# la **metodología** de la **comunidad terapéutica**

Fundación Atenea

Edita: **Fundación Atenea Grupo Gid**

Con la financiación de: **Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas**

Director de la Edición: **Domingo Comas Arnau**

Coordinación de la Edición: **Yolanda Manjón Dones**

Diseño y maquetación: **Natalia de la Torre**

Impresión: **Repromás**

ISBN: **978 84 614 6831-7**

Depósito legal: **M 9232-2011**

DICIEMBRE 2010

# La metodología de la Comunidad Terapéutica

Edición a cargo de Domingo Comas Arnau

índice

**Lista de autores** 6

**Presentación** 9

**Capítulo 1.** 13
LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA: UNA PERSPECTIVA METODOLÓGICA,
por D.Comas

**Capítulo 2.** 42
LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y LA TERAPIA SISTÉMICA. EL PENSAMIENTO SISTÉMICO EN EL TRABAJO RESIDENCIAL EN UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA,
por J.A. Abeijón

**Capítulo 3.** 64
LA COORDINACIÓN ENTRE LAS REDES GENERALES Y LOS CENTROS RESIDENCIALES, por I. Aguilar y A. Olivar

**Capítulo 4.** 86
APRENDIENDO A TRABAJAR EN EQUIPO: COMPETENCIAS BÁSICAS PARA SER EFICACES, por I. Rodriguez

**Capítulo 5.** 138
EL CUIDADO EN LOS EQUIPOS Y LOS PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN,
por G. Rodán

**Capítulo 6.** 168
INDICACIÓN TERAPÉUTICA Y CLAVES DE LA DERIVACIÓN DESDE UN CENTRO AMBULATORIO, por P. Amaro, E. Martín y V. Chana

**Capítulo 7.** 192
LA EDUCACIÓN SOCIAL EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y OTROS DISPOSITIVOS RESIDENCIALES: ASPECTOS GENERALES, por A. Olivar

**Capítulo 8.** 222
COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y FAMILIA,
por J. Gracia, C. Josa y B. Montesa

**Capítulo 9.**
RELACIONES AFECTIVAS EN EL MARCO DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA, 248
por M. Cervantes

**Capítulo 10.** 264
LA EVALUACIÓN EN LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS,
por A. Yubero y J.C. Menéndez

**Capítulo 11.** 292
LA INTERVENCIÓN EDUCATIVO-TERAPÉUTICA PARA MENORES CON PROBLEMAS DE DROGAS EN LOS CENTROS RESIDENCIALES,
por A. Apellaniz, M.Gomez, Mª C. Moreno y L. Muñiz

**Capítulo 12.** 325
LA METODOLOGÍA DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA EN CENTROS RESIDENCIALES DE SALUD MENTAL, por M. Cervantes y J.A. Sales

# Listado de autores

**Juan Antonio Abeijón Merchant**

Psiquiatra del Servicio Vasco de Salud. Jefe de la Unidad de Salud Mental "Julian de Ajuriaguerra" Toxicomanías del Servicio Vasco de Salud Osakidetza. Responsable de la Comunidad Terapéutica Manu-Ene.

Correo: abeijonvoleau@telefonica.net

**Inmaculada Aguilar Gil**

Diplomada Universitaria en Magisterio. Máster en Drogodependencias. Directora de Sanitas Residencial Alameda. Madrid.

Correo: inma.aguilar@ono.com

**Patricia Amaro López**

Licenciada en Psicología.
CAID del Ayuntamiento de Alcobendas (Madrid).

Correo: pamaro@aytoalcobendas.org

**Ana Apellániz Zubiri**

Licenciada en Filosofía y Ciencias de la Educación.
Asociación Dianova (Centro Educativo Terapéutico Zandueta – Navarra.)

Correo: ana.apellaniz@dianova.es

**Mercedes Cervantes Sanjuan**

Psicóloga. Directora de C.T. La Coma- ATRA asociación.

Correo: mcervantes@grupatra.org

**Virginia Chana González**

Licenciada en Psicología.
CAID del Ayuntamiento de Alcobendas (Madrid).

Correo: vchana@aytoalcobendas.org

**Domingo Comas Arnau**

Doctor en Ciencias Políticas y Sociología, licenciado en Antropología, presidente de la Fundación Atenea, Coordinador del experto universitario sobre Comunidades Terapéuticas (UNED).

Correo: presidencia@ateneagrupogid.org

**Myriam Gómez García**
Diplomada en Trabajo Social.
Asociación Dianova (Unidad de Soporte RRII y DC).
Correo: miriamgomez@dianova.es

**Jorge Gracia Pastor**
Licenciado en Filosofía y Letras. Educador Social.
Experto en Drogodependencias. Centro de Solidaridad de Zaragoza.
Correo: j.gracia@fundacioncsz.org

**Carmen Josa Lázaro**
Diplomada en Magisterio - Terapeuta familiar y de pareja.
Centro de Solidaridad de Zaragoza.
Correo: c.josa@fundacioncsz.org

**Esther Martín Luna**
Licenciada en Psicología.
CAID del Ayuntamiento de Alcobendas (Madrid).
Correo: emartinl@aytoalcobendas.org

**Juan Carlos Menéndez**
Licenciado en Psicología y psicólogo clínico.
Responsable de Evaluación y Calidad de la Fundación C.E.S.P.A. - Proyecto Hombre de Asturias.
Correo: calidad@proyectohombreastur.org

**Belén Montesa Lou**
Licenciada en psicología, Terapéuta familiar y de pareja. Sexóloga.
Centro de solidaridad de Zaragoza.
b.montesa@fundacioncsz.org

**M. Carmen Moreno Juan**
Licenciada en Pedagogía.
Asociación Dianova (CET La Quintanilla – Murcia).
Correo: mcarmen.moreno@dianova.es

**Lucía Muñiz Rivero**
Licenciada en Filología.
Asociación Dianova (Observatorio).
Correo: lucia.m@dianova.es

**Álvaro Olivar Arroyo**

Diplomado Universitario en Educación Social. Profesor Técnico de Servicios a la Comunidad. Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica de Parla (Comunidad de Madrid).

Correo: alvaro.olivararroyo@educa.madrid.org

**Iñaki Rodríguez Cueto**

Doctor en Pedagogía por la Universidad de Deusto y psicólogo.
Técnico Educador en el Área de Educación y Cultura del Ayuntamiento de Barakaldo (Bizkaia).

Correo: irodriguez@barakaldo.org

**Gabriel Roldan Intxusta**

Psicólogo clínico. Psicoterapeuta. Consultor de Organizaciones. San Sebastián.

Correo: groldani@telefonica.net

**Joan-Artur Sales Guàrdia**

Psicólogo y Director del Grup ATRA.

Correo: JASales@grupatra.org

**Arantza Yubero Fernández**

Diplomada en Trabajo Social. Experta en Drogodependencias y en Evaluación de Programas y Políticas Públicas. Coordinadora Terapéutica de la Unidad de Tratamientos Ambulatorios del CES – Proyecto Hombre Madrid.

Correo: a.yubero@proyectohombremadrid.org

# Presentación

## El recurso de la práctica.

La noción ***Comunidad Terapéutica*** ha sido visualizada de forma habitual como un espacio, como un lugar físico sobre el que se configuraba un tipo de institución residencial, la cual se supone, que en general, atiende a personas con problemas de drogas. Son pocos los que saben que nació como una metodología ajena a las adicciones y muchos menos, quizá, los que saben que en la actualidad se trata de recuperar este perfil, procurando presentarse como una metodología adecuada, especialmente adecuada se puede decir, para la gestión, la intervención asistencial y el cuidado de personas, en centros residenciales dirigidos hacia un variado perfil de trastornos y problemas de comportamiento.

Este Manual recupera la vieja noción de Comunidad Terapéutica como metodología de trabajo adaptada a las necesidades y demandas actuales. Ha sido concebido como soporte para un Experto Profesional de la UNED y en el mismo participa el profesorado que se ocupaba de la docencia del mismo.

Se trata, por tanto, de un texto orientado hacia los profesionales que trabajan en dispositivos residenciales, en los cuales, la labor cotidiana del profesional está bien fundamentada en su correspondiente disciplina, pero la institución (el centro) en cuanto tal funciona con un cierto grado de espontaneidad y con referencias difusas relativas a cuestiones como la existencia de diversos roles, la relación entre los internos y el equipo técnico, la coordinación del propio equipo técnico, los límites de dicho equipo o la relación entre objetivos institucionales (globales) y objetivos propios de cada profesional. Se trata de aspectos que se resuelven, bien mediante organigramas jerárquicos poco eficaces o mediante aproximaciones generales al “trabajo en equipo”, sin una adecuada restitución al carácter residencial de la institución y la condición de residentes con diversos problemas de las personas acogidas en el dispositivo.

Este, por una vez, no es un problema exclusivo de nuestro país. En el conjunto de la sociedad europea, y en casi todo el mundo desarrollado, se ha venido conformando, al menos desde la década de los años 70 del siglo XX, una cierta crisis en relación al internamiento de personas. De una parte se produjo un necesario desmantelamiento de las viejas instituciones de internamiento (en particular los psiquiátricos). Más recientemente se ha producido la enésima, pero quizá la más radical, reforma de las prisiones y han sido eliminados prácticamente casi todo los centros de acogida salvo quizá los centros de menores con problemas de conducta, los cuales, también han sido trasformados, aunque no de una forma tan radical como las prisiones.

Sin embargo esta crisis del modelo de internamiento, tiene otra faceta, menos llamativa, pero igual de importante, que se refiere a la carencia de respuestas, de alternativas, de soluciones para las personas que necesitan o demandan recursos residenciales. El desmantelamiento de las redes residenciales se hizo, de forma muy clara en España, sin prever ninguna alternativa, lo que ha tenido tres consecuencias muy claras. La primera el incremento de personas sin hogar que sobreviven por las calles del mundo desarrollado, la segunda el aumento de las sobrecargas familiares (en particular de mujeres), con compensaciones escasas y el tercero la expansión del movimiento pentecostal que se ha especializado en la implantación de centros residenciales, en ocasiones con un cierto grado de profesionalidad, pero casi siempre sin autorización, acreditación u homologación.

Sin duda el desmantelamiento de las viejas redes residenciales supuso un notable avance en el desarrollo de los derechos humanos y en los derechos de ciudadanía, pero la forma improvisada en la que, en muchas ocasiones, se realizó esta tarea ha supuesto la emergencia de una población que, hoy en dia, no tiene reconocidos sus derechos básicos. Reivindicar la metodología de la comunidad terapéutica, supone, en este momento particular, hablar de derechos humanos. Aquellos que siguen asimilando la Comunidad Terapéutica con los viejos manicomios y otras formas poco  sensatas de internamiento, son gente que vive en 2011, pero a la que se le paró el reloj del conocimiento hace 30 años.

En una reciente investigación (Comas, 2010) sobre los centros de internamiento pentecostales en España se ha puesto en evidencia una realidad subterránea pero muy extendida en los sistemas de salud de las diversas Comunidades Autónomas: la derivación de un importante grupo de pacientes hacia dispositivos religiosos que ni tan siquiera están autorizados. Los profesionales que realizan esta acción no se sienten cómodos con la decisión, pero a la vez aluden, a la falta de recursos, públicos o concertados, acreditados y adecuados para cumplir esta función. Desde los hospitales generales o los psiquiátricos se utiliza esta estrategia como un mal menor para determinados perfiles. Desde la administración sanitaria se indica que ésta es una opción residual, pero de hecho, en España, son muchos los miles de personas que de forma irregular son derivados a instituciones no autorizadas todos los años.

