridad racional: conceptos y rasgos característicos

Como autoridades racionales, los miembros del personal toman todas las decisiones concernientes al status y bienestar de los individuos y la comunidad, y esperan que todas estas decisiones sean respetadas por todos los residentes y demás miembros del personal. Así, de los roles del personal, el de la autoridad racional es el que refleja de manera más explícita los poderes reales y percibidos del personal, y las uniones sociales entre sus miembros y los residentes en la Comunidad Terapéutica. Como en todos sus roles, sin embargo, el personal como autoridad racional fomenta el proceso evolutivo de aprendizaje de la auto-ayuda. Mediante el ejercicio de su poder para enseñar, guiar, facilitar y corregir a los residentes en lugar de castigarlos, controlarlos o explotarlos, el personal modela un rol de autoridad “buena” y fidedigna. Esto sirve como una experiencia correctora para los residentes, la mayoría de los cuales han tenido, o al menos han percibido, experiencias negativas con las figuras autoritarias³⁵.

Desde la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, la autocracia y la auto-ayuda son conceptos integrados. A menudo, los residentes han tenido problemas con las autoridades, y no han confiado en ellas como guías y educadoras. Necesitan una experiencia de éxito con una figura autoritaria, en la que puedan confiar, que los apoye, corrija y proteja, con el fin de ganar autoridad sobre sí mismos (autonomía personal). Esto implica una cierta carga práctica basada en escuchar a la autoridad y responder ante ella de manera respetuosa, favoreciendo así el auto-respeto y la efectividad.

De acuerdo con la metodología de la Comunidad Terapéutica, las decisiones tomadas por el personal según su rol de autoridad racional son utilizadas para exponer y corregir los problemas característicos de los residentes con la autoridad. Los objetivos clínicos fundamentales del personal como autoridad racional son la modificación del modo en que los residentes superan los sentimientos, pensamientos y actitudes que resultan de las decisiones del personal y el modo en que perciben a las personas que toman las decisiones.

El elemento definitorio del término autoridad racional se encuentra en la palabra “racional”. Las autoridades racionales proporcionan razones claras para sus acciones clínicas. Las decisiones del personal referentes a la disposi-

35. Podrá encontrar excelentes explicaciones acerca las posibilidades de abuso de poder por parte de los miembros personal y los residentes, y la forma en que pueden ser modificadas, en Frankel (1989); ver también Bratter, Bratter y Heimburg (1986).

ción de toda la comunidad o de un solo residente (disciplinarias, cambios de trabajo, privilegios, etc.) han de apoyarse y ser explicadas en relación con la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, del trastorno, de la persona, la recuperación o la vida correcta.

Así, en la Comunidad Terapéutica, todas las decisiones del personal son racionales si son tomadas en favor del bienestar del individuo y la comunidad. Por el contrario, aquellos miembros del personal cuyas decisiones y acciones reflejen razones personales, arbitrarias o que no están relacionadas con la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, o se tomen contra el bienestar de la comunidad o del individuo, no se están comportando como autoridades racionales.

El modo en que un miembro del personal toma una decisión es tan importante como la propia decisión. La integridad de la relación entre los residentes y los miembros del personal en la Comunidad Terapéutica se basa en la realidad y la honestidad. Por ello, el residente debe percibir a las figuras de autoridad como verdaderas personas con sentimientos y emociones. Por ejemplo, un miembro del personal podría expresar sus sentimientos honestos de decepción, frustración o ira, proporcionando una retroalimentación realista ante el impacto del residente en los demás.

Estoy enfadado contigo; continúas ignorando mis sugerencias y has herido a otras personas. No quiero hablar contigo ahora. Debes pensar las cosas frente al fogón (degradación a un residente perteneciente al equipo de cocina); tal vez hablemos dentro de dos semanas.

Sin embargo, la expresión de sentimientos mediada por la pérdida de control por parte del miembro del personal indicaría un nivel de auto-control pobre. Sus maneras o su estilo deben reflejar también el propósito racional de ayudar al residente. Además de duro, distante, atento o paternal, sus formas deberían ser flexibles para facilitar cambios positivos en el residente.

Como autoridades racionales, los miembros del personal han de ser guiados por las consideraciones concernientes a los individuos y a la comunidad en general a la hora de tomar decisiones. Algunos ejemplos de estas consideraciones acentúan las reacciones característicamente “alérgicas” de los residentes ante las figuras autoritarias. Otras ilustran la relación entre el personal como autoridad y la comunidad de residentes (ver tabla 10.1).

Aún más importante, el personal *reitera* sus decisiones para determinar si el residente las comprende y acepta, y para asegurarse de si ha recibido la información de la comunidad de residentes, por ejemplo, sobre las interacciones específicas con sus residentes, las conversaciones directas con otros miembros



del personal, o las introspecciones desarrolladas gracias a la propia experiencia disciplinaria. Así, las decisiones del personal referentes a los individuos se utilizan para potenciar a la comunidad de residentes como ejemplo y para reforzar las propias enseñanzas de la comunidad.

Tabla 10.1. Pautas para el personal como autoridad racional.

Identificar las características de los residentes

Los residentes muestran a menudo una extrema sensación de privilegio y ciertas reacciones exageradas ante la injusticia percibida, la necesidad de gratificación inmediata en forma de respuestas instantáneas, y la resistencia a las figuras autoritarias. De este modo, a la hora de tomar decisiones y dar explicaciones, el personal debe considerar los siguientes puntos:

- Evitar proporcionar gratificaciones inmediatas a los residentes en forma de explicaciones completas acerca de las sanciones disciplinarias o los correctivos verbales.
- Enseñar a los residentes a tolerar la injusticia, la ambigüedad y la incertidumbre.
- Enseñar a los residentes a tolerar los cambios normales de temperamento en la autoridad sin desestabilizarse, rebelarse o volverse cínicos.

Promover la utilización de la comunidad

Las decisiones del personal deberían maximizar la fuerza de la comunidad de residentes, y minimizar cualquier aspecto autoritario del miembro del personal implicado. De este modo, las explicaciones del personal concernientes a las decisiones deberían ser tenidas en cuenta por el residente para lograr ciertos fines:

- Enseñar a los residentes a buscar información en la comunidad de residentes: el impacto instructor de una decisión del personal se verá reforzado cuando los residentes expliquen su significado al individuo; más aún, las explicaciones de los residentes refuerzan el significado del mensaje para sí mismos y enriquecen la percepción general de la comunidad como instructora.
- Potenciar el desarrollo de la fe ciega como base del aprendizaje de la confianza: si un residente obtiene información de la comunidad de residentes que puede ayudarle a comprender las razones de una sanción o correctivo, esto reforzará su confianza en el proceso de la comunidad y en la autoridad racional; este concepto es análogo al retraso típico de la apreciación de la sabiduría paterna, ilustrado en la expresión “mi padre tenía razón”.

Roles interrelacionados

Los cuatro roles y funciones del personal del tratamiento están interrelacionados. De hecho, en todos sus roles, cuando los miembros del personal someten a pruebas o desafían a los residentes les están ofreciendo pautas facilitadoras.

Por ejemplo, al cambiar de trabajo a un residente, los miembros del personal (como encargados) le están proporcionando oportunidades para aprender nuevos modos de sobrellevar las demandas de niveles más altos de rendimiento y expectativas. Al conceder permisos y privilegios, los miembros del personal exponen a los residentes a situaciones en las que tendrán que superar por sí mismos los detonantes, las tentaciones y las circunstancias del consumo de droga, sin la protección que ofrece la comunidad de residentes. Al sugerir a un residente que termine con una relación negativa, el miembro del personal (como consejero) pide al residente que afronte la soledad y la pérdida de esta relación. Al tomar acciones disciplinarias, el personal (como autoridad racional) provoca un sentimiento de frustración e ira, que el residente ha de aprender a tolerar y manejar. Finalmente, aunque no existe un intento explícito de crear un rol paterno en la Comunidad Terapéutica, los rasgos de este rol emergen de manera espontánea. Los miembros del personal podrían asumir actitudes paternas hacia los residentes, especialmente hacia los adolescentes o jóvenes adultos, a los que ven como niños. A menudo, los antiguos residentes recuerdan a ciertos miembros del personal como sustitutos de la figura paterna o materna a pesar de la edad cronológica de cada uno. Estas percepciones de los miembros del personal como figuras paternas podrían reflejar un efecto convergente de todos los roles del personal. Los miembros del personal que se muestran efectivos como guías, consejeros, encargados y autoridades racionales podrían asumir los rasgos positivos de un padre o una madre. De hecho, los rasgos de estos roles convergentes describen al "buen padre" en general. Frecuentemente, los graduados en las Comunidades Terapéuticas citan a miembros del personal en particular como aquellos buenos padres que nunca dejaron de creer en ellos, en su lucha, y en su recuperación (Bratter, Bratter y Radda, 1986).

REUNIONES DEL PERSONAL Y GRUPOS

Los roles variados del personal no muestran el cuadro completo de sus actividades en la Comunidad Terapéutica. Los miembros del personal no son simples empleados sino que al igual que los residentes residentes, son miembros de la comunidad. La inversión de tiempo y energía que realizan en su trabajo en la Comunidad Terapéutica va más allá de las expectativas convencionales. La intensidad de la vida comunitaria, sus múltiples roles y las características especiales de los residentes constituyen una enorme demanda particular que los miembros del personal han de asumir, siendo mínima su compensación material con respecto al dinero y al status de sus carreras. Las recompensas



fundamentales se encuentran en el trabajo en sí mismo y, para numerosos miembros del personal, el trabajo refuerza su propia recuperación y su crecimiento personal continuado.

Esta exposición de las actividades realizadas por los miembros del personal acentúa el enfoque característicamente humanista de la Comunidad Terapéutica. Al igual que en cualquier otra organización, el personal se implica en una gran variedad de reuniones y grupos en los que tratan las cuestiones administrativas. El director del programa o de las instalaciones dirige *reuniones de negocios* programadas regularmente a las que asisten todos los miembros del personal de la casa. El orden del día de estas reuniones incluye una revisión de las condiciones en que se encuentra la comunidad, las tasas de admisiones y abandonos por parte de los usuarios, los cambios en el programa y los problemas especiales asociados al trabajo, como la situación de los empleados, la cobertura de los turnos y las vías de comunicación. Las *conferencias de caso*, programadas regularmente, convocan a todos los miembros del personal clínico y de apoyo, y en ellas se tratan de manera específica las cuestiones clínicas y de gestión acerca de residentes específicos³⁶.

Además, los empleados se reúnen *grupos de personal* ya que es necesario organizar cuestiones relativas a los ajustes de plantilla, de cada individuo, sus personalidades, crisis y circunstancias de su vida, y los conflictos interpersonales entre miembros del personal. El formato de los grupos de personal utiliza ciertos elementos de los encuentros y pruebas entre residentes (descritos en capítulos posteriores). A diferencia de las reuniones de personal, las cuestiones comentadas en los grupos de personal son siempre personales e interpersonales, incluyendo las reacciones emocionales ante otros, las situaciones y el trabajo en sí mismo. Sus objetivos son la resolución de conflictos, el alivio emocional, el apoyo personal y el suministro de pautas de actuación.

Estos grupos están organizados por un miembro senior del personal, generalmente el director. La norma principal es la de “sombros fuera”, que significa que cualquier diferencia jerárquica de status entre miembros será ignorada. Se permite y espera que los miembros de los grupos hablen de los demás como iguales acerca de cualquier cuestión, sin temor a la represalia. Esta norma es menos común en aquellos grupos en los que residentes y miembros del personal participan para resolver sus problemas. Estos grupos fundamentalmente

36. Las cuestiones típicas que se señalan son: el progreso de los clientes, la disciplina, las estrategias ante dificultades sociales y psicológicas especiales, los allegados del residente, y el planteamiento de las etapas y fases del programa.

democráticos proporcionan una importante inmunidad ante los abusos de poder por parte de los miembros del personal o los residentes.

Los retiros del personal son grupos especiales que consisten en asambleas de miembros designados del personal o de la plantilla al completo, según la necesidad. La agenda de uno de estos retiros se compone de una mezcla de cuestiones personales y administrativas. Sin embargo, el objetivo fundamental del retiro es el logro de una renovación más amplia, la cohesión del personal y la re-dedicación. Un retiro del personal suele durar dos o tres días y se desarrolla en un lugar apartado de las instalaciones. Cada retiro está planeado y dirigido por el director, que se apoya para ello en el personal senior. Su formato se compone de sesiones grupales intensivas, ratos de ocio y comidas comunales.

Algunos programas consideran que las reuniones del personal y los retiros son esenciales para la salud del programa, debido a su capacidad para identificar sus propios problemas y cuestiones. La necesidad de estos grupos es única en la Comunidad Terapéutica, que es una cultura de auto-evaluación y en la que los problemas de "saturación" del personal se ven potenciados por las intensas exigencias de la comunidad de residentes (Freudenberger, 1980).

Además de ayudar a los miembros del personal como individuos, los grupos de personal son realmente importantes para la comunidad. El número y la variedad de los grupos de personal modelan el rol de auto-control para los residentes. Los residentes perciben al personal como un grupo de personas que, como ellos, se encuentran en un proceso continuo de auto-evaluación y crecimiento personal. Los grupos de personal mantienen la percepción de comunidad abierta caracterizada por un proceso colectivo para la solución de problemas.

ROLES Y FUNCIONES DEL PERSONAL DE APOYO

Como decíamos anteriormente, en la primera generación de las Comunidades Terapéuticas residenciales los miembros del personal clínico eran personas con experiencia en procesos de recuperación en Comunidades Terapéuticas y Alcohólicos Anónimos. Muchos de estos antiguos residentes asumían también cargos administrativos según las necesidades de las agencias, a menudo bajo la tutela de especialistas no recuperados. La división clínica y no clínica de las labores se intensificó a medida que las Comunidades terapéuticas ampliaron su ámbito y evolucionaron en complejidad. Hoy en día, los miembros del personal de apoyo son fundamentalmente personas sin experiencia en procesos de recuperación y sirven a la comunidad en numerosos roles y funciones, descritos sucintamente en la tabla 10.2.



Tabla 10.2. Roles y funciones del personal de apoyo.

Personal de apoyo de la agencia

Responsable de la infraestructura administrativa de la agencia, proporciona servicios de apoyo en las áreas legal, fiscal, relaciones públicas, investigación y administración. A menudo está formado por miembros capacitados fuera de la Comunidad Terapéutica, algunos graduados del programa y otras personas con experiencia en la recuperación y con las habilidades apropiadas. Aunque su implicación en la comunidad es principalmente periférica, podrían servir como supervisores o formadores de residentes específicos que llegaran a trabajar en la estructura administrativa de la agencia.

Personal de apoyo clínico

Proporcionan servicios directos a los residentes en áreas como la medicina y la salud mental, la educación, los servicios legales, y el *counseling* vocacional y familiar. Aparte de su propósito específico, el personal de apoyo clínico no tiene funciones formales en la custodia, clínica o administración de la Comunidad Terapéutica. Pueden participar en ciertos grupos de residentes del personal, conferencias de casos y eventos comunitarios.

Personal de apoyo de las instalaciones

Dirigen las operaciones de mantenimiento, los servicios de alimentación, seguridad y administración. Además, sirven como supervisores, mentores y formadores de residentes que asumen funciones laborales en estas unidades como miembros de equipo, líderes de equipo o jefes de departamento.

A menudo, los residentes asumen funciones laborales en los departamentos del personal de apoyo. Están *aprendiendo* a rendir en estos roles laborales convencionales, no sólo en lo relativo a la competencia, sino también en lo referente a los hábitos personales y laborales aceptables, las relaciones laborales positivas y la ética del trabajo. Así, como formadores y supervisores, los miembros del personal de apoyo deben mantener un preciso equilibrio entre el logro de las necesidades clínicas del residente y las necesidades operativas del programa.

MIEMBROS DEL PERSONAL COMO MIEMBROS DE LA COMUNIDAD

Para comprender el significado y efectividad del personal en la metodología de la Comunidad Terapéutica es fundamental realizar la distinción entre el rol genérico del miembro del personal como miembro de la comunidad y su función específica debida a su especialización profesional. Todos los miembros del personal, los de tratamiento, los de apoyo y los de la administración, poseen funciones laborales en la comunidad que definen sus roles laborales en la Comunidad Terapéutica. Al igual que los residentes, sin embargo, cada miembro del personal es también un miembro de la comunidad, un rol *genérico* caracterizado por varios atributos (ver tabla 10.3). De hecho, es el rol de miembro de la comunidad el que

integra a todos los miembros del personal en la perspectiva y metodología de la Comunidad Terapéutica, independientemente de sus diferencias en cuanto a historiales de recuperación, disciplina profesional, educación y formación.

Tabla 10.3. Miembros del personal como miembros de la comunidad.

- Todos los miembros del personal son modelos de rol que sirven como ejemplos de la expectativas conductuales acerca de la vestimenta, los hábitos laborales diarios, la comunicación interpersonal, las actitudes positivas, el temperamento, el auto-control emocional, la adhesión a las normas de las instalaciones, y la integración de los valores de la vida correcta (sobriedad, honestidad, apertura, preocupación responsable, ética del trabajo, etc.).
- Todos los miembros del personal son observadores del entorno social, físico y psicológico de la Comunidad Terapéutica, anotando cada incidente, las actitudes de los residentes o las inflaciones conductuales, así como la limpieza y el orden de la casa, y el estado de ánimo general. Su retroalimentación contribuye a mantener la autenticidad y la salud de la comunidad de auto-ayuda.
- Se espera de todos los miembros del personal que sean como profesores, impartan seminarios, sean mentores y tutores, formando tanto a residentes como a otros miembros del personal. Formalmente, sus enseñanzas están basadas en su campo de especialización. Informalmente, enseñan la autenticidad y la vida correcta mediante su ejemplo personal de optimismo, humildad, entusiasmo, vulnerabilidad, curiosidad intelectual y auto-evaluación.
- Todos los miembros del personal son parte de un sistema de autoridad racional. Se espera de cada miembro que ofrezca información referente a los residentes individuales y la comunidad a través de las reuniones de equipo o mediante una retroalimentación directa con la administración clínica. Estas contribuciones enriquecen la validez del proceso de toma de decisiones y utilizan información de múltiples observadores. Todos los miembros del personal entienden la perspectiva de la Comunidad Terapéutica y la comunidad como método. El personal puede explicar y defender sus decisiones ante los residentes. Todos los miembros del personal, por ello, son percibidos por los residentes como miembros de un sistema consistente de autoridad racional. Esta es una percepción crítica que presenta al personal al completo como una familia unificada que se preocupa por sus decisiones de autoridad.
- Todos los miembros del personal de apoyo tienen una función clínica única en la Comunidad Terapéutica. Como miembros de la comunidad, entienden que el medio ambiente de la comunidad es la terapia, el objetivo de cada actividad en las instalaciones está diseñado para avanzar en el crecimiento personal de los individuos. Por ejemplo, el rendimiento de los residentes en el trabajo, en las aulas, o en la enfermería debe ser considerado desde una perspectiva clínica. Se espera del personal de apoyo que observe e identifique los problemas conductuales, actitudinales y emocionales, escuche las quejas o comentarios de los residentes, aliente y apoye a los residentes durante el proceso, y que utilice las vías de comunicación adecuadas para transmitir las observaciones clínicas al personal de tratamiento primario.



CONCLUSIÓN

En este capítulo se ha descrito el modo en que el personal clínico del programa de tratamiento supervisa las actividades diarias de la comunidad de residentes a través de sus roles interrelacionados de facilitador, consejero, encargado de la comunidad y autoridad racional. Otros profesionales proporcionan servicios de apoyo educativos, vocacionales, legales, médicos y de mantenimiento. Independientemente de su educación, formación, disciplina profesional, historial de recuperación, o posición en la agencia, todos los miembros del personal son miembros de la comunidad. Según sus funciones laborales específicas, proporcionan los servicios especiales necesarios para la comunidad. Según el rol genérico de miembro de la comunidad, los miembros del personal ejemplifican y potencian las expectativas y enseñanzas de la comunidad basándose en la perspectiva de la Comunidad Terapéutica y su método. La efectividad del personal en el mantenimiento de un entorno comunitario capaz de enriquecer la recuperación mediante la auto-ayuda, se hará más evidente en los roles de los residentes residentes, descritos en el siguiente capítulo.

Los residentes en la Comunidad Terapéutica

11

En la Comunidad Terapéutica, los residentes son los primeros agentes del cambio. En sus diferentes papeles sociales y de relaciones interpersonales, los residentes son los mediadores de la socialización y el proceso terapéutico. Los residentes constituyen los miembros principales de la comunidad, y la jerarquía de residentes es el componente principal de la organización social. De hecho, todos los residentes son iguales en la lucha por modificar sus vidas. En la jerarquía de residentes, sin embargo, la igualdad está indicada por el status comunitario del residente y su progreso personal. De este modo, el programa existe y está diseñado para potenciar la asunción de responsabilidad por parte de los residentes para sus actividades operativas, terapéuticas y educativas.

De un modo más general, todas las relaciones entre los residentes están diseñadas para reforzar las normas y valores resumidos en la visión de la vida correcta de la Comunidad Terapéutica. Aprender a vivir con éxito en el programa es aprender a vivir de manera efectiva en el mundo exterior. Así, un sencillo conjunto de normas, valores y creencias define la vida dentro y fuera de la Comunidad Terapéutica. Estas normas, valores y creencias transmitidas por los residentes se continúan con aquellas existentes en el mundo convencional. Este capítulo y el siguiente detallan el modo en que los roles y las relaciones de los residentes son utilizados por la comunidad para facilitar los objetivos de socialización y modificación psicológica.

LOS RESIDENTES EN LA PERSPECTIVA Y METODOLOGÍA DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

La historia de la socialización de los drogodependientes graves está marcada por las influencias negativas de sus residentes (Hawke, Jainchill y De Leon, 2000; Hawkins, Lishner, Catalano y Howard, 1986; Jainchill, Hawke, De Leon y



Yagelka, 2000; Jainchill, Yagelka, Hawke y De Leon, 1999; Kandel y Logan, 1984; Oetting y Donnermeyer, 1998). Normalmente, los residentes en Comunidades Terapéuticas han sido especialmente susceptibles a las influencias negativas de sus residentes, y la mayoría relacionan su iniciación en el consumo de drogas con sus residentes (De Leon, 1976; Simpson, 1986). Habitualmente, otros drogodependientes constituyeron sus principales relaciones durante los años de consumo activo de droga. Además de su conducta de consumo de droga, otros aspectos de su socialización han sido influenciados por las relaciones con sus residentes. Por ejemplo, las imágenes de la calle adquiridas en un contexto de residentes, habitualmente presagian las “máscaras” adultas o identidades sociales de “drogata” (dope fiend), criminal o marginado social.

Generalmente, el historia criminal de los individuos que abusan de sustancias está también relacionado con las influencias de sus residentes (Agnew, 1991). En el caso de la mayoría de los residentes en Comunidades Terapéuticas, comenzaron a delinquir a la vez que se iban involucrando en el mundo de la droga (y comenzaban a consumirla), a menudo iniciados por sus residentes o en colaboración con ellos, como el proxenetismo, la prostitución, el tráfico de droga, el robo a los familiares y la falsificación de cheques. Al continuar el consumo o desarrollar la adicción, estos patrones criminales persisten y pueden empeorar, hacia el robo de hogares ajenos y el acoso, los atracos y los crímenes violentos.

En una proporción menor de residentes, las actividades criminales precedieron a su consumo regular de droga (De Leon, 1976; Jainchill, 1996). Este grupo mostraba típicamente problemas tempranos de conducta en el hogar, la escuela y la calle, involucrándose en robos y peleas. Las influencias de los residentes también fueron evidentes en los problemas posteriores de los miembros de este grupo. Por ejemplo, los residentes a menudo se introducen unos a otros en el consumo de droga y normalmente en los centros correccionales juveniles, en crímenes más serios, con la utilización de armas y violencia.

Desde la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, para hacer frente a las influencias negativas actuales y del pasado, la cultura positiva de residentes debe mantenerse dentro del contexto de un sistema de autoridad racional. Los vínculos con los antiguos residentes deben ser reemplazados por nuevas relaciones con residentes que reviertan las influencias históricamente negativas de los residentes. A menudo, estos nuevos residentes presentan un perfil similar al del residente; o, en ciertos casos, podría tratarse incluso de antiguos residentes que han cambiado. Los nuevos residentes son redirigidos hacia el pensamiento, la conducta y los valores positivos por sus residentes que, a pesar de sus similitudes con las antiguas relaciones en la calle, son diferentes en el presente.

Desde la metodología de la Comunidad Terapéutica, los residentes influyen unos en otros a través de su participación en los diferentes roles sociales e interpersonales. Los roles son conjuntos socialmente etiquetados de conductas y actitudes relacionadas. Por ejemplo, un coordinador de las instalaciones, un tutor de los residentes o un padre describen un complejo orden de habilidades y actitudes. A menudo, estas habilidades y actitudes son aprendidas más rápidamente de manera colectiva, en lugar de entrenar cada elemento conductual o actitudinal determinado de manera aislada. Por ello, en la Comunidad Terapéutica, el continuo intercambio de roles proporciona valiosas oportunidades para el aprendizaje mutuo y constituye una vía efectiva de modificación de la persona en su totalidad.

LOS PRINCIPALES ROLES DE LOS RESIDENTES

Durante su permanencia en la Comunidad Terapéutica, los residentes asumen una gran variedad de roles sociales, que puede organizarse en dos amplias categorías relacionadas, los roles funcionales y los roles de la comunidad. Estos roles tienen objetivos comunes para el individuo: aprender acerca de los demás, aprender acerca de uno mismo y practicar los roles sociales para su aplicación en el mundo real³⁷.

Roles funcionales

Los roles funcionales son aquellos que implican demandas de rendimiento, habilidades y actitudes prescritas y relaciones definidas con los demás. Entre ellos se incluyen el trabajo, las enseñanzas, los estudios y el *counseling* de residentes.

La conversación entre residentes es una poderosa herramienta de recuperación en la Comunidad Terapéutica. Una herramienta informal, el *counseling de residentes* reafirma las modificaciones positivas e interrumpe cualquier modificación negativa de los demás. De este modo, los residentes se implican constan-

37. A pesar de sus similitudes con el método terapéutico-social familiar del *juego de rol*, la utilización de los roles en la Comunidad Terapéutica se comprende más fácilmente como un *entrenamiento de los roles*. Tanto en el juego como en el entrenamiento de los roles, los individuos pueden aprender acerca de sí mismos y los demás mediante la asunción de ciertos roles. En cualquier caso, el entrenamiento de los roles tiene el propósito fundamental de facilitar el ensayo de estos roles para su aplicación en el mundo exterior. Así, la utilización de los roles en el proceso de modificación en la Comunidad Terapéutica tiene aplicaciones terapéuticas, educativas y sociales, para preparar mejor al individuo a asumir roles similares en la sociedad.



temente en conversaciones acerca de sí mismos y los demás. Los temas tratados en estas conversaciones se centran habitualmente en el programa, las personas y el propio proceso de modificación. Los residentes hablan entre ellos específicamente para validar su crecimiento personal o para evitar el aislamiento personal, comprobar la realidad, desahogarse en relación con sentimientos que si no fueron expresados podrían detonar patrones negativos, confesar los errores del pasado, lamentarse y, a veces, amenazar con el abandono del tratamiento. En estos intercambios, los residentes alternan continuamente los roles de *consejero* y *aconsejado*, y se benefician del proceso de auto-ayuda mutua. Tanto dar como ofrecer consejo y apoyo son mecanismos efectivos de auto-ayuda.

Los roles laborales se definen generalmente por las funciones laborales específicas desarrolladas por los residentes, que deben ser modificadas continuamente y detalladas de una manera más completa en el capítulo acerca del trabajo. Aunque los residentes no poseen autoridad formal sobre otros residentes (disposiciones de tratamiento vis-a-vis), están adiestrados para manejar niveles crecientes de autoridad a través de sus funciones laborales y bajo la supervisión del personal. Se espera de los líderes de los equipos de servicio, los despachadores, los jefes de departamento y los coordinadores que supervisen y gestionen el trabajo de los residentes, enfrentándose a las conductas y actitudes negativas e informando de ellas al personal. Además, los residentes modelan otras características relacionadas con el trabajo que trascienden sus funciones específicas, como la motivación, los estándares de rendimiento personales, el cooperativismo, la competitividad, las actitudes hacia los subordinados y superiores, y la adhesión a la ética del trabajo. Así, los residentes en sus roles laborales median en la amplia modificación terapéutica y educativa de los demás residentes.

Como *tutores* de sus residentes, se espera de todos los residentes que proporcionen asistencia específica a los demás en las áreas en las que mejor se desenvuelven, y que amplíen los objetivos del programa. Por ejemplo, todos los residentes son tutores en el sentido de que se ayudan continuamente unos a otros en el trabajo diario. Aquellos que poseen habilidades o experiencia en vocaciones o profesiones particulares pueden impartir voluntariamente seminarios y talleres a sus residentes, y aquellos con competencia académica podrán ofrecer tutorías regulares a individuos acerca de materias como el lenguaje, la mecanografía, las matemáticas, la lectura y escritura.

Todos los residentes son estudiantes y aprendices, dado que están implicados constantemente en el aprendizaje. En cualquier caso, se espera de los residentes que exhiban los hábitos y actitudes apropiadas de un estudiante, incluyendo el

respeto de los códigos de vestimenta en los momentos y lugares indicados; el comportamiento apropiado durante las clases (atención y silencio); que lean, escriban y estudien; que se realicen mediante diarios personales; y muestren respeto por su tutor, mentor o profesor. Los roles de tutor semejante y estudiante están relacionados y se alternan de manera continua entre los residentes.

Los roles de mentor, profesor y líder amplifican los elementos básicos de los roles de tutor y estudiante prescritos anteriormente. Sin embargo, estos roles denotan un incremento de la responsabilidad para con los residentes y la comunidad, a medida que los residentes ascienden en la jerarquía de residentes y a través de las etapas del programa. Por ejemplo, se espera de los residentes senior que se comporten como profesores y como líderes a la hora de tomar iniciativas para mejorar la comunidad.

Los residentes como miembros de la comunidad

El miembro de la comunidad está definido por las expectativas referentes a la responsabilidad de los residentes para con los demás y para con la comunidad. Los tres grandes ejemplos de los miembros de la comunidad son: los residentes como encargados, como hermanos (gran hermano o hermana) y como modelos de rol.

Los residentes como encargados en la comunidad

En su rol de encargados de la comunidad, los residentes muestran responsabilidad para con la comunidad y para con los demás, como comunicadores y monitores. Como comunicadores, se espera que los residentes proporcionen una retroalimentación y compartan la información para facilitar el proceso de modificación en cada miembro. La retroalimentación entre los residentes consiste en una serie de reacciones auténticas referentes a la conducta y actitudes observadas en el individuo. La información se transmite en forma de sentimientos compartidos, afirmaciones, sugerencias o críticas acerca del modo en que ven o experimentan al individuo. La apertura del semejante consiste en que cuenten verdades privadas acerca de sí mismos para facilitar la modificación en los demás. Toda la información acerca de los problemas, las soluciones y la modificación se basa en la propia lucha y experiencia del individuo en el proceso de modificación. Existen formas específicas de comunicación entre residentes que han de ser aprendidas por los miembros en su rol de encargados (ver tabla 11.1).



Tabla 11.1. Formas específicas de comunicación entre los residentes.

Regañinas

Se espera de los residentes que comenten (recuerden) a los miembros cada lapso en las conductas y actitudes deseadas, incluyendo cualquier decaimiento en la motivación, falta de energía, aislamiento, ensañamiento, escaso rendimiento en el trabajo, discurso negativo, falta de respeto hacia el personal y los residentes, carencia de preocupación responsable, falta de cooperativismo, impuntualidad, o desviación de la atención en las reuniones y grupos. La intención explícita de una regañina es aumentar la conciencia acerca de las conductas y actitudes que el individuo debería cambiar; sin embargo, las regañinas refuerzan las modificaciones en aquellos que las emiten (ver nota abajo).

Apoyos

Se espera de los residentes que proporcionen una retroalimentación positiva entre ellos en cada oportunidad apropiada. La intención explícita del apoyo es la de alentar al residente débil a reafirmar cualquier signo de progreso en el semejante. De manera implícita, los apoyos equilibran las regañinas y otros correctivos verbales. Del mismo modo que ocurre con los demás casos de retroalimentación entre residentes, los apoyos sirven como auto-reforzadores.

Tirones

También se espera de los residentes que agarren a sus residentes y “tiren de ellos hacia dentro”, especialmente con los recién llegados, para ayudarles a sentirse internos a la comunidad. La función de los demás es el esfuerzo consciente por observar y detectar signos de no-afiliación (aislamiento personal, falta de participación) o des-afiliación (actitudes y conversaciones negativas acerca del programa). En solitario o en compañía de otros residentes, se espera del residente que intente revertir estos problemas de afiliación mediante estrategias variadas: palabras y acciones que alienten a los residentes para permanecer en el programa y participar en el proceso.

Nota. Un excelente análisis de los elementos funcionales de las regañinas se puede encontrar en Hawkins y Wacker, 1986.

Como *monitores*, se espera de los residentes que observen las conductas y actitudes de sus residentes en busca de signos de negatividad, y que sea frente a ellos directamente o a través de las conversaciones, las regañinas o la crítica. Si sus correcciones no son atendidas o no son recibidas de manera respetuosa, los residentes son responsables de informar del incidente a aquellos miembros de status directamente superior en la jerarquía de residentes, los despachadores, coordinadores o los miembros del personal.

La responsabilidad de los residentes también se extiende más allá del individuo hasta las condiciones de las instalaciones y el bienestar general de la comunidad. Como monitores, se espera de cada uno de los miembros que permanezca alerta de los signos de negligencia en las instalaciones, así como de los proble-

mas individuales y colectivos que podrían suponer amenazas potenciales para la propia comunidad. Llegado este punto, se esperara del semejante una regañina a todos los miembros y que informará a los demás de sus observaciones.

A pesar de que no tienen autoridad formal sobre la disposición de los demás residentes, los residentes tienen una considerable autoridad informal en su rol de encargados de la comunidad. Esto queda ampliamente reflejado en el concepto de *exculpación*. El fallo a la hora de afrontar o de informar acerca de la conducta negativa o la infracción de la norma se considera una exculpación, y aquellos que lo cometen están considerados igualmente responsables de las consecuencias de esta conducta. La exculpación, en sí misma, es por ello vista como una conducta negativa grave a la que se debe hacer frente y sobre la que se debe informar cuando se observa en los demás.

De este modo, la intención de la monitorización por parte de los residentes es compleja desde el punto de vista de la Comunidad Terapéutica. Es la responsable de mantener la cultura de la comunidad al desafiar al código de la calle número uno: “nunca delates a un semejante”; y hace frente a los efectos potencialmente subversivos de las alianzas negativas.

La exculpación se integra en la conducta negativa de otras personas no sólo mina la integridad de la comunidad, sino que puede desestabilizar la recuperación del individuo que exculpa a otro. La mayoría de los residentes en Comunidades Terapéuticas presentan patrones históricos de secretismo y engaño, que están relacionados con sus dificultades características para confiar en los demás, ser fiables y manejar el sentimiento de culpa. Para estos residentes, la exculpación refuerza este patrón e invariablemente contribuyen al sentimiento de culpa hacia ellos mismos y la comunidad.

En resumen, el rol de encargados de la comunidad puede ser descrito en relación con las responsabilidades de los residentes para con los demás residentes, y su sentido del deber para con la comunidad. Se espera de los residentes que observen a los residentes individuales de la comunidad, proporcionen retroalimentación a los demás o expliquen a los residentes y a los bienes del personal porque no han estado observando a los demás o no han actuado en consecuencia. La conducta de ignorar los signos de dificultad o problemas en los individuos se considera una irresponsabilidad para con uno mismo y sus residentes. La observación de las conductas y actitudes negativas y el fallo al no actuar en consecuencia se considera una exculpación de las mismas. El principio básico que subyace a la responsabilidad semejante-comunidad es que la recuperación de cada individuo está relacionada con la recuperación de todos sus residentes. Por ello, cada residente es responsable de la salud y la seguridad de la comunidad.



Los residentes como hermanos (“hermanos o hermanas mayores”)

Las Comunidades Terapéuticas se describen a sí mismas de forma universal como familias o programas sustitutivos de familias, con sus roles informales principales definidos en términos familiares. El rol de hermano es especialmente importante en la comprensión semejante-semejante y las interacciones semejante-comunidad dentro de la Comunidad Terapéutica. Los hermanos y hermanas mayores se relacionan de manera similar con cualquier residente en la comunidad, independientemente de su género. El objetivo primordial del rol de hermano es el de enseñar a los residentes a preocuparse por los demás y cuidarse unos a otros como las buenas familias. Esta enseñanza es más evidente cuando los residentes utilizan el rol de hermano o hermana mayor para facilitarse unos a otros el proceso de recuperación.

La potenciación de los roles de hermano también inhibe de manera efectiva las relaciones sexuales entre los residentes, debido al tabú cultural que supone la sexualidad entre hermanos. Además, la experiencia sexual en el rol de hermano ayuda a los residentes a relacionarse con los demás como personas, en lugar de como objeto sexuales. De hecho, en sus roles de hermanos, los individuos recrean a menudo el rol que desempeñaron en sus familias biológicas. Podrían convertirse en “atención-captación” víctimas o perpetradores del abuso, el bebé demasiado consentido, o el hermano mayor demasiado responsable que intenta sustituir al padre adulto ausente o disfuncional. Estos roles, conductas, actitudes y emociones familiares pueden, por tanto, ser expresados, señalados y modificados como parte de la socialización y el proceso terapéutico.

Los residentes como modelos de rol

El modelo de rol, es el rol de miembro de la comunidad genérico para los residentes, y como tal, se espera de cada residente que muestre las conductas, actitudes y expectativas de la comunidad. La fuerza de la comunidad como contexto para el aprendizaje social se corresponde con la cantidad y de calidad de sus modelos de rol. En la Comunidad Terapéutica, todos los miembros han de ser formadores, tutores y ejemplos de la modificación personal con el fin de causar un efecto de formación multidimensional para un gran número de individuos durante las 24 horas.

La presencia de múltiples modelos de rol en una Comunidad Terapéutica también minimiza la necesidad y la influencia de cualquier liderazgo individual. Las figuras carismáticas emergen entre los residentes y los miembros del

personal, pero su impacto en el ámbito del programa queda diluido por la presencia de muchos otros residentes que también funcionan como modelos de rol. De este modo, los modelos de rol múltiples aseguran la diseminación del aprendizaje social, minimizan los abusos de poder potenciales por parte de residentes individuales, y mantienen la integridad de la comunidad.

El modelo del rol se refiere al ámbito, al concepto, al aprendizaje fundamental y a la actividad de formación de la Comunidad Terapéutica. El modelo de rol es el semejante idealizado que incorpora los aspectos de los roles de los demás residentes descritos anteriormente. Sin embargo, los residentes que están aprendiendo a ser modelos de rol presentan tres amplios atributos característicos: *“actúa como si...”*, *preocupación responsable*, y *“busca y asume”*.

Los modelos de rol *“actúan como si...”* cuando se comportan como las personas que deberían ser, en lugar, de cómo la persona que han sido. A pesar de la resistencia interna y de los sentimientos que lo impulsen a hacer lo contrario, los modelos de rol se implican en las conductas esperadas de la comunidad y, coherentemente, mantienen actitudes y valores positivos. Los residentes modelos de rol muestran auto-motivación, compromiso con el trabajo y otros objetivos, actitud positiva ante el personal como autoridad, y una perspectiva optimista del futuro. En la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, *“actúa como si...”* no es sólo un ejercicio de conformidad, también es una herramienta esencial para la modificación psicológica completa. Los sentimientos, las introspecciones y las auto-percepciones alteradas a menudo siguen a la modificación de la conducta, en lugar de precederla.

Los modelos de rol también ejercitan la preocupación responsable. Este concepto, descrito en capítulos anteriores, es similar a convertirse en *“el guardián de mi hermano o mi hermana”*. Las muestras de preocupación responsable requieren de una disposición para hacer frente a aquellos cuya conducta no se ajusta a las expectativas y normas de la Comunidad Terapéutica, los preceptos de la recuperación o los valores de la vida correcta. Los modelos de rol están obligados a permanecer atentos a las apariencias, actitudes, estados de ánimo y rendimiento de sus residentes, y hacer frente a cualquier signo negativo en ellos. En particular, los modelos de rol han de permanecer atentos a su propia conducta e implicarse en el proceso prescrito para el crecimiento personal.

Los modelos de rol buscan y asumen. Inician los acontecimientos en lugar de seguirlos, son voluntariosos en el trabajo en lugar de esperar a ser reclutados, ofrecen comprensión y ayuda sin que les sean pedidas, extienden sus esfuerzos más allá de los límites o requerimientos esperados, y adoptan res-



pensabilidades sin una asignación formal. Estos ejemplos de “búsqueda y asunción” hacen frente a las actitudes de privilegio, fomentan el auto-reforzamiento, derriban los límites personales del pasado para alentar el trabajo continuo en uno mismo.

ROLES DE LOS RESIDENTES EN EL PROCESO DE APRENDIZAJE SOCIAL

Los individuos se modifican a sí mismos y modifican a los demás al aprender, practicar y modelar sus diferentes roles de residentes. En las entre etapas tempranas del tratamiento los residentes reciben una mayor demanda a que están aprendiendo sus roles. Por ejemplo, están aprendiendo a recibir regañinas en lugar de aprender a darlas. Inversamente, los residentes senior se encuentran en una etapa más avanzada del desarrollo de todos sus roles, por lo que se espera de ellos que sean capaces de cumplir con mayores expectativas en el rendimiento en cuanto a sus roles, o que ejerzan como mentores en el desarrollo los roles de los residentes junior. Por ello, el aprendizaje de los diferentes roles proporciona una evidencia tangible de la afiliación y el progreso clínico.

El adiestramiento de los roles lo llevan a cabo principalmente los residentes senior, que enseñan mediante el ejemplo y la instrucción. Los residentes senior muestran a los residentes junior el modo en que deben trabajar, actúan como hermanos o hermanas mayores, los sostienen, tiran de ellos, los monitorizan, y no exculpan sus actitudes o conductas negativas.

Los residentes, al actuar como modelos de rol, se transforman en potentes agentes para la modificación en la Comunidad Terapéutica, proporcionando a los demás las pistas más inteligentes para cambiar. Al modelar las conductas y actitudes esperadas y deseadas, muestran a los demás *cómo* han de cambiar. Además, el propio status de modelo de rol representa un cargo de reconocimiento socialmente reforzado en la comunidad.

Finalmente, “el modelo de rol como agente para la modificación” refleja el concepto fundamental de reciprocidad subyacente al proceso de auto-ayuda mutua en la Comunidad Terapéutica. Al ejercer sus roles, los residentes no sólo influyen en sus residentes, sino que, además, refuerzan su propio *auto-aprendizaje*. Tirar de los demás significa asentarse en el proceso; regañar a los residentes es un recordatorio para la auto-corrección; y sostener a un semejante es un modo de re-motivarse y reafirmarse a uno mismo. Ejercer un rol para los demás es practicarlo para uno mismo. Así, los residentes practican lo que enseñan y enseñan lo que practican.

SUBGRUPOS DE RESIDENTES EN LA COMUNIDAD

Aunque la Comunidad Terapéutica fomenta las relaciones entre residentes, desaconseja de manera explícita los agrupamientos permanentes de residentes debido a que minan potencialmente la influencia de la comunidad como familia. De este modo, las agrupaciones de miembros específicos han de cambiar constantemente, de manera que los vínculos rígidos entre miembros de subgrupos no proliferen. Estos cambios suelen producirse de forma natural a medida que ascienden los residentes de junior a senior, y cuando asumen nuevas funciones laborales, rotan en torno a los diferentes grupos terapéuticos y tutorías, duermen en diferentes habitaciones y participan en reuniones y seminarios de ámbito comunitario.

Hasta cierto punto, las identidades semejante-grupo benignas surgen como cohortes de admisión o graduación. Sin embargo, éstas se perciben como el resultado de los sentimientos de identificación con los demás, en lugar de agrupamientos organizados específicamente. Así, todos los residentes comparten la membresía al cambiar de grupo en un momento u otro. Los individuos, en sus roles funcionales y de miembros de la comunidad, trascienden de su posición en cualquier grupo específico de residentes. Este rasgo fluido de la composición de los grupos de residentes neutraliza las influencias negativas de los colectivos reducidos de residentes y mantiene una percepción general de comunidad sencilla de residentes.

Círculos de residentes como cuestión comunitaria

Las formaciones de residentes se desarrollan, pero a menudo su vida es corta dada la dinámica de rotación de la Comunidad Terapéutica. Los círculos más reducidos de residentes pueden mostrar algunos de los patrones familiares de las colectividades negativas de residentes, como las conversaciones exclusivas en grupos, los acuerdos para sentarse en la mesa a la hora de comer o en el salón de reuniones, la exculpación de las conductas de actitudes negativas de los miembros de un círculo, etc. las conductas de este tipo de círculos constituyen un problema particular durante los grupos terapéuticos, como los encuentros. Los miembros del círculo podrían depender unos de otros a la hora de cómo comportarse en las confrontaciones, llegando a acuerdos mutuos implícitos o explícitos (“contratos”) para proteger a los miembros del círculo de las indagaciones del grupo más amplio.

Frecuentemente, la base en cada formación de círculos de residentes es la ampliación compartida en conductas negativas o proscritas, que podrían incluir



el consumo de drogas, la insinuación sexual u otras infracciones de las reglas cardinales o de la casa. Sin embargo, la motivación de estos círculos podría ser menos abiertamente destructiva, proporcionando un forum de protestas compartidas, actitudes negativas o amenazas de abandono del programa.

Algunos círculos emergen de la homogeneidad de un género, un grupo de edad o una raza-etnia común. Estos agrupamientos demográficos o culturales pueden fomentar la afiliación al programa y tienen una implicación en el proceso de tratamiento cuando se utilizan *a propósito* con estos fines. Sin embargo, cuando estos grupos surgen de manera espontánea y parecen apartarse de la membresía general, su utilidad clínica se ve disminuida, y presentan problemas de integración obvios para la comunidad.

Otros círculos derivan de una sensación compartida de elitismo. Están compuestos por varios miembros que se creen superiores a los demás en su conocimiento del programa y su compromiso con él, y en la auto-evaluación de sus propias recuperaciones. A pesar de que parecen menos dañinos para el programa, estos círculos también dividen a la comunidad en el sentido de que fomentan la separación “nosotros-ellos”. Más aún, el círculo elitista impide el crecimiento psicológico de sus miembros, reforzando las actitudes de privilegio y auto-engrandecimiento.

Los círculos constituyen una amenaza a la comunidad en general debido a que amplifican las influencias negativas de los residentes en la historia de la mayoría de los residentes. De este modo, se espera de aquellos residentes que observan conductas relacionadas con los círculos sociales que informen de ellas a un despachador u otro residente senior. Los miembros del círculo serán llevados a los grupos de encuentro para declarar las razones de su formación y su separación del grupo general. Los participantes sugerirán estrategias para la neutralización de estos grupos. El personal deshará los círculos, por ejemplo, cambiando a sus componentes de habitaciones, instalaciones y asignaciones laborales, imponiéndoles prohibiciones de conversación o, si se sospechan conductas gravemente negativas por parte del círculo, a través de un despido colectivo categórico.

Subgrupos sociales y culturales

Los residentes en la Comunidad Terapéutica representan la diversidad demográfica y cultural de la población general. De hecho, la Comunidad Terapéutica podría considerarse como una microsociedad pluralista prototípica. Su modelo son los métodos que fomentan la integración de edades, géneros, razas-etnias y

clases sociales. La mezcla social en la Comunidad de Terapéutica es necesaria para mostrar la realidad de la vida social en la macrosociedad³⁸.

No obstante, los problemas y cuestiones asociados típicamente a la diversidad emergen en la vida comunitaria de la Comunidad Terapéutica: prejuicios, estereotipos, insensibilidad cultural, y círculos de residentes. En el presente contexto, la explicación está limitada a la diversidad, del modo en que afecta a las relaciones entre residentes.

Cuestiones de raza-etnia

Algunos de los círculos de residentes que se forman basan su composición en aspectos raciales-étnicos, especialmente cuando los miembros de estos grupos representan una minoría del programa. Estos grupos son dispersados de manera rutinaria en favor del mantenimiento de una comunidad de residentes individuales. Pero, mientras que los círculos raciales-técnicos no están tolerados, la expresión de cuestiones y preocupaciones raciales o étnicas se fomenta tanto por razones clínicas como de gestión. Se realizan grupos de discusión dedicados especialmente a estos temas de manera periódica, no sólo para diseminar potencialmente las amenazas de división de la comunidad, sino también para exponer las tensiones personales e interpersonales que podrían interferir en el crecimiento individual. La resolución de los conflictos raciales-étnicos es a menudo un primer paso hacia la exploración de las cuestiones personales. Estos tipos raciales-étnicos de agrupamiento exponen las formas abiertas y sutiles de prejuicios y estereotipos entre los residentes, y los sentimientos de aislamiento, odio, temor y desconfianza que de ellos pueden resultar.

De acuerdo con su metodología fundamental, la Comunidad Terapéutica *utiliza* la diversidad para enriquecer sus mensajes de recuperación, crecimiento personal y vida correcta. Los problemas y cuestiones raciales-étnicos están señalados en las enseñanzas de la Comunidad Terapéutica y a través de los preceptos básicos de la vida correcta. Aprender a aceptar a aquellos que son diferentes es un camino para aprender a aceptarse a uno mismo. La eliminación de percepciones y actitudes estereotípicas concernientes al ego (imágenes) así como a los demás (prejuicios), es esencial para el logro de una auto-comprensión más completa.

38. La cuestión general de la diversidad cultural en la Comunidad Terapéutica se explica de una manera más completa en De Leon et al. (1993); ver también Deitch y Solit (1993) y Stephens (1978).



Los componentes de la vida en la Comunidad Terapéutica que enriquecen directamente la tolerancia a la diversidad son la *independencia comunal*, la *proximidad social* y la *apertura pública*. Las tareas compartidas y la responsabilidad colectiva son requerimientos esenciales tanto para las operaciones diarias en las instalaciones, como para el avance de la recuperación mutua. En la proximidad de la vida diaria los residentes culturalmente diversos duermen, comen, trabajan y aprenden juntos, y esto favorece la intimidad personal y desdibuja las diferencias percibidas. Las aperturas públicas acerca de sufrimientos emocionales hacen aflorar las similitudes y los rasgos comunes entre los residentes, fomentando la aceptación comunitaria del individuo independientemente de su origen cultural.

Cuestiones de género en la Comunidad Terapéutica

Las mujeres representan una minoría numérica en la mayoría de las Comunidades Terapéuticas, reflejando a grandes rasgos la proporción hombre-mujer de drogodependientes graves en la sociedad (Coletti et al., 1992; De Leon y Jainchill, 1991; Jainchill, 1994; Jainchill et al., 1997; Stevens, Arbiter y Glider, 1989; Winick y Evans, 1997). Al comparar las características sociales y psicológicas de los adictos masculinos y femeninos, la auto-estima de las mujeres es normalmente más baja, su depresión y su ansiedad son mayores, y su fuerza social general en relación con el trabajo y las habilidades laborales es más débil (De Leon y Jainchill, 1991; Jainchill et al., 1997). De manera llamativa, las mujeres acarrean un mayor sentimiento de culpa y vergüenza acerca de su estilo de vida pasado, basado en el consumo de droga.

El peor cuadro psicológico de las mujeres adictas refleja algunos de los efectos negativos persuasivos del condicionamiento del rol social en la sociedad, cuestión que ha sido denominada hipótesis de “auto-estigma”. Las mujeres adictas interiorizan en la sociedad la visión común de que están más marginadas socialmente que los adictos masculinos. Por ello, a menudo se sienten más perturbadas y auto-rechazadas que sus homólogos masculinos (De Leon y Jainchill, 1991-92; De Leon y Jainchill, 1991; Jainchill et al., 1997).

Otra cuestión de género en la Comunidad Terapéutica está relacionada con la percepción de las mujeres acerca de su seguridad, que se refleja en su historia con los hombres. Las mujeres adictas a menudo han sido introducidas en la droga por los hombres, y sus relaciones con los hombres a menudo han incluido abusos físicos, violaciones, explotación y abandono (Densen-Gerber, Weiner y Hochstedler, 1972; Stevens y Glider, 1994). De este modo, en el contexto de la

vida mixta en la comunidad, las cuestiones acerca de la seguridad física y psicológica y la confianza en las relaciones son de suprema importancia.

Generalmente, la metodología de tratamiento para mujeres y hombres es la misma. Sin embargo, algunas de las cuestiones de género hacen que sea necesaria la modificación de los roles sociales de las mujeres dentro de la estructura de la comunidad. De forma rutinaria, las mujeres ocupan cargos en niveles más altos de la jerarquía de residentes, y se convierten en modelos de rol con elevados status en la comunidad. Las mujeres residentes facilitan los grupos, se enfrentan a los hombres (y a las mujeres), y se convierten en miembros del personal y directoras de las instalaciones. Las oportunidades para la movilidad igualitaria en la estructura social de la comunidad contrastan directamente con sus experiencias en la sociedad y, por ello, las ayudan a desafiar y modificar las percepciones estereotípicas de género. Estos cambios de rol también ayudan a aflorar los prejuicios basados en los hombres, los temores y los resentimientos hacia las mujeres con autoridad.

Además, en los grupos de mujeres, las participantes comparten preocupaciones comunes y experiencias relacionadas con el abuso de género y la discriminación. Otros grupos de géneros mezclados buscan y corrigen los patrones negativos de interacción hombre-mujer, las actitudes y percepciones condicionadas por los roles. Los grupos de hombres ayudan a los hombres a examinar cualquier patrón abusivo en las relaciones del pasado y el presente, en las que ellos eran responsables o víctimas. Finalmente, los grupos de relaciones especiales se dedican a estudiar las relaciones específicas entre hombres y mujeres. En estos grupos, las parejas son asistidas en el aprendizaje de nuevas habilidades interpersonales, expresando sus temores y desconfianzas, y aclarando las percepciones mutuas, correctas y erróneas. Desde la visión de la Comunidad Terapéutica, si se permite que estas cuestiones de género persistan y se ulceren, los residentes serán vulnerables al abandono y la recaída.

La metodología de la Comunidad Terapéutica no sólo persigue y revela el modo en que el condicionamiento social del rol ha afectado a los individuos, sino también el modo en que los individuos pueden utilizar de forma errónea estos factores de rol para evitar el crecimiento personal y retardar su recuperación. Los residentes han de enfrentarse entre ellos para que ninguno de ellos se “esconda” tras prejuicios válidos o no de género o raza-etnia, que eviten el logro de modificaciones personales. Desde la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, a pesar de los prejuicios de raza, etnia o género, los residentes son los últimos responsables para consigo mismos. Por ejemplo, en los grupos de mujeres la atención se centra en la mujer individual (el modo en que ella podría



haber contribuido a sus problemas y el modo en que puede adquirir el *poder* para modificar las circunstancias de su vida ahora)³⁹.

De este modo, las cuestiones de género se contemplan a nivel de la organización social mediante un énfasis de la adquisición de poder social por parte de las mujeres, en unas instalaciones dominadas numéricamente por los hombres; a nivel de los grupos durante la organización de grupos específicos de género y grupos de géneros mezclados para explorar y afrontar las percepciones y actitudes; y a nivel individual mediante la asistencia a personas específicas para examinar los patrones negativos de abuso en sus relaciones, así como la modificación de sus percepciones y actitudes.

CONCLUSIÓN

Un elemento definitorio del modelo de la Comunidad Terapéutica es la utilización de los roles de los residentes para el aprendizaje social. En este capítulo se ha descrito el modo en que los residentes utilizan los diferentes roles funcionales y de la comunidad en las organizaciones sociales para modificarse a sí mismos y para modificar a los demás, y el modo en que se señalan los roles y cuestiones socialmente condicionados de raza-etnia y género. El siguiente capítulo describe el modo en que la comunidad utiliza las relaciones interpersonales y los roles dentro y fuera del programa para fomentar la modificación social y psicológica en el individuo.

39. De hecho, el entrenamiento de los roles en los grupos temáticos es informal y carece de estructura. Las reacciones, percepciones y expectativas de los residentes (y del personal) constituyen la retroalimentación que los residentes necesitan para aclarar sus problemas con los roles sociales e interpersonales. Los seminarios y las sesiones tutoriales en las que los miembros del personal y los invitados especiales proporcionan la información requerida, ofrecen un entrenamiento más estructurado de los roles y las relaciones sociales-interpersonales. El juego de rol, así como la instrucción directa acerca de la modificación conductual y actitudinal, podrían emplearse en las tutorías y sesiones para el entrenamiento de habilidades acerca de cuestiones como la amistad, las conductas de paternidad, la ciudadanía, etc.

Las relaciones

12

Los residentes en la Comunidad Terapéutica emplean una serie de roles *interpersonales* y relaciones tanto dentro como fuera del programa. Las amistades y vínculos, románticos o sexuales, emergen de manera “natural” dentro de la comunidad de residentes y se ven seriamente afectados por la falta de intimidad de la vida comunitaria. Las relaciones mantenidas fuera de la comunidad se verán naturalmente afectadas por la experiencia del tratamiento, y pueden revelar una valiosa información acerca de la recuperación y el crecimiento personal de individuo. Este capítulo examina el modo en que se utilizan estas relaciones interpersonales para transmitir las enseñanzas de la comunidad acerca de la vida correcta y la recuperación.

LAS RELACIONES: PERSPECTIVA Y METODOLOGÍA

La baja calidad de las amistades y los vínculos románticos del pasado es un resultado de los problemas con la droga de los residentes en general (Casey y Preble, 1969; Chi'en et al., 1964; Glyn y Hanlein, 1998; Khantzian, 1985; Oetting y Donnermeyer, 1998).

Entre los residentes en las Comunidades Terapéuticas, los problemas de relación que más comúnmente afloran están relacionados con la sexualidad, los temores interpersonales y la falta de habilidades y valores para las relaciones. Esos derivan principalmente de sus historiales sociales y familiares. Por ejemplo, las relaciones sociales de los residentes en la Comunidad Terapéutica han estado marcadas por la desconfianza, las repetidas decepciones, la dependencia, la explotación, el abuso y a veces la violencia. De este modo, los residentes a menudo carecen tanto de las habilidades como del coraje necesario para participar de manera auténtica en sus relaciones con los demás.

Los residentes también presentan una serie de problemas emocionales, conductuales y actitudinales relacionados específicamente con la sexualidad. Estos



reflejan los historiales de víctimas o causantes de abusos sexuales, incluidos la violación y el incesto. Además, podrían mostrar una relación sexual inadecuada y una confusión concerniente al lugar correspondiente a la sexualidad en sus relaciones. La sexualidad es, por ello, una cuestión fundamental del tratamiento de los drogodependientes, especialmente dentro del contexto de una comunidad mixta.

Desde la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, los problemas de relación de los residentes están relacionados con su ajuste social y psicológico general, así como su consumo de sustancias. Los problemas que surgen en sus amistades, sus vínculos románticos y su sexualidad en la Comunidad Terapéutica ayudan a revelar el temor a la *confianza* de los residentes y su falta de experiencia con la intimidad verdadera. A veces, las relaciones dentro de la comunidad revelan conductas de relación francamente negativas, como la irresponsabilidad, la manipulación, la explotación y el abuso de amigos o amantes.

La experiencia pasada de los residentes en cuanto a sus relaciones, habitualmente se ha producido dentro del contexto del consumo droga y ha estado relacionada con la actividad criminal. Típicamente, se tratan de relaciones negativas o anormales que consistían en colocarse, insinuaciones sexuales y actividades criminales (“ataca y huye”). A pesar de que también podrían haber incluido actividades sociales convencionales como las de escuchar música, ir a bailar o al cine, o simplemente pasar tiempos juntos, sus principales vínculos con sus residentes estaban relacionados con el mundo de la droga, implicándose no sólo en el consumo droga sino también en el tráfico frecuente, la prostitución y el proxenetismo (De Leon, 1976).

La Comunidad Terapéutica es una cultura y un contexto para las relaciones entre residentes, radicalmente diferente del contexto de la calle, que engloba todo lo que los residentes hacen juntos, lo que se dicen unos a otros, sus normas y valores comunes, y sus experiencias personales compartidas. En un entorno libre de droga y apartado del mundo exterior, los residentes trabajan en sus problemas personales, la modificación personal y la vida correcta, y se comunican en torno a ellos. Dentro de esta cultura, los programas y cuestiones de las relaciones pueden ser utilizados para promover la recuperación y el crecimiento personal.

En primer lugar, los problemas y cuestiones surgidos en la relaciones son utilizados para estimular la auto-evaluación. Los prejuicios reales e imaginarios causados a los amigos, las expectativas románticas, revelan a menudo problemas de los residentes en cuanto a madurez y socialización, como el mantenimiento de la ilusión, un exagerado sentido del privilegio y un claro egocentrismo. De especial significación clínica es el modo en que las relaciones pueden

precipitar reacciones de intro o extraversión. Por ejemplo, la separación y la desilusión podrían transformarse en aislamiento personal o convertirse en hostilidad e ira hacia individuos específicos y el programa en sí mismo.

El segundo lugar, las relaciones se utilizan para enseñar de manera experimental a los individuos las habilidades sociales, interpersonales y de relación. En tercer lugar y tal vez más importante en la Comunidad Terapéutica, las relaciones entre residentes podrán fomentar la alianza terapéutica entre el individuo y la comunidad. Las relaciones positivas median en las experiencias de apoyo sociales y curativas. Esto animará al individuo a involucrarse en las actividades terapéuticas educativas de la comunidad que conducen a la modificación individual.

La metodología general acerca la relaciones en la Comunidad Terapéutica está compuesta por cuatro estrategias interrelacionadas: de regulación, educativas, terapéuticas y de entrenamiento social. Las *estrategias de regulación* utilizan las normas, sanciones y regulaciones de la comunidad para dirigir o mantener la seguridad física y psicológica de la comunidad y los individuos. Las *estrategias educativas* nos aportan información y aclaran los valores referentes a las relaciones. Esta metodología emplea seminarios para proporcionar información específica y educación general. Las *estrategias terapéuticas* incluyen los grupos de encuentro generales, el *counseling* individual, y las sesiones especiales que se centran en la auto-evaluación y la resolución de problemas interpersonales referentes a cuestiones de relación. Estas estrategias están diseñadas específicamente para hacer aflorar los sentimientos, actitudes y preocupaciones del individuo en contraposición a la comprensión intelectual.

Las *estrategias de entrenamiento social* determinan las expectativas y procedimientos de la comunidad en el manejo de la relaciones. En la Comunidad Terapéutica, las relaciones se manejan como aspectos específicos del aprendizaje social. En esta metodología los individuos aprenden de manera experimental a dirigirse a sí mismos en las relaciones. La propia relación es utilizada para entrenar las habilidades interpersonales y aclarar los valores, para identificar las conductas y actitudes de relación que han resultado negativas, y para hacer aflorar cuestiones psicológicas más amplias para individuo, como los temores y la desconfianza.

Los problemas y cuestiones que los residentes muestran son comunes a toda la variedad de relaciones, y la metodología general ante ellos sigue siendo la misma. En cualquier caso, existen tres tipos fundamentales de relaciones de especial importancia para el individuo y la comunidad: las relaciones sexuales, las relaciones románticas y las amistades.



SEXUALIDAD EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Los drogodependientes muestran problemas, dudas y confusión a la hora de enfocar la información, la dirección, la actitud y los valores referentes a su sexualidad (Simpson, Knight y Ray, 1993; Winick, 1981). Por ejemplo, los residentes en Comunidades Terapéuticas podrían haber reconocido su consumo de droga, las cuestiones acerca de su sexualidad, el VIH y el SIDA, pero podrían no haber alterado su conducta con respecto al consumo de droga o el sexo seguro (De Leon, 1996b; Des Jarlais, Jainchill y Friedman, 1998; Galea, Lewis y Baker, 1998). Los residentes en Comunidades Terapéuticas a menudo no han sido informados o han recibido una información incorrecta acerca de los hechos relacionados con la sexualidad psicológica y biológicamente normal (Stevens y Glider, 1994). Este hecho refleja las deficiencias habituales en la educación formal. El residente sabe y entiende relativamente poco en relación con la anatomía, la fisiología, el aborto, la anticoncepción, la menstruación e incluso la masturbación.

Además, los consumidores de droga presentan modelos de rol típicamente pobres con respecto a su sexualidad. A menudo, sus padres, hermanos, o los sustitutos de éstos se han comportado de una manera sexualmente abusiva o han ejercido un control demasiado estricto y punitivo sobre ellos. Los historiales personales de abusos, violaciones e incestos son comunes entre los drogodependientes (Young, 1995).

Algunas de las cuestiones más comunes en torno a la sexualidad a las que se hace frente en las Comunidades Terapéuticas están relacionadas con los sentimientos, roles, valores y actitudes sexuales. Los miembros de ambos géneros deben aprender a controlar sus fuertes impulsos sexuales, especialmente entre los jóvenes adultos, cuyo nivel de excitación fisiológica afecta a su adaptación física y psicológica a los escenarios residenciales o restrictivos. La preocupación por los pensamientos sexuales, y fantasías eróticas pueden interferir en la capacidad de atención y el poder de concentración, y manifestarse en forma de hiperactividad en ciertas personas, o de aislamiento en otras.

La incapacidad para controlar los sentimientos asociados con los incidentes o relaciones sexuales aberrantes del pasado, a menudo desencadena una sensación de confusión en relación con la homosexualidad, la heterosexualidad y la bisexualidad. Las dificultades en este ámbito se deben a las experiencias vividas en la cárcel, que podrían haber conllevado encuentros homosexuales circunstanciales, y al estilo de vida de la calle, que implica comúnmente la prostitución, el proxenetismo o el intercambio de sexo por droga.

Los problemas debidos a la belleza física auto-percibida, la competición con los residentes y la necesidad de proyectar una imagen de poder (“macho”) que constituyen cuestiones familiares acerca de la sexualidad, empeoran entre los drogodependientes, debido a que luchan con una autoestima comparativamente más baja que la que presentan los individuos que no abusan de la droga. Además, existen variaciones específicas de género para algunos de estos problemas. Las mujeres, por ejemplo, a menudo se ven a sí mismas como objetos sexuales o han utilizado el sexo para lograr la supervivencia, la aprobación o la aceptación. En el caso de los hombres, la presión por mantener una imagen de macho a menudo los ha obligado a mostrar una actividad sexual de una frecuencia desmesurada, una conducta abusiva o explotadora, y una serie de actitudes humillantes hacia las mujeres. Los hombres a menudo no distinguen entre la sexualidad y la sensualidad, como el afecto, los sentimientos y sus expresiones. Muchos hombres experimentan presiones de rendimiento y demandas de expectativas. Para hombres y mujeres, la actividad sexual iniciada en etapas demasiado tempranas de la vida, a menudo ha terminado por causar un cansancio sexual caracterizado por una pérdida de los sentimientos y una actitud cínica.

Finalmente, las consecuencias negativas específicas hacia la salud sexual derivan del propio historial de consumo de droga. Están relacionadas fundamentalmente con los efectos psicofarmacológicos del consumo crónico de droga, así como las distorsiones en las actitudes, los valores y la auto-percepción derivadas del estilo de vida socialmente negativo. El consumo crónico de heroína, por ejemplo, reduce o suprime la libido (De Leon y Wexler, 1973; Jaffe y Martin, 1975) y, a pesar de estar mucho menos documentada, la sexualidad experimentada bajo las influencias del speed, la cocaína, los antidepresivos y el alcohol se ve llamativamente distorsionada. En general, el consumo crónico de sustancias produce actitudes irreales y sensaciones que, a corto plazo, falsifican la experiencia de la sexualidad (Khantzian et al., 1990; Washton, 1989).

La metodología general ante la sexualidad

Los elementos de las estrategias de regulación, educativas, terapéuticas y de entrenamiento social son utilizados para señalar las cuestiones relativas a la sexualidad. La interacción social hombre-mujer no está en absoluto restringida durante ninguna de las actividades del régimen diario. Sin embargo, la separación de las habitaciones a la hora de dormir se mantiene estrictamente. Las infracciones de las normas y reglas que prohíben las interacciones sexuales y las conductas inapropiadas se castigarán con sanciones comunitarias. Existe una



moratoria para las relaciones sexuales del residente, que deberá esperar hasta el momento clínicamente apropiado. Entonces podrían ser concedidos los privilegios del sexo seguro durante los permisos, en el contexto de las relaciones románticas. Se imparten seminarios con frecuencia periódica en torno a materias como: anatomía y fisiología básicas de los genitales; aborto; anticoncepción; masturbación; prácticas sexuales seguras; y distinciones conceptuales entre sexualidad, sensualidad, afecto y lujuria.

Los grupos terapéuticos y el *counseling* individual se utilizan para facilitar la apertura de los historiales sexuales traumáticos y abusivos, y las vulnerabilidades en relación con la imagen física, el rendimiento sexual, la belleza y la fuerza, y también para fomentar la expresión de los temores, las ansiedades y las expectativas concernientes a la conducta sexual del individuo. Se ayuda a comprender a los residentes el modo en que su conducta y actitudes sexuales deben ser utilizadas para la supervivencia sexual, la aceptación personal, la superación y la manipulación, y el modo en que el consumo de droga enmascara los sentimientos no relacionados con la droga (a menudo sentimientos de culpa, ira, auto-aversión, aburrimiento, inseguridad, etc.) o, inversamente, aumenta de manera artificial las sensaciones de potencia o deseo. En los grupos específicos de género y de géneros mezclados, las conductas y actitudes relacionadas con los estereotipos sexuales y la confianza son directamente señaladas y re-entrenadas.

En la Comunidad Terapéutica, las relaciones sexuales se gestionan como aspectos específicos del aprendizaje social. Estas relaciones son concedidas como privilegios, obtenidos a través de las muestras de responsabilidad para con uno mismo y los demás, que enriquecen el crecimiento y la motivación individual. La importancia se sitúa en la dirección del entrenamiento de la conducta sexual y la modificación de las actitudes negativas, en especial el respeto por la pareja sexual.

La metodología general ante las relaciones sexuales varía en cierto modo para las relaciones que se dan dentro y fuera de la comunidad, y para los diferentes grupos de residentes en etapas particulares del tratamiento. Las relaciones sexuales dentro del programa que se desarrollan entre los residentes senior en las últimas etapas del tratamiento son reconocidas por la comunidad, puesto que han sido dirigidas de acuerdo con sus expectativas sociales. Con el permiso del personal y la revisión clínica, se consumarán las relaciones sexuales seguras entre los miembros de la pareja mediante un pase de noche o durante los permisos. Los aspectos sociales y sexuales de estas relaciones pueden proporcionar datos acerca de aspectos del tratamiento, como las habilidades sociales, la madurez y la responsabilidad. De este modo, se espera que los residen-

tes se desahoguen y relaten sus problemas o cuestiones acerca de su relación sexual en el entorno de los grupos especiales, del mismo modo en que lo harían entorno a cualquier tema personal o social.

Las mismas expectativas y la misma metodología general se aplica a la conducta sexual de los residentes con parejas sexuales o sentimentales fuera del programa. Los residentes deben atenerse a la moratoria hasta que estén mejor preparados para re-implicarse en sus relaciones exteriores durante los breves periodos de permiso. Las cuestiones entorno a la sexualidad en estas relaciones son materias abiertas para la comunidad, y si fuera necesario, las parejas de los residentes podrían participar en los grupos especiales del programa (ver la última sección de este capítulo acerca de la relaciones fuera de la Comunidad Terapéutica).

Para residentes sin una pareja sexual estable, no existen modificaciones en las expectativas o la metodología a aplicar. Sin embargo, se otorga una importancia especial a los lugares, las personas y circunstancias asociadas a las relaciones sexuales de los residentes durante sus permisos. Estos factores, evaluados por los residentes y el personal, podrían ser indicadores de lapsos en la socialización y el crecimiento personal. En todos los casos, se otorga una singular importancia a las prácticas sexuales seguras y a la ruptura de la asociación histórica entre el consumo de droga y la insinuación sexual, que es tan común entre los drogodependientes.

En la mayoría de los casos, la mayoría de las cuestiones sexuales a las que los residentes hacen frente durante sus permisos son señaladas a través de las metodologías de formación educativas, terapéuticas y sociales. Sin embargo, se podría castigar con sanciones disciplinarias a aquellos residentes que muestren indicadores de una socialización pobre en los valores, conductas y actitudes asociados con sus episodios sexuales. Entre éstos encontramos, por ejemplo, las prácticas inseguras, el consumo de alcohol o droga, la coacción a otras personas, la violencia y la obtención de dinero o regalos. También se podrían aplicar sanciones ante cualquier forma de maltrato sexual (manipulación, engaño o irresponsabilidad) hacia otras personas, que se interpretará como un lapso en el proceso de socialización general.

Homosexualidad

Además de una heterosexualidad precoz, un número considerable de residentes en Comunidades Terapéuticas ha tenido experiencias homosexuales y bisexuales. El porcentaje de homosexuales declarados entre los residentes, sin embargo, no es muy diferente de la de la población general (De Leon, 1971, 1976).



La aparente discrepancia entre las experiencias homosexuales indicadas y la orientación homosexual podría reflejar presiones hacia la no apertura de los residentes. En la Comunidad Terapéutica, no se rechaza la admisión ni se despide a ningún individuo debido a su orientación sexual. Hasta hace poco, sin embargo, el relato de los residentes de sus historias y cuestiones concernientes a su orientación gay o lesbica ha sido desalentada y evitada, y los relatos de conductas homosexuales explícitas podían causar el despido inmediato (De Leon, 1971; Freudenberg, 1977). Además, existía una reducida tolerancia por parte de los residentes a las relaciones homosexuales fuera del programa cuando los residentes se encontraban de permiso. Estas percepciones y reacciones reflejaban, en parte, los estereotipos y el esquema social de la macrosociedad hacia la homosexualidad. También podrían haber reflejado cuestiones psicológicas de un personal dominado por hombres en los antiguos programas de Comunidad Terapéutica, en relación con roles e identidades sexuales sin resolver (Freudenberg, 1971, 1976, 1977).

Las Comunidades Terapéuticas contemporáneas han modificado sus niveles de tolerancia hacia una mayor aceptación de la homosexualidad (a pesar de que algunos residentes podrían no sentirse todavía cómodos a la hora de realizar una declaración abierta de su orientación homosexual). La consideración y la actitud de la Comunidad Terapéutica es la misma en el caso de la homosexualidad que en el de la heterosexualidad. Las cuestiones en torno a la socialización y el crecimiento psicológico de los residentes son universales, independientemente de su preferencia sexual. Sin embargo, se otorga una especial importancia a la educación y la terapia en la enseñanza de las distinciones relacionadas con la orientación y la conducta sexual. Muchos residentes han tenido episodios sexuales con personas de su mismo género en el contexto de sus estilos de vida y circunstancias vitales, por ejemplo, abusos infantiles, sexualidad en entornos carcelarios, y relaciones sexuales en situaciones de consumo de droga. Estos residentes aprenden a distinguir entre sus experiencias homosexuales o bisexuales y su orientación o preferencia sexual primaria. El entrenamiento de los valores, habilidades y actitudes interpersonales necesarios para mantener relaciones saludables también sigue siendo el mismo, independientemente de la preferencia sexual.

RELACIONES ROMÁNTICAS

Desde la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, las relaciones románticas incluyen las conductas sexuales, pero son más complejas que éstas. Implican conductas, actitudes, valores y habilidades para el mantenimiento de relaciones interpersonales significativas, constructivas y, a veces, estables. De este modo,

las relaciones románticas son esenciales para la vida saludable normal, pero la metodología ante éstas dentro del programa está definida por las consideraciones clínicas y comunitarias.

Ciertas relaciones dentro del programa presentan cuestiones de importancia para la comunidad. Por ejemplo, las relaciones románticas entre miembros del personal y residentes, así como entre residentes senior y junior no sólo interfieren en el orden de la vida comunitaria, sino que, además, pueden rebelarse contra la credibilidad de la propia comunidad. Reproducen escenas de abusos sexuales, explotaciones e irresponsabilidades pasadas, volviendo a aflorar traumas emocionales y reforzando el cinismo en los residentes y en el personal. Las relaciones románticas entre los miembros del personal también están fuertemente desaconsejadas, y están prohibidas cuando implican a miembros junior y senior del personal.

Asimismo, los vínculos románticos que implican a residentes junior y senior, a pesar de ser menos destructivos, presentan los mismos problemas potenciales al violar los roles de hermano que son, por definición, asexuales y no románticos. Se espera de los residentes senior que sean modelos de rol y actúen como guías ante los residentes “más jóvenes”, en lugar de como parejas románticas o sexuales.

Las relaciones románticas entre los residentes del programa, por otro lado, son más apropiadas cuando los residentes implicados se encuentran en niveles similares y avanzados del programa, y en etapas comparables de su recuperación. Estas pautas de acción minimizan la explotación en las relaciones y crean una base segura para la instrucción de los residentes en las habilidades, actitudes y valores de las relaciones saludables.

Al estar permitidas hasta cierto punto, las relaciones románticas en el programa tratamiento contienen, además, cuestiones clínicas significativas para los individuos. Los vínculos románticos entre residentes en el programa pueden impedir la socialización y el crecimiento psicológico de los miembros involucrados en la relación. Las relaciones pueden distraer a los residentes del foco de atención principal que es su trabajo en la recuperación y el crecimiento personal. La relación también puede “privatizar” a los participantes, fomentando la comunicación secreta en lugar de una apertura más general y, en ciertos casos, potenciar la confabulación para proteger la relación a expensas del crecimiento personal. También puede limitarse la capacidad de auto-evaluación de los residentes, a medida que la capacidad de confrontación se desvía de cualquier verificación de la realidad que pueda amenazar la supervivencia de la relación. En otras palabras, la propia relación puede volverse más importante que la recuperación de los individuos que están implicados en ella.



Por estas razones, las Comunidades Terapéuticas habitualmente fijan una moratoria limitada para las relaciones entre residentes dentro del programa, para mantener un entorno psicológicamente seguro y con el fin de preparar mejor a los residentes para su implicación constructiva en estas relaciones. Generalmente, estar preparado significa una afiliación correcta a la comunidad de residentes, estabilidad en los diferentes roles comunitarios y compromiso con el proceso de modificación. Para un residente que está progresando en este sentido, una vinculación romántica puede convertirse en un facilitador continuado del crecimiento personal y proporcionar una base para el aprendizaje de nuevas habilidades y valores de relación.

Los residentes interesados en mantener una relación romántica con un semejante han de transmitir sus deseos al personal, que le proporcionará una retroalimentación en torno a la disposición de ambos participantes para una relación. Normalmente, el permiso se deniega hasta que ambos residentes se encuentran en las últimas etapas del programa. Si la Comunidad Terapéutica da su “bendición”, los residentes implicados serán aceptados como pareja por la comunidad. El personal podría permitir también que la pareja tuviera citas durante sus breves permisos, que podrían incluir por ejemplo, ir a cenar, al cine o a jugar a los bolos.

El afecto físico está permitido, pero se espera de la pareja que se abstenga de practicar relaciones sexuales durante un período de tiempo y, tras éste, podrán consumir su relación solamente durante los permisos y fuera de las premisas del programa⁴⁰. Esta espera proporcionará una oportunidad a los participantes para aprender los valores y habilidades importantes en las relaciones, especialmente en cuanto a la comunicación y la preocupación responsable. También asegura el hecho de que ambos miembros acuerdan de forma mutua practicar el sexo, y que lo hacen de manera segura. Se espera de las parejas que expliquen abiertamente su relación a los demás residentes, haciendo uso los grupos para resolver los conflictos y preocupaciones de su relación. En todas las fases de la relación, la atención por parte de residentes y personal en la pareja se centra en su abstinencia, su honestidad personal y su preocupación responsable.

40. En el pasado, algunas Comunidad terapéuticas reservaban habitaciones especiales a los invitados para permitir cierta intimidad durante la noche a las parejas que recibían el permiso correspondiente. Sin embargo, esas habitaciones han sido eliminadas de las instalaciones en la mayoría de los casos, en respuesta a las críticas recibidas desde la macrosociedad, que no consideraba adecuada la sexualidad en las Comunidades Terapéuticas. Más aún, la necesidad de habitaciones especiales para la educación de las relaciones de pareja ha sido seriamente cuestionada por los propios programas. Debería notarse también que para los adolescentes, la moratoria sexual se mantiene a lo largo de toda su estancia en la residencia, mientras los demás componentes de la educación en cuanto a las relaciones sí les son facilitados.

AMISTADES

En la Comunidad Terapéutica, se pueden distinguir las amistades de las relaciones románticas, sexuales u otras relaciones entre residentes. Las amistades son vinculaciones especiales a individuos particulares. Las historias de vinculación de los drogodependientes en las Comunidades Terapéuticas son variadas y reflejan un aspecto especial de sus problemas con las relaciones en general. Para algunos de ellos existe una reducida evidencia acerca de cualquier vinculación a otras personas significativa o permanente. Como resultado de esto, a menudo son personas aisladas, marginadas socialmente y que no permiten la influencia directa de los demás.

