

LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

La Comunidad Terapéutica creada por Maxwell Jones, en el año 1950, era un “modelo para armar” en un hospital Neuropsiquiátrico destinado al tratamiento de psicóticos.

Introducción

En nuestro país, luego de una larga década en que las Comunidades Terapéuticas al estilo Maxwell Jones parecían condenadas al olvido

En la actualidad, el funcionamiento de las Comunidades Terapéuticas, así como las otras respuestas asistenciales, se encuentra normatizado y controlado por esta Secretaría de Estado que preside el Dr. Jose Ramón Granero. En las Comunidades Terapéuticas se trabaja bajo una fuerte presión y siempre circula una notable corriente afectiva, de allí la consabida “mística” de las Comunidades Terapéuticas.

Sana competencia y responsabilidad son dos conceptos que en general los drogadependientes detestan y subestiman.

En las Comunidades Terapéuticas jerárquicas nos encontramos con un sistema jerárquico piramidal donde la movilidad social está dada por el progreso dentro del tratamiento.

Se prescribe el auto control y el do-

minio propio; esperar, para satisfacer una necesidad o esgrimir una queja, efectuarla en el lugar correspondiente y en el momento apropiado, es una forma de crecer, la única forma de crecer. Nada mas grave, nada peor en una Comunidad Terapéutica que negarse al crecimiento.

La comunidad es mi casa, la casa de la familia; debo cuidar mi casa que es una forma de cuidarme. Todo mi trabajo es nuestro trabajo y siempre tiene consecuencias en otro.

Los principales problemas que presentan son la desvalorización de la terapia individual, la mistificación del tratamiento y la profesionalización / burocratización de los residentes más avanzados que ya forman parte del staff.

Dentro de las Comunidades Terapéuticas existen diversos tipos y perfiles. Es importante mencionar aquí que la comunidad terapéutica creada por Maxwell Jones, en el año 1950, era un “modelo para armar” en un hospital Neuropsiquiátrico destinado

al tratamiento de psicóticos. Esta comunidad terapéutica era profesionalizada en su funcionamiento de organización democrática.

LA COMUNIDAD ES MI CASA, LA CASA DE LA FAMILIA; DEBO CUIDAR MI CASA QUE ES UNA FORMA DE CUIDARME. TODO MI TRABAJO ES NUESTRO TRABAJO Y SIEMPRE TIENE CONSECUENCIAS EN OTRO.

A fines de la década de los '60 este modelo terapéutico implementado en algunos neurosiquiátricos de la República Argentina (con bastante buen resultado, en cuanto a la evolución y comportamiento de los psicóticos), revolucionaba las estructuras, prácticamente “tomando” salas y pabellones para realizar pruebas piloto con bailes, fiestas familiares y furtivos romances clandestinos que, embarazos de por medio, sirvieron a los detractores de las Comunidades Terapéuticas para denostar estos intentos de profesionales de avanzada que, mal pagos muchas veces o “ad honoren”, la mayoría, sostenía el modelo de Comunidades Terapéuticas Democráticas, sobre las cuales se explayó con mucha claridad el Dr. Marchand en el número anterior.

En nuestro país, luego de una larga década en que las Comunidades Terapéuticas al estilo Maxwell Jones parecían condenadas al olvido, el problema de brindar asistencia adecuada a drogadependientes hizo posible

que, fuera de los neuropsiquiátricos se reflotara el modelo, el que fracasó al ser trasplantado mecánicamente al tratamiento de drogadependientes por las características personales de estos últimos.

Esto provocó la modificación para el caso de tratamiento de pacientes adictos del modelo democrático a ultranza de Maxwell Jones, pero conservando en líneas generales la filosofía del mismo: staff totalmente profesionalizado, resolución de los problemas por asamblea y conducción del programa en manos de psiquiatras que con mayor o menor frecuencia recurrían a la medicación como parte de la terapia.

En el año 1989 se crea en el ámbito estatal, la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico dependiente directamente de la Presidencia de la Nación, como una forma eficaz de dar respuesta a este estado de cosas. Trazar políticas nacionales en cuanto a Prevención y Asistencia de la drogadependencia; coordinar las fuerzas privadas, supervisando y orientando a las instituciones que se decían brindar tratamiento, capacitar también a profesionales avocados al tema y apoyar en la parte técnica, económica y política a los esfuerzos provinciales y municipales en todo el territorio de nuestro país; crear centros preventivos asistenciales, donde no existía la iniciativa, etc.