Por otra parte la administración sanitaria (y la social) alude a un problema de costes y de ineficacia, cuando no reintroduce los viejos fantasmas de los derechos individuales conculcados. Pero esto es un problema de falta de información (de fijación generacional si se quiere) y por supuesto de cómodos tópicos académicos y corporativos. Porque la Comunidad Terapéutica profesional es un tipo de dispositivo no demasiado costoso, más y mejor evaluado que otros programas y dispositivos, lo que implica una potente y positiva evidencia científica. Obsesionado incluso con los derechos de los residentes y sobre el que sigue existiendo una fuerte demanda que en algunos países, en especial aquellos que no disponen de un sistema público de salud, se ha resuelto estableciendo un sistema privado de Comunidades Terapéuticas.

Otros países, como los del norte de Europa, o Canadá, están viviendo, en cambio, una creciente implantación de Comunidades Terapéuticas públicas o concertadas (en todos caso gratuitas, dedicados a una población que presenta muchos rasgos de exclusión), protagonizada por profesionales jóvenes y activistas, para los cuales los fantasmas del pasado son historia y las carencias de hoy en dia una realidad.

No es este el caso de España, donde el desmantelamiento de los centros residenciales inadecuados ya no es una necesidad pero se ha convertido, creo, en una ideología. Una ideología fácil de superar a través de un conocimiento y una información adecuada.

Reponer la Comunidad Terapéutica resulta finalmente una tarea sencilla. La necesidad de centros residenciales si la indicación y la derivación se realizan con sensatez, puede ser determinada con precisión. El coste plaza no es tan excesivo como en otros recursos especializados, en el caso de los centros concertados, con un alto nivel de calidad, se mueve por debajo de los 100 € diarios y menos incluso para determinados perfiles. Además, como demuestra este manual, se dispone de una excelente base de profesionales preparados para desarrollar esta metodología. Es cierto que muchos de ellos proceden del ámbito de las drogas donde la Comunidad Terapeutica vivió años de esplendor. Pero también es cierto que todos ellos han sabido reciclarse, muchos trabajan ya en otros ámbitos (tanto en centros residenciales como en otro tipo de programas), en ocasiones ampliando el horizonte de la metodología y en otros no. Pero todos ellos deseando reimplantar procedimientos eficaces y eficientes, que dan respuesta a los derechos de ciudadanía. Despreciar este capital humano supone despilfarrar recursos públicos.

Domingo COMAS ARNAU
Presidente de la Fundación Atenea

# Capítulo 1

## La Comunidad Terapéutica:
## una perspectiva metodológica

Domingo COMAS ARNAU

# 1. ¿QUÉ ES UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA?.

## 1.1. Razones para una confusión terminológica.

En su manejo habitual la noción de Comunidad Terapéutica contiene, al menos, un doble sentido, de una parte se refiere a un concepto técnico y científico y de otra parte es un término mediático con una fuerte carga emocional y simbólica. Se trata de una dualidad que comparte con otros conceptos para los cuales también existe una versión "científica" y otra versión "popular", pero en el caso de la noción de Comunidad Terapéutica tal dualidad es más intensa, ya que la práctica totalidad de los profesionales, incluidas aquellas disciplinas que intervienen en el ámbito de las Comunidades Terapéuticas (Comas, 2006), asumen la convención mediática y estereotipada de las mismas y sólo los propios profesionales que trabajan de forma directa en una Comunidad Terapéutica manejan el sentido técnico y científico de dicha noción.

Podemos atribuir este desajuste a la absoluta falta de formación académica que sobre Comunidades Terapéuticas reciben los estudiantes, a pesar de que existe suficiente literatura científica y técnica en torno a las mismas, pero está claro que los licenciados y graduados en medicina, pedagogía, psicología, trabajo social y educación social (por citar a las cinco profesiones más presentes en Comunidad Terapéutica), jamás han recibido un solo imput de información sobre tal metodología a lo largo de sus estudios tanto en España como en el resto de Europa (Tsiboukli, 1997). Pero a la vez han recibido muchos imputs mediáticos (incluido el cine y las series televisivas) en torno a la visión estereotipada de los centros residenciales para "personas problemáticas". Como consecuencia cuando se utiliza el término Comunidad Terapéutica se produce una rápida identificación con la imagen fantaseada y morbosa de algunas proyecciones cinematográficas[1].

[1] Mientras escribo este texto se estrena la película "*Cruzando el limite*" de Xavi Giménez, ambientada en un supuesto "centro residencial" para jóvenes conflictivos. Es pura ciencia ficción, construida en torno a mimbres de morbosidad (violencia y sexo), con la fantasía de que existen "técnicas psicológicas" capaces de "trasformar de forma radical la personalidad cultural". Puede que sí, pero no con las "técnicas" que presenta la película sino más bien manipulando carencias. El final es de nota, porque el padre que había sido objeto de la violencia del hijo (y por este motivo lo había internado en el centro), lo "saca" al percibir lo que hacen y el hijo se trasforma de forma automática, en un "buen hijo" muy afectuoso con el padre. Al salir de ver la película, a la que acudí, con un grupo de amigos, me preguntan: "*Tú que sabes de esto ¿es siempre así?*".

Esta no es una situación que se repita sin más en los diversos países y podemos afirmar que España conforma una cierta excepción (que comparte con los otros países latinos europeos), mientras que en el norte de Europa y en Latinoamérica la definición que manejan los profesionales sobre lo que es una Comunidad Terapéutica es algo diferente.

Podemos atribuir las peculiaridades de los países mediterráneos al impacto mediático (y al rechazo profesional y académico) que suscitó la Comunidad Terapéutica en la década de los años 80, cuando estos mismos profesionales claudicaron de forma corporativa ante la epidemia de heroína y las Comunidades Terapéuticas fueron objeto de un asalto carismático y antiprofesional, el cual, en algunos casos, tuvo éxito y además recibió mucha atención mediática (Goti, 1990; Manning, 1989; Comas, 1988). Una atención que tenía que ver con el interés de las audiencias por el atractivo morboso de lo que "allí sucedía". Un interés que se proyecta sobre cualquier centro residencial (incluidas las prisiones), que garantiza un cierto nivel de éxito (en el cine, la televisión, el reportaje o la literatura) y que permite a esta misma audiencia "sentirse bien" porque aquellos que "representan una amenaza" real o ficticia, para su seguridad, "pagan" por ello.

Otro factor a considerar, al menos en los países latinos, se refiere al criterio de "silencio autosuficiente". En nuestra cultura profesional se supone (y se interpreta) que lo que estoy escribiendo no debería decirse, porque nada tiene que ver con "lo científico" ya que aquellos "que tienen que saber ya saben" (y es a los únicos a los que uno se debe dirigir), al tiempo que se acepta que la "opinión publica" está, por definición "desinformada". Esta actitud refleja un elitismo clasista, enraizado en una sociedad tradicional en la cual la "buena información" se considera una propiedad personal y una ventaja que no se debe compartir en nombre de la trasparencia.

En todo caso, en la actualidad, las Comunidades Terapéuticas en nada se parecen a aquellas "granjas y centros" anti-profesionales y más o menos sectarios de hace dos décadas, y son más bien unos dispositivos asistenciales muy competentes, que se gestionan con una base de conocimientos especializada y que consiguen un buen nivel de eficiencia.

Esta situación es el resultado de una larga historia no exenta de dificultades y supuso la sustitución de una ideología (o si se quiere una ética o una moral) más o menos aceptable, por una metodología, cuyas características se describen en este texto y en los capítulos siguientes, orientada a objetivos y fines medibles y explícitos: ayudar a las personas a resolver sus problemas y facilitarles el camino para acceder a una plena ciudadanía.

## **1.2.** Una breve historia.

Ya he contado en otros textos (Comas, 1998; Comas, 2006; Comas, 2010), la historia de las Comunidades Terapéuticas y su trasformación desde una metodología aparecida en el ámbito de salud mental, hasta una institución de gran proyección mediática en la década de los años 70 (y de los 80 en España), hasta repensarse como la metodología más idónea para los centros residenciales a partir de la década de los años 90 del siglo pasado.

Esta trayectoria se puede sintetizar de la manera siguiente: la Comunidad Terapéutica nació tras la segunda guerra mundial para atender los casos de PTSD (Post Traumatic Strress Disorder) entre prisioneros torturados y otras personas que habían sufrido tratos degradantes durante el conflicto. Es cierto que el PTSD aún no se llamaba entonces así, pero ésta era la población a la que se dirigía. A lo largo de los años 50 la Comunidad Terapéutica tuvo un notable desarrollo como sustituto de los hospitales psiquiátricos primero en Inglaterra y más tarde en EE.UU. y algunos países del Norte de Europa (Clark, 1964; Rapoport, 1968; Bion, 1959; Jones, 1952). En esta misma década la OMS la consideró como "*la alternativa más adecuada a la crisis de los hospitales psiquiátricos*" (OMS, 1953). Hacia 1960/63 parecía gozar de una muy buena salud y su principal promotor Maxwell Jones se felicitaba por ello (Jones, 1963).

Sin embargo en la década de los años 60 las sucesivas oleadas de desinternamiento psiquiátrico, algunas muy poco razonables, truncaron su crecimiento, quizá porque era más débil que los hospitales psiquiátricos más tradicionales, pero recibía las mismas críticas que éstos porque "trabajaba con internos". Una vez pasada aquella etapa de euforia y cuando se puso en evidencia que la profecía de la psiquiatría y la criminología

liberal ["*no hay delincuentes ni locos, sino cárceles y hospitales que los producen*"], no se cumplía, las Comunidades Terapéuticas podrían haber rebrotado con rapidez, pero mientras tanto se había producido un "encuentro inesperado" entre las mismas y el modelo de auto-ayuda en el ámbito de los tratamientos de las drogas ilegales.

A lo largo de la década de los años 70 y gran parte de los 80, el concepto de Comunidad Terapéutica se asoció en exclusiva al tratamiento a la heroína, con una fuerte presencia de componente de autoayuda (Yablonsky, 1989; Roig, 1986; De Leon, 2002; Boroekaert, 1998). Ciertamente, y como veremos, sobrevivieron otro tipo de Comunidades Terapéuticas, pero durante dos décadas la foto que acompañaban al término siempre era la imagen de algunos adictos en lo que parecía ser una terapia grupal.

Finalmente, ya en la década de los años 90, la progresiva profesionalización de las Comunidades Terapéuticas para adictos a drogas ilegales se combinó con la restauración de la metodología en el ámbito de salud mental y con su proyección hacia otras áreas. En este momento la Comunidad Terapéutica es una metodología, probada y eficiente, que ha sido adoptada por una cierta base de dispositivos en diferentes partes del mundo y con diferentes perfiles de personas y que sólo espera su oportunidad para lanzar un potente órdago a otras metodologías más tradicionales (NIDA, 2003; Abeijon y Pantoja, 2002).

## 2. RASGOS ESENCIALES DE LA METODOLOGÍA DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA.

La metodología de la Comunidad Terapéutica se caracteriza por una serie de rasgos y componentes, entre los que he seleccionado los doce más relevantes o significativos, siguiendo en esquema propuesto por Maxwel Jones (Jones, 1963; Jones, 1968 y Jones, 1976) y con las aportaciones de los últimos años.

**1.** Una Comunidad Terapéutica es un **centro residencial**, en el que se permanece la mayor parte o todo el día (aunque siempre se

pernocta ya que “se reside” en la misma) y donde los internos conviven de forma continua con miembros del equipo técnico. Hay centros en los que se requiere un cierto aislamiento para evitar la irrupción de acciones o prácticas disruptivas, pero en general la propia metodología prevé diversas formas de “participación progresiva en la sociedad externa”. Sin embargo el equipo profesional no reside en el Centro, pero siempre (a cualquier hora) hay miembros del equipo técnico presentes en el centro. La presencia continua del equipo, no tiene por finalidad “controlar a los residentes”, sino que forma parte del desarrollo de las tareas técnicas que de forma continua (es decir las 24 horas del día) debe realizar dicho equipo técnico.