Algunos residentes han formado vinculaciones fuertes pero auto-destructivas o nada saludables con otras personas. Entre éstas encontramos vinculaciones con los padres o allegados que retrasaron la maduración general del residente, o los lazos de unión con cónyuges, novios o novias consumidores de drogas que bloquearon el desarrollo de relaciones positivas con otras personas. Independientemente de sus historias de vinculación negativas, todos los residentes deben experimentar vinculaciones positivas para facilitar su recuperación. Las vinculaciones negativas han de ser reemplazadas por vinculaciones positivas, y debe desarrollarse la propia capacidad de vínculo.

Según la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, las amistades dentro y fuera del programa son elementos fundamentales del problema, aunque también son parte de la solución. Las amistades surgen de manera inevitable en la vida de la comunidad. Formadas previamente o durante el ingreso en el programa, las amistades ejercen tanto influencias positivas como negativas en los residentes en tratamiento. Los amigos negativos podrían ayudar a mantener el pensamiento y las actitudes relacionadas con el consumo de droga, aconsejar el abandono del tratamiento o, de hecho, incitar al residente a abandonar el programa. Además, las rupturas en las amistades y las discusiones públicas o las antipatías encubiertas entre residentes en particular pueden destruir la moral y la seguridad psicológica de la comunidad.

Inversamente, los amigos positivos muestran una preocupación responsable por el individuo y un cierto nivel de responsabilidad para con la comunidad. Son capaces de reforzar las enseñanzas de la recuperación y la vida correcta, implicar a los individuos en etapas tempranas del programa y ayudarles a mantener su motivación a lo largo del proceso, y afirmar su progreso y su modificación positiva. De este modo, las amistades formadas o mantenidas mediante las



experiencias compartidas de modificación personal positiva en la Comunidad Terapéutica son poderosos mediadores del propio proceso de modificación.

Según la metodología de la Comunidad Terapéutica, las amistades son componentes integrales de la comunidad como método. Como decíamos anteriormente, las vinculaciones positivas a individuos específicos pueden facilitar la afiliación a la comunidad general. Específicamente, estas relaciones son utilizadas para la enseñanza y los propósitos terapéuticos. Por ejemplo, las amistades positivas son necesarias para la creación de las redes sociales libres de droga en las que se apoya la recuperación. Esto implica el aprendizaje acerca del modo de identificar y resistir las influencias del pensamiento y las conductas negativas de los demás, especialmente en lo que respecta al consumo de drogas. Estas habilidades son adquiridas en las actividades diarias de la Comunidad Terapéutica, que obligan a los residentes a desafiar el pensamiento y las conductas negativas en los residentes, y que se refuerzan cuando la comunidad de residentes asiste a individuos en la identificación de amistades positivas y negativas fuera del programa.

Las cuestiones en torno a la amistad son señaladas en los grupos y las agrupaciones informales de residentes. Estas cuestiones podrían destacar los elementos integrales de la amistad, como la honestidad, la paridad y la preocupación responsable. O podrían hacer aflorar las cuestiones individuales en torno al crecimiento personal, por ejemplo, la inmadurez, las actitudes negativas y las emociones. Las sesiones de resolución de conflictos entre amigos acentúan los valores, las habilidades de comunicación y las expectativas realistas, tanto para los participantes en la discusión como para los miembros en general.

Aquellas amistades que mantienen sus elementos negativos podrían ser tratadas como círculos de residentes negativos. Por ejemplo, los residentes que forman estos círculos serán separados físicamente y ubicados en diferentes instalaciones, se les podría prohibir a hablar entre ellos o, en algunos casos, uno o varios de los amigos podrían llegar a ser despedidos del programa. Estas estrategias están apoyadas por otros residentes, que acentúan las cuestiones a aprender acerca de las amistades positivas. A continuación, un residente (a través del enfrentamiento con un semejante) explora el significado de la amistad:

“Me hablas de fumar hierba, de abandonar este lugar y me dices que lo haga contigo. Para ti un amigo es alguien que romperá con todo y se irá contigo, que te dará dinero para colocarte o que tal vez lo hará contigo. ¿Qué clase de amigo es ése? ¿Es ese tipo de amigo el que realmente se preocupa por ti? A ti no te importa nadie; ni siquiera tú mismo”.

RELACIONES Y ROLES FUERA DEL PROGRAMA

Las relaciones de los residentes fuera del programa son conocidas ocasionalmente por el personal y los residentes a través de las conversaciones y los grupos. Las cuestiones emocionales y los problemas prácticos en relación con los compañeros, hijos y padres afloran en estas conversaciones. Estos problemas se deben normalmente a los sentimientos de frustración, ira, culpa y arrepentimiento y a menudo motivaron el consumo de droga y otras conductas negativas. Los temas de estas conversaciones están relacionados comúnmente con las irresponsabilidades del pasado en el cumplimiento de las obligaciones, la manipulación de las personas queridas y el abuso verbal y físico. Desde la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, las relaciones del residente y sus roles fuera del programa deben ser señalados y modificados para asegurar una recuperación estable.

Aunque las relaciones exteriores se consideran fundamentales, la metodología de la Comunidad Terapéutica dicta que estas se mantengan en “estado latente”, al menos inicialmente. Los residentes y los miembros del personal instruyen en especial a los residentes más nuevos para suspender temporalmente la implicación activa en sus relaciones fuera del programa. Esta metodología se basa en varias asunciones clínicas que señalan ciertas cuestiones en torno a las relaciones externas: las necesidades de estabilización emocional, de la perspectiva, de la afiliación a la comunidad y el reentrenamiento de las habilidades.

Es necesario un distanciamiento temporal de las circunstancias y las personas en la vida del residente para facilitar la *estabilización emocional* durante las etapas tempranas del tratamiento. Los recién admitidos en el tratamiento residencial a menudo experimentan un estrés considerable en lo que respecta a sus relaciones exteriores. Estas relaciones son normalmente problemáticas, y podrían constituir la causa o la consecuencia del consumo de droga anterior al tratamiento por parte del residente. De este modo, los nuevos residentes no pueden funcionar de manera efectiva en sus roles externos como padres, hijos, cónyuges o amigos hasta que logren la estabilidad emocional.

Una asunción clínica es la de que la separación es necesaria para obtener una *perspectiva* acerca de las relaciones exteriores. Generalmente, los residentes deben alcanzar una comprensión de sí mismos con el fin de examinar, entender y tal vez modificar sus roles y relaciones fuera del programa. De este modo, es necesario un período de auto-evaluación y modificación antes de que el individuo pueda re-empresar de manera provechosa estas y otras relaciones, y evaluar su identidad como padres, hijos, amigos, cónyuges, empleados o ciudadanos.



Esta asunción en torno a las relaciones de roles exteriores queda reflejada en un ejemplo que detalla el caso de una residente que no es capaz de tolerar su sentimiento de culpa en relación con el cuidado de sus hijos. El grupo de residentes le proporciona una perspectiva acerca de sus amenazas de abandonar prematuramente el tratamiento.

“Viniste aquí por culpa de tu consumo de droga, y es debido a tu consumo de droga por lo que no puedes cuidar de tus hijos. Cuida primero de ti misma, y después serás capaz de cuidar de tus hijos”⁴¹.

La *afiliación* a la comunidad de residentes forma los cimientos para el comienzo de la modificación terapéutica en la comunidad. De este modo, un objetivo crítico de las etapas tempranas del tratamiento es el de asimilar rápidamente a los nuevos residentes en la comunidad. Este proceso de afiliación temprana puede rebelarse o resultar impedido si el residente sigue sintiéndose implicado o preocupado por las personas, problemas u obligaciones de sus relaciones exteriores. De este modo, la implicación en los roles y relaciones exteriores debe ser mínima hasta que la afiliación del individuo a la comunidad sea establecida. Sin embargo, cuando con el tiempo, el individuo esté capacitado para retomar sus relaciones exteriores, podrá utilizarlas constructivamente para lograr un mayor crecimiento y la permanencia en el programa.

Los residentes que están internos comienzan a aprender las *habilidades de relación genéricas* en las relaciones con sus residentes dentro del programa, que podrán ser transferidas a sus relaciones fuera del programa. Entre estas habilidades citaremos la escucha activa y la capacidad de conversación, y las habilidades para la resolución de conflictos, que se entrenan en los diferentes grupos de la comunidad. Además, los valores de la Comunidad Terapéutica de responsabilidad, honestidad, preocupación responsable y respeto han de ser aclarados a los residentes para su aplicación posterior en sus relaciones.

La monitorización de las conductas y habilidades, en las relaciones externas de los residentes por parte de los residentes y los miembros del personal, es continua. Mediante el seguimiento en los permisos y los pases de noche, las sesiones de información se podrían centrar en las cuestiones y problemas relacionados con los cónyuges, familiares, amigos, jefes e hijos de los residentes fuera de programa.

41. Incluso en las Comunidades Terapéuticas modificadas que se han implementado últimamente para el tratamiento de mujeres con sus hijos, la perspectiva sigue siendo válida. A pesar de que las mujeres tienen fácil acceso a sus hijos, y de que se les proporciona el cuidado infantil adicional necesario, el tratamiento de la madre en la comunidades residentes sigue siendo el primario (ver Stevens, Arbiter y McGrath, 1997; winick y Evans, 1997).

Finalmente, los residentes deben adquirir *habilidades específicas* en cuanto a roles sociales particulares fuera de programa. Por ejemplo, ha sido incorporado en los últimos años un notable desarrollo de una serie de iniciativas especiales para el entrenamiento de habilidades en las conductas paternas o en la comunicación familiar. La utilización por parte del individuo de estos recursos de entrenamiento es un indicador importante de la calidad de su aprendizaje de la responsabilidad y el sentido del deber. De este modo, en coherencia con su método, la comunidad utiliza estas actividades especiales de entrenamiento para evaluar la participación y el progreso del individuo en el proceso de modificación.

CONCLUSIÓN

En este capítulo se ha descrito el modo en que las relaciones han de ser utilizadas en el proceso de recuperación, ya sean relaciones dentro del propio programa (amistades, vinculaciones sexuales y románticas) o errores en las relaciones exteriores al programa (relación con los cónyuges, padres e hijos). Las relaciones se aprovechan para mostrar las habilidades interpersonales auténticas y los valores saludables en una cultura de residentes y en un contexto libre de la contaminación del consumo de droga y otras formas de alienación. La metodología de la comunidad ante las relaciones está guiada por el progreso clínico del individuo, reflejado en su avance a través de las etapas de programa. Estas etapas del programa serán objeto de las explicaciones que aparecen en el siguiente capítulo.

Etapas del programa

13

En la Comunidad Terapéutica, las etapas del programa son puntos prescritos de la modificación esperada. El status individual puede describirse en relación con los perfiles típicos en varios puntos del planteamiento del programa. Los residentes, al vivir en la comunidad de residentes, están también “trabajando las etapas del programa”.

Las etapas del programa no revelan de manera directa el proceso de modificación. En cambio, expresan el proceso en relación con el movimiento individual dentro de la estructura organizativa y las actividades planeadas del modelo. Este capítulo proporciona una descripción de las etapas del programa como componentes estructurales principales del modelo de la Comunidad Terapéutica, diseñadas específicamente para facilitar el proceso de modificación. Los capítulos posteriores describen el propio proceso en relación con las modificaciones en los residentes a medida que avanzan a través de las etapas del programa.

ETAPAS DEL PROGRAMA Y PERSPECTIVA DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

El formato de las etapas se basa en la perspectiva y la metodología de la Comunidad Terapéutica. La modificación multidimensional del individuo se desarrolla como un proceso de aprendizaje evolutivo que se descompone en etapas de modificación progresiva. De este modo, las etapas y las fases del programa marcan el paso del individuo por el proceso de aprendizaje. La relevancia del formato de etapas para el individuo, el trastorno y la recuperación se expondrá mediante ejemplos específicos.

Los residentes de la Comunidad Terapéutica presentan problemas a la hora de realizar y mantener compromisos, finalizar tareas, definir y perseguir objetivos sociales y personales. Para los residentes las modificaciones del esti-



lo de vida, de su identidad son objetivos abstractos, distantes e inalcanzables. De hecho, luchan por superar cada día y cada hora sin vacilar ante las rutinas más sencillas.

Las etapas del programa definen puntos concretos del *logro de objetivos* basados en las expectativas explícitas de la comunidad. El final de cada etapa está marcado por las conductas y actitudes esperadas para ese punto del proceso. El logro del objetivo de cada etapa constituye en sí mismo un refuerzo social explícito para la modificación del residente. Por ejemplo, al lograr el status de residente senior, candidato de re-ingreso o graduado, el residente logra el reconocimiento público, además de un conjunto de privilegios más amplios y de funciones laborales altamente valoradas.

Así, el formato de etapas redefine los objetivos de modificación a largo plazo en objetivos a corto plazo que pueden ser definidos, percibidos y perseguidos. Al proporcionar el camino de un aprendizaje paso-a-paso hacia nuevos objetivos tangibles y alcanzables, las etapas señalan los problemas clave del residente en el retraso de la gratificación y la finalización de las tareas. Los períodos secuenciales de expectativas y demandas, competiciones, y logros relacionados con cada etapa se enfrentan a las fluctuaciones de motivación inherentes a la residencia a largo plazo en un entorno relativamente invariable.

El formato en etapas *distribuye el aprendizaje* y la formación en partes manejables. La información se transmite en pequeñas cantidades y se repite de varias maneras para asegurar que ha sido procesada correctamente por el individuo. Proporciona una estructura para que los residentes practiquen lo que están aprendiendo, y les permite volver a empezar cuando vacilan o titubean.

El formato en etapas facilita la *evaluación* por parte del personal y los residentes del punto en que cada individuo se encuentra, a través de la medición del alcance logrado, en relación con las expectativas de modificación del programa. La persona es la misma en el momento de su admisión que tres meses más tarde, cuando se ha convertido en un miembro de la comunidad. La imagen completa y minuciosa de los residentes se va dibujando gradualmente a medida que cambie su relación con la comunidad. Los residentes revelan y comparten su identidad dentro de la comunidad cuando experimentan la comprensión, la aceptación y la confianza en la comunidad. Inversamente, la comunidad de residentes observa ocasionalmente todas las dimensiones de cada individuo, que son reveladas por sus diferentes roles e interacciones sociales. Aún más importante, el formato en etapas es el vehículo para la auto-evaluación del residente. El punto en que el residente se encuentra en relación con la etapa del programa, descubre también los aspectos en los que está trabajando para su auto-desarrollo.

LAS ETAPAS DEL PROGRAMA: DESCRIPCIÓN GENERAL

En las Comunidades Terapéuticas el programa tradicional es a largo plazo, el programa se descompone en tres etapas principales: inducción, tratamiento primario y re-ingreso. Cada una de ellas está compuesta, a su vez, por varias fases o subetapas. Las etapas del tratamiento están descritas en relación con sus objetivos principales, sus actividades específicas y los resultados típicos. Incluiremos una etapa anterior al ingreso, la evaluación de los admitidos, debido a que inicia la orientación del individuo hacia las etapas principales del programa.

Evaluación de los admitidos: la etapa preliminar del programa

Las Comunidades Terapéuticas tradicionales mantienen una política de “puertas abiertas” en relación con la admisión en el tratamiento residencial. Comprensiblemente, este hecho tiene como resultado una gran cantidad de candidatos al tratamiento, de los cuales no todos están igualmente motivados, preparados o dispuestos para aceptar las demandas del régimen residencial. Un número relativamente pequeño de ellos queda excluido, debido a que la política de la Comunidad Terapéutica es la de aceptar a los individuos que eligen la opción del tratamiento residencial, independientemente de las razones que motivan su decisión.

El objetivo específico de la etapa de admisión es el de identificar a aquellos cuyo ingreso resulta improcedente de manera manifiesta, y el de preparar a los demás para el tratamiento residencial a largo plazo. El procedimiento de admisión consiste en una entrevista estructurada dirigida por paraprofesionales formados, y a menudo graduados en el programa. Las entrevistas tienen una duración de 60 minutos y pueden prolongarse en una segunda entrevista, a la que a menudo asisten los allegados del usuario. Además, se evalúan los historiales legal, médico, psiquiátrico y de tratamiento de la adicción.

La pauta fundamental para la exclusión de usuarios es el riesgo para la comunidad (si los usuarios presentan una carga administrativa para el personal o suponen una amenaza a la seguridad y la salud de la comunidad de residentes). Los criterios específicos de exclusión incluyen en la mayoría de los casos historiales de piromanía, intentos de suicidio y trastornos psiquiátricos graves. La exclusión psiquiátrica se basa habitualmente en un historial documentado de hospitalizaciones psiquiátricas no relacionadas con la droga o una evidencia clara de síntomas psicóticos en la entrevista (p.e., trastorno del pensamiento, alucinaciones, orientación confusa, signos de un trastorno afectivo grave).



Generalmente, los usuarios que toman medicaciones psicotrópicas de manera regular, como los antidepresivos, serán excluidos debido a que la utilización de estas drogas a menudo está relacionada con trastornos psiquiátricos crónicos o graves. Además, la dispensa regular de medicación, especialmente en las Comunidades Terapéuticas, supone una carga administrativa y de supervisión para el relativamente reducido personal médico de estas instalaciones⁴².

Los usuarios en condiciones de salud que requieren de medicación son aceptados en las Comunidades Terapéuticas, así como los usuarios con minusvalías o aquellos que utilizan prótesis, debido a que estas circunstancias no les impiden alcanzar las demandas de participación del programa. Durante la evaluación de los admitidos se obtiene una historia médica completa, que incluye cuestiones acerca de los regímenes de medicación actuales (p.e., asma, diabetes, hipertensión) y la necesidad de prótesis. Se obtienen exámenes físicos completos y análisis de laboratorio (de sangre y orina) tras la admisión en la residencia. Aunque estas pruebas podrían requerir del alejamiento de un usuario de la residencia, estos casos son relativamente infrecuentes. Debido a la preocupación acerca de la identificación de enfermedades en el entorno residencial, algunas Comunidades Terapéuticas exigen la realización de las pruebas de la hepatitis antes de ingresar en las instalaciones o, al menos, durante las primeras semanas de la admisión.

La política de las prácticas referentes a las pruebas del VIH y el control del SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) o la hepatitis C han sido implementadas en la mayoría de las Comunidades Terapéuticas. Estas prácticas destacan la importancia de las pruebas voluntarias con *counseling*, los seminarios de educación especial acerca de gestión sanitaria y prácticas sexuales, y los grupos especiales de apoyo para residentes seropositivos o con diagnóstico clínico de SIDA (Barton, 1994; De Leon, 1996b; McCusker y Sorensen, 1994).

Desde la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, los usuarios en proceso de admisión se encuentran en una etapa pre-residencial del programa. Las actividades de evaluación se consideran intervenciones que pueden impactar en los individuos, motivándolos para la iniciación del proceso de modificación. Estas actividades ofrecen cierta orientación y preparación para la siguiente etapa. Exploran la motivación del individuo para modificar, y proporcionan información al candidato acerca de la política y la metodología general del pro-

42. Los programas de Comunidad Terapéutica modificados para drogodependientes con trastornos mentales que requieren medicación han sido implantados con éxito (ver De Leon, 1997a; Nuttbrock, Rahva, Rivera, Ng-Mak y Link, 1998; Sacks et al., 1997; Silberstein et al., 1997). Más aún, en varias comunidades terapéuticas estándar una pequeña proporción de los residentes recibe farmacoterapia como tratamiento auxiliar para sus problemas mentales o emocionales (Carroll y McGinley, 1998).

grama (como la duración planeada de su estancia, los requerimientos de participación en los grupos, las asignaciones de trabajo y la vida en condiciones mínimas de intimidad, a menudo en dormitorios comunales en una comunidad abierta). Esta orientación a menudo aclara la adaptabilidad percibida del solicitante a la vida de la Comunidad Terapéutica o el grado hasta el cual puede o desea alcanzar las demandas del régimen de la Comunidad Terapéutica.

Etapa 1: inducción

Se denomina etapa de inducción a los primeros 30 días tras el ingreso en la comunidad. Sin embargo, la inducción plena no será estable normalmente hasta los 2-3 meses de residencia. Así, a pesar de estar descritos separadamente, el objetivo y las actividades principales de la inducción se extienden hasta la fase inicial de tratamiento primario.

El objetivo primordial de la Etapa 1 es el de asimilar al individuo en la comunidad. Una asimilación rápida es crucial en los primeros días, cuando los individuos se encuentran más dubitativos acerca de su larga permanencia en la residencia y más vulnerables ante un posible abandono prematuro.

Las actividades típicas que se desarrollan cuando los nuevos admitidos ingresan en el programa ilustran los elementos básicos de la metodología de la Comunidad Terapéutica. Las necesidades individuales de desintoxicación, medicación y servicios sanitarios son aclaradas. Los derechos quedan establecidos y el programa recoge los cheques correspondientes a las cuotas; el dinero en metálico y las joyas son requisados por motivos de seguridad hasta la finalización del programa.

Poco tiempo después de ingresar en las instalaciones residenciales, los residentes se presentan a los nuevos admitidos. El personal examina la posible presencia de drogas u otros artículos de contrabando, para evitar su entrada en las instalaciones. Entonces se asignan las nuevas habitaciones a cada individuo, cada uno de ellos se ducha, y acude a su primera comida en el comedor. Los residentes en proceso de inducción se implican en todas las actividades del régimen diario: trabajo, reuniones, seminarios, grupos, comidas, recreo y tiempo personal. Aunque su contribución todavía es limitada, son considerados participantes en la comunidad. A diferencia de las etapas posteriores en las que la atención se centra en la modificación terapéutica, las actividades de la comunidad en la primera etapa se centran en fomentar la afiliación a través de varias estrategias específicas. Estas estrategias ponen énfasis en el aislamiento relativo, la intervención en las crisis, la orientación enfocada y el *counseling* de apoyo.



Los nuevos residentes necesitan un *aislamiento relativo* en lo que respecta al contacto con su familia o demás allegados fuera de las instalaciones. La correspondencia escrita entrante y saliente de la comunidad está limitada y es monitorizada por el personal, en un esfuerzo por detectar contenidos negativos o artículos de contrabando. Los problemas del exterior pueden distraer la atención y la capacidad de concentración del nuevo residente acerca de lo que debe aprender en su nuevo entorno; las interacciones activas con aquellos que permanecen en el exterior pueden también interferir en el desarrollo de las nuevas relaciones en el programa.

El personal clínico, administrativo y auxiliar atiende de inmediato a las necesidades del nuevo residente, sobre asuntos legales, médicos, familiares y financieros. La *intervención de crisis* iniciales esta diseñada para reducir el estrés y la preocupación asociada a las situaciones de presión y las circunstancias de la vida. Sin embargo, la asistencia se limita a la mitigación de los problemas inmediatos o agudos que podrían complicar potencialmente la permanencia del nuevo residente en el programa. No se proponen el objetivo de proporcionar al nuevo residente soluciones a largo plazo. El alivio completo de las presiones externas podría reducir paradójicamente la necesidad percibida por el residente de auto-modificación a través del tratamiento. En un futuro próximo, las soluciones a largo plazo a sus problemas circunstanciales deberán ser responsabilidad de los propios residentes.

La *orientación enfocada* es conducida de manera informal por los residentes, que acompañan al individuo alrededor de las instalaciones explicándole las normas, regulaciones y procedimientos; presentándole a la gente; y hablándole de sí mismos. Durante sus primeras andanzas a lo largo y ancho de las instalaciones los nuevos residentes rara vez se encuentran solos; normalmente se encuentran acompañados por residentes senior que les aclaran continuamente las normas y las conductas esperadas de la comunidad, monitorizan su conducta y hacen frente a sus amenazas y comentarios acerca del abandono del programa.

Las sesiones de orientación formal son iniciadas por los residentes senior y los miembros del personal poco después del ingreso en las instalaciones. Las sesiones de orientación incluyen la lectura de materiales, el visionado de videos y un intercambio de preguntas y respuestas. Los seminarios son la actividad principal de orientación formal. Se centran en (a) las reglas cardinales (prohibición del consumo de droga, de la violencia o de las amenazas de violencia física); (b) regulaciones de la casa o la comunidad (conductas esperadas en la casa, como las maneras en la conversación, la forma de vestir, la puntualidad, la asistencia); (c) aspectos esenciales del programa (organización estructural, perso-

nal, procedimientos básicos, etapas del programa, filosofía y perspectiva); y (d) herramientas de la Comunidad Terapéutica (encuentros con otros grupos, trabajos, el sistema de privilegios). Al progresar en esta primera etapa, el residente en proceso de inducción asistirá a los residentes senior y a los miembros del personal en la orientación de los nuevos admitidos en el programa. Este uso limitado del cambio de roles está diseñado para ayudar a los residentes a practicar lo que están aprendiendo en cuanto a su propia orientación, y representa un privilegio de status que refuerza su propia identificación con la comunidad.

Con el fin de evitar el aumento de la ansiedad personal, *todas las actividades terapéuticas son moderadas*. Los procesos de grupo durante la etapa de inducción tienden a facilitar la implicación con los residentes, la aceptación del régimen y el entrenamiento de la utilización de los grupos. La intensidad de las confrontaciones personales es leve y va acompañada de indagaciones y averiguaciones interesadas.

El *counseling* individual realizado por los residentes y los miembros del personal sirve como apoyo durante esta primera etapa. La función del *counseling* es la de reducir la ansiedad e incertidumbre características del residente acerca de sí mismo, la situación del tratamiento y el futuro. Una segunda función del *counseling* consiste en reforzar la inducción del rol en la comunidad. Durante estas sesiones, los residentes y los miembros del personal enfatizan aquello que los residentes necesitan aprender en cuanto a orientación, las dificultades que están experimentando en la adaptación al nuevo entorno, y el modo en que pueden utilizar de manera efectiva a sus residentes, grupos, reuniones y trabajos para ayudarse a sí mismos. La tabla 13.1 resume los aspectos típicos de los residentes al final de la etapa de inducción.

Tabla 13.1. Rasgos del residente: etapa de inducción.

El residente en período de orientación

- Asimilación de las políticas y los procedimientos de la Comunidad Terapéutica, la filosofía del programa y el planteamiento general de las etapas.
- Establecimiento de relaciones de confianza con el personal y/o los residentes en proceso de recuperación.
- Comienzo de una evaluación personal del propio ego, sus circunstancias y necesidades.
- Comienzo de la comprensión de la naturaleza del trastorno adictivo y de las demandas de la recuperación.
- Realización de un compromiso tentativo con el proceso de recuperación.
- Mantenimiento de un compromiso de permanencia durante los primeros meses del programa.



Cuestión especial de esta etapa

Los primeros 30 días del tratamiento son estresantes para muchos individuos que nunca han permanecido apartados de las drogas durante un período tan largo de tiempo. Además, la estructura del programa es provocativa, y la exposición a las demandas sociales y psicológicas de la Comunidad Terapéutica a menudo empujan a los individuos a afrontar la realidad y las experiencias que han estado evitando mediante el consumo de droga. Por ello, el riesgo de abandono durante este periodo es enorme.

Etapa 2: tratamiento primario

La finalidad primordial de la Etapa 2 es la de señalar los amplios objetivos sociales y psicológicos de la Comunidad Terapéutica. A lo largo de los diez meses de tratamiento primario, los objetivos principales de la Comunidad Terapéutica desaceleración, crecimiento personal y conciencia psicológica son perseguidos a través de todos los recursos y actividades comunitarios y terapéuticos.

Generalmente, el tratamiento primario está compuesto por tres fases, relacionadas a grandes rasgos con el tiempo de permanencia en el programa (de 2 a 4 meses, de 5 a 8 meses y de 9 a 12 meses). Estas fases están definidas por el status del miembro en la jerarquía de residentes (residente junior, intermedio y senior). El régimen diario terapéutico-educativo de reuniones, seminarios con los grupos, funciones laborales, y *counseling* por parte del personal y los residentes, permanecen variables a la largo de la etapa de tratamiento primario. En esta etapa, sin embargo, las expectativas de la comunidad de plena participación de los residentes en todas las actividades y roles crecen de manera llamativa, del mismo modo en que lo hacen la intensidad de los procesos de grupo y el *counseling*. Las funciones laborales se tornan más complejas, los privilegios conceden una mayor libertad y el contenido de los seminarios se extiende hasta mostrar una amplia variedad de temas relacionados con la recuperación y la vida correcta.

Las actividades específicas de esta etapa incluyen los servicios vocacionales y educativos, que se van integrando gradualmente al régimen diario al avanzar el tratamiento primario, paralelamente al progreso clínico general y al compromiso del residente con el programa. Las intervenciones clínicas son diseñadas por el personal para los problemas y necesidades únicas del individuo. Estas intervenciones pueden ser sesiones con los familiares, especiales para la solu-

ción de cuestiones psicosexuales y *counseling* psicológico enfocado para tratar problemas agudos de salud mental. Estas intervenciones están limitadas, sin embargo, en coherencia con la comunidad de residentes y la metodología de auto-ayuda de la Comunidad Terapéutica.

El *Counseling* formal proporcionado por el personal en la Etapa 2 se limita también para favorecer la utilización de la retroalimentación por parte de los residentes con sus residentes y en los grupos. Las sesiones individuales con el personal tratan sobre cuestiones de planificación del tratamiento, ajuste del programa u obstinación del residente, estrés psicológico o crisis personales en relación con asuntos externos, o problemas con la apertura pública de información especialmente dedicada. Estas sesiones se enfocan esencialmente a la resolución de problemas, aunque la ayuda produce efectos terapéuticos. La tabla 13.2 resume los aspectos típicos del residente en las tres fases del tratamiento primario.

Tabla 13.2. Rasgos del residente: las fases del tratamiento primario.

El residente en la fase 1

- Status junior en el sistema de la Comunidad Terapéutica, libertad limitada, empleos de menor nivel.
- Identificación de uno mismo como miembro de la comunidad
- Conformidad con el sistema.
- “Actúa como si...” comprende y obedece al programa, participando plenamente en las actividades diarias: sigue las instrucciones, se adhiere a las reglas cardinales y de la casa, y acepta los contratos disciplinarios.
- Muestra un conocimiento general de la metodología de la Comunidad Terapéutica.
- Acepta la gravedad de su consumo de droga y el resto de sus problemas, y muestra una cierta separación de la cultura de la droga, el código y el lenguaje de la calle.
- Revela una disminución de su disforia.
- Su participación en los grupos aumenta, a pesar de que las habilidades de comunicación y de grupo no han sido adquiridas completamente.
- Muestra una limitada apertura personal en los grupos y las sesiones vis-a-vis.

El residente en la fase 2

- “Sirve como ejemplo” para otros residentes.
- Elevado status en la estructura social evidente en sus privilegios y funciones laborales.
- Mayor libertad personal: puede abandonar las instalaciones sin compañía cuando va a lugares prescritos, durante breves periodos de tiempo y por motivos específicos.
- Actitudes clave que reflejan la aceptación del programa, compromiso de continuar trabajando en sí mismo en el programa, y valoración de los atributos de honestidad y responsabilidad de los modelos de rol.



- Crecimiento personal evidente en la adaptabilidad a los cambios de trabajo, aceptación del personal como autoridad racional, y capacidad para contener los pensamientos y emociones negativos.
- Revela una elevada auto-estima basada en su status y su progreso durante los últimos ocho meses.
- Auto-conciencia manifiesta en la identificación de imágenes características.
- Acepta toda la responsabilidad de sus conductas, problemas y soluciones.
- Ha adquirido habilidades de grupo y se espera que asista a los facilitadores en el proceso de los encuentros de grupo.

El residente en la fase 3

- Modelo de rol establecido en el programa; proporciona liderazgo a la comunidad.
- Autonomía personal elevada evidente en una mayor intimidad y permisos quincenales.
- Coordina la casa de manera efectiva.
- Elegible como miembro del personal en prácticas en las oficinas de gestión ejecutiva o en servicios adjuntos especiales.
- Asiste al personal en la monitorización de las actividades durante la noche y los fines de semana.
- Involucrado en la escuela o la formación vocacional.
- Las interacciones con el personal son más espontáneas y relajadas, y socializa con una red de residentes positivos durante los recreos y permisos.
- Revela niveles más elevados y estables de auto-estima proporcionales a su status senior en la comunidad.
- Muestra cierta introspección de sus problemas con la droga y la personalidad; acepta la responsabilidad para consigo mismo y los demás miembros de la comunidad.
- Participante completamente entrenado en los procesos de grupo, sirve a menudo como facilitador.
- Es evidente un nivel superior de apertura personal en los grupos, en el intercambio de residentes y en la elevada utilización del *counseling* proporcionado por el personal.

Cuestión especial de esta etapa

Las preocupaciones en el tratamiento primario reflejan los dos efectos paradójicos de la mejora del tratamiento. Un ejemplo es la meseta en el progreso, en la que un nivel mejorado podría conducir a la finalización del programa, pero con una limitación en el crecimiento y un gran riesgo de recaída. El segundo ejemplo es la percepción del residente de que el o ella no necesita más tratamiento, produciéndose posiblemente un incremento en el riesgo de abandono antes de la etapa de re-ingreso.

Etapa tres: re-ingreso

Los objetivos primordiales del re-ingreso son la facilitación de la separación del individuo de la comunidad residencial y la finalización de la transición exitosa a la sociedad exterior. Estos objetivos son perseguidos en dos fases distintas aunque continuas, la fase residencial y la fase no residencial. En la fase residencial temprana (aproximadamente 13-18 meses), el objetivo es la preparación para una separación saludable de la comunidad residencial. En la fase de re-ingreso tardía (aproximadamente 18-24 meses), el objetivo es el de completar una transición exitosa desde la residencia y facilitar una adaptación inicial a la comunidad exterior.

Los objetivos del re-ingreso son fundamentales para la visión evolutiva de la recuperación de la Comunidad Terapéutica. Se espera de los residentes que abandonen la comunidad para vivir de manera exitosa por sí mismos, del mismo modo que los jóvenes adultos abandonan los hogares de sus padres. La separación física de la comunidad de residentes representa un punto de inflexión importante en el proceso de modificación del individuo. Todo aquello que ha aprendido durante el período de vida residencial en la comunidad de residentes es parte de la preparación para la vida en el mundo exterior.

La utilización de la exposición aumentada del residente al mundo exterior para alcanzar sus objetivos sociales y psicológicos es la distinción crítica entre el re-ingreso y el tratamiento primario como etapas del programa. En la preparación del residente para su separación del programa, las actividades de re-ingreso giran en torno al tema del ensayo y la práctica de las enseñanzas asimiladas en la Comunidad Terapéutica. Así, el modo en que los residentes de re-ingreso han cambiado completamente a lo largo de las dimensiones fundamentales del proceso de modificación es evidente en el modo en que alcanzan las demandas crecientes del “mundo real”.

En el *re-ingreso temprano*, los residentes continúan viviendo en las instalaciones. Pueden asistir a clases o desempeñar trabajos a jornada completa, tanto dentro como fuera de la Comunidad Terapéutica. Los objetivos específicos del re-ingreso temprano son: reducir la dependencia del individuo de la comunidad de residentes como fuente primaria de aprendizaje, y apoyar e incrementar la implicación del individuo en el mundo exterior. De este modo, las actividades específicas de esta fase están diseñadas para reforzar las habilidades sociales y psicológicas necesarias para la adaptación a la comunidad exterior. La importancia de la autoridad racional del personal se reduce bajo la asunción de que el usuario ha adquirido un grado suficiente de auto-control (autonomía). Esto se ve reflejado en (a) un aumento de la intimidad personal, el espa-



cio vital y una mayor cantidad de privilegios que le conceden un mayor tiempo fuera de las instalaciones; (b) un desarrollo de la toma de decisiones individual en lo relativo a los planteamientos sociales y el diseño de la vida; (c) la capacidad de compartir la toma de decisiones con los residentes en la administración de sus habitaciones de re-ingreso; y (d) una mayor flexibilidad en cuanto a las demandas del programa. Los horarios laborales y escolares asumen una prioridad mayor aunque podrían interferir con la asistencia a las reuniones u otras actividades comunitarias.

Los procesos de grupo implican a un número menor de líderes, un menor número de encuentros y un mayor número de grupos para tratar las cuestiones de adaptación. Se otorga una especial importancia a los seminarios acerca de las habilidades vitales, proporcionan información didáctica en materias como el manejo de dinero, la búsqueda de empleo, las conductas parentales, la utilización del tiempo de ocio, el consumo de alcohol y las cuestiones relacionadas con la sexualidad.

Durante la fase temprana de re-ingreso, la realización de planes individuales es una tarea colectiva del usuario, un miembro clave del personal, y los residentes. Estos planes son, de hecho, una impronta de los programas educativos y vocacionales, que incluyen calendarios para el logro de objetivos, métodos para mejorar las relaciones interpersonales y familiares, y las conductas sociales y sexuales.

A diferencia de los residentes senior en el tratamiento primario residencial, los candidatos de re-ingreso podrían ocupar un área especial de las instalaciones. La separación física deliberada de los candidatos de re-ingreso es un signo de su status social modificado en la comunidad, y de la necesidad de facilitar su separación psicológica de la comunidad de residentes.

Aunque los residentes en fase de re-ingreso temprano podrían estar asistiendo a la escuela o desempeñando un trabajo a jornada completa, tanto dentro como fuera de la Comunidad Terapéutica, se espera de ellos que participen en las actividades de la casa mientras les sea posible, y que asuman algunas de las responsabilidades de la comunidad. Estas responsabilidades incluyen normalmente la dirección de seminarios especiales para los residentes, su servicio como miembros experimentados (“fuertes”) en los grupos de encuentro, la asistencia a maratones y retiros, y proporcionar cobertura nocturna a las instalaciones.

Los individuos en fase de re-ingreso tardío son antiguos residentes que siguen involucrados como miembros de la comunidad, pero que ya no viven en las instalaciones. Desempeñan trabajos a jornada completa o prosiguen su

educación y viven en sus propios hogares con sus cónyuges, sus allegados o, a menudo, con otros candidatos de re-ingreso. Se espera de ellos que asistan a servicios complementarios al tratamiento como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos, o que tomen parte en algún tipo de terapia familiar o individual. El principal objetivo del re-ingreso tardío es el de completar una transición exitosa hacia la macrosociedad. Aunque esta fase marca el final de su residencia, su participación en el programa continúa reduciéndose. El re-ingreso tardío ubica al individuo en el mundo real para practicar lo que ha aprendido, fuera del escenario controlado y protector de la comunidad residencial. A pesar de ser opresivo, intrusivo y carente de intimidad, el contexto de un entorno de aprendizaje controlado es también protector y seguro. Por el contrario, los usuarios en fase de re-ingreso tardío están “solos” y su éxito en el trato con el mundo real depende de la estabilidad (interiorización) de lo que ha aprendido en el mundo “controlado” de la Comunidad Terapéutica.

Los objetivos específicos del re-ingreso tardío están relacionados con la transición y la separación: (a) adaptación a la vida prosocial; (b) reforzamiento de las habilidades para la vida diaria; y (c) mantenimiento de la sobriedad y de la vida correcta fuera de las instalaciones de la comunidad. La adaptación a la vida prosocial implica la capacidad y la voluntad por aprender a identificar y a señalar las dificultades asociadas al trabajo y las relaciones, a desarrollar una red social positiva y a manejar adecuadamente el tiempo de recreo y ocio. El reforzamiento de las habilidades para la vida diaria implica la educación, la formación o la monitorización en torno a aspectos como el control de los gastos, las cuestiones parentales y el cuidado de la salud. El mantenimiento de la sobriedad fuera de las instalaciones de la comunidad implica la formación o la monitorización de la superación por parte del individuo de los detonantes sociales, circunstanciales y psicológicos del consumo de drogas y alcohol.

Las actividades de formación, educación y terapia que señalan esos objetivos se desarrollan tanto en el programa como fuera de él. Los candidatos de re-ingreso que viven fuera de la comunidad y aquellos que ya se han trasladado fuera de ella no asisten a los seminarios, grupos o reuniones. Se espera que asistan a los grupos de Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos. También se les anima a recibir *counseling* individual con el personal de la comunidad siempre que lo necesiten, a participar en los grupos “ambulatorios” del programa, y a tomar parte en cualquier tipo de terapia familiar individual proporcionada en el programa o fuera de él. Una actividad adicional del programa proporciona asistencia de seguimiento en forma de servicios de abogacía, como la iniciación del desarrollo laboral.



Los candidatos en fase de re-ingreso tardío se relacionan de manera informal con el programa principal. Se espera de ellos que “devuelvan” a los demás lo que han aprendido, como elemento de su propia recuperación. De este modo, están invitados a dirigir seminarios y a servir como hermanos o hermanas mayores para los nuevos residentes. Sin embargo, estos individuos no se dejan ver diariamente en la comunidad de residentes. Los miembros del personal y los residentes los ven como hermanos que han abandonado la familia para vivir su propia vida. Esta fase constituye el fin de la residencia, pero no el de la participación en el programa. Al principio, el contacto con el programa es frecuente y se va reduciendo gradualmente a llamadas telefónicas semanales, visitas mensuales al consejero principal del personal y, por último, a la finalización oficial. La tabla 13.3. resume los rasgos típicos del residente en la etapa de re-ingreso.

Tabla 13.3. Rasgos del residente: la etapa de re-ingreso.

El residente en fase temprana de re-ingreso

- Vive en un área especial de las instalaciones.
- Asiste a la escuela/formación vocacional/empleo remunerado.
- Ayuda en la administración de las instalaciones.
- Presenta una elevada auto-estima.
- Muestra una introspección de los problemas de la vida.
- Busca y asume nuevas obligaciones.
- Muestra cierta ansiedad acerca de su futuro inmediato.

El residente en fase tardía de re-ingreso

- Vive fuera de las instalaciones.
- Está implicado en un trabajo a jornada completa, o en el trabajo y la escuela.
- Identifica las situaciones específicas, visiones, experiencias y conductas que podrían perjudicar a su recuperación.
- Se abre a sus residentes y a los miembros del personal acerca de cada duda, preocupación, error o temor experimentado y que considera potencialmente perjudicial.
- Busca ayuda donde sea necesario para lograr una mayor comprensión de sí mismo, un reforzamiento de las habilidades de superación apropiadas, la toma de decisiones o la solución de problemas.

Cuestión especial: re-ingreso como conflicto de rol en el proceso de recuperación

El progreso del individuo en la transición hacia el mundo exterior se ve complicado por los aspectos del rol de su status de re-ingreso en el programa. A menudo, los candidatos de re-ingreso creen que están “curados” o que

deberían ser capaces de manejar el estrés del “mundo real” por sí mismos. Tienden a proteger su imagen de individuos recuperados (frente a la de individuos en recuperación). De hecho, la etapa de re-ingreso es la más exigente, debido a que presenta desafíos explícitos al individuo en proceso de recuperación, de los cuales ha estado protegido durante su permanencia residencial en el tratamiento primario. La imagen de inmunidad, común a los candidatos de re-ingreso, parece haber sido auto-desarrollada y no es un mensaje del tratamiento de la comunidad.

Finalización del programa

Los individuos que completan todas las etapas de la duración planeada del tratamiento (p.e., 24 meses) son candidatos para la graduación del programa. Presentan un perfil típico que refleja la visión de la Comunidad Terapéutica de la recuperación. Los individuos que han completado el programa han permanecido apartados de las drogas y alcohol, tienen un trabajo, van a la escuela o se forman como aprendices, y han resuelto los impedimentos circunstanciales (acomodación, salud, familia, cuestiones legales). Psicológicamente, revelan una desaparición significativa en los niveles y síntomas de la depresión, y muestran una apariencia positiva. Su compromiso con el proceso de recuperación es firme; aceptan la necesidad de continuar trabajando en las áreas problemáticas particulares y en sí mismos en general. Podrían haber formado vinculaciones con terapeutas individuales y recursos de auto-ayuda.

Finalmente, los individuos que completan el programa son alentados a mantener algún tipo de relación con la comunidad como miembros de una compañía informal, desarrollando el rol de hermanos mayores con los nuevos usuarios del programa. Esto proporciona una solución de continuidad al antiguo residente con respecto a las relaciones, la recuperación y las enseñanzas de la vida correcta.

La graduación marca el fin de la implicación activa en el programa. La graduación, sin embargo, es un evento anual celebrado en las instalaciones, a menudo un año después de la finalización del programa residencial. Aunque las etapas del programa han concluido, todo lo aprendido durante el tratamiento forma un conjunto de herramientas que guían al individuo a lo largo de un camino de modificación continuada en el mundo exterior. La conclusión o graduación, por ello, representa un punto de inflexión en el proceso de modificación o recuperación, que significa tanto un fin como un principio.



Cuidados posteriores

Los cuidados posteriores no constituyen una etapa formal del programa en las Comunidades Terapéuticas residenciales a largo plazo. Sin embargo, un objetivo mayor aunque implícito del tratamiento en la Comunidades Terapéuticas es el de iniciar un tratamiento continuo o proceso de crecimiento tras la graduación. Así, la planificación de cuidados posteriores es una actividad especial de la fase tardía de re-ingreso del programa. Estos planes destacan las recomendaciones y los pasos necesarios para la obtención de servicios de apoyo y *counseling*, que ayuden a señalar las cuestiones de interés a largo plazo para el usuario de re-ingreso. Según la visión de la Comunidad Terapéutica de la recuperación, las modificaciones del estilo de vida que se desarrollan durante el tratamiento residencial son un prerrequisito para la utilización efectiva de los planes de cuidados posteriores⁴³.

ETAPAS DEL PROGRAMA Y PROCESO DE TRATAMIENTO

Las etapas del programa son componentes estructurales del modelo de la Comunidad Terapéutica, integrales al proceso de tratamiento. Desde el día de su admisión, los residentes son conscientes de que el formato de etapas y fases es la guía estructural a lo largo del proceso de recuperación. Según el planteamiento del programa, los individuos deben alcanzar los objetivos de cada etapa o fase, generalmente dentro de unos marcos temporales. El avance a través de las etapas y fases está marcado por procedimientos explícitos y formales, que ejemplifican los elementos de auto-ayuda de la metodología y el proceso de modificación. Por ejemplo, los propios residentes inician el cambio de fase a través de una solicitud escrita enviada al personal, a menudo acompañada de una redacción personal que describe el progreso y las razones del envío de la solicitud. La solicitud es revisada por la autoridad principal del personal, que pedirá la opinión de otros miembros del personal y ciertos residentes senior. El cambio será concedido en una reunión privada entre la autoridad del personal y el residente, y después será anunciado a toda la comunidad en la siguiente reu-

43. El acortamiento gradual de la duración del tratamiento residencial en los últimos años, ha obligado a las Comunidades Terapéuticas a desarrollar componentes no residenciales dentro de su programa. Estos ofrecen servicios de cuidado posteriores como el *counseling* individual y familiar, la guía vocacional y educativa, etc. Debido a la corta duración del periodo de tratamiento residencial, en cualquier caso, estos componentes no residenciales deben dedicarse al tratamiento primario y a estas cuestiones en torno a los cuidados post residenciales.

nión de la casa. En algunos casos, existen ceremonias de graduación reducidas para cada cambio de fase o etapa, hecho que reafirmará la importancia del progreso de los individuos.

Los criterios principales para pasar de etapa o fase son el tiempo de permanencia en el programa, el cumplimiento de todas las obligaciones y responsabilidades específicas de cada fase o etapa para con la comunidad, y las modificaciones explícitas en el crecimiento personal. Sin embargo, las diferencias en el status de etapa, el status clínico y el tiempo de permanencia en el programa serán brevemente explicadas a continuación, iluminando el proceso de tratamiento así como las cuestiones de política clínica y del programa.

Status de etapa y status clínico

Los residentes junior, intermedios y senior se encuentra en diferentes posiciones en la jerarquía de residentes y, generalmente, en diferentes etapas del programa. Por ello, las etapas del programa y la jerarquía de residentes convergen para reforzar la percepción de auto-modificación del individuo. En cada etapa, los residentes pueden observar a aquellos que se encuentran por delante y por detrás de ellos en el proceso de modificación. Sin embargo, algunos residentes pueden aprender a ascender en la jerarquía de residentes, y a pasar a través de las etapas sin mostrar necesariamente modificaciones técnicas individuales significativas. Así, el status clínico real de los residentes debe ser evaluado continuamente a medida que ascienden en sentido vertical en la estructura de la comunidad y en sentido horizontal en las etapas del programa.

El tiempo y las etapas del programa

Generalmente, cuanto mayor es el tiempo que los individuos permanecen en tratamiento, más probable será su recuperación y el logro de sus objetivos de rehabilitación. Aquellos que completan la duración planeada del tratamiento muestran los mejores resultados (Anglin y Hser, 1990b; De Leon, 1984b; De Leon, Jainchill y Wexler, 1982; Hubbard et al., 1997; Simpson, 1979).

Sin embargo, la mayoría de los admitidos en Comunidades Terapéuticas a largo plazo, no son capaces de completar la duración planeada total de 18-24 meses del tratamiento. La mayoría de estos abandonos ocurren durante los primeros 90 días del tratamiento, es decir, durante la inducción y la fase inicial de la Etapa 2, el tratamiento primario (De Leon, 1991). A pesar de las diferencias personales en cuanto a progreso clínico, los individuos que abandonan el trata-



miento en etapas tempranas generalmente no están preparados para implicarse de manera efectiva en el mundo exterior. Sus tasas de recaída y recidiva post tratamiento indican la importancia de la dedicación del tiempo indicado para cada etapa del programa.

Las relaciones etapa-tiempo también se apoyan en la política de readmisión del programa. Aproximadamente un tercio de los abandonos (y una proporción fraccionaria de graduados) solicitan la readmisión en el mismo u otro programa de Comunidad Terapéutica (De Leon, 1991; Simpson, 1986). Se espera de los readmitidos que completen todas las etapas del programa, a pesar de su tiempo de permanencia y status comunitario logrado en tratamientos de Comunidad Terapéutica anteriores. Sin embargo, el progreso clínico derivado de experiencias previas en Comunidades Terapéuticas podría tener como resultado una aceleración en los cambios de etapas y fases.

Estos ejemplos de abandonos y readmisiones subrayan más aún las diferencias entre el tiempo de permanencia en el tratamiento, las etapas del programa y el progreso clínico. Los resultados positivos que siguen al tratamiento están relacionados con el logro exitoso de todos los objetivos de las etapas del programa, y no con la simple permanencia durante toda la duración planeada del tratamiento (Coombs, 1991; Toumbourou, Hamilton y Fallon, 1998).

Las distinciones comentadas anteriormente también destacan las cuestiones de la política interna con respecto a las diferencias individuales. No todos los residentes necesitan el mismo tiempo para completar las fases y etapas del programa. Un formato flexible tiempo-etapa basado en las necesidades y los progresos clínicos podría acomodar las diferencias individuales, a pesar de que dicha política haya resultado problemática en las Comunidades Terapéuticas tradicionales. No obstante, las presiones financieras y la enorme diversidad de usuarios han motivado que un buen número de programas implementen duraciones planeadas de tratamiento más breves (Karson y Gesumaria, 1997; Lewis et al., 1993). Aunque todavía no ha sido establecida firmemente, la efectividad de estos esfuerzos parece prometedora para ciertos individuos (McCusker et al., 1995; Messina, Wish y Nemes, 1999).

CONCLUSIÓN

En este capítulo se han descrito las etapas y fases principales del modelo de programa de la Comunidad Terapéutica: inducción, tratamiento primario y reingreso. Las etapas y fases del programa son elementos estructurales del modelo de la Comunidad Terapéutica, que definen el lugar en que los individuos se

encuentran en el plan del programa. Cada etapa-fase marca el nivel reconocido del residente en la organización social de la Comunidad Terapéutica en relación con su status comunitario. También es un signo del punto en que los individuos se encuentran dentro de los procesos de socialización y crecimiento personal. El modo en que los individuos cambian a través de su paso por las diferentes etapas del programa depende de su participación en las actividades de la vida comunitaria. Los capítulos incluidos en la parte IV organizan y detallan estas actividades o métodos en el proceso de modificación.

Cuarta Parte

MÉTODOS EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

En la Comunidad Terapéutica, todas las actividades e interacciones interpersonales y sociales facilitan la recuperación y la vida correcta. Sin embargo, el régimen diario de actividades estructuradas se concibe como un método, diseñado para causar un impacto tanto en los individuos como en la comunidad en general de un modo específico. Este método está organizado de acuerdo con su propósito primario: *gestión clínica y de la comunidad, mejora de la comunidad y modificación terapéutico-educativa*.

Las actividades de gestión clínica y de la comunidad (capítulos 14 y 15) se ocupan de los privilegios, las sanciones disciplinarias, la seguridad y la vigilancia. Estas actividades mantienen la seguridad física y psicológica del entorno y aseguran que la vida del residente sea ordenada y productiva.

Las actividades de mejora de la comunidad (capítulo 16) incluyen los cuatro tipos principales de reuniones que se llevan a cabo en la comunidad: la reunión matutina, los seminarios, la reunión de la casa que se celebra cada día, y la reunión general, convocada siempre que la dirección lo estima necesario. Estas reuniones refuerzan la percepción positiva que el individuo tiene de la comunidad y, por consiguiente, su capacidad para enseñar y para curar.

Las actividades terapéuticas y educativas (capítulos 17 y 18) consisten en encuentros, pruebas, maratones y tutorías. Los diferentes procesos de grupo se concentran de manera específica en la modificación de las características sociales y psicológicas del individuo y, además, enseñan habilidades laborales, de comunicación e interpersonales. Los grupos adicionales son programados atendiendo a las necesidades de la comunidad. Entre estas encontramos, por ejemplo, la prevención de recaídas, el la preparación de habilidades profesionales y vitales, y los grupos de formación en temas sociales y sanitarios. A pesar de no ser exclusivos del modelo de la Comunidad Terapéutica, estos grupos mejoran o complementan los efectos terapéuticos y educativos del método básico de la Comunidad Terapéutica.

Privilegios y sanciones

14

Los privilegios y sanciones constituyen un sistema interrelacionado de gestión de la comunidad y la clínica a través de la educación conductual. La gestión de la comunidad es responsabilidad de los residentes y los miembros del personal. De hecho, la eficacia del sistema en sí mismo depende directamente de la implicación de los residentes en su desarrollo. Las normas y valores de la Comunidad Terapéutica desafían a los sistemas de residentes negativos que encontramos en las cárceles, las bandas, la calle y la cultura de la droga en general. De este modo, los miembros del personal mantienen la autoridad racional en la gestión del sistema. Sin embargo, la autorización de los residentes como monitores y organizadores es fundamental para el fortalecimiento del orden en la comunidad y el avance en la socialización y los objetivos psicológicos del individuo.

Además, los privilegios y sanciones son componentes diferenciales de la comunidad como método, al igual que lo son las respuestas explícitas de la comunidad acerca del modo en que los individuos alcanzan sus expectativas. Estas respuestas reflejan la aprobación o desaprobación de la comunidad hacia las conductas y actitudes del individuo con respecto a las normas de la vida diaria, la recuperación y las enseñanzas de la vida correcta de la Comunidad Terapéutica. La aprobación social, en forma de apoyo positivo por parte de los residentes, la afirmación verbal, y la desaprobación, en forma de crítica y corrección, tienen lugar diariamente a través de la interacción de residentes. Los privilegios y las sanciones disciplinarias, sin embargo, son las formas establecidas a través de las cuales la comunidad expresa aprobación y desaprobación.

Este capítulo detalla el sistema formal de los privilegios y sanciones de la comunidad establecido por el personal, y el sistema informal de afirmaciones verbales y correctivas implementado de forma primaria por los residentes. A pesar de estar descritos de forma separada, los privilegios y las sanciones se definen como un sistema interrelacionado.



PRIVILEGIOS EN LA PERSPECTIVA Y LA METODOLOGÍA DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Los privilegios son recompensas explícitas acordadas por los miembros de la plantilla basadas en modificaciones en las conductas y actitudes así como en el progreso clínico general en el programa. A pesar de que los privilegios concedidos en la Comunidad Terapéutica son relativamente ordinarios, es su relevancia social y psicológica para el individuo la que enriquece su importancia como parte de un método de administración clínica comunitaria.

El sistema de privilegios funciona *construyendo la comunidad*. Define los incentivos y recompensas explícitos para aquellos residentes que aplican con éxito el sistema social de la comunidad. Así, los privilegios son los símbolos más explícitos de movilidad y éxito personal en la microsociedad de la Comunidad Terapéutica. Los privilegios son importantes desde el punto en que el individuo valora a la comunidad que se los concede. De este modo, la persecución de privilegios por parte del individuo refleja su afiliación a la comunidad. De manera recíproca, los privilegios refuerzan la credibilidad (integridad) de la Comunidad Terapéutica, fomentando con ello la afiliación.

Los privilegios son utilizados para promover la *socialización individual* y el *crecimiento personal*. Por ejemplo, los individuos que abusan de sustancias, a menudo, no son capaces de distinguir entre privilegios y derechos, y se resisten a las demandas sociales para obtener beneficios a través del esfuerzo. El sistema de privilegios en la Comunidad Terapéutica enseña a los residentes que la participación productiva en la comunidad está basada en la obtención de beneficios, no de derechos. Los privilegios adquieren su importancia y valor en la Comunidad Terapéutica debido a que son ganados, hecho que precisa de una creciente inversión de tiempo, energía, auto-modificación, enfrentarse al miedo al fracaso y a la decepción. La autoestima es consecuencia del esfuerzo, no del derecho. En el argot de la Comunidad Terapéutica, “obienes lo que has invertido”. Esta máxima acentúa la relación entre la inversión y la recompensa.

Inversamente, los individuos que abusan de sustancias presentan dificultades de tolerancia a los eventos y circunstancias molestos, a la decepción y a la frustración y, con ello, al retraso de la gratificación. Para estos usuarios, la pérdida de los privilegios mundanos es molesta y, por ello, sirve como consecuencia efectiva y componente útil de su proceso de aprendizaje.

Como resultados explícitos contingentes con el cambio individual de conductas y actitudes, los privilegios facilitan el *logro de objetivos*. Este elemento pragmático de los privilegios es especialmente favorable para aquellos individuos con historiales de rendimiento fallidos o con dificultades en el logro de

objetivos. De acuerdo con el progreso clínico, los privilegios son indicadores del cumplimiento personal en el programa. Cada nivel de privilegio supone una posición u objetivo en el proceso de modificación.

A pesar de tener un reducido valor material, los privilegios son *símbolos* concretos de status en la comunidad y de autonomía personal. Privilegios como las promociones laborales, los cambios de etapa en el programa (de junior a senior), la concesión de tiempo privado a través de pases y permisos, representan cambios de status en la comunidad. Los privilegios materiales que pueden obtenerse en la Comunidad Terapéutica son pequeñas cantidades de dinero, habitaciones semi-privadas, y caprichos adicionales como cosméticos, joyas o radios. Los residentes aprecian estos símbolos como una evidencia objetiva del *cambio percibido* en el auto-control y la auto-eficacia.

TIPOS DE PRIVILEGIOS

Los tipos de privilegios reflejan niveles crecientes de autonomía individual y status en la comunidad. El paso exitoso a través de cada etapa del programa permite la obtención de privilegios que conceden una libertad personal más amplia y un incremento de la responsabilidad para con uno mismo y los demás. Al mismo tiempo, cada nivel de privilegio presenta al individuo nuevos desafíos de auto-control. La tabla 14.1 ilustra el tipo de privilegios apropiado o disponible a lo largo de las principales etapas del programa. El fundamento de cada uno de estos privilegios está explicado brevemente.

Los privilegios confirman la autonomía personal general del residente y su capacidad para el auto-control. Por ejemplo, el privilegio de pases y permisos indica que se puede depositar en el individuo cierto nivel de confianza para permitirle moverse libremente dentro y fuera de las instalaciones. No necesitan ser monitorizados y no suponen una amenaza de fuga, consumo de drogas o actuación impulsiva. El propósito de estos tipos de privilegios es el de probar a los residentes en la macro-sociedad.

Los incrementos en las ganancias de pequeñas cantidades de dinero permiten proporcionar recompensas simbólicas e instruir la administración adecuada de dinero. El privilegio de escribir una cantidad de cartas limitadas y realizar llamadas permite al residente contactar con gente fuera del programa. Este privilegio hace suponer que el residente ha logrado un nivel suficiente de afiliación con el programa como para resistirse a las influencias externas negativas. Estas influencias podrían minar su compromiso con el tratamiento o desestabilizar su progreso.

Tabla 14.1. Privilegios típicos en el programa (por etapas).

ETAPA	PRIVILEGIO
<i>Etapa temprana</i>	<p>Dinero de bolsillo: para comprar géneros varios.</p> <p>Propiedades personales: permiso para mantenerlas.</p> <p>Primera solicitud de pase: acompañamiento obligatorio.</p> <p>Redacción de cartas: permiso para escribirlas, serán revisadas por un consejero.</p> <p>Un cambio de trabajo del equipo de servicio: todas las promociones se contemplan como privilegios.</p> <p>Prácticas laborales en el turno de noche: puesto de responsabilidad comunitaria.</p> <p>Asignaciones especiales: acompañante en salidas al médico, abogado.</p> <p>Puestos de asistencia al personal: todos los puestos de asistencia al personal se consideran privilegios.</p>
<i>Etapa Intermedia</i>	<p>Todos los privilegios de la etapa anterior</p> <p>Puede abandonar las instalaciones sin acompañante: lugares prescritos, motivos específicos, periodos de tiempo limitados.</p> <p>Pases quincenales.</p> <p>Uso del teléfono: llamadas exteriores, tiempo limitado, a personas identificadas.</p> <p>Responsabilidad de atención al teléfono.</p> <p>Líder de grupo: mediador de grupos de encuentro.</p> <p>Disponibilidad de puestos con estipendios: cargos en los departamentos de gestión, administración, auxiliar.</p> <p>Cambio de dormitorio: de acuerdo con el tiempo de permanencia y status. La asignación de habitaciones separadas se considera un signo de responsabilidad comunitaria.</p> <p>Concesión de status de pre-re-ingreso: permite más horas libres bajo solicitud.</p>
<i>Etapa tardía</i>	<p>Todos los privilegios anteriores.</p> <p>Pases de noche: revisiones del propósito, las personas y la experiencia.</p> <p>Excusado de las actividades vespertinas.</p> <p>Asistencia al personal de la casa: monitorizar actividades de la casa durante la noche con miembros del personal.</p> <p>Solicitudes de itinerario del personal: horario auto-planificado, 24-48 horas.</p> <p>Reducción en las tareas de la casa: se exime al residente que recibe un empleo remunerado fuera o dentro de las instalaciones, de las labores matutinas de limpieza.</p>

Otros privilegios confieren al residente un cierto nivel de *status en la comunidad*. Cuando se concede a los residentes el privilegio de ser acompañantes, se deposita en ellos la confianza para asumir responsabilidades en relación con sus residentes. Las recompensas relacionadas con el trabajo, como las promociones laborales, son vistas como privilegios debido a que proporcionan oportunidades al individuo para servir a la comunidad, e indican que el residente puede asumir una mayor responsabilidad para la comunidad general.

Podría permitirse que el individuo adquiriese y guardase consigo ciertos bienes materiales, como libros, radios, televisión, ropa y artículos de joyería. Esto significa que el residente puede ser responsable de sus propiedades, no está preocupado por la imagen social, no se distraerá en el proceso de auto-crecimiento, y no hará mal uso de ellas. Mientras tanto, el acuerdo relativo a las habitaciones privadas o semi-privadas supone un nivel significativo de auto-control e implicación en la comunidad por parte del residente. Los residentes deben demostrar que esta privacidad incrementada no fomenta el aislamiento personal de la comunidad de residentes.

El dinero: un ejemplo de sistema de privilegios

El dinero es un problema fundamental en la vida de los drogodependientes. El consumo y la dependencia de las drogas causan directamente dificultades económicas. Los hábitos relacionados con la droga y los episodios de consumo compulsivo de droga (atracones) obligan al derroche incontrolado del dinero obtenido legalmente. Esta urgente necesidad de dinero, les conduce a menudo a la explotación de su familia y amigos, a la pérdida ocasional de empleos y fuentes legítimas de ingresos y, frecuentemente, a la búsqueda de formas ilegales para conseguir dinero.

Sin embargo, las dificultades con el dinero también reflejan problemas sociales y psicológicos entre individuos que abusan de sustancias. Generalmente, revelan una incapacidad para comprender el valor del dinero, para ganar dinero legalmente, o para administrarlo de manera apropiada. Característicamente, los residentes son responsables del uso que hagan del dinero, y su aferramiento a él coarta su limitada capacidad para retrasar la gratificación.

Por ello, el significado del dinero en la Comunidad Terapéutica es complejo. La utilización del dinero por parte de los residentes en la Comunidad Terapéutica está concertada y monitorizada para salvaguardar el logro de los objetivos fundamentales sociales y psicológicos. El modo en que los residentes obtienen el dinero y lo utilizan representa ejemplos conductuales tangibles de los objetivos generales en cuanto a socialización, maduración y crecimiento personal.



El programa controla todo el dinero de los residentes en la Comunidad Terapéutica. Los residentes indigentes firman los cheques de sus prestaciones sociales a lo largo del programa como forma de pago por su residencia y su tratamiento en la Comunidad Terapéutica, mientras los demás residentes pueden pagar cuotas personales directamente al programa. Independientemente de su situación fiscal, sin embargo, no se permite a los residentes el uso de su propio dinero durante su estancia en la Comunidad Terapéutica sin un permiso personal. Los residentes reciben dinero como parte del sistema de privilegios, y el objetivo de esto es la formación en cuanto a la responsabilidad de la administración del dinero. Del mismo modo ocurre con los demás privilegios, la frecuencia, la cantidad y las razones para dar dinero a los residentes están directamente relacionadas con su proceso psicológico y social.

El sistema de privilegios incluye el dinero de bolsillo, las pagas y los salarios. El *dinero de bolsillo* es una pequeña asignación semanal otorgada inicialmente a los residentes en las etapas tempranas de su tratamiento como pequeño privilegio. Les permite adquirir sus pequeños “antojos”, como cosméticos, pasta de dientes o cigarrillos, pues todas las necesidades básicas son proporcionadas por el programa. (Actualmente, los residentes están siendo disuadidos del consumo de cigarrillos en muchos programas). A pesar de ser una pequeña concesión, el dinero bolsillo se utiliza también como un privilegio, que sólo podrá ser negado como consecuencia de la realización de conductas negativas.

Las *pagas* son modestas remuneraciones que se otorgan como compensación por las funciones laborales desempeñadas durante las etapas tempranas del tratamiento. Los puestos merecedores de pagas constituyen a menudo un premio para los modelos de rol y, por ello, se convierten en símbolos del status en la comunidad. La concesión de pagas aumenta gradualmente hasta un máximo inferior al nivel de cualquier sueldo, debido a que son privilegios y no salarios. De este modo, como sanción administrativa, los residentes pueden llegar a perder su dinero, o tanto su dinero como su puesto merecedor de paga.

El modo en que los residentes administran su dinero transmite una cierta información acerca de su madurez general y su crecimiento personal. Por ejemplo, en las etapas tempranas del tratamiento los residentes podrían utilizar su dinero de bolsillo para permitirse la compra de cosméticos en detrimento de otras necesidades que pudieran tener. Se espera de los candidatos de re-ingreso que todavía viven en la comunidad que paguen ellos mismos sus sábanas y su ropa blanca. O, un candidato de re-ingreso que acaba de salir de la residencia podría destinar demasiado dinero a su televisión o su walkman en relación con otras necesidades.

Los *salarios* son pagos de buena fe por los trabajos realizados a jornada completa, comienzan a percibirse muy pronto en la etapa de re-ingreso del tratamiento. Los cargos que reciben salarios son puestos de empleados, a menudo fuera de la agencia. Aunque los salarios no se ven como privilegios, siguen siendo indicadores de la socialización y el crecimiento personal del individuo (p.e., el modo en que los residentes gestionan sus ingresos, ahorran dinero, planifican el futuro y cumplen con sus obligaciones).

“Privilegios de bebida”

En el pasado, el permiso para beber alcohol durante el tratamiento se concedía como privilegio a ciertos residentes en condiciones especiales. Se consideraba aceptable que aquellos residentes en etapa de re-ingreso, que no presentaban historiales de abuso del alcohol, bebieran en sociedad durante sus permisos fuera de las instalaciones de la comunidad. El fundamento de esta permisividad durante aquellos años asumía el hecho de que los residentes en etapa de re-ingreso no se expondrían así al riesgo de presentar problemas con el alcohol. Más aún, beber era una actividad social común en la macrocomunidad que iba a acoger a estos candidatos de re-ingreso. Así, el privilegio de beber se veía como un entrenamiento social y una forma de preparación para aquellos individuos que, se suponía, no presentaban un riesgo de consumo irresponsable alcohol.

Las Comunidades Terapéuticas contemporáneas han adoptado ahora una visión conservadora en relación con esta materia, basándose en varias consideraciones (p.e., Zweben y Smith, 1986). Se han observado problemas con la bebida en cierta proporción de graduados en Comunidades Terapéuticas que habían conseguido recuperarse de su abuso de otras drogas.

Las formas de deber inapropiadas y la negación de los problemas con el alcohol han sido evidentes entre ciertos trabajadores de la agencia y miembros del personal de las Comunidades Terapéuticas. Además, la política de la Comunidad Terapéuticas de aceptación limitada del consumo de alcohol tiende a inhibir la utilización de los grupos de 12 pasos de AA por parte de los antiguos participantes en Comunidades Terapéuticas.

Hoy en día, en la mayoría de las agencias de Comunidades Terapéuticas el consumo de alcohol se contempla como una conducta de riesgo *para todos los residentes* (y miembros recuperados del personal) independientemente de sus historiales con este asunto y puntos del consumo, el alcohol está prohibido en cualquier momento de la permanencia en el programa para todos los residen-



tes. La política clínica insiste en una restricción vitalicia de todas las sustancias no prescritas para todos los residentes, y que para los alcohólicos incipientes incluye la abstinencia del alcohol. Para residentes con historiales de problemas con el alcohol, la política acerca del consumo de alcohol durante el post-tratamiento varía en los diferentes programas, aunque la restricción vitalicia del alcohol está totalmente recomendada (De Leon, 1989). Finalmente, AA y los demás grupos de 12 pasos podrían ser incorporados en la etapa de re-ingresos del programa, y su utilización esta recomendada tras el tratamiento.

Privilegios informales y afirmaciones

El valor intrínseco de todos los privilegios consiste en que son símbolos ganados de status en la comunidad o autonomía personal. Así, cualquier acción que confiera uno de estos símbolos puede constituir un privilegio informal en la Comunidad Terapéutica. Algunos ejemplos de privilegios informales son seleccionados por los residentes en particular para impartir un seminario, conducir un taller, actuar como líderes de sus residentes en los grupos, servir de guías durante las visitas. Se espera que los residentes realicen estas actividades en ciertas etapas del programa. Sin embargo, también se ven como privilegios, oportunidades ofrecidas de manera espontánea para servir a la comunidad que reconoce la autonomía personal del residente. Así, los privilegios informales no son prescritos ni contingentes para conductas y actitudes específicas. Podrían ser asignados o eliminados por varias razones clínicas y administrativas.

Las acciones de afirmación y apoyo también reflejan la aprobación y la aceptación por parte de la comunidad. Sin embargo, no son acciones prescritas, excepto como parte de ciertos rituales (p.e., el cierre de las sesiones grupales con las reuniones). No son necesariamente contingentes de una conducta específica, pero se pretende de manera espontánea que sean como “golpes” positivos para la persona.

Los residentes son constantemente animados e instruidos para emitir afirmaciones y apoyos, en expresiones como “sí, pues hacerlo”, “lo estás haciendo bien”, “tú eres mi modelo de rol”, o mediante expresiones de afecto o cariño, de este modo, la función de afirmación es amplia en relación con el reconocimiento positivo de los individuos acerca de su identidad y sus esfuerzos para la modificación. La afirmación, el apoyo y el afecto proporcionan el equilibrio crucial a las sanciones verbales, y mantienen en perspectiva los privilegios formales.

Consideraciones clínicas y administrativas

La mayoría de los privilegios están asociados de manera explícita a los cambios de fase o etapa. Sin embargo, las decisiones del personal acerca de los privilegios siempre se basan en evaluaciones clínicas concernientes al aprendizaje social y el crecimiento personal. Se observan dos cuestiones en particular: la del *status concedido y personal*, y la de *la autonomía y la dependencia*. Estas cuestiones subrayan la importancia de la relación entre los objetivos clínicos y administrativos de los privilegios.

Muchos residentes pueden sobrevalorar el poder simbólico del status en la comunidad, reflejando déficits a largo plazo de eficacia social y auto-eficacia, así como de auto-estima. Estos residentes podrían identificar las ganancias en su auto-estima debidas a los privilegios con su posición en la comunidad. El status que les ha sido concedido se define desde el exterior; es otorgado y arrebatado por otras personas y, por ello, representa una forma limitada de crecimiento personal. Por otro lado, el status personal representa un incremento de la auto-estima que se basa en la interiorización del progreso clínico y el crecimiento personal. Así, deberá ser evaluado el punto hasta el cual los privilegios y la posición en la comunidad refuerzan el status concedido y personal. Este punto podría estar indicado por la estabilidad de las auto-percepciones del residente a la hora de recibir o de perder privilegios.

Con respecto a la segunda cuestión, el incremento de privilegios puede reforzar la dependencia de la comunidad en lugar de la autonomía personal. Los residentes pueden revelar una mejora en su auto-control y responsabilidad dentro del perímetro del programa. Sin embargo, debe ser evaluado el punto hasta el cual su autonomía en la comunidad puede ser generalizada al mundo exterior. Esto último generalmente requiere de interrogatorios a los residentes tras los pases y permisos, la retroalimentación entre los residentes y el personal, y el contacto entre el personal y los allegados del residente. Una cuestión clínica significativa, destacada por el sistema de privilegios, es el modo en que los residentes se las arreglan por sí mismos sin la familiaridad, seguridad y apoyo de las comunidades residentes, o sin ningún tipo de status social en la macrosociedad.

TIPOS DE SANCIONES

El término sanciones engloba a toda forma de desaprobación ante las conductas y actitudes que no se ajustan a las expectativas de la comunidad. Las sanciones podrían ser agrupadas en correctivos verbales y acciones disciplina-



rias. Los correctivos verbales son reacciones emitidas por los residentes y los miembros del personal como consecuencia de las conductas y actitudes negativas que no constituyen una infracción de las normas, pero que no se ajustan a las expectativas de la comunidad. Las acciones disciplinarias son consecuencias negativas prescritas por el personal de manera específica ante conductas y actitudes que constituyen una infracción de reglas explícitas.

Correctivos verbales

Desde la perspectiva y la metodología de la Comunidad Terapéutica, los correctivos verbales son la forma principal de implicación de los residentes en la gestión de la comunidad. En las interacciones de la vida diaria, los residentes señalan cualquier forma de conducta y actitud de los residentes que resulta incoherente con la vida correcta y la recuperación. Del mismo modo que las demás consecuencias, los correctivos verbales tienen el objetivo de facilitar el aprendizaje en el individuo que los recibe. Sin embargo, también tienen efectos persuasivos en la comunidad en general. La observación, el recordatorio y la corrección de los demás son reforzadores potentes del auto-aprendizaje. De este modo, los correctivos verbales son los ejemplos fundamentales del principio de auto-ayuda.

Los correctivos pueden ser informales y emitidos de manera espontánea, por los residentes en la mayoría de los casos, en el mismo momento del acontecimiento conductual. Los correctivos formales, por otro lado, son interacciones planificadas emitidas en lugares especiales y que implican al personal y a los residentes. Las diferencias entre los diferentes tipos de correcciones reflejan la gravedad y la persistencia de la conducta o actitud señalada y, especialmente, el tiempo de permanencia del residente en el programa.

Las *instrucciones* son conversaciones vis-a-vis con el residente que se basan en la observación de conductas o actitudes negativas o inaceptables por parte del residente. Los residentes (o los miembros del personal) proporcionan información en un marco positivo, del modo en que se espera que los individuos se comporten. Aunque intensas, estas conversaciones son comprensivas y nada emotivas; se explican en ellas cuidadosamente las distinciones entre las incorrecciones y las correcciones que el residente debe comprender.

Las *reprimendas verbales* son declaraciones de uno o más residentes a otro residente. Estas declaraciones son el recordatorio de cualquier laguna en el conjunto de las conductas y actitudes esperadas. Las lagunas de conciencia incluyen aquellas que tienen que ver con el tiempo (puntualidad, asistencia), las obligaciones (herramientas y propiedades personales desordenadas), motivación (andar de

manera desgarbada, lentitud de movimientos, retraso en el comienzo de una tarea), y maneras o protocolo (decir por favor, gracias, perdón). A diferencia de la instrucción, la reprimenda asume que el residente conoce la actitud o conducta dada y, por ello, a modo de recordatorio, es más correctiva que instructiva.

Aunque son de lo más común en los asuntos rutinarios de cada día en la comunidad, las reprimendas son quizás las formas de instrucción consecuente más efectivas en la Comunidad Terapéutica. Ejecutadas adecuadamente, las reprimendas constituyen los momentos más frecuentes de la formación en la auto-ayuda mutua. Se espera de aquellos que reciben la reprimenda que la escuchen sin realizar comentarios, asumiendo que es válida, mostrando rápidamente la conducta corregida y expresando gratitud al recibirla (p.e., “gracias por decírmelo”). De este modo, mediante su enfoque puntual en la conducta señalada y su frecuente utilización, la reprimenda tiene un amplio impacto en la socialización de los residentes. La emisión de reprimendas es una responsabilidad de todos los residentes, e ilustra la extrema importancia que la Comunidad Terapéutica otorga a la responsabilidad del miembro en cuanto al manejo de sí mismo y los demás en la comunidad.

Los *expedientes* o reprimendas escritas se utilizan en ciertas circunstancias: (a) cuando las reprimendas verbales han sido repetidas ante la misma conducta, (b) cuando la conducta a modificar es grave, o (c) cuando viola alguna de las normas menores de la casa. Los expedientes muestran las observaciones de los residentes acerca de un residente en particular y se transmiten a los miembros del personal a través de la cadena de comunicación. Pueden designarse específicamente las consecuencias apropiadas para el residente, y normalmente son anunciadas en las reuniones de la casa. Los residentes tienen la opción de apelar, pero deben siempre cumplir con el juicio definitivo emitido por los miembros del personal.

Las *charlas* son correctivos verbales rigurosos, que se producen generalmente tras varias reprimendas y expedientes. Emitidos por los residentes bajo la supervisión del personal, estos correctivos señalan las conductas y actitudes negativas persistentes, especialmente cuando han afectado a terceras personas en la comunidad. Son ejemplos de estas conductas los episodios repetidos de malas maneras en el protocolo, las lagunas de conciencia, la insensibilidad interpersonal, las intimidaciones sutiles, la falta de respeto o cualquier conducta que no llega a alcanzar las expectativas de la comunidad.

Uno o más de los residentes informan al personal acerca de los episodios conductuales a través de la cadena de comunicación, tanto verbalmente como mediante expedientes en el caso de las reprimendas escritas. Se realiza enton-



ces una reunión en la oficina del personal o en la habitación del residente, en la que los residentes hablan al residente en tono fuerte pero comprensivo, señalando el patrón de conducta, su impacto en los demás y las posibles consecuencias de su continuación. La celebración de la charla podría ser anunciada en la reunión vespertina de la casa, ante todos los miembros.

Las *amonestaciones verbales* son los correctivos verbales más severos, y son emitidos por el personal ante la repetición de conductas y actitudes negativas. Los residentes no tienen autoridad suficiente para emitir amonestaciones, debido a que no han adquirido todavía suficiente auto-control y podrían emitir la amonestación para desahogar sus propias emociones hacia el otro individuo.

Algunas de las diferencias clave entre las charlas y las amonestaciones verbales son la implicación directa del personal y los residentes en su emisión, su estructura prescrita, su tono crítico, y su intención punitiva y las posibles acciones disciplinarias derivadas⁴⁴.

El formato prescrito de las amonestaciones es el más formal o ritualizado de los correctivos verbales. Un residente puede ser llamado a la oficina del personal para enfrentarse al personal y a sus residentes. El residente permanecerá en silencio frente a un miembro del personal y varios residentes y, durante unos cinco minutos recibirá una explicación o un par de gritos acerca de su conducta negativa persistente. El residente no responde, escucha en un respetuoso silencio, realiza contacto ocular con los demás, y tras la amonestación verbal es rápidamente despedido de la oficina. Las amonestaciones están diseñadas para captar la atención del residente recalcitrante acerca del discurso que debe escuchar, y para que sea capaz de sentir la seriedad del impacto de sus conductas en los demás. En algunos casos, a estas amonestaciones les seguirán las sanciones disciplinarias correspondientes (ver las siguientes secciones para obtener una explicación de este tema).

La presencia de residentes durante la amonestación es un elemento crítico de la expresión apropiada de estos correctivos. Están diseñadas para maximizar el aprendizaje delegado referente a las expectativas de la comunidad, y para desalentar las posibles asociaciones negativas de residentes. Aún más importante, la credibilidad de la amonestación se enriquece debido a que el residente no será capaz de ignorar un discurso que ha recibido en presencia de otros residentes.

44. En años anteriores, las reprimendas verbales se llamaban “cortes de pelo”, a los que ocasionalmente seguía el afeitado de la cabeza para los hombres o la imposición de la gorra de media para ellas. Estas medidas solían constituir el último paso antes de proceder al despido. Prácticamente han desaparecido, aunque el término “corte de pelo” al hablar de las reprimendas se utiliza todavía en muchos programas.