En la actualidad, el funcionamiento de las Comunidades Terapéuticas, así

como las otras respuestas asistenciales, se encuentra normatizado y controlado por esta Secretaría de Estado que preside el Dr. Jose Ramón Granero. Los distintos modelos de abordaje pueden dividirse en ambulatorios, Comunidades Terapéuticas, clínicas neuropsiquiátricas, Comunidades Terapéuticas con contención psiquiátrica o para pacientes duales y las mal llamadas comunidades de vida.

Clasificación de las Comunidades Terapéuticas

A estas podemos clasificarlas según su organización, la composición del staff, la población atendida o criterios de admisión:

Según su organización las clasificamos en

1) Comunidades terapéuticas democráticas (M. Jones, a las que ya nos hemos referido).

2) Comunidades terapéuticas jerárquicas (D.E.A.Y.T.O.P, Uomo).

En las Comunidades Terapéuticas jerárquicas nos encontramos con un sistema jerárquico piramidal donde la movilidad social está dada por el progreso dentro del tratamiento. Tanto es así que el recién ingresado comienza realizando las tareas más simples (que son a la vez las de menor responsabilidad) y a medida que evoluciona va ascendiendo en el “Escala-fón” de la Comunidad Terapéutica, teniendo, en consecuencia, tareas de mayor responsabilidad.

En estas Comunidades Terapéuticas la columna vertebral del tratamiento es un sistema de premios y castigos, tanto morales, psicológicos como materiales y algunas veces, físicos. Se intenta lograr un aprendizaje del interno, una reeducación tan profunda que en este proceso el sujeto incorporará y aprenderá un sistema de valores como propio, los hará “carne” y tomará conciencia que, la “graduación”, el alta institucional es algo que se gana “que yo me tengo que ganar” esta convicción acrecienta mi autoestima y me da ciertos derechos con respecto a mis compañeros de tratamiento y aun con respecto al staff.

Graficaremos a las Comunidades Terapéuticas jerarquizadas con una pirámide en la que en su base se ubican los residentes recién ingresados y en su vértice superior, los que están para graduarse.

La base se caracteriza por poseer un gran número de individuos con la menor responsabilidad y la cúspide, un número mínimo de personas con mayores responsabilidades; en este sentido podríamos graficar a las responsabilidades dentro de las Comunidades Terapéuticas como una pirámide invertida.

Si superponemos los gráficos podemos graficar a las Comunidades Terapéuticas así:

Número mínimo de Staff - Máxima responsabilidad

Mínima responsabilidad - Máximo

número de residentes. En este modelo de Comunidades Terapéuticas, desde el ingreso, el residente aprende que se gana y que se merece cada privilegio, cada logro; que también se gana lo que come y el sistema de premios y castigos esta íntimamente relacionado con el ascenso en la pirámide jerárquica, a tal punto que tanto a las reprimendas como a los castigos se las denominan “Situaciones de Aprendizaje”. En otra oportunidad nos referimos a las herramientas utilizadas en el tratamiento en la Comunidad Terapéutica.

Las principales ventajas de este tipo de tratamiento son: la contención institucional y afectiva, la instauración de normas, pautas y límites muy claros y sólidos los que brindan seguridad al residente, acrecentando su autoestima con cada logro, incorporándolo, de esta forma, a un sistema de sana competencia y de amor responsable. Sana competencia y responsabilidad son dos conceptos que en general los drogadependientes detestan y subestiman.

En la vida de los adictos siempre falló la ley, falló la ley en la familia, falló la ley en la escuela, etc.; mientras sus hermanos y compañeros eran encausados por la severidad de sus mayores, él siempre conseguía su capricho, burlaba el límite, trasgredía la norma sin pagar las consecuencias. Estas circunstancias lo llenaban de inseguridad y angustia, impidiéndole encontrar el límite que lo contuviera, que durante toda su existencia pidió a gritos sin poder hablarlo; cada vez que

empujó la pared se encontró con que esa pared cedía. Por ello, el sistema de normas y reglas utilizadas en el tratamiento en Comunidades Terapéuticas., muchas veces escritas y exhibidas a la vista de todos, no varían, no se flexibilizan, no cambian, marcando con absoluta claridad las diferencias entre lo permitido y lo negado como parte esencial de esa difícil recuperación basada, entre otras herramientas, en la socialización del paciente.