**2.** La permanencia en el centro tiene una **duración determinada**, definida de antemano con criterios temporales, o bien con el logro de ciertos objetivos, pero siempre con un límite temporal máximo. En general se considera que los periodos de estancia demasiado largos son contraproducentes y reflejan la falta de eficacia metodológica, por lo que en los últimos decenios la disminución de la duración de los programas (manteniendo unos mínimos) se considera un criterio de calidad. Ciertos dispositivos (por ejemplo centros de menores u otro tipo de internamientos obligatorios) implican un tiempo de estancia obligatorio, en ocasiones muy prologado, lo que obliga a reforzar los vínculos sociales de los internos, por ejemplo mediante programas educativos o de otra naturaleza en instituciones externas.

**3.** Cada Comunidad Terapéutica se orienta hacia un colectivo social con un **perfil concreto** y preestablecido, sólo las personas que ofrecen dicho perfil son aptas para residir en el centro. En el apartado 6 se describen varios “tipos” de Comunidad Terapéutica, cada uno de los cuales se refiere a un determinado perfil de posibles residentes. La idea básica es que en un centro residencial con metodología de Comunidad Terapéutica no pueden (y no deben) convivir perfiles variopintos. ¿Cómo se delimita un perfil? Pues con variables sociológicas que identifican a determinados colectivos, que de forma selectiva, se han ido segmentando y diferenciando según criterios psicoterapéuticos.

**4.** El **ingreso es voluntario**, sin que puedan utilizarse medidas ni estrategias de retención que atenten contra los derechos individua-

les. Este rasgo presenta algunas dificultades cuando los residentes, están en el dispositivo como consecuencia de una obligación o un emplazamiento judicial, como es el caso de los menores procedentes de la justicia de menores, los tratamientos judiciales alternativos en el caso de drogas o los tratamientos obligatorios para enfermedades mentales. En tales casos la Comunidad debe adaptarse a estas situaciones, lo que no siempre es fácil, aunque se han adoptado algunas estrategias útiles. Algunos autores también han sostenido que para estos casos no debería aplicarse la metodología de la Comunidad Terapéutica, pero esto constituiría un acto de discriminación frente al derecho de igualdad de trato.

**5.** Una Comunidad terapéutica exige la presencia y la intervención de un **equipo técnico multidisciplinar**, con un fuerte predominio de componentes psico-sociales y educativos. Una diferencia esencial entre la metodología de la Comunidad Terapéutica y otras metodologías de intervención se refiere al hecho de que **todas** las figuras que conforman la vida del centro, desde todo tipo de monitores y personal auxiliar, hasta los responsables de la hostelería (cocina, limpieza, lavandería), recepción, trasporte, mantenimiento y por supuesto el personal administrativo, **forman parte de este equipo técnico** (Clark, 2964; Jones, 1952) y deben actuar desde dicha perspectiva.

**6.** La vida en la Comunidad Terapéutica es un intento de reproducir una **vida cotidiana real**, en la que todas las figuras mencionadas en el párrafo anterior y los residentes, cumplen con sus roles reales, interaccionan y a través del desarrollo de sus papeles en esta micro-sociedad, lo cual produce intensos (y positivos) efectos sobre los residentes. Para lograr tales efectos la Comunidad Terapéutica debe tener un número limitado de **plazas**, de tal manera que se produzca un conocimiento personal compartido de todos los residentes y miembros del equipo. Por este motivo el número de plazas más frecuente se sitúa en una horquilla entre 20-40, dependiendo de la complejidad y los problemas asociados al perfil de los residentes. En caso de tratamientos obligatorios, por ejemplo menores con problemas de comportamiento, el número de plazas aún puede ser más reducido.

**7.** La vida cotidiana real en la Comunidad es la fuente de un

**aprendizaje social**, que se produce en un contexto de especial **densidad** de las relaciones sociales, lo que a su vez implica, aunque de forma implícita fuertes **controles informales**. La creación de diversos grupos terapéuticos, combinados con las terapias individuales y los procedimientos educativos, produce una fuerte sinergia entre todas las intervenciones, ya que aumenta la densidad de las relaciones sociales, de los procesos de aprendizaje, de la intervención terapéutica y del control informal, hasta un óptimo de rendimiento (Bion, 1962). Las evidencias demuestran que una cierta orientación sistémica contribuye a consolidar este óptimo, aunque hay experiencias de Comunidades Terapéuticas con otras orientaciones conceptuales y teóricas. En todo caso se señala con frecuencia que hay que evitar "exageraciones" en cuanto a la presión de los controles informales para evitar efectos yatrogénicos (Nadeu, 1987; Jones, 1986).

**8.** El equipo técnico debe desarrollar una serie de **procedimientos**, que facilitan el intercambio de información y la toma de decisiones terapéuticas sobre los residentes, para que toda esta complejidad no le desborde o convierta a la Comunidad en un espacio caótico y poco terapéutico. Los procedimientos tradicionales para gestionar la complejidad, tienen que ver con prácticas como: 1) los historiales comunes e integrados de todos y cada uno de los residentes, 2) las reuniones (especializadas o generales) del equipo técnico para seguir la evolución de los casos y tomar decisiones, 3) la existencia de "diarios de acontecimientos" de declaración y consulta obligatoria, 4) la información cruzada entre los profesionales y 5) la existencia de organigramas claros, en los cuales las responsabilidades están bien definidas. Esta exigencia debe aplicarse tanto en el equipo como con los residentes. Esto último exige además la firma de "contratos terapéuticos" (o de autorizaciones informadas), la existencia de un Reglamento de Régimen Interno exhaustivo y bien conocido, así como mecanismos de información que notifiquen sobre horarios, actividades y tareas. Incluyen las guardias del equipo. Como consecuencia de todas estas exigencias la presencia de conflictos, más o menos graves pero no resueltos, así como otras situaciones de incomunicación en el equipo técnico son incompatibles con la metodología, lo que implica que en estas circunstancias el centro dejaría de ser una Comunidad Terapéutica para convertirse en una mera "residencia controlada" (Jones, 1988).

**9.** La Comunidad Terapéutica se ofrece a personas con diferentes tipos de problemas para diversos perfiles que, en general, presentan una combinación especialmente letal de problemas sanitarios, sociales, psicológicos y morales. El ingreso en la misma tiene como objetivo primario ayudar a resolver estos problemas. Pero el objetivo esencial de la metodología es ayudar a los residentes a construir de forma racional **un proyecto de vida alternativo** fuera de la Comunidad, desde el cual tales problemas puedan minimizarse, evitarse o controlarse.

**10.** En una Comunidad Terapéutica los residentes no son sujetos pasivos que "reciben una ayuda profesional" sino que adoptan progresivas y **crecientes responsabilidades** asumiendo roles que contribuyen a dinamizar la vida comunitaria ayudando a los ingresos más recientes a integrarse. Asumir tales responsabilidades supone, a la vez, contribuir a la mejora de aquellos que las asumen y "prepararse" para la incorporación a una vida normalizada. A través de este proceso se desarrolla además un potente **entorno de autoayuda** que contribuye de una forma muy intensa al desarrollo y a la mejora personal. Una parte de las Comunidades Terapéuticas refuerzan este aspecto, integrando en el equipo profesional a personas con una historia superada de problemas similares al perfil de los residentes. Para ello se exige que estas personas ya no sean residentes, "hayan vuelto" a la sociedad y estén realizando sus tareas como otro profesional del equipo (Bion, 1962).

**11.** Una Comunidad Terapéutica es un centro residencial que aporta las ventajas aludidas en los puntos anteriores, pero no es (ni debe tratar de ser), una institución total que afronta y resuelve todos de problemas de los residentes. Para esto, al igual que para el resto de los ciudadanos, existen las redes generales de atención que se ocupan de problemas específicos: para los problemas de salud el sistema sanitario, para los problemas de integración los diversos componentes de la red de servicios sociales y para los problemas educativos el sistema educativo. Como es muy frecuente que los residentes en una Comunidad Terapéutica presenten problemáticas muy agudas, se requiere un estrecho vínculo con los servicios generales, un vínculo que adopta la fórmula de una adecuada **coordinación técnica con**

**las redes generales**, lo que a su vez implica que en la Comunidad Terapéutica existan profesionales capaces de realizar las tareas que tal coordinación exige. Un ejemplo muy claro del significado de esta coordinación se refiere al tema de uso de fármacos al que me referiré más adelante (Mejías, 1997; Comas, 2006).

**12.** La metodología de la Comunidad Terapéutica exige la práctica de la **evaluación continua**, en al menos tres niveles: 1) la evaluación de los casos individuales por parte del equipo técnico, 2) la evaluación de los procesos, procedimientos y resultados grupales por parte de este equipo técnico y si es posible con supervisores externos, 3) la evaluación de los resultados (si es posible con estudios de seguimiento) para producir conocimiento e incorporar a las Comunidades Terapéuticas en el ámbito de la producción científica (Garcia, 1995; Rodriguez, 1998; Comas, 1995; Fernandez, 1998).

## 3. LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA EN ESPAÑA.

Las primeras Comunidades Terapéuticas aparecieron en España, en particular en Asturias y Andalucía, en la primera mitad de los años 70 formando parte del movimiento de reforma psiquiátrica que se había expandido por el mundo en la década de los años 60 y que en España tuvo que afrontar tanto la oposición de las viejas estructuras psiquiátricas como la del régimen político de la dictadura. En general se trataba de dispositivos que atendían a personas con problemas de psicosis y quizá otros tipos de enfermos mentales. Algunas sobreviven desde entonces y siguen desarrollando su actividad a pesar de que el entorno profesional tiende a rechazarlas.

A partir del año 1979 se crearon las primeras Comunidades Terapéuticas para adictos a drogas ilegales, que vivieron una espectacular expansión durante los años siguientes. Tal expansión se explica por la carencia de respuestas institucionales y profesionales y la falta de recursos públicos para la atención a los adictos a drogas ilegales en aquel momento histórico. Una parte de los centros adoptaron una orientación anti-profesional y un modelo basado en exclusiva en la

autoayuda (Comas, 1988; Comas, 1998). A partir de 1986, el Plan Nacional sobre Drogas puso en marcha un proyecto de regularización de estos dispositivos, que incluyó medidas relacionadas con la formación de los profesionales, con el desarrollo de programas complementarios (en especial los educativos), con la mejora de infraestructuras y con el apoyo a la investigación y la evaluación. Al mismo tiempo se pusieron en marcha diferentes convenios, conciertos y contratos de plazas con las Comunidades Autónomas, lo cual facilitó la emergencia de un potente sector de intervención que actuaba a través de entidades del tercer sector ofreciendo atención gratuita gracias a sus conciertos con las administraciones públicas.

Sin embargo entre los años 1993 y 2002 dicho sector vivió una cierta crisis (Autores Varios, 1995), que se puede atribuir a dos razones, la primera el posicionamiento de muchas entidades (aunque no todas) en el modelo más estricto de los Programas Libres de Drogas y el rechazo a aceptar casos en Mantenimiento con Metadona, la segunda razón fue el traspaso de competencias hacia el área sanitaria, un contexto profesional en el que, de forma paradójica, porque la primera generación de "creadores" de la metodología eran todos `psiquiatras, la metodología de la Comunidad Terapéutica, no es demasiado bien comprendida (Comas, 2000).