Aunque su tono es a veces duro y su volumen elevado, los contenidos de la amonestación deberían seguir siendo ejemplificadores e instructivos. Los puntos clave de estos correctivos deben incluir: una identificación de la conducta problemática y una explicación de los motivos por los cuales la conducta es negativa, ofensiva o inaceptable; una aclaración de la causa por la cual la conducta es auto-destructiva, del modo en que impide el crecimiento y la recuperación, y de las consecuencias destructivas que podría conllevar si no es modificada; y una ilustración de los modos de comportamiento alternativos positivos en situaciones similares.

SANCIONES DISCIPLINARIAS EN LA PERSPECTIVA Y METODOLOGÍA DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

En la Comunidad Terapéutica, las sanciones disciplinarias son las consecuencias negativas prescritas ante las conductas y actitudes que violan las reglas de la comunidad de manera explícita, o que impiden lograr las expectativas de la comunidad de manera persistente. Como todos los elementos de la Comunidad Terapéutica, las sanciones tienen múltiples funciones para la comunidad y el individuo, reflejando así la perspectiva y la metodología de la Comunidad Terapéutica.

Aprendizaje comunitario

Las sanciones promueven la conciencia comunitaria y el auto-control de los residentes, y mantienen un orden social mediante la señalización de las infracciones individuales y colectivas. Todos los miembros son conscientes en todo momento de quién está siendo sancionado, así como de las razones por las que estas sanciones se han elegido. De este modo, las sanciones proporcionan experiencias de aprendizaje delegado al ser disuasivas de la violación de las normas por parte de otros residentes sirviendo, por consiguiente, como símbolos de seguridad e integridad que refuerzan la cohesión de la comunidad.

El *auto-control de los residentes* es un componente fundamental de las sanciones. El sistema disciplinario es gestionado directamente por el personal, aunque su integridad y eficacia depende de la implicación de los residentes residentes. Las reglas y sanciones proporcionan oportunidades para el control mutuo de los residentes. Se espera que los residentes detecten las infracciones, se opongan a ellas y apoyen de manera activa la aplicación de todas las formas de sanción. De este modo, los residentes, en su rol de monitores de la comunidad, refuerzan su propio auto-control.



Las *infracciones colectivas* pueden implicar directamente a varios residentes al mismo tiempo; otros podrían ser conscientes de estas infracciones sin realizar un esfuerzo por exponerlas al personal. Esta actitud, definida por la disculpa de las conductas negativas o de la ruptura de las normas por parte de los demás, es una infracción en sí misma que debe ser señalada a través de las diferentes formas de sanción recibidas por los individuos implicados. Sin embargo, las infracciones colectivas a menudo señalan problemas más extendidos en las instalaciones y podrían precisar de una respuesta de ámbito comunitario. Como explicamos en el capítulo 16, las reuniones generales se convocan para movilizar a la comunidad de residentes, y para reafirmar sus propósitos positivos mediante el aprendizaje de las infracciones colectivas de los demás.

Aprendizaje individual

Las sanciones disciplinarias son un componente fundamental del proceso de socialización en particular, y del proceso de tratamiento en general. Un elemento definitorio de la socialización en la Comunidad Terapéutica es aprender a vivir en comunidad, con normas, reglas y expectativas prescritas. La adhesión a estas reglas es esencial para el logro del orden social, pero también indica la aceptación del individuo de la Comunidad Terapéutica como cultura de cambio (Des Jarlais, Knott, Savarese y Bersamin, 1976). Sin embargo, los residentes de Comunidades Terapéuticas son característicamente inconformistas y carecen de responsabilidad para con sus acciones y obligaciones. En especial, no aprenden fácilmente de las consecuencias de sus conductas.

En la Comunidad Terapéutica, el proceso de socialización se desarrolla principalmente a través de las *experiencias de aprendizaje significativas* (modificaciones basadas en el impacto social y personal de las acciones del individuo sobre otras personas). Aunque las conductas negativas no son alentadas, se espera que aparezcan. De hecho, su aparición es necesaria para que tenga lugar el aprendizaje positivo. Las conductas y los pensamientos problemáticos ocultos, que no llegan a ser revelados, a menudo quedan sin corregir. Éstos no sólo constituyen una amenaza potencial para la comunidad, sino que, además, inhiben cualquier modificación auténtica en el individuo. De este modo, durante el proceso de tratamiento, las sanciones son *intervenciones clínicas*. Hacen aflorar la conciencia del individuo acerca de las consecuencias personales y sociales de las conductas sancionadas, y le ayudan a comprender las condiciones que influyen esta conducta.

De hecho, un importante signo del *progreso clínico* es la disminución de la frecuencia de las infracciones junto con las reacciones positivas a las propias

sanciones. Se evalúa cada repetición de una conducta sancionada con el fin de lograr un aumento en la concienciación y la auto-comprensión del individuo, así como para lograr por su parte que surjan conductas positivas alternativas. Además, la aceptación emocional e intelectual de los residentes es un indicador importante de su compromiso con el cambio y de su madurez general.

Durante el proceso de tratamiento, el efecto de las sanciones en las conductas a modificar es *progresivamente mayor* a lo largo del tiempo. Por ejemplo, una secuencia de modificación respecto a la conducta de fumar marihuana podría llevarse a cabo de la siguiente manera: (a) el individuo fuma marihuana durante sus permisos y no habla de ello al volver a las instalaciones, (b) el individuo no fuma, pero tampoco revela sus pensamientos y anhelos al respecto, (c) el individuo no fuma pero comparte sus pensamientos y anhelos al respecto con sus residentes y con los miembros del personal, (d) el individuo ya no fuma ni está preocupado por fumar.

En otro ejemplo de la modificación a lo largo del tiempo, las amenazas violentas podrían ser modificadas progresivamente: (a) “te voy a dar un puñetazo en la boca,” (b) “creo que te voy a dar un puñetazo en la boca,” (c) “me siento enfadado y frustrado contigo”. Además, la modificación clínica está indicada por la velocidad de la auto-apertura de los pensamientos y conductas negativas hacia los demás. Esta modificación podría estar asociada a un aumento de la confianza en la comunidad y al propio proceso de modificación.

En resumen, el aprendizaje social individual basado en las sanciones se desarrolla rutinariamente en el curso de la vida diaria, en la Comunidad Terapéutica. La ecología social de la comunidad (la intimidad de la vida comunitaria, las presiones interpersonales, las demandas laborales y la estructura de la autoridad) proporciona las pistas necesarias para despertar en el individuo la conciencia acerca de los problemas de socialización. Estos elementos del escenario de la Comunidad Terapéutica son especialmente provocativos para aquellos residentes que muestran personalidades marcadas por la inmadurez y los aspectos antisociales. Así, el objetivo fundamental que subyace a la utilización de sanciones en la Comunidad Terapéutica es que el quebrantamiento de las normas refleja las características del escenario, el individuo y la naturaleza del proceso de modificación.

Organización de las normas en la Comunidad Terapéutica

Las Comunidades Terapéuticas mantienen un código explícito de normas y regulaciones que definen los límites de la seguridad física y psicológica de la comunidad. Las infracciones a estas normas provocan la aplicación de sancio-



nes formales o acciones disciplinarias por parte del personal. El código de normas puede organizarse en tres niveles de severidad, reflejando su importancia en la seguridad y la salud de la comunidad (ver tabla 14.2).

Tabla 14.2. Reglas cardinales, principales y de la casa.

Reglas cardinales

- No se aceptan la violencia física, las amenazas de violencia física o la intimidación.
- No se aceptan las drogas, el alcohol o la parafernalia relacionada.
- No se acepta la intimidación sexual, ni el contacto físico romántico sexual.

Reglas Principales

- No se acepta el robo ni las demás actividades criminales.
- No se aceptan el vandalismo ni la destrucción de la propiedad.
- No se aceptan el contrabando o las armas.

Reglas de la casa

- Aceptación de la autoridad (escuchar y comportarse en consecuencia).
- Puntualidad (ser puntual).
- Mantener una apariencia física apropiada.
- No emplear conductas impulsivas.
- Utilizar las formas de protocolo adecuadas.
- No prestar ni tomar prestado.
- No recibir regalos sin permiso del personal.

Las *reglas cardinales* se refieren a las conductas para las cuales la tolerancia en la comunidad es prácticamente nula. La violencia o las amenazas de violencia, el consumo de droga (documentado por la auto-apertura, la información por parte de los residentes o los análisis de orina) o la intimidación sexual están considerados amenazas directas a la seguridad física y psicológica de la comunidad. Más aún, los residentes que no pueden contener estas conductas durante su vida en las instalaciones representan una carga especialmente complicada para el personal. La conducta criminal dentro y fuera de las premisas de la comunidad, incluyendo la violación de la libertad condicional y el período de prueba, está considerada como una trasgresión de las reglas cardinales. Pueden existir criterios explícitos para las infracciones de las reglas cardinales, por ejemplo “tres fallos y estás fuera”. Más frecuentemente, se procede al despido inmediato aunque a veces se tiende a flexibilizar las medidas, dependiendo del caso a tratar.

Las *reglas principales* se refieren a las conductas que pueden ser toleradas solamente dentro de unos estrictos límites, o que no pueden ser toleradas en absoluto. Se refieren a la destrucción de la propiedad, el robo y, por extensión, cualquier otro tipo de acto ilegal no violento, como la posesión de artículos de

contrabando, armas de cualquier tipo y, más recientemente, los simbolismos relacionados con bandas callejeras.

Estas conductas francamente antisociales son indicadores comunes del “trastorno y la persona,” y no se espera que cesen desde el primer día de tratamiento. No obstante, su amenaza potencial a la comunidad tiene como resultado una serie de sanciones disciplinarias severas, ya que sólo un único episodio podría ser tolerado.

Las reglas de la casa se refieren a las conductas y actitudes valoradas como problemas típicos de socialización a solucionar. Estas reglas representan las normas, valores y expectativas de la vida diaria en la comunidad. Es imprescindible adherirse estas normas para preservar la seguridad y la vida ordenada en la comunidad, y para realizar una estructuración de la recuperación y el crecimiento personal. La infracción de las reglas de la casa es común durante el proceso de aprendizaje de ensayo y error⁴⁵.

Acciones disciplinarias para infracciones menores

A diferencia de las sanciones verbales, las principales formas de acciones disciplinarias tienen un componente punitivo y otro correctivo. El personal realiza acciones específicas y combinadas según la conveniencia clínica. Se utiliza una pauta “caso por caso” para todas las infracciones, en base a los criterios mutuos de tolerancia comunitaria y aprendizaje individual.

Las *experiencias de aprendizaje* son acciones empleadas para señalar las conductas negativas menos serias, que a menudo incluyen un incumplimiento persistente de las expectativas de la comunidad. El componente instructor de cualquier acción disciplinaria se observa como resultado de una experiencia de aprendizaje. Sin embargo, las experiencias de aprendizaje específicas son acciones especiales para que cada residente en particular logre el resultado conductual o actitudinal adecuado. Entre estas acciones se encuentran la redacción de disertaciones para aumentar la conciencia acerca de la conducta en particular, una íntima monitorización por parte de un semejante para destacar la inmadurez del residente (“contratos pegamento”), las disculpas ante la comunidad y las pruebas físicas extenuantes.

45. Esta clasificación se mantiene bastante uniforme a lo largo de la gran diversidad de Comunidades Terapéuticas. Las diferencias del programa en cuanto a sus normas podrían ser específicas de escenarios como las prisiones o los hospitales, o para las sub-poblaciones de indigentes drogodependientes que viven en refugios de la Comunidad Terapéutica, los drogodependientes con enfermedades mentales en residencias comunitarias, los adolescentes o los individuos con SIDA.



Las *degradaciones* en las funciones laborales podrían acompañarse del cambio de una habitación doble a un dormitorio comunal. Las degradaciones se aplican habitualmente ante las infracciones menores y las conductas negativas generales.

También se emplean ciertos *signos* que el residente ha de llevar colgados del cuello o prendidos en su camisa. Estos signos son una muestra de lo que el residente debe recordar en relación con una infracción. Típicamente, la temática de los signos se centra en etiquetas sociales (mentiroso, ladrón, manipulador, etc.) y en lo que el individuo debe hacer para cambiar (hablar de manera respetuosa, escuchar, dejar de reaccionar de manera impulsiva o de amenazar a las personas).

Los signos se utilizan habitualmente para aumentar y mantener la conciencia de los residentes acerca de sus conductas recurrentes, como primer paso de su aprendizaje. El signo es también un recordatorio constante para los residentes, así como una señal para la comunidad relativa a los aspectos que los residentes están trabajando con el fin de modificarse a sí mismos. De este modo, se espera de los miembros de la comunidad que interpreten los signos y pidan a los residentes sancionados una explicación de su significado. Esta interacción implica a la comunidad en la utilización de las medidas disciplinarias, facilita el efecto de aprendizaje a través de la repetición verbal, y apoya a los residentes en su disposición a hacer públicos sus esfuerzos por cambiar. Las Comunidades Terapéuticas contemporáneas utilizan los signos con una frecuencia mucho menor a la que lo hacían en sus primeras generaciones, pero han mantenido la utilización de las asignaciones escritas y las explicaciones de los residentes con el fin de lograr efectos de aprendizaje similares.

Los *vetos de conversación* instruyen a uno o más individuos que han de abstenerse de hablar con ciertos residentes durante el periodo disciplinario correspondiente. Estos vetos se utilizan para interrumpir las comunicaciones negativas entre parejas o grupos particulares de residentes. Típicamente, estas comunicaciones son invitaciones al consumo de droga o al sexo; juicios de sí mismo acerca del programa; amenazas, sugerencias o planes de evasión; o declaraciones hostiles acerca de miembros del personal u otros residentes. Los residentes son sugestionables ante cualquier comunicación que ofrezca una vía de escape de las demandas del programa, y son particularmente vulnerables a estas comunicaciones en las fases tempranas del tratamiento o en los periodos de modificación. La lección explícita del veto es el desaliento de la negatividad por contaminación. Sin embargo, durante el periodo de veto, otros residentes podrán conversar de manera destructiva con el residente castigado en un intento por modificar las cuestiones negativas a las que nos referimos.

La *brigada de holgazanes* o las *piezas de repuesto* son acciones que asignan al residente o los residentes varias tareas de status inferior al suyo, como la limpieza de los sanitarios, la limpieza tras las reuniones de la casa o cualquier tipo de trabajo singular durante un período limitado de tiempo, normalmente de una a tres semanas. Esta obligación consiste en la prolongación de su jornada laboral, añadiendo la realización de estas tareas de 5 a 9 de la tarde, y en intervalos más largos durante los fines de semana. El residente podría ver perjudicados sus ratos de ocio, tiempo personal o sus horas de sueño ante la llamada para realizar cualquier trabajo urgente. El elemento disciplinario de esta acción acentúa el cumplimiento de las obligaciones con una buena actitud, tolerando sus demandas, y prestando un servicio a la comunidad.

La *pérdida de privilegios* normalmente es proporcional a la gravedad de la infracción y a la etapa del programa en que se encuentra el residente infractor. De este modo, podrían serle arrebatados todos sus privilegios durante el periodo disciplinario, cuya duración también variaría dependiendo de la infracción y de la etapa del programa en que se encuentra el individuo. Esta es la acción que indica de manera más llamativa la pérdida de autonomía personal por parte del individuo. Así, la pérdida de privilegios constituye una experiencia de aprendizaje sólo si el residente siente una reacción emocional. Por ejemplo, la pérdida de todos los privilegios es una consecuencia muy grave para los residentes senior que han invertido más tiempo en el programa, y que han realizado una inversión personal importante en su propia autonomía. Para los residentes junior, la pérdida del privilegio de vestir a su gusto, por ejemplo, sería una consecuencia más apropiada.

Experimentar la pérdida de privilegios aumenta la conciencia del residente acerca de la lección a aprender. El elemento formador en esta acción consiste en que la medida en que el residente logre nuevos cambios positivos en sus actitudes o conductas, le ayudará a obtener de nuevo sus privilegios, desde sus prendas de vestir a sus artículos de joyería, sus permisos o su habitación semiprivada.

Acciones disciplinarias para infracciones mayores

La relación de las reglas cardinales con las infracciones repetidas de otras normas pueden provocar la aplicación de una gran variedad de acciones positivas diferentes a las escritas anteriormente, estas acciones pueden utilizarse para castigar a los individuos en particular o a la comunidad al completo.



La *pérdida de status de etapa*, llamada comúnmente “descenso,” consiste en hacer retroceder al residente uno o más niveles en la jerarquía de residentes y se acompaña de la pérdida de privilegios y de tiempo en el programa. Aunque no se utiliza frecuentemente, esta acción severa se emplea de manera juiciosa para asegurar los beneficios clínicos.

Los *cambios de casa* implican una transferencia de uno o más residentes a otras instalaciones en la agencia. El personal designa los cambios de casa cuando las infracciones cometidas sugieren que el programa de ajuste del residente podría ser específico particularmente en las instalaciones en las que se encuentra. Esa transferencia es más un paso táctico que una acción disciplinaria, aunque podría estar acompañada de otras sanciones. Constituye un intento de proporcionar al residente en particular un nuevo comienzo en unas nuevas instalaciones con diferentes residentes y miembros del personal. A veces la transferencia se contempla como la última opción antes de la expulsión del programa.

El *despido administrativo* implica una expulsión del residente del programa, y se aplica habitualmente ante violaciones de las reglas cardinales o infracciones repetidas de las reglas, u otras amenazas a la seguridad de la comunidad (p.e., la provocación de incendios, la posesión y el comercio con drogas). Los miembros del personal explican cuidadosamente las razones clínicas y comunitarias del despido y presentan las diferentes opciones que el individuo puede acatar. Estas opciones incluyen el traslado a una Comunidad Terapéutica diferente o a otra modalidad de tratamiento, o la opción de volver al programa tras un período de tiempo, generalmente de unos 30 días.

Del mismo modo que ocurre con las demás sanciones, la intención de la expulsión es la de mantener la integridad, la seguridad y el espíritu de la comunidad, y la de favorecer el aprendizaje del individuo. Por ejemplo, la expulsión podría apremiar al individuo a considerar de manera realista su status y opciones, y a solicitar la readmisión en el programa. La readmisión es concedida generalmente bajo ciertas condiciones, como la aceptación de un contrato disciplinario y la pérdida del tiempo invertido hasta el momento en el programa, es decir, la disposición del residente a empezar de nuevo. Así, la expulsión, a pesar de ser una acción terminal, contiene un elemento disciplinario o de formación de manera que destaca la disposición del individuo ante el tratamiento general o su adaptabilidad a la Comunidad Terapéutica en particular.

Existen otras conductas que no están reguladas por la normativa pero a menudo son merecedoras del despido. Son las amenazas de suicidio, los síntomas de lamentaciones psicológicas crónicas, y las conductas alucinatorias o engañosas. A

pesar de estar relacionados en menor medida con la seguridad de la comunidad, estos problemas constituyen una carga para el personal en relación con el tiempo a invertir y la vigilancia, tienden a minar el estado de ánimo de los residentes y requieren de escenarios y servicios de tratamiento especiales.

Las *prohibiciones de la casa* se aplican a todos los residentes por igual y consisten en suspender los privilegios de todos ellos durante un período de tiempo. Estas prohibiciones se realizan para reformar las actitudes negativas que parecen ser persuasivas en la comunidad. Se cancelan todas las excursiones de recreo, así como los permisos y los pases. Estas acciones se acompañan de un aumento en la frecuencia de los grupos de encuentro, con el fin de hacer aflorar las fuentes de la negatividad en las instalaciones (podría tratarse de una persona específica o de un grupo de personas que muestran una conducta o actitud negativa) o exponer cualquier expresión persuasiva de actitudes negativas.

Bajo la prohibición de la casa, la comunidad al completo sufre de las molestias causadas por las conductas inapropiadas de uno o más residentes. Acentúa la expectativa de la Comunidad Terapéutica de que todos los residentes han de ser responsables de las conductas inapropiadas de algunos residentes. De este modo, la prohibición de la casa es una medida disciplinaria que recuerda a todos los residentes su responsabilidad colectiva de gestión para mantener la seguridad y la salud en la comunidad.

Herramientas disciplinarias

Algunas de las acciones desarrolladas por el personal se utilizan comúnmente como una forma menor de sanción, como las herramientas que facilitan una acción disciplinaria regular o como la preparación para una sanción mayor. De este modo, el residente puede ser instruido para sentarse en un banco especial, permanecer en la cabina de relación (estas dos ubicaciones serán descritas en el capítulo acerca del entorno físico), o participar en encuentros especiales.

El *banco* es una silla situada en un área común, en la que el residente se puede sentar de manera indefinida hasta que decida si modificará o no las conductas o actitudes que lo llevaron a sentarse en ella. El personal envía al residente a sentarse en el banco cuando éste comete infracciones menores o muestra actitudes negativas, pequeñas amenazas, excesiva hostilidad, insubordinación, desobediencia o amenazas de abandono del programa. El banco, además, mantiene al residente “sujeto” hasta que el personal decide acerca de la acción a tomar o necesita tiempo para “tratar con” el individuo.



La *cabina de relación* es una mesa con dos sillas ubicada en un área común, en la que los residentes puede mantener conversaciones vis-a-vis. De un modo parecido al banco, se utiliza también como herramienta para sanciones disciplinarias. Se indica al residente que ha cometido una infracción mayor o menor que se siente en la cabina durante todo el día, renovando las conductas y actitudes relacionadas con sus infracciones gracias a la ayuda de otros residentes. Los residentes le ayudan a repasar, le explican y repiten los conceptos de recuperación, comunidad y vida correcta en lo relativo a las infracciones cometidas.

El abandono del tratamiento contra el consejo clínico se considera una infracción que requiere de ciertas acciones disciplinarias para el retorno del residente al programa. Los individuos admitidos podrían ser ubicados en una cabina de relación de manera que puedan compartir con sus residentes las experiencias que vivieron mientras estaba fuera. Esto ayuda a avivar la conciencia de los residentes que podrían estar pensando en el abandono. El retorno tras el abandono, junto con sus relatos de las experiencias dolorosas y problemáticas en el exterior pueden reforzar el mensaje de que permanecer en el tratamiento es la clave para la recuperación.

Existen varios elementos instructores en el banco y la cabina de relación: (a) son lugares para “tomarse una pausa” en los que el residente puede revisar sus nuevas acciones y decisiones; (b) permiten a los residentes interactuar continuamente con el residente para la aclaración de las conductas y decisiones de éste; y (c) ayudan a practicar la paciencia y el auto-control.

Contratos

Habitualmente, las acciones disciplinarias son implementadas a modo de acuerdos o “contratos” entre el individuo y la comunidad, que prescriben el modo en que la infracción o la violación de las normas ha de ser compensada por el individuo. Ya sean verbales o escritos, los contratos destacan las condiciones específicas para modificar las conductas actitudes inapropiadas o inaceptables. De este modo, los contratos especifican las conductas particulares a modificar, las posibles consecuencias de su incumplimiento (p.e., despido), los pasos o acciones a tomar por el residente para prevenir la reaparición de la conducta (p.e., trabajar con ciertos monitores residentes), la conducta positiva apropiada a practicar y la duración del contrato (p.e., 1-3 semanas), tras la cual, el contrato será revisado por el personal con la ayuda de los residentes.

Los contratos están diseñados para proporcionar una experiencia de aprendizaje positiva. El periodo del contrato proporciona una oportunidad al resi-

dente para examinar su conducta negativa y para practicar la modificación de la conducta con el apoyo del personal y el grupo. Su duración de entre una y tres semanas enseña a los residentes a detenerse y pensar acerca de su decisión (reflexionar, revisar y re-comprometerse). La coherencia en la aplicación del contrato y en la explicación de su significado refuerza el respeto por el personal, cuya autoridad se apoya en los residentes.

SANCIONES DISCIPLINARIAS: CONSIDERACIONES CLÍNICAS

El objetivo de todas las acciones disciplinarias es el de emplear las sanciones menos severas para lograr un máximo aprendizaje. Las sanciones inapropiadas podrían no resultar productivas, al provocar rebeldía o la disolución de sus efectos. La selección de las acciones disciplinarias específicas se basa en las consideraciones que aseguran un resultado significativo para el individuo y la comunidad. En general, la implementación de sanciones requiere de cuidadosas decisiones clínicas que revisen la naturaleza de la infracción, el individuo y el método. Algunas de las consideraciones específicas de éstas decisiones están resumidas en la tabla 14.3.

Una pauta general de acción en la utilización de las acciones disciplinarias es la de que los objetivos de las sanciones al individuo y la comunidad deben ser *equilibrados*. La tolerancia ante las violaciones o infracciones por el bien del aprendizaje ensayo y error del individuo ha de ser calibrada contra los efectos potencialmente erosivos de estas infracciones en la comunidad. Por ejemplo, la modificación de las amenazas violentas podría requerir de varios ensayos en el proceso de socialización. Sin embargo, la permisividad ante estas conductas podría también minar la seguridad física de la comunidad, y ocasionalmente erosionar la confianza psicológica en general. Las infracciones, junto con las acciones disciplinarias para el aprendizaje individual, han de ser evaluadas cuidadosamente en el contexto de la vida comunitaria.

Aplicar la disciplina significa instruir, acentuando la distinción entre aprendizaje y castigo. En la mayoría de los casos, el elemento de castigo de las sanciones es menos importante que sus aspectos instructores y la “pausa” para la reflexión que proporcionan. De este modo, a pesar de considerarlas a menudo como punitivas, el propósito básico de las acciones disciplinarias es el de proporcionar una experiencia de aprendizaje mediante la imposición a los residentes de que entiendan su propia conducta, se reflejen en ella, sientan las consecuencias de su propia conducta y consideren las formas alternativas de actuación en situaciones similares.

Tabla 14.3. Algunas consideraciones específicas de las acciones disciplinarias.

Naturaleza

- Frecuencia y gravedad de la infracción (regresión contra recaída).
- Tipo de droga de consumo: legal contra ilegal, hachís/alcohol contra cocaína, o consumo contra tráfico (retroceso a la droga principal).
- En solitario o en compañía, o consumo mediado por la influencia de otras personas.
- Tipo de actividad criminal, violencia contra las personas/propiedades o consumo de droga, posesión, tráfico.

Circunstancias

- Infracción dentro o fuera de las premisas de la Comunidad Terapéutica (“respeto por la casa”).
- Condiciones sociales y psicológicas asociadas a la infracción.
- Apertura personal contra negación y detección por los demás.
- Apertura individual de las infracciones cometidas por otras personas (“romper con el código de la calle,” afirma la comunidad).

Etapa del tratamiento (conducta esperada, significado del error)

- Instalaciones para adultos/adolescentes y edad del individuo.
- Recién admitido, semejante junior o senior.

Aprendizaje potencial

- Aceptación individual del contrato disciplinario, asunción de la pérdida de puestos y privilegios.
- Comprensión individual de la infracción y sus implicaciones para la comunidad y la recuperación.

Opciones de despido

- Despido con readmisión tras un período mínimo en el exterior, p.e., 30 días.
- Despido sin readmisión.
- Traslado a las instalaciones apropiadas.

SEXUALIDAD: PRIVILEGIO Y SANCIÓN

La sexualidad se enfoca de un modo diferente a las conductas reguladas por las normas en la Comunidad Terapéutica. A diferencia de la violencia, el consumo de drogas y otras conductas antisociales o criminales que han de ser eliminadas para lograr una socialización estable, la sexualidad puede ser controlada, comprendida y re-educada como una parte del propio proceso de socialización. El capítulo 12 explica las metodologías terapéutica y educativa relacionadas con la sexualidad; esta sección está dedicada a la metodología de gestión.

Una de las reglas cardinales de la Comunidad Terapéutica prohíbe la insinuación sexual en cualquiera de sus formas durante la permanencia en el programa (flirteo, seducción, manipulación y cualquier implicación física, con o sin mutuo consentimiento). Este aspecto restrictivo se basa explícitamente en fundamentos clínicos y de gestión, así como en un posicionamiento moral. Las conductas sexuales que no resultan instructivas para otras personas no están reguladas formalmente, por ejemplo, la masturbación, las fotografías (siempre que no sean pornográficas), los chistes escatológicos, y las bromas que tienen lugar en los lugares y momentos apropiados. Sin embargo, estas conductas y actitudes son evaluadas de manera informal como indicadores de crecimiento social y personal.

Las infracciones de la regla cardinal acerca de las relaciones sexuales no deberían conducir necesariamente a la expulsión, pero generalmente tienen como resultado otras medidas disciplinarias. Estas medidas son variables y están diseñadas para proporcionar experiencias de aprendizaje relativas a cuestiones de control de los impulsos, actitudes y conductas sexuales, y adhesión a las expectativas de la comunidad.

Las aspiraciones comunitarias de esta regla cardinal consisten en mantener la percepción de seguridad en la intimidad co-educativa de la vida comunitaria. Ambos géneros, las mujeres en particular, deben permanecer en un entorno social que proporcione una completa protección ante cualquier forma de demanda, intimidación o abuso sexual. Para el individuo, el objetivo principal de esta regla cardinal es la de aprender la importancia de la abstinencia en el control de los impulsos. Un período largo de abstinencia permite la aclaración y el desarrollo de las nuevas perspectivas sociales y sexuales mediante una instrucción en el control de los impulsos y las habilidades en las relaciones sociales.

La estrategia de gestión impone una moratoria en las demandas sociales y sexuales de los residentes. El mensaje transmitido al residente es el de que la vida durante la residencia está dedicada al logro de la introspección, la expresión de los sentimientos importantes, y el desarrollo de nuevas habilidades sociales, prácticas y de comunicación. Más aún, este aprendizaje se desarrolla de manera óptima sin la distracción y las presiones de los compromisos serios y la actividad sexual. Al aceptar esta moratoria en relación con su sexualidad, el residente identifica de manera efectiva su auto-crecimiento como máxima prioridad. Los privilegios sexuales concedidos tras esta moratoria son tanto recompensas al crecimiento, como nuevas oportunidades para el aprendizaje y la modificación personal.



CONCLUSIÓN

En este capítulo se han descrito los privilegios y las sanciones como un sistema de consecuencias positivas y negativas interrelacionadas que mantienen el orden social y facilitan la socialización y el crecimiento personal en base al impacto social del individuo en los demás. Los privilegios y sanciones son la respuesta de la comunidad al modo en que el individuo alcanza sus expectativas. De este modo, son consecuencias efectivas dada la relación del individuo con la comunidad. La búsqueda de privilegios refleja la afiliación del individuo con la comunidad. Inversamente, la aceptación del individuo de las sanciones disciplinarias y su aprendizaje a partir de ellas refleja la influencia subyacente del estado de distanciamiento en la comunidad, que en su última implicación conlleva el abandono o el despido.

Las administraciones clínica y comunitaria se extienden más allá de los privilegios y las sanciones. La seguridad y la integridad de la vida comunitaria requieren de una vigilancia continua del status físico y psicológico de las instalaciones. El modo en que se dirigen esas tareas será el tema a desarrollar en el siguiente capítulo.

Vigilancia y seguridad

15

En la Comunidad Terapéutica, vigilancia significa supervisión y gestión de la ordenación y seguridad del entorno físico, así como de la salud y la conducta del entorno social. Aunque los propios residentes dirigen todas las actividades diarias de la casa, el personal es responsable de la supervisión de todas las actividades de los residentes. Los miembros del personal observan y monitorean constantemente el modo en que los residentes se comportan consigo mismos y con su entorno.

Aunque se mantienen visiblemente presentes, los miembros del personal no muestran una actitud dominante en las instalaciones. Realizan sus labores de supervisión desde la periferia del escenario, en lugar de hacerlo desde el propio centro de la acción, y mucha de su influencia es delegada o indirecta. En los confines íntimos de una Comunidad Terapéutica, los residentes están siempre observando a los miembros del personal, su horario y sus hábitos y, particularmente, su implicación en el programa. Los miembros del personal solamente se encuentran en sus oficinas cuando han de completar su trabajo administrativo, elaborar informes o dedicarse al *counseling* individual. Se encuentran principalmente en la “planta” vigilando continuamente las instalaciones, no sólo para supervisar sino también para motivar a los residentes. Durante estos múltiples paseos a lo largo y ancho de las instalaciones, el personal elogia a los residentes acerca de las condiciones en que se encuentran las instalaciones o los motivan para la actividad laboral positiva.

De este modo, a través del moldeamiento y la retroalimentación con los residentes, el personal gestiona indirectamente las instalaciones y el programa. Realizan sus tareas de supervisión directamente a través de tres actividades de vigilancia de ámbito comunitario: la *inspección general*, el *zafarrancho de la casa* y los *análisis de orina*.



INSPECCIÓN GENERAL

La salud, la limpieza y la pulcritud del entorno físico son valores claves en la Comunidad Terapéutica. Los residentes individuales y los compañeros de habitación son los responsables del orden y de la limpieza de las áreas “privadas” de la casa. Los equipos de servicios son los responsables del mantenimiento diario de los espacios comunes, se espera de ellos que barran y frieguen los suelos; abrillanten los pasamanos metálicos de las puertas de entrada, escaleras y pasillos; que limpien los cuartos de baño y la cocina; que adecuenten los salones, el comedor y los espacios comunes; que limpien el patio y los jardines, etc. Los miembros del personal y los residentes senior se encargan de inspeccionar y evaluar de forma rutinaria si la casa se encuentra en condiciones adecuadas de mantenimiento a través de los zafarranchos diarios de la casa (descritos a continuación).

Sin embargo, el personal senior puede ordenar y realizar un esfuerzo organizado de ámbito comunitario para limpiar de manera intensiva y reparar las instalaciones al completo. Estas inspecciones generales, o GIs (término tomado de la jerga militar), pueden constituir una actividad semanal de la casa. Sin embargo, se suelen organizar con motivo de eventos especiales, como las graduaciones anuales, las visitas de invitados o de personalidades, o por vacaciones. A veces son convocadas tras un periodo de inestabilidad en la comunidad, o como simples intervenciones para motivar a los miembros.

Todos los residentes serán reclutados para la realización, durante uno o varios días, de actividades que van más allá del mantenimiento diario, como las reparaciones, las labores de pintura y decoración. Los residentes se organizarán en equipos dirigidos por los residentes senior y supervisados por los miembros del personal. Los resultados de la GI se comunican a toda la comunidad, habitualmente en las reuniones de la casa, en un clima de afirmación y éxito.

La GI es una actividad de gestión clínica y comunitaria útil. Es una forma especial de participación colectiva cuyo fin es el enriquecimiento del sentido de comunidad. Refuerza la afiliación mediante un reforzamiento del orgullo comunitario en la “familia,” casa o programa. También proporciona información referida a las actitudes, esfuerzos y habilidades individuales, especialmente con respecto al modo en que los residentes trabajan en equipo, bajo presiones comunitarias o incentivos especiales.

EL ZAFARRANCHO DE LA CASA

El zafarrancho de la casa es el principal sistema de vigilancia en la Comunidad Terapéutica. Proporciona una impresión global de la limpieza, el orden operativo, la seguridad física y el tono psicológico de las instalaciones. Varias veces al día, un equipo compuesto por miembros del personal y residentes senior camina a lo largo de los pasillos de toda la casa desde el piso más alto a la planta baja, centímetro a centímetro, examinando la higiene, la limpieza y el orden de la residencia: sus suelos, techos, cuartos de baño, muebles, las habitaciones de los residentes, la cocina, etc. Cada miembro del equipo lleva un bloc para ir apuntando en él todas las observaciones precisas, pues al realizar varios zafarranchos de la casa al día la información podría acabar mezclada y no ser de utilidad. La información es comunicada a todo el personal y a los coordinadores de los residentes para asegurar que toda la plantilla principal se lleva la misma impresión en relación con las condiciones en que se encuentra la casa. Aunque obvias en su concepto y simples en su procedimiento, las implicaciones del zafarrancho de la casa son profundas para la gestión clínica y comunitaria.

En relación con los objetivos de gestión, los zafarranchos de la casa permiten la detección temprana de problemas potencialmente mayores como el peligro de incendios o los relativos a la higiene y la seguridad. Además, ayudarán personal a determinar si las personas (residentes o miembros del personal) se encuentran en los lugares en que deberían encontrarse.

Las condiciones físicas de cualquier complejo como las Comunidades Terapéuticas se consideran un indicador de su gestión operativa general. Las instalaciones limpias, ordenadas y bien mantenidas sugieren una gestión responsable y efectiva. Sin embargo, en el contexto de aprendizaje social de la Comunidad Terapéutica, el status físico de las instalaciones también nos proporciona una información esencial e inmediata en relación con el status psicológico y social de la comunidad. Así, en relación con los objetivos clínicos, la limpieza, la seguridad y el orden de las instalaciones generan también una información instantánea referente a las conductas, actitudes y emociones de los residentes.

Zafarrancho de la casa y perspectiva de la Comunidad Terapéutica

Desde la perspectiva de la Comunidad de Terapéutica, los espacios físico y psicológico están relacionados. El modo en que los residentes se relacionan con su espacio físico es un reflejo de las cuestiones de *disciplina y formación, auto-control y compromiso o afiliación*.



Muchos residentes muestran muy poca disciplina en el cuidado de sí mismos y de su entorno. Algunos podrían mostrar ciertas habilidades para mantener un espacio vital ordenado. Sin embargo, podrían negarse a ejercitar estas habilidades como expresión de oposición, en actitud desafiante. De este modo, el desorden en la habitación y en los efectos personales podría ser un signo de carencia de compromiso con la auto-modificación, de desafiación o de desafío a la comunidad.

Aprender a ordenar el entorno físico ha orientado a los residentes a ejercitar el auto-control acerca de su conducta emocional. El control de los impulsos y el ejercicio de la auto-disciplina constituyen un hecho fundamental para la gran mayoría de los drogodependientes. Los zafarranchos de la casa motivan al residente a gestionar su entorno externo observable. De este modo, el reforzamiento de la conducta necesaria para mantener un entorno ordenado ayuda a los usuarios a adquirir un cierto control de sus conductas emocionales.

De modo similar, el mantenimiento del entorno ordenado ayudar a los usuarios a adquirir un pensamiento ordenado. Muchos drogodependientes revelan modos de pensamiento falsos, contradictorios, ilógicos y, en general, confundidos y carentes de organización. La formación de los residentes en el orden del entorno físico también les enseña mediante un ejemplo concreto que son capaces de ordenar su entorno cognitivo. En el argot de la Comunidad Terapéutica, “una cama limpia” significa “una mente limpia”.

Método

Los componentes fundamentales de zafarrancho de la casa son: la composición del equipo, el horario de zafarrancho y las vías de comunicación de la información. Estos elementos, tanto en conjunto como por separado, reflejan la perspectiva de la Comunidad Terapéutica y son esenciales para el logro de los objetivos clínicos y de gestión del zafarrancho de la casa.

El equipo de zafarrancho de la casa

No existe una fórmula sencilla para la composición del equipo de zafarrancho, y puede ser variable con respecto a la magnitud del programa. Los equipos pertenecientes a programas de pequeña magnitud incluyen generalmente al director y a los miembros junior del personal, y a un número limitado de residentes senior, como los coordinadores y despachadores. En programas de mayor capacidad, los residentes senior adoptan una mayor responsabilidad y

son acompañados con frecuencia por los miembros junior del personal. La metodología del equipo en el zafarrancho de la casa es especialmente importante por motivos clínicos y de gestión.

La minuciosidad y la fiabilidad son más fácilmente alcanzables cuando los diferentes aspectos pueden ser observados por diferentes ojos. Cuantas más personas investiguen la casa y más frecuente sea esta investigación, más probable será que la salud física y psicológica “verdadera” del entorno pueda ser correctamente evaluada.

Los equipos proporcionan cobertura de la casa y oportunidades de *formación*. El personal senior perteneciente al equipo de zafarrancho permanece en íntimo contacto con las instalaciones, obteniendo información intermediaaria relativa a la salud de las instalaciones; también pueden monitorizar y formar a los miembros del personal de menor nivel y a los residentes senior en los procedimientos del zafarrancho.

La presencia visible del equipo de zafarrancho, que pasea frecuentemente por los pasillos de las instalaciones, es un símbolo del compromiso del programa a la hora de proporcionar apoyo y mantener el orden y la seguridad en el entorno. Al realizar sus rondas, el equipo observa y crítica, instruye y anima. Estas actividades son un fiel reflejo de una *comunidad preocupada*.

Las cuestiones de género son señaladas en la metodología del equipo. El zafarrancho de la casa está dirigido tanto por hombres como por mujeres. Esto proporcionar a los residentes una serie de ejemplos normativos de interacción y cooperación no sexuales entre géneros. Por ejemplo, los dormitorios y habitaciones de los residentes masculinos y femeninos son revisados por miembros del personal de ambos sexos. Esto indica a los residentes que los miembros del equipo de zafarrancho de la casa han superado sus ansiedades, sensibilidades y condicionamientos sociales concernientes a sus roles y diferencias sexuales.

Todos los dormitorios y cuartos de baño están separados por géneros. Una regla explícita de la casa prohíbe la entrada de los individuos del sexo opuesto a estas áreas sin un motivo apropiado. Por ejemplo, el equipo de zafarrancho tiene acceso autorizado a cualquier área de las instalaciones. Sin embargo, tienen la orden de llamar a todas las puertas de las habitaciones y dormitorios y determinar de manera audible su género y el motivo de su llamada (p.e., “hay un hombre en la planta”). Este anuncio podría ser repetido a continuación por cualquier residente femenina en la planta, para alertar de manera apropiada a las demás residentes. Cualquier residente o miembros del personal que violen la regla de intimidad de género (o cualquiera de las demás reglas) recibirá una acción disciplinaria.



Horario de los zafarranchos de la casa

En función de la magnitud de las instalaciones, el zafarrancho se realiza dos o tres veces al día, siguiendo una programación aleatoria para evitar la anticipación por parte de los residentes. Por ejemplo, uno de estos zafarranchos se realiza en cualquier momento en que no se espere que los residentes se encuentren en sus habitaciones, sino en otros lugares realizando sus labores diarias. Los residentes estarán infringiendo las normas si se encuentran desvestidos, dormidos o sentados en su habitación sin una autorización sanitaria o de cualquier otro tipo. Para evitar los errores, antes del zafarrancho el equipo ha de confeccionar una lista de los residentes que están autorizados a descansar en la habitación o a los que se ha designado la vigilancia de la planta.

Comunicación

A medida que se realizan los zafarranchos a lo largo del día, la información obtenida se comunica a través de todos los niveles del personal para asegurar la coherencia, la precisión y las respuestas apropiadas a los problemas encontrados durante el proceso. Por ejemplo, en el caso de que el equipo de zafarrancho nocturno encontrara comida en la habitación del residente, este hecho constituiría una infracción de las normas de la casa. Sin embargo, la información del turno de día podría indicar que la cantidad de comida provista por el equipo de cocina es insuficiente en general, lo cual constituiría una causa para que algunos residentes escondieran alimentos en sus habitaciones.

Este patrón de comunicación también ilustra el elemento fundamental de *responsabilidad* comunitaria del zafarrancho de la casa. Un residente que no limpia el polvo de su habitación correctamente muestra una actitud negativa, y todos los residentes y miembros del personal que no detectan y no corrigen este pequeño error podrían amplificar sus efectos negativos. Más aún, los miembros senior del personal que pasan por alto los errores cometidos en un zafarrancho que está siendo dirigido de manera inapropiada por un miembro junior del personal también muestran una actitud descuidada. El resultado último de ignorar un leve desarreglo puede ser la provocación de una actitud erosiva en la casa por parte, tanto de los miembros del personal, como de los residentes.

Gestión de los problemas del zafarrancho de la casa

La función de zafarrancho de la casa es la de evaluar el status físico de las instalaciones, su limpieza y conformidad con los códigos que regulan la salud

y la seguridad de la comunidad. Sin embargo, su propósito clínico fundamental es el de evaluar el status de los individuos en relación con su auto-cuidado, auto-control y su relación con la comunidad. Por ejemplo, la limpieza y el orden del *espacio vital privado* de los residentes son indicadores de su actitud y su status emocional. Los residentes se adiestran y monitorizan unos a otros en el mantenimiento de los espacios compartidos individuales en los dormitorios. De este modo, en las habitaciones compartidas, el espacio individual atendido de manera inadecuada evidencia el egocentrismo, la indiferencia hacia los demás y la debilidad del grupo de residentes. De un modo similar, el descuido de las instalaciones sugiere desafiliación, hostilidad e indiferencia. Algunos de los problemas clínicos típicos relacionados con estas cuestiones se encuentran detallados en la tabla 15.1.

La administración de los problemas detectados durante zafarrancho de la casa es esencial para el mantenimiento del compromiso individual con el tratamiento, así como para la estabilidad de la comunidad. La contaminación social se refiere a agradecerle actitudes negativas. Un solo residente, que convive con varios residentes, y que no es capaz de mantener su espacio ordenado, puede contaminar potencialmente a sus compañeros con su actitud de “no me importa”. Este hecho es de especial importancia entre los nuevos residentes, que se muestran más ambiguos acerca de su permanencia en el programa y son más susceptibles a las influencias negativas. Más aún, la acumulación de actitudes negativas a través de los niveles verticales de los residentes y el personal produce mayores problemas de administración. Llegado este punto, será necesario un esfuerzo mayor para limpiar la casa y revisar las actitudes negativas generalizadas entre los residentes y miembros del personal. Las acciones empleadas ante los problemas generados tras el zafarrancho de la casa son coherentes con los objetivos clínicos y administrativos de la Comunidad Terapéutica. Las acciones a desarrollar son variables y dependen de varios de los factores considerados en los casos de infracción (explicados en el capítulo dedicado a los privilegios y sanciones). Estos incluyen las circunstancias en que se produce la infracción, su gravedad, el número de personas implicadas y la etapa del tratamiento en la que se encuentran. Además, ciertas cuestiones de formación podrían influir en el modo en que se desarrollan estas acciones. Por ejemplo, ante infracciones menores, las acciones serán desarrolladas en el propio lugar de los acontecimientos (para desarrollar un juego de roles que ayude a decidir la metodología de administración apropiada a los miembros junior del equipo de zafarrancho). Las acciones típicas para los diferentes niveles de los problemas de los zafarranchos de la casa están detalladas brevemente en la tabla 15.2.

Tabla 15.1. Algunos signos clínicos de zafarrancho de la casa.

Cuidado de las habitaciones

Los residentes han de tener sus habitaciones limpias y ordenadas antes del desayuno. Deben hacer sus camas correctamente, ordenar la ropa, organizar la colada, doblar las toallas, colocar los zapatos bajo la cama. No cumplir estos objetivos podría sugerir una pobre capacidad para la conclusión de tareas, una actitud negativa, el rechazo a las normas de la casa o un reducido auto-control.

Material de lectura (literatura educativa) y cuadros

La presencia o la ausencia de estos materiales revela el nivel general de madurez de los ocupantes de la habitación. Los indicadores negativos específicos son los comics y las publicaciones exclusivamente dedicadas al físico y la belleza, al entretenimiento y el deporte. La familia con los hijos, amigos o figuras políticas y sociales notorias son signos positivos del crecimiento personal. Los accesorios correspondientes a determinadas edades como retratos de deportistas conocidos son aceptables, aunque las fotografías pornográficas o de desnudos no lo son.

Cuidado de las instalaciones

La negligencia (por ejemplo, el polvo la suciedad en lugares ocultos como las señales de salida, los marcos de los cuadros, los quicios de las ventanas) sugieren una pobre motivación por el trabajo o una conciencia superficial acerca de las necesidades de la casa. Las herramientas de violencia (por ejemplo, los bates de béisbol, las armas, los cuchillos, las drogas) o los artilugios inventados en la cárcel (un cepillo de dientes derretido con una hoja de afeitar pegada a él) son muestras de desafiliación y de problemas de rehabilitación graves. Los perjuicios a las instalaciones (por ejemplo, destrucción deliberada de la propiedad o de los muebles o ventanas) pueden indicar una falta de respeto por la comunidad, una baja tolerancia a la frustración o un pobre control de las reacciones negativas de los demás.

“Fuera de juego”

Los residentes que no se encuentran en los lugares apropiados en los momentos apropiados a menudo son un signo de características negativas o problemas. Cuando se encuentran solos los residentes son propensos a dormir, a fantasear, a soñar despiertos y a preocuparse por los pensamientos negativos y el aislamiento social. El hecho de encontrar varios residentes fuera de juego sugiere una actitud de desafío y rebeldía, desafiliación o una pobre adaptación a la comunidad y su régimen.

Problemas interpersonales

Los zafarranchos de la casa detectan incidentes de abuso entre los residentes. Por ejemplo, varios residentes podrían estar ajustando las cuentas a un colega, o desordenando deliberadamente su espacio físico.

Tabla 15.2. Acciones típicas ante los problemas del zafarrancho de la casa.**Regañinas verbales**

Son utilizadas para las infracciones menos graves, a menudo acompañadas de una afirmación positiva. Por ejemplo, el equipo de zafarrancho de la casa podría felicitar al residente por el orden de su habitación, excepto por sus zapatos, que están desperdigados por toda la habitación, recordando al residente la máxima “cama limpia, cabeza limpia”. En el lugar los acontecimientos podrían emitirse correctivos más tajantes. Por ejemplo, la presencia de fotografías pornográficas en el espacio privado y podría conllevar una reprimenda verbal. Los miembros del equipo se centran en citar la infracción y la corrección específica, junto con un fundamento racional conciso. Se espera que los residentes escuchen en silencio y respetuosamente tomen nota de la corrección y actúen en consecuencia.

Experiencia de aprendizaje

Podría ser utilizada ante la repetición por parte de los residentes de infracciones menores en relación con la administración de la casa, o tras no comprender el valor clínico de la corrección. Consiste en la orden emitida por un miembro del personal para redactar una composición escrita acerca de la importancia del mantenimiento del espacio ordenado.

Prohibiciones de plantas

Están dirigidas a los compañeros de habitación o dormitorio comunal que han mostrado unas capacidades pobres de administración o ciertas infracciones de las reglas de la planta. Todos los residentes implicados (habitación, planta o dormitorio comunal) tienen restringido el movimiento (recreo, pases y permisos) durante un periodo de tiempo, durante el cual deberán dedicarse a ordenar el espacio designado. Esta acción acentúa el concepto de responsabilidad colectiva en cuanto a la seguridad y la salud de las instalaciones. Se espera de los residentes que se monitoricen unos a otros en el mantenimiento de los estándares de las instalaciones.

Encuentros

Podrían ser utilizados ante infracciones persistentes en la casa y actitudes negativas asociadas. Iniciados por los residentes, se enfrentarán al residente (o los residentes) implicados para cuestionar su pobre auto-administración y sus actitudes hacia la comunidad, por ejemplo, indiferencia de las normas, falta de respeto a los residentes y desafío a la autoridad.

Expulsión

Esta acción se reserva para las violaciones graves de la seguridad, en la salud y las reglas cardinales. Por ejemplo, la presencia de armas, materiales incendiarios, o drogas y parafernalia para su consumo, se contemplan como claros peligros para la comunidad y signos explícitos de incorregibilidad individual.

Prohibición IG de la casa

Ante las negligencias de ámbito comunitario; contiene un elemento punitivo al interrumpir muchas actividades y restringir la libertad del individuo hasta que la casa no se encuentra en perfecto orden. Más aún, la preocupación acerca del aspecto punitivo de la prohibición IG de la casa motiva a la membresía de residentes a monitorizarse unos a otros para mantener una casa ordenada. Por ello, la IG promueve la *responsabilidad* colectiva y refuerza el auto-control y la administración de los residentes.



ANÁLISIS DE ORINA EN LA PERSPECTIVA DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Las instalaciones residenciales de la Comunidad Terapéutica son entornos limpios de droga. No está tolerada la presencia de ninguna sustancia química en la Comunidad Terapéutica, puesto que es completamente incoherente con su perspectiva. Los medicamentos como las aspirinas o la insulina se encuentran guardados bajo llave en las oficinas médicas, y son administrados estrictamente por el personal médico. En la mayoría de las Comunidades Terapéuticas no hay medicamentos psicotrópicos, puesto que rara vez son prescritos a sus residentes. De este modo, sólo la cafeína, los cigarrillos y las indicaciones descritas por necesidad médica (también supervisadas por el personal médico) están permitidas en las premisas del entorno de la agencia de Comunidad Terapéutica⁴⁶.

Los análisis de orina se emplean como *herramienta adjunta* en la Comunidad Terapéutica para su metodología comunitaria. Se incrementan de manera aleatoria y sin anuncio previo para evaluar la presencia del consumo de droga dentro de las instalaciones o para detectar o validar el consumo probable de droga fuera de las premisas de la comunidad en aquellos individuos sospechosos.

La utilización de los análisis de orina no fue siempre rutinaria y todavía no es universal en todas las Comunidades Terapéuticas. Las agencias reguladoras, inversoras y de referencia, como el sistema de justicia criminal han ordenado los protocolos de análisis de orina en los programas de Comunidad Terapéutica. En el pasado, sin embargo, las Comunidades Terapéuticas subvencionadas públicamente no aceptaban ni implementaban las ordenanzas de estos análisis, contemplándolas como intervenciones contradictorias a la perspectiva de auto-ayuda, y subversivas ante la metodología de gestión de los residentes.

46. En tiempos anteriores, las agencias de Comunidad Terapéutica americanas han servido alcohol a sus invitados en las ocasiones especiales, como las cenas de beneficencia para la obtención de financiación o los aniversarios del programa. Esos eventos utilizaban para entrenar a ciertos residentes seleccionados en las labores de servicio. En sus roles como camareros y camareros, esto residentes podían observar el consumo apropiado del alcohol (solamente por parte de los invitados) en un contexto social positivo. Sin embargo, durante los últimos años, las Comunidades Terapéuticas norteamericanas prohibieron cualquier tipo de exposición de residentes al consumo de alcohol. En los eventos especiales del programa que se celebran dentro de las premisas de la comunidad, no se sirve alcohol, sólo será en aquellas ocasiones celebradas en el exterior de la comunidad.

Existen diferencias culturales con respecto al alcohol en las instalaciones. En ciertos países latinos, por ejemplo, el personal podría tomar vino a la hora de comer o con la cena. En Estados Unidos, sin embargo, no está permitido el consumo de alcohol ni de drogas prescritas por parte de ningún indebidamente de su puesto o cargo, dentro de la comunidad. Y, sin embargo, el consumo de alcohol fuera de las premisas por parte del personal es una cuestión que se sigue debatiendo hoy en día.

Los análisis orina se contemplaron como un control externo del consumo de droga, que sustituía, y de hecho impedía, el aprendizaje del auto-control. Estos análisis adoptaron la responsabilidad de la vigilancia y la monitorización, desde los laboratorios de toxicología, hecho que causó una reducción de las responsabilidades de los residentes. Por ello, los análisis de orina como método de detección minaban la compleja utilidad de la comunidad como método de gestión. Más aún, el proceso de orinar en una botella ante la observación de otras personas fue contemplado como un acontecimiento psicológicamente paliativo para los individuos involucrados en el proceso de recuperación mediante la autoayuda, que se apoyaba en la honestidad y la confianza colectiva. Sin embargo, la utilidad y la validez de los análisis orina en sí mismos, era realmente dudosa puesto que estos métodos limitados al momento de la recogida de muestras están sujetos a sus resultados falsos positivos y falsos negativos.

A lo largo de los años, sin embargo, las Comunidades Terapéuticas han integrado cómodamente los análisis de orina (y en algunos casos los de cabello) al régimen de su programa. Aunque su aceptación esté en consonancia con las ordenanzas reguladoras, también refleja una maduración general de las Comunidades Terapéuticas como agencias de servicios humanos. Las técnicas de monitorización son necesarias para asistir a los residentes y el personal en la gestión de la amplia diversidad de usuarios y drogas consumidas, y en la represión de las conductas de alto riesgo para la salud en las últimas generaciones de admitidos. Sin embargo es aún más importante que las Comunidades Terapéuticas han aprendido que cualquier tecnología potencialmente útil relacionada con la salud, educación o terapia puede ser incorporada con éxito a su perspectiva y tratamiento.

De este modo, los análisis de orina han llegado a ser suscritos por la Comunidad Terapéutica como una herramienta para asistir a la comunidad en el mantenimiento de un entorno limpio de droga. En personal implementa, en lugar de imponer, los análisis en una comunidades de residentes en las que se presupone la adhesión a las normas de la residencia y el código de honestidad individual. La auto-apertura del consumo de droga y de su consentimiento para ser sometido a un análisis de orina refleja la aceptación del individuo de estas normas y su afiliación a la comunidad.

La negativa a ser sometido a los análisis puede ser un indicador de deshonestidad personal o representar un desafío a las normas de la comunidad. De este modo, los análisis de orina son similares a cualquier enfrentamiento conductual en el sentido de que las comunidades de residentes evalúan la honestidad y afiliación del individuo en materias críticas, tanto para el individuo, como para la



comunidad. En cualquier caso, la adquisición por parte de la residencia de la afiliación a la comunidad es un proceso de aprendizaje de ensayo y error. Por ello el consumo de droga y los fallos en la auto-apertura de este consumo no son las conductas esperadas, especialmente en las etapas tempranas del tratamiento. Los análisis de orina proporcionan una herramienta para evaluación del progreso individual, especialmente en lo que respecta a la afiliación, dado que la sanción subyacente a los análisis es la pérdida potencial de la comunidad.

La monitorización de la presencia o consumo de sustancias sigue siendo una responsabilidad fundamental de la comunidad de residentes. Los residentes refuerzan las normas de un “entorno limpio” a través de la instrucción directa y el modelado de rol. Más aún, los residentes son los más capacitados para detectar el consumo de droga en sus compañeros, basándose en la observación de los signos físicos, conductuales, actitudinales y emocionales. Los residentes que sospechan u observan algún signo del consumo de droga en los demás, pero no informan de ello inmediatamente al personal, están menoscabando las normas y expectativas de la comunidad, al exculpar las conductas negativas de los demás.

Así, como en cualquier actividad de la Comunidad Terapéutica, los análisis de orina se utilizan de acuerdo con la perspectiva y la metodología de la Comunidad Terapéutica. El mantenimiento del entorno limpio de drogas refleja la influencia persuasiva de la gestión por parte de los residentes. Los residentes reemplazan el código de la calle por las normas comunitarias mediante la instrucción, la detección y el enfrentamiento contra el consumo de droga.

El procedimiento de los análisis de orina

El procedimiento principal para la realización de análisis de orina en la mayoría de las Comunidades Terapéuticas, se basa en la criba aleatoria sin anuncio previo y los análisis relacionados con incidentes sospechosos. Estos procedimientos se realizan en diferentes condiciones y tienen objetivos relativamente diferentes. En cualquier caso, la utilización discrecional de ambos procedimientos no es inusual.

Los procedimientos de *criba aleatoria* consisten en una recolección de muestras de orina de residentes seleccionados aleatoriamente, o de todos los residentes en las instalaciones pequeñas, en días seleccionados de manera aleatoria. Implementados de manera rutinaria como parte del protocolo administrativo del programa, su objetivo fundamental es el de asegurar un entorno limpio de drogas. Las cribas que afectan a todo el programa se podrían producir sin aviso previo, pero entonces no serían implementadas de manera aleatoria sino en base a una sospe-

cha de “suciedad,” por ejemplo, por la aparición de drogas en las instalaciones o el consumo de droga por parte de múltiples residentes.

Los análisis de orina y relacionados con incidentes se utilizan con mayor frecuencia basándose su implementación en una observación o causa probable. Las sospecha del consumo de drogas de un residente por parte de sus residentes o el personal, tanto si cayó en el consumo dentro de las instalaciones o si incurrió en él en uno de sus permisos podría tener como resultado un análisis de orina. Entonces, se pregunta al residente acerca de su consumo de droga y, a continuación se le pide que proporcione una muestra de orina.

Los residentes que niegan el consumo de drogas o rechazan la invitación a someterse al análisis, están rechazando también una expectativa fundamental de la Comunidad Terapéutica, la de tener la confianza suficiente en el personal o en los residentes como para confesar una conducta indeseada. La admisión voluntaria del consumo de droga inicia una experiencia de aprendizaje que incluye el análisis de las condiciones que precipitaron la infracción. La negación del consumo de droga, antes o incluso después de los análisis, puede bloquear el proceso de aprendizaje y podría provocar el despido administrativo o el abandono voluntario.

Los análisis de orina son, a menudo, una vía independiente para validar la *negación* de cualquier consumo de drogas por parte del residente. Los análisis pueden validar la auto-información específica y apoyar la credibilidad general del individuo. Más aún, aunque los resultados de los análisis no delaten un consumo de droga por parte del individuo, el incidente sospechoso puede facilitar discusiones de apoyo referentes al status psicológico general del residente.

De este modo, los análisis de orina se contemplan en menor medida como un impedimento para el consumo de droga, que como un instrumento útil para reforzar la relación entre el individuo y la comunidad. La comunidad espera que el individuo realice una auto-apertura en torno a los incidentes relacionados con el consumo de droga; el individuo confía en que los residentes y el personal reaccionen de manera apropiada y coadyuvante ante tal apertura.

Acciones disciplinarias

Cuando se detectan resultados positivos, las acciones a tomar dependen de las consideraciones clínicas y comunitarias básicas ante cualquier violación de las normas. Dependen normalmente de la droga consumida, de los historiales previos de consumo de drogas y otras infracciones y, particularmente, del lugar y las condiciones en que fue cometida la infracción. Las acciones disciplinarias



podrían incluir la expulsión, la pérdida de tiempo, una degradación laboral radical o la pérdida de privilegios durante períodos específicos. La consideración acerca de dónde y cuando ocurrió el consumo de drogas tiene especial relevancia para la decisión de las acciones a tomar. La diferencia entre el consumo de drogas dentro y fuera de las instalaciones tiene implicaciones clínicas y comunitarias importantes.

El consumo de drogas (o la posesión de parafernalia relacionada con la droga) en las instalaciones es una violación de la ley estatal y federal, constituye una amenaza a la comunidad de residentes a través de la contaminación y la desmoralización, y es un signo clínico llamativo de la desafiliación del residente. Estos problemas se multiplican cuando los incidentes implican a varios residentes. Generalmente, el consumo de drogas dentro de las instalaciones tiene como resultado el despido administrativo.

El consumo de sustancias fuera de las instalaciones por parte del residente amenaza a la comunidad de una manera menos directa, pero subraya las implicaciones clínicas del individuo y, tal vez, sus problemas en el programa. Estos incidentes ocurren habitualmente durante un pase de día o un permiso de noche. También ocurren durante las horas de las actividades de programa en que los residentes se encuentran fuera de las instalaciones por varias razones, por ejemplo, el recreo, la escuela y el trabajo como acompañantes o conductores.

La revisión de los “detonantes” o motivos para el consumo de drogas constituyen una parte esencial de la acción a tomar. La comprensión de las influencias sociales, circunstanciales y emocionales que causaron la recaída en la droga es crítica para el proceso de aprendizaje. Además de las sanciones negativas, los residentes invierten un esfuerzo considerable en hacer reflexionar al individuo sobre las condiciones del consumo de droga y las lecciones aprendidas. Así, el incidente del consumo de droga se utiliza como un episodio de aprendizaje para el individuo. En particular, la auto-apertura acerca de las infracciones, y la aceptación de análisis de orina se consideran signos fundamentales de la relación del individuo con el programa y su compromiso con el trabajo y con la modificación de su conducta.

CONCLUSIÓN

En este capítulo se han descrito las actividades de vigilancia principales en el ámbito de las instalaciones (los IG, el zafarrancho de la casa y los análisis de orina) acciones implementadas en la gestión de la comunidad. Los objetivos de la gestión de la vigilancia son el mantenimiento de la seguridad y la salud en

las instalaciones. Las instalaciones constituyen un *hogar* y, por ello, han de permanecer físicamente limpias de drogas y deben ser una fuente de orgullo comunitario. En cualquier caso, la limpieza, la seguridad y el orden de las instalaciones también generan información referente al auto-cuidado, la seguridad psicológica y el auto-control de los residentes. Un entorno seguro y bien gestionado es esencial para la efectividad de las principales actividades terapéuticas educativas que serán descritas en los capítulos siguientes.

Reuniones de la comunidad

16

La comunidad es un instrumento primordial de enseñanza y vinculación en la Comunidad Terapéutica. Por ello, la mayoría de las actividades de la Comunidad Terapéutica son colectivas y están diseñadas para reforzar la sensación de comunidad. Estas actividades pueden ser informales, acontecimientos espontáneos en cualquier escenario como los dormitorios, el salón y el comedor, o formales en el sentido de que están planificadas, tienen ubicaciones definidas y fechas regularmente asignadas en el calendario. Este capítulo presenta una visión general de las cuatro reuniones principales de ámbito comunitario como componentes organizados del régimen diario.

REUNIONES EN LA PERSPECTIVA Y METODOLOGÍA DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

El propósito común de la reuniones principales en la Comunidad Terapéutica es el de enriquecer la percepción de comunidad entre los participantes. Sin embargo, cada reunión tiene un formato distinto y unos objetivos específicos. Estas diferencias reflejan la gestión clínica y comunitaria así como las consideraciones psicológicas de cada una de estas reuniones.

Gestión clínica y comunitaria

Cada reunión se centra en un componente específico de los asuntos de la comunidad y las transacciones clínicas que implican a un gran número de residentes. La congregación de todos los habitantes de la casa debe ofrecer al personal un instrumento fácil y rápido para monitorizar la localización de los residentes. Proporciona una visión general de la seguridad física de la casa y facilita la evaluación del status clínico general de los residentes. Las modificaciones en el



humor, las actitudes y conductas individuales o colectivos y pueden ser detectadas rápidamente mediante una sencilla observación. El personal y los residentes pueden detectar los problemas potenciales temprano, y más tarde señalarlos en los grupos, las sesiones individuales o las reuniones especiales.

Límites psicológicos

Los formatos diferenciales de las reuniones permiten garantizar a los residentes que existe una hora y un foro apropiados para tratar los asuntos prácticos, personales y comunitarios. Las pautas de acción específicas para cada reunión minimizan la incertidumbre o la sorpresa ante interacciones inesperadas que podrían amenazar a la seguridad psicológica de los residentes. Por ejemplo, los enfrentamientos personales, las catarsis o los correctivos verbales emitidos fuera de contexto, a individuos o a la comunidad al completo, conllevan el riesgo de causar un daño físico o emocional y generar un trastorno colectivo (como los que ocurren en las cárceles, instituciones mentales, escuelas, las calles o en familias disfuncionales). De este modo, los objetivos, la agenda, las reglas de participación, las horas programadas, y las relaciones fijadas de cada reunión refuerzan la percepción de orden de los residentes, la coherencia y el propósito del programa.

En general, las diferentes reuniones son esenciales para el mantenimiento de la comunidad eficiente así como para la gestión clínica de las instalaciones. Más aún, la utilización de los diferentes formatos proporciona una variación en el medio a la hora de proporcionar los mismos mensajes de recuperación y vida correcta. Las modificaciones en las formas de comunicación estimulan la efectividad y el contenido de la información.

Elementos clave en las principales reuniones comunitarias

La tabla 16.1 resume los elementos clave de las cuatro reuniones principales de ámbito comunitario. La reunión matutina, el seminario, y la reunión de la casa tienen lugar durante el día. El seminario, a pesar de que su contenido es generalmente educativo, está explicado como una reunión de la comunidad porque implica a la membresía al completo. La cuarta, la reunión general, se convoca según las necesidades circunstanciales. El fundamento racional, el método y las cuestiones clínicas especiales de cada una de estas reuniones serán explicados por separado a lo largo de las siguientes secciones⁴⁷.

47. Además de las cuatro reuniones fundamentales, sin embargo, se celebran una gran variedad de diferentes reuniones formales, similares a las que se celebran en los negocios, el ámbito de educación o los ser-

Tabla 16.1. Principales reuniones de ámbito comunitario.

	MATUTINA	SEMINARIO	CASA	GENERAL
Propósito	Iniciar una actitud positiva Motivar la participación	Instruir en los conceptos de la perspectiva de la CT Entrenar las habilidades conceptuales y de comunicación	Gestionar los asuntos de la comunidad Difundir información	Señalar problemas de ámbito comunitario
Frecuencia	Diaria	Diaria	Diaria	Según necesidad
Duración	30-45 min.	60-90 min.	45-60 min.	Final abierto
Composición	Todos los residentes y miembros seleccionados del personal	Todos los residentes y miembros del personal	Todos los residentes y miembros del personal	Todos los residentes y miembros del personal
Rol del personal	Preparación de los residentes Participación voluntaria	Preparación Supervisión Implementación selectiva	Preparación Supervisión Implementación selectiva	Preparación Supervisión Implementación
Rol de los residentes	Preparación Implementación mediante equipos de residentes	Preparación Implementación mediante equipos de residentes	Preparación Implementación Semejante de mayor graduación	Los residentes senior asisten al personal

LA REUNIÓN MATUTINA

Las reuniones matutinas se desarrollan cada día tras el desayuno, convocando a todos los residentes y al personal en las instalaciones. La reunión es breve (30-45 minutos) y los residentes son los encargados de dirigirla. El propósito general de la reunión matutina es el de iniciar las actividades del día de manera positiva. Sin embargo, los objetivos específicos de esta reunión son los de motivar a los individuos para aceptar las actividades del día con una acti-

vicios humanos. Estas reuniones no son competencia de todo el ámbito de la comunidad, y se centran específicamente en ciertos grupos y cuestiones. Aunque la dirección y los procedimientos de estas reuniones son convencionales, se guían por los valores, expectativas y enseñanzas de la Comunidad Terapéutica.



tud positiva, modificar las imágenes sociales negativas de un modo divertido, y reforzar la visión del programa como una familia o comunidad. Estos objetivos están relacionados con la visión de la Comunidad Terapéutica del usuario y el rol de la comunidad en el proceso de recuperación.

A pesar de que la reunión matutina es un evento ordinario, la congregación de tantas personas para su implicación en actividades positivas tiene una significación especial para el drogodependiente por diversos motivos. Las personas fuera de la comunidad, generalmente comienzan el día con algún incentivo o apoyo, por ejemplo, la música, el ejercicio o el jogging. Los residentes en Comunidades Terapéuticas, por otro lado, nunca aprendieron a adaptarse a la rutina de un día ordinario. Están descritos de manera característica como individuos nocturnos, cuyo estilo de vida asociado a la droga ha terminado por convertirse en un ciclo inestable de 24 horas de sueño y vigilia. Incluso antes de su implicación grave en el mundo de la droga, muchos residentes vivieron en hogares en los que no se llevaba a cabo una rutina matutina regular. Levantarse tarde revela su aburrimiento o la falta de un propósito en la vida y sus actitudes cínicas o apatía en lo relativo a los horarios. Para muchos de ellos, las únicas actividades planeadas diariamente han estado normalmente relacionadas con la búsqueda de droga.

Psicológicamente, los drogodependientes tienden a enfrentarse al día mediante varios síntomas y emociones negativas (miedo o ansiedad, depresión, disforia, irritabilidad, hostilidad), que podrían relacionarse con los efectos de la droga y con las demandas percibidas de la vida rutinaria. De no ser disipadas temprano, estas reacciones tienden a penetrar en las conductas y actitudes a lo largo del día. Así, la reunión matutina es la intervención colectiva diseñada para hacer frente a estas características. Proporciona un foro para enseñar a todos los miembros de la comunidad a “actuar como si...” fueran positivos, motivarlos para implicarse en el día y ser optimistas acerca del futuro.

Método

Los objetivos de la reunión matutina se logran a través de una serie planificada de actividades que están integradas en una presentación simple y estructurada, concebida y dirigida por los propios residentes. En la mayoría de los casos, estas actividades consisten en la recitación de la filosofía del tratamiento, la breve explicación de un concepto útil, y la presentación de la palabra del día. Representaciones satíricas, premios especiales y poemas son otras de las actividades opcionales que a menudo constituyen estas reuniones. Como ocurre con

todas las reuniones (y grupos), la implementación efectiva de la reunión matutina implica tres pasos fundamentales: preparación, presentación y seguimiento.

La *preparación* es el ingrediente más importante de una reunión matutina llevada a cabo con éxito. La reunión matutina está planificada y dirigida por los equipos de residentes asistidos por el personal. El personal (los consejeros principales) organiza el calendario de las reuniones matutinas y designa a los equipos de residentes que dirigirán la reunión de cada mañana. Normalmente, estos equipos serán grupos de planta (dormitorio comunal) o grupos de departamentos, como los equipos de cocina o servicio. Los equipos tienen un plazo de al menos una semana para desarrollar el material que presentarán.

El equipo elige un coordinador que facilitará los ensayos, servirá como maestro de ceremonias e intermediario con el personal. Siempre existe una actividad que cada uno de los miembros del equipo puede presentar. Incluso si no son capaces de cantar, recitar un poema o informar acerca del tiempo que va a hacer, podrán leer un texto relativo a acontecimientos de actualidad o, simplemente, presentar a otro presentador. Así, aunque nunca se presiona a los residentes para participar, siempre reciben la motivación para identificar una actividad que puedan desempeñar. Finalmente, todos los materiales necesarios para la reunión deberían organizarse con tiempo suficiente.

Presentación de una reunión matutina

Todos los residentes y miembros del personal se congregan en un área apropiada de las instalaciones (a menudo el comedor o el salón) tras el desayuno, alrededor de las 8:30 de la mañana. La reunión comienza cuando todo el mundo está sentado, con la excepción del residente coordinador, que desempeñará el papel de maestro de ceremonias e iniciará la sesión con la exclamación “Buenos días, familia”. La casa devuelve una respuesta conjunta. Cada una de las actividades principales de la reunión matutina es presentada a continuación por cada uno de los residentes del equipo organizador o por varios de ellos al mismo tiempo. Una secuencia, planificada con anterioridad, de las actividades de las reuniones matutinas puede incluir: la filosofía del programa, el concepto y la palabra del día, un color favorito, una persona favorita, la lectura del horóscopo, el informe meteorológico, una canción y diferentes escenificaciones. La tabla 16.2 resume los elementos típicos de la reunión matutina.

Generalmente, la implicación del personal en la reunión matutina se limita a la ayuda en la preparación y a la participación como miembros de la audiencia. Por ejemplo, el personal revisa los materiales (bromas, chistes, poemas) y

Tabla 16.2. Elementos de una reunión matutina típica.

La filosofía del programa

Constituye el principio o el final de la reunión matutina. Es recitada por un residente dirigiéndose a la audiencia. No se interpreta sino que es leída o recitada con sentimiento. La recitación de la filosofía en la reunión matutina se contempla como un mecanismo de unión, un instrumento que reafirma el valor de la lucha colectiva hacia la recuperación y la modificación del modo de vida.

El concepto del día

Una conocida máxima o frase (por ejemplo, “la honestidad es la mejor política”), escrita y presentada con una breve explicación que refleje la percepción de los residentes o la comprensión personal acerca de su significado. Así, las diferencias individuales de comprensión en la audiencia no deberían inhibir las críticas, el debate o la negación.

La palabra del día

Es una sencilla palabra o frase obtenida de cualquier fuente (por ejemplo, “resurrección”); uno de los residentes presenta una definición formal y luego subraya sólo la palabra, o todo el concepto, como pensamiento del día. La utilización de la palabra y el concepto estimula el pensamiento del residente, especialmente en relación con las modificaciones positivas, y enriquece su vocabulario.^a

Horóscopos

Sacados de un libro o de un periódico del día. Un presentador se encarga de felicitar el cumpleaños a los residentes que corresponda, lee el horóscopo del día para el signo apropiado seguido de los demás, estimulando generalmente su ánimo y reafirmando el proceso de recuperación. El contenido de los horóscopos tiene habitualmente un tono positivo, y a menudo consiste en una simple noción de sabiduría o una serie de indicaciones alentadoras que son fácilmente aceptadas por los residentes. Esta combinación de entretenimiento y creencia ayuda a la creación de una perspectiva esperanzada y positiva para el resto del día.

El informe meteorológico

Es un informe brevemente detallado sacado generalmente de los periódicos. Tiene una utilidad práctica debido a que dicta la vestimenta apropiada para aquellos que saldrán de las instalaciones a lo largo del día. También es un simple recordatorio de la “realidad” de la vida exterior.

Canciones

Los residentes presentadores cantan, acompañándose a veces de un instrumento musical. Invitan a la audiencia a cantar con ellos, con el acompañamiento de las palmas o el chasqueo de los dedos.

Sátiras y representaciones

El programa de la reunión también incluye poemas, chistes, imitaciones o premios humorísticos (por ejemplo, al residente peor vestido, al más exagerado y al más positivo). La temática de las diferentes representaciones es ligera, bienintencionada, divertida y libre de críticas serias o malintencionadas.

^a Las palabras y conceptos pueden recogerse en un libro que sirva como fuente de recursos para el acceso de los futuros residentes. Estos libros, al igual que los álbumes de fotos y las cartas de antiguos residentes y miembros del personal, se guardan en los archivos de la comunidad. Simboliza la tradición y la continuidad con los participantes del pasado en su lucha exitosa a lo largo del proceso de recuperación.

asiste a los ensayos para monitorizar el buen gusto y el valor cómico de las representaciones. Los miembros del personal podrían convertirse en el objetivo fácil de los chistes o podrían ser invitados por el equipo de residentes para participar activamente en una producción. En cualquier caso, la reunión matutina es una expresión de los residentes que no debería estar influenciada directamente por el personal.

El propio equipo de personal puede presentar alguna de las reuniones matutinas. Lo hacen ante toda la casa con el fin de modelar roles, romper imágenes e instruir a los residentes o miembros que no conocen al personal (nuevos en el programa) acerca de la implementación de las reuniones matutinas. Además, los equipos del personal podrían presentar las reuniones matutinas durante los retiros especiales o las sesiones entrenamiento para reafirmar el método de la comunidad y su status de modelo de rol en la Comunidad Terapéutica.

Seguimiento de la reunión matutina

El personal evalúa brevemente la reunión matutina de cada mañana de manera informal o, si fuera necesario, de manera formal en las sesiones del personal. La evaluación se basa en las observaciones e impresiones de los miembros del personal que estuvieron presentes en la reunión, el coordinador de los residentes, los despachadores y los propios residentes. Algunos puntos clave a revisar son la adhesión al formato básico, el nivel de preparación o planificación y la idoneidad del material en relación con los objetivos de la reunión. La energía, las actitudes y la relación general entre los presentadores y la audiencia tienen una importancia clínica. Las diferencias individuales en cuanto al nivel de participación entre los presentadores y la audiencia reflejan su nivel de afiliación a la comunidad. La mejora de las habilidades en la presentación de la reunión es un indicador significativo del progreso clínico. Así, el seguimiento de esta información puede ayudarnos a detectar problemas incipientes en la casa y puede guiar la planificación del tratamiento de los residentes individuales.

Consideraciones clínicas acerca de la reunión matutina

El contenido y el formato de la reunión matutina son completamente positivos y excluyen cualquier temática de talante serio. Estos temas están reservados para otros grupos o reuniones. El fundamento racional del enfoque estrictamente positivo de la reunión matutina está compuesto por varias consideraciones clínicas que reflejan la perspectiva de la Comunidad Terapéutica.



Las críticas o la negatividad por parte de otras personas, la resolución de problemas y las “malas noticias” al comienzo del día pueden desestabilizar a cualquiera, y especialmente a los drogodependientes, que no son capaces de manejar sus emociones correctamente. Estas “realidades” desagradables de la vida diaria han sido liberadas a través de la *actuación extravertida* (consumo de droga, crimen, abuso sexual hacia uno mismo y los demás, violencia) o la *actuación introvertida* (apatía, a-motivación, síntomas emocionales, sueño excesivo, lamentaciones físicas).

A pesar de tratarse de problemas legítimos, interpersonales o de ámbito comunitario, a menudo no necesitan ser señalados inmediatamente al comienzo del día. Permitir a los residentes que desahoguen sus sentimientos negativos o ansiedades a primera hora de la mañana puede reforzar su baja tolerancia a cualquier forma de incomodidad o molestia. Inversamente, instruir a los residentes para esperar al momento y al lugar correctos para expresar sus sentimientos y solucionar sus problemas, aumenta su tolerancia y mantiene su estabilidad y su atención en la rutina diaria. En ocasiones se produce una crisis obvia que ha de ser señalada por la mañana (p.e., la enfermedad o la muerte de un residente o miembro del personal). Sin embargo, estas ocasiones son generalmente frecuentes y requieren de una evaluación consistente en averiguar si la cuestión puede esperar a ser explicada en otras circunstancias.

Los problemas y enfermedades señaladas por la mañana pueden diluir la motivación y el rendimiento, en el trabajo o la escuela, especialmente en aquellas personas que vienen de familias disfuncionales, en las que es común levantarse de la cama para enfrentarse a la decepción, el caos y el abuso familiar. Las familias saludables pueden retrasar el tratamiento de temas complicados hasta la hora apropiada; mantienen la mutua conexión y aprovechan el día sin desestabilizarse por la tensión. De este modo, el carácter positivo de la reunión matutina ofrece una experiencia correctiva a través de un modelado del rol de la conducta familiar positiva.