En las Comunidades Terapéuticas se trabaja bajo una fuerte presión y siempre circula una notable corriente afectiva, de allí la consabida “mística” de las Comunidades Terapéuticas.

Los principales problemas que presentan son la desvalorización de la terapia individual, la mistificación del tratamiento y la profesionalización / burocratización de los residentes más avanzados que ya forman parte del staff.

La falta de profesionales tradicionales para un abordaje interdisciplinario, el desarraigo del paciente y la posterior dificultad en la reinserción.

Las críticas más frecuentes tienen un fuerte contenido ideológico: “no reintegran a la comunidad al sujeto como una persona íntegra, sino como un ex-adicto (el saber, el poder y la identidad se lo sigue dando la adicción o la sustancia)”.

“Se exagera el sentimiento de omnipotencia en las etapas próximas a la graduación”.

EN UNA ÉPOCA EXISTÍAN COMUNIDADES TERAPÉUTICAS QUE NO ACEPTABAN PORTADORES DEL HIV, PERO DEBIDO AL ALTO PORCENTAJE DE ADICTOS PORTADORES (ALREDEDOR DE UN 22%) Y AL MAYOR CONOCIMIENTO DE ESTA PATOLOGÍA, HOY EN DÍA SI EXISTE ALGUNA QUE NO LOS ACEPTE, CONSTITUYE UNA EXCEPCIÓN.

“No se realiza terapia profunda por lo que se confía en cambios aparentes”.

“La recuperación se realiza Ad-hoc (en un paraíso de plástico) por lo que el interno tendría solo dos opciones, quedarse a trabajar en la comunidad terapéutica o recaer al vérselas nuevamente con la cruel sociedad de consumo”.

“Falta el sustento espiritual; si no se brinda una respuesta espiritual, todo intento de recuperación es vano, dado que los agujeros del alma no pueden llenarse con prácticas formales”.

Cabe consignar aquí que, en nuestro país, algunas Comunidades Terapéuticas de organización jerárquica han incorporado lo espiritual al estilo “Proyecto Uomo”, como así también equipos de trabajo interdisciplinarios con profesionales tradicionales y no

tradicionales flexibilizando así la rigidez del sistema.

Según la composición del staff las clasificamos en:

1) Comunidades socio-educativas o sin profesionales.

Es la comunidad terapéutica clásica que parte del modelo de autoayuda. Como ejemplo de este tipo de comunidades podemos mencionar a DAYTOP, en sus comienzos y en nuestro país al programa IBICUY, que actualmente sigue desempañándose con escaso número de profesionales y con una estructura altamente jerárquica y verticalista. Es interesante tomar en cuenta que los modelos de las Comunidades Terapéuticas socioeducativas o desprofesionalizadas son siempre de organización jerárquica; podríamos concluir que esta rigidez del sistema es, tal vez, la única forma que tiene de mantenerse dentro de un modelo terapéutico al carecer de profesionales. Imposibilitada “por definición” de cuestionar el modelo, estrategias y plan de tratamiento sin hacer peligrar la propia identidad del staff tratante.

2) Las comunidades mixtas o con profesionales tradicionales y no tradicionales

Este universo está compuesto, al menos en nuestro país, por la mayoría de las Comunidades Terapéuticas jerárquicas con o sin sostén de tipo espiritual, muchas de las cuales nacieron como socio-educativas y luego se flexibilizaron y admitieron la inte-

gración del profesional.

Cabe consignar que es en estas Comunidades Terapéuticas donde aparecen los primeros atisbos y el embrión del abordaje interdisciplinario en internación; primero incorporaron al staff algún médico clínico o psiquiatra y poco a poco, conforme al crecimiento de estas comunidades, sumaron al staff a psicólogos, asistentes sociales y en algunos casos abogados; aparece, en el tratamiento de drogadependientes una nueva especie de “terapeutas” que no son profesionales propiamente dichos ni operadores, pero no por eso con un rol menos protagónico en el proceso de recuperación, son los terapeutas espirituales (por llamarlos de alguna manera), sacerdotes, pastores y laicos consagrados, que se sumaron a la ardua tarea de lo interdisciplinario

3) Comunidades terapéuticas Profesionalizadas (Solo cuentan con profesionales universitarios)