Al final la crisis se superó, básicamente porque se mantuvo la demanda, pero también porque se consiguió integrar las estrategias de reducción de daño y riesgo con la metodología de la Comunidad Terapéutica (Tinoco, 2006; Llorente, 1999). Con el cambio de siglo muchas Comunidades Terapéuticas que sólo se habían dirigido a adictos a drogas, que habían entendido su verdadera lógica asistencial gracias a esta integración con las estrategias de reducción de daño y riesgo, comprendieron también que podían ocuparse de otros perfiles (Comas, 2002). Comenzó entonces otro proceso de expansión, aunque quizá más invisible, que es el que estamos viviendo en la actualidad (Comas, 2006).

## 4. LA LÓGICA DE LA IMPLANTACIÓN DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA.

La Comunidad Terapéutica es un dispositivo altamente especializado que requiere una formación específica, un contenido de conocimientos propio y unas prácticas interdisciplinares muy diferentes a las que están acostumbrados los profesionales. Tal grado de especificidad y la correspondiente demanda de formación responden a una lógica de implantación, que en parte ha sido descrita al enumerar los rasgos principales de la metodología, pero que podemos completar con algunos ejemplos relevantes y a la vez controvertidos.

En cuánto a **la dependencia**, en España existen Comunidades Terapéuticas públicas (una de cada cinco), privadas (muy residuales) y concertadas (la mayoría). En el resto de países hay menos públicas, igual de concertadas y quizá abundan más las privadas de alto coste pero probada eficacia. En todo caso, al menos en España, esto significa que el modelo habitual de Comunidad Terapéutica es el concertado, que a su vez se subdivide en dos grandes grupos, de una parte aquellas que forman parte de entidades benéficas que promueven la Comunidad como parte de una misión más amplia y aquellas que forman parte de colectivos profesionales especializados, que suelen tener casi siempre una base asociativa, pero cuya única misión es la propia Comunidad, aunque a la vez ambos modelos tienen una fuerte dependencia (hasta el punto de ser subsidiarias) a la administración pública ya que reciben la práctica totalidad de sus recursos de las mismas. Por este motivo todas ellas prestan sus servicios de forma gratuita.

¿Por qué apenas hay Comunidades Terapéuticas públicas? En realidad en España hay muchas y además su proporción ha ido aumentando en los últimos años. Pero en la mayoría de países, incluidos los de tradición y modelo social-demócrata, sólo aparecen Comunidades Terapéuticas concertadas[2].

[2] Aunque en realidad salvo excepciones aisladas las CCTT públicas españolas son dispositivos mixtos en las cuales los equipos técnicos están en régimen de contrato con una entidad privada o son gestionadas por "empresas públicas" con regímenes comerciales. Esto quiere decir que aunque sobre el papel tenemos más CCTT públicas que otros países con estados de bienestar más consolidados, en la práctica esto no es cierto.

Esto ocurre por dos razones, la primera tiene que ver con el coste, ya que entre una Comunidad Terapéutica pública y una concertada la diferencia es muy notable de tal manera que en una misma Comunidad Autónoma hemos visto como el "coste plaza" de un concierto era menos de un tercio del coste público (Comas, 2006), aunque esto ocurre en los conciertos con ONGs, mientras que los contratos con entidades privadas, requieren aumentar los costes para conseguir el mismo nivel de prestaciones[3]. También hay experiencias muy consolidadas de Comunidades públicas con gestión privada e incluso de Comunidades con una parte del personal que pertenece al sector público y otra parte procede de un concierto con una ONG.

Pero el argumento del coste se complica porque en las públicas aparece un factor de distorsión que conforma la segunda razón que explica la escasez de Comunidades Terapéuticas públicas. Ocurre que las Comunidades Terapéuticas públicas forman parte de un sistema más amplio, normalmente el sistema de salud, lo cual les obliga a afrontar dos retos casi imposibles, el primero la cuestión del personal con una formación adecuada, ya que las plazas de la Comunidad Terapéutica están reservadas a funcionarios que las eligen con criterios espurios, desde cercanía al domicilio hasta el hecho de que "es la ultima que queda". Como estos profesionales "no saben nada" sobre CCTT (y muchas veces no quieren saber porque lo consideran un puesto provisional), la Comunidad como tal deja de funcionar, al menos con los criterios mencionados antes.

Pero además las Comunidades Terapéuticas públicas se hallan sometidas a la presión del sistema general, el cual les deriva todos aquellos casos que no sabe donde encajar y que requieren algún tipo de recurso residencial. Como consecuencia existen en la actualidad centros públicos que se identifican como Comunidades Terapéuticas, pero

[3] Las Comunidades Terapéuticas concertadas, asumen en general, uno o varios conciertos de plazas, lo que evita entrar en discusiones en profundidad en torno a las "condiciones técnicas" del dispositivo, más allá de expresiones generales como "internamiento" o "tratamiento". Incluso se usa la expresión "Comunidad Terapéutica" pero sin hacer otra referencia a su contenido. Esto provoca, en los concursos públicos, severos malentendidos, porque es fácil pujar a la baja por plazas de internamiento sin cumplir las condiciones técnicas de una Comunidad Terapéutica. Pero a la vez las propias Comunidades Terapéuticas pueden pujar sin dificultad a la baja en cualquier concurso público cuyas condiciones técnicas incluyan todos aquellos servicios que de forma habitual prestan las Comunidades Terapéuticas.

que en realidad son meros receptáculos de “casos residuales” con perfiles variopintos. En si mismo el “caso residual” que no encaja en ningún dispositivo, podría representar un cierto perfil de atención para una Comunidad Terapéutica muy especializada, pero en la practica aquellos casos que atienden estos perfiles no lo son, porque la intervención terapéutica se limita al control sanitario y social, lo que las convierte en una especie de “clínicas multifuncionales” de muy baja eficiencia y nulo prestigio profesional. Sin duda se trata de recursos necesarios, pero no son Comunidades Terapéuticas, aunque, como veremos podrían serlo.

Otro ejemplo interesante se refiere a la muy debatida cuestión de **los fármacos** en Comunidad Terapéutica. Fueron muchas las Comunidades Terapéuticas que, hace unas décadas. Interpretaron que la terapia sistémica y naturalista que se proponía, la cual se ajustaba a un sistema de valores que podríamos identificar como “new age”, eran incompatibles con los fármacos, los cuales deberían excluirse de las Comunidades Terapéuticas y sustituirlos por “productos naturales”. Como consecuencia estas Comunidades Terapéuticas se postularon como un “recurso alternativo a la medicina tradicional”. Conviene tener claro que al adoptar esta posición se alejaban del modelo de Comunidad Terapéutica, porque una Comunidad Terapéutica requiere manejar los componentes de modelo de conocimiento científico de los problemas de salud y por tanto también requiere contar con los profesionales idóneos que manejan estos conocimientos. Obviamente dentro de este principio general se pueden utilizar, además, terapias naturales y otras alternativas poco agresivas, pero una Comunidad Terapéutica debe cuidar de manera especial y en una perspectiva rigurosa los problemas de salud de los residentes, más allá de “valores alternativos” sustentado en un sistema de creencias aceptable.

Esto significa que los tratamientos farmacológicos prescritos (y adecuados) deben seguirse y controlarse sin ninguna fisura. Pero esto no implica que a la vez deba existir personal sanitario que controle tales prescripciones, las cuales pueden estar bajo la responsabilidad de cualquier miembro del equipo (siempre bien identificado). De hecho en la sociedad real las prescripciones son controladas por los propios pacientes y en algunos casos por familiares sin que se requiera ningu-

na especialización sanitaria para tomarse con disciplina los fármacos prescritos por los profesionales de la salud. Por supuesto esto sólo es posible si la coordinación con el sistema de salud (y salud mental) funciona de una manera adecuada. En este sentido el modelo de "consulta médica" unas horas a la semana en la propia Comunidad Terapéutica es una buena opción, si se combina con la adecuada coordinación con los servicios de urgencia y las especialidades, que serán diferentes según el perfil de los residentes en cada tipo de Comunidad Terapéutica.

A partir de esta reflexión y en la perspectiva de los rasgos metodológicos que hemos descrito, podemos formular una pregunta directa, que siempre ronda "la cuestión de las Comunidades Terapéuticas", pero que nunca se hace explícita. La pregunta no es otra que ¿Es la Comunidad Terapéutica un **recurso sanitario**? Y la respuesta, también directa, no podría ser otra que: No, no lo es. Aunque la actual Comunidad Terapéutica surge de la coyunda entre salud mental y autoayuda, el lugar que debería ocupar es el de un espacio particular, bastante indeterminado, que, tomando algunas precauciones, puede ser el sanitario ya que se trata de un recurso que es a la vez "sanitario, psicosocial y educativo" y queda claro que ninguno de ellos debe predominar sobre los demás. La fórmula para lograrlo es dar la debida importancia a los componentes identitarios propios, es decir, a los residenciales en la perspectiva de "comunidad activa" que se ha descrito al presentar sus principales rasgos metodológicos. Si el sistema sanitario, lo mismo que el sistema de servicios sociales o el sistema educativo, son capaces de respetar esta identidad metodológica y estos componentes multidisciplinares, pueden asumir, cualquiera de ellos, las competencias en materia de Comunidades Terapéuticas.

Se alegará con razón, ¿Pero no es la Comunidad Terapéutica un dispositivo indicado para personas con problemas de salud? Lo cual es cierto en el caso de la mayoría de los perfiles que se señalan en el epígrafe siguiente, pero, de un lado y como veremos, existen Comunidades Terapéuticas para otros perfiles que no requieren una particular asistencia sanitaria y, de otro lado, los aspectos sanitarios de los internos, pueden ser perfectamente tratados en una adecuada coordinación con la red sanitaria general.

## 5. POSIBLES PERFILES PARA COMUNIDAD TERAPÉUTICA.

### 5.1. Adictos a drogas.

En la actualidad este es el tipo de Comunidad Terapéutica más común y representativo, quizá porque ha sido el soporte central de la actual fase de expansión de la metodología, ya que ha proporcionado la base del conocimiento necesario para diseñar otros tipos de Comunidades Terapéuticas. Es un dispositivo presente prácticamente en todo el mundo, y aunque en la mayoría de los países se ha encarrilado hacia un modelo profesional, aún subsisten, especialmente en algunos territorios tensiones con el modelo no-profesional y basado de forma exclusiva en la auto-ayuda.

Al tratarse de un tipo de Comunidad Terapéutica que ha ocupado, durante tanto tiempo, un lugar muy central en las ofertas de internamiento, en la actualidad acumula un conjunto variado de perfiles y diagnósticos, en muchos de los cuales la adicción es meramente circunstancial. En una gran medida esto se debe a que, al menos en España, las Comunidades Terapéuticas destinadas a estos "otros perfiles" no existen, -y no se reconocen como necesarias-, y por tanto cuando se requiere algún tipo de internamiento se recurre a "lo que hay" y lo único que hay son Comunidades Terapéuticas para adictos a drogas.

En dichas Comunidades Terapéuticas conviven en la actualidad sujetos adictos a todo tipo de sustancias, siendo el perfil más frecuente el de poli-toxicómano, que incluye consumo de alcohol (aunque también existen Comunidades Terapéuticas exclusivas para alcohólicos). Pero también muchos casos de diagnóstico dual o de patología dual (drogas / salud mental), que en algunos centros ya representan la mitad de la población mientras que en otros, que se resisten a aceptar estos casos, son residuales y en algunos exclusivos. Son muchos los profesionales que indican que una parte de estos sujetos no deberían estar en el centro ya que la presencia de drogas en su historial es circunstancial y el "diagnóstico principal" tiene que ver con un problema

de salud mental. Pero mientras no existan Comunidades Terapéuticas para patologías mentales se les deriva hacia un lugar inadecuado en el que además distorsionan la intervención y reducen su eficacia. Lo mismo ocurre con mujeres que sufren maltrato (en general de una pareja que es adicto), pero a la vez forman parte del "ambiente de consumo" de esta pareja, sin ser adictas, y que suelen derivarse a Comunidades Terapéuticas para mujeres, donde abandonan el consumo casi sin darse cuenta, pero donde no reciben una intervención relacionada con su "problema principal" (Martens, 1999).