La reunión matutina también instruye a los residentes en torno a la moderación de la estimulación excesiva, con el objetivo de desarrollar un nivel de coherencia en la conducta responsable. Todas las personas comienzan el día con sentimientos positivos o negativos, y si estos sentimientos no son manejados correctamente podrían interferir en la rutina diaria y en el cumplimiento de las obligaciones. La mayoría aprende a experimentar estos contrastes sin desestabilizar las obligaciones de la rutina diaria. El énfasis positivo de la reunión matutina está diseñado para hacer frente a sentimientos de disforia. Sin embargo, la diversión y la excitación de la reunión matutina pueden estimular la

intensidad afectiva entre los residentes, haciendo más difícil para algunos de ellos la vuelta a los quehaceres ordinarios de cada día. Entre los drogodependientes, la intensidad de las sensaciones se ha acelerado hacia la búsqueda de una mayor estimulación y, ocasionalmente, hacia la conducta de tipo “atracción,” el consumo de droga o el abuso sexual.

Por ello, los residentes deben aprender a manejar las variaciones en los sentimientos sin derrumbarse o implicarse en conductas extremas. El modo en que manejan la intensidad de sus sentimientos positivos y negativos es un importante indicador clínico del crecimiento personal. Salir con la moral alta de la reunión matutina ayuda a sentirse motivado para cumplir con las obligaciones diarias constituye un material clínico para las sesiones de grupo y de *counseling*.

LA REUNIÓN DE LA CASA

La reunión de la casa es el vehículo principal para la negociación de los asuntos de la Comunidad Terapéutica. Las reuniones de la casa se celebran cada noche entre los lunes los viernes, convocando a todos los residentes y a todos los miembros del personal.

La función fundamental de la reunión de la casa es la administración de la comunidad. Esta función ha de ser dirigida de manera eficiente, debido a que se debe difundir en ella una cantidad considerable de información en torno a todas las actividades relevantes para los residentes, en especial la asignación de encuentros, los cambios de funciones laborales, y los planes para el día siguiente. Esta tarea es complicada teniendo en cuenta que los intervalos de atención de los residentes son relativamente cortos en general, especialmente cuando se requiere que se sienten o permanezcan en silencio, y escuchan en lugar de participar activamente. Más aún, en las noches en las que las reuniones de la casa preceden a los encuentros de grupo, los niveles ansiedad de los residentes son generalmente elevados, por lo que su concentración tiende a diluirse mucho más.

Las reuniones de la casa tienen también un propósito clínico. Son un foro para las comunicaciones positivas y negativas acerca de las actividades de los residentes. Por ejemplo, pueden reconocerse los logros especiales. Esto no sólo constituye una recompensa para cada uno de los individuos que recibe el reconocimiento sino que, además, proporciona incentivos a los demás. Inversamente, el anuncio público de regañinas leves a los individuos y a la comunidad ejerce una presión social, que podría facilitar la modificación.



Método

La reunión de la casa está planificada y dirigida por un residente senior, generalmente un coordinador y a veces un despachador, aunque la presencia del personal (senior o junior) y su supervisión son esenciales. El coordinador desarrolla la agenda básica con la información a transmitir. Esto implica un esfuerzo considerable basado en la revisión de registros e información referentes al movimiento diario y al status de los usuarios. Los miembros del personal son responsables de la identificación de los cambios de trabajo de los residentes que serán anunciados en la reunión, así como de las asignaciones de encuentros, debido a que se trata de decisiones clínicas importantes. Los nombres de los residentes implicados se comunicarán al coordinador para que él sea quien realice los anuncios.

Orientación de la reunión de la casa

Todos los residentes y los miembros del personal se congregan en el espacio designado de las instalaciones, a menudo el comedor o el salón, tras la cena. La reunión comienza cuando todo el mundo está sentado, con la excepción del residente coordinador, que abre la reunión con exclamación “Buenas noches, familia,” a la que toda la casa responde al unísono. Las explicaciones informales no se recomiendan con el fin de asegurar que cada miembro de la comunidad escucha y obtiene información correcta con respecto a las asignaciones y cambios de funciones. Entonces, el coordinador presenta la agenda de asuntos básicos siguiendo la secuencia habitual: pasar lista, presentar a los nuevos residentes (anunciando en ocasiones los nombres de los residentes que han abandonado el tratamiento), comentar los detalles de importancia acerca de las actividades de recreo y las excursiones, identificar a los residentes que tienen citas médicas o legales especiales programadas, anunciar los cambios de trabajos y asignar a los residentes los encuentros particulares. Este formato es invariable, con excepción de los anuncios especiales, dependiendo de la noche en que se celebre la reunión. Los grupos de encuentro se reúnen tres noches a la semana, inmediatamente después de la reunión de la casa. Cada una de esas noches, se anuncian los residentes asignados a los encuentros. Tras la reunión de la casa, los residentes se dedicarán a otras actividades o podrán disfrutar de un tiempo de ocio, en las noches en las que no haya encuentros planeados.

EL SEMINARIO

Los seminarios son actividades de enriquecimiento de la comunidad y administración clínica. Se celebran cada tarde, congregando a todos los residentes de las instalaciones y a miembros seleccionados del personal. Así, la supervisión por parte del personal de todas las instalaciones se realiza de manera regular debido a que las reuniones de seminario por la tarde complementan a la reunión matutina durante el día y la reunión de la casa por la noche. Entre los diferentes grupos y reuniones, el formato educativo del seminario es único por su énfasis acerca del cambio conceptual y las habilidades de comunicación.

El seminario es importante para la perspectiva de la Comunidad Terapéutica y fundamental para su metodología. Muchos de los dependientes que residen en Comunidades Terapéuticas presentan historias de déficit educativo, problemas de aprendizaje, hiperactividad e incapacidad para escuchar o prestar atención. También muestran interioridades características en lo respectivo a su capacidad intelectual y su ansiedad relacionada con el rendimiento verbal.

El formato del seminario intenta potenciar las capacidades de atención, escucha y discurso. El entorno del aula, las reglas y normativas requieren que los residentes rindan intelectualmente a “nivel normal”. Los pensamientos, las ideas y la expresión verbal son validados y aceptados con pequeñas críticas o ninguna en absoluto, permitiendo un entorno relativamente positivo para potenciar el dominio intelectual del individuo. Los seminarios constituyen una actividad de construcción directa de la auto-estima, y a menudo son dirigidos por los residentes. Aún más importante, los seminarios presentan de manera conceptual las enseñanzas acerca de la recuperación y la vida correcta, que equilibran el aprendizaje experimental del residente en la Comunidad Terapéutica.

La Comunidad Terapéutica emplea una amplia variedad de seminarios en la persecución de tres objetivos principales: la estimulación intelectual, la implicación personal y la integración social. Los *seminarios de estimulación intelectual* alientan a los residentes a pensar y reaccionar ante las ideas y la información frecuentemente nueva y poco familiar para ellos. Los *seminarios de implicación* tratan de reforzar la participación de los individuos en las actividades de la Comunidad Terapéutica. A menudo, estos seminarios se emplean como herramientas clínicas para enriquecer la implicación de ciertos individuos aparentemente apartados o aislados. Los seminarios de integración social exponen a los residentes a cuestiones y personas convencionales. De este modo, los seminarios varían en su énfasis y formato de acuerdo con el objetivo que persiguen. La tabla 16.3 resume brevemente los tipos de seminarios más comunes en las Comunidades Terapéuticas.



Método

El fundamento de todos los seminarios incluye la adhesión a ciertos procedimientos como la preparación, el escenario, las normas y la retroalimentación. La *preparación* consiste en una identificación del tipo de seminario, el tema a tratar y sus presentadores. La selección del tipo y el tema del seminario depende de las cuestiones de recuperación clínica que se consideren relevantes para los participantes individuales y toda la comunidad. El personal revisa el material a emplear en el seminario para asegurar su claridad, viabilidad y si es relevante.

En el *escenario* del seminario es una habitación de aspecto similar a un aula. A menudo se utiliza el comedor que deberá ser reestructurado como una clase. Los materiales a utilizar en el seminario (pizarra, tiza y borrador, y otros accesorios como un proyector, un video o un sistema estéreo) ya están en la estancia. Según su elección, los residentes podrían llevar su propio papel y material de escritura para tomar notas.

Las *reglas* del seminario son todas las reglas cardinales y de la casa, así como aquéllas específicas del formato de los seminarios. Así, están restringidas las conversaciones cruzadas, el abandono de la estancia sin permiso o las interrupciones. Las expresiones espontáneas de risa u otras reacciones colectivas, sin embargo, no están prohibidas. Se debe permitir a los residentes presentadores que dirijan el seminario como ellos crean conveniente, solicitando la retroalimentación, la explicación y las preguntas en su momento apropiado. Los residentes de la audiencia que deseen hablar deben levantar la mano y esperar su turno de palabra. El que habla podrá decidir si prefiere estar sentado o levantarse para dirigirse a los demás. Durante el comentario de esta persona, todas las demás manos deben ser retiradas.

Estos elementos de la participación en la clase son similares a los de la escuela. En cualquier caso, conceden importancia al mantenimiento de un entorno ordenado en el que todos los participantes puedan sentirse libres para hablar. Además, las reglas y elementos del seminario facilitan el entrenamiento de la paciencia, la escucha y el respeto mutuo de las opiniones de los demás.

Generalmente, la duración de los seminarios no debería exceder los 60 minutos, aunque este periodo podría extenderse durante 30 minutos más en función del tema de discusión, el tipo de seminario y el orador. La mayoría de los formatos de seminario incluyen la retroalimentación de la audiencia y los presentadores, en lo referente a la dirección del seminario en sí mismo. La audiencia proporciona un sentido aplauso al final de los seminarios, tras el cual el presentador (o los presentadores) o el moderador solicitan una crítica constructiva. Se concede importancia a las fuerzas positivas y a las debilidades

durante la presentación, aunque el tono de la retroalimentación ha de ser útil y afirmativo. Los puntos claves de la crítica se centran en la calidad de la preparación, el conocimiento de la materia y la eficacia de la comunicación (energía del orador, implicación, nivel de nerviosismo y comportamiento general). Se espera de los residentes que contribuyan con sus sugerencias en los seminarios posteriores impartidos por el mismo presentador o por otros residentes.

Consideraciones clínicas

Al igual que con las demás actividades, existen ciertas consideraciones clínicas en la utilización del seminario. Estas consideraciones comprenden la selección de los temas, el seminario como privilegio y el seminario como información clínica.

Generalmente, los *temas* de los seminarios deberían facilitar la asimilación por parte de los residentes del proceso de recuperación de la Comunidad Terapéutica. En cualquier caso, el proceso de asimilación es general y está caracterizado por la resistencia así como por un escepticismo saludable. El seminario es el principal foro de la comunidad en el que los residentes pueden desafiar abiertamente la perspectiva y los procedimientos de la Comunidad Terapéutica en el ámbito de lo intelectual, sin temor a las sanciones. Por ello, los temas de algunos seminarios deberían despertar dudas y provocar cuestiones y discusiones generales para disipar las resistencias y las dudas.

A la inversa, ni los temas ni el presentador deberían causar potencialmente la confusión, la contradicción o la subversión de la experiencia de recuperación del residente en la Comunidad Terapéutica. Por ejemplo, los seminarios acerca de ideologías políticas específicas o sectarismos religiosos están considerados inapropiados para los residentes en la etapa de tratamiento primario, aunque podrían ser impartidos en la etapa de re-ingreso del tratamiento. Las Comunidades Terapéuticas suscriben la libertad intelectual, pero reconocen el hecho psicológico de que las perspectivas y las ideologías alternativas podrían impedir el progreso de los usuarios, especialmente en las etapas preliminares del tratamiento. Posteriormente, cuando los usuarios obtienen un cierto grado de confianza basado en un cambio mensurable, se encuentran preparados para evaluar de manera objetiva las diferentes visiones alternativas del tratamiento o la recuperación, así como los diferentes puntos de vista religiosos y políticos.

Las discusiones acerca de las ideas, los acontecimientos mundiales y las noticias diarias se llevan a cabo de manera cotidiana en la Comunidad Terapéutica, por ejemplo, al ver las noticias en televisión, en los grupos tutoriales, e infor-



malmente en las conversaciones entre residentes y miembros del personal. Estas sesiones son “charlas familiares”, breves ejercicios que giran en torno a la conciencia del mundo, el pensamiento espontáneo y la comunicación. Aunque no contengan el tema al que se dedica el seminario o una sencilla visión del mismo, las discusiones familiares acerca de los acontecimientos mundiales están recomendadas para potenciar un impacto intelectual general en los residentes.

La mayoría de los seminarios los desarrollan los residentes. Sin embargo, existe una importante influencia clínica en la selección de los residentes oradores. Hablar en un seminario se contempla como un *privilegio obtenido*. Es una plataforma que permite al residente la visibilidad en el ámbito de las instalaciones, que le otorga 60 minutos de un tiempo de gran importancia para el programa. A menudo se excluye a los residentes que han permanecido en la comunidad durante menos de 60 días, con la excepción de aquellos que han sido seleccionados para seminarios de implicación, seminarios personales y ciertos seminarios de inducción de roles.

El seminario también proporciona una útil información clínica acerca del status de los individuos y de la comunidad. La participación de los residentes en los seminarios proporciona una fuente de datos de observación básica acerca de la conducta y la actitud de los residentes, que podrá ser señalada en otros foros. En particular, la dirección de la fase de retroalimentación crítico-constructiva proporciona una útil información clínica y de administración de la comunidad en relación con los presentadores y la audiencia. Por ejemplo, el entusiasmo de la audiencia proporciona la retroalimentación y la sofisticación de sus críticas refleja la actitud y la implicación generales de los miembros de la comunidad. El progreso individual se revela en la calidad del propio seminario y en el modo en que las críticas se aceptan y se incorporan en seminarios posteriores impartidos por el mismo presentador o por otros residentes.

LA REUNIÓN GENERAL

La reunión general se convoca para señalar las cuestiones y corregir los problemas que amenazan a la integridad de la comunidad. Con menor frecuencia, la reunión general se convoca por motivos positivos, por ejemplo, para felicitar a toda la casa acerca de su progreso por los esfuerzos realizados en un proyecto en particular, o para proporcionar rápidamente una información importante para toda la comunidad, como la reubicación del programa en otras instalaciones, la apertura de una nueva casa, etc. Esta sección se ocupa del uso más común de la reunión general, como intervención correctiva. Los objetivos espe-

cíficos de la reunión general consisten en identificar y corregir a las personas o condiciones problemáticas, reafirmar la motivación, y reforzar las conductas y actitudes positivas. Así, el propósito más amplio de la reunión general es el de utilizar los problemas para mostrar la perspectiva de la Comunidad Terapéutica acerca de la recuperación y la vida correcta, y reafirmar la fuerza y el apoyo existentes en toda la comunidad para con sus miembros individuales.

Método

Al igual que con todos los grupos y reuniones formales, el método de la reunión general podría ser descrito en relación con su preparación, su dirección y su seguimiento.

Preparación

La reunión general es la reunión más exigente de las que se desarrollan en la Comunidad Terapéutica. Su larga duración, la intensidad de la participación y sus complejos objetivos requieren de un considerable esfuerzo y unas habilidades de administración clínica por parte del personal. La preparación consiste fundamentalmente en la identificación de los problemas, que son revisados por el personal senior, la restricción de todas las actividades en las instalaciones con el fin de acomodar la reunión, y los planes de acción a desarrollar, que podrían incluir las sanciones individuales y colectivas, y las sesiones grupales de seguimiento de residentes.

Los coordinadores de los residentes o los miembros del personal son habitualmente los encargados de *identificar* los problemas, y de informar posteriormente al director de las instalaciones, que será quien convoque la reunión. Estos problemas son detectados a partir de los acontecimientos o incidentes específicos que implican a residentes particulares o, en raras ocasiones, a ciertos miembros del personal.

Todos los problemas que precipitan una reunión general son relevantes para toda la comunidad, aunque podrían ser clasificados en aquellos que implican a toda la comunidad y aquellos que son específicos de individuos particulares. Estos últimos implican a uno o varios residentes, la mayoría de los cuales están a menudo identificados o implicados en infracciones repetidas de las normas de la casa o en violaciones de las normas cardinales. Los problemas de ámbito comunitario pueden menoscabar potencialmente el ánimo y la salud psicológica y social de la comunidad. Estos podrían incluir las infracciones claras o vio-



laciones por parte de grupos de residentes, los incrementos inesperados en abandonos de la residencia, por las conductas y actitudes negativas que parecen infiltrarse y dispersarse por todas las instalaciones residenciales. Los problemas individuales y de ámbito comunitario son señalados públicamente para contener la extensión de sus efectos negativos, para servir como ejemplos de aprendizaje, y fomentar la re-afiliación de los miembros inestables. Un problema ilustrativo podría ser el causado por un residente o grupo de residentes que ha cometido una infracción de las reglas cardinales, se ha fugado del tratamiento, se ha comportado de manera irresponsable mientras se encontraba en la calle, y luego ha vuelto al programa. La reunión general tratará el hecho en sí, revisará las auto-decepciones características y las manipulaciones implicadas, y servirá como foro de expresión de los sentimientos acerca del acontecimiento.

Desarrollo de la reunión general

La comunidad al completo, el personal, y los residentes son utilizados para lograr los objetivos de la reunión general. A cualquier hora, todos los residentes y miembros del personal (incluso a los que, por turno, no les debería corresponder) son convocados en el mayor de los espacios comunales durante un período indefinido.

Las reglas de la reunión general son las mismas que las de las reuniones de la casa, centrándose en el mantenimiento de un proceso ordenado en un entorno seguro. Se concede una importancia especial al mantenimiento de un tono serio en la reunión que refleje la importancia de su propósito. Por ello, el humor y las ligerezas no están recomendados. Además, las reglas estándar contra la violencia o las amenazas de violencia son destacadas, el abandono de la habitación está prohibido, y se invoca a las reglas de los seminarios con el fin de asegurar la escucha y la atención.

El personal y el coordinador de los residentes convocan públicamente la reunión general, citan los informes y observaciones acerca de los incidentes y/o personas problemáticas. La reunión general se desarrolla en tres fases de actividades que no se planifican directamente, sino que se solapan y se continúan: la aclaración del problema, la expresión comunitaria y la consolidación comunitaria.

En la fase inicial de *aclaración del problema*, deben ser especificados la amplitud y la gravedad de los problemas y aquellas personas implicadas directa e indirectamente en los incidentes problemáticos, deben ser identificadas. Este

fin se logra habitualmente con anterioridad a la reunión y durante el curso de la misma, a través de las observaciones y aperturas del personal y los residentes, a través de las confesiones de los residentes implicados y de las contribuciones espontáneas de otros residentes.

En la fase de *expresión comunitaria*, se solicita a los residentes problemáticos que se enfrenten a la comunidad de residentes y miembros del personal, realicen las declaraciones pertinentes acerca de su infracción, y después escuchen en silencio las reacciones de la comunidad. Los residentes en la sala se ponen en pie voluntariamente de uno en uno y se dirigen al residente (o los residentes) implicados, comentando el modo en que se sienten acerca de su infracción mediante preguntas airadas, afecto, indignación o decepción, y al terminar se sientan de nuevo.

Esta fase fomenta esencialmente el desahogo colectivo de las reacciones de los residentes acerca de los incidentes y personas problemáticas. Los sentimientos desahogados incluyen ira, dolor y decepción por los errores de los demás, la desilusión referente a los modelos de rol fallidos, y el temor y la ansiedad referentes a su propia recuperación (*recaída delegada*). Equilibrando estas reacciones se encuentran las expresiones de preocupación y amor, las afirmaciones del valor de la amistad y la necesidad de apoyo mutuo en el frágil proceso de la recuperación.

La tercera fase, de *consolidación*, está compuesta por las re-afirmaciones públicas de las enseñanzas de la comunidad, la aplicación de acciones disciplinarias específicas y la convocatoria de los grupos de seguimiento. Un paso crucial hacia la consolidación de la comunidad es el surgimiento de cualquier problema encubierto dentro de la comunidad general.

Aunque son los residentes e incidentes particulares los que precipitan la convocatoria de la reunión general, estos podrían ser la “punta del iceberg,” y estar señalando problemas más dispersos entre otros residentes en las instalaciones (consumo de drogas, sexualidad, engaños, robos) pero especialmente, exculpando las conductas negativas de los demás. La culpa asociada habitualmente entre la membresía a estas violaciones ocultas, puede apuntar a pequeños grupos de residentes que siguen la fase de expresión comunitaria. El proceso en estos grupos de residentes es un círculo que amplía su radio, y las aperturas de unos individuos con respecto a sus sentimientos de culpa motivan las confesiones de otros individuos que también se sienten culpables. Esta última etapa de consolidación podría alargarse más allá de la propia reunión, como parte de un proceso general de curación.



Roles de los residentes y el personal

Las actividades y técnicas empleadas para introducir la reunión general a través de las diferentes fases incluyen los elementos terapéutico-educativos de la Comunidad Terapéutica, como las disertaciones, los enfrentamientos, las investigaciones y los testimonios. Las funciones de los residentes en la reunión general incluyen el enfrentamiento, revelaciones y confesiones, la afirmación y el re-compromiso.

En cualquier caso, la reunión general destaca los múltiples roles y funciones de los miembros del personal como encargados, autoridades racionales y modelos de rol. Ellos son los que organizan la reunión, junto con el coordinador de los residentes, para guiarla hacia la consolidación de la comunidad. Ellos son las autoridades racionales, asignando las sanciones disciplinarias apropiadas. Esencialmente, modelan el rol de la lucha por la recuperación de manera asertiva mediante disertaciones y testimonios personales. Los miembros del personal podrían relatar episodios de la historia de su propia recuperación, centrándose en las crisis que precipitaron su recaída, las conductas auto-destructivas por su separación del tratamiento. Estas historias proporcionan una esperanza a aquellos que se encuentran en crisis personales, duda y confusión, o que no encuentran su camino.

El personal podría dispensar varias acciones a partir de la reunión general. Podrían consistir en una aclaración y una reafirmación de las reglas de la casa. La evaluación de la administración general de la casa conduce frecuentemente a una amplia variedad de acciones disciplinarias específicas o experiencias de aprendizaje. Estas acciones incluyen prohibiciones o pérdidas de privilegios, tanto para subgrupos de residentes como para toda la casa, sanciones disciplinarias para individuos o grupos, por el despido de ciertos residentes y prohibiciones de la casa.

Cuestiones clínicas y comunitarias

La consolidación comunitaria es evidente al finalizar la reunión general, en lo relativo al alivio y la perspectiva positiva individual y colectiva. En cualquier caso, las reuniones generales efectivas producen efectos clínicos a corto y largo plazo y enriquecen los efectos de la comunidad de residentes. En particular los grupos de seguimiento y las sesiones individuales son fundamentales para el tratamiento de las *secuelas* de la reunión general. Esta reunión evocará sentimientos y reacciones inesperados en muchos de los residentes: culpa, pérdida de fe, desilusión, ira ante las sanciones injustas, etc. El personal deberá mante-

ner la observación del status de los residentes durante y después de la reunión general, proporcionando asistencia a los residentes directa o indirectamente a través de sus residentes.

Una de las sanciones que puede crear percepciones de injusticia en la población residencial es la *prohibición de la casa*. Ya que los residentes individuales deben aceptar una sanción como una experiencia de aprendizaje, y la población de la comunidad al completo debe aceptar una prohibición de la casa. El fundamento de su utilización debe ser explicado de manera diligente como un mensaje social y terapéutico clave para todos los participantes. Las infracciones de las reglas mayores o cardinales por parte de un miembro o grupos de miembros son responsabilidad de toda la comunidad. La reunión de la casa se utiliza para fomentar la consolidación comunitaria, como una consecuencia de la reunión general.

Así, según la metodología de la Comunidad Terapéutica, la reunión general (en su uso de la comunidad para señalar los problemas comunitarios) es una intervención única. A pesar de implicar habitualmente a un número reducido de residentes problemáticos, proporciona un foro para que todos ellos aprendan de forma delegada. En este sentido, es esencial que los miembros la experimenten como un ejemplo positivo de una comunidad al completo en su proceso de auto-corrección, recuperación y aprendizaje de la vida correcta, mediante ensayo y error.

CONCLUSIÓN

En este capítulo se han descrito las principales reuniones formales de ámbito comunitario. La reunión matutina, el seminario y la reunión de la casa congregan a toda la comunidad diariamente, mientras que la reunión general se convoca ante una necesidad determinada. Aunque cada reunión tiene un propósito específico, todas ellas tienen el objetivo común de reforzar la cohesión comunitaria. En el delicado equilibrio entre las necesidades de la comunidad y las necesidades del individuo en la Comunidad Terapéutica, las diferentes reuniones favorecen a la comunidad. Por el contrario, los grupos comunitarios, descritos en los siguientes capítulos, se reúnen específicamente con el propósito de señalar las necesidades del individuo.

Grupos comunitarios

17

En la Comunidad Terapéutica, los componentes educativo y terapéutico que se concentran específicamente en el individuo se desarrollan como procesos grupales de formas variadas. El término terapia de grupo no se utiliza habitualmente en las Comunidades terapéuticas tradicionales, debido al hecho de que los procesos de grupo son una variación diferenciada de su propia metodología de auto-ayuda. La primera generación de residentes desarrolló el grupo de encuentro como una forma única de proceso de grupo. A lo largo de los años, la Comunidad Terapéutica ha desarrollado y adaptado varias formas y formatos de procesos de grupo. Éstos apuntan a las diferentes necesidades psicológicas y educativas de la persona en su totalidad, y a la amplia variedad de cuestiones acerca de la interacción social e interpersonal que se originan en los individuos durante la vida en comunidad.

Estos grupos orientados hacia la Comunidad Terapéutica, como los encuentros, las encuestas y las maratones, mantienen los elementos diferenciales de la metodología de auto-ayuda de la Comunidad Terapéutica. Los grupos que no están orientados hacia ella contienen elementos de los procesos de grupo convencionales terapéuticos y educativos. Este capítulo proporciona un resumen de los elementos y formas generales de los procesos de grupo en la Comunidad Terapéutica. Se centra en los grupos orientados hacia la Comunidad Terapéutica, aunque también resume brevemente las principales características de los demás procesos de grupo.

LOS GRUPOS EN LA PERSPECTIVA Y METODOLOGÍA DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Por varias razones, la psicoterapia convencional y la terapia de grupo no han resultado especialmente eficientes con los drogodependientes ingresados en Comunidades Terapéuticas. Este hecho es un reflejo de la persona, el trastorno y



los elementos fundamentales de la recuperación mediante la auto-ayuda. Los residentes en las Comunidades Terapéuticas no pueden expulsar a los demás o comportarse de un modo determinado para satisfacer a otras personas, ya sean sus padres, profesores, o profesionales de la salud mental. De hecho, a lo largo de su historia, muchos de ellos han manipulado a sus terapeutas o han aprendido a utilizar la “terapia” de *counseling* para esconderse de sí mismos. En parte, es una muestra de sus características de rebelión y oposición a toda forma de autoridad. En cualquier caso, también revela el elemento único e importante de auto-ayuda mutua en el proceso de recuperación.

Fundamentos de los diferentes grupos

Del mismo modo que ocurre con las reuniones de la comunidad, los diferentes formatos de los grupos en las Comunidades Terapéuticas subrayan el propósito común de avanzar hacia el logro de los objetivos terapéuticos y educativos generales del individuo. Sin embargo, la naturaleza multidimensional de los problemas del residente puede percibirse de un modo *más eficiente* mediante la utilización de los diferentes formatos de grupo. Estos minimizan la interferencia de las cuestiones, sentimientos y problemas que pudieran acontecer. Los límites permeables entre los diferentes formatos impedirían la claridad de las cuestiones y la concentración de los participantes.

Para el residente individual, los diferentes formatos significan un *orden* y una *credibilidad* en el protocolo terapéutico. Esto permite asegurar que las diferentes cuestiones personales se tratarán en un grupo particular. Existe un momento y un lugar apropiados para meditar los conceptos, aprender las habilidades prácticas, expresar los sentimientos, resolver los conflictos o “explorarse” a uno mismo.

Los diferentes formatos también aseguran un cierto grado de *seguridad psicológica* a los individuos participantes. Las reglas de la interacción y los diferentes resultados esperados ayudan al residente a prepararse psicológicamente para cada tipo de grupo. Cuando existen pocas desviaciones del formato original, no hay sorpresas emocionales. Los residentes se sienten más seguros si no se enfrentan duramente en un grupo de investigación susceptible, o no reciben duras críticas en un grupo de tutoría. Así, la adhesión a los formatos diferenciales de los distintos grupos asegura a los residentes que existen un tiempo y un foro apropiados para tratar las cuestiones prácticas, personales e interpersonales, y al personal la claridad para el seguimiento del alcance y el curso del progreso terapéutico del individuo.

EL PROCESO DE GRUPO: ELEMENTOS GENERALES

La clasificación de los procesos en los formatos terapéuticos y educativos resulta artificial por varios motivos. Las actividades de cada uno de estos tipos de grupos no son necesariamente exclusivas de ninguno de ellos. Además, ciertos resultados podrían ser comunes para todos los grupos. Independientemente de su formato, cualquier grupo puede ser el escenario que facilite en el individuo la sensación de emociones intensas la introspección, el aprendizaje delegado merced a otras personas, o la experiencia social relacionada y sus efectos curativos. Existen ciertos elementos generales en los grupos principales que aclaran el concepto de proceso de grupo en la metodología de la Comunidad Terapéutica.

Entre éstos encontramos los roles de los residentes y el personal, las normas de grupo y las herramientas del proceso de grupo.

Roles de los residentes y el personal en los principales grupos

Con excepción de los encuentros y ciertas tutorías, los residentes no tienen ninguna responsabilidad fundamental en la dirección de los grupos. Los residentes senior pueden servir formalmente como asistentes a los mediadores del personal. Informalmente, como participantes experimentados en el grupo se espera que modelen los roles de las conductas apropiadas del grupo. No está recomendada una posición de liderazgo dentro del grupo, a pesar de que el liderazgo de los residentes es deseable y surge como resultado del proceso. Es importante formar un cuadro de líderes residentes cuya experiencia proporcione la “fuerza” al grupo. El concepto de fuerza del grupo destaca las diferencias de los líderes y el liderazgo; significando el primero un rol de poder, mientras el segundo refleja la influencia del modelado de rol.

Cada uno de los diferentes tipos de grupo da mayor importancia a diferentes roles del personal (los mediadores son importantes en los encuentros, los terapeutas y consejeros en las investigaciones y maratones, los profesores o guías en las tutorías, y los encargados y terapeutas en los maratones). Estos roles del personal son flexibles, y se alternan frecuentemente dentro del mismo grupo y a través de los grupos diferentes.

No obstante, todos los grupos compendian el elemento de auto-ayuda mutua en su metodología. En este foro, los residentes se asisten directamente unos a otros a lo largo del exigente proceso de la auto-modificación. Independientemente de su mediador, el proceso implica la interacción de los residentes, la comparación, la sugerencia, la instrucción y el enfrentamiento de unos con otros.



Reglas generales del proceso de grupo

Ciertas normas son uniformes para todos los grupos en la Comunidad Terapéutica, mientras otras pautas varían dependiendo del grupo o programa en particular. Estas reglas y pautas de acción se difunden por medio de material escrito y sesiones de orientación, y son repetidas por los residentes y, a menudo, recordadas al inicio de la reunión de cada grupo. Señalan la necesidad de mantener la seguridad física y psicológica de los participantes de cada grupo.

La intención esencial de todos los grupos es la de proporcionar un foro para la apertura personal y la expresión emocional libre, negativa y positiva, al margen del riesgo del caos social o el perjuicio personal. Los participantes deben sentirse física y psíquicamente seguros en el grupo para poder confiar en el propio proceso. De este modo, las principales reglas de seguridad del programa son comunes para todos los grupos. Prohíben la violencia física y verbal o las amenazas gestuales de violencia y los insultos culturales, es decir, cualquier forma de estereotipos relacionados con la raza o la etnia, la edad o el género.

Los participantes deben, además, protegerse de las distorsiones de información que pueden producirse a través de la transmisión informal fuera de los grupos de la comunidad de residentes. Así, se advierte contra la apertura de los comentarios realizados en el grupo a cualquier persona externa al grupo inmediato. La regla de la confidencialidad no tiene el fin de escudar al individuo de la comunidad general. De hecho, estar abierto, ser reconocido y aceptado por la comunidad es esencial para el proceso de recuperación. En cualquier caso, son los miembros individuales, por sí mismos (y no otros), los que deben elegir si compartirán información personal auténtica con el resto de la comunidad. Para cada individuo, el desarrollo de una "intimidad comunitaria" es una evolución gradual asociada al incremento de la confianza y la afiliación. Esta sensación deriva de las interacciones continuas y seguras entre residentes en el régimen diario y de su participación en las composiciones variables de los grupos.

Herramientas del proceso de grupo

Las herramientas de los grupos son ciertas estrategias de intercambio verbal y no verbal empleadas por los participantes para facilitar la modificación individual en el proceso de grupo. Están diseñadas para acabar con la negación;

elevant la conciencia; estimular las reacciones, especialmente las expresiones de sentimientos o, más generalmente, los actos del auto-apertura; y para promover la implicación del miembro en el proceso de grupo. A pesar de que se utilizaban originalmente en los grupos clínicos, las variantes de esas herramientas surgen de manera espontánea en otros formatos de grupo.

Existen dos clases fundamentales de estrategias de procesos grupo: (a) *herramientas provocativas* (expresiones de los participantes que desafían al miembro individual a responder o reaccionar); y (b) *herramientas evocadoras* (conjunción de apoyo y facilitación). Ambos tipos de herramientas se utilizan comúnmente, aunque algunas de ellas son más útiles en ciertos grupos o en ciertos puntos del proceso de grupo (ver tabla 17.1).

Las herramientas provocativas, *la hostilidad o la ira*, *la exageración* y *la ridiculización*, se utilizan fundamentalmente para eliminar la negación y romper con las estrategias de superación desviadas como el engaño. Sin embargo, sus elementos provocativos conllevan el riesgo de herir a la persona. Por ello, la advertencia fundamental ante su utilización es que han de centrarse en conductas y actitudes específicas, no señalar a los aspectos inmodificables, ni atacar a la persona "interior". Se utilizan a menudo en los grupos de encuentro.

Las herramientas educativas de *identificación*, *compasión*, *empatía* y *afirmación* utilizan varias formas de comprensión emocional, fundamentalmente para facilitar la auto-apertura y la participación. Otras herramientas, como la *proyección*, las *carambolas*, los *tirones de orejas*, y los *rumores*, son una mezcla de elementos provocativos y evocadores. Utilizan varias formas de comunicación directa para desafiar al individuo y facilitar su participación, así como para evitar la resistencia y la defensa provocadas por la comunicación directa. Estas herramientas se utilizan generalmente en los encuentros, aunque la proyección es común en otros grupos.

Todas las herramientas del proceso de grupo se utilizan con preocupación responsable, es decir, preocupación por el bienestar de la otra persona. Literalmente, la expresión preocupación responsable se refiere a la expectativa de que todos los miembros de la comunidad responderán ante la conducta y actitudes de aquellos que parezcan estar cojeando en el proceso de recuperación. El mensaje subyacente de la preocupación responsable es "tu recuperación es importante para mi recuperación" y "tengo la responsabilidad de ayudarte a responder ante tus signos negativos". De este modo, la utilización de las herramientas, especialmente las provocativas, debe reflejar siempre el elemento de preocupación por individuo al que van dirigidas.

Tabla 17.1. Herramientas de los procesos de grupo.

HERRAMIENTAS PROVOCATIVAS

Hostilidad o ira

Expresión emocional utilizada específicamente por los miembros para comunicar reacciones al individuo. Las palabras sin sentimientos a menudo no llegan a comunicar el mensaje real. Así, utilizados como herramientas, los “sentimientos” airados expresados por los miembros ayudan a intensificar la conciencia de individuo de su impacto en los demás. También se utilizan para promover la expresión o el desahogo de sentimientos en el miembro que ha perdido la conexión con sus propios sentimientos.

Exageración

Estrategia verbal que trata de elevar la conciencia de individuo acerca de su impacto en sí mismo y en los demás. Utilizan de manera deliberada exageraciones extremas de sus conductas y actitudes características (o de las consecuencias de éstas). Esta herramienta es generalmente cómica. Comienza con la observación precisa, que uno o más miembros transformarán en un cuadro distorsionado de las conductas señaladas. Esta herramienta se utiliza para eliminar la negación o una conducta o actitud particular.

Ridiculización

Consiste en la utilización de cualquier forma de humor, como la burla, las réplicas ingeniosas, el sarcasmo, la paradoja y la imitación cómica para eliminar la negación y para romper específicamente las imágenes sociales o máscaras falsas. El humor provocará risa acerca de uno mismo y de los demás, y facilitará la aceptación de las debilidades individuales, y también puede ayudar a paliar las visiones extremas de los problemas propios.

HERRAMIENTAS EVOCADORAS

Identificación

Gesto de comprensión de las dificultades o sufrimientos de otro miembro basado en una experiencia vital similar. Los miembros hablan entre ellos acerca del aprendizaje de experiencias similares compartidas. La identificación se utiliza para borrar las diferencias percibidas entre los participantes en cuanto a status social o status en su recuperación. También ayuda frente a la sensación de exclusividad o aislamiento, y a facilitar la auto-apertura, la modificación de las actitudes, y el aprendizaje a través del modelado de rol tiene un valor terapéutico para el usuario.

Comasión

Gesto de comprensión emocional, se mantiene en el receptor la responsabilidad de sus acciones y de su propia modificación. Los miembros muestran compasión al expresar entendimiento, simpatía o lástima por el sufrimiento de otra persona, asociado a una acción, decisión o evento particular.

Empatía

Comprensión emocional delegada de las dificultades o el sufrimiento de otro miembro. Este gesto se utiliza para facilitar un relato honesto y para alentar la modificación de la conducta y la actitud. La empatía no requiere de identificación con una experiencia vital similar compartida. Es una expresión de comprensión basada en los sufrimientos comunes en la vida, como las pérdidas, decepciones o la desesperación.

Afirmación

Conjunto de palabras y gestos que proporcionan al individuo una señal de apoyo, aprobación, aliento y validación. La afirmación se extiende más allá de la recompensa de las conductas correctas, buenas o aceptables, hasta un amplio reconocimiento de que el individuo está implicado en una lucha por aprender y cambiar. El grupo expresa afirmación por lo que hacen los miembros, pero también por el papel que desempeñan en su lucha. Así, en todas las formas de proceso de lucha, la afirmación es especialmente apropiada para equilibrar la crítica.

HERRAMIENTAS PROVOCATIVAS-EVOCADORAS**Proyección**

Los miembros utilizan sus propios pensamientos y sentimientos como base para sus observaciones de los demás miembros. La proyección no invalida la observación si el usuario es consciente de que él mismo es la fuente de su contemplación de los demás. "Has estado actuando como si fueras a caer. Yo también tengo sentimientos similares". La proyección ayuda al proyector a enfrentarse consigo mismo.

Rumor

Dos o más miembros del grupo hablan de un tercero, como si éste no estuviera en la habitación. Suele utilizarse con humor para proporcionar una retroalimentación grupal al miembro sin la emotividad del enfrentamiento directo.

Carambolas

Enfrentamiento indirecto y leve para evitar o debilitar la resistencia del enfrentamiento directo. El "enfrentador" habla a otro miembro cuyo problema es similar al de un tercero, objetivo real del enfrentamiento. Por ejemplo, al hablar a Tony (que no ha compartido abiertamente sus amenazas de abandonar el tratamiento), el enfrentador se gira hacia un tercer miembro y pregunta "Jack, ¿estás pensando todavía en abandonar?"

Tirones de orejas

Referencias indirectas, regañinas o leves críticas hacia otros con el fin de elevar la conciencia o de reducir la actitud defensiva. Por ejemplo, la declaración "Ciertos individuos de los que se encuentran en esta habitación, no han sido considerados con los sentimientos de los demás" ilustra esta herramienta.

GRUPOS CLÍNICOS PRINCIPALES

Los grupos clínicos principales en la Comunidad Terapéutica son los encuentros, las encuestas y las maratones. Cada uno de ellos es diferente en cuanto a formato, objetivos y método, aunque su recorrido común es el de facilitar la modificación psicológica positiva en el individuo (tabla 17.2).

Tabla 17.2. Grupos clínicos principales en la Comunidad Terapéutica.

	Encuentro básico	Encuestas	Maratón
Etapa	1-18 meses	2-12 meses	6-18 meses
Frecuencia	3/semana (min.) siempre que sea necesario tras los 12 meses	3-4/usuario (min.) siempre que sea necesario tras los 12 meses	2/usuario (min.); 1/usuario tras los 12 meses
Duración	2 horas y 1/2	4 horas	24/72 horas
Composición	Un miembro junior o senior del personal facilita el proceso; 10-20 residentes	Un miembro senior del personal con 1-2 miembros junior dirigen/facilitan el proceso; 12-20 residentes	1-2 miembros senior plantilla +/- 2-3 personal junior +/- residentes asisten, dirigen y facilitan el proceso de grupo; 20+ residentes
Objetivos	Mejorar la conciencia de actitudes y conductas específicas	Obtener información sobre eventos vitales críticos Preparación para maratones Hacer aflorar recuerdos emocionales	Iniciar la resolución de eventos vitales críticos a través de alivio emocional profundo
Metodología/ Técnicas	Verbal Enfrentamiento de conductas y actitudes	Verbal Interrogatorio de apoyo acerca de experiencias vitales sensibles	Variada (visual y auditiva) Actividades escenas, reproducción de experiencias vitales sensibles relacionadas Ejercicios Psicodrama y teatro

Grupos de encuentro

Los encuentros son la piedra angular de los procesos de grupo en la Comunidad Terapéutica. El término encuentro es genérico, y describe una gran variedad de formas que utilizan procedimientos de enfrentamiento como metodología fundamental. El encuentro básico es un grupo dirigido por residentes y compuesto por 10-20 residentes; se convoca al menos tres veces por semana, a menudo durante dos horas por la tarde, y continúa durante 30 minutos adicionales de comentarios y socialización. Aunque a menudo son intensa y profundamente terapéuticos, el objetivo básico del encuentro es modesto y limitado: elevar la conciencia individual acerca de patrones conductuales o actitudinales específicos, que deberían ser modificados. Dado que el grupo de encuentro es el formato de grupo más característico y más utilizado en la Comunidad Terapéutica, dedicaremos un capítulo completo a la descripción de los principios y el método de esta forma de proceso de grupo.

Encuestas

Las encuestas son largas sesiones grupales dirigidas a obtener información clínica acerca de los residentes en tratamiento. Van mucho más allá del aquí y el ahora del incidente conductual, que es el material primario del encuentro, y se ocupan igualmente de los eventos y experiencias de la historia del individuo. En lugar de enfrentamiento, la encuesta utiliza principalmente las herramientas evocadoras para facilitar la apertura individual. En cualquier caso, las técnicas empleadas podrían incluir el juego de roles, el psicodrama o algunos elementos de la Gestalt. La mayoría de ellos se emplea para reducir las actitudes defensivas, la resistencia y el temor a los recuerdos emocionales intensos.

La *frecuencia* de las encuestas varía en los diferentes programas. Sin embargo, un residente debería experimentar al menos tres encuestas durante su permanencia residencial en la Comunidad Terapéutica. Las encuestas iniciales se emplean para facilitar la apertura de los nuevos usuarios, su confianza e identificación con los demás, y para elevar la comprensión del personal acerca de los aspectos históricos importantes de la persona. La *duración* de estas encuestas tempranas puede limitarse a 2-4 horas. Las encuestas posteriores se utilizan a modo de grupos terapéuticos ampliados o como preparación para las maratones (explicadas a continuación) y su duración sería más larga (6-12 horas). Pueden desarrollarse en el escenario de las instalaciones durante el periodo de aclimatación de los residentes a la maratón.



El *método* utilizado para llevar a cabo las encuestas conlleva una considerable preparación. En primer lugar, el personal identificará a los miembros residentes que tomarán parte en la investigación. Los residentes a investigar podrían ser seleccionados según criterios de problemas recurrentes en la comunidad, como la hostilidad crónica o la infracción de las normas. Estos patrones podrían no haber sido modificados en los encuentros de grupo y necesitarían enfocarse a través de una metodología no basada en el enfrentamiento, sino en la perspectiva de profundidad interior de la encuesta. Además, aquellos residentes que comparten sus historias personales podrían ser seleccionados para participar en una investigación común, por ejemplo, aquellos que han sufrido abortos, que han tenido que dar sus hijos en adopción, o que han sufrido incestos. Generalmente, el número de miembros de una investigación no debería ser menor de 13, aunque pueden ser dirigidos cómodamente ciertos grupos de hasta 20 componentes, si éstos son miembros experimentados.

En segundo lugar, antes de la reunión del grupo, el personal examina el pasado y los registros del usuario, y revisará las notas de su progreso clínico para determinar las áreas sensibles o los acontecimientos vitales importantes, de modo que al menos uno de ellos sirva como material básico para la investigación. Estos acontecimientos podrían ser de naturaleza traumática, como los abortos o adopciones, la muerte o el abandono de los padres o personas allegadas, el encarcelamiento, el abuso sexual o la violencia, acontecimientos catastróficos (incendios, asaltos,...), posibles temas dolorosos que podrían estar relacionados con situaciones crónicas en torno a los padres o hermanos, o que tengan que ver con un intenso sentimiento de culpa, etcétera.

En tercer lugar, antes de la reunión, el personal establece un objetivo específico para cada residente. Si designan que la encuesta preceda a una maratón, su objetivo específico queda limitado a la facilitación de la apertura, la conciencia y, tal vez, cierta liberación emocional referente al tema del residente. Aunque la investigación podría concentrarse en varios residentes (secuencialmente) el objetivo secundario es el de facilitar la apertura espontánea de los demás, así como el de precipitar experiencias emocionales significativas. Otro objetivo de investigación es el de aumentar la entidad y la fuerza de una persona en particular. El resultado psicológico común de la investigación llevada a cabo con éxito, es la unión de los miembros a través del hecho de compartir de manera natural las relaciones personales nunca expuestas anteriormente, que tienden a reforzar la cohesión del grupo. Las encuestas son efectivas al fomentar las experiencias de curación y relevancia social.

El formato de las investigaciones se basa en un pequeño círculo de participantes. Se les proporcionan determinados accesorios informales como el café y las almohadas, dado que la duración de la encuesta es considerablemente más larga que la del encuentro. La metodología básica consiste en una conversación de grupo guiada por el líder del personal, que comienza con el residente que esté menos a la defensiva con el fin de obtener una sensación de éxito en un margen temporal razonablemente breve. Esta estrategia se emplea para disminuir la resistencia en los demás creando de un efecto contagioso positivo. De este modo, los líderes del personal generalmente conocen casi todo acerca de los usuarios con los que van a trabajar. Consecuentemente, dirigen el interrogatorio a los demás de acuerdo con el tema que se considera de importancia específica en ese momento.

La encuesta tiene como objetivo mínimo hacer aflorar al menos una experiencia vital importante. La encuesta se considera un éxito si la importancia de una experiencia particular es reconocida incluso sin la catarsis o el procesamiento emocional. Se reserva a menudo una experiencia terapéutica más plena para resolverla en las encuestas posteriores o en la intensidad de la maratón, o ambas.

El grupo *de presentación* deriva de la encuesta, y a menudo es el primer grupo que se presenta a los nuevos residentes de la Comunidad Terapéutica. Generalmente lo dirigen un miembro del personal y un residente senior. En los programas de mayor magnitud, la composición de este grupo está formada por un conjunto seleccionado de nuevos admitidos; en los programas menores, también puede estar compuesto por una mezcla de residentes. El objetivo específico de este grupo es el de presentar a los nuevos residentes a sus nuevos compañeros. Y sus objetivos implícitos son los de iniciar la afiliación y hacer aflorar cierta información biográfica con propósitos clínicos. Las historias personales de los residentes se centran en las cuestiones generales acerca de su identidad y de los motivos de su ingreso en una Comunidad Terapéutica.

El formato de este grupo combina elementos de la investigación y las sesiones planificadas de rap o los grupos de conversación. Los nuevos residentes podrían no estar preparados para la apertura personal, o sentirse amenazados por el proceso de grupo. No se ejercerá ninguna presión grupal hacia el individuo para que se relacione con los demás o revele ningún tipo de información personal. Los mediadores del grupo simplemente caminarán alrededor de la habitación pidiendo individualmente a cada residente que diga unas palabras acerca de sí mismo.



Maratones y retiros

Las maratones y los retiros son sesiones de grupo ampliadas (12-36 horas), que utilizan elementos y métodos de todos los demás grupos. De este modo, los rasgos de los encuentros, las encuestas y las tutorías (explicadas en la siguiente sección) se integran en una programación especial.

El objetivo primordial de las maratones es el de iniciar el proceso de resolución de las experiencias vitales que han impedido el crecimiento o desarrollo del individuo. La maratón no tiene como fin la curación, sino animar al individuo para que nos siga indicando los temas relacionados con los acontecimientos que alteraron su vida. La metodología general de la maratón consiste en disipar las defensas y resistencias a través de la utilización de varias técnicas físicas, psicológicas y sociales. De este modo, pueden emplearse las privaciones (control del tabaco, del movimiento, etc.) y la estimulación especial en el entorno (música, luces). Un mecanismo llamativo es el de estructurar la maratón como un teatro, una serie de varias escenas que reproducen los acontecimientos significativos de la vida de los miembros de la Comunidad. La maratón incorpora elementos del psicodrama, la terapia primordial, y el teatro puro para producir su impacto. Los residentes experimentarán al menos dos maratones durante su permanencia en el tratamiento.

Los retiros presentan varias diferencias con respecto a las maratones. El retiro se convoca a menudo lejos de las instalaciones residenciales principales. Está organizado para hacer frente a un tema en particular, como el abuso infantil o las cuestiones de género, que definen la composición de sus participantes. Incorpora técnicas y estrategias de varias fuentes, como el ejercicio físico y las lecturas espirituales. El horario muestra un equilibrio entre el trabajo, el recreo y el descanso, en lugar de la participación continua que se utiliza en la maratón para inducir la disipación de las defensas. Su objetivo explícito es el de potenciar las experiencias psicológicas significativas, como en el caso de la maratón, pero sus objetivos implícitos son sociales, es decir, reforzar la afiliación y la adhesión, renovar el compromiso y reafirmar la comunidad.

GRUPOS PRINCIPALES PARA LA DOCENCIA Y LA FORMACIÓN

Los objetivos educativos informativos de la Comunidad Terapéutica se consiguen mediante los grupos de tutorías y los talleres especiales. Los objetivos específicos de estos grupos son los de adoctrinar acerca de los conceptos de cre-

cimiento personal, proporcionar información en torno a las habilidades para las tareas de la casa, e información acerca de las habilidades clínicas. Cada grupo de tutorías tiene un formato específico relativamente diferente adecuado a su objetivo.

Tutorías acerca del crecimiento personal

Las tutorías acerca del crecimiento personal son diferentes para cada residente en función de su significación clínica y educacional. El programa acentúa el valor de estas sesiones para enriquecer su impacto general. Estos grupos no están programados de manera rutinaria y se realiza un gran esfuerzo para comunicar a los participantes de la tutoría que es un *evento especial*, debido a su status, sus reglas relajadas y su comodidad. En la sala de tutorías, los residentes encontrarán café fruta y pasteles horneados especialmente en la casa o traídos del exterior expresamente para la tutoría. La celebración del evento se lleva a cabo por la tarde, y se asegura su larga duración para los residentes, debido a que deberá permitir una larga conversación relajada y espontánea. En particular, se modifican las normas de la casa para permitir que los participantes completen su implicación en la tutoría. Esto podría significar un retraso de la hora de levantarse al día siguiente o un permiso de ausencia para las funciones laborales a desarrollar durante la mañana posterior a la tutoría. El status de un miembro senior del personal en la dirección de la tutoría añade una especie de calidad a la sesión. Estos aspectos de la tutoría acerca del crecimiento personal son asumidos para maximizar el aprendizaje, debido a que comunican a los residentes que tanto ellos como el propio evento son realmente importantes.

La composición de las tutorías acerca del crecimiento personal se configura a partir de los residentes que llevan generalmente entre 6 y 12 meses en tratamiento primario. Existen ciertas excepciones a esta composición relacionadas con situaciones especiales. Por ejemplo, una tutoría para adolescentes podría incluir a cualquier residente menor de 19 años, y excluir el criterio del tiempo de permanencia en el programa. Dependiendo del tamaño de las instalaciones, el número óptimo máximo de residentes que forman un grupo de tutoría es de 20. Las tutorías sobre crecimiento personal pueden programarse siempre que sea necesario, y su duración oscila entre las cuatro y las seis horas.

Las tutorías están dirigidas por miembros junior y senior del personal. Los criterios clave para la selección del personal se definen en relación a la comodidad de la persona a la hora de tratar un tema determinado, en base a la información objetiva y a su experiencia personal. El miembro del personal



prepara una introducción escrita de la teoría incluyendo varios pasos: tema, método, y su seguimiento. El tema de la tutoría se selecciona cuidadosamente en relación con su relevancia para el proceso de tratamiento, y la composición y las necesidades clínicas del grupo. Algunas tutorías, por ejemplo, son sesiones intelectuales intensivas acerca de conceptos relevantes desde la perspectiva de la Comunidad Terapéutica. De este modo, el director de las instalaciones o un residente senior con cierto grado de experiencia pueden impartir una serie de sesiones acerca de lecturas literarias de Thoreau, Emerson, Ghandi, lecturas bíblicas y talmúdicas. La importancia se concentra en torno al procesamiento intelectual de las verdades universales que ilustran la vida correcta y la recuperación.

Otros temas pueden girar en torno a conceptos relacionados con la Comunidad Terapéutica proporcionados mediante explicaciones que trascienden la recuperación personal, como la toma de decisiones, la libertad y la responsabilidad, la auto-confianza y la interdependencia saludable. El tema, se presenta principalmente al comienzo del proceso de conversación libre, que constituye la tutoría de crecimiento personal. La tutoría no está dirigida a resolver ninguna cuestión intelectual, sino a servir como un área enfocada de exploración, a la cual el grupo al completo retorna periódicamente desde la explicación abierta. Independientemente del tema, el objetivo implícito de la tutoría sobre el crecimiento personal es el de mostrar a los residentes el modo de explorar un concepto o una cuestión, en lugar de llegar a una conclusión o posición específica.

A diferencia de los seminarios, que son actividades prescritas parecidas a las clases en un aula, la tutoría sobre el crecimiento personal es un acontecimiento informal. Se realiza en entornos especiales como el salón, emplea materiales escritos (p.e., fragmentos de poemas, novelas, periódicos, el diccionario, enciclopedias), comentarios acerca de novelas (p.e., una introducción relatando la experiencia personal del líder que imparte la tutoría), acontecimientos o incidentes de actualidad (p.e., elecciones políticas, guerra de bandas), o de servicios del grupo (p.e., actividades especiales, juegos, juego de rol).

Se anima a los participantes a preguntar y asociar libremente sus ideas acerca del tema. También son alentados a explicar sus filosofías acerca del mundo, a modo de cuestiones que despiertan el interés general de todos los demás. En cualquier caso, el líder del personal los mantiene alejados de la catarsis emocional, los problemas personales, la explicación de preocupaciones individuales acerca de sus circunstancias externas, o su desilusión acerca del programa. Los participantes pueden preguntar cualquier duda al líder del

personal. Por ejemplo, uno de los participantes puede preguntar: “Cuando abandonaste el programa, ¿te fuiste directo a casa tras la graduación?”, a lo que el líder respondería: “No era capaz de estar solo tan repentinamente, así que primero me marqué un objetivo. Quedarme con mi familia durante un tiempo, buscar un apartamento, construir un nido...”. Esto demuestra el modo en que el líder del personal enfatiza el principio de la auto-confianza, el logro de objetivos y la preocupación común que muchos residentes presentan acerca de su propio re-ingreso.

El seguimiento es un proceso informal que tiene como fin la obtención de retroalimentación con respecto al grado de implicación del residente en la tutoría. Podrían pasar unos cuantos días antes de que el miembro del personal se encuentre con varios de los residentes, a menudo aquellos que se implicaron más, así como con los que menos se implicaron, en un escenario casual como el pasillo. Las preguntas están diseñadas para obtener indicaciones acerca de lo que los residentes escucharon, en lugar de lo que aprendieron específicamente en la tutoría. Frecuentemente, las pistas que guían sobre los efectos de la tutoría podrían aparecer semanas después en un escenario completamente diferente. Por ejemplo, en una sesión de rap de residentes o durante un encuentro en que el residente puede realizar un comentario relacionado con el tema de tutoría, como: “Creo que viviré con mi tía cuando abandone el programa. En mi casa hay demasiados problemas”. Desde la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, el impacto terapéutico o educativo de una actividad en particular podría cultivarse a lo largo del tiempo a través de otras actividades.

Tutoría sobre las habilidades clínicas (encuentro simulado)

La tutoría sobre las habilidades clínicas está diseñada para adoctrinar a los nuevos residentes (y a los nuevos miembros del personal) acerca de cómo utilizar correctamente las herramientas de los procesos de grupo. Su método principal emplea la técnica del grupo de encuentro simulado, que consiste en un círculo interno formado por los participantes en el encuentro y una audiencia que observa desde el exterior del círculo, para proporcionar formación didáctica y experimental. La técnica fundamental de formación del encuentro simulado es la de *parar la acción*. El informador del personal es libre de interrumpir los procedimientos del encuentro simulado en cualquier momento para ilustrar una actividad característica del propio encuentro o, aún más importante, la utilización de una herramienta de grupo en particular. Esta idea puede comprenderse merced al siguiente ejemplo de la *exageración* como herramienta:



Miembro n° 1: Eres un tipo un bastante sucio.

Miembro n° 2: Estoy demasiado jod... ocupado para limpiar mi habitación como tú quieres que lo haga.

Miembro n° 1: Bien, si no quieres limpiar tu habitación, lo que tal vez podrías hacer es dejarla así, sin volver a limpiarla nunca más, y podrías dejar que las pelusas fueran creciendo en las esquinas. Así dentro de poco, si quieres, podrías barrerlas, meterlas en una bolsa y hacerte una almohada, así tendrías una almohada. Y cuando la habitación esté realmente mal, podríamos traer unos cerdos de Jabugo...

Miembro n° 2: Vale, vale, ya te he oído...

Aunque es un grupo de tutoría, el encuentro simulado a menudo tiene efectos clínicos en sus participantes y en la audiencia. Los individuos que contemplan el encuentro simulado obtienen frecuentemente una introspección, o un reconocimiento de su propia conducta en los encuentros reales. El impacto clínico de esta forma de entrenamiento experimental ha sido reconocido unánimemente por los trabajadores de la Comunidad Terapéutica ("No hay nada como un encuentro simulado").

El seguimiento de la tutoría clínica es más formal que el de la tutoría sobre el crecimiento personal. El miembro del personal puede solicitar a los residentes que escriban lo que han aprendido acerca de las herramientas del encuentro. Estas redacciones pueden ser calificadas por un miembro senior del personal para proporcionar un feedback a los residentes. Además, permiten que el director de las instalaciones monitorice la docencia y el rendimiento clínico del personal junior que dirige los verdaderos encuentros. Por ejemplo, las redacciones indican que los residentes todavía no entienden en profundidad los objetivos, la duración y el modo de proceder en el enfrentamiento, entonces los directores de estos encuentros deben ser informados acerca de estas cuestiones.

Tutorías acerca de las habilidades laborales

Estos grupos convocan, en un momento u otro, a todos los residentes de la casa, pues todos ellos deben integrarse en un trabajo en las instalaciones. Así, los temas en torno a los que giran esas tutorías a cerca de las habilidades laborales podrían ser: la gestión de la recepción, la centralita y otras habilidades de comunicación, el rol del despachador, etc. el método principal de las tutorías acerca de las habilidades laborales es actualmente el juego de rol, que se desarrolla en el escenario real de cada habilidad laboral específica. Los residentes senior, así como el personal clínico y de apoyo, son generalmente los forma-

dores y los educadores que imparten las tutorías acerca de las habilidades laborales que implican los roles de trabajo de la Comunidad Terapéutica. Estas historias preparan al residente en el ámbito de la función laboral que deberá desempeñar.

Talleres

Los talleres se diferencian de las tutorías en que implican a residentes seleccionados, temas especiales o lecciones y se asignan a individuos concretos. Los talleres son generalmente más intensos que las tutorías, a menudo continuos, y generalmente son impartidos por un experto exterior a la comunidad. Su formato es didáctico y experimental.

Algunos talleres se concentran en la formación o adoctrinamiento y preparan al residente para vivir en la sociedad exterior. Por ejemplo, los talleres acerca de las habilidades vitales, contabilidad, conductas parentales o el desarrollo de currículos se ofrecen a los usuarios en la etapa de ingreso, como preparación para su transición al mundo exterior. En los talleres acerca de otros temas se facilita el acceso a todos los residentes, pero en formatos de grupo reducidos.

Interrelaciones entre los grupos principales

A pesar de que los grupos principales son diferentes en su propósito específico y su método, están contemplados como intervenciones clínicas interrelacionadas, con el propósito común de dirigirse a la persona en su totalidad. Los formatos de los grupos pueden integrarse de manera racional para lograr modificaciones psicológicas significativas. El encuentro podría identificar patrones de conducta persistentes que, a medida que cambian a través del enfrentamiento, hacen aflorar sufrimientos y recuerdos de perjuicios pasados. La investigación contribuye especialmente a una auto-exploración más completa de las emociones. Las maratones proporcionan el escenario para una re-experimentación de estos perjuicios pasados, así como una precipitación de su resolución mediante ejercicios y estrategias explícitos. Por ejemplo, el encuentro podría identificar conductas asociadas a varios sentimientos de culpa; la investigación asiste al individuo en su desahogo y apertura de estos sentimientos; y las maratones constituyen el escenario para la iniciación de una resolución más dramática de las cuestiones relacionadas con la culpa.

Las tutorías se dirigen principalmente al entrenamiento de ciertas habilidades específicas, o al adiestramiento de las habilidades verbales y no verbales.



Estos grupos fomentan la auto-evaluación y la comprensión a través de las ideas, la contemplación y la conversación. Más aún, el proceso del desarrollo de habilidades en estos grupos, a menudo hace aflorar cuestiones emocionales, actitudinales y de auto-estima, que pueden ser señaladas en los grupos clínicos. De este modo, las interrelaciones entre los diferentes grupos ilustran la importancia de sus *diferencias* en cuanto a su contribución al proceso de modificación de la persona en su totalidad.

OTROS GRUPOS EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

En las Comunidades Terapéuticas contemporáneas, se convocan una gran variedad de grupos diferentes en relación con las necesidades de los miembros. Estos grupos se dirigen a cuestiones especiales, a menudo relacionadas con grupos culturales o subpoblaciones en particular (género, raza-etnia, edad, enfermedad mental y psíquica). Y se concentran en cuestiones especiales (e.g., HIV, abuso infantil) o temas concretos (e.g. Mujeres, auto-estima).

Los *grupos orientados a la Comunidad Terapéutica* utilizan los elementos de los principales formatos de grupo y sus herramientas clínicas, aunque su contenido y sus objetivos específicos son diferentes. Los grupos dedicados a temas especiales pueden concentrarse en cuestiones de género, raza, edad, abuso sexual, relevancia cultural, VIH/SIDA, o alcoholismo familiar. Pueden ser específicos de una etapa del programa. Por ejemplo, en la etapa de inducción temprana los grupos tratan sobre cuestiones de adaptación al tratamiento y en la etapa de re-ingreso tardío, los grupos se concentran en cuestiones de transición al exterior.

Estos grupos especiales están dirigidos generalmente por miembros del personal de apoyo clínico primario de la Comunidad Terapéutica. Los formatos utilizan elementos de las encuestas, tutorías, y a veces de los retiros. Los criterios clínicos tratan de implementar en estos grupos, aspectos como su relevancia para el individuo, la etapa del programa en que se encuentra, y la disposición del residente para explorar estas cuestiones. Los objetivos de la administración del programa también deberían ser tenidos en consideración. Los grupos temáticos pueden ser utilizados para la resolución de conflictos, la educación de roles sociales, la facilitación de la implicación y la permanencia del programa. Por ejemplo, muchas Comunidades Terapéuticas han incorporado grupos de 12 pasos a la etapa primaria del tratamiento en el programa residencial.

Otras formas de procesos de grupo que no están orientados a la Comunidad Terapéutica siguen modelos terapéuticos educativos y de grupo más tradicio-

nales. Están dirigidas generalmente por el personal de apoyo (e.g., profesores, psicólogos y trabajadores sociales) o por expertos invitados desde fuera de la agencia. Los ejemplos más comunes son el psicodrama, la terapia gestáltica, la terapia primaria, la terapia real y, más recientemente, la prevención de recaídas y los grupos cognitivo-conductuales, así como la terapia emotiva racional. Las variedades de grupos familiares incluyen los grupos de alianza familiar y, dependiendo de los recursos, la terapia familiar y los grupos de sistemas familiares.

Existen limitaciones para la utilización efectiva de los formatos o grupos no orientados a la Comunidad Terapéutica. Por ejemplo, deben estar *apropiadamente cronometrados*. Estas intervenciones pueden minar la afiliación de los residentes a la comunidad si son introducidas en etapas demasiado tempranas del tratamiento. Más aún, los residentes deben estar suficientemente involucrados en su recuperación para utilizar de manera apropiada estos grupos. Los residentes que no han adquirido actitudes y conductas estables y socialmente aceptables, probablemente no obtendrán beneficio alguno de los grupos terapéuticos convencionales.

Los terapeutas profesionales que planifican estos grupos deben ser *líderes apropiados*, en el sentido de que deben mostrar una amplia comprensión de la metodología de la Comunidad Terapéutica. Específicamente, necesitan ser capaces de recordar y apreciar el propósito específico del grupo, la naturaleza del usuario y la coordinación del grupo en el contexto de comunidad como método.

Las tutorías no orientadas a la Comunidad Terapéutica se centran en las habilidades parentales, el cuidado infantil y el cuidado de la salud, como la nutrición, los riesgos de enfermedades transmisión sexual, y otras conductas que implican un riesgo para la salud. Los grupos educativos y profesionales incluyen las clases de GED, las habilidades de intercambio, el *counseling* profesional, y una gran variedad de habilidades vitales diferentes como la contabilidad, la búsqueda de trabajo, la negociación de sistemas sociales, etc. Los formatos de estos grupos son, generalmente, convencionales y a menudo están dirigidos por personal de apoyo y otros profesionales externos a la Comunidad Terapéutica.

Los grupos no orientados de la Comunidad Terapéutica facilitan la recuperación cuando están integrados de manera juiciosa en la comunidad como método. Son capaces de enriquecer, en lugar de sustituir, el proceso de grupo basado en la auto-ayuda mutua, en la Comunidad Terapéutica.



CONCLUSIÓN

En este capítulo se han descrito las diferentes variedades de procesos de grupo en la Comunidad Terapéutica, que incluyen los principales grupos clínicos y educativos (encuentros, encuestas, maratones, tutorías y talleres). Están complementados por otros grupos más tradicionales, los procesos de grupo y los modelos de docencia. Los diferentes formatos señalan las diferentes necesidades psicológicas y educativas de la persona en su totalidad, y la amplia variedad de cuestiones relativas a las interacciones personales y sociales que surgen entre los individuos en el entorno íntimo de la vida en comunidad. En cualquier caso, el modelo de proceso de grupo más ampliamente utilizado en la Comunidad Terapéutica es el encuentro, descrito en el siguiente capítulo.

El grupo de encuentro

18

Es posible que el aspecto más característico de la Comunidad Terapéutica sea el grupo de encuentro. Este tipo de grupo de proceso es un componente profundamente significativo de la metodología de la Comunidad Terapéutica, ilustra por ejemplo algunas de las enseñanzas básicas de la Comunidad Terapéutica: compasión y preocupación responsable, necesidad de hacer frente a la realidad, honestidad absoluta, y auto-conciencia como primer paso esencial para la modificación personal. Aunque la atención se centra en el individuo, el encuentro es también un foro único de la comunidad en el que el proceso de grupo se utiliza para resolver varias cuestiones individuales y colectivas.

Los diferentes “grupos de encuentro” se crearon fuera del tratamiento para las adicciones como una forma de grupo en el movimiento potencial humano. Sin embargo, desde que se comenzó a aplicar su práctica en la Comunidad Terapéutica, el grupo de enfrentamiento fue desarrollado por personas en proceso de recuperación del abuso de droga, con cierta independencia del potencial humano, el *counseling* tradicional o los grupos de terapia utilizados en el campo de salud mental. Los alcohólicos y adictos a las drogas facilitaron espontáneamente la evolución de un proceso de grupo de auto-ayuda enfocado hacia su trastorno, sus personalidades y su recuperación⁴⁸.

LA UTILIZACIÓN DEL ENCUENTRO

El encuentro describe las formas de intercambio personal basadas en las reacciones directas entre los participantes. Estas reacciones son sentimientos y pensamientos personales acerca del otro individuo, tanto positivos como nega-

48. Los encuentros de la Comunidad Terapéutica debería ser distinguidos de aquellas formas de grupos de encuentro que se ponen de práctica en los grupos T o de entrenamiento de la sensibilidad, especialmente en su formato y en su carácter de enfrentamiento (ver Lieberman, Yalom y Miles, 1973).



tivos. El enfrentamiento consiste en presentar observaciones concretas acerca de la conducta y las actitudes que despiertan reacciones o preocupaciones en los demás. Habitualmente, el hecho de compartir se refiere a un intercambio de sentimientos y pensamientos que no requieren de observaciones concretas y que pueden no implicar reacciones directas entre los participantes. En la Comunidad Terapéutica, los grupos de encuentro enfatizan los procedimientos de enfrentamiento en su metodología. Sin embargo, la conversación compasiva, el hecho de compartir, el *counseling*, y otras interacciones de apoyo son esenciales para la eficacia de los procedimientos de enfrentamiento.

Como ocurre con todos los grupos en la Comunidad Terapéutica, el propósito general del encuentro es el de modificar los patrones negativos de conducta, pensamientos y sentimientos. Sin embargo, el objetivo específico de cada encuentro es modesto y limitado: elevar la conciencia del individuo acerca de patrones conductuales o actitudinales específicos que deberían ser modificados.

La simplicidad de ese objetivo no debería confundirse con la complejidad del proceso de encuentro. Los individuos pueden atravesar experiencias intensas, que contribuirían de manera significativa a la modificación personal ulteriormente. No obstante, cualquier cambio en la dirección correcta es un resultado aceptable en el encuentro, debido a que refuerza la probabilidad de que los individuos permanezcan implicados en proceso de modificación.

Los encuentros también se utilizan para destacar una gran variedad de cuestiones interpersonales: la resolución de disputas entre miembros o los choques de personalidad, la mejora de la comprensión y las relaciones sociales entre los géneros o entre los grupos raciales y étnicos, y la resolución de problemas interpersonales en cuanto a las funciones laborales o los conflictos entre miembros dentro de la estructura de la Comunidad Terapéutica. A pesar de que el formato del encuentro está adaptado para cumplir con ciertos fines, el *objetivo* específico sigue siendo el mismo: elevar la conciencia de las conductas y actitudes como paso inicial del proceso de modificación.

REGLAS Y ELEMENTOS DEL ENCUENTRO

A diferencia de los demás grupos de la Comunidad Terapéutica, el enfrentamiento es un elemento distintivo del grupo de encuentro. Esto implica la utilización llamativa de las herramientas de provocación, una interacción entre miembros más libre y natural, y una expresión más intensa de las emociones, tanto positivas como negativas. Así, las pautas de acción generales para el reforzamiento de la seguridad física y psicológica (p.e., las reglas cardinales) y

la confidencialidad del grupo en todos los grupos, se incrementa para dirigirse a las dinámicas especiales de los grupos de encuentro (ver tabla 18.1).

El fundamento racional de las reglas y los elementos de la Comunidad Terapéutica se explica brevemente en relación con la perspectiva y la metodología de la comunidad. Los grupos de encuentro en la Comunidad Terapéutica son sesiones animadas, cargadas de emoción. Así, las reglas para mantener el orden tratan de minimizar cualquier movimiento innecesario o actividad física que pudiera distraer a los miembros del foco del encuentro; también se recomienda a los miembros que no eviten la intensidad de la sesión.

Tabla 18.1. Reglas y elementos del encuentro.

Reglas para el mantenimiento de la seguridad y el orden, que prohíben las siguientes conductas o actitudes:

- Amenazas explícitas o implícitas, como el levantarse de la silla durante un enfrentamiento.
- Ataques verbales del líder deliberados y colectivos hacia un miembro (conjura).
- Acudir en ayuda de un miembro interrumpiendo el enfrentamiento en el encuentro; explicar, racionalizar o defender de cualquier manera al miembro; en un encuentro ortodoxo, el individuo debe implicarse en el proceso sin ayuda de ningún tipo, para obtener de él los máximos beneficios.
- Etiquetar, nombrar o realizar referencias estereotípicas acerca de la raza, etnia, cultura, género o familiares.
- Abandonar la estancia sin permiso del grupo, comer, deber.
- Dar vueltas a la habitación, excepto cuando se ordena explícitamente para maximizar el número de enfrentamientos cara a cara.
- Conversaciones irrelevantes.
- Vestimenta inadecuada, que proyecte una imagen seductora o agresiva.
- Condiciones de aseo inadecuadas, como la falta de limpieza o de afeitado, que proyectan una imagen irrespetuosa ante la comunidad.

Elementos clave para enriquecer el encuentro

- *Lenguaje natural*
Cualquier expresión verbal está permitida, con excepción del lenguaje peyorativo sobre seguridad y cultura.
- *Ausencia de autoridades*
Los encuentros son grupos dirigidos por los residentes (despachadores, residentes o miembros del personal no tienen autoridad en la toma de decisiones durante el proceso de grupo). Cualquier imposición de la autoridad en el foro de encuentro menoscaba la espontaneidad del proceso de auto-ayuda, y desarma a los residentes en los enfrentamientos y la resolución de cuestiones.
- *Honestidad total y preocupación responsable*
Estos son los requisitos para el proceso de grupo efectivo y para la recuperación en general. En realidad, éstas son las conductas ideales que deberían evolucionar a lo largo del tiempo; así, en lugar de normas son instrucciones, que exigen su repetición hasta que sean utilizadas de manera rutinaria.



El encuentro de grupo es eminentemente un foro verbal en el que se emplea el argot personal y social de cada día. Los participantes pueden utilizar el vocabulario que prefieran, de un modo que favorezca la apertura y la reacciones personales y honestas, que a menudo suponen un lenguaje emocional o, a veces, la jerga común de la calle.

Las palabras malsonantes podrían estar permitidas mientras no se repitan de manera incesante o en un sentido deliberadamente peyorativo. No es infrecuente escuchar insultos como “estúpido,” “gilipollas,” “hijo de...,” “bobo,” o “enfermo”. A pesar de que estas palabras suenan ofensivas para el observador no familiarizado con el proceso, se aceptan debido a que estimulan la expresión emocional y, con ello, favorecen el proceso del grupo hacia el logro de su objetivo básico de elevar la conciencia.

La elección de los insultos específicos, sin embargo, no sólo señala lo que el individuo podría modificar, como las actitudes, el pensamiento erróneo y la conducta negativa. El valor del lenguaje mordaz es un foco de atención hacia la conciencia, no sólo a través de la provocación, también a través de la dramatización y el humor. Más allá de estos objetivos, sin embargo, este lenguaje es improductivo y dañino.

El crudo argot empleado en ciertas sesiones de encuentro ha provocado, en ocasiones, la descripción de estos grupos como brutales o incluso peligrosos. Sin embargo, es una descripción poco apropiada de una sola fase del encuentro, el enfrentamiento. Cuando se desarrolla un encuentro plenamente efectivo a través de todas sus fases, el lenguaje varía ampliamente, reflejando la rica variedad de cambios emocionales de los individuos y grupo.

No están permitidos los insultos relacionados con la cultura o el género. No sólo son provocativos, sino que además contradicen las enseñanzas básicas de la Comunidad Terapéutica acerca de la recuperación y la vida correcta. Independientemente de su pasado cultural, demográfico y social, las similitudes entre aquellos individuos que luchan por la modificación tienen un peso mucho mayor que sus diferencias.

“Enfréntate a tus conductas, no a las personas”, es la pauta general que salvaguarda la seguridad del encuentro. Las declaraciones denigrantes para la persona están totalmente prohibidas (p.e., “no hay nada bueno en ti, eres el mal en persona”). Desde el punto de vista de la Comunidad Terapéutica, la persona “interior” ha de ser tratada con respeto, independientemente de la negatividad de sus conductas o actitudes, en el pasado o en el presente. Esta regla permite el enfrentamiento y la crítica apropiados ante las conductas y actitudes observadas, pero todavía se protege el ego del individuo. También refuerza una

práctica básica en la Comunidad Terapéutica para fomentar la auto-consideración positiva. Durante el enfrentamiento o el intercambio en los encuentros, sin embargo, esta diferencia entre la conducta y la persona podría verse distorsionada, y debe ser re-aclarada por los mediadores y los miembros del grupo.

La ruptura de las normas del encuentro provoca la aplicación de *sanciones*. Esto depende del tipo, frecuencia y gravedad de la infracción. Por ejemplo, las amenazas de violencia podrían tener como resultado un rechazo inmediato por parte grupo o, si se han repetido frecuentemente, la expulsión del programa. Aquellas conductas que se apartan de las pautas de acción de una manera más leve también se enfocan de manera diferente, especialmente dependiendo de la etapa del tratamiento en que se encuentran los participantes. Las acciones podrían ser leves, como la interrupción por parte del mediador o del grupo, seguida de recordatorios o re-instrucciones de las normas. A menudo, la propia fuerza de los residentes que forman el grupo provocan de manera espontánea las acciones correctivas. De hecho, un signo claro del progreso de los miembros es la capacidad de grupo para mantenerse seguro y en el camino correcto durante el proceso de encuentro.

Se espera que ocurran infracciones, debido a que a menudo reflejan cuestiones clínicas del individuo. De este modo, las acciones a tomar se planifican para aclarar el problema que el individuo deberá señalar. Las infracciones repetidas podrían provocar un encuentro posterior dedicado a esta conducta de desobediencia. En ocasiones, podrían organizarse encuentros especiales para tratar específicamente las actitudes peyorativas de ciertos individuos en referencia a los estereotipos o prejuicios de género o raza-etnia. La desobediencia a las normas también revela el nivel de experiencia de los participantes en la Comunidad Terapéutica. Generalmente, la experiencia del encuentro mejora a medida que aumenta el tiempo de permanencia en el tratamiento, asistida por las tutorías especiales acerca de las habilidades en el encuentro.

FORMATO DEL ENCUENTRO

Todos los grupos de encuentro en la Comunidad Terapéutica son similares en cuanto a su preparación, estructura y proceso. Esta sección y la siguiente los detallan a través de la descripción de un grupo prototípico llamado encuentro de “papeleta” o de “planta”. Este grupo se reúne de manera regular al menos tres veces por semana y representa el sostén principal del proceso de grupo en la Comunidad Terapéutica.



Al encuentro de papeleta acuden todos los residentes en tratamiento primario, aunque está específicamente dirigido a los niveles junior e intermedio (1-9 meses en tratamiento). Sin embargo, su composición incluye a los residentes senior (9-12 meses) y a los candidatos de re-ingreso (13-24 meses), que proporcionan la fuerza y la experiencia necesarias para facilitar el proceso. Los propios residentes dirigen los encuentros de papeleta. Los miembros junior y ciertos residentes senior sirven como mediadores del grupo. Estos últimos asumen el papel de participantes “sofisticados” en el encuentro. Los encuentros de papeleta se llaman así porque exigen a los residentes que escriban en un trozo de papel aquello de lo que necesiten hablar a otro residente en el entorno del encuentro.

La clave del éxito del encuentro está en la *preparación*. En el encuentro de papeleta, el personal se reúne con los residentes senior seleccionados (maestros del encuentro), que bajo la supervisión del personal tienen la responsabilidad de preparar y organizar cada encuentro particular. Los pasos para esta preparación son los siguientes:

1. *Tirar una papeleta*. El contenido del encuentro es proporcionado por los residentes de las instalaciones. En el encuentro de papeleta, los residentes completan un formulario estándar en una papeleta escribiendo su nombre, el de la persona a la que les gustaría hablar en el encuentro, y las diferentes razones por las que les gustaría hablar a esa persona. Las razones típicas tienen que ver con los sentimientos o preocupaciones acerca de la conducta o la actitud de la otra persona. La razón se explica en menos de diez palabras y de manera clara. Esto es importante, debido a que la gravedad y la claridad de la razón determina a menudo su prioridad al ser seleccionada para el encuentro. Cualquier residente puede completar una papeleta e introducirla en la urna dedicada a los encuentros a celebrar esa misma noche o cualquier otra, pero se anima a todos los residentes a introducir papeletas regularmente.
2. *Planificación*. Una planificación cuidadosa es fundamental para el éxito de los grupos de encuentro. En el encuentro de papeletas, los miembros del personal junto con los maestros del encuentro revisan las papeletas para separarlas según: las cuestiones interpersonales, el tipo de cuestiones, la composición de los residentes y los resultados deseados de la reunión. Para asegurar que las papeletas recibirán una dedicación justa dentro del marco horario del encuentro, serán agrupadas en función del tema o las similitudes entre ellas. De este modo, muchas papeletas acerca de una sola persona pueden ser apartadas y revisadas por sus similitudes. La gravedad y la claridad son otros criterios adicionales en la selección de las papeletas.