Las Comunidades Terapéuticas profesionalizadas son poco frecuentes, siempre ofrecen contención psiquiátrica; están generalmente inspiradas en el modelo Maxwell Jones o en el modelo del neuropsiquiátrico tradicional, en la República Argentina las conducen psiquiatras que podemos inferir, siendo suspicaces, que en el fondo de su ser descreen tanto del modelo de comunidad terapéutica y de sus herramientas como de la eficacia del trabajo interdisciplinario. Por lo que, generalmente, se transforman en neuropsiquiátricos dedicados al tratamiento de adicciones. Tam-

bién en esto existen honrosas excepciones, que trabajan interdisciplinariamente el modelo Maxwell Jones modificado. Un tema para reflexionar es que, hasta el momento, ninguna de estas Comunidades Terapéuticas profesionalizadas cuenta con “pastores”, guías espirituales (tomando el término pastor en el más amplio sentido de la palabra) como parte integrante del equipo tratante.

Demás esta decir que no se considera lo espiritual-religioso esencial en el proceso curativo.

Clasificación según los criterios de admisión

-Decir que intentaremos clasificar a las Comunidades Terapéuticas según los criterios de admisión, es decir que lo haremos sobre la base de los pacientes que aceptan y los que rechazan. Es necesario aquí realizar un alto, abrir un paréntesis, mencionar aunque sea, que estos criterios de admisión reflejan no solo la hipótesis de trabajo, sino también el perfil de la institución y a veces el modelo terapéutico. Sobre todo en la primera gran división a saber:

1. Comunidades terapéuticas con contención psiquiátrica.

Estas Comunidades Terapéuticas aceptan pacientes con patologías psiquiátricas, psicosis de base, rasgos prepsicóticos, borde lineal, etc.

Se denomina también clínicas duales, por supuesto cuentan con profesionales, al menos con psiquiatras entrenados en el tratamiento de psicóticos.

Son generalmente instituciones cerradas, con “rejitas” en las ventanas

y con habilitación tramitada para funcionar como clínicas psiquiátricas.

2. Comunidades terapéuticas que no aceptan pacientes con Patologías psiquiátricas

Este es un espectro muy amplio y abarcativo dado que se considera más sencillo el tratamiento de pacientes drogadependientes con rasgos marcadamente psicopáticos, o de base neurótica. Sin embargo, no es poco frecuente que se “filtren” en estos programas pacientes con otros tipos de patologías debido a imprecisiones o desprolijidades en los diagnósticos realizados en la admisión.

3. Comunidades terapéuticas de varones solamente

En la actualidad, la mayoría de las Comunidades Terapéuticas son mixtas en cuanto a la población a tratar, aunque en sus orígenes comenzaron como solo de varones debido fundamentalmente a dos razones. Una de ellas es que el número de adictos a drogas varones era mucho más grande que el de mujeres adictas, este fenómeno cambió, pero aún hoy no se revirtió totalmente. La otra cuestión es que, como veremos más adelante, una de las normas comunes a todas las Comunidades Terapéuticas de la Argentina es “no al sexo”, evitándose de este modo los riesgos que implica la población mixta.

4. Comunidades terapéuticas mixtas

Es decir que aceptan en tratamiento, a varones y mujeres. Dentro de este tipo, las de organización jerárqui-

ca separan los pabellones o sectores donde pernoctan las residentes femeninas de los sectores donde lo hacen los residentes varones; en cambio a las democráticas, si bien practican la norma NO AL SEXO, en algunos casos se encuentran mezclados los dormitorios de los varones y los de las chicas e incluso comparten los baños.

5. Comunidades terapéuticas que trabajan con menores de 18-16 años

6. Comunidades terapéuticas que trabajan solo con adultos y adolescentes tardíos

7. Comunidades terapéuticas que no aceptan derivaciones judiciales y ningún tipo de tratamiento compulsivo (esto es contra la voluntad del paciente)

8. Comunidades terapéuticas que sí aceptan derivaciones judiciales y realizan tratamientos compulsivos

En una época existían Comunidades Terapéuticas que no aceptaban portadores del HIV, pero debido al alto porcentaje de adictos portadores (alrededor de un 22%) y al mayor conocimiento de esta patología, hoy en día si existe alguna que no los acepta, constituye una excepción.

Comunidades de vida

Las mal llamadas comunidades de vida son comunidades pseudo-terapéuticas atendidas por ex adictos y aglutinadas por un líder carismático que logra la “recuperación” de los convivientes por emulación e identificación. Generalmente se transforman en comunidades de vida permanente sin altas ni egresos institucionales. Care-

cen de modelo terapéutico, son sectarias, se autoabastecen y para mantener la organización generalmente necesitan sostener constante el estímulo al del estilo del reflejo condicionado, por lo que, alejarse de la comunidad implica el riesgo cierto de la recaída; podemos afirmar sin temor a equivocarnos que en estos sistemas se cambia una dependencia por otra.