El hecho de que estas mujeres sean derivadas hacia un Comunidad Terapéutica para adictas y no hacia un centro de acogida de mujeres maltratadas, demuestra una relevante confusión conceptual que se evitaría si, como propongo más adelante, estos centros de acogida asumieran la metodología de la Comunidad Terapéutica.

Otra confusión importante se refiere a los menores sometidos a algún tipo de medida judicial. Se han creado centros de menores con metodología de Comunidad Terapéutica pero las administraciones y los jueces preguntan antes de remitirlo a tal tipo de centros "¿Pero tiene problemas de drogas?" y en general ellos mismos se contestan "Sí, fuma porros", y entonces ya justifican derivarlo a una Comunidad Terapéutica para menores.

## **5.2.** Otras adicciones.

Existen ya algunas Comunidades Terapéuticas específicas para el tratamiento de la ludopatía, aunque en algunas Comunidades Autónomas se mezcla a los ludópatas con los adictos a drogas ya que a fin de cuentas, se alega, todos son "adictos". Se repite así la confusión que se ha puesto en evidencia en el epígrafe precedente.

El saco de las "otras adiciones" sin embargo es infinito. El Manual del DSM-IV establece una amplia posibilidad de "trastornos adictivos" a partir de signos y síntomas muy cotidianos y la CIE-10 que siempre apostó por una versión más orgánica de la enfermedad mental ha ido ampliando los posibles diagnósticos de fobias y trastornos hasta

superar el DSM-IV. En una reciente recopilación de adicciones (excluidas drogas), que se manejan en España hemos visto la siguiente lista: adicción al coleccionismo, a las sectas, a recorrer las calles, a la lectura, al dinero y la fama, a mentir, a las actividades de riesgo, a viajar, a la vigorexia, a los trastornos de alimentación, a los fármacos y a otros muchos que no figuran en la literatura publicada por las revistas científicas (Pérez del Río y Martín, 2008). Los mismos autores asumen como posibles "adicciones probadas": la adicción a las TIC, al trabajo, al sexo, a las compras y al juego.

Aunque para muchas de ellas se proponen medias terapéuticas de carácter residencial, me resulta difícil, salvo el caso ya probado de la ludopatía, imaginar la aplicación de la metodología de la Comunidad Terapéutica a estas supuestas adicciones. Aunque es cierto que alguna de ellas (si causan problemas graves a las personas que no pueden contenerse en un entorno de reducción del daño o el riesgo) parece requerir un ambiente residencial de contención.

## **5.3.** Patologías mentales.

Nada que añadir a la posibilidad de ampliar las Comunidades Terapéuticas hacia este tipo de perfiles. Su propia naturaleza se adecua a los mismos porque la Comunidad Terapéutica fue creada para dar respuesta a problemas de salud mental. Durante un largo periodo de tiempo toda la literatura sobre Comunidad Terapéutica se refería a patologías mentales y la OMS aún mantiene las recomendaciones en torno a la misma.

La dificultad para poner en marcha Comunidades Terapéuticas para problemas de salud mental tiene que ver con los costes y los recursos. Los notables avances farmacológicos de las dos últimas décadas han conformado una "ficción de atención primaria" en la que se resuelven la mayoría de las demandas. Como consecuencia de estos avances los casos con posible indicación de internamiento son sólo los más graves y que además suelen presentar otros trastornos de salud, psicosociales, familiares y laborales. Se les interna en centros con una metodología y una misión exclusivamente curativa, pero al no mejorar su situación se les excluye y se les "devuelve" a la sociedad. En ocasiones se

hace cargo de ellos la familia, en otras muchos se suman a la creciente población de “sin techo” y la mayoría van rebotando de institución en institución con paradas más o menos breves en la familia o en la calle.

Son pocos los que imaginan que una respuesta adecuada es una Comunidad Terapeutica.

## **5.4.** Los centros de menores.

En este nivel hay que distinguir entre: 1) los menores que son objeto de una medida judicial en aplicación de la Ley Orgánica 5/2000 de Responsabilidad Penal de los Menores, 2) los menores extranjeros no acompañados que no están contemplados en la categoría anterior y 3) los menores que reciben medidas de protección según lo previsto en la compleja legislación para la protección de menores, en especial las relativas a la Ley 27/2003 sobre la Orden de Protección Reguladora de las Víctimas de Violencia Doméstica y a todas aquellas medidas que se refieren a “desprotección grave”.

Los tres casos permiten pensar en Comunidades Terapéuticas y de hecho en el primer caso ya existen varias que se ajustan al modelo. Pensando en el futuro resulta previsible imaginar que serán más según se vayan implantado y mostrando sus ventajas. Pero obviamente son situaciones que no se deberían mezclar, ni los perfiles, ni los estilos de Comunidad Terapéutica, lo que nos obliga a imaginar cual debería ser la Comunidad Terapéutica para menores con Orden de Protección y que hayan sido objeto de experiencias traumáticas.

Todos estos mimbres, sustentados en el impacto de la noción de *fracaso de la teoría clásica de la secularización* dirigida por Peter Berger y Thomas Luckmann, además de la cuestión de la expansión del movimiento pentecostal en el mundo, nos van a conducir hacia una análisis inédito del papel de los centros residenciales de BETEL, REMAR Y RETO, en la perspectiva de los procesos de cambio social y cultural vividos en España en las tres ultimas décadas. Porque, ¿ayuda a desdecir su expansión la existencia de un proceso de secularización en nuestro país?, o, expresado en términos más precisos, ¿cómo se

relaciona esta expansión con los datos empíricos sobre la secularización de la sociedad española? Y también: ¿cómo explicar desde el conocimiento empírico de la secularización y sin recurrir a la noción de fracaso la expansión de las opciones pentecostales en España?

## **5.5.** Las Unidades Penitenciarias de Reinserción Social.

Las instituciones penitenciarias son "centros residenciales totales" en las que parece un poco paradójico, es necesario combinar las necesidades de control con la metodología de una Comunidad Terapéutica. Sin embargo existe una cierta demanda, por parte de organizaciones sociales que trabajan en dicho ámbito, para adaptar tal metodología a la prisión y la demostración de tal demanda lo constituyen la casi docena de Módulos de Comunidad Terapéutica, puestos en marcha en diferentes prisiones con desigual contenido y resultados.

Pero se trata de módulos aislados, en los cuales los internos viven, tras una rigurosa selección, separados del resto de presos. Como consecuencia resulta difícil aplicarles la denominación de Comunidad Terapéutica, tanto por su aislamiento en relación al resto de la prisión, como por el hecho de que se mantiene el régimen disciplinario y en especial la amenaza de la expulsión, hacia la cárcel pura y dura, si incumplen las normas. No digo que no sean útiles, pero lo son en la medida que lo son los "tratamientos obligatorios" (Pan, 1993). También hay que tener en cuenta la diferencia entre estos módulos y los sujetos que de forma individual son trasferidos para un cumplimiento alternativo de pena a una Comunidad Terapéutica externa a la prisión.

Sin embargo en España, en este momento, están en fase de implantación los Centros de Inserción Social (CIS) y los Módulos de Respeto, pensados los primeros para internos de tercer grado que "salen" a trabajar y que "vuelven" a dormir a la prisión y los segundos para internos que aceptan reglas comunitarias de convivencia y auto-ayuda. Se supone que todos los internos en tercer grado estarán sólo en los CIS, cuando se acaben de construir todos los centros planificados. Además está previsto que los CIS se ocupen de la formación y la orientación laboral. El proyecto de Instituciones Penitenciarias, que

cubre el periodo 2006-2012, propone abrir un total de 32 CIS en el conjunto de España, pero menos de un tercio están actualmente (octubre 2008) abiertos o en construcción. Sin duda alguna la adopción de la metodología de Comunidad Terapéutica en los CIS contribuiría a una mayor eficacia de los mismos.

## **5.6.** Personas maltratadas.

La existencia de Comunidades Terapéuticas para víctimas de diversos tipos de violencia aparece cada vez más documentada y engloba a categorías muy diferentes de víctimas, desde "combatientes menores de edad" hasta víctimas de abusos sexuales, pasando por "prisioneros maltratados". En España podemos, en esta primera clasificación referirnos a dos posibles categorías, de una parte los centros para mujeres maltratadas que han tenido un importante, pero espontáneo, crecimiento (antes y después de la Ley de igualdad) en nuestro país y de otra parte un dispositivo para un perfil que resulta un poco "extraño" que no exista en nuestro país: refugiados políticos con historias traumáticas de tortura.

### **5.6.1. Mujeres maltratadas.**

Comenzando por los centros de mujeres maltratadas, hay que decir que se trata de un dispositivo que se ha expandido de una manera notable en el ultimo decenio, aunque de una forma un tanto anárquica y espontánea, muy vinculados además a grupos de activistas, muy motivadas pero muy centradas en el propio problema. En este sentido se parecen mucho a las Comunidades Terapéuticas para adictos a drogas de la década de los años 80, aunque con un matiz positivo importante, que se refiere a una mejor disponibilidad de profesionales, no específicamente formados pero con una cierta preparación para afrontar el tema.

En todo caso, la utilización de la metodología de la Comunidad Terapéutica implicaría no sólo un plus de eficacia, sino que resolvería el problema de la identidad y la misión de estos centros, más allá de la necesaria protección física de las residentes.

### 5.6.2. Refugiados Políticos con historias traumáticas y de tortura.

Este tipo de dispositivos, muchos de ellos utilizando una metodología de Comunidad Terapéutica, existen en los países más desarrollados para atender a refugiados políticos, pero en la última década también han manifestado una gran expansión en algunos países del tercer mundo que están saliendo del túnel del autoritarismo y la represión. En cambio en España es un tema desconocido y cuando se plantea, los propios profesionales muestran su sorpresa por la existencia de este tipo de recurso asistencial y residencial, a pesar de que nuestro país debería participar en esta tarea por sus vínculos culturales (y también por las experiencias históricas de autoritarismo compartidas) con países que han sufrido, o están sufriendo, regímenes dictatoriales y conflictos armados (Kordon y Edelman, 1986).

Esta actitud podría relacionarse con el "pacto de silencio" que envolvió la transición democrática y que hasta la promulgación de la reciente Ley de Memoria histórica ha producido una "cultura del olvido" en relación a ciertos temas que podían hacernos recordar el pasado. Quizá por este motivo no se ha abierto ningún dispositivo de esta naturaleza en España.

Sin embargo el reconocimiento del "Post Traumatic Stress Disorder" es muy antiguo, e incluso, como ya he explicado, estos fueron los residentes de la primera Comunidad Terapéutica. Con posterioridad se han mantenido dichos dispositivos especialmente en la Europa del norte (Prip, 1985). Por su parte Naciones Unidas está tratando de impulsar la intervención terapéutica con personas afectadas, de tal manera que la necesidad de establecer mediadas rehabilitadoras aparece en el "*Pacto Internacional de derechos civiles y Políticos*" de Naciones Unidas que entro en vigor en 1976, y de forma más precisa en la "*Convención contra la tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes*" (artículo 14.1), que data del año 1987.