3. *Asignación de grupo.* En el encuentro de papeleta, el personal y los asociados asignan 10-13 personas para un único grupo de encuentro (en instalaciones menores el grupo podría estar compuesto por todos los residentes). La configuración del grupo elegido refleja los temas y los miembros detallados en las papeletas, equilibrados por edades, géneros, razas- etnias y tiempo de permanencia en el programa. Una selección y un equilibrio cuidadosos representan las consideraciones que guían la formación de los grupos de encuentro.
4. *El círculo.* Los participantes en el encuentro se sientan en sillas formando un círculo. Las sillas no deberían ser demasiado confortables, de manera que los individuos no puedan sentirse demasiado relajados. El éxito del encuentro depende de una cierta tensión, que se debilitará si el asiento es demasiado cómodo. La posición de cada residente responde a un plan capaz de facilitar el proceso clínico del grupo. Por ejemplo, el personal y los asociados se situarán formando un triángulo. Esto permite una vigilancia continuada de la participación de cada miembro, cuyas interacciones cruzadas tendrán lugar y serán facilitadas al mismo tiempo.
5. *Posiciones de enfrentamiento.* Los participantes en el encuentro deberían colocarse frente a aquellos a los que se van a enfrentar. La proximidad física tiende a inhibir la fluidez y la intensidad del enfrentamiento. Adicionalmente, en los grupos de encuentro, dos individuos que tienen papeletas similares deberían colocarse juntos y frente al residente al que se enfrentan para incrementar el impacto del enfrentamiento. Aquellos que pertenecen a la misma raza o grupo étnico serán colocados uno frente otro para reducir las tendencias al apoyo mutuo y aumentar el campo visual para la observación de las reacciones de cada uno. A menudo, los miembros del mismo grupo étnico pueden detectar fácilmente las defensas del otro a través de gestos y posturas condicionados culturalmente. La composición básica de 13 participantes incluye 5 residentes de entre los citados en las papeletas, 2 senior, 5 residentes de la comunidad, y el mediador.
6. *Rotación de los grupos.* La composición de los participantes se modifica continuamente en todos los encuentros con el fin fundamental de asegurar que todos los residentes en las instalaciones tienen la oportunidad de enfrentarse unos a otros en estos encuentros. Mediante el cambio de la composición, se refuerza la idea de una comunidad diferente a un grupo sencillo o subgrupo que pueda tornarse exclusivo. Con las modificaciones en la composición de participantes, se hará frente a la tendencia de



los residentes a protegerse mutuamente unos a otros a través del encubrimiento y de acuerdos públicos (“contratos”). Las relaciones diádicas de este tipo tienden a suavizar el enfrentamiento entre los miembros de estos grupos. Del mismo modo, el consenso entre las observaciones de diferentes grupos acerca de las conductas de un residente, suele lograr que el propio residente acepte la validez de esas observaciones.

EL PROCESO DE ENCUENTRO

El proceso de encuentro se puede dividir en cuatro fases: enfrentamiento, conversación, clausura y fase de socialización. Las tres primeras fases se solapan y reflejan un intercambio continuo entre el individuo y el grupo hacia el objetivo de la concienciación y el cambio. La última etapa es la continuación de la fase de clausura, pero en un formato informal⁴⁹.

Fase de enfrentamiento

El mediador revisa brevemente las reglas del encuentro. El enfrentamiento debería comenzar de manera espontánea, sino, será el mediador el que aliente a ciertos miembros particulares a hablar en referencia a los contenidos de las papeletas sin embargo, el comienzo espontáneo por parte los miembros se contempla como un signo clínico del fortalecimiento de los grupos de residentes.

Cualquier residente podría recibir un enfrentamiento acerca de cualquier aspecto del conjunto de su actitud. El enfrentamiento (“acusación”) es presentado a menudo por el residente que introdujo las papeletas al respecto, pero se espera que los demás contribuyan a sus observaciones, expresiones y reacciones para dirigir la sesión hacia la validez del enfrentamiento⁵⁰. El objetivo de la

49. La presentación del encuentro como un proceso dividido en fases es un intento por parte del autor de proporcionar una base práctica para el entrenamiento de esta forma de grupo. Para las Comunidades Terapéuticas de mayor magnitud, es especialmente relevante poder servir a muchos clientes. Prácticamente, existe una necesidad de ampliar el impacto en más residentes mediante un acortamiento de la duración del encuentro para cada residente. El formato de fases puede aumentar la utilización eficiente del encuentro.

50. Históricamente, el término “acusación” se empleaba para describir los enfrentamientos, y todavía se utiliza en algunas Comunidades Terapéuticas. No hemos lo utilizado en este volumen debido a que denota claramente un juicio, una conducta errónea o un sentimiento de culpa que no refleja todas variedades de conducta señaladas en el enfrentamiento. Sin embargo, podríamos utilizar el término acusación para describir adecuadamente algunos enfrentamientos que implican conductas que hieren a los individuos o amenazan a la integridad de la comunidad, como la deshonestidad o la violación de las reglas cardinales y de la casa (violencia, consumo de drogas, situación sexual, robos, confabulación de subgrupos).

fase inicial del encuentro es el de conseguir que el miembro enfrentado escuche y comprenda el propio enfrentamiento. Así, esta fase está dedicada a la presentación del material a un miembro en particular.

El material del enfrentamiento está compuesto por las observaciones y experiencias de los residentes acerca de las actitudes o conductas del miembro enfrentado hacia sí mismo, el entorno u otras personas. De acuerdo con las reglas del proceso de grupo, las características incontrolables del individuo (p.e., edad, raza, género, aspectos corporales, incapacidades) no son objeto del enfrentamiento. Se concederá mayor importancia a las conductas y actitudes actuales recientes y al modo en que afectan a los demás. Las referencias al pasado histórico de conductas negativas o resentimientos están limitadas. Podrían ser aceptables sólo si describieran de manera útil patrones de conducta o pensamiento actuales que deben ser modificados. Algunos encuentros están planeados para señalar los conflictos interpersonales que requieren de la resolución de ciertos resentimientos del pasado. En estos casos, como en los demás encuentros, el enfrentamiento podría revisar las observaciones y cuestiones del pasado para señalar los conflictos del presente.

La información aportada es presentada por un miembro clave al que rápidamente se unen varios residentes, apuntando a la misma característica del individuo. Los temas típicos son aquellos relativos a la desidia en las costumbres, las actitudes negativas constantes acerca del tratamiento, el egocentrismo, y el trato abusivo o insensible hacia los demás. Así, las reacciones comunes de los residentes forman la base del enfrentamiento efectivo y dibujan el contorno de la conducta y las actitudes que la persona debe afrontar.

El grupo obliga al residente a escuchar sus argumentos antes de responder. Por ello, se espera que el residente se defienda de cualquier manera posible dentro de las normas del encuentro. Al comienzo de la fase de enfrentamiento, la conducta más probable por parte del miembro enfrentado es la resistencia, reflejando la oposición del individuo a escuchar, y mucho menos a aceptar el material presentado. Las reacciones altamente emocionales, como la ira o el dolor, u otras como la indiferencia o la sumisión son mecanismos de defensa frecuentes. Las racionalizaciones, son respuestas comunes a las declaraciones específicas del enfrentamiento, pero el grupo sólo las permite a partir del momento en que el enfrentamiento ha sido comprendido totalmente. La fijación del residente en torno a un incidente o argumento específico, podría ser una forma de defensa para no tener que escuchar o reconocer el tema principal del enfrentamiento. El individuo podría resistirse al enfrentamiento mediante el silencio o el aislamiento.



El enfrentamiento utiliza *herramientas mixtas*, por ejemplo, el humor, la exageración y las carambolas, que reducen la resistencia a la audición y la escucha del enfrentamiento; mientras las *herramientas provocativas*, por ejemplo, la ira, la hostilidad, podrían ser utilizadas ante las provocaciones o la resistencia persistente (para las definiciones de las herramientas, ver capítulo 17). En la fase inicial del encuentro, estas herramientas concentran la atención de todos los participantes en el enfrentamiento; revitalizan el intercambio verbal e inducen la emotividad general para motivar la expresión de sentimientos concretos. La utilización de todas estas herramientas, especialmente las provocativas, debe estar acompañada siempre de una demostración de preocupación responsable.

Las resistencias y las defensas, sin embargo, no deberían representar necesariamente la evitación o el rechazo de los argumentos del grupo. En cambio, pueden tratarse de intentos genuinos de dar sentido al enfrentamiento. Pueden reflejar también el nivel de comprensión del individuo acerca de la información comunicada, su resistencia a no aferrarse a los argumentos del grupo o, simplemente, la necesidad del individuo de hacerse valer frente a la presión del grupo. De este modo, la alegación de las defensas legítimas del individuo debilita la tendencia a la pasividad. Para el proceso de grupo, estas defensas obligan al desarrollo de enfrentamientos más convincentes. Por ejemplo, un residente que discute enérgicamente en contra de la validez de ciertas observaciones obliga al grupo a aclarar mejor sus cargos mediante la presentación de datos más precisos o preocupaciones expresadas con mayor claridad. Estos intercambios mantienen la fidelidad al proceso de enfrentamiento, cuyo objetivo es el de enseñar a los residentes a escuchar, reconocer y aceptar las reacciones válidas del grupo ante sus conductas y actitudes.

Fase de Conversación

La fase de enfrentamiento concluye cuando el individuo ha escuchado y entendido todos los argumentos presentados. Así, la energía y la interacción de la fase inicial se apaciguan una vez que el grupo ha logrado la claridad en la presentación de su material y el individuo ha cesado en su defensa y resistencia a escuchar estos argumentos. No obstante, el intercambio continúa porque el miembro podría no aceptar la validez del enfrentamiento. La comprensión del enfrentamiento no es equivalente a su aceptación.

Guiado por la comprensión del miembro del enfrentamiento, se produce un cambio en el énfasis desde la presentación de los datos específicos, a la facilita-

ción de una aceptación genuina del enfrentamiento por parte del miembro. Ésta implica un debilitamiento de la resistencia intelectual a tratar honestamente los datos aportados y a bajar las defensas emocionales contra la apertura personal completa. De este modo, la fase de conversación implica un tomay-daca más apaciguado, centrado en los esfuerzos del grupo para despertar la apertura personal del miembro. Para el logro de este objetivo, el grupo alienta al miembro a (a) *concentrarse* en la conducta y las actitudes que originaron el enfrentamiento y no en otras cuestiones o problemas; y (b) *relacionarse honestamente* hablando de sus verdaderos pensamientos y experiencias. El énfasis se pone en el ego, en la primera persona, lejos del desapego emocional o la abstracción intelectual, y en la expresión de sentimientos y pensamientos asociados al enfrentamiento.

Generalmente, la profundidad del nivel conversacional está relacionada, no sólo con la validez del encuentro, sino con el tiempo de permanencia del individuo en el programa. Los miembros más experimentados se relacionarán con la conversación con más honestidad y más fácilmente, exteriorizarán más sentimientos e introspección.

Durante la fase de conversación, la defensa típica contra la aceptación del problema a afrontar es la racionalización, o la confección de excusas de la conducta. Merece una mención especial la defensa paradójica, una inmediata sumisión a la validez del enfrentamiento. Esta protege al miembro de sentir plenamente el impacto del enfrentamiento, que impide la aceptación y la modificación auténticas. El silencio podría aparecer también al final de la fase de conversación, como mecanismo de defensa o resistencia contra la experimentación de sentimientos dolorosos asociados al problema a afrontar.

Las *herramientas* principales en la fase de conversación son evocadoras, aunque las defensas persistentes podrían estimular la utilización de herramientas mixtas (carambolas, rumores). En cualquier caso, para lograr que el individuo se aproxime a la aceptación de la validez del enfrentamiento, las herramientas evocadoras son las más efectivas (identificación, compasión, empatía). El reenfrentamiento, es decir, la re-presentación de las mismas observaciones y reacciones del grupo, es irrelevante durante la fase de conversación, y podría reforzar paradójicamente la resistencia y las defensas que el miembro presentaba en la fase anterior. Una vez aceptado el problema, la conversación profundiza en la exploración de la visión del individuo acerca de las cuestiones y los motivos de sus fundamentos y defensas. El grupo alienta la expresión, por parte del individuo, de los sentimientos referentes al presente o al pasado.



Clausura

La tercera fase del encuentro se hace evidente desde el momento en que el individuo muestra un cierto nivel de aceptación y comprensión del enfrentamiento, y solicita ayuda en relación con el logro de su modificación personal. De este modo, el objetivo fundamental de la fase de clausura es el de proporcionar al miembro la *retroalimentación*, las sugerencias y el apoyo para lograr una modificación específica de las conductas y actitudes a afrontar. Incluso en los casos en los que el miembro permanece esencialmente inamovible en cuanto a su contribución, el grupo realiza las sugerencias de modo que el individuo pueda reflexionar acerca de los comentarios recibidos y de qué aspectos del enfrentamiento podría aceptar.

Las sugerencias características y específicas de la fase de clausura enfatizan el apoyo del grupo. El miembro recibe el apoyo para *adoptar un compromiso* de modificación: manifestar su intención honesta de modificar las conductas o actitudes discutidas. Con este fin, el individuo solicita y recibe sugerencias útiles acerca de la manera de lograr los cambios. Esta retroalimentación deriva de las experiencias similares vividas por los diferentes miembros del grupo, que se refieren a sus propios esfuerzos por cambiar como ejemplos de aprendizaje de ensayo y error. Para ilustrar la importancia de la preocupación responsable, el miembro clave que inició el enfrentamiento ofrece asistencia personal y sugerencias específicas. Compartir con el grupo la fase de clausura equilibra el impacto de la fase de enfrentamiento poniendo de relieve la paridad de los miembros del grupo.

Las sugerencias ofrecidas son acciones concretas o asignaciones específicas (p.e., “habla con tres personas cada día, durante una semana, acerca de cómo te sientes”, “Encuentra a alguien que monitorice el cuidado de tu habitación”). La aceptación de estas sugerencias por parte de los residentes indica una actitud positiva y un compromiso de cambio. Las asignaciones no son contratos disciplinarios (“experiencias de aprendizaje”), porque los residentes no tienen autoridad formal; aún más importante, el proceso del grupo de encuentro no puede ser minado por ninguna percepción de resultados retributivos o punitivos⁵¹. Las *herramientas* de la fase de clausura son las palabras y expresiones de apoyo, como la afirmación, el calor social, y las percepciones correctivas. El grupo de encuentro de residentes efectivo es aquél que es capaz de equilibrar sus elementos de enfrentamiento y apoyo.

51. La necesidad de equilibrio entre la preocupación responsable llega mandamiento, para producir efectos terapéuticos positivos ha sido considerada fundamental desde la primera generación de Comunidades Terapéuticas (Casriel, 1966; Casriel y Amen, 1971; Glasser, 1965; Ottenberg, 1978; Rogers; 1970; Sugarman, 1974; Yablonsky, 1989).

Finalmente, en la clausura, el propio proceso de encuentro queda reafirmado independientemente de su dificultad o intensidad. Los residentes lanzan el mensaje al individuo al que se enfrentan de que ellos son respetados por implicarse en el proceso. Esta idea se expresa a menudo mediante palabras de tranquilidad. Las formas no verbales de comunicación para extender la mano, o los abrazos, son alentados para aliviar o neutralizar cualquier sentimiento doloroso. Estas expresiones físicas de contacto pueden ocurrir tras el enfrentamiento de cada individuo o al finalizar la sesión de encuentro completa. Como ritual colectivo, simbolizan la aceptación del individuo por parte del grupo, y recuerdan a todos los miembros que se encuentran en una lucha común por la modificación.

La fase social

Tras las sesiones de encuentro, se dedica un período de 30 a 45 minutos a la socialización con todos los participantes de encuentro, tomando un café y unas pastas en el salón común. Al igual que en todas las actividades desarrolladas en la Comunidad Terapéutica, los residentes tienen la responsabilidad de asignar una hora al desarrollo social y otra posteriormente a las tareas de limpieza, de las que se encargarán los residentes junior.

Esta fase social no debe ser sobrevalorada, ya que utiliza a la comunidad para continuar con la fase de clausura del encuentro, más allá del grupo formal. En un entorno relajado e informal, las conversaciones acerca del grupo podrían continuar en un tono más suavizado, proporcionando a menudo resoluciones más completas. Sin embargo, en lugar de prestar atención a las cuestiones, durante esta fase social se atiende a las personas de diferentes maneras. A pesar de ser breve, este período ofrece beneficios específicos para la comunidad y el individuo.

El calor y el entorno amistoso de estas conversaciones sociales corrigen habitualmente cualquier antipatía percibida durante el encuentro a través de la mutua aclaración de los puntos de vista y del contraste de actitudes. Este “parcheado” se consigue mediante la expresión de apoyo, consuelo, humor y afecto, especialmente hacia los residentes que podrían haber sentido dolor o molestias durante el enfrentamiento. Los participantes se felicitan mutuamente, tanto por permanecer en el proceso, como por proporcionar retroalimentación, o simplemente por participar. Las expresiones compartidas como “yo también he pasado por lo mismo” validan las experiencias de encuentro. El individuo puede apreciar los beneficios del encuentro a medida que se van minimizando las molestias, a través de las interacciones comunales y amistosas que siguen al mismo. Finalmente, la hora social es también un ritual que refuerza a la comunidad. Reúne a todos los participantes tras un período de lucha en grupo.



Los mediadores y los miembros del personal podrían intentar resoluciones posteriores, y ofrecer aliento y apoyo a los residentes enfrentados si fuera necesario. La evaluación del modo en que estos residentes “manejan” los resultados del encuentro es esencial para la planificación de sesiones de *counseling* y encuentros posteriores.

Los mediadores y los miembros del personal también utilizan la hora social para evaluar el status clínico de los participantes, entre aquellos que no han sufrido el enfrentamiento. Las expresiones emocionales, y el nivel de energía y participación durante la hora social son indicadores típicos de su status.

Evaluación del encuentro: resultados y seguimiento

¿Cuándo ha concluido realmente un encuentro concreto? ¿En qué momento se desvía el enfrentamiento hacia el siguiente participante implicado? Idealmente, cada encuentro cumple con su propósito general de reforzar la cohesión del grupo y sus objetivos para cada individuo específico. En realidad, los resultados varían dependiendo de numerosos factores, por ejemplo, las cuestiones específicas señaladas, la utilización apropiada de encuentro y la experiencia de los mediadores y participantes en el proceso de encuentro.

Unos resultados óptimos reflejan el grado hasta el cual ha sido logrado el objetivo de cada fase. Por ejemplo, el miembro comprende y acepta la validez del enfrentamiento, habla acerca de las cuestiones señaladas a modo de auto-apertura, adopta un compromiso de cambio a través de acciones concretas, y pide ayuda al grupo con respecto al modo en que debe enfocar su modificación.

Los resultados no óptimos podrían incluir el rechazo del enfrentamiento por parte del residente, o la incapacidad para lograr la percepción o las emociones de auto-apertura. Más aún, los individuos podrían mostrar los sentimientos apropiados y no la introspección, u obtener una comprensión intelectual pero no ser capaces de expresar ningún sentimiento.

A pesar de que el resultado inmediato del encuentro puede no ser el óptimo, tal vez puede considerarse aceptable. La intención mínima del encuentro es la de *eleva la conciencia*. La introspección y la expresión emocional son deseables aunque son fines secundarios en el encuentro en particular. De este modo, el grupo puede acordar la finalización del encuentro si el individuo es capaz de, al menos, considerar la validez del encuentro. Por otro lado, el grupo puede afirmar que el resultado no ha sido óptimo y postergar el tratamiento de las cuestiones que afectan al individuo hasta el próximo grupo. Ignorar una afirmación así reduce la credibilidad del propio proceso de grupo.

La expectativa de obtener un resultado favorable máximo en un encuentro en particular debe estar moderada por una comprensión del amplio proceso clínico. La pauta de acción general a este respecto es *un encuentro en cada momento* (cada grupo es capaz de facilitar una pequeña modificación en el individuo. Estas modificaciones reflejan los objetivos de cada fase del encuentro: oír, escuchar, tomar conciencia, aceptar, explorar (sentimientos), comprender (introspección), y adoptar un compromiso por el cambio. Así, cada encuentro debería ser contemplado como una oportunidad para aprender estas modificaciones mediante pequeños incrementos, tanto de forma directa como delegada. Es el propio proceso continuo de modificación a lo largo de los diferentes encuentros el que resulta importante, en lugar del resultado de cualquier encuentro específico.

El punto anterior acentúa la importancia del *seguimiento* en la evaluación del encuentro. Del mismo modo que ocurre con las demás intervenciones, los pasos tomados tras el propio encuentro resultan críticos para el éxito de su aplicación en la Comunidad Terapéutica. Los miembros del personal y los residentes tienen la responsabilidad de monitorizar el status de los residentes enfrentados, tanto de modo formal como informal. Por ejemplo, la “fuerza del residente” tras la sesión podría hacerle redactar una descripción del encuentro en términos elogiosos, y entregarla al personal para su inclusión en su carpeta de usuario. Esta descripción destacará cada una de las tres frases, centrándose en el tema principal y los criterios reunidos en las papeletas, las defensas típicas del residente, los resultados y cualquier cuestión especial o reacción por su parte que necesite de un seguimiento.

Esta descripción será explicada en una sesión de interrogatorio llevada a cabo por el personal, a menudo durante la mañana después de encuentro. Además de las consideraciones clínicas referentes a los individuos, el proceso de grupo es revisado en relación con la calidad de las papeletas, los obstáculos superados por el grupo, y el nivel de participación general de todos los miembros. Estas evaluaciones son esenciales para la planificación del tratamiento de cada individuo y la preparación de posteriores encuentros.

EL ROL GENÉRICO DE LOS MEDIADORES DURANTE LOS ENCUENTROS

El encuentro es, fundamentalmente, un grupo *dirigido por* residentes, lo que significa que los propios participantes se encargan de organizar todas las fases del proceso de encuentro. Sin embargo, el éxito del encuentro depende de los mediadores experimentados que conducen el proceso. Los mediadores pueden ser residentes senior, miembros del personal en prácticas, pudiendo ser per-



sonal junior o senior. Independientemente de quién facilite el encuentro, sin embargo, el rol fundamental del mediador continúa siendo el mismo: asegurar la integridad del proceso conducido por los residentes. Así, los mediadores alientan las cualidades de liderazgo de los residentes que a menudo surgen en ciertos miembros en particular.

Los mediadores asisten a los residentes durante el proceso de grupo para completar su agenda antes, durante y después de la sesión de encuentro. Por ejemplo, los facilitadores ayudan en la preparación de cada sesión, monitorizan las reacciones de los participantes, y se aseguran de que todos los encuentros planificados se llevan a cabo. En el encuentro de papeletas, por ejemplo, deberán tratar de tener en cuenta todas las papeletas depositadas en la urna. En caso de que no sea así, los miembros deberían asegurarse de que tendrán su oportunidad en la siguiente sesión.

Roles del personal durante el encuentro

La importancia del personal como mediador de los encuentros de residentes varía con la tradición del programa. Por ejemplo, en ciertos programas el mediador es un miembro del personal; en otros, los miembros del personal solamente supervisan a los mediadores residentes (senior) mientras se mantienen apartados del propio proceso de grupo. También puede ocurrir que se elija a determinado personal para facilitar ciertos encuentros por diferentes razones clínicas o de gestión.

En cualquier caso cuando los miembros del personal facilitan los encuentros de residentes existen consideraciones particulares en relación con su rol y función. Los miembros senior del personal son percibidos de manera inherente como autoridades clínicas y de gestión. Estas percepciones podrían inhibir la espontaneidad del proceso de grupo de auto-ayuda mutua. Clínicamente, por ejemplo, las conclusiones o interpretaciones del personal deberían ser consideradas como verdades inmutables que podrían alterar el proceso individual de auto-descubrimiento.

En general, durante el desarrollo del grupo de encuentro, el personal se adhiere al rol genérico de mediador. Como miembros del personal, sin embargo, supervisan la preparación de encuentro, la selección de los componentes del grupo y el seguimiento clínico. Los mediadores mantienen la vigilancia con respecto al impacto potencial de su rol en los residentes del proceso grupo. Fundamentalmente, sirven como tutores de encuentro, observadores de las modificaciones clínicas y mediadores del proceso.

El rol de la “fuerza del residente” durante el encuentro

El personal selecciona ciertos miembros para servir como *fuerza de los residentes* (participantes experimentados) durante los encuentros. Según este rol, ellos son los encargados de modelar la conducta correcta durante el encuentro. Ser seleccionados como fuerza de los residentes constituye un privilegio significativo en la Comunidad Terapéutica; confiere un alto estatus y reconoce su propio progreso en el programa. Sus habilidades en el modelado del encuentro, la facilitación del proceso grupal, el desarrollo de las redacciones posteriores y la participación en los interrogatorios proporcionan una información importante relativa a su propio progreso clínico. En sus roles como residentes, sin embargo, mantienen su posición de miembros iguales dentro del grupo y, por ello, también puede ser sometidos a enfrentamientos por los demás.

Facilitación del proceso de encuentro

Durante el proceso de encuentro, los mediadores tratan de permanecer en una posición neutral. A pesar de que los miembros pueden enfrentarse a los mediadores durante el encuentro, éstos generalmente no se enfrentan de manera directa a ningún miembro. Inversamente, evitan proporcionar demasiada ayuda a aquellos que están siendo enfrentados por sus residentes. Esta ayuda tiende a debilitar la experiencia plena de la intensidad del encuentro en el miembro individual. En cualquier caso, los mediadores pueden y deben proteger al grupo del abuso, el desorden y, especialmente, la ineficacia mediante obstáculos administrativos.

El encuentro puede tambalearse o tropezar con *obstáculos* por diferentes razones. La mayoría de éstos reflejan una combinación de problemas con las conductas de grupo y ciertos individuos resistentes. De manera ideal, el propio grupo de residentes puede ejercitar sus propios límites y manejar el proceso de encuentro. Sin embargo, la facilitación es necesaria cuando el auto-control del grupo requiere de guía.

Algunos de los motivos que causan esos obstáculos producen a menudo ciertos problemas en la preparación del encuentro, una inexperiencia en las habilidades de encuentro por parte de los miembros del grupo o la voluntad de los residentes, y una carencia de habilidades de facilitación por parte del mediador de grupo. Sin embargo, existen ciertos factores en relación con los individuos enfrentados y con la naturaleza de las propias cuestiones que contribuyen a la aparición de obstáculos en el proceso.



Por ejemplo, los individuos podrían mostrar diferencias en su receptividad a la hora de implicarse en el encuentro. Incluso los miembros experimentados podrían no estar suficientemente preparados para tratar ciertas cuestiones de especial sensibilidad, contra las que se resisten o se defienden de manera persistente. Los individuos podrían, además, mostrar ciertas diferencias en cuanto a su adaptabilidad debido a factores psicológicos (tolerancia a la presión de grupo, capacidad verbal o vulnerabilidad psiquiátrica), para participar en ciertos encuentros. La incapacidad del grupo para ajustarse a estas diferencias individuales podría provocar la frustración colectiva y una serie de obstáculos eventuales.

Los obstáculos durante la fase de realización del proceso son evidentes en las conductas de grupo y los individuos enfrentados. Normalmente, el grupo muestra cierta confusión colectiva o individual hacia cuestiones como el aburrimiento, la falta de participación, la frustración persistente o la utilización excesiva de herramientas provocativas (hostilidad, desahogo excesivo de emociones o abuso verbal). Los individuos muestran una resistencia intratable, enfrentamientos sobredefendidos, falta de implicación o aislamiento del encuentro. Los indicadores comunes de los encuentros problemáticos se manifiestan a través de resultados poco claros o insatisfactorios.

Los mediadores utilizan varias estrategias para sortear los obstáculos y mantener el curso de los encuentros. Estas acciones y palabras están dirigidas a los individuos o al grupo en general. Por ejemplo, interrumpen o limitan los excesos en las conductas del grupo, como los sobre-enfrentamientos, el re-enfrentamiento, la sobre-indulgencia ante el desahogo, la catarsis dirigida a individuos y la complicidad innecesaria. Redirigen los grupos para señalar las conductas y actitudes explícitas que se producen en cada momento y lugar, y dejan un claro testimonio acerca del material y las observaciones producidas en el enfrentamiento. Los mediadores también hablan a los individuos que contribuyen a la aparición de obstáculos, asistiéndolos a través de las fases del encuentro. Por ejemplo, señalan la sumisión excesiva o, inversamente, la resistencia o las defensas persistentes.

Los encuentros en los que los miembros presentan unas expectativas inverosímiles o ambiciosas de la modificación individual, a menudo tienen como resultado la frustración del grupo o el desaliento individual. Así, los mediadores mantienen un equilibrio entre la presión grupal y el status individual a través de las tres fases del proceso. En este esfuerzo, evalúan las diferencias entre la resistencia inducida por el grupo y la inducida por el contenido, y evalúan la experiencia de encuentro del residente y el nivel óptimo de auto-conciencia.

Los mediadores experimentados *mantienen la integridad* del formato del encuentro. El mantenimiento de la distinción entre el formato del encuentro y

otros formatos de la Comunidad Terapéutica asegura su efectividad. El potencial de los encuentros podrá derivar en otros procesos comunitarios como las sesiones de rap, la terapia grupal o el *counseling* individual, que pueden diluir los efectos de los encuentros. Por ejemplo, un encuentro efectivo que se concentra en las conductas y actitudes observadas en la actualidad, a menudo conduce a una exploración espontánea de los sentimientos e introspecciones relativos a las experiencias pasadas. Sin embargo, la exploración de las historias pasadas debería estar limitada para las pruebas, maratones o el *counseling* individual.

Finalmente, los mediadores mantienen el curso de los encuentros mediante un *control del tiempo*. Los grupos que extienden su duración mucho más allá de los límites planeados podrían reflejar una preparación inadecuada o una inexperiencia de los miembros y el mediador. Sin embargo, éstos reflejan la dinámica natural impositiva del grupo. En contraste con los otros obstáculos del grupo, esta dinámica revela la vitalidad del proceso de encuentro y no debería ser inhibida de manera artificial. Mediante el respeto a los límites temporales, sin embargo, el mediador puede guiar al grupo a una clausura cómoda, explicando que se encontrarán posteriormente con muchos otros grupos, que la paciencia es la norma y que la modificación ha de producirse paso a paso.

TIPOS DE ENCUENTROS

El formato básico del encuentro puede adaptarse a multitud de propósitos diferentes (ver tabla 18.2). Dependiendo de su propósito o de la composición del grupo, el encuentro puede ser modificado en intensidad (de enfrentamiento ligero a duro) y formato (sin papeletas o como enfrentamiento formal) en cuanto a la implicación del personal como mediador (mayor o menor). El objetivo y el método son los mismos para todas las variedades de encuentros. En todos ellos, el propósito del encuentro es el de elevar la conciencia hacia la modificación de la conducta y la auto-comprensión.

CONCLUSIÓN

En este capítulo se han detallado los elementos principales del grupo de encuentro prototípico. El objetivo fundamental del encuentro es el de facilitar la modificación conductual y actitudinal en el individuo. Este objetivo se puede alcanzar a través de un equilibrio juicioso entre enfrentamiento, apoyo y retroalimentación instructiva. De hecho, el modo en que los individuos progresan



como participantes en los grupos de encuentro durante su estancia en la Comunidad Terapéutica, es un reflejo de su propio proceso de modificación. Este proceso se explicará en los capítulos que componen la parte V.

Tabla 18.2. Variedades de encuentros en la Comunidad Terapéutica.

Círculos internos y externos (“Peceras” o “Dobles Oes”)

Para acomodar a un gran número de miembros, una fila de residentes dispuestos en un círculo externo observa en silencio el encuentro en un círculo interno como un teatro; podrían o no alternar sus roles para convertirse en participantes. Dentro del círculo activo, sin embargo, las reglas y las pautas de acción básicas son las que prevalecen.

Encuentros de departamento

Diseñados para que los trabajadores de los mismos departamentos o equipos resuelvan sus problemas en cuanto a rendimiento o relaciones interpersonales en el trabajo. Son facilitados por los jefes de departamento y aunque su frecuencia podría ser muy regular, la duración de estos encuentros es breve.

Encuentros de intromisión voluntaria (walk-in)

Encuentros simultáneos diseñados para maximizar las interacciones en todas las instalaciones. Permiten a los residentes hablar a diferentes personas en varios encuentros mediante el paso de un encuentro a otro. En estos encuentros, los diálogos pueden intercambiarse entre los diferentes grupos. Son facilitados por un miembro del personal (junior o senior). Estos grupos varían en frecuencia y duración.

Encuentros de habitación

Utilizados por los residentes que viven en la misma habitación; enfocados a la resolución de problemas interpersonales y de rendimiento asociados al espacio vital. Facilitados por los propios residentes, varían en frecuencia y duración.

Encuentros de residentes de nivel

Enfocados a los residentes del mismo status o edad; señalan problemas comunes relacionados con el nivel utilizando la identificación para alentar la apertura y el hecho de compartir sentimientos; facilitados por un miembro junior del personal o un residente senior, ocurren siempre que es necesario.

Encuentros simulados

Son utilizados para instruir al personal o a los nuevos residentes en el formato de encuentro. Los detalles acerca de estos encuentros están contenidos en el capítulo acerca de la supervisión de los grupos.

Encuentros de “sombremos fuera”

Están formados por una combinación de residentes y miembros del personal o de miembros junior y senior del personal. Tienen una gran utilidad en la resolución de conflictos y representan al prototipo de foro democrático, en el sentido de que se sitúan a un lado el status formal y la autoridad para fomentar un encuentro puramente interpersonal sin repercusiones. El mediador es la propia membresía. Estos grupos se reúnen siempre que es necesario.

Encuentros “Trampa”

Se ocupan de descubrir la parte oculta de las relaciones negativas entre residentes. Son grupos “sorpresa”, convocados sin notificación previa para evitar la preparación de los participantes implicados. Las cuestiones apuntadas son la insinuación sexual, el consumo de droga, y la exculpación mutua. Los mediadores son miembros senior del personal. Son convocados siempre que es necesario.

Encuentros acerca de cuestiones específicas

Se concentran en las conductas y actitudes específicas y la resolución de conflictos relacionados con cuestiones de género o de raza-etnia. Varios residentes seleccionados, o la comunidad al completo, discuten informaciones interpersonales acerca de estas cuestiones, y proporcionan instrucciones específicas acerca de las conductas y actitudes esperadas. Facilitados por un miembro del personal seleccionado a tal el efecto, estos grupos se reúnen siempre que es necesario.

Encuentros especiales

Se convocan ante situaciones inesperadas que han sido detectadas de manera inmediata, como el trato con una persona que está planteándose abandonar el programa. Los residentes pueden solicitar este encuentro y elegir a algunos de los participantes. Se trata de encuentros intensos en los que se muestra una preocupación urgente por ciertos miembros, obligándoles a examinar su pensamiento y su conducta. Son facilitados por un miembro junior o senior del personal, y se convocan en las situaciones de excepción necesarias.

Quinta Parte

EL PROCESO DE MODIFICACIÓN

Durante su estancia en la Comunidad Terapéutica, los residentes llevan vidas ordenadas y permanecen sobrios y socializados. Muchos de ellos continúan sus vidas lejos de la droga y permanecen socializados tras concluir el programa. ¿Qué es lo que impulsa a los individuos a cambiar su vida en la Comunidad Terapéutica? ¿Cómo son estos cambios y cómo acontecen? Estas cuestiones serán objeto de los seis capítulos que componen esta sección, que explica el proceso de cambio en la Comunidad Terapéutica. Los capítulos 19-21 tratan de la persona en su totalidad en las dimensiones conductual y subjetiva de la modificación individual. Los capítulos 22 y 23 describen el modo en que los individuos cambian mediante su interacción con la comunidad. Las modificaciones del estilo de vida y la identidad son interiorizadas gradualmente a medida que el individuo participa en las funciones y actividades que forman el programa y se integra en la vida de la comunidad. El capítulo 24 proporciona un marco integrador, social y psicológico, para el proceso de tratamiento de la Comunidad Terapéutica, reformulado desde su perspectiva, metodología y modelo.

El libro concluye con el capítulo 25, que trata las cuestiones relativas al cambio evolutivo en la Comunidad Terapéutica. Reseña brevemente el modo en que la teoría, el método y el modelo básicos pueden sufrir adaptaciones para mantener la identidad única de Comunidad Terapéutica contemporánea, al tiempo que va haciéndose un sitio entre los servicios sociales convencionales.

El cambio individual: conductas, cogniciones y emociones

19

Desde la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, la modificación de la persona en su totalidad se resume en una interacción continua entre el individuo y la comunidad. Para captar la complejidad de la persona en su totalidad, sin embargo, es necesaria una descripción multidimensional del mismo individuo a lo largo del tiempo.

Las características sociales y psicológicas del individuo perfiladas anteriormente en la visión de la persona y del trastorno proporcionan una instantánea, o un retrato estático del individuo en la Comunidad Terapéutica. Las mismas características pueden ser reorganizadas en dimensiones (descriptores globales) y ámbitos (conjuntos relacionados de conductas y actitudes) para dibujar un cuadro dinámico del individuo cambiante⁵².

El presente capítulo proporciona esta imagen multidimensional de la modificación social y psicológica en relación con las conductas, cogniciones y emociones. Los dos capítulos siguientes se ocupan de las experiencias y percepciones esenciales para el proceso de modificación.

La visión objetiva del cambio individual que adopta la comunidad queda reflejada por cuatro dimensiones fundamentales. Las dimensiones de *miembro de la comunidad y socialización* se refieren al desarrollo social del individuo como miembro de la comunidad terapéutica y, de un modo más general, como participante prosocial en una sociedad más amplia. Las dimensiones *evolutiva y psicológica* se refieren a la evolución del individuo como una persona individual, en relación con su crecimiento personal, personalidad y aspectos psicológicos.

52. La relación entre las dimensiones, los dominios e indicadores puede ser ilustrada también en relación con la investigación. Los indicadores son los datos conductuales observables básicos; los dominios son conjuntos o colecciones particulares de las variables que miden estas observaciones; las dimensiones son escalas más amplias de medida. En el apéndice C hemos recogido varios ejemplos de estas escalas para la medición del progreso de los individuos en las Comunidades Terapéuticas.



Las cuatro dimensiones y ámbitos pueden ser evaluados cualitativamente mediante las impresiones de los miembros de la plantilla y los residentes (por ejemplo, el residente muestra una mejoría general en su status en la comunidad) y cuantitativamente con calificaciones en relación con una escala (por ejemplo, el residente obtiene calificaciones más altas en cuanto a la afiliación y los atributos relativos a los modelos de rol). Los indicadores fundamentales de estas evaluaciones son las conductas y actitudes específicas de los individuos observadas por los demás en la vida diaria de la comunidad.

Una visión multidimensional es la estrategia para describir diferentes aspectos de la persona en su totalidad. En el proceso de modificación, las cuatro dimensiones están interrelacionadas, los ámbitos se solapan y ciertos indicadores conductuales son comunes para todos ellos. Sin embargo, para no perder claridad se explican las dimensiones de manera separada, y estas explicaciones están acompañadas por tablas que recopilan los indicadores de cada ámbito a modo de muestra.

DIMENSIÓN DE MIEMBRO DE LA COMUNIDAD

Esta dimensión se refiere a la evolución del individuo como miembro de la Comunidad Terapéutica y puede ser descrita mediante dos ámbitos relacionados: el ámbito de *afiliación* y el de *modelo de rol*. La afiliación define la unión que el individuo percibe de la comunidad de residentes, indicada en aquellas conductas y actitudes que reflejan pertenencias. La afiliación y la pertenencia son términos relacionados con la propiedad, refiriéndose no a posesiones materiales, sino a la preocupación y el orgullo por el programa y la comunidad de residentes, expresado a menudo en la frase “mi programa, mi familia, mi comunidad”.

El ámbito del modelo de rol define al miembro individual como un ejemplo de quien alcanza de manera coherente las expectativas conductuales y actitudinales de la comunidad. Los modelos de rol literalmente “siguen el camino” de las enseñanzas y valores de la comunidad.

Ambos ámbitos, el de afiliación y el de modelo de rol, se encuentran íntimamente relacionados. Aquellos que están internos entienden la perspectiva de la Comunidad Terapéutica y la filosofía del programa, y como modelos de rol transmiten e ilustran su entendimiento mediante el ejemplo directo. La tabla 19.1 ilustra los indicadores típicos bajo cada ámbito de la dimensión de miembro de la comunidad. Y la modificación en la dimensión de miembro de la comunidad se hace notable a medida que los individuos se integran totalmen-

te o se convierten en participantes completos en las actividades y roles de la vida comunitaria. Así, evolucionar como miembro de la comunidad es esencial para lograr la modificación en las demás dimensiones.

**Tabla 19.1. Dimensión de miembro de la comunidad:
ámbitos e indicadores.**

Ámbito 1. AFILIACIÓN

La unión del individuo a la comunidad de residentes

Indicadores típicos:

Entiende la comunidad como método.

- Conoce la filosofía y la perspectiva de la Comunidad Terapéutica
- Sabe cómo utilizar su entorno.
- Utiliza sus herramientas.
- Se adhiere a todas las normas.
- Conoce el lenguaje y los conceptos de la Comunidad Terapéutica.
- Se adhiere al código de vestimenta de la Comunidad Terapéutica (nada de joyas, vestuario sencillo, higiene personal).

Expresa pertenencia (orgullo en el programa).

- Cuida y mantiene limpia su propiedad, el mobiliario y la imagen, tanto interna como externa, de la comunidad.
- Se presenta voluntario para los discursos, y como guía para las visitas.

Ámbito 2. MODELO DE ROL

El miembro individual es un ejemplo de residente que alcanza las expectativas conductuales de la comunidad.

Indicadores típicos:

- Regaña a los individuos y a la comunidad.
- Utiliza el “actúa como si...” como modelo de aprendizaje.
- Muestra status personal frente a status concedido.
- Muestra preocupación responsable.
- Proporciona retroalimentación positiva a sus residentes.
- Busca y asume: inicia por sí mismo nuevas tareas y se introduce en nuevas áreas de responsabilidad.
- Trabaja en sí mismo: muestra conciencia de las conductas y actitudes que podría modificar y nombra una estrategia personal para llevar a cabo estas modificaciones.
- Responsable ante los residentes: orientador, colega, hermano mayor, se enfrenta a las conductas de los demás.
- Emplea a los demás en circunstancias formales e informales.
- Muestra un alto nivel de energía en las actividades de la comunidad.



DIMENSIÓN DE SOCIALIZACIÓN

La mayoría de los admitidos en las Comunidades Terapéuticas han rechazado un estilo de vida prosocial, nunca lo han adquirido o ha sido erosionado debido al consumo continuado de droga. Así, la socialización o re-socialización del individuo es fundamental para lograr el objetivo de la Comunidad Terapéutica consistente en modificar su estilo de vida.

La dimensión de socialización se refiere a la evolución del individuo como miembro prosocial de la sociedad más amplia y puede ser descrita mediante tres ámbitos relacionados: *desviación social*, *habilitación*, y *valores de la vida correcta*.

La desviación social describe el punto hasta el cual el individuo está “enganchado” u orientado en un estilo de vida antisocial en su conducta, lenguaje, valores y afiliaciones sociales. La desviación es especialmente explícita en historiales de criminalidad reciente y pasada (relacionada o no relacionada con la droga), violencia, asociaciones de residentes negativas (bandas) y relaciones personales. La desviación está también implícita en estrategias de superación como la manipulación, la decepción y en actitudes rebeldes o negativas contra el sistema, la autoridad y los estilos de vida convencionales.

La modificación en la desviación social a lo largo de las etapas del programa implica un cese de cualquier conducta antisocial, una renuncia de las actitudes y valores antisociales, y el abandono de cualquier forma de crimen, adicción a drogas o reproducción de modelos de la calle. Estos son reemplazados por sus contrarios prosociales, basados en la sinceridad absoluta.

El ámbito de habilitación describe al individuo como socialmente capaz en relación con sus habilidades educacionales y laborales, y como socialmente efectivo en relación con su conducta y habilidades sociales. Muchos residentes en Comunidades Terapéuticas no poseen las habilidades laborales y educativas para obtener beneficios económicos o sobrevivir de manera efectiva en el sistema social. Carecen también de los hábitos conductuales básicos y actitudes asociadas a la disposición al trabajo.

Una modificación en la habilitación consiste en la adquisición de habilidades prosociales relacionadas con el trabajo y el estudio, especialmente en lo que respecta a la disposición al trabajo. En la visión de la Comunidad Terapéutica, el foco de la modificación es el aprendizaje o el re-aprendizaje acerca de cómo ser trabajador y estudioso. Los hábitos, actitudes y valores de trabajo son esenciales para la adquisición y el mantenimiento de las habilidades laborales.

Tabla 19.2. Dimensión de socialización: ámbitos e indicadores.**ÁMBITO 1. DESVIACIÓN SOCIAL**

El punto hasta el cual el individuo está enganchado u orientado a un estilo de vida antisocial en su conducta, valores y afiliaciones sociales.

Indicadores típicos:

- Cese de todas las formas de conducta antisocial, especialmente las violentas e intimidatorias.
- Renuncia a las actitudes rebeldes, cínicas o nihilistas.
- Cese del pensamiento antisocial y de las habilidades desviadas de superación (explotación, manipulación, engaño, pisoteo).
- Eliminación de las imágenes “negativas” (macho, actitud criminal) que transmiten invulnerabilidad e indiferencia.
- Respeto por las autoridades, las personas y la propiedad.
- Distanciamiento del estilo de vida, los amigos, el barrio, los vecinos, la jerga y las actitudes asociadas a la droga.

ÁMBITO 2. HABILITACIÓN

El punto hasta el cual el individuo es socialmente estable en relación con sus habilidades educacionales y laborales, y socialmente efectivo en relación con su conducta y habilidades sociales.

Indicadores típicos:

Estabilidad social

- Muestras de eficacia laboral y hábitos de estudio (puntualidad, asistencia, vestimenta).
- Reversión de actitudes negativas hacia las tareas, hacia la autoridad o los subordinados.
- Cumplimiento de modelos laborales/de estudios (diligencia, 100% esfuerzo, esfuerzo por la excelencia).
- Facilidad y habilidades para el trabajo o los estudios.

Efectividad social

- Muestras de buenas maneras (educación y respeto en la conversación, en todas las circunstancias sociales) en la cena, el saludo a los residentes, miembros del personal y visitantes, al contestar al teléfono, y al hablar en los seminarios; no grita en el salón; pone la radio a volumen bajo.

ÁMBITO 3. VALORES

El punto hasta el cual el individuo entiende, acepta y practica las enseñanzas de la Comunidad Terapéutica acerca de la vida correcta.

Indicadores típicos:

- Honestidad.
- Seguridad en uno mismo.
- Preocupación responsable.
- Responsabilidad para con la comunidad.
- Ética del trabajo.



Habilitación también se refiere a la conducta social efectiva, y las conductas y actitudes relacionadas con el civismo y las buenas maneras. Son cada vez más numerosos los residentes en comunidades terapéuticas que carecen de estos elementos básicos de la interrelación social. Estas habilidades no son sólo estéticamente agradables, sino que también proporcionan signos conductuales de orden, seguridad y tranquilidad en circunstancias sociales.

El tercer ámbito de socialización es el de los valores y enseñanzas de la Comunidad Terapéutica relacionados con la vida correcta. Las modificaciones en este ámbito están reflejadas en el punto hasta el cual el individuo entiende, acepta y practica estos valores y enseñanzas. Estas enseñanzas son esenciales para la socialización del individuo en la Comunidad Terapéutica y en la sociedad en general. Así, los valores del ámbito de la vida correcta se consideran componentes críticos de la “vida correcta”, que describe la totalidad de la modificación del individuo en todas las dimensiones.

En general, los tres ámbitos de socialización describen el repertorio del individuo de habilidades sociales y laborales convencionales, actitudes, valores y conducta social. La tabla 19.2. enumera los indicadores fundamentales para cada ámbito de la dimensión de socialización.

DIMENSIÓN EVOLUTIVA

La dimensión evolutiva se refiere a la evolución del individuo en relación con su crecimiento personal, que puede ser descrito en dos ámbitos íntimamente relacionados, la madurez y la responsabilidad.

Como evolución psicológica, la dimensión evolutiva es un aspecto exclusivo de la perspectiva de la Comunidad Terapéutica. La inmadurez y la falta de responsabilidad son rasgos característicos que los propios drogodependientes consideran como la base del resto de sus problemas sociales y emocionales. A menudo, el tratamiento consiste en enseñar al individuo a “crecer y hacerse responsable”, es decir, a potenciar un desarrollo normativo. El crecimiento personal es un elemento explícito y definitorio de la recuperación y de la modificación del estilo de vida y de la identidad.

El ámbito de la madurez describe al individuo en relación con sus conductas sociales y emocionales socialmente apropiadas y coherentes con su edad. Los indicadores conductuales de la madurez son ejemplos de los problemas del drogodependiente con la auto-regulación (p.e., el control de los impulsos, la demora de la gratificación) y el manejo social (p.e., mostrar una conducta apropiada en relación con el personal y las autoridades, los residentes y la comunidad).

El ámbito de la responsabilidad describe a los individuos en relación con el cumplimiento de sus obligaciones para con ellos mismos y para con las expectativas de los demás. Ser responsable significa responder al bienestar y a las preocupaciones de uno mismo, sus residentes y el programa. Desde una perspectiva evolutiva, la responsabilidad es un ámbito de crecimiento personal (ser responsable acerca de los cuidados personales propios), el decoro social (p.e., mantener limpia la habitación, vestir correctamente) el cuidado interpersonal y las obligaciones (p.e., mantener las promesas).

Tabla 19.3. Dimensión evolutiva: ámbitos e indicadores.

ÁMBITO 1. MADUREZ

El proceso evolutivo en la Comunidad Terapéutica implica modificaciones crecientes a través de las etapas de tratamiento, reflejando el crecimiento personal.

Indicadores típicos:

- Superación de los deseos/impulsos mediante el juicio y la moderación.
- Renuncia al rol de bebé y reduce las conductas extravertidas.
- Controla la autoridad y la crítica de modo positivo (escuchando lo que incumbe a la autoridad y las críticas).
- Acata las expectativas sociales: renuncia a la rebeldía, realiza conductas socialmente aceptables como un modo de mantener su individualidad, su identidad y obtener la satisfacción de las necesidades propias.
- Se marca objetivos realistas a corto y largo plazo; tiene paciencia a la hora de desempeñar cada paso necesario; es capaz de mantener en el tiempo, el esfuerzo y las habilidades necesarias.
- Muestra un aumento de tolerancia ante todas las variedades de incomodidad (frustración, retraso de la gratificación, ira, etc.).
- Muestra auto-control emocional (es capaz de controlar sus impulsos y sentimientos molestos, que podrían entrometerse en los pasos planificados).

ÁMBITO 2. RESPONSABILIDAD

El extremo hasta el cual el individuo muestra coherencia y responsabilidad en lo que se refiere a las obligaciones y las promesas, en torno a las labores y las relaciones personales.

Indicadores típicos:

- Cuida sus necesidades de salud e higiénicas.
- Mantiene limpia la habitación, y usa una vestimenta apropiada.
- Mantiene sus promesas.
- Admite sus errores, minimiza la culpa en los demás ante las circunstancias externas, y consigue rectificar sus errores personalmente.
- Renuncia a los patrones de manipulación para evitar las demandas del procedimiento.
- Mantiene el esfuerzo en las tareas a pesar de las interrupciones y distracciones.
- Proporciona un reconocimiento honesto del modo en que desempeña sus obligaciones.
- Monitoriza las conductas y solicitudes de los demás, y las de la comunidad.



El ámbito de la responsabilidad también está relacionado con la aceptación de la responsabilidad en cuanto a las acciones de cada uno, sus pensamientos y emociones. El crecimiento personal es evidente cuando el individuo acepta su propia contribución a los problemas y asume el compromiso de modificarse a sí mismo como parte de la solución (de un modo más general, cuando el individuo “es dueño” de sus actos y declaraciones).

La coherencia y el sentido del deber son aspectos relacionados con la responsabilidad. Las modificaciones de estos aspectos están descritas principalmente en relación con las obligaciones en el trabajo y en la asunción y finalización de todas las tareas. La tabla 19.3 enumera los ámbitos e indicadores típicos de la dimensión evolutiva.

DIMENSIÓN PSICOLÓGICA

La dimensión psicológica define al individuo en relación con las funciones generales, mentales y emocionales, que son fundamentales para todo el aprendizaje y modificación. Esta dimensión está compuesta por tres ámbitos: *habilidades cognitivas, habilidades emocionales y bienestar psicológico*.

El ámbito de las habilidades cognitivas se refiere a los patrones característicos del pensamiento del drogodependiente en relación con su conciencia, la resolución de los problemas, y la toma de decisiones. Los indicadores de modificaciones en el ámbito cognitivo se centran en la cuestión del reconocimiento y la modificación de patrones fallidos de pensamiento que llevan a adoptar conductas negativas. Entre éstas encontramos la conciencia general de sí mismo del individuo y de su entorno social y físico, la renuncia de sus defensas características en el acto de la auto-observación, y la adquisición de la facultad de introspección (comprensión de las condiciones internas y externas que influyen su conducta).

Entre las habilidades colectivas encontramos también (a) la evaluación de la realidad, la apreciación de uno mismo, los demás y las circunstancias en relación con “quiénes son realmente;” (b) el juicio y el consiguiente pensamiento en relación con el reconocimiento y evaluación de resultados y acciones que aún no han sido desarrolladas; y (c) la resolución de problemas y la toma de decisiones, que incluye la deducción lógica, la identificación de alternativas y la realización de elecciones en el curso de la acción.

El ámbito de las habilidades emocionales se refiere a las características comunes de comunicación y control de sus sentimientos. Las modificaciones en el ámbito emocional se centran en la cuestión del control de los estados afectivos. Estos estados incluyen la tolerancia, la permisividad ante estados sensiti-

Tabla 19.4. Dimensión psicológica: ámbitos e indicadores.**ÁMBITO 1. HABILIDADES COGNITIVAS**

El individuo en relación con su aprendizaje acerca de cómo ser consciente, cómo pensar de manera realista, cómo resolver problemas y cómo utilizar su juicio.

Indicadores típicos:

Conciencia

- Es capaz de evaluar el impacto en sí mismo de las conductas de los demás.
- Es capaz de evaluar el impacto de sus propias conductas y actitudes en los demás.
- Es capaz de evaluar el status del entorno físico.

Introspección

- Identifica detonantes externos del pensamiento negativo, la actuación extravertida y el consumo de droga.
- Identifica los desencadenantes del pensamiento negativo, los sentimientos, la extraversión y el consumo de droga.
- Comprende los sentimientos/conductas/pensamientos habituales en relación a las circunstancias, acontecimientos y relaciones del pasado.

Defensas

- Disminución de la utilización de excusas y las defensas típicas de negación, racionalización, proyección, exteriorización y somatización.
- Eliminación de las imágenes.

Realidad

- Contempla los acontecimientos, las personas y a sí mismo como realmente son y tiene buena disposición para afrontar las cosas en lugar de evitarlas o escapar de ellas.
- Muestra la realidad mediante la comparación con los demás, para distinguir entre: Sentimientos y hechos, pensamientos y acciones, deseos y necesidades, ilusión, desilusión, y decepción.
- Muestra una auto-evaluación precisa en cuanto a recursos y aspiraciones.
- Pone palabras a sus pensamientos privados para evaluar su realidad.

Juicio

- Considera la información y las consecuencias a corto y a largo plazo de diferentes acciones.
- Revisa las alternativas a la hora de tomar decisiones.
- Comprueban su opinión personal con el de los demás.
- Separa las emociones y los pensamiento en la toma de decisiones.

Receptividad

- Reacciona ante los enfrentamientos, mensajes y la retroalimentación sin huir o aislarse.
- Muestra atención a los mensajes, y conducta de escucha.
- Considera los mensajes; lo hace evidente en conversaciones y debates.



ÁMBITO 2. HABILIDADES EMOCIONALES

Este ámbito describe al individuo en relación con su aprendizaje acerca de cómo identificar, controlar, y comunicar sus emociones de manera apropiada.

Indicadores típicos:

Manifestación y comprensión emocional

- Revela una amplia variedad de estados emocionales.
- Cambia de niveles bajos de exhibición emocional (indiferencia, negación, aislamiento) a niveles de mayor intensidad (catarsis, desahogo).
- Califica adecuadamente sus sentimientos/experiencias y los de los demás.
- Muestra expresiones conductuales apropiadas de las emociones que son aceptables, reconfortantes y efectivas.
- Es capaz de identificar los detonantes o determinantes de las experiencias efectivas, y ocasionalmente puede seguir la pista de las relaciones cognitivo-emocionales.

Comunicación

- Renuncia a la violencia (“poniéndolo en palabras en lugar de en acciones”).
- Muestra expresiones afectivas (utiliza palabras y gestos no verbales de carácter emotivo, reflejando experiencias sentidas con honestidad).
- Se muestra interpersonal (habla a los demás directamente y proporciona reacciones honestas en lugar de interpretaciones o diálogos falsos).
- Muestra el sentimiento de culpa: apertura, comprensión y realización de enmiendas.
- Recibe las expresiones de afecto de los demás abiertamente.

ÁMBITO 3. BIENESTAR PSICOLÓGICO

Este ámbito está compuesto por los signos, síntomas y lamentaciones familiares asociados con la salud mental.

Indicadores típicos (resumidos):

- Disforia
- Anhedonia
- Ansiedad
- Depresión
- Hostilidad/ira
- Dolores y molestias somáticos

vos basada en la evitación de conductas auto-destructivas, y el control, comedimiento o interrupción de toda expresión emocional impulsiva.

Entre las habilidades emocionales encontramos también la identificación y correcta denominación de los sentimientos; la comunicación, que es la expresión apropiada verbal y no verbal de los sentimientos hacia uno mismo y los demás; y la comprensión del modo en que los sentimientos, la conducta y el pensamiento de cada uno están interrelacionados.

El tercer ámbito psicológico del bienestar se refiere a la salud general, mental y emocional, del individuo. Los residentes se encuentran atormentados cuando

ingresan en tratamiento, haciéndolo evidente mediante una gran variedad de lamentaciones físicas, emocionales y mentales. Normalmente, son síntomas de ansiedad y depresión, dolores y molestias somáticas, que puede ser reales o imaginarias, perturbaciones relacionadas con el estado de ánimo, especialmente disforia y anhedonia. Estos signos y síntomas podrían reflejar efectos psicofarmacológicos del consumo de droga, el trastorno persistente del estilo de vida del residente, o una perturbación psicológica crónica. Independientemente de sus fuentes, sin embargo, la remisión o mejoría de estos síntomas es un hecho esperado como parte integral de la modificación de la persona en su totalidad.

MODIFICACIÓN DIMENSIONAL INTERRELACIONADA

Las descripciones definidas del individuo, las dimensiones, los ámbitos y los indicadores están interrelacionados e interactúan de múltiples maneras diferentes. Los indicadores conductuales pueden ser *comunes* a varias dimensiones. Por ejemplo, dirigirse de manera irrespetuosa a miembro de la plantilla podría ser un indicador conductual de las dimensiones evolutiva y de socialización. Sin embargo, es la recopilación de indicadores conductuales en ámbitos relacionados la que identifica el cambio en una dimensión en particular. Por ejemplo, las modificaciones conductuales, tanto en el ámbito de modelo de rol como en el de afiliación, reflejan una mejoría general en la dimensión de miembro de la comunidad.

Las modificaciones en una dimensión podrían estar *asociadas* a modificaciones en otras dimensiones. Por ejemplo, el cese de la rebeldía y el respeto a la autoridad son indicadores conductuales de socialización. Estos podrían estar relacionados con niveles mejorados de tolerancia o retraso de la gratificación, que son indicadores de madurez. Las modificaciones en el civismo y las buenas maneras en el ámbito de la habilitación (dimensión de socialización) podrían también estar asociadas a incrementos en la afiliación (dimensión de miembro de la comunidad), indicando que el individuo se está amoldando a las circunstancias, es decir, se está comportando de la manera esperada, con el fin de mantener la aceptación de sus residentes.

Además, las dimensiones pueden *interactuar*, influenciarse mutuamente, en el sentido de que las modificaciones en los ámbitos de una dimensión podrían facilitar directamente o acelerar la modificación en los ámbitos de otras dimensiones. Por ejemplo, se espera que los modelos de rol (en la dimensión de miembro de la comunidad) muestren el crecimiento personal, ejemplificado por el manejo de impulsos (dimensión evolutiva). Así, al esforzarse por ser modelos de rol, los residentes deben trabajar activamente su madurez.



De un modo similar, las habilidades como el pensamiento coherente o la resolución de problemas (ámbito cognitivo) requieren de cierto grado de autorregulación, como el control de impulsos y el retraso de la gratificación (ámbito de la madurez). La conciencia general, que es una habilidad básica en la dimensión psicológica, es también un prerrequisito para las modificaciones en prácticamente todas las demás dimensiones.

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y MODIFICACIÓN DIMENSIONAL

No todos los residentes comienzan a trabajar en una dimensión desde el mismo punto, ni progresan de un modo uniforme. Aunque se espera que los miembros consigan alcanzar ciertos puntos durante el proceso de tratamiento, las tasas individuales de modificación varían.

Una visión dimensional de la modificación más amplia que los indicadores conductuales concretos es fundamental para una buena comprensión de las diferencias individuales. Por ejemplo, dos residentes fracasan al llevar a cabo una orden de un miembro del personal. Para uno de ellos, la conducta ilustra un patrón de insubordinación y rebelión. Para el otro, en cambio, es un signo de déficit cognitivo o de temor al fracaso. En este caso, la misma “conducta negativa” podría provocar la misma respuesta de la comunidad, como una sanción disciplinaria, pero también podría motivar resultados diferentes e indeseados, como un abandono prematuro del programa.

Una visión dimensional de la modificación, por ello, aclara las diferencias entre individuos, especialmente en su potencial de cambio y en sus tasas de modificación. Es útil en la evaluación de los límites individuales en cuanto a recursos conductuales, identifica cada pequeño signo de progreso (p.e., podría ocurrir un cambio positivo en alguno, aunque no todos, los indicadores de un ámbito), y permite cierta flexibilidad en las estrategias de intervención.

En cualquier caso, las diferencias individuales no atienden necesariamente a una preferencia especial, estrategias de tratamiento únicas, o a un nivel de necesidad de atención superior. En cambio, acentúan la flexibilidad del programa para hacer relevantes los mensajes de recuperación para individuos en diferentes etapas del proceso de modificación. Las diferencias individuales pueden ser solventadas cuando los programas centran su atención en el *hecho* de la modificación, en lugar de en la tasa de modificación, y especialmente en la disposición del individuo por continuar el proceso.

CONCLUSIÓN

En este capítulo hemos presentado una visión multidimensional de la persona en su totalidad, para describir al individuo en proceso de modificación. El perfil social y psicológico del residente ha sido reformulado en relación con cuatro dimensiones interrelacionadas: miembro de la comunidad, socialización, evolutiva y psicológica. Cada una de ellas ilustra los indicadores típicos de la modificación individual en relación con conductas, cogniciones y emociones objetivas. Modificar a “la persona en su totalidad”, sin embargo, depende del modo en que los individuos perciben y experimentan el programa y el tratamiento, y del modo en que son conscientes de sí mismos durante el proceso. Estas áreas objetivas de la modificación individual serán analizadas a lo largo de los dos próximos capítulos.

Modificación individual: experiencias esenciales

20

En la perspectiva de la recuperación adoptada por la Comunidad Terapéutica, las modificaciones en el estilo de vida y la identidad reflejan una integración de conductas, experiencias y percepciones. De hecho, la persistencia de la modificación en el individuo depende de su integración. Los individuos han de crear conductas de manera activa para lograr el cambio, han de sentir los sentimientos asociados con este compromiso, y han de comprender el significado o el valor de la modificación con el fin de verse a sí mismos, a los demás y al mundo de forma diferente.

En el ambiente de la Comunidad Terapéutica, los individuos muestran de manera continua conductas observables o acciones, palabras y gestos que reflejan de manera indirecta su vida “interna” a los demás. Sin embargo, el proceso de modificación es comprendido directamente por los participantes a través de sus experiencias y percepciones, reveladas primeramente por lo que ellos piensan y dicen a los demás y a sí mismos. Estas experiencias y percepciones están descritas de manera separada en este capítulo y el siguiente con el propósito de clarificar su significado diferencial en el proceso de modificación.

CLASIFICACIÓN DE EXPERIENCIAS ESENCIALES

Obviamente, las experiencias pueden darse de forma instantánea llevando a una interminable y nada útil lista de acontecimientos. El término calificador esencial subraya estas experiencias particulares que el personal, los residentes y los observadores consideran necesarias para que el individuo permanezca en el programa y se beneficie del proceso de tratamiento. Estas experiencias esenciales pueden ser conceptualizadas en tres amplios temas: curación emocional, relación y cuidado social, y aprendizaje subjetivo (ver tabla 20.1). Aunque interrelacionados, cada uno de estos temas se explicará en partes diferentes⁵³.

53. Varias de las experiencias esenciales en la formación presente son similares a los conceptos encontrados en la literatura: limitación (Kooyman, 1993) y “auto-eficacia” (Bandura, 1977; DiClemente, 1986). Bell enfatiza la importancia del concepto de “conectividad” y su relación con la confianza en el proceso de modificación (Bell, 1994).

Tabla 20.1. Experiencias esenciales en el proceso de recuperación en la comunidad terapéutica.

CURACIÓN EMOCIONAL

La curación emocional es el alivio de los diferentes dolores físicos, psicológicos y sociales que los residentes experimentan en sus vidas, directa o indirectamente relacionados con su trastorno de adicción.

Seguridad-mantenimiento

Aseguran la provisión básica de mantenimiento diario: tres comidas, alojamiento, ropa, accesorios de cosmética, así como médicos, dentistas, y varios servicios sociales y legales. Las experiencias de seguridad proporcionan alivio de las presiones circunstanciales, angustias e incertidumbres que pueden llevar al individuo a abandonar el tratamiento.

Seguridad física

El mantenimiento de la seguridad del entorno social es esencial para el mantenimiento de la seguridad psicológica en el proceso de modificación. El código de la Comunidad Terapéutica es el de la seguridad colectiva que, gestionada por la propia comunidad, proporciona un alivio de los temores y ansiedades comunes asociados a la seguridad física.

Seguridad psicológica

Para la mayoría de los residentes en la Comunidad Terapéutica, estas experiencias alivian los temores intra e interpersonales ocultos durante largos periodos de tiempo. Las experiencias esenciales que revelan seguridad psicológica son la fe ciega, la confianza, ser comprendido y aceptado por los demás.

RELACIONES SOCIALES Y SOLIDARIDAD

Las relaciones sociales pasadas de los residentes en Comunidades Terapéuticas están caracterizadas por el aislamiento social o las vinculaciones enfermizas o auto-destructivas. Las experiencias de relevancia social esenciales para la recuperación son: la identificación, la empatía y la adhesión.

APRENDIZAJE SUBJETIVO

Estas experiencias están asociadas a varias consecuencias positivas y negativas durante el proceso de aprendizaje. Se centran en el tema de la auto-eficacia y la auto-estima.

EXPERIENCIAS DE CURACIÓN EMOCIONAL

La curación en la comunidad terapéutica se refiere a la mitigación o la reducción de sentimientos de dolor y molestia emocional en todas sus formas. Temores, ira, sentimiento de culpa, dolor, confusión y soledad son ejemplos de las molestias emocionales comunes entre los residentes en comunidades terapéuticas. Están asociadas con estrés específico circunstancial, presiones, amenazas y perjuicios psicológicos a largo plazo, y con el aislamiento personal y social. Para muchos residentes el consumo de drogas ha sido el principal, si no el único,

medio para reducir sus sufrimientos y molestias emocionales. Así, sin el alivio de estos sufrimientos emocionales, con el aprendizaje de la tolerancia de estos sentimientos, la estabilidad de la modificación del individuo será limitada.

Las experiencias de curación emocional pueden ser sistemáticamente organizadas en tres tipos, de seguridad-manutención, seguridad física y seguridad psicológica. A pesar de no ser exhaustivas, estas categorías resumen las fuentes y tipos más comunes de curación que se llevan a cabo en la comunidad terapéutica si los individuos permanecen dentro del programa, emplean y mantienen el proceso de modificación.

Seguridad-manutención

Las experiencias de seguridad son fundamentales para aquellos que vivían con las preocupaciones, las penas y el sentimiento de ansiedad asociado con presiones circunstanciales, estrés y la incertidumbre relacionada con vivir al día. Dicho alivio es proporcionado por las comidas, el alojamiento, así como por los servicios médicos, odontológicos, sociales y legales proporcionados por la comunidad terapéutica. Más que privilegios, estos servicios son derechos, que no exigen nada del individuo excepto la participación en las actividades del programa. Las experiencias básicas de seguridad son esenciales para la permanencia en el programa de los nuevos residentes durante las primeras semanas de tratamiento.

Seguridad física

Estar y sentirse físicamente seguro es una experiencia elemental y esencial para aquellos que han vivido continuamente con el temor y la ansiedad asociada a su estilo de vida de consumo de droga, la vida de la calle, la violencia doméstica, y el abuso sexual e interpersonal. La comunidad terapéutica mantiene una observación estricta de las reglas cardinales contra la violencia, las amenazas de violencia, el robo, el abuso y el acoso sexual, y el consumo de droga o alcohol. La seguridad con respecto al tráfico diario y la introducción no autorizada de droga es mantenida con gran determinación. Más aún, el endurecimiento de las normas que rigen la seguridad personal es responsabilidad de los propios residentes así como de los miembros del personal. Así, el código de la comunidad terapéutica y la seguridad colectiva, son controlados por la propia comunidad y proporcionan alivio ante los temores y ansiedades específicos asociados a la seguridad física. La experiencia de la seguridad físi-



ca es esencial para el desarrollo y mantenimiento de la seguridad psicológica en el entorno social de la comunidad terapéutica.

Seguridad psicológica

Aunque muchos de los individuos que residen en Comunidades Terapéuticas han vivido anteriormente de manera precaria, rebelde o antisocial, están temerosos de enfrentarse a sí mismos, a otras personas, a las demandas de la vida ordinaria y a la modificación en sí misma. Para enfrentarse a estos temores, los individuos han de sentirse seguros psicológicamente en una comunidad que apoya y reafirma la adopción de riesgos personales. Las experiencias esenciales que reflejan la seguridad psicológica son las de la fe y confianza ciega, y la comprensión y la aceptación. Estas complejas experiencias curativas alivian las frustraciones y temores intra e interpersonales a largo y a corto plazo, y apoyan al individuo en su proceso de modificación.

Fe ciega y confianza

La recuperación de una adicción (y casi de cualquier trastorno) a menudo incluye un cierto componente de fe (creencia personal en un resultado eventual positivo sin haber verificado necesariamente la evidencia que apoya esa creencia). La fe ciega, sin embargo, está indicada cuando los individuos “actúan como si” tuvieran fe, sin una creencia personal clara o firme en el resultado. Los residentes en Comunidades Terapéuticas son exhortados por los demás a “tener fe ciega”, es decir, a acatar las demandas del programa sin preguntar, incluso si no son capaces de ver, entender o creer en los beneficios de estas demandas. La adopción de riesgo emocional, especialmente en forma de descubrimiento personal, permaneciendo en el programa, y “actuando como si” fueran demandas constantes en el proceso de recuperación y enriquecimiento personal continuado, es fundamental.

Durante las fases tempranas del proceso, los individuos adoptan riesgos basándose en su fe ciega hacia lo que los demás dicen y muestran. En etapas posteriores, los individuos adoptan riesgos basándose en sus propias experiencias pasadas de fe ciega que no les perjudicaron y que les han proporcionado una modificación personal positiva (han aprendido a tener fe ciega), animándolos a emplear nuevas conductas y modos de pensamiento. Así, como experiencia inicial en relación con los demás y más tarde como modo aprendido de pensamiento y actuación, la fe ciega es un reflejo del proceso de modificación en sí mismo.

Los problemas de confianza son un rasgo llamativo del estilo de vida del consumidor de droga. De modo característico, desconfían de los demás y de sí mismos. Además, han fracasado en el desarrollo de la confianza en otros o han perdido totalmente esta confianza. Sin embargo, la recuperación en la comunidad terapéutica no puede ocurrir sin un descubrimiento completo del yo privado. Así, los residentes deben tener confianza, cierta experiencia de seguridad física y psicológica, con el fin de revelar su interior a los demás completamente. De hecho, la confianza es un elemento integral de todas las experiencias de curación. Los individuos permiten que los demás los vean, escuchen, comprendan y acepten, y se vinculan a ellos en cuanto tienen cierto grado confianza.

Dentro del entorno “pecera” de la vida en la Comunidad Terapéutica, la confianza se desarrolla a partir de experiencias repetidas de seguridad personal. Los individuos revelan continuamente sus vulnerabilidades a los demás y se enfrentan a sus temores sociales e interpersonales sin consecuencias nocivas. Esto requiere la adopción del riesgo de probar nuevas conductas, exponer los propios déficits en habilidades básicas, y descubrir los temores, debilidades y necesidades propios. Los residentes aprenden a “confiar en el proceso” en sí mismo, es decir, se sienten seguros de continuar empleando las nuevas conductas asumiendo el riesgo y la confianza en los demás, el régimen del programa y el transcurso del proceso de modificación, incluso cuando existe cierta incertidumbre con respecto a los resultados.

Del mismo modo en que ocurre con la fe ciega, la confianza se convierte en un modo de pensamiento y de conducta aprendida asociada con las experiencias seguras del pasado. Por ejemplo, los individuos aprenden a relacionarse abiertamente con nuevas personas y situaciones mediante una auto-instrucción acerca de la confianza en sus sentimientos, en otras personas o en el proceso.

Comprensión y aceptación

Los individuos que abusan de sustancias presentan dificultades a largo plazo con la sensación de no ser comprendidos ni aceptados por los demás y, especialmente, con la de no entenderse ni aceptarse a ellos mismos. En la mayoría de los casos, la frustración y la ira definen su experiencia de sentirse malentendidos por su familia, sus profesores, empleados, amigos y las autoridades. Típicamente, estas experiencias sirven como pistas, excusas y racionalizaciones para su consumo de droga y otras conductas negativas. El individuo niega su propia contribución a estos malentendidos y a esta falta de aceptación por los demás (o fracasa en su percepción). Los problemas sociales, financieros, fami-



liares, legales y de salud de carácter crónico asociados a su consumo de droga desconciertan, exasperan y a menudo impiden la comprensión de las demás personas, confirmando la frustración en la vida del residente.

A pesar de que las experiencias de comprensión y aceptación están entrelazadas, las diferencias entre ambas tienen significación clínica en el proceso de recuperación. La comprensión no implica necesariamente aceptación, y ser comprendido y aceptado por los demás no equivale a ser comprendido y aceptado por uno mismo.

Otros muestran comprensión cuando aprueban la lógica de la conducta, los pensamientos o los sentimientos del individuo. La experiencia de ser comprendido por los demás constituye un alivio, un decrecimiento de la frustración debida al hecho de no ser atendido, escuchado o tomado en consideración. El factor diferencial de la comunidad de residentes es su capacidad para comprender al miembro individual. Basándose en sus características compartidas y las experiencias de su vida en común como drogodependientes, los residentes se conocen unos a otros, saben cómo piensan y lo que sienten (p.e., sus racionalizaciones, imágenes, decepciones y las defensas que utilizan típicamente para ocultar ciertos sentimientos, como la debilidad, los temores, la soledad). También saben cómo cada uno de ellos reacciona al proceso de tratamiento (escepticismo, resistencia y temores acerca de la modificación en sí misma).

La comprensión en la comunidad de residentes es transmitida mediante paráfrasis, reacleración, elaboración, re-desarrollo de nuevos encuadres o identificación (comentar su propia historia similar). Valga el siguiente ejemplo:

Grupo: “¿Por qué te pinchabas caballo cuando salías?”.

Miembro: “Pensaba que podría probarme a mí mismo, permanecí aquí durante seis meses, e imaginé que tras pasar por la comunidad por tercera vez no me haría falta huir de mis viejos amigos, que ya no necesitaría mantenerme lejos de ellos para siempre”.

Las conductas negativas pueden ser comprendidas y, aún así, no ser aceptadas. La comprensión hacia los demás no implica necesariamente el perdón del mal comportamiento y las imágenes falsas del individuo. Por el contrario, refleja la comprensión del individuo de la función de estas conductas como defensas e imágenes para el individuo.

En la Comunidad Terapéutica, la aceptación diferencia entre la persona y su conducta. Las acciones y actitudes pueden ser comprendidas, criticadas, refrenadas o rechazadas. Sin embargo, el individuo es aceptado como la persona que es, como un igual que sufre, que lucha y que puede fallar. Estos rasgos existenciales están compartidos por todos los miembros de la comunidad. Así, la

aceptación destaca las diferencias fundamentales entre lo que las personas hacen y quiénes son las personas. La comunidad muestra su aceptación del individuo de modos diferentes: (a) inclusión del individuo en todas las actividades, grupos y relaciones; (b) tratamiento igualitario para todos los miembros independientemente de su clase social, raza o etnia, religión, problemas psicológicos, vulnerabilidades personales o historial de acciones pasadas; (c) su apoyo y acciones continuas apoyando la lucha del individuo por el cambio; y (d) sus expresiones demostrativas de afecto y amor. En otras palabras, los residentes definen la experiencia de la aceptación en la Comunidad Terapéutica como la primera vez en que otros los comprendieron y se preocuparon por ellos, por quiénes son realmente, y no fueron rechazados por lo que habían hecho o por quiénes habían sido en el pasado.

Las características fundamentales de los individuos que abusan de sustancias, en general, son su carencia de auto-comprensión y auto-aceptación. Sus racionalizaciones dificultan una evaluación o expresión sincera de sus verdaderos sentimientos y pensamientos; su historial de malas conductas y sentimientos de culpa, tanto reales como imaginarios, entorpecen la obtención de una perspectiva clara acerca de quiénes son realmente, y hacen que la auto-aceptación sea virtualmente imposible para ellos.

Están abocados a un total auto-rechazo, debido a su incapacidad para comprender o contener sus reacciones ante contratiempos a la hora de alcanzar ciertas expectativas de rendimiento. Por ejemplo, el sentimiento de culpa derivado de la recaída en el consumo de droga, las expectativas fallidas o las promesas rotas pueden llegar a precipitar un episodio de "atracción" de droga y otras conductas negativas, haciendo posible el desencadenamiento de una cascada de auto-rechazo total. De hecho, su incapacidad para separar sus pensamientos y acciones negativas de su verdadero "yo interno" define su pobre identidad.

La importancia suprema de la auto-comprensión y la auto-aceptación como objetivos de la recuperación viene reflejada en las propias palabras de los residentes. Ejemplos como los que citamos a continuación figuran subrayados en varios testimonios así como filosofías del programa: "salir de la oscuridad para enfrentarme a mí mismo", "evité confrontarme conmigo mismo, y ahora estoy empezando a enfrentarme a la realidad", "sólo siendo honesto conmigo mismo en los demás... comencé a crecer", "al enfrentarme a mí mismo y a los demás, cambiaré mi vida".

Así, la adquisición de la auto-aceptación es una compleja experiencia de curación en la Comunidad Terapéutica. Es capaz de paliar o mejorar sufrimientos emocionales a largo plazo asociados al fracaso, la decepción y el desá-



nimo, y proporciona la base subjetiva para la superación constructiva de las adversidades y contratiempos, y para la modificación eventual de la identidad.

Las experiencias de auto-aceptación implican un rechazo por parte del individuo del “yo aparente”, los pensamientos, sentimientos, acciones y actitudes falsas asociadas a imágenes personales y sociales diversas (p.e., tipo duro, payaso, criminal); y son un reflejo del “yo auténtico”, los pensamientos honestos y sentimientos “reales” o “verdaderos” del individuo, sin lugar para la auto-crítica o el auto-castigo. Los sentimientos y pensamientos auténticos modifican las propias funciones y auto-percepciones de individuo desde “quién he sido” hacia “quién soy realmente”.

En la comunidad de residentes, la auto-aceptación es facilitada por la aceptación de los demás. Los requisitos para obtener la aceptación de la comunidad son: la disposición del individuo a enfrentarse consigo mismo en relación con su comportamiento previo, la apertura honesta del yo de cada uno en relación con los sentimientos y pensamientos privados, y el compromiso de trabajo en la modificación personal, en relación con la vida correcta. Así, la comunidad de residentes rechaza al individuo falso y que juega a la defensiva, y acepta al individuo indefenso, auténtico, que sufre y lucha honestamente por conseguir la recuperación.

EXPERIENCIAS COMPASIVAS Y DE RELEVANCIA SOCIAL

Las relaciones sociales que los residentes en Comunidades Terapéuticas mantuvieron en el pasado, se caracterizaban por el aislamiento personal o las compañías poco saludables. Su pérdida del auto-control y sus estilos de vida desordenados le separaron de sus amigos y allegados. Para muchos de ellos, esta alienación precedió a sus problemas con las drogas en tal medida que, en el momento de su ingreso en la Comunidad Terapéutica presentan una identificación marginal con respecto a cualquier tipo de familia o comunidad y ningún caso de amistad verdadera.