TODAS LAS ACTIVIDADES GRUPALES TIENEN COMO EJE EL DIÁLOGO, SE PROPICIA LA VERBALIZACIÓN, DE LO QUE PIENSO, LO QUE SIENTO, EN LUGAR DE ACTUAR, SE PRIVILEGIA EL DIÁLOGO Y LA ESCUCHA, CASTIGANDO ADEMÁS, CUALQUIER ACTO DE VIOLENCIA AUN LA VIOLENCIA VERBAL, QUE ES OTRA FORMA DE PASAR AL ACTO.

Al carecer de un modelo terapéutico, no existen criterios elaborados en la admisión y se termina diagnosticando y pronosticando por intuición cualquier tipo de patología de origen social, como ejemplo, a nivel internacional podemos nombrar a “Sinamon” una comunidad terapéutica jerárquica que surge del modelo de auto ayuda (A.A.) y que luego se vuelve sectaria y se transforma en una comunidad de vida. Sinamon dirigida por Dederich (un ex).

Cae en esto bajo el peso de ser la primera Comunidad Terapéutica Socio Educativa creada sin un programa previo y destinada a la recuperación de

adictos y alcohólicos. Debido a las particularidades de este sistema, proliferan las prácticas pseudo religiosas y rituales que en última instancia, son las que sostienen el precario equilibrio de la comunidad. Tomando esto en cuenta y los pobres criterios de admisión, podemos concluir que estas comunidades de vida son un “Todo lo-cura”.

No podemos hablar del modelo de abordaje “Comunidad Terapéutica” quedándonos solamente con una mera descripción de las distintas Comunidades Terapéuticas, sino que nos detendremos en las distintas herramientas utilizadas que son comunes a la mayoría de las Comunidades Terapéuticas en cuestión; de lo tratado hasta ahora podemos concluir que una comunidad terapeuta basa la recuperación del paciente en un aprendizaje social. Una Comunidad Terapéutica es: Un sistema social porque reemplaza a la familia, oficia de familia sustituta, de grupo primario donde se practica el amor responsable (porque te quiero no puedo permitir que te dañes); y la confrontación; esta me sirve a fin de tomar conciencia de cómo afectan a los demás mis acciones o mis omisiones, tomar conciencia de cómo son percibidos mis actos por “el otro social”.

Además de ser un sistema social, funciona como un sistema de trabajo dado que todas las tareas las realizan en conjunto los residentes, desde la limpieza hasta la comida, pasando por el mantenimiento de las instalaciones. La comunidad es mi casa, la casa de la familia; debo cuidar mi casa que es una forma de cuidarme. Todo mi trabajo es nuestro trabajo y siempre tiene consecuencias en otro.

Esto apunta a la consolidación del concepto de “solidaridad orgánica”, colaborando con la reorganización personal, contribuyendo a la modificación de la autoimagen y a la aparición de la autoestima.

Conclusión

Por ultimo, podemos afirmar que la comunidad terapéutica es un ámbito de simbolización, sabemos que un adicto es alguien que generalmente tiene una importante dificultad en la simbolización, le cuesta poner en palabras, tal vez por ello pasa con frecuencia al acto. En la Comunidad terapéutica se lo obliga a hablar y a hablar acerca de sus sentimientos; a hablar acerca de lo que pasa, de cómo se encuentra o como se siente. Todas las actividades grupales tienen como eje el diálogo, se propicia la verbalización, de lo que pienso, lo que siento, en lugar de actuar, se privilegia el diálogo y la escucha, castigando además, cualquier acto de violencia aun la violencia verbal, que es otra forma de pasar al acto.

Se prescribe el auto control y el dominio propio; esperar, para satisfacer una necesidad o esgrimir una queja, efectuarla en el lugar correspondiente y en el momento apropiado, es una forma de crecer, la única forma de crecer. Nada mas grave, nada peor en una Comunidad Terapéutica que negarse al crecimiento.

Bibliografía:
 “No hay drogados Felices” Claude Olievenstein Ed. Grijalbo. “Los Temerarios en sus Maquinas Voladoras” L. Cancrini Editorial Nueva Visión. “La comunidad Terapéutica” E. Goti Ed. Nueva Visión.