Por lo que respecta a los menores, el artículo 39 de la Convención sobre los Derechos del Niño dispone que "*los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación*

*física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de: cualquier forma de abandono, explotación o abuso; tortura u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; o conflictos armados. Esa recuperación y reintegración se llevarán a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño*". Finalmente resaltar la existencia del Proyecto de "*Principios Básicos sobre Reparación*", que ya ha sido aprobado por el Comité de Derechos Humanos de NNUU y que va comprometer a los Estados firmantes del Convenio de 1987, a poner en marcha programas de rehabilitación integral para las personas afectadas. También hay que señalar que entre los doce puntos clave de Amnistía Internacional para erradicar la tortura se incluye el siguiente: "*Las víctimas de la tortura y las personas a su cargo deben tener derecho a recibir del Estado una reparación inmediata, que incluya la restitución, una indemnización justa y adecuada y la atención y la rehabilitación médica apropiadas.*"

La puesta en marcha de estas iniciativas es lo que pedía, de forma concreta para España, el Informe de Amnistía Internacional del año 2004. Sin que se conozca ninguna reacción oficial al respecto, tampoco conozco ninguna ONG, aparte de la demanda genérica de Amnistía, que haya solicitado la puesta en marcha de un proyecto de atención similar. En el censo del Internacional Rehabilitation Council For Torture Victims, aparecen más de 200 centros en todo el mundo y ninguno en España.

Indicar, finalmente, la existencia de una convocatoria anual de la Unión Europea y otra de Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales públicas y privadas, con recursos financieros importantes, para apoyar este tipo de centros.

## 6. EL BIENESTAR SOCIAL DEL FUTURO Y LOS CENTROS RESIDENCIALES.

En un futuro, no sé si muy lejano en estos tiempos de ajustes, no parece posible imaginar un Estado de Bienestar, ni un sistema competente de prestaciones mínimas a la ciudadanía, sin una red suficiente de Co-

munidades Terapéuticas. No se trata de una fantasía utópica, sino de una realidad bien ponderada que se corresponde con la orientación que van tomando las demandas sociales y los ajustes presupuestarios que se están produciendo. Porque los dispositivos de internamiento son cada vez más necesarios y la metodología de la Comunidad Terapeutica garantiza la eficacia en un contexto de recursos escasos.

¿De que número de dispositivos estamos hablando? Pues resulta difícil sin un estudio previo de necesidades, y para realizar un estudio para poder medir la demanda potencial, se requeriría una cierta diseminación de la descripción, misión, objetivos y fines del dispositivo (Jones, 1980). Pero sin duda, con el conjunto de perfiles descritos en el epígrafe anterior, el número de centros tendría que ser mayor que el actualmente existente.

Hacer esta estimación de necesidades y un catálogo más completo de tipos de Comunidad Terapéutica es una tarea que debería emprenderse en los próximos años. En la actualidad existen en España casi 200 centros que funcionan como Comunidades Terapéuticas profesionales y acreditadas por diferentes ámbitos administrativos. En torno al 60% de las mismas acogen a adictos a drogas, aunque como ya hemos visto, van apareciendo en las mismas otros perfiles a falta de Comunidades terapéuticas más específicas.

En un reciente debate público me pidieron que imaginara en el territorio donde se estaba produciendo el debate (450.000 habitantes) a grosso modo y de forma especulativa una situación ideal de oferta de plazas en Comunidad Terapéutica. En dicho territorio existen en la actualidad tres Comunidades Terapéuticas para adictos a drogas, pero con un variado perfil de residentes y dos centros de menores que ya han adoptado la metodología, también aparece un dispositivo de salud mental que trata de adoptar, con una cierta oposición institucional, el modelo de Comunidad Terapéutica. Además una asociación del tratamiento de la ludopatía había realizado una demanda en este sentido. Mi respuesta fue que los centros residenciales para adictos a drogas eran suficientes, aunque debían centrarse en un perfil más específico, que a la vez se requería al menos triplicar los centros para menores, aunque la principal oferta debía dirigirse hacia los centros

residenciales para patologías mentales (bastantes pero con una severa limitación del número de plazas por centro). También pensaba en un par de centros para mujeres maltratadas (ya existen pero sin un tipo de intervención definido más allá de la protección), un par de CIS (es el proyecto de IIPP para el territorio) y otros dispositivos para otros perfiles con una menor demanda potencial y que por tanto se podrían compartir con otros territorios.

Al final, respondiendo a una petición muy explícita del público, estimé las necesidades optimas del territorio en un máximo de 20/24 dispositivos de internamiento con metodología de Comunidad Terapéutica, con una horquilla de 400/600 plazas y unos 180/225 profesionales trabajando en las mismas. Se trata de una proyección metafórica ideal, pero que expresa la relación que establezco entre Comunidad Terapéutica y Bienestar social. Los costes para este tamaño son fáciles de estimar.

En todo caso los responsables institucionales presentes preguntaron rápidamente por los costes y tuve que aclararles que no se trata de ningún presupuesto específico, sino de una "reconversión metodológica" de algunos dispositivos y programas, que verían aumentar su eficacia (especialmente con situaciones de cronificación institucional) y por tanto supondría un ahorro (ciertamente a medio plazo) para las administraciones involucradas. En este sentido no se trataba tanto de creaciones "ex. novó" sino de reconversiones metodológicas que incluso contribuirían a reducir algunos costes. También es cierto que en este cálculo se incluía la condición de que una parte sustancial de dichos dispositivos estaban gestionados, en régimen de concierto, con entidades del tercer sector.

Además en la vida cotidiana del sistema de bienestar la carencia de centros residenciales (y en particular aquellos cuya metodología se orientar a mejorar la vida de las personas y el bienestar social) se está convirtiendo en un problema cada vez más insoslayable. Aunque la demanda está relativamente limitada (aunque sigue creciendo), las necesidades se disparan. Se trata de unas necesidades invisibles porque los sistemas generales han optado por claudicar ante algunas situaciones, que consideran a la vez residuales e irresolubles, que tra-

tan de ignorar porque ponen en cuestión los límites del sistema. Unos sistemas que se consideran autosuficientes (en el sentido negativo del término suficiencia) y prefieren excluir antes que reconocer su incapacidad frente a ciertas situaciones (Comas, 2010).

La Comunidad Terapeutica representa una respuesta a estas dificultades, aunque, su implantación requiere una lógica autónoma que obliga a establecer una relación no jerárquica entre cada uno de los sistemas generales de bienestar y el conjunto de dispositivos orientados por esta metodológica.

Pero al mismo tiempo, como las limitaciones de los sistemas generales de atención y las demandas derivadas de tal insuficiencia, siguen presentes, se ha venido conformando un sub-sector de centros residenciales no profesionales (aunque cada vez tienden más hacia la profesionalidad), cuya misión aparente es la auto-ayuda, pero que en realidad, reflejan procedimientos para la conversión ideológica. Algunos dependen de organizaciones religiosas establecidas, otros de grupos sectarios más o menos clandestinos y algunos de organizaciones cuya finalidad y misión es la de explotar a las personas. Todos son más o menos alégales y una parte de los mismos claramente ilegales, en particular si consideramos las leyes relacionadas con derechos humanos básicos y derechos formales de ciudadanía.

¿Quién es el responsable de esta situación? Pues claramente los sistemas generales incapaces, por su propia lógica, de asumir la existencia de estos colectivos y sus problemas particulares, así como su incapacidad para ofrecer respuestas eficaces. Esta responsabilidad es especialmente grave si consideramos que existe una metodológica que, con un coste discreto, ofrece respuesta para una parte importante de las personas afectadas.

## 7. ¿CÓMO IMPULSAR LA METODOLOGÍA DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA?

De entrada hay que afrontar el hecho de que, hasta ahora, no hay ningún tipo de formación académica especializada en Comunidad Terapéutica, ni tan siquiera menciones dentro de los programas formativos generales de las diferentes disciplinas. Es más incluso, en los postgrados más especializados, por ejemplo en drogodependencias o en psiquiatría, la cuestión de la Comunidad Terapéutica, cuando se contempla que no es siempre, ocupa un lugar muy secundario y en ocasiones estereotipado. Lo cual resulta incongruente cuando en el sector, en España, trabajan varios miles de profesionales.

En parte podemos atribuir esta situación a la imagen pública (y de amplios sectores de profesionales) que tienen las Comunidades Terapéuticas y que se ha descrito en el primer punto de este capítulo. Pero las cosas podrían cambiar si existiera algún interés político-administrativo en impulsar una alternativa técnica, eficaz y poco costosa, que explicada de forma sencilla podría ser perfectamente aceptable para la opinión pública.

Pero tras esta aparente solución subyace otro problema, porque ¿Cuál es la administración competente en la materia y que sobre la que se podría proyectar este interés? Pues no está claro, porque el tipo de dispositivo descrito y los perfiles que atiende recorren de forma trasversal diversas administraciones y ninguna de ellas va a tomar la iniciativa para impulsar este cambio.

En realidad todas y cada una de ellas trata de evitar la expansión de la metodología de la Comunidad Terapeutica porque en cada uno de los sistemas o redes que dependen de cada uno de los ámbitos que conforman el estado de bienestar, ya han desarrollado sus propios protocolos y metodologías, en los que seguramente prima la identidad frente a la eficacia.

En este sentido podemos observar el caso del llamado problema de la acreditación. Hace ya muchos años se propuso un protocolo de acreditación propio de Comunidades Terapéuticas que fue asumido, en su

día, por una mayoría de Comunidades Autónomas, tras ser recomendado por el Plan Nacional sobre Drogas. Se trataba de un protocolo, establecido por los Planes Regionales de Drogas, propio y específico para este tipo de centros y ajustado a las necesidades y características de los mismos.

En términos de la metodología descrita en este texto era muy exigente y aunque iba dirigido a Comunidades Terapéuticas para adictos a drogas en realidad se puede aplicar a otros colectivos (Comas, 1994). Sin embargo, de forma progresiva, según ha ido cambiando la dependencia funcional de los recursos de drogas, dicho protocolo ha sido sustituido por otros de carácter más general, en muchos casos los mismos que se aplican a los centros sanitarios residenciales y en otros a centros educativos, lo cual es bastante irracional, ya que un cambio de dependencia administrativa ha supuesto, sin modificar el contenido del dispositivo, trasformar radicalmente los criterios de acreditación. Es como si mañana las Agencias de Viajes pasaran a depender de una administración extraña a las mismas, que les obligara a vender los billetes mientras suena una determinada música que los expendedores deben tararear, sin tener en cuenta para nada la validez de los billetes. Además nadie les puede reclamar nada porque ellos han cumplido el protocolo.

¿Dónde debería ubicarse la administración de acreditación de las Comunidades Terapéuticas? La experiencia de otros países la sitúa en diferentes lugares, bien en la "parte social" del Sistema socio-sanitario (que en España no existe), bien en las administraciones de asuntos sociales y en algunos casos, por ejemplo Suecia que es donde siempre miramos para estas cosas, existe una Administración Institucional de Centros y Dispositivos Residenciales muy especializada. Esta última me parece, en una perspectiva teórica, la mejor solución, aunque en un Estado tan descentralizado como el nuestro resulta de difícil aplicación.