Según la visión de la recuperación definida por la Comunidad Terapéutica, la relación y la compasión con los demás son esenciales para modificar los patrones antisociales, el aislamiento social y el alejamiento interpersonal que caracterizan el trastorno general del individuo. Las experiencias compasivas y de relevancia social claves son la *identificación*, la *empatía* y la *adhesión*. El elemento común a estas experiencias es el hecho de que todas ellas derivan de la interacción social y reflejan las relaciones intelectuales y emocionales del individuo con los demás.

Identificación

Los residentes en la Comunidad Terapéutica experimentan la identificación cuando perciben similitudes entre ellos mismos y los demás en conductas, sentimientos, experiencias y eventos vitales. Las palabras, conductas e historias de los residentes y los miembros del personal tienen un significado porque dan expresión a las historias personales del individuo. Al igual que otras experiencias de relevancia social, la identificación ayuda a enfrentarse al sentido de exclusividad del problema y al aislamiento personal y social.

Sin embargo, en cualquier comunidad, la identificación está limitada por las diferencias individuales en cuanto a edad, género, clase social, etnia o características culturales. Por ejemplo, los adolescentes que residen en Comunidades Terapéuticas presentan una clara dificultad al intentar identificarse con adictos de mayor edad. Entienden su consumo de droga y las experiencias de su vida relacionadas con él de manera diferente: ellos no han perdido sus recursos; el consumo de droga es todavía excitante para ellos; no están “cansados de la vida;” no se ven a sí mismos como “drogadictos” porque no consumen heroína, no se inyectan drogas o creen que pueden parar cuando realmente quieren hacerlo.

Los problemas de identificación también pueden verse en el estilo de vida y las diferencias, culturales o étnicas, que pueden oscurecer las similitudes fundamentales entre los residentes. Por ejemplo, los residentes hispanos o afroamericanos podrían no relacionar con facilidad sus historias personales mutuamente. Algunos residentes blancos, especialmente aquellos socialmente aventajados, pueden no identificarse con adictos de otra etnia o condición social. No puede entender fácilmente la idea de que el consumo de droga es un trastorno de la persona en su totalidad; y, más importante aún, no pueden ver o aceptar los rasgos en común que las diferentes personas esconden tras su consumo de droga.

Sin embargo, es a través de la diversidad de gentes que conviven en la comunidad, que la identificación se convierte en un mecanismo indiscutible para la auto-modificación. Los individuos con rasgos y características diferentes (como la edad, género, raza o clase social) aprenden y cambian cuando “se relacionan” con las similitudes interiores de los demás (percepciones, sentimientos y cuestiones comunes acerca de su trastorno) y sus esfuerzos similares en el proceso de recuperación.

De entre todas experiencias de relevancia social, la identificación es la menos compleja o difícil de llevar a cabo, no existen demandas interactivas para los nuevos residentes, excepto la de prestar atención a lo que los demás residentes están haciendo o diciendo acerca de sí mismos. Ser testigo de las historias que otras personas similares cuentan en relación con el proceso cognitivo de modi-



ficación en el individuo. Estas historias muestran reflejos de su propia historia, pero especialmente generan percepciones de posibilidad y esperanza acerca de la modificación personal.

Los auto-reflejos y percepciones estimuladas mediante la identificación son los elementos de cambio claves en el proceso de modificación. Generalmente, cuanto mayor es la similitud de la historia con la propia vida de cada uno, mayor es el impacto de la experiencia de identificación. A medida que los residentes continúan embarcados en el proceso de modificación, la base de su sentido de la identificación se amplía más allá de las similitudes concretas, hasta aquellas personas que modelan el rol del trabajo de la modificación personal en sí misma.

Empatía y compasión

El cambio significativo no puede ocurrir si los individuos no experimentan sentimientos, bien suyos o de sus residentes. La empatía y las experiencias de compasión y simpatía relacionadas indican que el individuo se siente afectado o emocionalmente conmovido por los sentimientos de los demás. Por ejemplo, los individuos experimentan empatía cuando reconocen, comprenden, afirman y apoyan a los residentes que revelan su decepción, dolor, tristeza o soledad.

La empatía es una experiencia de especial importancia para los individuos que abusan de sustancias, que de un modo característico han sido inconscientes o insensibles a los efectos de sus conductas sobre los demás. Su carencia de empatía refleja su auto-implicación, evitación de acontecimientos o circunstancias desagradables, persecución de la gratificación, impulsividad general y pobre tolerancia a las emociones en general, y al sentimiento de culpa en particular. De este modo, no reciben ni aceptan con facilidad las expresiones empáticas y compasivas de los demás, ni comunican estas experiencias a los residentes.

La compasión y la simpatía son también expresiones de comprensión del sufrimiento de los demás, normalmente mediante gestos de pena, lástima o preocupación. La simpatía es una expresión de consuelo utilizada para aliviar momentos dolorosos específicos, de temor o aflicción. La simpatía o la pena por el sufrimiento de otra persona se expresa también mediante la compasión que, sin embargo, se asocia a una acción o decisión particular. Por ejemplo, las reprimendas de los residentes a las sanciones disciplinarias de los miembros del personal pueden ir acompañadas de una comprensión de los problemas de los miembros y una lucha por el aprendizaje. La compasión es esencial para modelar las confrontaciones y críticas de ciertas conductas.

Las diferencias entre identificación, empatía, simpatía y compasión se evidencian frecuentemente durante el proceso de grupo. Por ejemplo, las lágrimas

por la historia o los sentimientos de otra persona constituyen una muestra de empatía, mientras que las lágrimas por la propia historia del residente, escuchada de labios de otra persona es una expresión de identificación. Las lágrimas por el sufrimiento específico de otra persona son simpatía. Cuando los miembros de un grupo expresan cariño o preocupación al comprender los errores pasados de cada uno, está mostrando compasión⁵⁴.

Las experiencias compasivas son objetivos fundamentales para la recuperación del individuo. La empatía y la compasión (así como la simpatía) son los ámbitos emocionales de relevancia social a través de los cuales el individuo obtiene un nivel de auto-compresión y aceptación más profundo. La conciencia y la sensibilidad ante los sentimientos de los demás estimulan la conciencia del individuo acerca de sus propios sentimientos. La expresión de compasión por los demás facilita los sentimientos compasivos hacia uno mismo.

A pesar de estar relacionado socialmente, las experiencias compasivas son enormemente curativas para el individuo. Diluyen la cosificación y la indiferencia características del adicto ante otras personas, inmunizándolo ante la experimentación de las consecuencias sociales interpersonales de su conducta. Corrigen los efectos a largo plazo de antiguos prejuicios y privaciones tempranas, y proporcionan una evidencia percibida del cambio personal y una dosis de optimismo acerca de este cambio.

Las experiencias compasivas son mecanismos esenciales en el proceso de modificación en sí mismo. Aprender a compartir los sentimientos reduce el aislamiento personal y refuerza la afiliación a la comunidad de residentes que, a su vez, favorece la implicación sostenida en el proceso. Estas experiencias son también elementos necesarios para la comunidad como método. Las historias pasadas del residente están marcadas por cuestiones negativas, por ejemplo, prejuicios hacia los demás o a sí mismos o repetidos fracasos en su rendimiento. Estas cuestiones negativas han de ser afrontadas por los residentes, a menudo mediante el juicio, con el fin de aumentar la concienciación, la exposición del sentimiento de culpa, o la ruptura con los patrones negativos de conducta y pensamiento. Así, durante las interacciones demandadas por el proceso de autoayuda, las expresiones de compasión son influencias moderadoras, que equilibran los elementos del desafío, la crítica y la confrontación.

54. No existen definiciones precisas de empatía en la literatura psicológica. Sin embargo, existe un acuerdo general acerca de los dos aspectos de la empatía: el afectivo, en el sentido de que la persona siente lo que la otra persona está sintiendo; y el cognitivo, en el sentido de que la persona comprende lo que la otra persona está sintiendo y por qué. La investigación en psicología evolutiva apunta tanto a la genética como a la influencia del aprendizaje social en la evolución de la empatía (American Psychological Association, 1997).

Adhesión

Las historias de adhesión son variadas entre los residentes en Comunidades Terapéuticas y constituyen un aspecto social de sus problemas con las relaciones en general. Para algunos de ellos, existe una mínima evidencia de cualquier tipo de ligazón significativa y duradera con otras personas. Como resultado, son personas aisladas, socialmente distantes y que no están influenciadas directamente por otras. En el caso de otros residentes, la adhesión ha estado implicada fundamentalmente en la formación de uniones negativas.

Dentro de la Comunidad Terapéutica, los residentes podrían formar relaciones especiales con residentes o con miembros del personal particulares. Estas relaciones podrían evolucionar gradualmente desde las experiencias de identificación, a la empatía y la compasión que median en las interacciones diarias de forma rutinaria. Sin embargo, la adhesión positiva también se ve facilitada por la intimidad, el contexto y las expectativas de las comunidades de residentes. Estos rasgos intensifican las experiencias compartidas de modificación y crecimiento, potencian las relaciones con los demás (p.e., tabla 20.2). De hecho, los antiguos residentes recuerdan estas experiencias y mantienen su conexión con los residentes con los que “crecieron en la Comunidad Terapéutica”.

Tabla 20.2. Aspectos de la comunidad que promueven la adhesión.

Disolución de defensas e imágenes

Consecuencia de la invitación de la comunidad a “ser uno mismo”, que para muchos adictos significa liberarse de sus máscaras, por ejemplo, su orgullo masculino o su criminalidad. Estas demandas exponen al individuo a experiencias emocionales intensas que a menudo no ha experimentado anteriormente.

Vulnerabilidad emocional

Ocurre a la vez que la experimentación espontánea de emociones y sentimientos, como el temor, la debilidad, la desesperación. Despiertan el afecto, el consuelo, el aliento y la amistad.

Exposición mutua a riesgos

Produce efectos de adhesión similares a los observados en escapadas aventureras en la naturaleza. Al sentir el riesgo en compañía de otras personas, los nuevos sentimientos de poder se asocian al desafío, al auto-descubrimiento y la auto-eficacia. En la Comunidad Terapéutica, podría darse en los grupos diarios o en ocasiones y contextos especiales como los retiros y las maratones.

Las relaciones personales en general, y las de adhesión en particular, son elementos tremendamente importantes en el proceso de modificación. La afiliación del individuo a la comunidad y su unión a contenidos específicos puede potenciar la modificación mutuamente. Por ejemplo, las uniones a ciertos residentes en las etapas tempranas del proceso pueden mantener al individuo en el programa el tiempo suficiente como para desarrollar la afiliación a la comunidad. O, inversamente, la afiliación inicial a la comunidad puede ser la que logre la desensibilización del individuo ante el temor causado por la formación de uniones personales a otras personas⁵⁵.

En resumen, las experiencias de compasión y relevancia social son fundamentales en la utilización de la comunidad como método, para facilitar el progreso de la modificación. Equilibran los elementos de confrontación, juicio e instrucciones necesarios para modificar las conductas y actitudes. Los residentes podrán recibir desafíos, críticas y juicios por parte de sus residentes, y aceptar las sanciones disciplinarias y respuestas correctoras de la comunidad solamente si, además, sienten la preocupación y la compasión de la comunidad y se perciben a sí mismos comprendidos y aceptados por los demás.

Finalmente, las experiencias compasivas y de relevancia social son fundamentales en el establecimiento de relaciones con residentes en entornos libres de droga. Las adhesiones son uniones a individuos específicos, mientras la afiliación es una ligazón colectiva a la comunidad. Las nuevas uniones, individuales y colectivas, se enfrentan a la influencia históricamente auto-destructiva de los grupos de amigos negativos. Además, podrían revertir la desafiliación y el aislamiento personal que caracterizan a muchos adictos. Las ligazones instruyen a aquellos que se encuentran en proceso de recuperación a utilizar a las personas de manera positiva, para interrumpir su crisis personal o de estrés que podría desencadenar la recaída.

EXPERIENCIAS DE APRENDIZAJE SUBJETIVO

En la Comunidad Terapéutica, el aprendizaje social se desarrolla como una interacción entre el individuo y la comunidad. El individuo se involucra en conductas y actitudes que producen respuestas positivas y negativas de la comunidad. Éstas son las consecuencias objetivas, como las recompensas, privilegios y acciones disciplinarias, que reflejan las expectativas de la comunidad. Sin embargo, existen también unos *resultados subjetivos* o experimentales aso-

55. Una excelente explicación de la limitación en el proceso de la Comunidad Terapéutica, podrá ser encontrada en Kooyman (1993).



ciados a estas consecuencias. Por ejemplo, el aprendizaje positivo de los efectos de las recompensas, privilegios, promociones laborales y reconocimiento por parte de los residentes se produce sólo si los residentes experimentan estos acontecimientos como eventos positivos. De manera similar, los escarmientos, las degradaciones y las prohibiciones presentarán consecuencias efectivas si son experimentadas por el residente de un modo negativo.

Normalmente, las experiencias con resultados subjetivos se componen de percepciones auto-evaluativas, pensamientos y sentimientos. Por ejemplo, cuando los residentes recurren a acciones indeseadas que motivan acciones disciplinarias o desaprobación social, las consecuencias experimentales negativas podrían concluir en una cuestión de *auto-rechazo* (p.e., disgusto, decepción, falta de valor, fracaso o sentimiento de culpa). Cuando los residentes emplean nuevas conductas y actitudes efectivas o adoptan el pensamiento positivo, podrían experimentar resultados subjetivos de *auto-eficacia* (p.e., seguridad en sí mismos, dominio). Las creencias acerca de que el individuo puede hacer algo bien o conseguir el éxito están asociadas a la *auto-estima* (p.e., percepciones de auto-valoración o merecimiento).

La importancia de las experiencias de aprendizaje subjetivo se acentúa en la perspectiva y método de la Comunidad Terapéutica. La auto-eficacia y la auto-estima se encuentran estrechamente unidas al trastorno y su recuperación. Los episodios persistentes de recaída en el consumo de drogas o alcohol conducen, de forma invariable, a una pérdida de la confianza en la habilidad para abandonar este consumo, aumentando progresivamente las dificultades en el trabajo y las relaciones sociales y, a menudo, la sensación de desesperación acerca de las posibilidades de auto-modificación. La auto-eficacia ha de ser adquirida o reinstaurada a través de experiencias correctoras repetidas, para aprender a mantener la sobriedad a través de la gran variedad de situaciones y circunstancias que, en otro tiempo, habrían sido detonantes de la recaída en el consumo de sustancias.

Entre muchos de los residentes en Comunidades Terapéuticas, sin embargo, los problemas de auto-eficacia y auto-estima van más allá de la incapacidad para controlar el consumo de drogas, llegando a afectar a todas las áreas de funcionamiento en la vida diaria. Estos residentes deben experimentar la auto-eficacia en todos los ámbitos de rendimiento, trabajo, relaciones sociales, control emocional y auto-control en general⁵⁶.

56. En la literatura social psicológica, la auto-eficacia se refiere de manera específica a los factores cognitivos, como las expectativas y creencias concernientes a la capacidad del individuo para superar con éxito el estrés o los detonantes del consumo de drogas (Marlatt y gorden, 1985). En la Comunidad Terapéutica, el concepto de auto-eficacia se amplía a las experiencias que incluyen éstos factores cognitivos, así como las respuestas emocionales y las percepciones de auto-evaluación.

Así, el contexto de comunidad proporciona múltiples oportunidades para la obtención de resultados subjetivos que resultan fundamentales en el proceso de modificación. Las experiencias de auto-eficacia y auto-estima no están asociadas únicamente al mantenimiento de la abstinencia, sino también al rendimiento exitoso del individuo en varios de los roles de la comunidad.

La comunidad y las experiencias esenciales en el proceso de modificación

Tres características de las experiencias esenciales del proceso de modificación, su interrelación, su naturaleza pública y su reciprocidad, muestran el momento en que los individuos cambian en el contexto de la comunidad. Todas las experiencias esenciales tienen el objetivo funcional común de mantener al individuo en el proceso de modificación. Aunque no existe una secuencia fija en la aparición de estas conductas esenciales, están *interrelacionadas*. Por ejemplo, los individuos deben sentirse compasivos ante la comunidad y protegidos por ella, con el fin de implicarse en las actividades que conducen a las experiencias esenciales psicológicas y de relevancia social, como la fe ciega y la confianza. Esta última, a su vez, incrementa la efectividad inicial del individuo en su implicación en las aperturas personales que conducen a la experiencia de sentirse comprendido y aceptado. De un modo similar, la identificación, una experiencia fundamental de relevancia social, precede a experiencias más complejas de empatía, compasión y adhesión. Finalmente, las experiencias curativas y la relevancia social en el proceso de recuperación incrementan el cambio conductual resultante de las experiencias de auto-eficacia que conducen a cambios conductuales y experimentales de mayor magnitud.

A pesar de que estas experiencias son cambios subjetivos y privados para el individuo, son también *eventos públicos* asociados a conductas sociales observables. Las muestras de empatía, compasión, comprensión y aceptación del individuo hacia otras personas son también indicadores observables de los propios cambios subjetivos del residente. Así, estas muestras públicas proporcionan ciertas medidas acerca del modo en que los residentes van cambiando internamente.

Los cambios experimentales en el individuo pueden conducir también a modificaciones experimentales en otras personas de manera *recíproca*. Por ejemplo cuando la comunidad muestra comprensión y aceptación a través de las palabras, acciones y gestos, los individuos se sienten comprendidos y aceptados. Por el contrario, cuando los individuos muestran comprensión y aceptación, pueden facilitar estas modificaciones experimentales en otras personas. Más aún, el aprendizaje curativo y subjetivo es también un efecto recíproco que refleja el



intercambio de beneficios con la comunidad. Por ejemplo, la auto-eficacia en la comunicación de experiencias es el resultado de las muestras de afecto, empatía, compasión, comprensión y aceptación de los demás por parte del individuo.

CONCLUSIÓN

En este capítulo se han descrito las experiencias consideradas esenciales para el proceso de modificación dentro de la Comunidad Terapéutica. Estas experiencias se engloban en torno a tres amplios temas: la curación emocional, la compasión y la relevancia social, y el aprendizaje subjetivo. Sin embargo, estas experiencias esenciales están relacionadas y son interdependientes a lo largo de todo el proceso. Así, la comunidad es el contexto social ideal para las modificaciones conductuales y experimentales que conducen a modificaciones en el modo de vida del individuo, el modo en que percibe el mundo que le rodea y, en particular, el modo en que se percibe a sí mismo. El siguiente capítulo está dedicado a estas percepciones y a su contribución en el proceso de modificación.

Modificación individual: percepciones esenciales

21

La Comunidad Terapéutica es una cultura de cambio. Todas las actividades, roles sociales, interacciones interpersonales y enseñanzas de la comunidad están dedicadas a la modificación individual. Cualquier tipo de modificación dirigida hacia la vida correcta y las personalidades positivas, sociales y personales, se considera un progreso.

Las observaciones y afirmaciones de cambio por parte de la comunidad proporcionan una validación externa objetiva del progreso del individuo. Sin embargo, el reconocimiento del individuo de su propia auto-modificación proporcionará una validación subjetiva de su progreso. Ambas fuentes de validación facilitan el proceso de modificación en sí mismo, mediante un refuerzo de la participación y la identificación del individuo en la comunidad.

Las percepciones consideradas esenciales para la recuperación están interrelacionadas, aunque pueden organizarse según sus diferentes clases para aclarar su contribución al proceso. Estos agrupamientos, como los de las experiencias esenciales, son análogos a los ámbitos conductuales descritos en el capítulo 19. Las percepciones relacionadas con el tratamiento reflejan la motivación del individuo, su disposición y aptitud para la implicación en el proceso de cambio en la Comunidad Terapéutica. Las percepciones del progreso reflejan el modo en que los residentes se ven a sí mismos como individuos en el proceso de modificación.

PERCEPCIONES RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO

A pesar de que en la vida comunitaria existe un mensaje omnipresente que invita y anima a “quedarse”, los residentes viven en una lucha constante por permanecer en el tratamiento. El modo en que perciben sus problemas, la necesidad de cambio, el entorno del programa, las demandas del tratamiento, y los tirones y empujones recibidos desde fuera del programa apremian a la reflexión



y la reconsideración acerca de si deben continuar en el proceso en un régimen casi diario. Estas percepciones pueden agruparse en cuatro tipos: *circunstancias*, *motivación*, *disposición* y *aptitud*. Están descritos en la tabla 21.1⁵⁷.

Tabla 21.1. Percepciones esenciales relacionadas con el tratamiento.

Circunstancias

Numerosas situaciones y condiciones vitales llevan a las personas a solicitar tratamiento en la Comunidad Terapéutica: legales, fiscales, de salud, familiares, sociales, domésticas y laborales. Estas condiciones son diferentes para cada individuo, y podrían cambiar a lo largo del tiempo para el mismo individuo. En cualquier caso, se perciben como formas de presión externa que obligan al individuo a ingresar en el tratamiento, a permanecer en él, y a abandonarlo después. Así, el propio tratamiento podría utilizar estas percepciones externas para mantener al individuo en el proceso de recuperación.

Motivación

Los individuos están motivados cuando buscan la ayuda del tratamiento y se mantienen en él debido a razones internas (cambio personal). Pueden ser positivas, como los deseos de un nuevo estilo de vida, el disfrute de las “cosas buenas” de la vida, el crecimiento personal, o el logro de unas relaciones sociales o familiares mejores; o negativas, como la necesidad de superar el sentimiento de culpa, la auto-aversión, la desesperación basada en los prejuicios contra uno mismo o los demás. Los individuos motivados de manera intrínseca llegan a percibir que ellos mismos son el problema, en lugar de la droga o las circunstancias de la vida, y aceptan el hecho de que son ellos los que deben cambiar, en lugar del mundo que gira en torno a ellos.

Disposición

Los individuos podrían sentirse motivados para cambiar pero no haber aceptado realmente la necesidad de un tratamiento. Los individuos motivados que no están específicamente preparados para implicarse en el proceso de tratamiento podrían percibir como viables algunas alternativas diferentes, como el control de sus propios problemas a través del auto-control; realizar cambios de situación en el trabajo, en sus relaciones, o en su ubicación geográfica; o buscar ayuda en la religión, la familia, o los amigos. Así, todos aquellos que están preparados para el tratamiento han sido rechazados por todas las demás opciones de cambio, es decir, perciben el tratamiento como su última alternativa.

Aptitud

Los residentes en la Comunidad Terapéutica podrían encontrarse motivados y dispuestos para el tratamiento, pero no tienen por qué sentir que la Comunidad Terapéutica es la más apropiada para sus necesidades. Así, la aptitud se refiere a la idoneidad percibida entre el individuo y comunidad de tratamiento. La aptitud para el tratamiento en la Comunidad Terapéutica está indicada por la aceptación del residente de su metodología: objetivos, filosofía y enseñanzas; sus métodos de aprendizaje social; y su énfasis en el compromiso a largo plazo con el tratamiento.

57. Las escalas que miden estas percepciones relacionadas con el tratamiento están disponibles en la actualidad; ver Apéndice C.

Estas percepciones relacionadas con el tratamiento están *interrelacionadas* de varias maneras. La disposición para la implicación en el tratamiento no podrá darse sin una motivación interna de cambio suficiente. La aptitud para un tratamiento como la Comunidad Terapéutica es improbable en un individuo que no está preparado para ningún tipo de tratamiento. Más aún, ciertas circunstancias o presiones extrínsecas, a menudo inducen o aclaran la motivación intrínseca. Por ejemplo, los problemas recurrentes con la ley, la salud, el empleo, y las relaciones sociales y familiares llevan ocasionalmente a los individuos a reconocer sus problemas con la droga y su necesidad de auto-modificación. Sin embargo, a pesar de que sean presiones extrínsecas las que acercan al individuo al tratamiento, es su motivación intrínseca la que mantiene su participación continuada en el proceso. Muchos graduados en la Comunidad Terapéutica aseguran que llegaron a ingresar en el tratamiento a través del mandato judicial o debido a las presiones familiares, pero permanecieron en él merced a su propia motivación, que se vio reforzada a través de su participación en el programa.

Las percepciones relacionadas con el tratamiento también son *modificables*. Los cambios en la motivación, disposición y aptitud pueden ocurrir diariamente, hasta tal punto que los residentes toman decisiones continuamente en relación a sus razones para permanecer en el tratamiento y su necesidad de un programa residencial a largo plazo. Estos cambios reflejan las acciones y presiones que provienen de fuera de programa, como los amigos, la familia, y las circunstancias sociales y de empleo. Pero también están relacionadas con las influencias inherentes a la vida residencial, como las interacciones positivas y negativas con los residentes los miembros del personal, las demandas del programa o el aburrimiento causado por el régimen diario.

El proceso de tratamiento en sí mismo puede tener efectos imprevisibles en la motivación, la disposición y la aptitud. Por ejemplo, una mejoría rápida en las etapas tempranas del tratamiento podría tener como resultado un abandono prematuro. Paradójicamente, una percepción transitoria de bienestar podría reducir la motivación o la disposición para continuar el tratamiento. Los residentes que ya no se sienten mal podrían concluir que ya son capaces de manejar sus problemas por sí mismos, y que ya no sienten la necesidad de tratamiento. Por el contrario, una mejoría lenta o retardada podría llevar a la desmoralización, debilitar la disposición para continuar, y tener como resultado un abandono temprano, especialmente en individuos que no son capaces de retrasar la gratificación.



Irónicamente, las modificaciones importantes en la aptitud percibida por la Comunidad Terapéutica pueden ocurrir posteriormente en los individuos que asimilen realmente las demandas del entorno de la comunidad. Por ejemplo, podrían apreciar que son diferentes de los demás en relación con su consumo de droga y sus características sociales y culturales. Podrían tener una visión negativa del programa, pensar que su estructura y disciplina son anodinas, y sus requerimientos de participación demasiado intensos o carentes de atención personal suficiente. Percepciones como éstas, de desajuste entre las necesidades del individuo y la metodología de programa también pueden ser motivadoras de un abandono prematuro.

La aptitud también se refiere a las percepciones de la comunidad o la integridad del programa. Entre éstas encontramos las percepciones del individuo de la coherencia, credibilidad y honestidad del programa; el comportamiento de los miembros del personal; y el sistema de la Comunidad Terapéutica en relación con la lealtad y la fidelidad (en relación con lo que promete). Estas percepciones podrían influenciar la afiliación del residente a la comunidad, su atención al programa y su continuación del proceso de modificación.

Gran parte del esfuerzo de la comunidad está dirigido, directa o indirectamente, a la monitorización y modificación de estas percepciones relacionadas con el programa, que varían continuamente a lo largo de la permanencia del residente. Los residentes y los miembros del personal tratan de mantener la motivación de cambio del individuo y de reafirmar la aptitud del marco comunitario. Las interacciones diarias les ayudarán a re-evaluar y minimizar la importancia de las influencias externas, y a recordar las ganancias obtenidas y los problemas que todavía quedan por solucionar en la Comunidad Terapéutica. “Tienes que estar ahí para ganar” es una expresión común de la Comunidad Terapéutica que muestra la importancia de la interacción entre la motivación y la permanencia en el tratamiento. “Este programa es tu familia, es lo que necesitas para modificar tu vida” es la idea parafraseada en varias expresiones que apuntan a las percepciones de idoneidad por parte del individuo. De hecho, el énfasis puesto por la comunidad en la monitorización, por parte de los residentes, de la integridad del programa, subraya la necesidad del mantenimiento de estas percepciones de idoneidad.

PERCEPCIÓN DEL PROGRESO

La percepción del progreso o de la mejoría es un componente fundamental del proceso de modificaciones sí mismo. Los residentes permanecen en el tra-

tamiento si son capaces de observar la evidencia de la modificación en ellos mismos. La observación del progreso en otros residentes también es capaz de evocar la esperanza acerca de la auto-modificación. Esta percepción ayuda sostener la motivación del individuo para continuar el proceso, especialmente en las etapas tempranas de tratamiento, el período de mayor vulnerabilidad ante el abandono. Así, el proceso modificación se verá facilitado cuando los residentes son capaces de reconocer que se sienten de manera diferente (que realmente han logrado la modificación en relación con su perfil anterior).

Las distintas percepciones del progreso se producen en base a diferentes niveles de complejidad. Los residentes podrían notar simplemente que actúan o se sienten de manera diferente. Cuando los residentes sienten que cambian como personas, es decir, al lograr la auto-modificación, se producen contrastes más complejos. Los conceptos acerca de su identidad son términos completamente subjetivos que expresan el modo en que los individuos se sienten como individuos. Ambos términos se refieren a auto-percepciones complejas, que son fundamentales para la estabilidad de la recuperación. Los cambios percibidos en patrones de conductas, actitudes y emociones se extienden gradualmente o contribuyen a enriquecer las percepciones de la auto-modificación y del cambio de identidad. Las siguientes secciones describen con detalle las percepciones esenciales de progreso definidas por los conceptos de auto-modificación y cambio de identidad.

Concepto y niveles de auto-modificación

El ego es un concepto fundamental en la respectiva de la Comunidad Terapéutica. El trastorno y la persona está inexpugnablemente unidos hasta el punto en el ego es el núcleo de la persona su totalidad. Las enseñanzas de la Comunidad Terapéutica hablan del individuo que adopta responsabilidades para con su propia recuperación; enfatizan el hecho de que el cambio en sí mismo implica un sentido mutuo de la auto-ayuda que fortalece la auto-estima. Así, los residentes no están tratando simplemente su adicción, o modificando sus conductas actitudes, están trabajando en la *modificación de sí mismos*.

Estas percepciones de auto-modificación podrían evolucionar en relación con los niveles de complejidad. Cada nivel representa el modo en que los individuos sienten su crecimiento personal, y cada nivel define el problema particular en el que “están trabajando en el tratamiento”. De hecho, la concienciación y la aceptación de los residentes en los aspectos que están trabajando son un indicador significativo de su implicación en el proceso (ver tabla 21.2).



Tabla 21.2. Niveles de auto-modificación percibida.

Cuidados personales

Los individuos aprenden los hábitos y actitudes personales que son físicamente saludables. Muchos residentes han ignorado o nunca aprendieron estos hábitos. Fundamentalmente, el mantenimiento de la salud física y los cuidados personales es un signo positivo de salud psicológica (el residente está invirtiendo en sí mismo). Un ejemplo de cambio percibido en el mantenimiento de los cuidados personales es:

“Llegué a vivir en el infierno, dormía en las calles, mis dientes estaban podridos, pasaba varios días sin ducharme, no me interesaba lo que comía o con quién practicaba el sexo. Ahora veo que cuidar de mí mismo (mi higiene personal, mi salud, la dieta...) es cuidar mi vida.

Autocontrol

Los individuos aprenden a frenar y modificar las conductas impulsivas. Los incidentes típicos incluyen reacciones de hostilidad, juramentos, amenazas verbales, violencia, consumo de droga, y abandonos repentinos del programa. Los residentes contemplan estos incidentes como provocaciones del exterior, en lugar de como muestras de su impulsividad característica para sobrellevar estos incidentes. El auto-control es útil cuando los residentes se dan cuenta de que el problema es interno y no externo, se trata de una cuestión de regulación de impulsos. Esto implica un trabajo en la modificación de las conductas específicas en situaciones particulares, para evitar ciertas consecuencias nocivas. Como ejemplo de cambio percibido en el auto-control:

“Si alguien me miraba de un modo extraño, me abalanzaba sobre él. Estoy aprendiendo a controlar mis impulsos, a no volverme loco. Si alguien me dice ahora algo que no me gusta, me doy la vuelta y me voy. En todo caso, lo trataré en los grupos”.

Auto-gestión

Los individuos aprenden a reconocer y modificar patrones de conductas y actitudes en situaciones muy diferentes. Aprenden a organizar los diferentes incidentes conductuales que parecen aislados en un mismo patrón o problema general. Así, en el nivel de auto-gestión, el individuo trabaja en el control de los sentimientos y actitudes a través de muchas situaciones sociales e interpersonales. Estas incluyen los *cravings*, los deseos y los impulsos, así como los sentimientos de ira, inseguridad y frustración.

Auto-comprensión

La auto-comprensión consiste en la conceptualización mucho más allá de los incidentes conductuales sencillos y los patrones de conductas. En la fase más avanzada de este nivel, el residente trabaja en la identificación de las conexiones entre patrones de conducta, actitudes y sentimientos, desde la perspectiva de su propia historia, como el pasado de su familia y los acontecimientos condicionantes más tempranos.

Auto-concepto

Los individuos aprenden a replantear una visión de sí mismos en términos más amplios. Este replanteamiento se basa en las modificaciones de las conductas y auto-percepciones en las demás áreas. Los cambios en el auto-concepto se expresan típicamente como modificaciones de declaraciones auto-evaluativas negativas anteriores.

La modificación auto-percibida parece ser evolutiva, variable y sustentada por las modificaciones conductuales experimentales. Estas características están brevemente explicadas a continuación.

Los niveles de auto-modificación percibida están interrelacionados y se solapan entre ellos, aunque para muchos de los residentes aparecen en una secuencia evolutiva. La auto-compasión es primordial. Los individuos que no atienden a su salud física o cuidados personales no sienten que pueden cambiar y no realizarán una sola inversión más en el proceso de su auto-modificación. Las percepciones de auto-control de patrones de conductas, actitudes y sentimientos dependen del control previamente aprendido de conductas específicas en varias situaciones. La coherencia en el auto-control es un prerrequisito para la auto-comprensión. Los individuos deben sentirse seguros en el control de los patrones negativos de conductas, actitudes y sentimientos con el fin de explorar y comprender las fuentes primarias de estos patrones. Además, una modificación en el auto-concepto será la consecuencia de la firme evidencia personal de que se ha producido un cambio estable en los viejos patrones, junto con una nueva comprensión del modo en que estos patrones han desarrollado la auto-definición de los residentes.

Obviamente, las percepciones de auto-modificación están relacionadas con los cambios conductuales experimentales explicados en capítulos anteriores. Las percepciones estables de auto-modificación deben estar conectadas con modificaciones reales de conductas, pensamientos, actitudes y emociones. Más aún, las experiencias esenciales están íntimamente relacionadas con la modificación auto-percibida. Por ejemplo, los individuos se aceptan a sí mismos más rápidamente cuando se comprenden a sí mismos y cuando su auto-concepto mejora.

Finalmente, los niveles percibidos de auto-modificación varían en los diferentes individuos. No todos trabajan al mismo nivel, incluso, para cualquier individuo, la estabilidad de la modificación percibida llega a presentar amplias variaciones. Algunos de ellos podrían presentar una capacidad relativamente apropiada de auto-control y comenzar a trabajar en su auto-gestión. Otros podrían mostrar una capacidad adecuada de auto-gestión y parecer tener una clara auto-comprensión. Sin embargo, muestran un pobre control o auto-control en varios momentos y circunstancias. Por ejemplo, los residentes pueden mostrar el auto-control en relación con los episodios conductuales asociales más esporádicos, o podrían indicar una cierta auto-comprensión de su problema de inmadurez o irresponsabilidad. Sin embargo, podrían carecer de una comprensión de las razones interpersonales y emocionales de su consumo de droga. Podrían no poseer los mecanismos de superación para manejar el sentimiento de culpa (auto-control).



Modificación auto-percibida y comunidad

La evaluación y la afirmación del progreso de individuo es una actividad primordial en la Comunidad Terapéutica. Las evaluaciones por parte de los miembros del personal miden los niveles de auto-modificación, mientras que los residentes evalúan a los miembros del personal de manera informal. Existen varias estrategias para promover las modificaciones en las percepciones en relación con los diferentes niveles de auto-modificación. Estas podrían enfocarse a conductas y actitudes específicas para instruir acerca del auto-control o el auto-gestión. O, están diseñadas para enseñar a los individuos a verse conceptualmente a sí mismos. Por ejemplo, en grupos, sesiones de rap y conversaciones informales, los residentes podrían proporcionar al individuo los diferentes ejemplos conductuales que ilustran los patrones requeridos para el cambio. Estos patrones están etiquetados para subrayar los aspectos que la comunidad trata de enseñar al individuo:

“Siempre vas a lo tuyo. Llegas el último a las reuniones matutinas, siempre eres el último en hablar en los grupos, hablas poco en los seminarios y siempre te sientas en la última fila, comes solo. Vas a lo tuyo”.

Frecuentemente, las estrategias de retroalimentación confirman la modificación de la persona en su totalidad con el fin de incrementar la conciencia de los individuos de su propio progreso. Más aún, la comunidad anima a que se instruya a los individuos para buscar la retroalimentación con los demás, así como para aprender a retroalimentarse consigo mismos para fomentar su propio progreso.

“Has cambiado. Ya no eres la misma persona que ingresó en este programa. Eres demasiado duro contigo mismo. Pregúntate a ti mismo en qué has cambiado. Pregunta a cualquiera en esta habitación si has cambiado”.

Así, la toma de conciencia de su progreso por parte del individuo comienza en las situaciones conductuales específicas, aunque se extiende a todo el ámbito de la persona. La comunidad recuerda a sus miembros regularmente que se están cambiando a sí mismos, están creciendo y mostrando madurez.

El reconocimiento de las diferencias individuales servirá como guía para la utilización, por parte de la comunidad, de las intervenciones adecuadas ante niveles particulares de auto-modificación. Las intervenciones que tienen como objetivo la facilitación de las percepciones de auto-control son diferentes de las requeridas para la auto-comprensión. Por ejemplo, las estrategias de modificación de conducta resultan más apropiadas para el auto-control y la auto-gestión. Las estrategias de *counselling* y que evocan la auto-apertura son más apropiadas para facilitar la auto-comprensión.

Todas estas estrategias tienen como objetivo el avance del individuo hacia el siguiente nivel de modificación auto-percibida. Algunos residentes podrían no obedecer a una instrucción para la modificación de la conducta, de no haber adquirido previamente un cierto nivel de auto-comprensión. Mientras que otros deben modificar primero sus conductas, antes de lograr un nivel de auto-comprensión.

A pesar de las diferencias individuales, la recuperación será inestable si la modificación percibida no se basa en una modificación *real*. Así, el individuo necesita haber atravesado todos los niveles para asegurar las percepciones estables de auto-modificación. De hecho, la experiencia clínica indica que la recaída y el retorno al tratamiento a menudo reflejan que no se ha pasado por alguno de los pasos del proceso de auto-modificación. Estos pasos perdidos a menudo indican modificaciones perceptuales que no están basadas en cambios estables, conductuales y experimentales.

Concepto de modificación de identidad

La identidad se refiere a la auto-percepción que describe el modo en que los residentes se ven a sí mismos como individuos, el modo en que se diferencian unos de otros y como miembros de la sociedad. Las expresiones personales típicas que denotan una modificación de identidad son “descubrir quién soy”, “desechando mis imágenes”, “llegar al interior de la persona”, y “hacerse real”. Las expresiones sociales típicas son “ser un ex-adicto”, “una persona que está recuperándose”, o “ser un buen padre”. En cierto modo, las etiquetas de identidad reflejan el modo en que el individuo se ve a sí mismo como una persona en su totalidad.

Un cambio de identidad podría ser apreciado como una suma de las auto-modificaciones descritas anteriormente. Por ejemplo, los residentes van percibiéndose de manera diferente a medida que ganan en auto-control y auto-gestión; un auto-concepto alterado es el elemento clave del cambio de identidad. Sin embargo, el espectro y la profundidad son las distinciones críticas entre las percepciones interrelacionadas del ego y de identidad. Auto-declaraciones como “no controlo muy bien mis sentimientos” se refieren a un modo de conducta y pensamiento característico. Expresiones como ésta difieren de las declaraciones de identidad como “no soy la persona que fui una vez” que expresa un cambio percibido en la totalidad del individuo.

El proceso de modificación de la identidad puede ser descrito ampliamente en relación con sus tres etapas: disipación de los elementos de la antigua iden-



tividad, reestructuración de los elementos de las nuevas identidades sociales y personales durante el tratamiento, y desarrollo continuado de la identidad tras el tratamiento, en el mundo real. Durante el tratamiento, este proceso puede estar caracterizado por auto-reconocimientos cambiantes que reflejan los elementos de identidad social y personal⁵⁸.

En la fase de *disipación*, los individuos reconocen sus imágenes negativas y sociales como un ego defendido o no auténtico, y aceptan sus verdaderos sentimientos y pensamientos, o “ego indefenso”. Estas modificaciones son reforzadas o validadas en el momento en que los individuos reconocen que sus egos indefensos son comprendidos y aceptados por los demás.

En la fase de *reestructuración*, los nuevos elementos de identidad son evidentes desde el momento en que los residentes reconocen y aceptan un auto-concepto positivo asociado a su cumplimiento del programa. Este reconocimiento es una muestra de la auto-eficacia en varios de los roles de participación, en el trabajo en la comunidad y en las relaciones con los demás. Las modificaciones iniciales en la identidad se reflejan a menudo mediante las declaraciones de auto-eficacia de los residentes como “soy una persona capaz de trabajar, de tener sentimientos, de completar mis tareas, de mantener mis promesas y de ayudar a los demás”.

El *desarrollo continuado de la identidad*, sin embargo, depende de las modificaciones en las experiencias personales y de la adopción de múltiples roles sociales tras la conclusión del tratamiento. Existen límites inherentes al extremo hasta el cual los residentes pueden modificar sus identidades mientras permanecen en tratamiento. La comunidad como método facilita las fases de disipación y reestructuración. A través de la confrontación, la retroalimentación, la afirmación y de un contexto para la adquisición de nuevos roles sociales, los residentes aprenden a vivir correctamente y a desarrollar auto-percepciones positivas. El logro de estos objetivos los prepara para continuar el proceso de modificación de identidad tras la conclusión del tratamiento.

Los residentes deben re-ingresar en el mundo real y asumir de forma exitosa sus nuevos roles sociales como trabajadores, padres, amigos y personas civiles con el fin de modificar sus identidades sociales. A través de sus experiencias en el mundo real deben de mostrarse a sí mismos que también han modificado sus identidades personales. Esto significa que viven de manera más auténtica, están guiados por los valores de la vida correcta y han aclarado, en cierto modo, el propósito y significado de sus vidas.

58. Podrán encontrarse formulaciones similares de las fases del proceso de modificación de la identidad en la Comunidad Terapéutica en Frankel (1989) y Casriel (1981).

CONCLUSIÓN

En este capítulo hemos analizado las percepciones del individuo que consideramos esenciales durante el proceso de modificación en la Comunidad Terapéutica: el modo en que los individuos conciben sus problemas, su necesidad de tratamiento, y la perspectiva del tratamiento en sí misma. Estas percepciones fluyen continuamente, y tienen una importante influencia en la permanencia de los residentes en tratamiento. Las percepciones acerca del progreso reflejan el modo en que los residentes aceptan sus propios cambios como individuos, sus cambios en el ego y la identidad. De manera notable, la modificación del auto-concepto durante el tratamiento es la base para una continuación del proceso de modificación de la identidad en el mundo real.

Modificar a la persona en su totalidad significa integrar las conductas, cogniciones, emociones, experiencias y percepciones del individuo. Esta integración se desarrolla gradualmente a medida que el individuo se implica en la comunidad con mayor intensidad. El modo en que ocurre este proceso de implicación será descrito en el capítulo siguiente.

El individuo en la comunidad: participación en el proceso de modificación

22

Según la metodología de la Comunidad Terapéutica, es la propia comunidad la que media en el tratamiento. De hecho, una premisa fundamental de esta metodología es que los individuos cambian si muestran una plena participación en todos los roles y actividades de la vida comunitaria. Los mensajes de recuperación y vida correcta serán escuchados si el residente se mantiene atento y receptivo. Las experiencias emocionales y las introspecciones personales ocurrirán si el individuo adopta los riesgos personales de compartir, abrirse y hacerse vulnerable. La coherencia en los hábitos y el rendimiento se desarrollarán si el residente sigue la rutina diaria con ilusión y fe. El cumplimiento del trabajo y la finalización de tareas estarán asegurados si el residente dedica el 100% de su esfuerzo a sus funciones laborales y obligaciones comunitarias. El asesoramiento de los residentes y los miembros del personal será útil para la auto-modificación, si el residente lo solicita, escucha y lo aplica en sus acciones diarias. Así, el impacto terapéutico y educativo de las actividades y relaciones comunitarias será posible sólo si los residentes participan de ellas.

En la Comunidad Terapéutica, sin embargo, el concepto de participación es más amplio que el del logro de las expectativas comunitarias. Los individuos cambian cuando se ven totalmente implicados en la comunidad. De hecho, los residentes y los miembros de la plantilla no utilizan la palabra “implicación” de una manera casual. Por ejemplo, la frase “ponerse a ello”, utilizada por los residentes, expresa su relación con el programa, las personas y el proceso. Los miembros del personal evalúan el status clínico de los individuos de manera rutinaria con relación a su nivel de implicación.

Tanto la participación como implicación están relacionadas durante las etapas del programa. Como componentes del modelo de tratamiento de la Comunidad Terapéutica, las etapas definen el plan de programa para la evolución de los individuos hacia los objetivos de modificación social y psicológica. Los individuos en etapas de inducción, tratamiento primario y reingreso se



encuentran en diferentes puntos del plan del programa. La participación y la implicación, sin embargo, describen a los individuos en proceso de tratamiento en función de su paso a través de las etapas del programa.

En este capítulo, el proceso de modificación de la Comunidad Terapéutica se describe en función de los niveles de participación e implicación. En las primeras secciones, seguiremos la pista de la participación y la comunidad como método a lo largo de las etapas del tratamiento. Destacaremos las relaciones entre las dimensiones social y psicológica del individuo, y las expectativas de participación de la comunidad. En la última sección, describimos el proceso de modificación multidimensional a través del tratamiento, en relación con los niveles de implicación en la comunidad.

PARTICIPACIÓN Y COMUNIDAD COMO MÉTODO

La participación y la implicación unen a la comunidad como método y al individuo en proceso de modificación. La participación es la contribución clave que el individuo realiza durante el proceso. Sin embargo, es la evaluación continua de la comunidad, y sus respuestas a la participación del individuo y a su nivel implicación la que lo mantiene en el proceso.

A medida que los individuos atraviesan las diferentes etapas del programa, el contexto de la vida comunitaria no ha de variar. Las que varían, sin embargo, son las expectativas de la comunidad acerca de la participación, la evaluación y la respuestas al individuo en cada etapa. Como decíamos en el capítulo 6, las expectativas son los estándares de participación explícitos en relación con el rendimiento, la responsabilidad, la auto-evaluación y la autonomía. Las evaluaciones de la comunidad se realizan en forma de pruebas y desafíos variados para averiguar si los residentes alcanzan estas expectativas, y las respuestas son las reacciones de la comunidad a sus evaluaciones.

Generalmente, a medida que los individuos avanzan en el programa, las pruebas y desafíos son las principales estrategias de evaluación. Sin embargo, las respuestas de la comunidad ante las mismas conductas (p.e., afirmaciones, correcciones, privilegios y sanciones disciplinarias) serán diferentes en función de las expectativas cambiantes de la comunidad.

Durante la etapa de inducción por ejemplo, se espera que los residentes aprendan y mantengan estándares conductuales de limpieza y puntualidad en su espacio vital y apariencia física. El desorden en la habitación, la impuntualidad en el desayuno o el permanecer sin afeitarse provocarán una respuesta de la comunidad que variará a lo largo del tiempo. La evaluación de la comunidad

asume que el individuo todavía no ha aprendido y aceptado las expectativas relacionadas con estas conductas. Así, la respuesta correctora, se limita a la propia conducta, pero también está enfocada a la maximización de su aceptación. Los residentes podrían repetir esas expectativas, su razón de ser y proporcionar las instrucciones específicas al individuo. Las sanciones ante conductas transgresoras de las normas enfatizan la enseñanza acerca del modo en que el individuo ha de utilizar la experiencia de aprendizaje (“el contrato”) para comprender las expectativas del programa.

En las etapas tempranas del tratamiento la respuesta ante las mismas conductas tiene mayor carácter de corrección y un tono más crítico. Este hecho refleja la evaluación acerca de si el individuo conoce las expectativas de la comunidad y el modo de alcanzarlas. “Ya deberías saberlo. Podría ser que todavía necesites que alguien te vigile durante una temporada”. En una fase posterior del tratamiento primario la respuesta de la comunidad ante la misma conducta es más compleja, reflejando su evaluación de que el individuo ha vuelto a fallar en su intento por alcanzar las expectativas de la comunidad. Así, la respuesta podría ser antagónica y crítica, aunque incluye una exploración comprensiva de las razones de esta regresión en las conductas y actitudes: “Tu habitación está hecha un desastre. No hablas con las personas. Vas a lo tuyo. ¿Qué es lo que te pasa, que nada te preocupa?”.

En el re-ingreso, las acciones y reacciones de la comunidad también son acordes a las expectativas. Lo que es aceptable para los nuevos residentes podrían no ser tolerado en el caso de los residentes “senior”. Las respuestas de la comunidad tienen un componente antagonista y otro comprensivo que están diseñados para potenciar el proceso de aprendizaje. Lo veremos el excelente ejemplo:

Un residente masculino que ha vuelto ingresar muestra conductas y actitudes negativas de flirteo hacia una nueva interna. Estas pueden provocar una dura respuesta por parte de la comunidad, con instrucciones realmente escuetas, pero con una intensa exploración de sentimientos, conductas y actitudes. “Ya deberías saberlo. ¿Qué tipo de modelo de rol eres tú? Tal vez necesitas un cambio de trabajo que te recuerde quién eres y en qué estás trabajando. ¿Puedes explicar por qué te insinuaste a aquella chica?”.

Las sanciones disciplinarias en relación con las normas cardinales permanecen relativamente constantes a lo largo de las etapas del tratamiento. Sin embargo, en lo que respecta a las infracciones menos serias acerca de las expectativas de la comunidad, podrían aplicarse con mayor flexibilidad. En el ejemplo anterior, el candidato de re-ingreso podría perder privilegios o incluso status en la comunidad debido a esta infracción social.



EXPECTATIVAS DE LA COMUNIDAD Y DIMENSIONES DE LA MODIFICACIÓN INDIVIDUAL

Existe una íntima relación entre la participación y los objetivos de auto-modificación del individuo. *Los residentes persiguen sus objetivos individuales de socialización y crecimiento psicológico a través del esfuerzo por alcanzar las expectativas de participación de la comunidad.* El logro de las expectativas requiere de una modificación continua de las conductas, actitudes y el control emocional. Más aún, la dedicación al logro de estas expectativas, o la incapacidad para este logro, tienen como resultado un crecimiento individual a través de continuas auto-evaluaciones, una re-motivación para la implicación en el aprendizaje de ensayo y error, y la re-adopción del compromiso con el proceso de modificación.

Esta relación entre las expectativas de la comunidad y las dimensiones de la modificación individual puede ser descrita brevemente. Los cambios en el rendimiento, la responsabilidad, la auto-evaluación y la autonomía resumen el progreso individual desde la perspectiva de las expectativas de la comunidad. Las modificaciones en las dimensiones de miembro de la comunidad, socialización, evolución, y ámbito psicológico resumen el progreso desde la perspectiva de los objetivos de tratamiento del individuo.

Estas dos perspectivas de la modificación individual (la de la comunidad y la del individuo) convergen a lo largo del proceso. Por ejemplo, cuando los residentes desarrollan un esfuerzo completo y cumplen de manera coherente con sus obligaciones están alcanzando las expectativas de la comunidad en las áreas del rendimiento y la responsabilidad. Esto comprende características relacionadas con el hecho de ser un miembro de la comunidad (p.e., modelos de rol, afiliación) y con la socialización (hábitos y actitudes en el trabajo, valores sociales positivos).

Igualmente, cuando los residentes muestran y afrontan sus propias actitudes y conductas, e inician la auto-modificación sin apoyarse en el impulso o aprobación de los demás, están alcanzando las expectativas de la comunidad en las áreas de auto-evaluación y autonomía. Este hecho comprende modificaciones individuales en las dimensiones evolutiva y psicológica (p.e., madurez, crecimiento emocional, juicio, toma de decisiones).

En ambas perspectivas, sin embargo, la modificación expresa su vigencia en relación con la persona en su totalidad. El rendimiento, la responsabilidad, la auto-evaluación y la autonomía describen las características relacionadas del mismo individuo, del mismo modo en que lo hacen las dimensiones social y psicológica. Así, el alcance de las expectativas de la comunidad en las áreas de participación podría comprender modificaciones en todas las dimensiones del individuo.

NIVELES DE IMPLICACIÓN Y MODIFICACIÓN INDIVIDUAL

Los residentes cambian debido a su implicación *en* la comunidad y *en* su proceso de modificación. Están implicados cuando logran las expectativas de todas las áreas de participación. Su implicación es evidente en los roles de la comunidad, las experiencias y percepciones que reflejan su relación con la comunidad, y en los cambios sociales y psicológicos que derivan de esta relación.

Los términos *vinculación*, *inmersión* y *emergencia* clasifican el nivel de implicación de cada individuo en la comunidad. La *vinculación* denota una implicación indecisa y limitada. La *inmersión* denota una implicación total en el propósito y la vida diaria del programa. La *emergencia* denota una participación decreciente en la comunidad, asociada a un nivel creciente de implicación en el mundo exterior. Sin embargo, la emergencia de la comunidad asume que el individuo ha estado plenamente inmerso en la comunidad.

La vinculación, la inmersión y la emergencia están relacionadas con las etapas del programa. De hecho, el conjunto de rasgos típicos del residente a lo largo de las etapas del programa contiene una gran cantidad de indicadores del nivel de implicación (ver tablas 13.1, 13.2 y 13.3). Sin embargo, la etapa del programa en que se encuentra cada individuo no refleja necesariamente su nivel real de implicación. Así, en relación con los niveles de implicación podremos obtener una imagen más completa del proceso de modificación de cada individuo. Esta sección final proporciona breves instantáneas de diferentes individuos en cada nivel de implicación. Están descritos conductualmente en relación con los roles de la comunidad, las experiencias clave y las percepciones. Los roles de la comunidad (estudiante, aprendiz, mentor, líder) son empleados para resumir los cambios sociales y psicológicos en los individuos a medida que alcanzan las expectativas de la comunidad en todas las áreas de participación. De este modo, el proceso de modificación multidimensional puede ser descrito como una progresión de roles de la comunidad, experiencias asociadas y percepciones, a medida que los individuos profundizan en los niveles de implicación en la comunidad.

Vinculación

En las etapas tempranas de tratamiento, los residentes son estudiantes relativamente pasivos que aprenden nociones acerca de la comunidad, su entorno, su propósito y procedimientos, y las personas, a través de la exposición y la instrucción específica. En este rol temprano de la comunidad, sin embargo, los individuos inician la modificación social y psicológica. Deben escuchar a los demás,



seguir las instrucciones, comprender la organización social de la Comunidad Terapéutica y la filosofía del programa, comenzar a aprender una gran variedad de habilidades de comunicación y grupales, seguir las reglas, mostrar respeto a los miembros del personal y a los demás residentes, y desempeñar sus funciones laborales.

Las experiencias clave son la seguridad física y psicológica, especialmente la confianza. En este nivel los individuos viven experiencias de relevancia social y de compasión, fundamentalmente desde su papel de receptores en la comunidad. Así, las experiencias como la confianza, la seguridad, y el sentirse comprendido y aceptado, ayudan a facilitar la afiliación a la comunidad. Las principales experiencias de auto-eficacia se desarrollan a partir de la adhesión a las normas, la permanencia en un entorno libre de drogas y, simplemente, la residencia en la comunidad.

Las percepciones acerca de problemas, del entorno de tratamiento, del progreso y del propio ego son rudimentarias. La motivación está limitada y podría reflejar presiones externas (legales, familiares, etc.) para la modificación de los problemas y molestias inmediatos asociados al consumo de drogas, en lugar de la adquisición de auto-modificaciones más amplias. Sin embargo, la visión de personas similares vinculadas al proceso de recuperación y la vida correcta es su primera exposición mantenida al proceso de modificación en sí mismo. Aunque dicha exposición continúa a lo largo del programa, para los nuevos residentes consolida el hecho de la modificación en otras personas e introduce la posibilidad del logro de la modificación en ellos mismos.

Hacia el final de la etapa de vinculación, los residentes perciben la comunidad como un entorno seguro, y el programa como una dinámica útil. Sin embargo, podrían continuar preocupándose por la vida fuera de programa, y mantener solamente un compromiso provisional de continuación en el tratamiento. Las percepciones relacionadas con el ego y la identidad van incrementándose a través de los sucesivos niveles de implicación. En la vinculación, las percepciones reflejan el reconocimiento de las imágenes sociales negativas y la conciencia de los “sentimientos verdaderos” y las modificaciones en la auto-compasión y el auto-control.

Inmersión

Durante las fases primarias del tratamiento, los residentes se desenvuelven entre una serie de roles de la comunidad, son aprendices, mentores y líderes, a medida que, gradualmente van integrándose en la comunidad. Cada rol refle-

ja las modificaciones sociales y psicológicas asociadas a la práctica del modo en que han de utilizar la comunidad para aprender de sí mismos, enseñando lo que han aprendido de los residentes y aplicándolo con ellos. En definitiva, asumiendo la responsabilidad por la conducta de la comunidad.

Los individuos experimentan la curación, la relevancia social y la compasión tanto en el papel de transmisores como en el de receptores. Comienzan a disolver las defensas a su vulnerabilidad y, de manera progresiva, se identifican más con los demás en la lucha hacia el cambio. También muestran comprensión, aceptación y empatía por los demás. Las experiencias de auto-eficacia tienen lugar a través de su perseverancia como modelos de rol y del mantenimiento de su compromiso con el propio proceso de recuperación.

Las percepciones de los problemas, del programa y del progreso están fundamentadas en las experiencias de tratamiento. La motivación es intrínseca, reflejando una aceptación de los problemas psicológicos y de personalidad de larga duración, además de su consumo de drogas. Las percepciones de credibilidad en el entorno de tratamiento se refuerzan a través de las propias experiencias de cambio en el individuo, en conjunto con las expectativas de la comunidad. Así, los residentes perciben el programa como el vehículo hacia el cambio de cada uno.

Las percepciones de auto-modificación se ven confirmadas a través del uso efectivo de las herramientas de la comunidad por parte del residente. Esta percepción se refuerza cuando el residente utiliza lo que ha aprendido para facilitar el cambio en los demás. Un marcador crítico es el momento en que el residente reconoce que la coherencia conductual es necesaria para mantener el compromiso de cualquier rol y admite los logros obtenidos en los diferentes roles que ha adoptado en la comunidad. Así, las modificaciones en el auto-concepto desarrollan unos simples aunque poderosos reconocimientos, asociados a los niveles de auto-control y auto-comprensión descritos en el capítulo 21.

Los elementos de identidad social cambiante aparecen a lo largo de las experiencias de auto-eficacia que tienen lugar en residentes con diversos roles en la comunidad.. Específicamente, una reestructuración gradual de la identidad social se define por una fuerte afiliación al programa, por ejemplo, “soy un residente en la Casa de Recuperación”. Los elementos de la identidad personal también se desarrollan mediante la exposición de sus aspectos más vulnerables y mediante una honestidad absoluta en la comunicación con los demás. Y es así como los residentes totalmente sumergidos comienzan a “saber quiénes son realmente”. Reconocen sus verdaderos sentimientos, pensamientos, capacidades y límites. También reconocen que su ego indefenso recibe la comprensión y la aceptación de los demás.



Emergencia

Los residentes realizan una transición desde su roles como mentores y líderes en la comunidad de residentes, hacia los de estudiantes y aprendices fuera de la comunidad. El crecimiento personal y el proceso modificación continúan a través del enfrentamiento a nuevas pruebas y desafíos en el mundo exterior y, especialmente, en las experiencias que confirman lo que han aprendido acerca de recuperación y la vida correcta en la comunidad de residentes.

Las experiencias fundamentales de curación y desarrollo social provienen de otros candidatos de re-ingreso que atraviesan pruebas y desafíos similares, y se transmiten mediante la ayuda de los demás, tanto residentes como residentes menos experimentados. Las experiencias de auto-eficacia derivan fundamentalmente del enfrentamiento a los desafíos directos de las nuevas situaciones laborales educativas, sociales, recreativas e interpersonales, fuera del programa. La auto-eficacia de los individuos crece especialmente a medida que tratan con la amenaza de la recaída y cumplen con las demandas inherentes a los múltiples roles sociales del “mundo real”.

Las percepciones que reflejan motivación y disposición están relacionadas con la necesidad de afrontar problemas personales y circunstanciales que habían estado presentes durante un largo periodo de tiempo fuera del programa. Las percepciones acerca de la credibilidad del programa y de la validez del proceso de tratamiento se ven confirmadas a través de la creciente interacción de los residentes con el mundo exterior. Comienzan a aplicar lo que han aprendido, hecho que también confirma las percepciones de progreso y las nuevas posibilidades de cambio continuado. Sin embargo, las percepciones del futuro, sus trampas y posibilidades, se asocian a menudo a la ansiedad y la incertidumbre en torno al abandono al programa.

Durante la emergencia, los elementos de identidad se desarrollan gradual y continuamente a través de la interacción del individuo con el mundo real. Los elementos de la identidad social podrían reflejar todavía cierta afiliación al programa: “soy un candidato al re-ingreso en la Casa de Recuperación”. Otros elementos de identidad social, sin embargo, se incorporan del exterior a medida que los individuos asumen el control del trabajo y la familia en una comunidad más amplia. Los elementos de identidad personal reflejan la interiorización de las enseñanzas de la vida correcta: “estoy atravesando cambios con los que tengo que tratar... ¿quién soy yo? Una persona que está recuperándose”.

CONCLUSIÓN

En este capítulo, la participación en el programa y el nivel de implicación en la comunidad se presentan como los elementos dinámicos del proceso de modificación. Existen tres niveles de implicación: vinculación, inmersión y emergencia, que marcan el proceso de cambio a medida que los individuos avanzan a través de las etapas del programa. El nivel de implicación del individuo en la comunidad se incrementa al alcanzar las expectativas de la comunidad acerca de la participación en cada etapa, y refuerza la voluntad de participación y la modificación multidimensional.

Los individuos pueden mostrar ciertos cambios y no haber llegado todavía a “transformarse”. ¿En qué medida son estables sus cambios conductuales y actitudinales? ¿Cómo han aprendido las enseñanzas o en qué medida han experimentado el cambio? Estas cuestiones serán respondidas en el siguiente capítulo, que está dedicado al concepto de interiorización en el proceso modificación.

Interiorización e identidad

23

En el núcleo del proceso de modificación en la Comunidad Terapéutica se encuentra la relación entre el individuo y la comunidad. Los cambios interrelacionados en conductas, actitudes, experiencias y percepciones evolucionan de manera gradual hasta un nuevo estilo de vida y un cambio de identidad, a medida que los individuos se integran completamente en la comunidad, interiorizando sus enseñanzas.

Para las Comunidades Terapéuticas la importancia de la interiorización es fundamental, considerando que el poder de la comunidad como método puede producir fácilmente una modificación en las conductas y actitudes observables. Sin embargo, estas modificaciones pueden no perdurar una vez que el individuo se aparta de la omnipresente influencia de la comunidad de residentes. Prácticamente todos los residentes en Comunidades Terapéuticas muestran una conducta de alejamiento de la droga durante su estancia residencial. Muchos caen, mientras otros mantienen las conductas y actitudes esperadas que llevan a la finalización del programa o graduación. Ésa recaída ocurre entre muchos de los que abandonan y algunos de los que se gradúan, sin embargo, subraya la relevancia de la interiorización en el proceso de modificación.

CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS DE LA INTERIORIZACIÓN

La interiorización es un concepto familiar en psicodinámica que denota el tipo de aprendizaje que consiste en “tomar” la conducta y enseñanzas de los demás. En la Comunidad Terapéutica, la interiorización es evidente cuando el aprendizaje se convierte en una parte “natural” del repertorio del individuo. Por ejemplo, los residentes que se convierten en modelos de rol muestran modificaciones en sus conductas, actitudes y valores que reflejan las expectativas de la comunidad. Sin embargo, la interiorización de estas modificaciones se vuel-



ve más completa cuando el modelo de rol pasa de ser una expectativa a alcanzar de la comunidad, a un modo personal de vida basado en las propias experiencias del individuo en este rol.

La interiorización es el modo en que el individuo acepta, practica y aplica completamente lo que ha aprendido en la Comunidad Terapéutica ante las nuevas situaciones, dentro y fuera del programa.

Características de la interiorización

La característica de la interiorización es la transferencia de influencias de las consecuencias externas (objetivas) en el nuevo aprendizaje a las experiencias internas (subjetivas) del individuo. Una vez han sido interiorizados, los cambios aprendidos parecen más coherentes y más auto-iniciados (“dirigidos desde el interior”) que el aprendizaje influenciado desde el exterior. Así, los indicadores observables de interiorización son más difíciles de medir que aquellos que se refieren a las dimensiones conductuales y subjetivas.

En la Comunidad Terapéutica, la interiorización se infiere desde patrones de modificación conductual, experimental y perceptual que aparecen con el paso del tiempo. Estos podrían ser descritos en base a varias características: disonancia cognitiva y conflicto conductual, generalización, aprender a aprender y experiencias compensatorias.

Disonancia cognitiva y conflicto conductual

Las enseñanzas de la Comunidad Terapéutica acerca de la vida correcta y la recuperación se encuentran a menudo en directa oposición con el modo específico de pensamiento de cada residente acerca de su consumo de droga, de sí mismo y del mundo general (disonancia cognitiva). La interiorización está indicada cuando los residentes muestran un decrecimiento de su escepticismo y sus dudas acerca de la validez de las enseñanzas de la Comunidad Terapéutica, y van reemplazando gradualmente su antiguo modo de pensamiento, en favor del nuevo.

De modo similar, todas las Comunidades Terapéuticas exigen cambios en la conducta que se encuentran en conflicto directo con ciertas conductas socialmente desviadas o socialmente trastornadas (conflicto conductual). Los residentes deben adherirse a las reglas formales y a las expectativas informales. La interiorización se percibe en el decrecimiento de la frecuencia y la severidad de las infracciones conductuales, la ruptura sincera de las normas o la participación pasiva en general.

Con el paso del tiempo, los residentes alcanzan las demandas de modificación con menor dificultad y observan las normas y el cambio de manera positiva. Sin embargo, los signos de la interrupción personal acompañan frecuentemente a una gradual eliminación de la disonancia y el conflicto. La ansiedad, la ira, la hostilidad, el escepticismo, la resistencia, la rebeldía, e incluso las amenazas de abandono podrían ser una muestra de la lucha del individuo contra los antiguos patrones de conducta de pensamiento.

El elemento de lucha acentúa la importante distinción entre la interiorización y las demás formas de modificación individual como la adaptación. En ésta última, los individuos muestran aprendizaje situacional, logrando cambios conductuales sin pasar necesariamente por las experiencias que disuelvan el conflicto y la disonancia cognitiva. Por ejemplo, los presidiarios pueden mostrar las conductas, el pensamiento y las actitudes apropiadas para la supervivencia segura en una prisión sin eliminar sus antiguos modos de pensamiento o conducta.

Así, la interiorización requiere de una eliminación de la disonancia a través de un nuevo aprendizaje, basado en las experiencias positivas que el residente asocia a la modificación conductual y cognitiva. Sin un cambio asentado de manera experimental, los viejos patrones no serán reemplazados sino que persistirán en paralelo con el nuevo aprendizaje.

Generalización

Tal vez el indicador más distintivo de la interiorización es la capacidad del residente para aplicar las enseñanzas, conceptos y valores de la recuperación y la vida correcta de la Comunidad Terapéutica, ante las nuevas situaciones tanto dentro como fuera del programa. La interiorización dentro del programa es evidente merced a la tasa de modificación con la que los residentes aprenden nuevos conceptos y conductas. Su aprendizaje es más eficiente y caben en él menos errores, si está basado en la estabilidad de su aprendizaje previo. Por ejemplo, los residentes pueden adoptar controles de la comunidad de mayor responsabilidad, de autoridad informal y niveles de habilidad. Su efectividad en estos roles se adquiere rápidamente gracias al aprendizaje de los roles anteriores.

Fuera del programa, el nuevo trabajo y responsabilidades presentan el desafío del aprendizaje de nuevas habilidades concretas. Los residentes que han interiorizado su aprendizaje durante el tratamiento pueden transferir los valores y actitudes asociados a la ética del trabajo; las habilidades en sus relaciones con los demás; las capacidades para asumir diferentes roles; y la flexibilidad para tratar con las adversidades, el éxito y la incertidumbre.



Aprender a aprender

No todos los problemas del individuo son identificados, y mucho menos solucionados, durante la estancia en la Comunidad Terapéutica. Por ello, un objetivo fundamental del proceso que se enseña a los individuos es que el aprendizaje es tanto en valor como una forma de sobrellevar la vida. Cuando los individuos han experimentado modificaciones personales y perciben que esas modificaciones han sido posibles gracias a los esfuerzos de aprendizaje, el propio aprendizaje se convierte en una forma de solucionar los problemas, de sobrellevar las dificultades emocionales y circunstanciales.

Así, la capacidad para aprender a aprender se interioriza como un valor cognitivo, una instrucción para superar los desafíos de la vida. La adversidad y las situaciones estresantes son percibidas como oportunidades para reafirmar la modificación o el crecimiento personales. Estas percepciones sostienen la estabilidad del individuo ante la amenaza o la presión, y le permiten evaluar y tomar decisiones. Estos indicadores del “aprender a aprender” reflejan las expectativas de autonomía de la comunidad comentadas al hablar de las etapas de participación. De este modo, la capacidad para “aprender a aprender” refleja la interiorización de las enseñanzas de la Comunidad Terapéutica.

Experiencias confirmadoras

La interiorización, el aprendizaje basado en los resultados objetivos, ocurre también a través del aprendizaje experimental fuera de la comunidad de residentes. Las nuevas conductas y actitudes adquiridas en el programa se someterán a examen en el mundo real durante, por ejemplo, los permisos cortos, las visitas al hogar o los episodios de búsqueda de empleo. Los residentes presentan una amplitud de oportunidades para implicarse en las nuevas y antiguas situaciones, con actitudes y niveles de honestidad personal, creencias, valores y habilidades específicas modificadas. Los resultados subjetivos positivos de estos ensayos en el mundo exterior pueden reforzar el nuevo aprendizaje, las percepciones de auto-modificación, así como las percepciones del programa como un contexto seguro para un aprendizaje válido. Incluso los resultados negativos de estos ensayos exteriores, si se revisan en el programa de manera apropiada, proporcionarán ciertas referencias para continuar aprendiendo y mantener la afiliación al programa. Así, varias experiencias confirmadoras dentro y fuera del programa facilitarán la interiorización de las enseñanzas de la Comunidad Terapéutica, mediante un reforzamiento de la confianza en las personas, los procedimientos y el propio proceso de modificación.

GRADIENTE DE INTERIORIZACIÓN

El proceso de tratamiento en la Comunidad Terapéutica se refiere a la interacción entre la modificación del usuario y un amplio abanico de intervenciones de la comunidad y el individuo. En esta interacción, la interiorización de las enseñanzas de la comunidad y de las nuevas actitudes, conductas y valores es gradual, variable, y no necesariamente completa.

Tabla 23.1. Niveles de interiorización durante el tratamiento.

Obediencia

Los individuos se adhieren a las normas y expectativas de la comunidad principalmente para evitar consecuencias negativas, como las sanciones disciplinarias en el programa, o las alternativas indeseables como el despido, el retorno a la cárcel, o la situación en el hogar. El aprendizaje basado en la evitación de estas consecuencias externas es inestable, pues la eliminación de la amenaza externa, a menudo desemboca en la desobediencia o en el abandono del programa.

Conformidad

Los individuos se adhieren a las normas y expectativas de la comunidad, principalmente, para mantener la afiliación a la comunidad, las amistades, los vínculos personales o la identificación con el programa. La afiliación es esencial para mantener al individuo en el tratamiento. Sin embargo, proporciona una base limitada para la interiorización del aprendizaje durante el proceso de modificación. El aprendizaje influenciado fundamentalmente por la conformidad puede revertir cuando el individuo ya no se encuentra bajo la influencia integradora de la comunidad.

Compromiso con el programa

Los individuos se adhieren a sus propios acuerdos y determinaciones con los demás para completar el programa. El compromiso con el programa refleja un cierto grado de conformidad, puesto que existe una cierta presión comunitaria explícita por permanecer en el tratamiento. En cualquier caso, este compromiso está basado fundamentalmente en las experiencias y percepciones del individuo que se asocian a las posibilidades de auto-modificación, las nuevas opciones de vida y, especialmente, la necesidad de vivir la experiencia de la propia conclusión del programa. Así, el compromiso con el programa indica que los individuos han interiorizado el objetivo explícito de la comunidad de completar el programa basándose en sus propios cambios subjetivos.

Compromiso con uno mismo

Los individuos deciden permanecer en el proceso de modificación, a diferencia de optar por finalizar el programa. El compromiso con uno mismo está basado principalmente en las experiencias significativas asociadas a la auto-modificación durante el tratamiento, y al reconocimiento de que el cambio personal es un proceso que continúa mucho más allá del periodo de tratamiento en la Comunidad Terapéutica. Por ello, el compromiso con uno mismo refleja el más alto nivel de interiorización que puede ser logrado durante la permanencia del individuo en el tratamiento.

El curso de la interiorización puede ser descrito como un gradiente que refleja los niveles cambiantes o etapas de la interiorización. Estas cuatro etapas se refieren a modificaciones que ocurren durante tratamiento: obediencia, compromiso con el programa, y compromiso con uno mismo. Otras dos etapas adicionales, la continuación y la integración, ilustran el gradiente de la modificación interiorizada que se extiende más allá de la situación de tratamiento (ver tabla 23.1).

El gradiente de interiorización describe la alternancia gradual en las fuentes o influencias que afectan a los individuos en tratamiento. Por ejemplo, la obediencia implica que los factores externos a la comunidad de residentes son las influencias principales en las conductas y actitudes del individuo. Típicamente, son el temor a la cárcel, las amenazas familiares, los problemas en la calle, las presiones circunstanciales o la falta de recursos en la vida. La conformidad implica que los factores internos de la comunidad de residentes son las influencias fundamentales que inciden sobre las conductas y actitudes del individuo. Típicamente, estas influencias son las relaciones sociales y el status en la comunidad.

Tabla 23.2. El gradiente de interiorización: tres ejemplos.

Conducta personal

Debido a la obediencia, el residente mantiene en orden su habitación para evitar problemas que podrían llevarle al despedido. Debido a la conformidad, el residente mantiene limpia su habitación para mantener la aceptación de los otros residentes. Al llegar al nivel de compromiso con el programa, el residente mantiene limpia su habitación para ser un modelo de rol en la comunidad. Cumpliendo un compromiso consigo mismo, mantiene la habitación limpia porque experimenta los beneficios personales del orden y la limpieza, que hacen la vida más fácil y le hacen a uno sentirse bien.

Amistades

En las etapas de obediencia y conformidad, las amistades están basadas fundamentalmente en las experiencias de seguridad (el alivio y la comodidad asociados a la reducción del aislamiento). En las etapas posteriores del tratamiento, las amistades reflejan los beneficios personales de las experiencias de relevancia social, como la identificación y la vinculación.

Modelo de rol

La instrucción de los nuevos residentes mediante la apertura personal refleja las influencias integradoras de conformidad y compromiso. Posteriormente, en la etapa de compromiso con uno mismo, esta apertura refleja el beneficio personal obtenido de la ratificación de las enseñanzas en uno mismo. Cuando alguien realiza una auto-apertura, está contribuyendo a su propia modificación.

Los niveles de compromiso implican progresivas modificaciones conductuales y actitudinales que están basadas en la experiencia directa del individuo con la auto-modificación. Estas alternancias a lo largo del gradiente serán ilustradas por varios ejemplos: la conducta personal, las amistades y el modelo de rol. En cada uno de ellos, las conductas conservadas permanecen constantes, mientras cambian las fuentes de influencia (ver tabla 23.2).

INTERIORIZACIÓN Y LÍMITES DE CAMBIO EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

El concepto y gradiente de interiorización muestran el modo en que los cambios interrelacionados se desarrollan en los individuos, a través de su interacción con la comunidad. Sin embargo, por varias razones, la interiorización podría ser incompleta: la participación y la afiliación podrían ser superficiales, el aprendizaje podrían no ser efectivo para todas las dimensiones conductuales, ciertas experiencias terapéuticas críticas podrían no llegar a producirse, y podrían no llegar a darse ciertos cambios significativos en el ego o la identidad. Estos límites de interiorización en el proceso de modificación tienen como resultado ciertas cuestiones clínicas complejas, que ilustraremos a continuación mediante varios ejemplos.

Meseta del aprendizaje en el proceso modificación

A lo largo del proceso modificación, el individuo parece estar haciéndolo bien, desarrolla controles en todas las dimensiones, y el aprendizaje parece estar estabilizado. Aunque ésta es una imagen de mejoría, podría estar también indicando una meseta en el aprendizaje, permaneciendo el residente durante demasiado tiempo en un punto particular del proceso. Su permanencia en el programa continúa alargándose hacia la graduación, aunque el residente ha cesado en su adquisición de nuevos conocimientos. De este modo, la meseta del aprendizaje limita de forma inherente la extensión y el curso del cambio interiorizado.

Las razones para la aparición de una meseta varían, y están relacionadas tanto con el programa como con el usuario. El programa podría no detectar clínicamente el nivel “congelado” de un residente estabilizado que parece haber logrado una mejora, y que podría también parecer útil para el programa como residente senior o trabajador. Así, la comunidad no examina o desafía al individuo en el proceso. Por ejemplo, los residentes senior a menudo piensan que han “llegado” a un punto final de su tratamiento (visión que podría ser reforzada de forma inadvertida por los residentes junior y los miembros del personal).



Por otro lado, el individuo puede no avanzar hacia el siguiente nivel incluso a pesar de los desafíos, alientos o presiones. A menudo, este hecho refleja ciertos déficits o límites en las habilidades cognitivas fundamentales. Con mayor frecuencia, los individuos están poco preparados para éste avance debido a factores emocionales asociados a la demanda anticipada del propio progreso. Entre estos factores incluiremos el enfrentamiento con cuestiones psicológicas complejas, la exigencia de expectativas de rendimientos mayores, o una pérdida de la estabilidad de esas modificaciones logradas con un duro esfuerzo.

Los niveles de interrupción amenazan a la recuperación estable de diferentes maneras. Los individuos podrían abandonar debido al aburrimiento, la incapacidad de identificar una nueva oportunidad de aprendizaje, o la adopción de conclusiones incorrectas acerca de su curación o su incorrecta recuperación para implicarse en el mundo exterior. Inversamente, los residentes podrían continuar en el tratamiento hasta llegar a la graduación, sin conseguir modificaciones personales significativas más allá del nivel alcanzado. Esto revela los posibles temores que suelen surgir ante el paso a una etapa posterior del proceso de recuperación, por ejemplo, la ansiedad acerca de la separación del programa por la incapacidad de ver alguna opción para sus vidas fuera del programa.

Las mesetas son detectadas de varias maneras: cambios pequeños o inexistentes en los dominios tras los logros iniciales, el individuo carece de disposición ante la adopción de nuevos riesgos en las evaluaciones personales, y no consigue adquirir el concepto de “aprender a aprender” (es decir, no acepta el aprendizaje como un valor importante de la vida correcta).

La disposición para implicarse en el nivel siguiente es evidente cuando los individuos solicitan y adoptan voluntariamente más responsabilidades en la comunidad. Por la constancia en la participación en los grupos y, especialmente, en los retiros y maratones con alto impacto clínico, y por el hecho de que continúan auto-evaluando y cuestionando su proceso de modificación. Así, la disposición para ser evaluado continuamente por los propios individuos, sus residentes y los miembros del personal, facilita el avance a través de las mesetas de aprendizaje.

Interiorización situacional

Algunos residentes pueden llegar a aprender concienzudamente las expectativas de la comunidad, sin lograr todavía un nivel suficiente de modificación que pueda asegurar su recuperación en el exterior de la comunidad. Podrían ser unos excelentes participantes que muestran un alto grado de conformidad o de inte-

riorización situacional, es decir, un aprendizaje estable basado solamente en las experiencias vividas dentro de los confines de la comunidad residencial.

Se sienten modificados de manera significativa, en comparación con sus vidas anteriores. De hecho pueden ser individuos diferentes mientras permanecen dentro de la microcomunidad que es la Comunidad Terapéutica. Sin embargo, como comentamos anteriormente, sin esas experiencias conservadoras exteriores del programa, no se encontrarán completamente preparados para llevar una vida exitosa en la macrocomunidad.

La interiorización situacional podría reflejar también una meseta de aprendizaje. De este modo, por varias razones, algunos individuos no avanzarán, o no podrán avanzar, más allá de ciertos niveles de modificación. Paradójicamente, estos individuos pueden llevar una vida exitosa mientras son residentes a tiempo total en el programa. Algunos avanzan a través de las etapas del programa, e incluso llegan a lograr un cierto status como miembros del personal. Estos les proporciona una oportunidad para ser trabajadores productivos en la agencia de tratamiento. Aunque podrían residir fuera de la comunidad, sus vidas permanecen esencialmente ligadas al programa. Para estos individuos, la interiorización situacional limita su cambio de identidad, que está definido en gran medida por su permanente afiliación al programa.