Otra posibilidad tiene que ver con la auto-organización de las Comunidades Terapéuticas, que pueden homologarse de acuerdo con un mecanismo de auto-regulación, como en la década de los años 80 hicieron las del ámbito drogas. Se trata de un proceso que se ha retomado

con la norma AENOR 158101, sobre "*Servicios para la promoción de la autonomía personal. Gestión de centros residenciales con centro de día o centro de noche integrado. Requisitos*". La norma ha sido creada con la entrada en vigor de la Ley de Dependencia y aunque no se ajusta del todo a las exigencias de una Comunidad Terapéutica, resulta, casi en su totalidad, aplicable a las mismas y si la comparamos con los actuales criterios de acreditación vigentes en muchas Comunidades Autónomas resulta mucho más razonable. Una nueva norma AENOR que incluyera algunos criterios específicos de la metodología de la Comunidad Terapéutica para aquellos que quisieran denominarse así, sería la mejor alternativa para resolver esta cuestión.

# Capítulo 2

## La comunidad terapéutica y la terapia sistémica

### El pensamiento sistémico en el trabajo residencial en una comunidad terapéutica

Juan Antonio ABEIJÓN

## 1. ALGUNOS ASPECTOS IMPORTANTES DEL PENSAMIENTO SISTEMICO RELACIONAL.

El pensamiento sistémico se va configurando a partir de la primera mitad del siglo XX y desarrolla su capacidad práctica en diferentes ámbitos entre los que se encuentra la psicoterapia, la salud mental y las relaciones humanas. Su influencia ha sido importante no solo en psicoterapia sino también en otras ciencias entre las que destacan la sociología, la economía y la política.

En sus comienzos, investigadores de diferentes disciplinas científicas fueron confluyendo en sus reflexiones hasta identificar algunos aspectos importantes de lo que más tarde sería la Cibernética. Gregory Bateson joven antropólogo diplomado en Cambridge, haciendo pareja con la también antropóloga Margaret Mead inicia con su libro "La Ceremonia del Naven" una reflexión sobre las relaciones entre el individuo y la sociedad en la cual la incorporación de la noción de "feed-back" resulta decisiva y abre una forma novedosa de pensamiento.

Las ciencias basadas en la causalidad, la dinámica de las fuerzas y el pensamiento lineal dejan paso al funcionamiento circular en el que la energía de la respuesta está proporcionada por el propio receptor y no por el desencadenante.

También se inicia la aplicación del término propuesto por Norbert Wiener "cibernética" a la comunicación humana. Las nociones de procesos digitales y procesos analógicos, la teoría del juego y del sistema autorregulado del matemático Jhon von Neumann aplicado al estudio de las relaciones humanas permiten redescubrir estas relaciones desde un ángulo enormemente novedoso en el cual la actividad humana puede explicarse a través de modelos comunicacionales de interacción.

Más adelante la incorporación de psiquiatras y psicoterapeutas tales como Don Jackson, Milton Erickson, Jhon Weakland, Jay Haley y Richard Fisch desarrollan el concepto de doble vínculo y lo aplican a diferentes patologías graves en salud mental como la esquizofrenia y

el alcoholismo obteniendo resultados importantes en su tratamiento y en su comprensión.

La teoría comunicacional se encuentra en la base del pensamiento sistémico y solo podremos entender el desarrollo práctico posterior del mismo si somos capaces de dar la importancia necesaria a los conceptos claves del estudio de la comunicación humana que han sido tan eficazmente difundidos por el psiquiatra americano de origen austriaco Paul Watzlawick a través de las investigaciones desarrolladas en el Mental Research Institute de Palo Alto en California.

Ludwig von Bertalanffy define en su libro "Teoría General de los Sistemas" a un sistema como: " un conjunto de elementos en interacción en el cual la modificación de uno de ellos desencadena una modificación en los demás". En las relaciones humanas los elementos del sistema son los individuos en interacción.

La familia puede ser reconocida como un sistema humano con una membrana que lo identifica y lo diferencia del exterior, con una serie de mecanismos de comunicación que le permiten recibir y enviar mensajes, con una estructura interna bien definida, con una función que dinamiza su propia existencia y con cambios naturales establecidos a través de ciclos que le son propios.

Teniendo en cuenta esta forma de leer el comportamiento humano, el consumo de drogas debe de entenderse como una conducta. Incluso aceptando determinadas raíces neurofisiológicas o genéticas en esta conducta, ésta se expresa como un comportamiento con consecuencias para el individuo y para su medio relacional y especialmente para la familia. La evolución de esta conducta esta influida por las respuestas que desencadena en el medio en que se manifiesta organizando tipologías distintas de toxicómanos y de toxicomanías. La posibilidad de interferir en los mecanismos relacionales con los que está implicada la conducta de consumo, modifica de forma muy importante el significado y la evolución de la propia conducta toxicómana.

La terapia se convierte en la capacidad de organizar y estructurar determinadas interferencias en el individuo consumidor y su contexto de

forma consentida por el terapeuta y el paciente. Es necesario utilizar un método de lectura de las situaciones y de las intervenciones terapéuticas para poder realizarlas.

El pensamiento sistémico permite circular con comodidad en la lectura de los fenómenos complejos, organizar estrategias y definir los roles de los distintos actores de una misma situación proporcionando una epistemología identificable.

Las claves de esta epistemología nos van a permitir dotar de un cuerpo teórico a las intervenciones sobre determinadas conductas como el consumo de drogas.

## 2. HACIA UNA DEFINICION DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA. SISTEMA Y CONTEXTO.

A lo largo de la historia se pueden encontrar muchos ejemplos de grupos humanos que han sido utilizados de forma más o menos consciente como agentes terapéuticos. En la edad media muchas experiencias monásticas permitían acoger y contener conductas trasgresoras en un marco religioso. El grupo se convertía en elemento de contención, de socialización, de creación de identidad para muchas personas que fuera de él hubieran sido consideradas como elementos extraños, marginales y rechazados por el colectivo social; sin hablar de comunas o comunidades de marcado carácter filantrópico cuya misión era precisamente la de dar cobijo a los excluidos sociales. La regla de San Benito considerado como el padre de la vida comunitaria en Europa es un claro ejemplo de regla de convivencia con marcado acento de contención y de estructuración del individuo en un grupo.

En pleno siglo XII en el pequeño pueblo de Fontevraud en el Valle del Loira un predicador visionario fundaba un conjunto de varias comunidades monásticas una de las cuales acogía a marginados y excluidos proponiéndoles un entorno de vida comunitaria como alternativa a su vida de miseria y exclusión. San Juan de Dios fundaba en los siglos XVI Y XVII  los precursores de los hospitales psiquiátricos.

El desarrollo del pensamiento científico mucho más adelante va a ir permitiendo definir las características que están presentes en los fenómenos grupales de estas comunidades y podremos descubrir su potencial terapéutico así como controlar y dirigir estos mecanismos de grupo en aras a organizar tratamientos estructurados frente a determinado tipo de patologías físicas y psíquicas. Los trabajos de Bion, Foulkes y Anthony y Anzieu han permitido identificar los mecanismos presentes en las dinámicas de los grupos y utilizar estos mecanismos como agentes terapéuticos para los individuos.

Las comunidades terapéuticas para toxicómanos surgen en USA en un intento de aplicar a los consumidores de drogas algunos principios de la actuación con sujetos alcohólicos. Sin embargo el concepto "comunidad terapéutica" ya se había aplicado en Inglaterra a determinadas experiencias de carácter grupal y residencial con enfermos psíquicos graves como los esquizofrénicos. Es importante observar un cierto desarrollo paralelo entre la experiencia realizada con enfermos psíquicos de la realizada con enfermos toxicómanos.

De entrada el mismo concepto de enfermo es cuestionado en las experiencias de tratamientos con toxicómanos. El enfermo psíquico no "elige" su enfermedad mientras que para el toxicómano éste ha hecho una elección equivocada en su vida y el objetivo del tratamiento será "volver a la correcta elección".

El paciente que presenta un trastorno psíquico al mismo tiempo que social corría el riesgo de convertirse en un marginado pues es muy difícil no solo separar los síntomas psíquicos de otros de características más sociales sino sobre todo el que existan instituciones que puedan tratar ambos tipos de sintomatología. Por eso las primeras referencias que encontramos en las que se acogen ambos tipos de situaciones tienen características religiosas y/o filantrópicas más que científicas o profesionales. Este es el caso del cuáquero Willian Tuke que muestra en el año 1796 en el Retiro de York como los enfermos mentales responden bien a un tratamiento basado en la persuasión y los conceptos morales. Pirella y Casagrande escriben: "No se trata de una exigencia de carácter científico como contribución a la curación de la enfermedad mental sino la esperanza de encontrar una respues-

ta adecuada de carácter humanitario, religioso y no violento para los enfermos psíquicos incluso los más graves".

Jhon Conolly en la primera mitad del siglo XIX propone en Inglaterra la creación por parte del estado, de comunidades terapéuticas como forma de realizar una reorganización del la asistencia psiquiátrica, a diferencia de las anteriores propuestas, aquí ya se plantean criterios de tipo médico y científico como forma de abordar la recuperación social de los enfermos mentales. A pesar de que la cura se denominaba tratamiento moral lo que se planteaba era que frente a métodos coercitivos, los pacientes mejoraban cuando se empleaban métodos re-socializadores y educativos: estas comunidades terapéuticas se definían como una vida de grupo organizada en la cual la integración y la continuidad en el trabajo, la actividad social y el juego producían una experiencia global de vida que permitía desarrollar las capacidades individuales y gozar la existencia.

A pesar de que el termino "Comunidad Terapéutica" lo emplea Main en 1946 por primera vez para describir la reorganización del instituto psiquiátrico de Northfield , se atribuye la paternidad a Maxwell Jones quien en torno a 1950 desarrolla las bases de este instrumento terapéutico de psiquiatría social que aparece ya, no como un lugar, sino el espacio donde se adoptan tratamientos psicoterapéuticos que se refieren a los postulados de la dinámica y la terapia de grupo.

Vemos como tras la segunda guerra mundial se van a desarrollar los postulados teóricos de la psicoterapia grupal como los de Anthony y Foulkes en los que se reconoce el poder curativo del grupo y se presentan las reglas para poder interpretar lo que sucede en el interior de un grupo cuando éste es contemplado como un ente total.

Es interesante recoger las características de las comunidades terapéuticas propuestas por M. Jones como alternativa a los tratamientos psiquiátricos de los pacientes psicóticos para después compararlas con las de los pacientes toxicómanos.

En primer lugar en la propuesta de M. Jones los profesionales y los pacientes forman un único grupo terapéutico que comparte el tratamien-

to en su desarrollo y evolución. También las decisiones de carácter administrativo se toman de forma compartida por este único grupo, no hay por tanto una estructura jerárquica de tipo piramidal sino más bien un funcionamiento de tipo horizontal, la comunidad es una asamblea que tiene capacidad de decisión. El énfasis se pone en la comunicación libre entre profesionales y pacientes y el clima es permisivo de cara a poder liberar los sentimientos. Las reglas y las decisiones se discuten y toman en grupo a través de un sistema democrático igualitario en el que participan todos por igual.

El término Cultura Terapéutica es el resultado del conjunto de modelos de comportamiento que se van aceptando y que van constituyendo la red de reglas aceptadas por todos y la "matriz" que sustenta al grupo. El mismo término "terapia" se desdibuja apareciendo el concepto de proceso educativo.

El proceso de inserción social consecuencia de la adquisición de los atributos de la edad adulta como la capacidad de convivir con los otros de forma integrada sintiéndose parte de un colectivo amplio que nos identifica puede estar alterado y haberse producido una regresión excluyente, un proceso que F. Basaglia llamaría "desculturización".

La reinserción producida a través de técnicas grupales en una comunidad terapéutica permite al individuo excluido, "enfermo", el reencuentro con su comunidad social y con la imagen que de ella tiene, muchas veces una imagen dañada de la relación entre ambos, produciéndose así un re-aprendizaje que acaba en un proceso de reinserción; así se entiende el significado del proceso educativo.