Cambio de identidad incompleto (“curas de conversión”)

A veces, los éxitos logrados en la Comunidad Terapéutica son denominados “curas de conversión” por los críticos y observadores en un sentido cuasi-religioso. En la Comunidad Terapéutica, conversión es un término que puede describir un cambio incompleto. El residente parece haber desarrollado un cambio relativo con respecto a su pasado negativo, llevar a cabo un estilo de vida positivo en la Comunidad Terapéutica. Este cambio podría ser gradual y progresivo, pero a menudo los propios individuos, los observadores lo describen como un “giro” repentino. El residente muestra características del modelo de rol ideal, así como los elementos de un cambio de identidad temprano.

La conversión puede tener una función positiva en el proceso de modificación. Durante el tratamiento, la conversión es un objetivo deseable asociado a una plena inmersión en el programa. El residente, como converso, esta ensayando y estabilizando las conductas, actitudes y emociones recién aprendidas del estilo de vida sobrio y prosocial. Para algunos residentes en periodo de re-ingreso, la adhesión entusiasta a los preceptos de recuperación y revisión de la vida correcta es necesaria para mantener su inmunidad ante las influencias negativas de la macro



comunidad. Las conductas y actitudes reflejas que caracterizan al converso pueden reducir las incertidumbres acerca del modo en que debe vivir o las dudas en relación con su recién estrenada identidad en proceso de formación.

De este modo, el rol del converso puede concluir el proceso de separación del individuo con su vida anterior, y asistirlo en su superación de las incertidumbres debidas a un nuevo estilo de vida desconocido o menos familiar. Sin embargo, la persistencia en la etapa o el rol de conversión puede también impedir el propio proceso de recuperación. Por ejemplo, los conversos muestran cierta inflexibilidad en su forma de pensar acerca de la recuperación, y en su utilización de la retórica del programa. Pueden utilizar la perspectiva de la Comunidad Terapéutica para racionalizar su falta de capacidad de afrontamiento ante nuevos problemas, dudas e incertidumbres. Paradójicamente, estas racionalizaciones refuerzan las características personales de la búsqueda de alivio, en lugar de aumentar la tolerancia ante la incomodidad asociada al nuevo aprendizaje.

En lugar de proporcionar un aprendizaje experimental más completo, la conversión puede permanecer como un ejemplo dramático de conformidad o compromiso con el programa. Los cambios de identidad están limitados a los roles y experiencias sociales que el individuo adquiere en el programa. Los individuos deben evolucionar a partir de la conversión para poder pasar por las experiencias y procesos de aprendizaje que gradualmente los acercarán a un cambio auténtico de identidad.

Interiorización, etapas del programa y permanencia

A pesar de que el cambio interiorizado se encuentra en estrecha relación con el tiempo, en la terminología del tratamiento, la permanencia no refleja necesariamente la extensión real de la interiorización. Los residentes permanecen en el tratamiento y lo completan por varias razones, que están relacionadas con el gradiente de interiorización. Estas razones podrían ser presiones externas (confianza), que provienen de fuentes legales o familiares; la necesidad de afiliación (conformidad), la evitación de la soledad y la voluntad de entablar relaciones personales; el deseo de mantener un status de éxito como miembro de la comunidad; o la intención de probar que uno puede completar el curso (compromiso con el programa).

De manera inversa, el abandono prematuro del tratamiento podría no revelar su estado real de interiorización. Por ejemplo, los individuos podrían haber sufrido experiencias terapéuticas fundamentales en varios momentos durante su estancia en el tratamiento. Estas podrían haber tenido como resultado cier-

tos cambios significativos en las auto-percepciones que los hacen avanzar hacia los niveles de compromiso con uno mismo en el gradiente de interiorización.

No obstante, los individuos muestran diferencias con respecto a lo que han interiorizado y en su estado de interiorización si logran completar el tratamiento o lo abandonan de manera prematura. Algunos graduados podrían encontrarse en etapas tempranas, mientras otros que han abandonado podrían haber logrado llegar a etapas más avanzadas de interiorización. La experiencia clínica asegura que la recaída y la de admisión en el tratamiento reflejan grietas o “pasos perdidos” (interiorización incompleta de cambios críticos durante las primeras etapas del tratamiento). Estas grietas en el proceso deberán ser reseñadas en las siguientes admisiones en el tratamiento.

INTERIORIZACIÓN EN EL PROCESO DE MODIFICACIÓN MÁS ALLÁ DEL TRATAMIENTO

El proceso de modificación individual, no es completado, sino iniciado durante el tratamiento. Durante su estancia en la Comunidad Terapéutica, los individuos aprenden a utilizar a la comunidad de residentes para cambiarse a sí mismos. Cuando abandonan comunidad, deben utilizar lo que han aprendido en la Comunidad Terapéutica para mantenerse en proceso de recuperación y facilitar su crecimiento personal.

La confianza, la conformidad y el compromiso con el programa y con su propio yo describen el proceso de interiorización durante la estancia del individuo en la comunidad. Sin embargo, el aprendizaje interiorizado podría continuar entre los antiguos residentes que ha permanecido separados de la Comunidad Terapéutica durante varios años. Frecuentemente comentan que no apreciaron completamente lo que aprendieron en la Comunidad Terapéutica hasta que abandonaron el programa y tuvieron la oportunidad de determinar por sí mismos la validez de las lecciones del tratamiento. Las experiencias confirmadoras resultan ser una “interiorización retrospectiva” de las enseñanzas de la Comunidad Terapéutica, que guían a través de la vida correcta de forma similar al impacto sostenido de una correcta educación parental. De hecho, estas *experiencias confirmadoras* son elementos fundamentales de la continuidad del individuo en el proceso de modificación más allá del tratamiento.

Dos etapas adicionales, la de *prolongación* y la de *integración*, dependen de las experiencias confirmadoras, para el logro de un avance continuado en el proceso de modificación tras el tratamiento. Cada una de ellas define el gradiente de interiorización como la interacción entre individuo y el mundo real.



Prolongación

En la etapa de prolongación, se desarrolla una resolución personal por mantener la conducta, actitudes y valores asociados al estilo de vida libre de drogas. Además, en ésta etapa el individuo identifica objetivos importantes de tipo social y psicológico. Desarrolla los planes para mejorar las circunstancias de su vida relacionadas con el trabajo, las relaciones, la salud y el cumplimiento de las obligaciones y las responsabilidades. Se apoya en la terapia y otras estrategias de asistencia para la persecución de estos objetivos, y para el manejo y el aprendizaje a partir de los contratiempos. La red social del individuo está compuesta exclusivamente por los residentes en proceso de recuperación y las demás personas que lo apoyan en su propio proceso de recuperación.

Existen indicadores perceptuales distintivos de la etapa de prolongación, en relación con el significado de las drogas y el proceso de modificación. En primer lugar, las drogas ya no serán una opción para la superación de los problemas o para afrontar la vida. En su lugar, las drogas se ven como una herramienta inefectiva para proporcionar alivio, satisfacción o escape, y su consumo se identifica como un estado de empeoramiento. El pensamiento relacionado con la droga (p.e., anticipación del “subidón”, cinismo, rechazo de la moral social) es infrecuente y no competirá con el pensamiento de la sobriedad (el deber de tratar con la realidad y con uno mismo).

El segundo indicador es el encuentro continuado con el propio proceso de modificación, representa una etapa en el gradiente sostenido por las experiencias confirmadas en el mundo real. El individuo reconoce el propio proceso de modificación como una lucha constante y acepta este hecho con entusiasmo, confianza y humildad.

Integración

La integración es la etapa del proceso de modificación que se desarrolla principalmente tras la separación del tratamiento y constituye un periodo sostenido de sobriedad en el mundo real. Es una etapa evolutiva sin un final obvio, en la que la modificación individual continuada refleja las influencias derivadas de las enseñanzas del tratamiento y las experiencias de la vida diaria. Las introspecciones y estrategias de superación del tratamiento se ven validadas a través de las experiencias confirmadas, y son generalizadas ante las nuevas situaciones sociales y personales. El individuo gana perspectiva en relación con su experiencia del tratamiento, sus beneficios, límites y aprovechamiento en la facilitación del crecimiento personal.

En ésta etapa, la sobriedad ha sido interiorizada. El individuo no piensa conscientemente acerca de mantener la sobriedad pero la acepta como prerrequisito para la vida correcta. Las afiliaciones se realizan con los círculos sociales convencionales y la “fraternidad normal”, incluyendo la familia, el trabajo, la profesión, la religión, los amigos y los residentes recuperados. La reconciliación con la vida y la auto-actualización son las cuestiones fundamentales, en lugar de la recuperación de la dependencia a sustancias. En la aproximación al crecimiento personal y las cuestiones psicológicas y existenciales, los individuos deberían utilizar asistencia o guía profesional.

El indicador distintivo de la etapa integración es una modificación en la identidad. Ninguna etiqueta sencilla describe el modo en que los drogodependientes se ven a sí mismos, pero varias de las etiquetas sociales más frecuentemente utilizadas que reflejan los efectos del tratamiento son el paso de la dependencia hacia la independencia, de la desviación social hacia la convención, del status de recién nacido hacia persona adulta, y de persona antisocial hacia ciudadano prosocial. Los individuos se ven a sí mismos en relación con circunstancias positivas, por ejemplo, como personas recuperadas de una antigua adicción, individuos convencionales, maduros o prosociales. Ya no se sienten amenazados por las personas asociadas a su antigua identidad de consumidores de droga. Pueden relacionarse con adictos activos y en proceso de recuperación mediante roles modificados, por ejemplo, como asistentes, sin un cuestionamiento de su identidad.

El cambio de identidad es gradual, a medida que los elementos del cambio identidad se hacen evidentes en el proceso durante el tratamiento y después de su finalización. Sin embargo, es el *contraste perceptual* consciente el que marca un cambio en la identidad a través del cual el individuo adopta una auto-percepción retrospectiva: “Entonces era quien era” y “Ahora soy quien soy”.

CONCLUSIÓN

En este capítulo se ha detallado el concepto, las características y los niveles de interiorización en el proceso de modificación. Los residentes incorporan gradualmente las enseñanzas y expectativas conductuales de la Comunidad Terapéutica a través de un proceso de aprendizaje experimental. Las modificaciones conductuales y cognitivas son interiorizadas cuando se basan en experiencias subjetivas positivas. Estas modificaciones potencian las nuevas auto-percepciones, que ocasionalmente motivan el cambio de identidad. El concepto



de interiorización sirve como nexo de unión de los aspectos fenomenológicos y conductuales del proceso de modificación en la Comunidad Terapéutica. En cualquier caso, el siguiente capítulo contiene una descripción más completa del *proceso de tratamiento*, que proporciona un marco conceptual a la Comunidad Terapéutica como metodología única de tratamiento social y psicológico.

El proceso de tratamiento: un marco conceptual

24

La premisa fundamental de este libro es la de que la Comunidad Terapéutica es una metodología social y psicológica única para la modificación de los individuos. Según esta metodología, la continua interacción entre el individuo y la comunidad es la base del proceso de tratamiento. Sin embargo, la ecología psicosocial global de la Comunidad Terapéutica, la naturaleza holística del trastorno, la complejidad del individuo y las propiedades dinámicas de la recuperación hacen de la descripción y la comprensión del proceso un enorme desafío.

En todas las metodologías para el tratamiento del abuso de sustancias, el proceso de tratamiento puede conceptualizarse ampliamente en relación con tres componentes principales: los ingredientes de tratamiento, que consisten en el amplio abanico de intervención de los servicios administrados para producir los cambios necesarios; el modo en que el individuo cambia; y los mecanismos y principios que ligan los cambios individuales a los ingredientes de tratamiento⁵⁹. Este capítulo presenta un marco conceptual del proceso de recuperación en la Comunidad Terapéutica. Los elementos esenciales de su perspectiva, modelo y método son reformulados en relación con tres amplios componentes del proceso de tratamiento.

En primer lugar, las *múltiples intervenciones* (o ingredientes del tratamiento) a lo largo del proceso, que se componen de la estructura del programa, las personas, el régimen diario de actividades y las interacciones sociales en el ámbito de la Comunidad Terapéutica. Así, la comunidad, su contexto y espec-

59. Según una metodología farmacológica, por ejemplo, la metadona es el ingrediente activo del tratamiento vinculado a reducciones en el consumo de heroína, a través de una serie de acontecimientos psicológicos que disminuyen el craving y las conductas de búsqueda de opiáceos. Otros vínculos análogos han sido asumidos por metodologías actuales no médicas. Las intervenciones particulares (por ejemplo, conversaciones de apoyo, adiestramiento, instrucciones, cupones) son los ingredientes activos que presumiblemente reducen las conductas relacionadas con la droga a través de una serie de eventos interpersonales y psicológicos (DiClemente y Budney, 1993; Miller y Rocknick, 1991; Stitzer, Iguchi, Kidorf y Bigelow, 1993).



tativas de participación en estas intervenciones, conforman el método para la facilitación de la modificación individual.

En segundo lugar, la modificación individual es *multidimensional*, y está descrita en relación con los ámbitos objetivos social y psicológico, así como las percepciones de experiencias subjetivas. La modificación se desarrolla como un proceso de aprendizaje evolutivo a través de la participación en el programa y la implicación en la comunidad. De este modo, el proceso de aprendizaje es variable entre los diferentes individuos, y a lo largo de las diferentes etapas del proceso de modificación de cada uno de ellos. En tercer lugar, los *principios de aprendizaje sociales y conductuales* y los *mecanismos objetivos* como las experiencias críticas, percepciones y la interiorización son componentes integrales del propio proceso. Todos ellos ligan las modificaciones multidimensionales a las múltiples intervenciones que se producen en la comunidad.

LA COMUNIDAD EN FUNCIÓN DE SUS MÚLTIPLES INTERVENCIONES

En las Comunidades Terapéuticas, todas las actividades están diseñadas para producir efectos terapéutico-educativos. En el proceso de modificación, estas actividades, en su presentación individual y en sus diferentes combinaciones, constituyen intervenciones e impactan directa e indirectamente en el individuo. De hecho, el término *intervención global* resume la utilización de todas las actividades para instruir o curar, e ilustra el significado de la comunidad como método.

El presente marco describe el modo en que se incrementan estas actividades e intervenciones en el proceso de modificación, en relación con tres amplias características. Son formales e informales, orientadas a la comunidad o al individuo, y se basan en las diferentes interacciones y en el modo en que impactan en el individuo.

Intervenciones formales e informales

Las intervenciones formales están planificadas, forman parte de la rutina y de las actividades programadas regularmente. Se desarrollan en contextos diseñados o arbitrarios y están mediadas por el personal o los residentes. Las actividades formales típicas son la programación de los grupos y reuniones, y las sesiones de *counseling* vis-a-vis dirigidas por el personal, o por los propios residentes bajo la supervisión del personal. Muchas de las actividades no están planificadas y se basan en las interacciones informales diarias entre los residentes. Se espera que los residentes monitoricen, corrijan e instruyan a sus residentes

en temas de seguridad, reglas, expectativas de los modelos de rol, maneras sociales y civismo. Estas aperturas personales, compartir los pensamientos y sentimientos, “rapeos”, y afirmaciones de apoyo son también actividades de intervención que tienen lugar de manera espontánea en las diádas de residentes o en los grupos formados de manera casual, en cualquier contexto.

Intervenciones de la comunidad

Aunque todas actividades están enfocadas a la modificación del individuo, algunas de ellas pueden estar destinadas directamente a un sólo individuo, mientras otras pueden estar enfocadas indirectamente a toda la comunidad. El régimen diario de reuniones, grupos, seminarios, funciones laborales, comidas comunales y actividades de vigilancia están dirigidas a todos los miembros en general. Como intervenciones, estas actividades no son aleatorias a cualquier acontecimiento o problema específico en la comunidad. Su impacto en la membresía colectiva y en el individuo se produce a través de la participación diaria directa e indirecta.

Las *intervenciones específicas* no son programadas de manera rutinaria pero dependen de las necesidades de la comunidad. Por ejemplo, las advertencias (pull-ups) de los residentes o del personal a la comunidad en general, las prohibiciones de la casa, las reuniones generales y los eventos recreativos especiales se utilizan para tratar cuestiones específicas de los miembros en general. Estas cuestiones podrían ser problemas a solucionar o necesidades de inspiración o afirmación. La necesidad de intervenciones específicas de la comunidad podría estar indicada por sucesos inmediatos o anticipados producidos en la comunidad, como la enfermedad o la defunción de algún residente o miembro del personal; acontecimientos de relevancia local o nacional; o problemas percibidos en la comunidad en general, como una tasa inesperadamente alta de abandonados, violencia, consumo de drogas, falta de participación o estado de ánimo.

Intervenciones individuales

Ciertas intervenciones son específicamente contingentes con la conducta del individuo y podrían ser emitidas por los residentes, como las advertencias, confrontaciones, afirmaciones, sugerencias e instrucciones en torno a lo que ocurra dentro y fuera de los grupos clínicos; o podrían ser emitidas por el personal, como los privilegios, cambios de trabajo, cambios de etapa, conversaciones extensas o breves de *counseling* vis-a-vis, reprimendas verbales o diversas sanciones disciplinarias.



Aunque las intervenciones podrían ir dirigidas a individuos específicos, también se utilizan para llamar la atención de la comunidad en general. Por ejemplo, describíamos en capítulos anteriores, que las consecuencias disciplinarias emitidas por el personal son comunicadas mediante las observaciones de los residentes. La implicación de los residentes eleva las intervenciones correctoras al ámbito de las enseñanzas comunitarias. En este sentido, el individuo, los residentes y la membresía general son *responsables* de manera colectiva de la conducta de la comunidad.

Intervenciones interactivas

El impacto de las intervenciones particulares podría enriquecerse, retrasarse o producirse mediante la interacción entre residentes. Por ejemplo, los mensajes emitidos en los seminarios podrían ser aclarados en las conversaciones informales entre residentes que preceden y que siguen a los seminarios. Por otro lado, el individuo podría no aceptar las observaciones vertidas hacia él o ella en el grupo de encuentro, hasta que no observe y afronte la misma conducta en otro miembro, en un encuentro de grupo posterior. De este modo, estas actividades, desarrolladas de manera individual o conjunta, deben tener una duración, intensidad y frecuencia mínimas para producir la modificación individual.

MODIFICACIÓN MULTIDIMENSIONAL EN EL PROCESO DE CAMBIO

La descomposición del individuo “en su totalidad” en sus conductas, experiencias y percepciones es, en cierto modo, una fuente artificial similar a los intentos de clasificación del medio social global de la Comunidad Terapéutica en intervenciones separadas. La modificación multidimensional puede ser descrita objetivamente en relación con los ámbitos psicológico, social y conductual interrelacionados, y con las experiencias y percepciones esenciales de auto-información.

Sin embargo, la idea de una modificación ordenada o uniforme es una idealización. Los individuos difieren en el modo en que comparten sus características y, especialmente, en sus porcentajes de modificación. Además, para ciertos individuos, su propia capacidad de cambio es una variable constante. A medida que los individuos progresan a lo largo del programa, se enfrentan continuamente a nuevas demandas y desafíos. Un nivel estable de modificación es señal de los esfuerzos renovados por continuar en el siguiente nivel de auto-aprendizaje y modificación personal, que a su vez reintroducirá la deses-

tabilización, los nuevos errores, la incertidumbre y, más tarde, la re-estabilización del cambio. A pesar de estar relacionadas a lo largo del proceso, las variabilidades de las modificaciones conductuales y objetivas serán descritas de forma separada.

Variabilidad de la modificación conductual

La modificación conductual es accidentada y errática, en el sentido de que podría afectar sólo a algunos de los indicadores conductuales. Por ejemplo, en el ámbito de la madurez, el residente podría mostrar una reducción de ciertas conductas (p.e., maldecir, jurar, emplear palabras más amables) pero no de otras (p.e., seguir contestando de forma inapropiada a los miembros del personal) dentro del ámbito, la modificación puede no ser estable en aquellas conductas antiguas y nuevas que pueden aparecer, desaparecer y reaparecer a lo largo del tiempo. Por ejemplo, en el ámbito de la desviación social, la reducción del empleo de la jerga de la calle, las actitudes antisociales, y las conversaciones acerca de la droga son variables, especialmente durante los primeros meses del programa.

La modificación a través de los ámbitos y dimensiones conductuales es *asimétrica*, en el sentido de que podría no ocurrir de un modo uniforme. Aunque los ámbitos y las dimensiones están interrelacionados, su tasa de modificación no tiene por qué estar correlacionada. Por ejemplo, los residentes podrían mostrar una mejoría considerable en su socialización, pero una mejoría general modesta en los ámbitos psicológicos.

Variabilidad de la modificación subjetiva

Las modificaciones objetivas son tal vez más variables que las modificaciones conductuales. Los sentimientos y percepciones se encuentran en flujo constante, reflejando la intensidad interpersonal de la vida comunitaria, así como el proceso del aprendizaje de ensayo y error. Por ejemplo, las experiencias de sentirse comprendido y aceptado por otros modifican las interacciones diarias, especialmente en el curso de los grupos terapéuticos. Experiencias tales pueden afectar a las modificaciones en las percepciones del individuo acerca de la idoneidad de la propia Comunidad Terapéutica. Las percepciones de progreso personal, dependen de la estabilidad de las modificaciones conductuales y actitudinales. Así, el modo en que los individuos se vean a sí mismos está asociado en parte a la variabilidad de sus modificaciones conductuales.



Otra fuente de variabilidad en las percepciones y experiencias deriva de las influencias exteriores a la comunidad. Las interacciones con los familiares y amigos ejercen presiones para la permanencia del individuo en el tratamiento o para su abandono. Volver a visitar a los antiguos vecinos y superar la existencia del mundo real durante los permisos es válido concretamente en el aprendizaje y provoca las experiencias, que desafían a la percepción del individuo de su progreso y su auto-modificación.

En general, la variabilidad del proceso de modificación multidimensional revela los elementos familiares del aprendizaje de ensayo y error. La variabilidad conductual subjetiva es mayor durante las etapas tempranas de tratamiento pero disminuye gradualmente con el tiempo. Por ejemplo, las experiencias relacionadas con la seguridad física y psicológica son menos estables durante las primeras semanas o meses de la vida comunitaria, durante las cuales los individuos tratan de aprender a adoptar los riesgos de la apertura personal. Con la permanencia en la comunidad, la variabilidad disminuye reflejando una modificación estabilizada conductual y experimental progresivamente.

PRINCIPIOS DE LA MODIFICACIÓN

Hasta ahora, los principales elementos del proceso de tratamiento de la Comunidad Terapéutica han sido descritos en relación con las intervenciones de la comunidad, las dimensiones conductuales, y las percepciones y experiencias esenciales. El modo en que se suceden los cambios en el individuo se refiere a los principios sociales y psicológicos, y a los mecanismos que relacionan las modificaciones multidimensionales con estas intervenciones.

Principios de aprendizaje sociales y conductuales

Todo cambio acontecido en la Comunidad Terapéutica se observa desde una orientación conductual en relación con el aprendizaje y la formación. Existen ciertos principios de aprendizaje social y formación conductual familiares en la vida comunitaria que explican el modo en que la comunidad instruye y forma al individuo para el logro de su modificación.

Formación de los roles sociales

La modificación de los roles sociales de los individuos es un modo eficiente de facilitar el aprendizaje a través de los diferentes ámbitos de conductas, acti-

tudes, emociones y valores. El centro de atención de la formación de los roles se encuentra en las conductas, habilidades y actitudes relacionadas que tienen relevancia social y psicológica para la recuperación. Como describíamos en capítulos anteriores, los puestos de trabajo del residente en la jerarquía laboral, como despachador, jefe de departamento y coordinador, son ejemplos de los roles laborales para los que se forma a los individuos en la Comunidad Terapéutica. El modelo de rol es una clase más amplia de actitudes y conductas relacionadas que reflejan los valores y expectativas de la comunidad. Normalmente, estas expectativas se suman en los diferentes roles comunitarios, como el de estudiante, aprendiz, profesor y líder, que describen la relación cambiante del individuo con la comunidad. Así, los individuos aprenden a través del éxito sus diferentes roles sociales en la comunidad, atraviesan una gran variedad de modificaciones sociales y psicológicas.

Aprendizaje delegado

El aprendizaje delegado es inherente al contexto de la vida comunitaria, sus normas, reglas, régimen diario de actividades e interacciones informales. Los residentes y los miembros del personal son modelo del rol de las conductas y actitudes consideradas como expectativas normativas de la comunidad. La auto-modificación se inicia a menudo a través de la observación de los demás y la identificación con ellos, en las interacciones sociales e interpersonales del día a día (por ejemplo, escuchar las diferentes historias de cada uno y ser testigo de los ejemplos de modificaciones sutiles e importantes en los residentes a lo largo del tiempo).

Estos aspectos transmiten señales emocionales y perceptuales fundamentales que guían en la auto-modificación. Además, ciertas guías indirectas derivan de la información acerca de otros, por ejemplo, la disposición al abandono y los éxitos de los graduados y de los miembros del personal.

Así, el principio del aprendizaje delegado es persuasivo en la vida comunitaria. Los residentes imitan a otras personas que son modelos de rol del cambio, y se identifican con sus historias, hecho que facilita la auto-modificación del pensamiento, las percepciones y la conducta. En general, la exposición diaria a las percepciones de los demás durante las diferentes etapas de la modificación potencia la propia auto-modificación sin una instrucción específica, y proporciona incentivos para la implicación en el proceso de aprendizaje de ensayo y error.



Adiestramiento de la eficacia

Todo aprendizaje en las Comunidades Terapéuticas conlleva una superación por parte de los residentes de los errores pasados concernientes a su rendimiento, a sobrellevar su consumo de drogas en particular, y su vida en general. La eficacia se refiere al desarrollo de las conductas que funcionan. La eficacia y la auto-estima se refieren a los resultados objetivos del individuo asociados al rendimiento exitoso de estas conductas que funcionan. Esto implica a las percepciones y los sentimientos expresados como confianza aumentada acerca del rendimiento en general, así como de las creencias y expectativas cambiantes acerca de su habilidad para tratar con las nuevas situaciones en particular (p.e., Marlatt y Gordon, 1985). Alcanzar las expectativas comunitarias de rendimiento, responsabilidad, auto-evaluación y autonomía implica un incremento de la auto-eficacia y la auto-estima.

El concepto general de ensayo y error subyace al adiestramiento de la eficacia, así como a los demás principios de aprendizaje en la Comunidad Terapéutica. El residente ha de implicarse en las nuevas conductas y actitudes y ser capaz de lograr una modificación. En la literatura acerca del aprendizaje conductual, la frase *ensayo y error* implica una búsqueda de la “respuesta correcta”. En la Comunidad Terapéutica, las guías, los roles sociales y la continua retroalimentación proporcionan a los residentes instrucciones claras, sugerencias y ejemplos que guían el nuevo aprendizaje. Así, en la Comunidad Terapéutica, el ensayo se refiere al intento válido por seguir estas guías.

La comunidad anima a los residentes a intentar el cambio, es decir, a implicarse en el cambio mediante la realización de un esfuerzo. El término fracaso no suele ser utilizado, excepto para describir la ausencia de intento o el abandono ante la posibilidad de cometer errores. Los ensayos también incluyen intentos de modificar actitudes de conductas, estos esfuerzos también puede ser experimentados como cambios. Así, en la Comunidad Terapéutica, intentarlo es conseguirlo, y los residentes que se ven a sí mismos cambiando están motivados para continuar trabajando en la modificación.

Desde la visión de la Comunidad Terapéutica de la persona y su recuperación, los errores son muestras de conductas y actitudes erróneas y son esenciales para el aprendizaje y la modificación individual. Por ejemplo, todo el sistema de privilegios y sanciones disciplinarias se basa en las expectativas de la comunidad acerca de las infracciones sociales, déficits de habilidades y actitudes negativas que podrían y deberían ocurrir. Estas características de la persona y su trastorno no pueden ser modificadas de manera manifiesta a no ser que

sean mostradas. Las conductas y actitudes negativas encubiertas para evitar las sanciones de la comunidad no son susceptibles de modificación. La modificación estable implica un aprendizaje de las conductas positivas y una eliminación de las conductas y actitudes negativas.

La evitación de los errores a menudo es una muestra de que los residentes no están asumiendo los riesgos necesarios para el logro de la modificación. Podrían aferrarse a lo que conocen mejor y aprovechar peor las oportunidades para asumir nuevos niveles de responsabilidad o de interacción social. Esta evitación de los errores imposibilita el desarrollo de una nueva tolerancia a las demandas de rendimiento, y refuerza su temor a las críticas o el fracaso. También fomenta las tendencias a la no apertura, al secretismo y al ocultamiento de las debilidades, factores que contribuyen a una baja auto-estima. Así, la evitación de los errores limita el alcance y la estabilidad del aprendizaje del individuo.

Finalmente, como describíamos en el capítulo anterior, es necesario cometer errores para lograr una interiorización del nuevo aprendizaje. Sin resultados experimentales como la auto-eficacia, el aprendizaje es menos susceptible de ser interiorizado. Las tentativas de ensayo y error producen consecuencias objetivas y subjetivas de manera que el residente puede experimentar rápida y fácilmente las diferencias entre las nuevas y las antiguas formas de comportamiento. Así, las tentativas y los errores proporcionan una base experimental fiable previa a la interiorización de las modificaciones aprendidas.

La comunidad como formadora

Aunque los principios aprendizaje social y conductual son evidentes en la Comunidad Terapéutica, interfieren de manera natural como una característica inherente a la comunidad como método. Una instrucción explícita de la comunidad a la comunidad, es la de que los residentes y los miembros del personal son los observadores, monitores y mediadores de los mensajes de recuperación y la vida correcta. De hecho, el propio rol del miembro de la comunidad es formado y mutuamente monitorizado. Se espera de los residentes que permanezcan despiertos ante el entorno social y físico de las instalaciones, que ofrezcan instrucciones y retroalimentaciones específicas en apoyo a los esfuerzos individuales de cambio, y que expresen sus preocupaciones y observaciones en relación con el propio status de la comunidad. Los miembros del personal, como miembros de la comunidad, guían a los residentes para que sirvan



como modelos de rol y formadores de sus residentes, y para que monitoricen la fidelidad y el impacto de las actividades diarias como intervenciones para los individuos de la comunidad.

MECANISMOS PERCEPTUALES Y EXPERIMENTALES EN EL PROCESO DE RECUPERACIÓN

Desde la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, la modificación de la persona en su totalidad no sólo implica a las conductas observables, sino también a las percepciones y experiencias subjetivas. Esta sección analiza las percepciones y experiencias como mecanismos integrales del proceso de modificación⁶⁰.

Contraste perceptual

El contraste perceptual se produce cuando los residentes reconocen en sí mismos un cambio con respecto a su perfil anterior. Los efectos del contraste podrían consistir simplemente en que los residentes aprecien un cambio en sus pautas de conducta o sus sentimientos. Los contrastes más llamativos podrían expresarse en forma de modificación del ego del residente o de su identidad. De este modo, las percepciones de cambio y progreso son resultados del proceso, pero en contraste se comportan también como factores que contribuyen al proceso de modificación.

Los contrastes perceptivos de la modificación o progreso podrían ocurrir como acontecimientos diferentes en momentos particulares, como los grupos de encuentro o las maratones. Podrían aflorar en otras circunstancias especiales, apartadas del programa, como las excursiones de día o los permisos de fin de semana. Estas situaciones proporcionan oportunidades explícitas para realizar observaciones comparativas y confirmar sus modificaciones personales con respecto al modo en que apreciaban su antiguo vecindario, la proximidad de la droga y sus consumidores, y el modo en que se relacionan con sus amigos, familia o hijos.

Más frecuentemente, sin embargo, las guías para estos contrastes son normales y surgen de los diferentes roles y las actividades diarias de la comunidad, por ejemplo, codearse con residentes más jóvenes en etapas más tempranas

60. La formulación de percepciones y experiencias como mecanismos en el proceso de modificación no deriva directamente de la literatura psicológica. En cambio, representa un intento por parte del autor de integrar conceptos conductuales y fenomenológicos en el proceso de modificación.

del proceso, gestionar una situación estresante o provocativa con residentes o miembros del personal de un modo más constructivo, controlar los sentimientos de forma diferente, o simplemente darse cuenta de la ausencia o la reducción de la frecuencia de los antiguos pensamientos acerca de la droga y sus cuestiones relacionadas.

Los contrastes perceptivos son eventos privados que ilustran el modo en que la vida comunitaria contribuye al proceso de modificación. Por ejemplo, los residentes interactúan constantemente entre ellos en varias etapas de la recuperación. Los residentes senior tienen la oportunidad de observar de manera objetiva las conductas y actitudes de los residentes junior. Prefieren las diferencias entre su forma de comportarse en el pasado y el modo en que lo hacen en la actualidad como modelos de rol. Este contraste percibido del pasado personal y el presente anima a la búsqueda de percepciones (de “donde estoy” a “donde quiero estar”) que resultan todavía más reforzadas gracias a la interacción con los residentes, el personal y la familia.

Avivamiento perceptual

Los contrastes perceptuales son activados durante el tratamiento, es decir, representan el resumen de modificaciones menores en las conductas, el pensamiento y los sentimientos. Cuando estas modificaciones alcanzan un mínimo de coherencia o regularidad, resultan evidencias claras para el individuo de los cambios logrados. Un contraste perceptual tal es capaz de facilitar modificaciones conductuales y actitudinales más amplias o rápidas que motivarán, a su vez, una serie de percepciones más pronunciadas.

La percepción del ego cambiante es un contraste perceptual muy importante en el proceso de modificación, y es avivado merced a las modificaciones conductuales y experimentales más leves. Por ejemplo, “estoy creciendo” es una auto-percepción que evoluciona desde las modificaciones en varios ámbitos (p.e., madurez, responsabilidad, valores, habilitación). Las percepciones más amplias, como las de auto-modificación, refuerzan de manera significativa el compromiso con el propio proceso de modificación. De este modo mayores contrastes protectores (activados durante el proceso) representan tanto objetivos fundamentales como facilitadores del propio proceso.

El concepto de avivamiento subraya los “aspectos silenciosos” del proceso de modificación. Las pequeñas modificaciones no observadas en conductas y cogniciones a menudo facilitan modificaciones mayores, que más tarde se harán perceptibles al individuo y a los demás. La tabla 24.1 ilustra los elementos positivos y negativos del avivamiento en varios ejemplos clínicos.



Tabla 24.1. Avivamiento perceptual: varios ejemplos clínicos.

“Borracho seco”

Expresión común entre los drogodependientes, que muestra un ejemplo negativo del avivamiento en el proceso de recuperación. Con relativa frecuencia, los individuos muestran conductas, actitudes y sentimientos asociados a la bebida, anticipando una recaída en el consumo de droga o alcohol. De no ser interrumpidas, estas pequeñas modificaciones provocarían percepciones de flaqueza (“¿Y, ¿si bebiera un trago?”), que podrían precipitar episodios completos de recaída conductual.

“Actúa como si...”

Un concepto instructivo clave de la Comunidad Terapéutica que ilustra de manera positiva el mecanismo del avivamiento. La expresión “Actúa como si...” obliga a los individuos a emplear conductas y actitudes positivas, independientemente del modo en que se comporten o se perciban a sí mismos habitualmente. “Actuar como si...” de manera continuada aumenta gradualmente las percepciones de modificación auténtica, que a su vez mantienen la implicación de los individuos en el proceso de modificación.

Implicación temprana

La inducción es una etapa crítica del tratamiento, en el que los individuos se exponen a un alto riesgo de abandonar el programa. Así, el avivamiento perceptual que ayuda a iniciar la implicación temprana puede constituir un apoyo para la permanencia en el programa. Por ejemplo, las modificaciones individuales que llevan de oír a escuchar atentamente las historias de los demás podrían hacer que el residente cambiara su lugar de la última fila de la habitación a la primera fila. Esta modificación podría estar asociada a la percepción de posibilidades de cambio, tras las cuales el individuo podría comenzar a relatar su propia historia. Estas modificaciones progresivas que conducen a la implicación temprana se suman a la percepción de afiliación inicial, y podrían motivar entonces una participación más plena en el programa.

Acontecimientos terapéuticos

Durante el proceso de modificación, el aprendizaje es errático, gradual y progresivo. Sin embargo, su curso está señalado por diferentes momentos de la modificación personal constituyendo una experiencia “total” (pensamientos y percepciones relevantes relacionados, sentimientos y comprensión) estos momentos y marcar las experiencias críticas, y cuando se asocian a circunstancias explícitas (p.e., en las maratones) se consideran como acontecimientos terapéuticos. Estas experiencias especiales facilitan de manera singular las modifi-

caciones mayores que podrían ser conductuales (nuevos modos de superación y respuesta), introspecciones especiales (una nueva comprensión del ego en relación con las influencias externas), y compromisos de cambio (re-decisiones de continuar en el proceso).

Los acontecimientos terapéuticos parecen ser repentinos, pero me representan el desarrollo del individuo en el programa hasta el momento en que suceden. Ocasionalmente, sin embargo, se trata de incidentes aislados de “apertura personal”, modificaciones progresivas sostenidas de auto-aprendizaje. Son vistas como coyunturas críticas del cambio, que mantienen al individuo en el proceso y aceleran el porcentaje general de aprendizaje individual. De este modo, el programa trata de inducir acontecimientos terapéuticos en los momentos apropiados del proceso, utilizando actividades como las maratones o los retiros especiales.

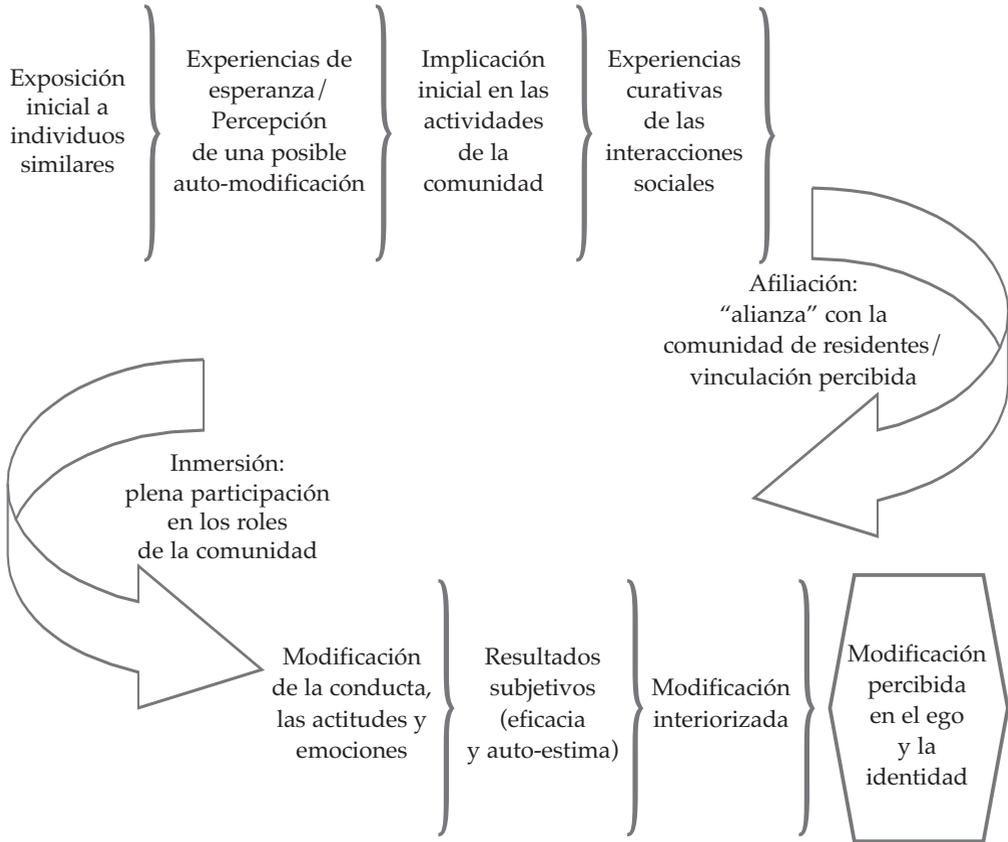
Desde la perspectiva del proceso, los acontecimientos o momentos terapéuticos enriquecen el proceso de modificación, es decir, relacionan las experiencias de aprendizaje previas con las actuales, y éstas a su vez median en el nuevo aprendizaje. Por ejemplo, la reorganización de la historia, los problemas y las opciones vitales de cada individuo podría favorecer una perspectiva cambiante de sí mismo. Aunque a menudo implican sentimientos de dolor, los acontecimientos terapéuticos son experiencias esencialmente positivas: motivan al individuo para continuar implicándose de manera activa en el proceso de tratamiento y recuperación.

En general, las experiencias y percepciones son dimensiones críticas de la persona en su totalidad. Estos elementos objetivos funcionan también como mecanismos en el proceso de modificación. Como consecuencia de las intervenciones o como elementos asociados de la modificación conductual, fomentan la participación, refuerzan el aprendizaje y mantienen a los individuos en el proceso.

Integración de los elementos del proceso de tratamiento

El proceso de tratamiento en la Comunidad Terapéutica puede ser enmarcado en la relación dinámica entre la comunidad como contexto de intervenciones múltiples planificadas y no planificadas, y la modificación multidimensional del individuo. El término dinámico significa que el propio proceso de modificación es variable y progresivo (evoluciona a lo largo de varias etapas). De este modo, las modificaciones interrelacionadas en las conductas, actitudes, experiencias y percepciones evolucionan gradualmente hacia un nuevo estilo de vida y un cambio de identidad, a medida que los individuos van sumergiéndose completamente en la comunidad e interiorizando sus enseñanzas (ver figura 24.1).

**Figura 24.1. Proceso de tratamiento en la Comunidad Terapéutica:
Elementos principales.**



Los principios sociales y psicológicos, que median de manera natural en el contexto de la vida comunitaria, explican el modo en que los individuos aprenden en la comunidad, y el funcionamiento de las experiencias y percepciones esenciales como mecanismos integrales del propio proceso. Sin embargo, la comunidad como método acentúa el hecho de que los individuos cambian social y psicológicamente cuando se encuentran completamente inmersos en la vida de la comunidad. El logro de las expectativas de participación en todos los roles y actividades comunitarias conducen a la modificación individual que favorece la implicación, la participación continuada y las modificaciones mayores. Esta interacción continúa entre el individuo y la comunidad capta la esencia del proceso de tratamiento en la Comunidad Terapéutica.

CONCLUSIÓN

Un marco conceptual del proceso de tratamiento de la Comunidad Terapéutica como metodología única social y psicológica para modificar a los individuos reformula, pero no sustituye, a la perspectiva y el método de la Comunidad Terapéutica. En la Comunidad Terapéutica, la recuperación y la modificación del estilo de vida y de la identidad se producen a través de la “vida correcta”, que supone la plena participación en todas las actividades y roles de la comunidad, y la interiorización de sus valores y enseñanzas de recuperación. La plena participación es el vehículo para el logro de las modificaciones en el estilo de vida, que podría ser definido como una integración de las nuevas conductas, cogniciones, emociones, actitudes y valores. De este modo, las modificaciones en la vida, guiadas por la comunidad, tienen como resultado un cambio en el modo en que los individuos experimentan y se perciben a sí mismos, es decir, un cambio de identidad.

Comunidades Terapéuticas: el desafío de la evolución

25

A medida que la Comunidad Terapéutica continúa evolucionando hacia los servicios sociales convencionales, va cambiando, remodelando su composición en cuanto a recursos humanos, modificando su metodología y, hasta cierto punto, readaptando sus objetivos. Estos cambios son esperados y coherentes con las propias enseñanzas de la Comunidad Terapéutica, que subrayan la realidad de que *la única certeza en la vida es la propia modificación*. Pero en esta transición evolutiva, existe un riesgo significativo de que el modelo y método originales muten más allá de cualquier reconocimiento y, aún más importante, pierdan su efectividad. Este riesgo obliga a la Comunidad Terapéutica a mantener sus rasgos únicos de identidad y eficacia.

El fundamento explícito de este libro es el de que el marco teórico de la Comunidad Terapéutica, apoyado por la experiencia clínica de investigación, puede mantener la identidad única de la Comunidad Terapéutica y la fidelidad de sus más amplias aplicaciones. Esta solución queda reflejada en varias iniciativas que han de ser lanzadas: (a) la especificación de los componentes esenciales de un *modelo genérico de Comunidad Terapéutica*; (b) las pautas generales para la adaptación y modificación de la Comunidad Terapéutica en contextos especiales, para poblaciones especiales y con limitación de financiación; (c) la codificación de los principios y prácticas de la Comunidad Terapéutica en *modelos* explícitos para mantener la integridad del modelo y el método del programa; (d) la diseminación de la *formación y la asistencia técnica* de la Comunidad Terapéutica apoyados en la teoría y el método para mantener la fidelidad a las prácticas de la Comunidad Terapéutica; y (e) la formulación de una *agenda de investigación* relevante para depurar la teoría de la Comunidad Terapéutica y mejorar su metodología de tratamiento.

En este capítulo final explicaremos brevemente estas iniciativas. Aunque están interrelacionadas, cada una de ellas representa una estrategia para man-



tener los aspectos esenciales que la Comunidad Terapéutica a medida que ésta adapta de manera continua su metodología a la diversidad de problemas, personas y contextos.

UN MODELO GENÉRICO DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA

No todos los programas de tratamiento residencial para adicciones a drogas son Comunidades Terapéuticas, ni todas las Comunidades Terapéuticas se encuentran en contextos residenciales, tampoco todos los programas que se llaman a sí mismos Comunidades Terapéuticas emplean los mismos modelos de tratamiento. Desdichadamente, la denominación Comunidad Terapéutica se utiliza incorrectamente para representar programas en casi cualquier tipo de contexto. Uno de los efectos de esta denominación ha sido el oscurecimiento de la comprensión de la Comunidad Terapéutica como metodología de tratamiento para las adicciones a drogas, del modo en que funciona, de en qué condiciones funciona mejor, y acerca de cuáles son los usuarios para los que la Comunidad Terapéutica constituye el tratamiento de elección. La teoría, el modelo y el método de la Comunidad Terapéutica formulados en este volumen proporcionan una base para la definición de los componentes esenciales de un modelo de programa genérico de Comunidad Terapéutica, como el contenido en la tabla 25.1.

Tabla 25.1. Componentes del modelo de programa genérico de Comunidad Terapéutica.

Separación de la comunidad

Los programas orientados a la Comunidad Terapéutica tienen sus propios nombres, a menudo inventados por los usuarios, y están ubicados en un espacio o local separado de cualquier otra agencia o programa institucional, unidad o, generalmente, del entorno relacionado con la droga. En el contexto residencial, los usuarios permanecen apartados de las influencias exteriores las 24 horas del día durante varios meses, antes de adquirir privilegios de permiso. En los contextos no residenciales de “tratamiento de día”, el individuo se encuentra en el entorno de la Comunidad Terapéutica entre 4-8 horas, y está monitorizado por sus residentes y su familia. Incluso en los contextos menos restrictivos, los programas orientados hacia la Comunidad Terapéutica y sus componentes se encuentran en un lugar separado del exterior. Los miembros se separan gradualmente de sus antiguas redes sociales y se relacionan con sus residentes “limpios de droga” en el programa.

Un entorno comunitario

El ambiente interno de las instalaciones de una Comunidad Terapéutica está formado por un espacio comunal que tiene como fin promover la sensación de comunidad y las actividades colectivas, por ejemplo, grupos y reuniones. Sus paredes muestran carteles que detallan en términos sencillos la filosofía del programa, los mensajes de la vida correcta y la recuperación. Los tableros de corcho y las pizarras identifican a todos los participantes por su nombre, nivel de status y función laboral en el programa; los horarios están colocados en ellos. Estas formas de expresión visual muestran un marco organizativo del programa con el que el individuo puede relacionarse y comprender, y una serie de factores que promueven la afiliación.

Actividades comunitarias

Para su utilización efectiva, los servicios de tratamiento o educativos deben ser proporcionados dentro del contexto de las comunidades residentes. Así, con la excepción del *counseling* individual, todas las actividades están programadas en formato colectivo. Estas entidades incluyen al menos una comida diaria preparada, formal y compartida por todos los miembros; un diario planificado de grupos, reuniones y seminarios; las funciones de los equipos de trabajo; un tiempo organizado para el ocio y del recreo; ceremonias y rituales (p.e., cumpleaños, graduaciones, etc.).

Roles del personal y funciones

El personal está compuesto por un conjunto de profesionales recuperados mediante la auto-ayuda y otros profesionales tradicionales (p.e., médicos, abogados, psicólogos y educadores) que han de integrarse a través de la formación sustentada por los conceptos básicos de la perspectiva y la metodología de la Comunidad Terapéutica. Las habilidades profesionales definen la función de cada miembro del personal (p.e., enfermero, médico, abogado, profesor, administrador, trabajador de mantenimiento, consejero clínico). Independientemente de la disciplina o función profesional, sin embargo, el rol genérico de todos los miembros del personal es el de miembro de la comunidad, por lo que su misión es la de ejercer la autoridad racional, facilitar y proporcionar pautas de acción, de acuerdo con el método de comunidad de auto-ayuda.

Los residentes como modelos de rol

Los miembros que demuestran las conductas esperadas, y reflejan los valores y necesidades de la comunidad son utilizados como modelos de rol. De hecho, la fuerza de la comunidad como contexto para el aprendizaje social está relacionada con la cantidad y la calidad de sus modelos de rol. Se espera de todos los miembros de la comunidad que lleguen ser modelos de rol (compañeros de habitación; residentes mayores y más jóvenes; junior, senior y personal de dirección). Las Comunidades Terapéuticas necesitan de estos múltiples modelos para erradicar y mantener la integridad de la comunidad y asegurar el despliegue de los efectos del aprendizaje social.

Un día estructurado

La estructura del programa está relacionada con la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, especialmente en la visión del usuario y su recuperación. Las actividades rutinarias organizadas se enfrentan a las vidas característicamente desordenadas de estos usuarios y los distraen del pensamiento negativo y el aburrimiento, factores que predis-



ponen al consumo de droga. Las actividades estructuradas de la comunidad facilitan al individuo el aprendizaje de la auto-estructura, la gestión, la planificación, la adopción y el logro de los objetivos, y la responsabilidad general. De este modo, independientemente de su duración, el día tiene un horario formal de actividades variadas, terapéuticas y educativas con formatos prescritos, horas fijadas y procedimientos rutinarios.

El trabajo como terapia y educación

De acuerdo con la metodología de auto-ayuda de la Comunidad Terapéutica, todos los usuarios son responsables de la gestión diaria de las instalaciones (limpieza, organización de actividades, preparación de la comida y servicio, mantenimiento, adquisiciones, seguridad, coordinación de horarios, labores preparatorias para los grupos, seminarios, y reuniones). En la Comunidad Terapéutica, los diferentes roles laborales transmiten los efectos educativos y terapéuticos esenciales. Los trabajos refuerzan la afiliación al programa a través de la participación, proporcionan oportunidades para el desarrollo de las habilidades y potencian la auto-evaluación y el crecimiento personal mediante los desafíos del rendimiento y la responsabilidad del programa. La variedad de trabajos de los usuarios depende del contexto del programa (institucional o de libre formación) y los recursos de los usuarios (niveles de función psicológica, habilidades sociales y vitales).

Los conceptos en la Comunidad de Terapéutica

Existe un repertorio formal e informal para instruir acerca de la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, especialmente sus conceptos en torno a la recuperación mediante la auto-ayuda y su visión de la vida correcta. Los conceptos, mensajes y lecciones que componen este repertorio se repiten en los diferentes grupos, reuniones, seminarios y conversaciones entre residentes, así como en las lecturas, los carteles y escritos personales.

Los grupos de encuentro de los residentes

El grupo comunitario o terapéutico principal es el encuentro, aunque también se utilizan otras formas de grupos de apoyo terapéutico o educativo, en función de las diferentes necesidades. El objetivo mínimo del encuentro de residentes es similar en todos los programas orientados a la Comunidad Terapéutica, es decir, el de aumentar la conciencia del individuo acerca de los patrones actitudinales o conductuales específicos que debería modificar. Sin embargo, el proceso de encuentro podría diferir en cierto grado según la dirección por parte del personal y su intensidad, dependiendo de los subgrupos de usuarios (p.e., adolescentes, presidiarios, individuos con trastornos duales).

Entrenamiento de la conciencia

Todas las intervenciones terapéuticas o educativas implican un aumento de la conciencia del individuo acerca del impacto de su conducta y actitudes, tanto en sí mismo como en su entorno social; e inversamente, el impacto de las conductas y actitudes en los demás, en el individuo y su entorno social.

Entrenamiento del crecimiento personal

Para lograr los objetivos de crecimiento personal y socialización es necesario instruir a los individuos acerca de cómo identificar los sentimientos, expresarlos apropiadamente y manejarlos de manera constructiva, a través de las demandas interpersonales y sociales de la vida comunitaria.

Duración planificada del tratamiento

La duración óptima del proceso de implicación en un programa completo ha de ser coherente con los objetivos de recuperación de la Comunidad Terapéutica y su visión evolutiva del proceso de modificación. La duración de este proceso variará según el caso individual de cada persona, dependiendo concretamente de su etapa de recuperación, aunque es necesario el período mínimo de implicación intensiva para asegurar la interiorización de las enseñanzas de la Comunidad Terapéutica.

Continuidad del cuidado

La finalización del tratamiento primario es una etapa del proceso de recuperación. Los servicios de cuidado tras esta etapa constituyen un componente esencial del modelo de la Comunidad Terapéutica. Tanto si se desarrollan dentro de los límites del programa principal, o de forma separada, como en casas de tránsito residenciales o no residenciales o en el ámbito ambulatorio, la perspectiva y la metodología que guían los cuidados a recibir tras la finalización del programa deben suceder a los cuidados recibidos durante el tratamiento primario en la Comunidad Terapéutica. De este modo, las visiones de la vida correcta y la recuperación basada en la auto-ayuda, y la utilización de las redes de residentes son esenciales para enriquecer la utilización apropiada de los servicios vocacionales, educativos, de salud mental, sociales, y demás cuidados típicos requeridos en las etapas de convalecencia o re-ingreso.

De "Therapeutic Communities for Addictions: A Theoretical Framework", por G. De Leon, 1995, *International Journal of the Addictions*, 30, (12), pp. 1603-1645.

PAUTAS DE ACCIÓN GENERALES PARA LAS ADAPTACIONES Y MODIFICACIONES DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Detallar la diversidad actual de los programas orientados hacia la Comunidad Terapéutica se escapa de los propósitos de este capítulo. La literatura en torno al tema describe varios ejemplos de adaptaciones exitosas de este modelo genérico (p.e., De Leon, 1997a) la tabla 25.2 resume las pautas de acción generales para la modificación y adaptación de los programas orientados hacia la Comunidad Terapéutica, organizados en relación con las poblaciones, contextos y servicios especiales.

Típicamente, las modificaciones y adaptaciones se solapan y están interrelacionadas. Por ejemplo, los drogodependientes mentalmente enfermos podrían recibir su tratamiento en albergues, residencias comunitarias, clínicas de tratamiento de día, hospitalizaciones parciales, o pabellones hospitalarios propiamente dichos. Programas de Comunidad Terapéutica para drogodependientes criminales se suelen ubicar en entornos correccionales. Los servicios especiales señalan las necesidades específicas de las poblaciones especiales, aunque algunos de estos servicios pueden ofertarse a todas las poblaciones y en todos los contextos.



Tabla 25.2. Pautas de acción generales para las modificaciones y adaptaciones de la Comunidad Terapéutica para poblaciones, contextos y servicios especiales.

POBLACIONES ESPECIALES

Adolescentes que consumen droga, adolescentes con problemas emocionales, criminales con trastornos de abuso de drogas, seropositivos y usuarios con SIDA, vagabundos, madres con hijos drogodependientes con trastornos mentales, presidiarios drogodependientes con trastornos mentales, usuarios de programas de metadona.

Pautas generales

Para tratar a las diferentes poblaciones de drogodependientes se necesita el personal apropiado. La adaptación efectiva del modelo y el método de la Comunidad Terapéutica para estas poblaciones especiales requiere que todo el personal, independientemente de su formación profesional o la orientación del tratamiento, se comprometa con el desarrollo de la metodología, el modelo y el método de la Comunidad Terapéutica. Además, los objetivos del tratamiento, su duración e intensidad han de ser apropiados para cada usuario.

Algunos puntos clave

- *Formación cruzada:* el personal con experiencia en la Comunidad Terapéutica y el personal profesional tradicional con experiencia en la recuperación o en la Comunidad Terapéutica deben recibir una formación conjunta acerca de los elementos esenciales de la metodología de la Comunidad Terapéutica y de los problemas, necesidades y servicios de estas poblaciones especiales
- *Objetivos del tratamiento:* la sobriedad, la afiliación y la vida correcta son los objetivos fundamentales del tratamiento en la Comunidad Terapéutica para todos los drogodependientes. Sin embargo, los objetivos de tratamiento adicionales deben ser coherente para las poblaciones a las que se sirve; por ejemplo, para los adolescentes, una normalización de su trayectoria evolutiva; para drogodependientes con trastornos mentales, una potenciación eficiente de la utilización de los servicios sociales y de salud mental; para los criminales, una modificación del pensamiento criminal; para los vagabundos, el mantenimiento de un hogar permanente y garantizar el empleo.
- *Duración planeada del tratamiento:* no todos los residentes necesitan el mismo tiempo para lograr los objetivos del tratamiento de la Comunidad Terapéutica. En lugar de una duración prefijada del tratamiento, los criterios fundamentales para el paso a través de las diferentes fases del programa son el status clínico y la etapa de la recuperación. De modo similar, las estrategias deberían emparejar a cada usuario con una duración estimada de su tratamiento. Por ejemplo, los tratamientos residenciales más breves orientados a la Comunidad Terapéutica son apropiados para aquellos usuarios que se encuentran más socializados y habilitados, menos discapacitados psicológicamente y más capaces de mantener su abstinencia.
- *Intensidad del tratamiento:* las características exigencias de la Comunidad Terapéutica tradicional podrían no ser apropiadas para ciertas poblaciones. Las prácticas clínicas y de gestión de la Comunidad Terapéutica pueden moderarse dependiendo de la pobla-

ción en lo relativo a las sanciones disciplinarias, las interacciones entre residentes y los grupos de confrontación; y existe una mayor utilización de los diferentes formatos de grupos de terapia. El programa básico formado por los grupos de residentes, las reuniones e interacción comunal permanece invariable, aunque el régimen diario de actividades se relaja para permitir más tiempo y servicios fuera del programa primario.

- *Flexibilidad*: el tratamiento primario en la Comunidad Terapéutica se realiza con la mediación de la comunidad es residentes. Sin embargo, se presta una mayor atención a las diferencias individuales con respecto a las necesidades y servicios. Por ejemplo, el formato de etapas es más variable y la implicación familiar, el *counseling* de salud mental, la farmacoterapia y los servicios de educación especial son evaluados y proporcionados de manera individual. Existe una mayor utilización de las estrategias psicoeducativas para instruir a los usuarios acerca de la perspectiva y la metodología de la Comunidad Terapéutica, y de la información básica en torno a problemas y necesidades especiales, por ejemplo, los fundamentos de la enfermedad mental, el pensamiento criminal, la salud familiar, etc.

CONTEXTOS ESPECIALES

Clínicas ambulatorias, escuelas alternativas, residencias comunitarias para drogodependientes con trastornos mentales, albergues comunitarios, clínicas de tratamiento de día, albergues internos en hospitales, clínicas de metadona, prisiones, cárceles, residencias comunitarias a corto plazo

Pautas generales

La efectividad de los modelos de Comunidad Terapéutica en las prisiones, hospitales, albergues y clínicas depende de su integración social a estos contextos. Los programas de Comunidad Terapéutica acomodan sus objetivos, procedimientos, personal, prácticas generales y restricciones a las instalaciones en las que son implementados. Por ello, se produce una comprensión y una aceptación generales del *modus operandi* de la Comunidad Terapéutica dentro de cada sistema anfitrión o en las relaciones entre los diferentes sistemas.

Algunos puntos clave

- En la metodología de la Comunidad Terapéutica, se proporciona orientación y formación a todo el personal relevante en el sistema, para potenciar una auténtica comprensión de la Comunidad Terapéutica. Inversamente, el personal de la Comunidad Terapéutica debe estar orientado acerca de los aspectos y requerimientos especiales de las instalaciones.
- Deben cultivarse las relaciones profesionales y laborales entre los profesionales tradicionales y no tradicionales del personal. La comunicación, el intercambio de información y la resolución mutua de programas son actividades que se desarrollan de manera continuada entre los miembros del personal relevante.
- El compromiso con el apoyo a la Comunidad Terapéutica se sostiene mediante la demostración de que el programa tiene un impacto positivo en el sistema anfitrión, por ejemplo, la mejoría en el control de los usuarios, o el mantenimiento de un positivo estado de ánimo entre los miembros del personal y los usuarios.



SERVICIOS ESPECIALES

Cuidados infantiles, terapias familiares, counseling de salud mental, farmacoterapia, educación especial, counseling vocacional, formación en la prevención de recaídas, terapia racional-emotiva, otras terapias cognitivo-conductuales.

Pautas generales

Varias técnicas, servicios e intervenciones deberían amplificar y enriquecer la efectividad de la metodología de la Comunidad Terapéutica, en lugar de modificar o reemplazar las prácticas básicas de la Comunidad Terapéutica.

Algunos puntos clave

- *Control del tiempo:* los nuevos servicios son introducidos cuando los individuos presentan una afiliación estable a la comunidad de residentes y una plena comprensión de la metodología de la Comunidad Terapéutica.
- *Personal:* el personal que proporciona estos servicios está orientado para apoyar la metodología de la Comunidad Terapéutica.
- *Integración:* los servicios especiales son coherentes con la perspectiva y la metodología de la Comunidad Terapéutica, y están integrados de manera juiciosa en el régimen diario de actividades de la Comunidad Terapéutica.

La tabla 25.3 muestra varios ejemplos de las pautas anteriormente descritas. Señala la importancia de ciertas modificaciones y aplicaciones clave de la metodología de tratamiento de la Comunidad Terapéutica para tres poblaciones diferentes en contextos distintos: adolescentes (De Leon y Deitch, 1985; Jainchill et al. 1995, 1997, 1999; Pompei, 1994); presidiarios en entornos correccionales (Lipton, 1999; Lockwood, Inciardi, Butzin y Hooper, 1997; Wexler, De Leon, Thomas, Kressel y Peters, 1999; Wexler y Williams, 1986); y drogodependientes con trastornos mentales en instituciones y contextos basados en la comunidad (De Leon, 1993b; Galanter, Egelko, Rohrs y De Leon, 1993; Sacks et al., 1997; Silberstein et al., 1997).

En resumen, las adaptaciones exitosas de la Comunidad Terapéutica se adhieren a la perspectiva acerca de la recuperación y la vida correcta y a su metodología fundamental. Retienen los componentes básicos del modelo genérico, como su organización social, su estructura laboral, sus planes diarios de reuniones, grupos, seminarios, actividades de recreo, y sus etapas. El personal necesario para el desarrollo de estas adaptaciones se integra conceptualmente en la perspectiva y metodología de la Comunidad Terapéutica a través de una formación cruzada intensiva y continua.

Tabla 25.3. Adaptaciones de la metodología de la Comunidad Terapéutica: tres ejemplos.**COMUNIDADES TERAPÉUTICAS PARA ADOLESCENTES****Cuestiones clínicas**

En comparación con los adultos, una proporción mucho mayor de adolescentes ingresa en programas de Comunidad Terapéutica por presiones externas (generales o familiares); y la mayoría presentan déficits sociales, vocacionales, educativos, junto con problemas psicológicos. Generalmente, carecen de motivaciones intrínsecas fuertes para la modificación personal; permanecen sin emancipar de sus familias y son vulnerables a las presiones sociales y sexuales de la modificación evolutiva, incluso tras el tratamiento.

Objetivos del tratamiento

Los objetivos tradicionales de la recuperación en la Comunidad Terapéutica, de facilitar la modificación del estilo de vida y la identidad, podrían resultar demasiado ambiciosos cuando se aplican a adolescentes drogodependientes. Para los adolescentes, un objetivo principal del tratamiento es la facilitación de un desarrollo normativo. El desarrollo normativo asume que el joven ha adquirido un cierto grado de inmunidad contra la re-implicación en el consumo grave de droga y/o la conducta antisocial relacionada. También implica que el joven ha adquirido la suficiente madurez para implicarse en “conductas arriesgadas”, la sexualidad, las relaciones sociales, e incluso el consumo ocasional de marihuana y alcohol con fines recreativos, sin sufrir necesariamente consecuencias perjudiciales.

Adaptación y modificaciones

En este caso, se trata de instalaciones segregadas por edad con un énfasis considerable en la gestión y la supervisión, los programas educativos completamente desarrollados, una mayor implicación familiar y el *counseling* individual.

COMUNIDADES TERAPÉUTICAS PARA DROGODEPENDIENTES ENCARCERADOS**Cuestiones clínicas**

Las necesidades especiales de los drogodependientes en contextos correccionales se centran en varias cuestiones: su desviación social y sus “máscaras” criminales, su inferior motivación intrínseca por la modificación e, inversamente, las influencias de las razones de su falta de recuperación para la búsqueda de tratamiento en prisión, y sus necesidades de tratamiento y servicios tras su liberación para reintegrarse en la sociedad.

Objetivos del tratamiento

Los objetivos básicos de la modificación del estilo de vida y la identidad siguen siendo los mismos. Sin embargo, se presta una mayor atención a la modificación del pensamiento criminal, al reforzamiento de las razones motivadas intrínsecas de la modificación personal, y el mantenimiento de su compromiso con el tratamiento continuo tras su liberación.

Adaptación y modificaciones

Están también modeladas por los aspectos únicos del contexto correccional, por ejemplo, su interés por la seguridad, su objetivo de una rápida liberación, su limitación de espacio social y psicológico, y la propia cultura carcelaria. Los programas están aparta-



dos de la población carcelaria general. Los funcionarios correccionales y los administradores de la prisión, los para-profesionales de salud mental y de tratamiento de Comunidad Terapéutica reciben una formación cruzada acerca de la implementación del programa. Los modelos de continuación de la recuperación para los presidiarios que abandonan estas Comunidades Terapéuticas penitenciarias, se establecen en los hogares de transición orientados hacia la Comunidad Terapéutica.

COMUNIDADES TERAPÉUTICAS PARA DROGODEPENDIENTES CON TRASTORNOS MENTALES

Aspectos clínicos

Las necesidades especiales de los drogodependientes con trastornos mentales graves se centran en las cuestiones de los síntomas de sus enfermedades mentales, su fragilidad ante las interacciones sociales intensas, el nivel general de su disfunción social, su baja tolerancia a los regímenes estructurados, su propensión al aislamiento social y su necesidad de una utilización apropiada de los servicios de salud mental.

Objetivos del tratamiento

Los objetivos básicos de modificación del estilo de vida y la identidad se observan como objetivos a largo plazo, que pueden lograrse dependiendo del nivel funcional del individuo. Los objetivos realistas son: la aceptación por parte de los individuos de los efectos mutuos de su consumo de droga y sus problemas de salud mental, su implicación en el proceso de modificación, su aprendizaje de la utilización de las comunidades de residentes, el reforzamiento de sus habilidades en la vida diaria, su compromiso por continuar el tratamiento de su consumo de droga y su enfermedad mental más allá del programa, y su preparación para la formación vocacional y educativa. La ausencia de un hogar es el tercer mayor problema para la mayoría de estos usuarios. Así, un objetivo adicional del tratamiento es la formación de estos usuarios para buscar y asegurarse un acomodo permanente para minimizar el riesgo de recaída.

Adaptación y modificaciones

Las características clínicas de estos usuarios conforman estas modificaciones clave. Se concede mayor importancia a las diferencias individuales, evidente en una mayor utilización de la psicoterapia individual, el control de los casos, y las actividades de entrenamiento de las habilidades, una mayor flexibilidad en el régimen diario de actividades y en el formato de etapas, una estructura laboral menos exigente, la utilización de fármacos psicotrópicos estándar, una intensidad moderada del proceso grupal, mayor atención a las cuestiones de salud mental, y la utilización más extendida de formatos psicoeducativos. Las adaptaciones del contexto anfitrión, como los hospitales y albergues, requieren de una formación cruzada intensiva del personal y una acomodación de los aspectos institucionales.

Las modificaciones en las prácticas y los elementos del programa para poblaciones y contextos especiales se centran en los objetivos del tratamiento y la duración planeada del tratamiento, la flexibilidad de la estructura del programa para acomodar las diferencias individuales, y en la intensidad de las interacciones entre los residentes. Los servicios e intervenciones especiales

están integrados en el programa para complementar el tratamiento primario de la Comunidad Terapéutica. La implementación exitosa de los modelos de programa de la Comunidad Terapéutica en contextos especiales requiere de la acomodación de los objetivos, procedimientos, personal, prácticas generales y restricciones de estos contextos.

ESTÁNDARES DEL PROGRAMA

El marco teórico define lo que debería ser la Comunidad Terapéutica, y sus componentes generales especifican los aspectos esenciales del modelo de tratamiento. El modo en que la metodología de la Comunidad Terapéutica se lleva a la *práctica*, sin embargo, acentúa la necesidad de unos estándares codificados. Los estándares que se apoyan en la perspectiva y el método de la Comunidad Terapéutica son capaces de guiar la implementación, administración y responsabilidad de los programas orientados a la Comunidad Terapéutica en todos los contextos. Como criterios de acreditación y licencia para los programas y el personal, los estándares pueden asegurar la calidad de las prácticas en la Comunidad Terapéutica.

Los estándares proporcionan también una cierta “inmunidad” ante las influencias que pueden alterar potencialmente las bases de la metodología de la Comunidad Terapéutica. Las agencias de Comunidad Terapéutica contemporáneas han establecido vínculos con otros servicios y sistemas sociales para ayudar a poblaciones especiales (justicia criminal, salud mental, cuidado infantil, justicia juvenil y albergues para indigentes). Los estándares o requerimientos reguladores que rigen los servicios a estas poblaciones pueden neutralizar, diluir, o alterar las prácticas y principios de la Comunidad Terapéutica (ver, por ejemplo, De Leon, 1997b).

Un ejemplo reciente de la “inmunidad” ofrecida por los propios estándares de la Comunidad Terapéutica es su aplicación en los sistemas correccionales. Los estándares para las Comunidades Terapéuticas penitenciarias han sido desarrollados por la asociación de Comunidades Terapéuticas de América (TCA)⁶¹. Basados en los componentes de la Comunidad Terapéutica genérica, estos estándares proporcionan un prototipo para otras poblaciones y contextos especiales.

61. Estos estándares para los programas de Comunidad Terapéutica en escenarios correccionales han sido publicados por la Oficina de Política para el Control de Droga de la Casa Blanca (ONDCP). (Comité de Justicia Criminal de las Comunidades Terapéuticas de América, 1999, Diciembre). Además, los estándares para las Comunidades Terapéuticas residenciales han sido desarrollados recientemente por CARE... Comisión de Acreditación de la Rehabilitación (CARE, 2000).



TEORÍA, PRÁCTICA Y FORMACIÓN

La composición del personal ha sido modificada para reflejar una mezcla de profesionales tradicionales; correccionales, de salud mental, médicos, educadores familiares y especialistas del cuidado infantil; trabajadores sociales; y coordinadores de casos para ejercer junto a los profesionales formados de manera experimental en la Comunidad Terapéutica. Estas modificaciones en la composición del personal han introducido complejas cuestiones a solucionar en cuanto a la integración del personal (De Leon, 1997b; Deitch y Solit, 1993b). El tema del personal refleja las diferencias de argot, educación académica, experiencia con las adicciones y, especialmente, de roles y funciones dentro del contexto único del modelo de comunidad de residentes.

El logro de la integración del personal y el mantenimiento de la fidelidad en la implementación del modelo de la Comunidad Terapéutica, requieren de una formación organizada y de una capacidad de asistencia técnica compuesta por varios aspectos fundamentales: un *currículum uniforme* apoyado en la teoría y la práctica de la Comunidad Terapéutica y que refleje sus estándares codificados; las facultades profesionales de los *expertos formadores* de la Comunidad Terapéutica, que poseen la experiencia práctica y la comprensión conceptual de la Comunidad Terapéutica; un *formato educativo* relevante que acentúe la integración del personal a través de la formación cruzada en todas las disciplinas; un programa de formación de *afiliación universal* para establecer plenamente la credibilidad de la metodología y sus profesionales.

Varios de estos aspectos son proporcionados mediante esfuerzos de formación diversos (Carroll y Sobel, 1986; Deitch y Solit, 1993a; Sacks et al., 1996; Talboy, 1998). Sin embargo, es necesaria una iniciativa a gran escala (p.e., una academia nacional de Comunidades Terapéuticas) que coordine todos los componentes de la formación de personal señalados. Una iniciativa de formación organizada y progresiva representa un símbolo visible y competente de la madurez y distribución de la metodología de la Comunidad Terapéutica.

TEORÍA Y UNA NUEVA AGENDA DE INVESTIGACIÓN

La perspectiva teórica de las Comunidades Terapéuticas, en relación con la necesidad de un tratamiento a largo plazo para modificar a la “persona en su totalidad”, se apoya en tres décadas de investigación y evaluación (Anglin y Hser, 1990b; Condelli y Hubbard, 1994; De Leon, 1984b; Gerstein y Harwood, 1990; Hubbard et al., 1989; Hubbard, Valley Rachal, Craddock y Cavanaugh,

1984; Simpson et al., 1997; Simpson y Selles, 1982; Tims, De Leon y Jainchill, 1994; Tims y Ludford, 1984).

Tabla 25.4. Teoría y una nueva agenda de investigación: tres líneas de investigación.

Duración planeada del tratamiento e interiorización de la recuperación

La teoría de la Comunidad Terapéutica defiende que la duración del tratamiento está relacionada fundamentalmente con la interiorización del aprendizaje. Si el individuo no interioriza sus propios cambios, la recuperación será incompleta. El abandono prematuro del tratamiento y la recaída serán más probables. Sin embargo, las Comunidades Terapéuticas han reaccionado ante las presiones de la financiación mediante la reducción de la duración planeada del tratamiento residencial. Muchas agencias de Comunidad Terapéutica han añadido programas residenciales a corto plazo (3-6 meses) basados en la comunidad. Y, con raras excepciones, la duración planeada del tratamiento para los programas de Comunidad Terapéutica modificados en prisiones, hospitales y albergues de beneficencia es, normalmente, de 6-12 meses.

El esclarecimiento de la efectividad de las diferentes relaciones y contextos del tratamiento en la Comunidad Terapéutica dependerá de las estrategias de correlación entre el usuario y el tratamiento apropiado para él. Así, es necesaria una investigación para desarrollar y evaluar las herramientas de evaluación que ayuden a decidir qué individuos pertenecen al entorno residencial y cuál es la duración del tratamiento que necesitan.

La economía y el tratamiento

Las discrepancias entre las realidades clínicas y las demandas de financiación podrán reconciliarse en parte a través de una investigación econométrica apoyada en la teoría. Son necesarios estudios que identifiquen los recortes de presupuesto *reales* asociados a la intensidad del tratamiento (duración planeada) y al contexto tratamiento (residencial, institucional, no residencial). La teoría de la Comunidad Terapéutica sugiere que un incremento en los costes estaba asociado con la implicación en tratamientos más largos, reflejando una mayor interiorización de la modificación positiva. De este modo, la investigación debe establecer el alto coste de *asignar erróneamente* a usuarios en el contexto equivocado o del debilitamiento de la intensidad / duración del tratamiento.

El proceso de tratamiento y la mejora del tratamiento

El esclarecimiento del proceso de modificación es esencial para mejorar el propio tratamiento de la Comunidad Terapéutica. Si no pueden establecerse explícitamente unos vínculos entre las intervenciones del programa, y el proceso de la modificación del usuario esos resultados ocasionales, la efectividad de cualquier modelo orientado a la Comunidad Terapéutica seguiría sin ser clara, y mucho menos probada.

El marco conceptual del proceso presentado en este volumen proporciona una base para la definición operativa de los elementos y las medidas apropiadas, especialmente el concepto de interiorización. Los métodos viables de recolección de datos son necesarios, del mismo modo en que lo son los modelos analíticos para identificar los efectos de las intervenciones globales en la interacción dinámica con el usuario en proceso de modificación. Algunos instrumentos recientemente desarrollados para la evaluación del progreso y del proceso están contenidos en el Apéndice C.



Sin embargo, las Comunidades Terapéuticas contemporáneas tratan en la actualidad a usuarios más diversos y difíciles, en periodos más cortos de tiempo y con menos recursos. Esta evolución lleva a la necesidad de una nueva agenda de investigación que señale la validez de la perspectiva y la metodología de la Comunidad Terapéutica ante la actual diversidad de usuarios y contextos. En la tabla 25.4 se muestran varias de las líneas investigación de esta agenda.

En general, una nueva agenda de investigación para la Comunidad Terapéutica debe apoyarse en su marco teórico y ser relevante a sus adaptaciones y modificaciones actuales. La investigación debería guiar los modos en que el modelo y el método de la Comunidad Terapéutica pueden ser modificados, determinar para qué tipo de pacientes funciona mejor, y el modo de mejorar el proceso de tratamiento para probar la validez del propio marco.

MÁS ALLÁ DE LA ADICCIÓN: UN ESCRITO POSTERIOR

La evolución de la Comunidad Terapéutica contemporánea para las adicciones a lo largo de los últimos 30 años podría ser definida como un movimiento desde los cauces marginales hasta los más convencionales del tratamiento de abuso de sustancias y los servicios sociales. La etapa de su evolución en que nos encontramos actualmente es tal vez la más excitante, arriesgada y desafiante.

Como destacábamos en este capítulo el éxito, la aceptación y la modificación de la metodología de la Comunidad Terapéutica contienen una *amenaza* paradójica: la pérdida de su identidad única de auto-ayuda a medida que va asumiendo las características de una entidad de sanidad pública convencional. El desafío actual es el de mantener su identidad a través del modelo genérico de Comunidad Terapéutica teóricamente sustentado, con unos estándares codificados para la práctica, una iniciativa de formación organizada, y una agenda de investigación que pueda depurar su teoría y mejorar su práctica.

La superación del presente desafío, sin embargo, es también una promesa de *futuro* para la Comunidad Terapéutica. Como tratamiento exitoso para el abuso de sustancias, la Comunidad Terapéutica ofrece una metodología innovadora para el tratamiento de cualquier otro problema social y psicológico, conclusión apoyada por la investigación en desarrollo acerca de poblaciones y contextos especiales (De Leon, 1997a).

Mientras las solicitudes actuales de la Comunidad Terapéutica tienen como objetivo la resolución del abuso de sustancias, también ha quedado demostrado el modo en que la comunidad como método puede modificar ciertos contextos

institucionales y servicios sociales. Los entornos de las cárceles, prisiones, refugios, hospitales o escuelas pueden transformarse en *comunidades orientadas al cambio*. El mensaje de modificación es especialmente relevante para las personas al margen de la sociedad y que luchan en su apuesta personal y social por la vida.

Más allá de las adicciones y sus trastornos relacionados, los elementos esenciales de la Comunidad Terapéutica reproducen, sin embargo, los ideales de la buena sociedad (el concepto humanista de la persona en su totalidad, los valores de la vida correcta, la obligación de ser modelos de rol, el poder de la autoayuda y la autoayuda mutua, y la utilización de la comunidad como método para facilitar el crecimiento personal). En una sociedad contemporánea marcada por la cultura del consumo de drogas así como por una sensación progresiva de pérdida de la comunidad, conseguir que estos elementos sean esenciales puede revitalizar el propio clima social.

Bibliografía

- ACAMPORA, A. y STERN, C. (1994). "The evolution of the therapeutic community". En *Proceedings of the Therapeutic Communities of America, 1992 Planning Conference, Paradigms: Past, present and future*, Diciembre 6-9, Chantilly, Virginia (pp. 2-3). Washington, D.C.: Therapeutic Communities of America.
- AGNEW, R. (1991). "The interactive effect of peer variables on delinquency". *Criminology*, 29,47-72.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (1997). *APA Monitor*, 28 (11).
- ANGLIN, M. D., y HSER, Y. I. (1990a). "Legal coercion and drug abuse treatment: Research findings and social policy implications". En J. A. INCIARDI y J. R. BIDEN, Jr. (Eds.) *Handbook of drug control in the United States* (pp. 151-176). Nueva York: Greenwood Publishing Group, Inc.
- (1990b). "Treatment of drug Abuse". En M. TONRY y J.Q. WILSON (Eds.), *Crime and justice: An annual review of research, Vol. 13* (pp. 393-460). Chicago: University of Chicago Press.
- ANGLIN, S. W., NUGENT, J. F. y NG, L. K. Y. (1976) "Synanon and Alcoholics Anonymous: Is there really a difference?". *Addiction Therapist*, 1(4), 6-9
- Archives of General Psychiatry* (Nov. 1998). Volume 55, No. 11.
- ARON W. S. (1975) "Family background and personal trauma among drug addicts in the USA implications for treatment". *British Journal of Addiction*, 7, 295-305.
- BANDURA, A. J. (1977) *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- BARR, H. (1986) "Outcome of drug abuse treatment on two modalities". En G. DE LEON y J. T. ZIEGENFUSS (Eds.) *Therapeutic Communities for Addictions* (pp. 97-108) Springfield. IL: Charles C. Thomas.
- BARTON, E. (1994). "The adaptation of the therapeutic community to AIDS/HIV". En *Proceedings of the Therapeutic Communities of America, 1992 Planning Conference, Paradigms: Past, present and future*, December 6-9, Chantilly, Virginia (pp. 66-70). Washington, DC: Therapeutic Communities of America.
- BASSIN, A. (1975, Otoño). "Go help your brother! Triad theory and reality therapy for drug addicts part 1: Some theoretical tidbits". *The Addiction Therapist*, 1 (3), 34-41.

- BELL, D. C. (1994). "Connection in Therapeutic Communities". *International Journal of the Addictions*, 29, 525-543.
- BIASE, D. V. (1971). "Adolescent heroin abusers in a therapeutic community: Use of the MAACL to assess emotional traits and splitting from treatment". *Journal of Psychedelic Drugs*, 4(2), 145-147.
- (1974). "Who comes for drug rehabilitation?: A comparison of two groups of adult drug addict/abusers". En G. DE LEON (Ed.), *Phoenix House: Studies in a therapeutic community (1968-1973)* (pp. 113-118). Nueva York: MSS Information Corporation.
- BIASE, D. V., y DE LEON, G. (1974). "The encounter group: Measurement of some affect changes". En G. DE LEON (Ed.), *Phoenix House: Studies in a therapeutic community (1968-1973)* (pp. 85-89). Nueva York: MSS Information Corporation.
- BIASE, D. V., y SULLIVAN, A. P. (1984). "Successful development of the self-concept with therapeutic community residents". En *Proceedings of the 8th World Conference of Therapeutic Communities* (pp. 2,175-184). Roma: Centro Italiano di Solidarieta.
- BIASE, D. V., SULLIVAN, A. P., y WHEELER, B. (1986). "Daytop Miniversity-Phase 2 college training in a therapeutic community: Development of self-concept among drug free addict/abusers". En G. DE LEON y J. T. ZIEGENFUSS (Eds.), *Therapeutic communities for addictions* (pp. 121-130). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- BIERNACKI, P. (1986). *Pathways from heroin addiction: Recovery without treatment*. Philadelphia, P A: Temple University Press.
- BRATTER, B. I., BRATTER, T. E., BRATTER, C. J., MAXYM, C., y STEINER, K. M. (1997). "The John Dewey Academy: A moral caring community (an amalgamation of the professional model and self-help concept of the therapeutic community)". En G. DE LEON (Ed.), *Community as method: Therapeutic communities for special populations and special settings* (pp. 170-198). Westport, CT: Greenwood Publishing Group, Inc.
- BRATTER, T. E. (1974). "Helping affluent families help their acting-out, alienated, drug abusing adolescent". *Journal of Family Counseling*, 2, 23-31.
- BRATTER, T. E., BRATTER, B. I., y RADDI, H. T. (1986). "The John Dewey Academy: A residential therapeutic high school". *Journal of Substance Abuse*, 3, 53-58.
- BRATTER, T. E., BRATTER, E. P., y HEIMBERG, J. F. (1986). "Uses and abuses of power and authority within the American self-help residential therapeutic community: A perversion or a necessity?". En G. DE LEON y J. T. ZIEGENFUSS (Eds.), *Therapeutic communities for addictions: Readings in theory, research and practice* (pp. 191-208). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

- BREHM, N. M., y KHANTZIAN, E. J. (1992). "The psychology of substance abuse: A psychodynamic perspective". En J. H. LOWINSON, P. RUIZ, y R. B. MILLMAN (Eds.), *Substance abuse: A comprehensive textbook* (2ª ed., pp. 106-117). Baltimore: Williams & Wilkins.
- BRIDGELAND, M. (1971). *Pioneer work with maladjusted children: A study of the development of therapeutic education*. Londres: Staples Press.
- BRIELAND, C., GELORMINO, A., y SNOOK, T. (Eds.). (1990). *World Proceedings of the Second World Institute of Therapeutic Communities: Back to Basics*, Nov. 6-8, 1989, Nueva York: Promethean Institute & Division of Daytop Village.
- BRILL, L., y LIEBERMAN, L. (1969). *Authority and addiction*. Boston: Little Brown.
- BROEKAERT, E., WANDERPLASSCHEN, W., TEMMERMAN, I., OTTENBERG, D. J., y KAPLAN, C. (1998). *Retrospective study of similarities and relations between the American drug-free and the Europeantherapeutic communities for children and adults*. Manuscrito inédito. Departamento de Ortopedagogía, Universidad de Gante, Bélgica.
- BROOK R. C., y WHITEHEAD, I. C. (1980). *Drug-free therapeutic community*. Nueva York: Human Sciences Press.
- BROWN, B. S. (1998). "Towards the year 2000. Drug use -Chronic and relapsing or a treatable condition". *Substance Use and Misuse*, 33(12), 2515-2520.
- BROWN, S. (1985). *Treating the alcoholic: A developmental model of recovery*. Nueva York: Wiley.
- CALIFORNIA DEPARTMENT OF CORRECTIONS. (1998). *TC substance abuse programs for inmates*. Solicitud a la propuesta n° C98.243.
- CANCRINI, L., CONSTANTINI, D., MAZZONI, S., CINGOLANI, S., y COMPAGNONI, F. (1985). "Juvenile drug addiction: A study on typology of addicts and their families". En *Proceedings of the 9th World Conference of Therapeutic Communities* (pp. 59-68). San Francisco, CA: Walden House.
- CARROLL, J. F. X., y MCGINLEY, J. J. (1998). "Managing MICA clients in a modified therapeutic community with enhanced staffing". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15 (6),565-577.
- CARROLL, J. F. X., y SOBEL, B. S. (1986). "Integrating mental health personnel and practices into a therapeutic community". En G. DE LEON y J. T. ZIEGENFUSS (Eds.), *Therapeutic communities for addictions: Readings in theory, research and practice* (pp. 209-226). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- CARE.. THE REHABILITATION ACCREDITATION COMMISSION. (2000). *The 2000 behavioral health standards manual*. CARE, 4891 East Grant Rd. Tucson, AZ 85712.
- CASEY, J., y PREBLE, E. (1969). "Taking care of business-The heroin user's life on the street". *International Journal ofthe Addictions*, 4, 1-24.



- CASRIEL, D. H. (1966). *So fair a house: The story of Synanon*. Nueva York City: Prentice Hall.
- (1981). "The new identity process". En R. J. CORSINI (Ed.), *Handbook of innovative psychotherapies* (pp. 569-583). Nueva York: John Wiley & Sons.
- CASRIEL, D. H., y AMEN, G. (1971). *Three addicts and their cure*. Nueva York: Hill and Wang.
- CATALANO, R. F., HAWKINS, J. D., y HALL, J. A. (1983). *Preventing relapse among former substance abusers*. Seattle, W A: Universidad de Washington, Centro para el Bienestar Social y la Investigación.
- CH'EN, J., GERARD, D., LEE, R., y ROSENFELD, E. (1964). *The road to H: Narcotics, delinquency, and social policy*. Nueva York: Basic.
- CHILDRESS, A. R., EHRMAN, R., ROHSENOW, D. R., ROBBINS, S. J., y O'BRIEN, C. P. (1992). "Classically conditioned factors in drug dependence". En J. H. LOWINSON, P. RUIZ, y R. B. MILLMAN (Eds.), *Substance abuse: A comprehensive textbook* (2ª ed., pp. 56-69). Baltimore: Williams & Wilkins.
- COLE, S. G., y JAMES, L. R. (1975). "A revised treatment typology based on the DARP". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 2, 37-49.
- COLETTI, D. S., HUGHES, P. H., LANDRESS, H. J., NERI, R. L., SICILIAN, R.M., WILLIAMS, K. M., URMANN, C. F., y ANTHONY, J. C. (1992). "PAR village: Specialized intervention for cocaine abusing women and their children". *Journal of the Florida Medical Association*, 79,701-705.
- CONDELLI, W. S. (1986). "Client evaluations of therapeutic communities and retention". En G. DE LEON y J. T. ZIEGENFUSS (Eds.). *Therapeutic communities for addictions: Readings in theory, research and practice* (pp. 131-139). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- CONDELLI, W. S., y HUBBARD, R. L. (1994). "Client outcomes from therapeutic communities". En F. M. TIMS, G. DE LEON, y N. JAINCHILL (Eds.), *Therapeutic community: Advances in research and application, NIDA Research Monograph 144* (National Institute on Drug Abuse, NIH Publication No.94-3633, pp. 80-98). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- COOMBS, R. H. (1981). "Back on the streets: TCs impact upon drug abusers". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 8, 185-201.
- DE LEON, G. (1971). *Phoenix House: Who comes for treatment: Selected socio-demographic characteristics of 1,151 residents in the Phoenix House therapeutic community*. (Grant Foundation project). Nueva York City: Author.
- (1974, Septiembre). "Phoenix House: Psychopathological signs among male and female drug free residents". *Journal of Addictive Diseases*, 1(2), 135-51.

- (1976). *Psychologic and socio-demographic profiles of addicts in the therapeutic community*. (National Institute of Drug Abuse Grant No. DA-00831), Nueva York City: Author.
- (1980). *Therapeutic communities: Training self evaluation* (National Institute of Drug Abuse Grant No. IH81-DAO, 1976), Nueva York City: Author.
- (1984a). Program based evaluation research in therapeutic communities. *Drug abuse treatment evaluation: Strategies, progress and prospects; Research, analysis and utilization system, National Institute on Drug Abuse Research Monograph 51* (pp. 69- 87). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- (1984b). "The therapeutic community: Study of effectiveness". *National Institute on Drug Abuse Treatment Research Monograph Series* (ADM 84-1286). Washington, DC: Superintendent of Documents, U.S. Government Printing Office.
- (1985). "The therapeutic community: Status and evolution". *International Journal of Addictions*, 20(6- 7), 823-844.
- (1988). "Legal pressure in therapeutic communities". En C. G. LEUKEFELD y F. M. TIMS (Eds.), *Compulsory treatment of drug abuse: Research and clinical practice, NIDA Research Monograph 86* (DHHS Publication No. (Adm) 88-1578, pp. 160-177). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- (1989). "Psychopathology and substance abuse: What we are learning from research in therapeutic communities". *Journal of Psychoactive Drugs*, 21 (2), 177-188.
- (1990-91). "Aftercare in therapeutic communities". *International Journal of Addictions*, 25,1229-1241.
- (1991). "Retention in drug free therapeutic communities". En R. W. PICKENS, C. G. LEUKEFELD y C. R. SCHUSTER (Eds.), *Improving drug abuse treatment, NIDA Research Monograph 106* (pp. 218-244). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- (1993a). "Cocaine abusers in therapeutic community treatment". En F. M. TIMS y C. G. LEUKEFELD (Eds.), *Cocaine treatment: Research and clinical perspectives, NIDA Research Monograph 135* (NIH Publication No.93-3639, pp. 163-189). Washington, DC: Superintendent of Documents, US Government Printing Office.
- (1993b). "Modified therapeutic communities for dual disorder". En SOLOMON, S., ZIMBERG y E. SHOLLAR (Eds.), *Dual diagnosis: Evaluation, treatment, training, and program development* (pp. 147-170). Nueva York: Plenum Press.
- (1995). "Residential therapeutic communities in the mainstream: Diversity and issues". *Journal of Psychoactive Drugs*, 27 (1), Enero-Marzo, 3-15.

- (1996a). “Integrative recovery: A stage paradigm”. *Substance Abuse*, 17 (1),51- 63.
- (1996b). “Therapeutic communities: AIDS/HIV risk and harm reduction”. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13 (5),411-420.
- (Ed.). (1997a). *Community as method: Therapeutic communities for special populations and special settings*. Westport, CT: Greenwood Publishing Group, Inc.
- (1997b). “Modified therapeutic communities: Emerging issues”. En G. DE LEON (Ed.), *Community as method: Therapeutic communities for special populations and special settings* (pp. 261-270). Westport, CT: Greenwood Publishing Group, Inc.
- DE LEON, G., y BESCHNER, G. (Eds.). (1977). *The therapeutic community: Proceedings of the Therapeutic Communities of America Planning Conference*, Enero 29-30, 1976. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- DE LEON, G., y DEITCH, D. (1985). “Treatment of the adolescent substance abuser in a therapeutic community”. En A. FRIEDMAN y G. BESCHNER (Eds.), *Treatment services for adolescent substance abusers* (DHHS Publication No. [ADM] 85-1342, pp. 216-230). Rockville MD: National Institute of Drug Abuse.
- DE LEON, G., y JAINCHILL, N. (1981-82). “Male and female drug abusers: Social and psychological status 2 years after treatment in a therapeutic community”. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 8(4),465-497.
- (1991). “Residential therapeutic communities for female substance abusers”. *Bulletin of the New York Academy of Medicine* (Vol. 67, No.3, May/June, 277-290).
- DE LEON, G., JAINCHILL, N., y WEXLER, H. (1982). “Success and improvement rates 5 years after treatment in a therapeutic community”. *International Journal of Addictions*, 17(4), 703-747.
- DE LEON, G., MELNICK, G., y HAWKE, J. (2000). “The motivation-readiness factor in drug treatment: Implications for research and policy”. En D. McBRIDE, R, STEPHENS y J. LEVY (Eds.), *Emergent issues in drug treatment: Advances in medical sociology, Volume 7* (pp. 103-129). Greenwich, CT: JAI Press Inc.
- DE LEON, G., MELNICK, G., KRESSEL, D., y JAINCHILL, N. (1994). “Circumstances, motivation, readiness and suitability (the CMRS scales): Predicting retention in therapeutic community treatment”. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20(4), 495-515.
- DE LEON, G., MELNICK, G., SCHOKET, D., y JAINCHILL, N. (1993, Ene-Mar). “Is the therapeutic community culturally relevant? Findings on race/ethnic differences in retention in treatment”. *Journal of Psychoactive Drugs*, 25(1), 77-86.

- DE LEON, G., y ROSENTHAL, M. S. (1979). "Therapeutic communities". En R. DUPONT, A., GOLDSTEIN, y J. O'DONNELL (Eds.), *Handbook on drug abuse* (pp. 39-48). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- DE LEON, G., y SCHWARTZ, S. (1984). "The therapeutic community: What are the retention rates?". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 10(2), 267-284.
- DE LEON, G., SKODOL, A., y ROSENTHAL, M. S. (1973). "The Phoenix House therapeutic community for drug addicts: Changes in psychopathological signs". *Archives of General Psychiatry*, 28, 131-135.
- DE LEON, G., STAINES, G. L., SACKS, S., BRADY, R., y MELCHIONDA, R. (1997). "Passages: A modified therapeutic community model for methadone-maintained clients". En G. DE LEON (Ed.), *Community as method: Therapeutic communities for special populations and special settings* (pp. 225-246). Westport, CT: Greenwood Publishing Group, Inc.
- DE LEON, G., y WEXLER, H. (1973, Febrero). "Heroin addiction: Its relation to sexual experience". *Journal of Abnormal Psychology*, 81(1), 36-38.
- DE LEON, G., y ZIEGENFUSS, J. T. (Eds.). (1986). *Therapeutic communities for addictions: Readings in theory, research and practice*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- DESSLER, K. (1970). "Synanon: Its concepts and methods". *Drug Dependence*. Washington, DC: National Clearing House for Mental Health Information.
- DEITCH, D. A. (1973). "The treatment of drug abuse in the therapeutic community: Historical influences, current considerations, future outlook". *Drug use in America* (Vol. 4, pp. 158-175). Rockville, MD: National Commission on Marijuana and Drug Abuse.
- DEITCH, D. A., y SOLIT, R. (1993a). International training for drug abuse treatment and the issue of cultural relevance. *Journal of Psychoactive Drugs: A Multidisciplinary Forum*, 25(1), 87-96.
- (1993b). "Training drug abuse workers in a therapeutic community". *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 30(12), 305-316.
- DEITCH, D. A., y ZWEBEN, J. E. (1980). "Synanon: A pioneering response to drug abuse treatment and a signal for caution". En HALPEM y LEVINE (Eds.), *Proceedings of the 41h International Conference on Therapeutic Communities* (pp. 57-70). Nueva York, NY: Daytop Village Press.
- DENSEN-GERBER, J. (1973). *We mainline dreams: The story of Odyssey House*. Garden City, Nueva York: Doubleday Press.
- DENSEN-GERBER, J., WEINER, M., y HOCHSTEDLER, R. (1972). "Sexual behavior, abortion, and birth control in heroin addicts: Legal and psychiatric considerations". *Contemporary Drug Problems* 1, 783-793.



- DES JARLAIS, D., JAINCHILL, N., y FRIEDMAN, S. (1988). "AIDS among IV drug users: Epidemiology, natural history, and therapeutic community experiences". En R. P. GALEA, B. F. LEWIS, y L. A. BAKER (Eds.), *AIDS and IV drug abusers: Current perspectives* (pp. 51-59). Owings Mills, MD: Rynd Communications.
- DES JARLAIS, D. C., KNOTT, A., SAVARESE J., y BERSAMIN, J. (1976). "Rules and rule breaking in a therapeutic community". *Addictive Diseases: An International Journal*, 2, 627-641.
- DI CLEMENTE, C. C. (1986). "Self-efficacy and the addictive behaviors". *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4(3), 302-315.
- DI CLEMENTE, C. C., y PROCHASKA, J. O. (1998). "Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors". En W. R. MILLER y N. HEATHER (Eds.), *Treating addictive behaviors* (2ª ed., pp. 3-24). Nueva York: Plenum.
- ELLIOTT, D., HUIZINGA, D., y AGETON, S. (1985). *Explaining delinquency and drug use*. Newbury Park: Sage.
- EMRICK, C. D. (1985). "Alcoholics Anonymous". En B. T. KARASU (Ed.), *Treatments of psychiatric disorder: A task force report of the American Psychiatric Association* (pp. 1151-1162). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- (1989). "Alcoholics Anonymous: Emerging concepts: Overview". En M. GALANTER (Ed.), *Recent developments in alcoholism, vol 7: Treatment research* (pp. 3-10). Nueva York: Plenum.
- (1999). "Alcoholics Anonymous and other 12-step groups". En M. GALANTER y H. D. KLEBER (Eds.), *The American Psychiatric Press textbook of substance abuse treatment* (2ª ed.) (pp. 403-412). Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- ENDORE, G. (1968). *Synanon*. Garden City, NY: Doubleday.
- ERICKSON, J. R., STEVENS, S., MCKNIGHT, P., y FIGUERDO, A. J. (1995). "Willingness for treatment as a predictor of retention and outcomes". *Journal of Addictive Diseases*, 14, 135-150.
- FAIRWEATHER, G. W., SANDERS, D. H., MAYNARD, H., y CRESSLER, D. L. (1969). *Community life for the mentally ill*. Chicago: Aldine.
- FRANKEL, B. (1989). *Transforming identities, context, power and ideology in a therapeutic community*. Nueva York City: Peter Lang.
- FREUDENBERGER, H. J. (1974). "How we can right what's wrong with our therapeutic communities". *Journal of Drug Issues*, 4, 251-259.
- (1976). "Proceedings: The therapeutic community revisited". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 3, 33-49.

- (1977). "The gay addict in a drug and alcohol abuse therapeutic community". *Addiction Therapist* 2(2),23-30.
- (1980). *Bum out: The high costs of high achievement*. Nueva York, NY: Anchor Press/Doubleday.
- FURUHOLMEN, D., y ANDRESEN, A. S. (1998). *Felles-skapet som metode: Miljøterapi og evaluering i behandling av stoffmisbrukere [Community as method: Milieutherapy and evaluation in the treatment of substance abusers*. Oslo, Norway: Cappelen Akademisk Forlag.
- GALANTER, M. (1990). "Cults and zealous self-help movements: A psychiatric perspective". *American Journal of Psychiatry*, 147,543-551.
- GALANTER, M., EGELKO, S., DE LEON, G., y ROHRS, C. (1993). "A general hospital day program combining peer-led and professional treatment of cocaine abusers". *Hospital and Community Psychiatry*, 44(7),644-649.
- GALANTER, M., y KLEBER, H. (Eds.). (1999). *Textbook of substance abuse treatment* (2^a Ed.). Washington, D. C.: American Psychiatric Press, Inc.
- GALEA; R. P., LEWIS, B. F., y BAKER, L. A. (Eds.). (1988). *AIDS and IV drug abusers: Current perspectives*. Owings Mills, MD: Rynd Communications.
- GARTNER, A., y RIESSMAN, F. (1999). "Making the case for positive peer pressure". *Dialogue*, Vol. 8, 1-4.
- GERSTEIN, D. R., y HARWOOD, H. J. (Eds.) (Institute of Medicine) (1990). *Treating drug problems Vol. I. A study of the evaluation, effectiveness, and financing of public and private drug treatment systems*. Washington, DC: National Academy Press.
- GLASER, F. B. (1974). "Some historical and theoretical background of a self-help addiction treatment program". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1, 37-52.
- GLASSER, W. (1965). *Reality therapy: A new approach to psychiatry*. Nueva York: Harper & Row.
- (1969). *Schools without failure*. Nueva York: Harper & Row.
- GLYNN, T., y HAENLEIN, M. (1988). "Family theory and research on adolescent drug use: A review". En R. COOMBS (Ed.), *The family context of adolescent drug use*. Nueva York: Haworth.
- GORSKI, T. T. (1989). *Passages through recovery: An action plan for preventing relapse*. San Francisco: Harper & Rowe.
- GOTI, M. E. (1990), *La comunidad terapéutica: Un desafío a la droga [The therapeutic community: A challenge to drugs*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión.
- GRALNICK, A. (1969). *The psychiatric hospital as a therapeutic instrument*. Nueva York: Brunner/Mazel.



- HAWKE, J., JAENCHILL, N., y DE LEON, G. (1999). Gender differences in the relationship of suicidal behavior and violent crime among high risk adolescents in residential drug treatment. Manuscrito inédito. Center for Therapeutic Community Research (CTCR) at NDRI, Inc., Nueva York.
- (2000). "The prevalence of sexual abuse and its impact on the onset of drug use among adolescents in therapeutic community drug treatment". *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 9(3), 35-49.
- HAWKINS, J. D., ARTHUR, M. W., y CATALANO, R. F. (1995). "Preventing substance abuse". En M. TONRY y D. P. FARRINGTON (Eds.), *Building a safer society: Strategic approaches to crime prevention* (pp. 343-427). Chicago: University of Chicago Press.
- HAWKINS, J. D., LISHNER, D. M., CATALANO, R. F., y HOWARD, M. O. (1986). "Childhood predictors of adolescent substance abuse: Toward an empirically grounded theory". *Journal of Childhood Contemporary Sociology* [Special Issue: Childhood and Chemical abuse: Prevention and Intervention] 18 (2), 11-48.
- HAWKINS, J. D., y WACKER, N. (1986). "Side bets and secondary adjustments in therapeutic communities". En G. DE LEON y J. T. ZIEGENFUSS, Jr. (Eds.), *Therapeutic communities for addictions: Readings in theory, research and practice* (pp. 141-156). Springfield, IL: Charles C. Thornas.
- HENDRIKS, V. M. (1990). *Addiction and psychopathology: A multidimensional approach to clinical practice*. Rotterdam, The Netherlands: Universiteits Drukkerij.
- HIGGENS, S. T., y BUDNEY, A. J. (1993). "Treatment of cocaine dependence through the principles of behavior analysis and behavioral pharmacology". *Behavioral treatment for drug abuse and dependence, National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series, 137* (NIDA NIH Publication No.93-3684; pp. 97-122). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- HILLER, M. L., KNIGHT, K., BROOME, K. M., y SIMPSON, D. D. (1998). "Legal pressure and retention in a national sample of long-term residential programs". *Criminal Justice and Behavior* 25 (4), 463-481.
- HIRD, S., KHURI, E. T., DUSENBURY, L., y MILLMAN, R. (1997). "Adolescents". En J. H. LOWINSON, R. RUIZ, R. B., MILLMAN, y J. G. LANGROD (Eds.), *Substance abuse: A comprehensive textbook*, 3ª ed. (pp. 683-692). Baltimore: Williams & Wilkins.
- HOLLAND, S. (1982). *Residential drug free programs for substance abusers: The effect of planned duration on treatment*. Chicago, IL: Gateway Foundation.
- (1983). "Evaluating community based treatment programs: A model for strengthening inferences about effectiveness". *International Journal of Therapeutic Communities*, 4(4), 285-306.

- (1986a). “Measuring process in drug abuse treatment research”. En G. DE LEON y J. T. ZIEGENFUSS (Eds.), *Therapeutic communities for addictions: Readings in theory, research and practice* (pp. 169-181). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- (1986b). “Psychiatric severity in the TC”. En A. ACAMPORA y E. NEBELKOPF (Eds.), *Bridging services: Drug abuse, human services and the therapeutic community- Proceedings of the 9th World Conference of Therapeutic Communities, September 1-6, 1985* (pp. 122-131). San Francisco, CA: Abacus Printing.
- HOLLIDGE, C. (1980). “Psychodynamic aspects of the addicted personality and their treatment in the therapeutic community”. En *Readings 'Congresboek 5e Wereljkonferentie van therapeutische gemeenschappen* (pp. 61-86), Samsom Sijthoff, Alphen aan de Rijn.
- HUBBARD, R. L., CRADDOCK, S. G., FLYNN, P. M., ANDERSON, J. y ETHERIDGE, R. M. (1997). “Overview of 1-year follow-up outcomes in the drug abuse treatment outcome study (DATOS)”. *Psychology of Addictive Behaviors; Special Issue: Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS)*, 11 (4), 261-278.
- HUBBARD, R. L., MARSDEN, M. E., RACHAL, J. V., HARWOOD, H. J., CAVANAUGH, E. R., y GINZBURG, H. M. (1989). *Drug abuse treatment: A national study of effectiveness*. Chapel Hill, NC: The University of North Carolina Press.
- HUBBARD, R. L., VALLEY RACHAL, J., CRADDOCK, S. G., y CAVANAUGH, E. R. (1984). “Treatment outcome prospective study (TOPS): Client characteristics and behaviors before, during, and after treatment”. En F. M. TIMS, y J. P. LUDFORD (Eds.) *Drug abuse treatment evaluation: Strategies, progress, and prospects. NIDA Research Monograph Number 51* (DHHS publication No. [ADM] 84-1329; pp. 42-68). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- JAFFE, J. H. (1969). “A review of the approaches to the problem of compulsive narcotic use”. En J. R. WITTENBOM, H. BRILL, J. P. SMITH, y S. A. WITTENBOM (Eds.), *Drugs and youth* (pp. 77-91). Springfield, Illinois: Charles C. Thomas.
- JAFFE, J. H., y MARTIN, W. R. (1975). “Narcotic analgesics and antagonists”. En L. S. GOODMAN, y A. GILMAN (Eds.), *The pharmacological bases of therapeutics. 5ª Ed.* (pp. 245-324). Nueva York: Macmillan.
- JAINCHILL, N. (1994). “Co-morbidity and therapeutic community treatment”. En F. M. TIMS, G. DE LEON y N. JAINCHILL (Eds.), *Therapeutic community: Advances in research and application, NIDA Research Monograph 144* (NIH Publication Number 94-3633, pp. 209-231). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- (1996, Agosto). *The general deviancy syndrome re-visited*. Artículo presentado en la reunión de la APA, Toronto, Canada.



- (1997). "Therapeutic communities for adolescents: The same and not the same". En G. DE LEON, (Ed.), *Community as method: Therapeutic communities for special populations and special settings* (pp. 161-177). Westport, CT: Greenwood Publishing Group, Inc.
- JAINCHILL, N., BATTACHARYA, G., y YAGELKA, J. (1995). "Therapeutic communities for adolescents". En E. RAHDERT y D. CZECHOWICZ (Eds.), *Adolescent drug abuse: Clinical assessment and therapeutic interventions, NIDA Research Monograph 156* (pp. 190- 217). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- JAINCHILL, N., DE LEON, G., y YAGELKA, J. (1997). "Ethnic differences in psychiatric disorders among adolescent substance abusers in treatment". *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 19(2),133-147.
- JAINCHILL, N., HAWKE, J., DE LEON, G., y YAGELKA, J. (2000). "Adolescents in therapeutic communities: One-year posttreatment outcomes". *Journal of Psychoactive Drugs*. 32(1), 81-94.
- JAINCHILL, N., YAGELKA, J., HAWKE, J., y DE LEON, G. (1999). "Adolescent admissions to residential drug treatment: HIV risk behaviors pre- and posttreatment". *Psychology of Addictive Behaviors*, 13(3), 163-173.
- JANSEN, E. (Ed.). (1980). *The therapeutic community: Outside the hospital*. Londres: Croom Helm.
- JOE, G. W., CHASTAIN, R. L., y SIMPSON, D. D. (1990). "Reasons for addiction stages". En D. D. SIMPSON y S. B. SELLS (Eds.). *Opioid addiction and treatment: A 12-year follow-up* (pp. 73-102). Malabar, FL: Krieger Publishing Company.
- JOE, G. W., SIMPSON, D. D., y BROOME, K. M. (1998). "Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process". *Addiction*. 93(8), 1177-1190.
- JOHNSON, B. D., GOLDSTEIN, P., PREBLE, E., SCHMEIDLER, J., LIPTON, D. S., SPUNT, B., y MILLER, T. (1985). *Taking care of business: The economics of crime by heroin abusers*. Lexington, MA: Lexington Books.
- JONES, M. (1953). *The therapeutic community: A new treatment method in psychiatry*. New York: Basic Books.
- KANDEL, D. B., y LOGAN J. A. (1984). "Patterns of drug abuse from adolescents to young adulthood: Periods of risk for initiation, continued use, and discontinuation". *American Journal of Public Health*. 74. 660-66.
- KAPLAN, H. (1980). *Deviant behavior in defense of self*. Nueva York: Academic.
- KARSON, S., y GESUMARIA, R. V. (1997). "Program description and outcome of an enhanced, six-month residential therapeutic community". En G. DE LEON (Ed.), *Community as method: Therapeutic communities for special populations and special settings* (pp. 199- 212). Westport, CT: Greenwood Publishing Group, Inc.

- KELLOG, S. (1993). "Identity and recovery". En G. DE LEON, H. FREUDENBERGER, y H. WEXLER (Eds. invitados), *Special Issue of Psychotherapy: Psychotherapy for the Addictions*, 30(2), 235-244.
- KENNARD, D. (1983). *An introduction to therapeutic communities*. Londres: Rutledge and Kegan Paul.
- KERR, D. H. (1986). "The therapeutic community: A codified concept for training and upgrading staff members working in a residential setting". En G. DE LEON y J. T. ZIEGENFUSS (Eds.), *Therapeutic communities for addictions* (pp. 55-63). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- KHANTZIAN, E. J. (1985). "The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence". *American Journal of Psychiatry*, 142. 1259-1264.
- (1997). "The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications". *Harvard Review of Psychiatry*, 4.231-244.
- KHANTZIAN, E. J., HALLIDAY, K. S., y MCAULIFFE, W. E., (1990). *Addiction and the vulnerable self-modified dynamic group therapy for substance abusers*. Nueva York: Guilford Press.
- KOOYMAN, M. (1993). *The therapeutic community for addicts: Intimacy, parent involvement and treatment outcome*. Amsterdam, The Netherlands: Swets and Zeitlinger.
- KRYSTAL, H. (1988). *Integration and self-healing. Affect, trauma, alexithymia*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, L. Erlbaum Associates.
- LECKER, S. (1974). *Family factors. interpersonal competence and drug addiction*. Informe inédito. Daytop Village, Nueva York City.
- LESHNER, A. I. (Orador). (1997). *Drug Abuse and addiction: Blending scientific and public interest psychology*. (Cassette Recording No. AP A97-2276). Washington, DC: American Psychological Association.
- LETTIERI, D. (1989) "Substance abuse etiology". En T. B. KARASU (Ed.) *Treatments of psychiatric disorders Vol. II* (pp.1192-1202). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- LEVY, E. S., FALTICO, G. J., y BRATTER, T. E. (1977). "The development and structure of the drug free therapeutic community". *Addiction Therapist*, 2(2),40-52.
- LEVY, M. (1987). A change in orientation: Therapeutic strategies for the treatment of alcoholism. *Psychotherapy*. 24.786-793.
- LEWIS, B. F., MCCUSKER, J., HINDIN, R., FROST, R., y GARFIELD, F. (1993). "Four residential drug treatment programs: Project IMPACT". En J. A. INCIARDI, F. M. TIMS, y B. W. FLETCHER (Eds.), *Innovative approaches in the treatment of drug abuse: Program models and strategies* (pp. 45-60). Westport, CT: Greenwood Press.



- LEWIS, C. E., RICE, J. y HETZER, J. E. (1983). "Diagnostic interactions: Alcoholism and antisocial personality". *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 105-113.
- LEWIS, D. C. (1991). "Comparison of alcoholism and other medical diseases: An internist's view". *Psychiatric Annals*, 21, 256-265.
- LIBERTY, H. J., JOHNSON, B. D., JAINCHILL, N., RYDER, J., MESSINA, M., REYNOLDS, S., y HOSSAIN, M. (1998). "Dynamic Recovery: Comparative study of therapeutic communities in homeless shelters for men". *Journal of Substance Abuse Treatment*. 15(5), 401-423.
- LIEBERMAN, M. A., YALOM, I. D., y MILES, M. B. (1973). *Encounter groups: First facts*. Nueva York City: Basic Books.
- LIPTON, D. S. (1999). "Therapeutic community treatment programming in corrections". En C. R. HOLLIN (Ed.), *Handbook of offender assessment and treatment*. Londres: John Wiley & Sons, Ltd.
- LOCKWOOD, D., INCIARDI, J. A., BUTZIN, C. A., y HOOPER, R. M. (1997). "The therapeutic community continuum in corrections". En G. DE LEON (Ed.), *Community as method: Therapeutic communities for special populations and special settings* (pp. 87-96). Westport, CT: Greenwood Publishing Group, Inc.
- LOEBER, R., y STOUTHAMER-LOEBER, M. (1986). "Family factors as correlates and predictors of juvenile conduct problems and delinquency". En M. TONRY y N. MORRIS (Eds.), *Crime and justice: An annual review of research*. Vol. 12. Chicago: University of Chicago Press.
- MAIN, T. (1946). "The hospital as therapeutic institution". *Bulletin of the Meninger Clinic*. Vol. 10, 16-17.
- (1976). The concept of the therapeutic community: Variations and vicissitudes; lectorado impartido en un principio como lectorado anual SH Foulkes, publicado posteriormente como suplemento de "Group Analysis", 10(2).
- MALLOY, J. P. (1992). *Self-run, self-supported houses for more effective recovery from alcohol and drug addiction*, Technical Assistance Publication Series Number 5 (DHHS Publication No. (ADM) 92-1678) Rockville, MD: Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration.
- MARGOLIS, R. D., y ZWEBEN, J. E., (1998). *Treating patients with alcohol and other drug problems: An integrated approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- MARLATT, G. A. (1985). "Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model". En G. A. MARLATT y J. R. GORDON (Eds.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (pp. 3-67). Nueva York: Guilford Press.

- MARLATT, G. A. y GORDON, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guilford Press.
- MCLELLAN, A. T., LUBORSKY, L., WOODY, G. E., y O'BRIEN, C. P. (1980). "An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index". *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168,26-33.
- MCCUSKER, J., y SORENSEN, J. L. (1994). "HIV and therapeutic communities". En F. M. TIMS, G. DE LEON, y N. JAINCHILL (Eds.), *Therapeutic community: Advances in research and application, NIDA Research Monograph 144* (NIH publicación N°. 94-3633, pp. 232. 258). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- MCCUSKER, J., VICKERS-LAHTI, M., STODDARD, A., HINDIN, R., BIGELOW, C., ZOM, M., GARFIELD, F., FROST, R., LOVE, C., y LEWIS, B. (1995). "The effectiveness of alternative planned durations of residential drug abuse treatment". *American Journal of Public Health*, 85, 1426-1429.
- MESSINA, N. R., WISH, E. D., y NEMES, S. (1999). "Therapeutic community treatment for substance abusers with anti-social personality disorder". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17(1-2),121-128.
- MILLER, W. R., y ROLLNICK, S. (Eds.). (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. Nueva York: Guilford Press.
- MILLSTEIN, R. (1994). "TCs for the future-Views of national leaders". En *Proceedings of the Therapeutic Communities of America 1992 planning conference, Paradigms: Past, present and future*, December 6-9, Chantilly, Virginia (pp. 83,84). Washington, DC: Therapeutic Communities of America.
- MOBERG, D. P. y THALER, S. L. (1995). *An evaluation of Recovery High School: An alternative high school for adolescents in recovery from chemical dependency*. Madison, WI: University Medical School.
- MOWRER, O. H. (1977). "Therapeutic groups and communities in retrospect". En *Proceedings of the first World Conference of Therapeutic Communities*. Sept. 1976, Norkijping. Montreal: The Portage Press.
- NAN HUAT-CHIN (1997). *Basic buddhism*. York Beach, ME: Samuel Weiser .
- NASH, G. (1974). "Community response to a narcotic addiction treatment facility: The case of Prospect Place". En G. DE LEON (Ed.), *Phoenix House:Studies in a therapeutic community (1968-1973)* (pp. 25-41). Nueva York, MSS Information Corporation.
- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (1993). *Advance Report offinal mortality statistics, 1991* (DHHS Publication PHS 93-1120). Hyattsville, MD: Public Health Service.



- NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM (NIAAA). (1993). *Alcohol and health: Eighth special report to the U.S. Congress* (DHHS Publication No. ADM-281-91-0003). Rockville, MD: Author.
- NATIONAL TREATMENT IMPROVEMENT EVALUATION STUDY (NTIES). (September 1996). *"Preliminary report: The persistent effects of substance abuse treatment—One year later"* Rockville, MD: U.S. Dept. of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment (CSAT).
- NIELSEN, A. y SCARPITTI, F. (1995). "Argot use in the TC". *Deviant Behavior: An Interdisciplinary Journal*. 16, 245-267.
- (1997). "Changing the behavior of substance abusers: Factors influencing the effectiveness of therapeutic communities". *Journal of Drug Issues*. 27(2), 279-298.
- The 1996-97 TCA Membership Annual Achievement Report. (1997, Otoño). *TCA News: Therapeutic Communities of America*. 1 & 7.
- NURCO, D. N., HANLON, T. E., O'GRADY, K. E., y KINLOCK, T. W. (1997). "The association of early risk factors to opiate addiction and psychological adjustment". *Criminal Behaviour and Mental Health*. 7. 213-228.
- NUTTBROCK, L. A., RAHAV, M., RIVERA, J. J., NG-MAK, D. S. y LINK, B. G. (1998). "Outcomes of homeless mentally ill chemical abusers in community residences and a therapeutic community". *Psychiatric Services*. 49(1), 68-76.
- OETTING, E. R., y DONNERMEYER, J. F. (1998). "Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance. I". *Substance Use & Misuse*. 33 (4), 995-1026.
- OTTENBERG, D. J. (1978). "Responsible concern". *The Addiction Therapist*, 3 (1), 67-68.
- (1984). "Therapeutic community and the danger of the cult phenomenon". En L. BREMBERG (Ed.), *Third generation of therapeutic communities. Proceedings of the First European Conference on Milieu therapy*, Sept. 1982, Eskilstuna (pp. 218-238). Katrineholm, Sweden.
- PALLONE, N. J., y HENNESSY, J. J. (1996). *Tinder-box criminal aggression*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- PLATT, J. J. (1986). *Heroin addiction: Theory, research, and treatment. Volume 1*. (2^a Ed.), Malabar, FL: Krieger Publishing Company.
- (1995). *Heroin addiction: Theory, research, and treatment. Volume 2: The addict, the treatment process, and social control*. Malabar, FL: Krieger Publishing Company.
- POMPI, K. F. (1994). "Adolescents in therapeutic communities: Retention and posttreatment outcome". En F. M. TIMS, G. DE LEON, y N. JAINCHIL (Eds.), *NIDA Research Monograph 144. Therapeutic community: Advances in research and*

- application (NIH Publication Number 94-3633, pp. 128-161). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- POWELL, B. J., PENICK, E. C., OTHMER, E., BINGHAM, S. E., y RICE, A. S. (1982). "Prevalence of additional psychiatric syndromes among male alcoholics". *Journal of Clinical Psychology*, 43,404-407 .
- PRESTON, C. A., y VINEY, L. L. (1984). "Self and ideal self-perception of drug addicts in therapeutic communities". *International Journal of the Addictions*. 19(7), 805-818.
- Proceedings of the Therapeutic Communities of America 1992 planning conference, Paradigms: Past, present and future* (1994). Washington, DC: Therapeutic Communities of America.
- PROCHASKA, J. O., DICLEMENTE, C. C., y NORCROSS, J. C. (1992). "In search of how people change: applicationsto addictive behaviors". *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- RAMIREZ, E. (1984). "Recent developments in the therapeutic community movement in Puerto Rico and Latin America". En L. MARSAN, F. ANGELUCCI, y M. XELLA (Eds.), *Eighth World Conference of Therapeutic Communities* (Vol. 1, pp. 177-205). Roma, Italia: Enzo Jacopino in collaboration with SEAT-SARIN.
- RAPAPORT, R. N. (1960). *Community as doctor*. Londres: Tavistock Publications.
- RATNER, M. (1973). Daytop: A therapeutic community with an open door at the end. *Drug Program Review*
- RAVNDAL, E. (1994). *Drug abuse, psychopathology and treatment in a hierarchical therapeutic community: A prospective study*. Disertación doctoral inédita, University of Oslo, Department of Behavioral Sciences in Medicine, Oslo, Norway.
- RAVNDAL, E., y VAGLUM, P. (1998). "Psychotherapy, treatment completion and 5 years outcome: A prospective study of drug abusers". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(2), 135-142.
- RAY, R. (1999). *The Oxford connection* [On-line], Lynn's Recovery Site. Disponible en: elite.net/~lcunning/oxfordconnection.html.
- ROGERS, C. R. (1961). *On becoming a person*. Nueva York: Houghton Mifflin, Co.
- (1969). *Freedom to learn*. Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.
- (1970). *On encounter groups*. Nueva York: Harper and Row.
- ROUNSAVILLE, B. J., ROSENBERGER, P. H., WILBER, C. H., WEISSMAN, M. M., y KLEBER, H. (1980). "A comparison of the SADS/RDC and the DSM-III: Diagnosing drug abusers". *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 90-97.
- ROUNSAVILLE, B. J., WEISSMAN, M. M., KLEBER, H., y WILBER, C. (1982). "Heterogeneity of Psychiatric Diagnosis in Mental Opiate Addicts". *Archives of General Psychiatry* 39, 161- 166.



- SACKS, S., DE LEON, G., BERNHARDT, A. I., y SACKS, J. Y. (©1996, revisado en 1998). *Modified therapeutic community for homeless MICA individuals: A treatment manual*. Center for Mental Health Services (CMHS)/Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) Grant #IUD3 SM/TI51558-01. Nueva York: NDRI/CTCR.
- (1997). “A modified therapeutic community for homeless mentally ill chemical abusers”. En G. DE LEON (Ed.), *Community as method: Therapeutic communities for special populations and special settings* (pp. 19-37). Westport, CT: Greenwood Publishing Group, Inc.
- SALASNEK, S., y AMINI, F. (1971). The heroin addict in a therapeutic community for adolescents: A cultural rip-off. *Journal of Psychedelic Drugs*, 4 (2),138-144.
- SEIDEL, R. W., GUZMAN, F. D., y ABUEG, F. R. (1994). “Theoretical and practical foundations of an inpatient post-traumatic stress disorder and alcoholism treatment program”. *Psychotherapy*, 31(1),67-78.
- SELLS, S. B., y SIMPSON, D. D. (Eds.). (1976). *Studies in the effectiveness of treatment of drug abuse*. Cambridge, MA: Ballinger.
- SILBERSTEIN, C. H., METZGER, E. J., y GALANTER, M. (1997). “The Greenhouse: A modified therapeutic community for mentally ill homeless addicts at New York University”. En G. DE LEON (Ed.), *Community as method: Therapeutic communities for special populations and special settings* (pp. 53-65). Westport, CT: Greenwood Publishing Group, Inc.
- SILBERT, M. (1986). “Delancey Street Foundation: An example of self-reliance”. En A. ACAMPORA y E. NEBELKOPF (Eds.), *Bridging services: Drug abuse, human services and the therapeutic community-Proceedings of the 9th World Conference of Therapeutic Communities*, September 1-6, 1985 (pp. 303-306). San Francisco, CA: Abacus Printing.
- SIMPSON, D. D. (1979). “The relation of time spent in drug abuse treatment to posttreatment outcome”. *American Journal of Psychiatry*, 136, 1449-1453.
- (1986). “12-year Follow-up outcomes of opioid addicts treated in therapeutic communities”. En G. DE LEON y J. T. ZIEGENFUSS Jr. (Eds.), *Therapeutic communities for addictions; Readings in theory, research and practice* (pp. 109-120). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- SIMPSON, D. D., y FRIEND, H. J. (1988). “Legal status and long-term outcomes for addicts in the DARP followup project”. En C. G. LEUKEFELD y F. M. TIMS (Eds.), *Compulsory treatment of drug abuse; Research and clinical practice NIDA Research Monograph 86* (ADM 88-1578; pp. 81-98). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

- SIMPSON, D. D., JOE, G. W., y BROWN, B. S. (1997). "Treatment retention and follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS)". *Psychology of Addictive Behaviors*, 11, 294-307.
- SIMPSON, D. D., JOE, G. W., ROWAN-SZAL, G. A., y GREENER, J. M. (1997). "Drug abuse treatment process components that improve retention". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14, 565-572.
- SIMPSON, D. D., KNIGHT, K., y RAY, S. (1993). "Psychosocial correlates of AIDS-risk, drug use and sexual behaviors". *AIDS Education and Prevention*, 5, 121-130.
- SIMPSON, D. D., y LLOYD, M. R. (1979). "Client evaluations of drug abuse treatment in relation to follow-up outcomes". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 6(4), 397-411.
- SIMPSON, D. D., y SELLS, S. B. (1982), "Effectiveness of treatment for drug abuse: An overview of the DARP research program". *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 2,7-29.
- SLATER, M. R. (1984). *An Historical Perspective of Therapeutic Communities*, Thesis Proposal to the M. S. S. program, University of Colorado at Denver.
- STEPHENS, J. (1978). "Conflicts of cultures in therapeutic communities". *Addiction Therapist, Special Edition*, 2 (3 & 4), 106-108.
- STEVENS, S. J., ARBITER N, y GLIDER P. (1989). "Female residents: Expanding their role to increase treatment effectiveness". *International Journal on the Addictions*, 4, 285-306.
- STEVENS, S. J., ARBITER, N. y MCGRATH, R. (1997). "Women and children: Therapeutic community substance abuse treatment". En G. DE LEON (Ed.), *Community as method; Therapeutic communities for special populations and special settings* (pp. 129-142). Westport, CT: Greenwood Publishing Group, Inc.
- STEVENS, S. J., y GLIDER, P. (1994). "Therapeutic communities: Substance abuse treatment for women". En F. M. TIMS, G. DE LEON, y N. JAINCHILL (Eds.), *Therapeutic community: Advances in research and application*, NIDA Research Monograph 144 (NIH Publication Number 94-3633, pp. 162-180). Rockville, MA: National Institute on Drug Abuse.
- STITZER, M. L., IGUCHI, M.Y., KIDORF, M., y BIGELOW, G. E. (1993). "Contingency management in methadone treatment: The case for positive incentives". *Behavioral treatment for drug abuse and dependence*, National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series 137 (NIDA NIH Publication No.93-3684, pp. 19-36). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- SUGARMAN, B. (1974). *Daytop Village: A therapeutic community*. Nueva York: Holt, Winston and Rinehart.

- (1986). "Structure, variations, and context: A sociological view of the therapeutic community". En G. DE LEON, y J. T. ZIEGENFUSS (Eds.), *Therapeutic communities for addictions: Readings in theory, research and practice* (pp. 65-82). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- TALBOY, E. S. (1998). *Therapeutic community experiential training: Facilitator guide*. Kansas City, MO: University of Missouri-Kansas City, Mid-America Addiction Technology Transfer Center (A TTC).
- THERAPEUTIC COMMUNITIES OF AMERICA CRIMINAL JUSTICE COMMITTEE (1999, Dic.). *Therapeutic communities in correctional settings: The prison based TC standards development project, Final report of phase II* (Prepared for the Office of National Drug Control Policy [ONDCP]). Washington, DC: National Drug Clearinghouse, 1-800-666- 3332 [NCJ179365].
- TIMS, F. M., DE LEON, G., y JAINCHILL, N. (Eds.). (1994). *Therapeutic community: Advances in research and application: NIDA Monograph 144* (NIH Publication No.94-3633). Washington, DC: Superintendent of Documents, US Government Printing Office.
- TIMS, F. M., y LUDFORD, J. P. (Eds.). (1984). *Drug abuse treatment evaluation: Strategies, progress and prospects. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 51* (DHHS Publication No. [ADM] 84-1329). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- TOUMBOUROU, J. W., HAMILTON, M., y FALLON, B. (1998). "Treatment level progress and time spent in treatment in the prediction of outcomes following drug-free therapeutic community treatment". *Addiction*, 93(7), 1051-1064.
- TRIMPEY, J. (1988). *Rational recovery from alcoholism: The small book*. Lotus, CA: Lotus Press.
- VAILLANT, G. E. (1973). "A 20-year follow-up of New York narcotic addicts". *Archives of General Psychiatry*, 29,273-241.
- VAILLANT, G. E. (1981). "Dangers of psychotherapy in the treatment of alcoholism". En M. H. BEAN y N. E. ZINBERG (Eds.), *Dynamic approaches to the understanding and treatment of alcoholism* (pp. 36-54). Nueva York: Free Press.
- VOLKMAN, R., y CRESSEY, D. R. (1963). "Differential association and the rehabilitation of drug addicts". *American Journal of Sociology*, 69, 129-42.
- WALDORF, D. (1971). "Social control in therapeutic communities for the treatment of drug addicts". *The International Journal of the Addictions*, 6 (1),28-43.
- (1973). *Careers in dope*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- WASHBURNE, N. (1977). *Dynamics of treatment in therapeutic communities*. (Technical Report No 5). Newark, NJ: Rutgers University.

- WASHTON, A. M. (1989). "Cocaine abuse and compulsive sexuality". *Medical Aspects of Human Sexuality*, 32-39.
- WATTERSON, O., SIMPSON, D. D., y SELLS, S. B. (1975). "Death rates and causes of death among opioid addicts in community drug treatment programs during 1970-1973". *American Journal of Drug Alcohol Abuse*, 2, 99-111.
- WEXLER, H., DE LEON, G., THOMAS, G., KRESSEL, D., y PETERS, J. (1999). "The Amity prison TC evaluation: Reincarceration outcomes". *Criminal Justice and Behavior*, 26 (2): 144- 167.
- WEXLER, H., y WILLIAMS, R. (1986). "The Stay'n Out therapeutic community: Prison treatment for substance abusers". *Journal of Psychoactive Drugs*, 18, 221-230.
- WILMER, H. (1958). "Toward a definition of the therapeutic community". *American Journal of Psychiatry*, 114, 824-837.
- WILSON, B. (1957). *Alcoholics Anonymous comes of age: A brief history of AA*. Nueva York: Alcoholics Anonymous World Services.
- WINICK, C. (1962). "Maturing out of narcotic addiction". *United Nations Bulletin on Narcotics*, 16, 1-11.
- (1980). "An empirical assessment of therapeutic communities in New York City". En L. BRILL y C. WINICK (Eds.), *The yearbook of substance use and abuse, vol. II* (pp. 251-285). Nueva York, NY: Human Sciences Press.
- (1981). "Substances of abuse and sexual behavior". En J. H. LOWINSON y P. RUIZ (Eds.), *Substance abuse: Clinical problems and perspectives*. Baltimore, MD: Williams & Wilkens.
- (1990-91). "The counselor in drug abuse treatment". *International Journal of the Addictions* 25 (12A), 1479-1502.
- WINICK, C., y EVANS, J. T. (1997). "A therapeutic community program for mothers and their children". En G. DE LEON (Ed.), *Community as method: Therapeutic communities for special populations and special settings* (pp. 143-160). Westport, CT: Greenwood Publishing Group, Inc.
- WRIGHT, K. N., y WRIGHT, K. E. (1994). *Family life, delinquency, and crime: A policy-maker's guide*. Washington, DC: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- WURMSER, L. (1974). "Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use". *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 22, 820-843.
- YABLONSKY, L. (1965). *Synanon: The tunnel back*. Nueva York: Macmillan.
- (1986). "Some characteristics of the social structure & social organization of the TC". En A. ACAMPORA y E. NEBELKOPF (Eds.), *Bridging services: Drug abuse, human services and the therapeutic community-Proceedings of the 9th World Confe-*



- rence of *Therapeutic Communities*, Sep. 1-6,1985 (pp. 211-214). San Francisco, CA: Abacus Printing.
- YABLONSKY, L. (1989). *The therapeutic community*. Nueva York City: Gardner Press.
- YALOM, I. D. (1975). *The theory and practice of group psychotherapy*. Nueva York: Basic Books.
- YOUNG, E. G. (1995). "The role of incest issues in relapse and recovery". En A. M. WASHTON (Ed.), *Psychotherapy and substance abuse* (pp. 451-469). Nueva York: Guilford.
- ZACKON, F., MCAULIFFE, W. E., y CHI'EN, J. (1985). *Addict aftercare: Recovery training and self-help treatment, NIDA Treatment Research Monograph Series* (DHHS Publication (ADM) 85-1341). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- ZARCONE, V. P., Jr. (1975). *Drug addicts in a therapeutic community: the Satori approach*. Baltimore, MD: York Press, Inc.
- ZIMMER-HOFLER, D. y MEYER-FEHR, P. (1986). "Motivational aspects of heroin addicts in therapeutic communities compared with those in other institutions". En G. DE LEON y J. T. ZIEGENFUSS, Jr. (Eds.), *Therapeutic communities for addictions* (pp. 157-168). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- ZUCKERMAN, M. (1986). "Sensation seeking and the endogenous deficit theory of drug abuse". En SZARA (Ed.), *Neurology of viral control in drug abuse. NIDA Monograph Series 74* (pp. 59-70). Washington, DC: U.S. Gvt. Printing Office.
- ZUCKERMAN, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.
- ZWEBEN, J. E. (1993). "Recovery-oriented psychotherapy: A model for addiction treatment". *Psychotherapy*, 30, 259-268.
- ZWEBEN, J. E., y SMITH, D. E. (1986). "Changing attitudes and policies toward alcohol use in the therapeutic community". *Journal of Psychoactive Drugs*, 18 (3), 253-260.

Apéndice A:

Glosario de términos empleados en la Comunidad Terapéutica

- Ácido*: LSD (dietil amida del ácido lisérgico); un poderoso alucinógeno.
- Conciencia*: asignación especial concedida al residente para mantener su conciencia despierta en relación con un área problemática.
- Caballo*: heroína, jaco, jamaro
- Camello*: traficante de droga, a menudo a pequeña escala y para sufragar su propio consumo.
- Contrato conductual*: acuerdo entre la familia, el residente y el personal, acerca de cambios que el residente debería adoptar para seguir formando parte de la membresía de la comunidad.
- Chivato*: informador; persona que traiciona a un amigo, especialmente a la policía.
- Cortar*: proceso mediante el cual la heroína se mezcla con varias sustancias adulterantes, comúnmente la dextrosa y la quinina. Debido a que nadie puede saber en qué medida ha sido “cortada” una droga adquirida en la calle, o cuál ha sido la sustancia utilizada a este efecto, los consumidores de heroína corren el riesgo de ser timados, de sufrir una sobredosis accidental o las consecuentes reacciones adversas, incluida la muerte.
- Desintoxicación*: abstinencia de droga supervisada médicamente, con el fin de salvaguardar la salud del paciente y minimizar los perjuicios derivados.
- Estar colocado*: encontrarse en estado de ensoñación agradable bajo los efectos de una droga. *Estar puesto* implica niveles más serios de intoxicación.
- Farlopa*: cocaína, también llamada harina (harina en gallego) o nieve.
- G*: un gramo de droga, vendido habitualmente en una papelina.
- Grupo de contrato*: grupo de residentes, rara vez más de tres o cuatro, que conspiran en secreto para violar una norma de la comunidad.
- Limpiarse*: superar la adicción a la droga; adoptar un modo de vida que no implique la dependencia a la droga.



Mal Viaje: experiencia amedrentadora o brote sicótico experimentado bajo la influencia de una droga, en la mayoría de los casos un alucinógeno, pero también otras drogas como las anfetaminas, hacia las que el consumidor podría haber manifestado una reacción adversa.

Mono: abstinencia abrupta de droga.

Por ahí: utilizado en la expresión “¿Estás por ahí?” queriendo decir “¿Tienes alguna droga?”

Pricas: pastillas de éxtasis.

Reglas cardinales: leyes de la comunidad que protegen la estructura y la seguridad del programa; una infracción de estas normas podría ocasionar la expulsión del programa.

Retroalimentación: respuesta o reacción a algo que otra persona ha dicho o hecho.

Sesión de rap: discusión de grupo conducida por miembros de la comunidad con el propósito de aumentar la conciencia social.

Veneno: *speed*, anfetamina, droga que pertenece a la familia de los estimulantes del sistema nervioso central.

Apéndice B: Filosofías de la Comunidad Terapéutica

La filosofía de Daytop

Estoy aquí porque no hay un refugio para mí, en el que, finalmente, pueda esconderme de mí mismo. Hasta que pueda enfrentarme a mí mismo en los ojos y los corazones de los demás, estaré huyendo. Hasta que sufra para compartir mis secretos, no encontraré la seguridad en ellos. Atemorizado por ser reconocido, no soy capaz de conocerme a mí mismo ni de conocer a cualquier otra persona, estaré solo. ¿En qué otro lugar, aparte de nuestra tierra común, podré encontrar un espejo como éste? Aquí, juntos, al menos puedo verme a mí mismo no como el gigante de mis sueños ni como el enano de mis miedos, sino como una persona, parte de un todo, con mi parte de su propósito. En esta tierra, puedo echar raíces y crecer sin estar solo nunca más, igual que tras la muerte pero estando vivo a mis ojos y a los ojos de los demás.

[*Daytop es una agencia tradicional de Comunidad Terapéutica y una de las progenitoras de la Comunidad Terapéutica en todo el mundo.*]

La filosofía de Greenhouse

Nuestra filosofía comienza por mirarnos a nosotros mismos, el lugar de donde venimos y el lugar a donde vamos. Somos adictos en proceso de recuperación y tenemos una dificultad mental o emocional. Fuimos personas egocéntricas, iracundas y críticas. Comenzamos a desarrollar malos hábitos y aquellos malos hábitos nos modelaron como personas solitarias que buscaban una salida.

Nuestro símbolo de *The Greenhouse* (El Invernadero) es la metáfora del crecimiento de un árbol: se planta una semilla y ésta crece sólo con los cuidados que necesita (agua, sol, sombra y amor). Crecerá hasta convertirse en un árbol y necesitará el espacio y el aire y, al mismo tiempo, dará protección y sombra a los demás. Después, le crecerán las flores que serán los frutos de la vida.



Como comunidad de auto-ayuda, nos apoyamos unos a otros, somos responsables de nuestras acciones y las de nuestro hermano. Así, no nos encontraremos ni se encontrarán desalentados ni aislados porque ahora tenemos un hogar. Sabemos cómo relacionarnos y aceptar el amor. No estamos solos. Estamos vivos y somos una parte de la sociedad, como un precioso árbol en el bosque completando el ciclo de la vida.

[The Greenhouse es una Comunidad Terapéutica modificada para indigentes drogo-dependientes con enfermedades mentales, en un refugio asociado a un hospital.]

Filosofía del Programa de Recuperación

Estamos aquí porque nos hemos dado cuenta de que nuestras vidas son incontrolables.

Hemos realizado un compromiso de modificación para nosotros mismos... por aquellos a los que amamos... y por aquellos que nos aman.

No importa cuán difícil sea, lograremos el éxito y ocuparemos nuestro lugar legítimo en nuestra comunidad.

[El Programa de Recuperación es un programa de tratamiento de día diseñado a partir de una modificación de la Comunidad Terapéutica, ubicado en un hospital clínico.]

La filosofía de Stay'n Out

La conciencia es la llave para el ojo de la mente. Esta es la capacidad para crear la comprensión total dentro de un individuo que busca el entendimiento y la belleza de la auto-existencia.

Estamos comprometidos con la verdad y con la realización de cada uno mediante la puesta en marcha de nuevas direcciones, el abastecimiento de los materiales, los recursos y el contexto que contribuyen a la modificación positiva.

Mientras sigamos dispuestos a aprender las nuevas maneras de lograr el éxito en esta sociedad confusa, prosperaremos.

Juntos conseguiremos aunar nuestro trabajo y nuestros esfuerzos al máximo de nuestras capacidades, para obtener una sensación de logro y satisfacción en nosotros mismos.

Estamos aquí para beneficiarnos unos a otros en crecimiento y conciencia, y para adquirir la confianza en nosotros mismos de modo que podamos confiar en los demás en nuestras vidas.

Hemos tomado la determinación de que debemos dejar de huir todo el tiempo para evitar enfrentarnos a nuestros verdaderos egos. Más aún, hemos comen-

zado a quitarnos la máscara criminal y eliminar nuestras imágenes negativas, y a vivir de nuevo, no como personas con trastornos del carácter, sino como individuos de éxito.

[Stay'n Out es una Comunidad Terapéutica modificada para drogodependientes en entornos carcelarios, y es el prototipo de estos programas a nivel mundial]

Apéndice C: Instrumentos de evaluación para la utilización en Comunidades Terapéuticas

De Leon, G., y Melnick, G. (1993©) *Cuestionario de escala para los elementos esenciales de la Comunidad Terapéutica (SEEQ)*.

El SEEQ evalúa el extremo hasta el cual un programa presenta las características genéricas de una Comunidad Terapéutica. El SEEQ mide la perspectiva, la metodología de tratamiento de la Comunidad Terapéutica, a la comunidad como agente terapéutico, sus actividades educativas y laborales, los elementos terapéuticos formales, y el proceso.

Melnick G., y De Leon, G. (1998). *Protocolo de concordancia de usuarios (CMP)*. (Desarrollado con financiación de la beca NIDA n° 3 R01 DA08750, Rockville, MD).

El CMP evalúa de manera objetiva la idoneidad de la asignación del usuario a uno de los tres tipos de contextos de tratamiento orientados a la Comunidad Terapéutica: residencia a corto plazo, residencia a largo plazo, o tratamiento de tipo ambulatorio. Los criterios del CMP están basados en patrones de consumo de droga, periodos previos de abstinencia prolongada, actividad criminal y habilitación.

Jainchill, N., Messina, M., y Yagelka, J. (1997) *Índice de riesgos ambientales del tratamiento (TERI)*. Desarrollado con financiación de la beca NIDA n° R01 DA09896, Rockville, MD

El TERI es una lista de 100 ítems que mide las tres dimensiones diferentes del entorno de tratamiento de la Comunidad Terapéutica. La dimensión física mide los aspectos físicos de las instalaciones; la dimensión del medio ambiente social está dedicada a las relaciones del programa con la justicia criminal, la familia y la comunidad exterior; y la dimensión del programa evalúa los aspectos más específicos del programa en sí mismo, por ejemplo, la severidad de las normas y regulaciones.

Sacks, S. (1995). *Formulario de monitorización del programa (PMF)*. (Desarrollado con financiación de la Beca n° 1 UD3 SMTI51558-02, Centro para Servicios de Salud Mental [CMHS]/Centro para el Tratamiento de Abuso de Sustancias [CSAT], Rockville, MD).

El PMF es un instrumento de información interna de utilidad demostrada para definir la fidelidad del programa. Se solicita al usuario que informe acerca de si una intervención ocurrió o no y, si lo hizo, que detalle si la actividad contenía cada uno de sus componentes definitorios. El PMF evalúa la fidelidad entre la actividad como fue diseñada, como figura en la descripción del programa, y como fue llevada a cabo.

De Leon, G. (1992) *Protocolo de entrevista de línea base CTCR*

El Protocolo de entrevista de línea base CTCR es un instrumento que proporciona una descripción comprensiva de los nuevos usuarios para propósitos de información y comparación. Mide las características demográficas, el historial psicosocial, el consumo de droga, y los historiales médico, criminal y legal.

De Leon, G. (1993©) *Circunstancias, motivación y disposición (CMR) Escalas para el tratamiento del abuso de sustancias*

La versión de entrada del CMR es un instrumento de auto-información de usuarios que mide las circunstancias 1 (presión externa para ingresar en el tratamiento), las circunstancias 2 (presión externa para abandonar el tratamiento), la motivación (para cambiar) y la buena disposición (ante el tratamiento).

Melnick, G., y De Leon, G. (1996©). *Escalas de percepción de la idoneidad del tratamiento (PTSS)*. (Desarrollado con financiación de la beca NIDA n° R43 DA08972, Rockville, MD).

El PTSS mide las preferencias subjetivas del usuario en cuanto al tipo de tratamiento, incluyendo la desintoxicación, el tratamiento ambulatorio libre de droga, el tratamiento ambulatorio basado en la metadona, el tratamiento residencial a corto plazo y el tratamiento residencial a largo plazo.

Jainchill, N., y De Leon, G. (1987). *Escalas de progreso de los usuarios de la Comunidad Terapéutica (TCCPS)*. (Desarrollado con financiación de la beca NIDA n° R01 DA 03617, Rockville, MD).

El instrumento TCCPS proporciona a los usuarios y el personal una evaluación de la participación en las actividades del programa. El TCCPS mide el progreso como modelo de rol; la participación en grupos terapéuticos y las relaciones con los demás.

Kressel, D., De Leon, G., (1998©). Inventario de evaluación del usuario (CAI); Sumario de evaluación del usuario (CAS); Sumario de evaluación del personal (SAS). (Desarrollados con financiación de la beca NIDA nº 5K21 DA00239, Rockville, MD)

El CAI, el CAS y el SAS son instrumentos que sirven para evaluar el progreso de los usuarios a lo largo de los 14 ámbitos clínicamente relevantes bajo 4 amplias dimensiones: la dimensión evolutiva, la dimensión de socialización, la dimensión psicológica y la dimensión de membresía comunitaria.

1. *Relatos para el crecimiento personal*. CARLOS ALEMANY (ED.), R. ÁLVAREZ, J. V. BONET, I. CABODEVLLLA, E. CHAMORRO, C. DOMINGUEZ, J. A. GARCÍA-MONGE, A. GIMENO-BAYÓN, M. MELENDO, A. ROCAMORA. (6ª ed.)
2. *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. OLGA CASTANYER. (22ª ed.)
3. *Comprendiendo cómo somos. Dimensiones de la personalidad*. ANA GIMENO-BAYÓN. (5ª ed.)
4. *Aprendiendo a vivir. Manual contra el aburrimiento y la prisa*. ESPERANZA BORÚS. (5ª ed.)
5. *¿Qué es el narcisismo?* JOSÉ LUIS TRECHERA. (2ª ed.)
6. *Manual práctico de P.N.L. Programación neurolingüística*. RAMIRO J. ÁLVAREZ. (5ª ed.)
7. *El cuerpo vivenciado y analizado*. CARLOS ALEMANY Y VÍCTOR GARCÍA (EDS.)
8. *Manual de Terapia Infantil Gestáltica*. LORETTA ZAIRA CORNEJO. (5ª ed.)
9. *Viajes hacia uno mismo. Diario de un psicoterapeuta en la postmodernidad*. FERNANDO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN. (2ª ed.)
10. *Cuerpo y Psicoanálisis. Por un psicoanálisis más activo*. JEAN SARKISSOFF. (2ª ed.)
11. *Dinámica de grupos. Cincuenta años después*. LUIS LÓPEZ-YARTO. (6ª ed.)
12. *El eneagrama de nuestras relaciones*. MARIA-ANNE GALLEN - HANS NEIDHARDT. (5ª ed.)
13. *¿Por qué me culpabilizo tanto? Un análisis psicológico de los sentimientos de culpa*. LUIS ZABALEGUI. (3ª ed.)
14. *La relación de ayuda: De Rogers a Carkhuff*. BRUNO GIORDANI. (2ª ed.)
15. *La fantasía como terapia de la personalidad*. FERNANDO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN. (2ª ed.)
16. *La homosexualidad: un debate abierto*. JAVIER GAFO (ED.). J. GAFO, C. DOMÍNGUEZ, J.-R. LACADENA, A. GIMENO, J. L. TRECHERA. (3ª ed.)
17. *Diario de un asombro*. ANTONIO GARCÍA RUBIO. (3ª ed.)
18. *Descubre tu perfil de personalidad en el eneagrama*. DON RICHARD RISO. (5ª ed.)
19. *El manantial escondido. La dimensión espiritual de la terapia*. THOMAS HART.
20. *Treinta palabras para la madurez*. JOSÉ ANTONIO GARCÍA-MONGE. (8ª ed.)
21. *Terapia Zen*. DAVID BRAZIER. (2ª ed.)
22. *Sencillamente cuerdo. La espiritualidad de la salud mental*. GERALD MAY.
23. *Aprender de Oriente: Lo cotidiano, lo lento y lo callado*. JUAN MASÍA.
24. *Pensamientos del caminante*. M. SCOTT PECK.
25. *Cuando el problema es la solución. Aproximación al enfoque estratégico*. RAMIRO J. ÁLVAREZ. (2ª ed.)
26. *Cómo llegar a ser un adulto. Manual sobre la Integración Psicológica y Espiritual*. DAVID RICHÓ. (2ª ed.)
27. *El acompañante desconocido. De cómo lo masculino y lo femenino que hay en cada uno de nosotros afecta a nuestras relaciones*. JOHN A. SANFORD.
28. *Vivir la propia muerte*. STANLEY KELEMAN.
29. *El ciclo de la vida: Una visión sistémica de la familia*. A. BELART - M. FERRER. (2ª ed.)
30. *Yo, limitado. Pistas para descubrir y comprender nuestras minusvalías*. MIGUEL ÁNGEL CONESA.
31. *Lograr buenas notas con apenas ansiedad. Guía práctica para sobrevivir a los exámenes*. KEVIN FLANAGAN.
32. *Alí Babá y los cuarenta ladrones. Cómo volverse verdaderamente rico*. VERENA KAST.
33. *Cuando el amor se encuentra con el miedo*. DAVID RICHÓ. (3ª ed.)
34. *Anhelos del corazón. Integración psicológica y espiritualidad*. WILKIE AU - NOREEN CANNON.
35. *Vivir y morir conscientemente*. IOSU CABODEVILLA. (3ª ed.)
36. *Para comprender la adicción al juego*. MARÍA PRIETO URSÚA.
37. *Psicoterapia psicodramática individual*. TEODORO HERRANZ.
38. *El comer emocional*. EDWARD ABRAMSON.
39. *Creer en intimidad. Guía para mejorar las relaciones interpersonales*. JOHN AMODEO - KRIS WENTWORTH.
40. *Diario de una maestra y de sus cuarenta alumnos*. ISABEL AGÜERA.
41. *Valórate por la felicidad que alcances*. XAVIER MORENO.
42. *Pensándolo bien... Guía práctica para asomarse a la realidad*. RAMIRO J. ÁLVAREZ.
43. *Límites, fronteras y relaciones. Cómo conocerse, protegerse y disfrutar de uno mismo*. CHARLES L. WHITFIELD.
44. *Humanizar el encuentro con el sufrimiento*. JOSÉ CARLOS BERMEJO.
45. *Para que la vida te sorprenda*. MATILDE DE TORRES. (2ª ed.)
46. *El Buda que siente y padece. Psicología budista sobre el carácter, la adversidad y la pasión*. DAVID BRAZIER.
47. *Hijos que no se van. La dificultad de abandonar el hogar*. JORGE BARRACA.

48. *Palabras para una vida con sentido*. M^a. ÁNGELES NOBLEJAS.
49. *Cómo llevarnos bien con nuestros deseos*. PHILIP SHELDRAKE.
50. *Cómo no hacer el tonto por la vida. Puesta a punto práctica del altruismo*. LUIS CENCILLO. (2^a ed.)
51. *Emociones: Una guía interna. Cuáles sigo y cuáles no*. LESLIE S. GREENBERG. (2^a ed.)
52. *Éxito y fracaso. Cómo vivirlos con acierto*. AMADO RAMÍREZ.
53. *Desarrollo de la armonía interior*. JUAN ANTONIO BERNAD.
54. *Introducción al Role-Playing pedagógico*. PABLO POBLACIÓN y ELISA LÓPEZ.
55. *Cartas a Pedro. Guía para un psicoterapeuta que empieza*. LORETTA CORNEJO.
56. *El guión de vida*. JOSÉ LUIS MARTORELL.
57. *Somos lo mejor que tenemos*. ISABEL AGÜERA.
58. *El niño que seguía la barca. Intervenciones sistémicas sobre los juegos familiares*. GIULIANA PRATA, MARIA VIGNATO y SUSANA BULLRICH.
59. *Amor y traición*. JOHN AMODEO.
60. *El amor. Una visión somática*. STANLEY KELEMAN.
61. *A la búsqueda de nuestro genio interior: Cómo cultivarlo y a dónde nos guía*. KEVIN FLANAGAN.
62. *A corazón abierto. Confesiones de un psicoterapeuta*. F. JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN.
63. *En vísperas de morir. Psicología, espiritualidad y crecimiento personal*. IOSU CABODEVILLA.
64. *¿Por qué no logro ser asertivo?* OLGA CASTANYER y ESTELA ORTEGA. (2^a ed.)
65. *El diario íntimo: buceando hacia el yo profundo*. JOSÉ-VICENTE BONET, S.J. (2^a ed.)
66. *Caminos sapienciales de Oriente*. JUAN MASÍA.
67. *Superar la ansiedad y el miedo. Un programa paso a paso*. PEDRO MORENO. (2^a ed.)
68. *El matrimonio como desafío. Destrezas para vivirlo en plenitud*. KATHLEEN R. FISCHER y THOMAS N. HART.
69. *La posada de los peregrinos. Una aproximación al Arte de Vivir*. ESPERANZA BORÚS.
70. *Realizarse mediante la magia de las coincidencias. Práctica de la sincronidad mediante los cuentos*. JEAN-PASCAL DEBAILLEUL y CATHERINE FOURGEAU.
71. *Psicoanálisis para educar mejor*. FERNANDO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN.
72. *Desde mi ventana. Pensamientos de autoliberación*. PEDRO MIGUEL LAMET.
73. *En busca de la sonrisa perdida. La psicoterapia y la revelación del ser*. JEAN SARKISSOFF.
74. *La pareja y la comunicación. La importancia del diálogo para la plenitud y la longevidad de la pareja. Casos y reflexiones*. PATRICE CUDICIO y CATHERINE CUDICIO.
75. *Ante la enfermedad de Alzheimer. Pistas para cuidadores y familiares*. MARGA NIETO.
76. *Me comunico... Luego existo. Una historia de encuentros y desencuentros*. JESÚS DE LA GÁNDARA.
77. *La nueva sofología. Guía práctica para todos*. CLAUDE IMBERT.
78. *Cuando el silencio habla*. MATILDE DE TORRES.
79. *Atajos de sabiduría*. CARLOS DÍAZ.
80. *¿Qué nos humaniza? ¿Qué nos deshumaniza?* RAMÓN ROSAL.
81. *Más allá del individualismo*. RAFAEL REDONDO.
82. *La terapia centrada en la persona hoy. Nuevos avances en la teoría y en la práctica*. DAVE MEARNY y BRIAN THORNE.
83. *La técnica de los movimientos oculares. La promesa potencial de un nuevo avance psicoterapéutico*. FRED FRIEDBERG.
84. *No seas tu peor enemigo... ¡...Cuando puedes ser tu mejor amigo!* A.-M. McMAHON.
85. *La memoria corporal. Bases teóricas de la diafreoterapia*. LUZ CASASNOVAS.
86. *Atrapando la felicidad con redes pequeñas*. IGNACIO BERCIANO. CON LA COLABORACIÓN DE ITZIAR BARRENENGOA
87. *C.G. Jung. Vida, obra y psicoterapia*. M. PILAR QUIROGA.
88. *Creer en grupo. Una aproximación desde el enfoque centrado en la persona*. BARTOMEU BARCELÓ.
89. *Automanejo emocional. Pautas para la intervención cognitiva con grupos*. ALEJANDRO BELLO, ANTONIO CREGO.
90. *La magia de la metáfora. 77 relatos breves para educadores, formadores y pensadores*. NICK OWEN.
91. *Cómo volverse enfermo mental*. JOSÉ LUIS PÍO ABREU.
92. *Psicoterapia y espiritualidad. La integración de la dimensión espiritual en la práctica terapéutica*. AGNETA SCHREURS.
93. *Fluir en la adversidad*. AMADO RAMÍREZ VILLAFÁÑEZ.
94. *La psicología del soltero: Entre el mito y la realidad*. JUAN ANTONIO BERNAD.
95. *Un corazón auténtico. Un camino de ocho tramos hacia un amor en la madurez*. JOHN AMODEO.

Serie MAIOR

1. *Anatomía Emocional*. STANLEY KELEMAN. (4ª ed.)
2. *La experiencia somática*. STANLEY KELEMAN. (2ª ed.)
3. *Psicoanálisis y Análisis Corporal de la Relación*. ANDRÉ LAPIERRE.
4. *Psicodrama. Teoría y práctica*. JOSÉ AGUSTÍN RAMÍREZ. (2ª ed.)
5. *14 Aprendizajes vitales*. CARLOS ALEMANY (ED.), A. GARCÍA, J. A. GARCÍA-MONGE, C. R. CABARRÚS, L. CENCILLO, J. M. DÍEZ-ALEGRIA, O. CASTANYER, I. CABODEVILLA, J. MASÍA, D. ALEIXANDRE, M. DE GUZMÁN, J. BURGALETA, Mª. J. CARRASCO, A. GIMENO. (8ª ed.)
6. *Psique y Soma. Terapia bioenergética*. JOSÉ AGUSTÍN RAMÍREZ.
7. *Crecer bebiendo del propio pozo. Taller de crecimiento personal*. CARLOS R. CABARRÚS, S.J. (6ª ed.)
8. *Las voces del cuerpo. Respiración, sonido y movimiento en el proceso terapéutico*. CAROLYN J. BRADDOCK.
9. *Para ser uno mismo. De la opacidad a la transparencia*. JUAN MASÍA CLAVEL
10. *Vivencias desde el Enneagrama*. MAITE MELENDO. (3ª ed.)
11. *Codependencia. La dependencia controladora. La dependencia sumisa*. DOROTHY MAY.
12. *Cuaderno de Bitácora, para acompañar caminantes. Guía psico-histórico-espiritual*. CARLOS R. CABARRÚS. (3ª ed.)
13. *Del ¡viva los novios! al ¡ya no te aguento! Para el comienzo de una relación en pareja y una convivencia más inteligente*. EUSEBIO LÓPEZ.
14. *La vida maestra. El cotidiano como proceso de realización personal*. JOSÉ MARÍA TORO.
15. *Los registros del deseo. Del afecto, el amor y otras pasiones*. CARLOS DOMÍNGUEZ.
16. *Psicoterapia integradora humanista. Manual para el tratamiento de 33 problemas psicosensoresiales, cognitivos y emocionales*. ANA GIMENO-BAYÓN Y RAMÓN ROSAL.
17. *Deja que tu cuerpo interprete tus sueños*. EUGENE T. GENDLIN.
18. *Cómo afrontar los desafíos de la vida*. CHRIS L. KLEINKE.
19. *El valor terapéutico del humor*. ÁNGEL RZ. IDÍGORAS (ED.). (2ª ed.)
20. *Aumenta tu creatividad mental en ocho días*. RON DALRYMPLE.
21. *El hombre, la razón y el instinto*. JOSÉ Mª PORTA.
22. *Guía práctica del trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Pistas para su liberación*. BRUCE M. HYMAN Y CHERRY PEDRICK
23. *La comunidad terapéutica y las adicciones. Teoría, modelo y método*. GEORGE DE LEON.

Este libro se terminó
de imprimir
en los talleres de
RGM, S.A., en Bilbao,
el 25 de marzo de 2003.



Serendipity

M

A

I

O

R

El presente manual es el más importante que se ha escrito hasta la fecha sobre las comunidades terapéuticas. Clarifica los presupuestos de fondo y, al mismo tiempo, proporciona una revisión de la historia de los tratamientos terapéuticos con adicciones, que tiene una especial incidencia en las comunidades para el tratamiento de adictos a las drogas y ámbitos afines. Asimismo proporciona los elementos esenciales de la práctica terapéutica en este campo, sin dejar de lado las dificultades con que los expertos se encuentran a la hora de su aplicación.

Es un libro muy indicado para orientadores, terapeutas profesionales y todas aquellas personas comprometidas con el cambio terapéutico. El lector europeo, como se advierte en el prólogo a esta edición española, percibirá una cierta distancia en algunas de las prácticas concretas respecto a nuestras comunidades. Son diferencias naturales, que éstas han experimentado a través de su propia evolución. Adaptar el manual a nuestra realidad y conferir nuestra realidad con el manual, será un noble propósito para llevar a cabo el cambio real, eficaz y operativo.

Es un orgullo para la colección *Serendipity* poder contar con la versión española de tan acreditado manual. Servirá de gran ayuda para entendernos y mejorarnos a nosotros mismos y a todo este mundo con el que personal y profesionalmente nos hallamos comprometidos.



© Ilustración de cubierta: AGE Fotostock

ISBN: 84-330-1882-0



9 788433 018825

DEBCLÉE DE BROUWER