La comunidad se convierte en un proceso que se construye de forma exclusiva para cada individuo y permite a través de la confrontación con el otro activar el crecimiento personal para recuperar o construir la identidad adulta.

Así conceptos como proceso educativo, reinserción, técnicas y terapia grupal, grupo terapéutico, permisividad, asamblea democrática, procesos regresivos, confrontación y expresión libre de las emociones se constituirán en términos clave en el desarrollo de las comunidades

terapéuticas con pacientes psicóticos.

Sin embargo en la aparición y evolución de las comunidades terapéuticas para pacientes toxicómanos vamos a encontrar algunas diferencias muy importantes y significativas. La influencia anglosajona, especialmente americana va a ser muy importante. El alcoholismo como patología de la des-adaptación y el fracaso de los abordajes médicos clásicos hizo que en un primer momento organizaciones de carácter benéfico y religioso imprimiesen su sello a la visión de las características esta patología y sobre todo de lo que lo que había que hacer para curarla.

Las organizaciones de Alcohólicos Anónimos observan rígidamente las 12 reglas de su grupo entre las que cabe destacar la necesidad de la cohesión del grupo, la decisión clara de abstinencia como mecanismo de aceptación en el grupo, el concepto de auto-ayuda y el rechazo de profesionales y la ideología de carácter religioso.

Algunas de estas ideas se han trasladado a los grupos de tratamiento para toxicómanos en especial la ausencia de los profesionales y la importancia de que tan solo alguien que ya ha ganado la batalla de la droga puede servir como indicador del camino a recorrer, el modelo es la propuesta educativa, en el otro se delega el proceso de cambio.

En 1958 Ch. Dederich, ex –alcohólico y miembro de A.A. funda la primera comunidad terapéutica para toxicómanos Synanon que se convertirá con el paso del tiempo en una micro-sociedad completamente autogestionada. Pero la comunidad terapéutica que ha servido como referente a otras muchas experiencias terapéuticas en todo el mundo ha sido Daytop fundada en New York en 1962 por D. Casriel, su importancia se debe sobre todo al hecho de haber definido la experiencia como Programa Terapéutico evitando las connotaciones de carácter ideológico. El programa se define como una estructura jerárquica basada en un sistema autoritario; la condición de ingreso requiere reconocer el fracaso personal frente a la droga, la propia responsabilidad y la incapacidad de gestión de la vida de forma correcta. El trabajo sobre la motivación personal para entrar en la comunidad adquiere una gran importancia y es imprescindible fiarse del grupo como ne-

cesidad fundamental para el tratamiento. El modelo de auto-ayuda se basa en la relación con otros ex -toxicómanos que investidos de gran autoridad servirán de modelos en el progreso por las diferentes etapas del tratamiento. La responsabilidad será progresivamente conquistada en base a una jerarquía preestablecida. Las trasgresiones lejos de permitirse se castigan en algunos casos con dureza. Los usuarios de este tipo de tratamiento no son definidos como pacientes sino como residentes y pueden convertirse en terapeutas al final de su tratamiento si así lo desean.

Los principales instrumentos terapéuticos son: la autoridad jerarquizada de los ex–toxicómanos, el control social basado en el grupo que lucha contra la toxicomanía, las terapias de grupo en las que se anima la expresión de los sentimientos y la agresividad y la adquisición de niveles de responsabilidad cada vez más superiores como forma de recuperar la propia realidad.

Vemos como existen diferencias grandes en los principios y en los métodos terapéuticos de las comunidades que tratan pacientes psicóticos y las que tratan toxicómanos sobre todo si nos referimos a los inicios de estas experiencias. Hoy día estas diferencias han cambiado enormemente sobre todo tras la aparición de la patología dual y la necesidad de abordar de forma integrada a los pacientes toxicómanos y sicóticos.

En un congreso de la A.P.A. se planteaba que en el año 2008 el 95% de los pacientes psicóticos serán toxicómanos, lo cual habla del acercamiento entre estas dos formas de diagnóstico. ¿Se podrán hacer tratamientos psicoterapéuticos residenciales de tipo comunidad terapéutica teniendo en cuenta estas diferencias planteadas? El pensamiento sistémico puede ayudar a resolver estas contradicciones.

## **2.1.** Definición de Comunidad Terapeutica.

“Es aquella realidad que envolviendo totalmente en tiempo y espacio cada uno de los aspectos de la persona a nivel psicológico y social facilita la creación de un universo relacional nuevo que permite construir

patrones de comunicación individuales y sociales, para la persona y el grupo. Recrear un universo familiar en el que sea posible expresar los conflictos y reconstruir los mecanismos auto-agresivos".

Una realidad que envuelve al paciente-usuario en tiempo y espacio plantea uno de los aspectos importantes de la comunidad terapéutica, su carácter residencial, compartir la vida con otros perdiendo buena parte de la privacidad para exponer en una vida cotidiana experimental los problemas y las reacciones, las virtudes y los defectos. Esto también sucede entre los miembros de una familia en la cual el juego de distancias entre el individuo y el grupo familiar se convertirá en una clave para el desarrollo psicológico. Aceptar la disciplina del grupo, someterse a él como en un proceso de aprendizaje de la responsabilidad personal y de acercamiento a la realidad, es un proceso compartido entre la familia y el grupo terapéutico.

Recuperar la realidad es un aspecto importante y esencial del tratamiento del paciente toxicómano y psicótico. El alejamiento y la perdida de contacto con la misma, es esencial en las dos patologías y supone el aislamiento y la pervivencia en un mundo personal dominado por las reglas de la droga en el toxicómano y el beneficio que sus efectos producen en el equilibrio psíquico del sujeto, sea a nivel neurofisiológico o relacional tanto en el caso del consumo de drogas como en el delirio en el caso de la psicosis.

Recuperar cotas de responsabilidad facilita el proceso de reinserción y mejora la socialización del paciente y le va a permitir construir nuevos patrones de comunicación con los otros y consigo mismo, esto mismo también sucede en la familia indispensable en el proceso de socialización del individuo.

La propia estructura comunitaria funciona como elemento contenedor en la cual el conflicto, sea intra-psíquico o adaptativo social, no se niega sino que se permite, se expresa y se le da un significado, puede ser comprendido y elaborado desde una perspectiva nueva en la que el sujeto adquiera el control sobre el mismo.

## 3. COMUNIDAD TERAPEUTICA Y SISTEMA FAMILIA.

La familia esta considerada como el grupo básico de la sociedad, es una institución que encontramos en todas las culturas siendo la estructura comunitaria que se ha mantenido más estable hasta nuestros días. La célula familiar es un almacén económico afectivo, educativo y social. El proceso de pertenencia familiar es determinante para el individuo en la evolución de la estructura de su personalidad.

Homans define a la familia como: "Un cierto numero de personas que comunican entre ellas, a menudo durante un tiempo bastante largo y que son suficientemente poco numerosas para que cada uno pueda comunicar con todos los otros, no indirectamente a través de otras personas, sino cara a cara".

Esta definición que pone el acento en el carácter comunicacional de la familia podría ser perfectamente extrapolable a las comunicaciones en una comunidad terapéutica.

En la sociedad post-industrial el modelo de referencia ha sido la familia nuclear tradicional, sin embargo cada vez más, aparecen otros modelos familiares diferentes como las familias reconstituidas o las familias monoparentales.

Se han considerado claves en el desarrollo de la familia el desempeño de las funciones económica, reproductiva, educativa y sexual, permitiendo la estabilización emocional de los adultos y la interiorización del sistema cultural de valores en lo más íntimo de la persona.

Estas funciones de la familia se desarrollan a través de una serie de parámetros entre los que cabría destacar:

- La estructura interna con límites claros y definidos y con una jerarquía aceptada. En esta estructura los subsistemas familiares son flexibles, definidos y permeables.
- Los procesos morfostáticos y morfogenéticos interactuan de forma complementaría y adaptativa, pasando de estados de crisis a estados de equilibrio.

- Se puede establecer una distancia emocional óptima en las relaciones internas y existen fronteras intergeneracionales funcionales.
- Se superan las etapas del ciclo vital sin atascos siendo la evolución familiar capaz de adaptarse en el tiempo y adecuada a las necesidades de los miembros.
- Las comunicaciones son claras, coherentes en sus niveles digitales y analógicos. Son respetuosas, centradas en el tema y a su vez libres y con capacidad de empatía. Cada miembro es capaz de expresar opiniones y emociones diferentes sobre los demás y las situaciones; y puede comunicar sus temores, esperanzas y expectativas en libertad.
- Las transacciones son ricas y adecuadas dentro del sistema y en el intercambio con los sistemas del entorno.
- El grado de individuación y autonomía esta en equilibrio con el sentimiento de pertenencia familiar.
- Los conflictos no se eluden y la capacidad para resolverlos es buena, ejercen un efecto positivo al estimular los cambios.

Todas estas funciones pueden encontrarse alteradas, siendo su alteración la base de algunos de los problemas más importantes que aparecen en el desarrollo del individuo, desarrollo ligado a las relaciones que establece con su sistema inmediato de referencia.

La posibilidad de trabajar algunas de estas funciones deterioradas en un sistema nuevo llamado comunidad terapéutica creando unas reglas de convivencia que lejos de atenuar los conflictos, permita observarlos, entenderlos y modificarlos, es lo que está en la base de este potente instrumento terapéutico cuando se organiza desde una perspectiva sistémica.

Muchas familias así lo han entendido y aunque no sepan definir sus propias expectativas de una forma concreta al inicio de un tratamiento de este tipo, si que vemos que son capaces de reconocer los cambios y los instrumentos utilizados al final del mismo.

En la investigación realizada sobre un grupo de familias en la que alguno de sus miembros han realizado un tratamiento en una comunidad terapéutica en la cual se trabajaba desde una perspectiva sistémi-

ca, al preguntarles sobre el tipo de cambio que según ellos se había producido en el paciente contestaban que el cambio más importante se refería a la mejora de la convivencia con la familia, seguido de el aumento de la responsabilidad, la mejoría en la convivencia con los demás, la aceptación de las normas, el aprendizaje de nuevos hábitos de vida y la mejora de la autoestima. Todos estos aspectos hablan de una mejora de los procesos de socialización.

Así mismo si se preguntaba a las familias sobre el tipo de programa de intervención que más había influido en los cambios del paciente las respuestas más numerosas hablan de las terapias de grupo y las normas y responsabilidades de la comunidad; para poder socializar es necesario un grupo que introduzca una serie de pautas normativas y responsabilidades. La estructura que en ocasiones ha supuesto una dificultad en la familia se valora como proceso de cambio.

## 4. DEFINICIÓN DE SISTEMA.

Definimos el sistema como todo conjunto de elementos en interacción de tal manera que la modificación de cualquiera de ellos desencadena una modificación de todos los demás. (L. von Bertalanffy, 1976).

Un ejemplo de sistema lo constituye la célula. En el cuerpo humano la célula constituye una totalidad que obedece a reglas bien precisas que la permiten existir. Estas reglas la permiten mantener su propia organización interna a partir de un complejo conjunto de elementos en constante interacción. La organización interna se mantiene a través de un flujo de energía constante regulado por elementos propios como son los enzimas.

La célula mantiene no solamente su equilibrio interno sino que también sostiene un equilibrio con el exterior; recibe señales y emite señales a través de una membrana que la diferencia de las otras células.

## **4.1.** Características de un sistema.

Siguiendo con el ejemplo de la célula vemos que cada célula tiene una función que le es propia y definida que la permite desarrollar una serie de tareas y configurar un conjunto de características, así la células nerviosas son diferentes de las células hepáticas y estas son distintas de las células reproductoras, etc .etc.

Todas las células tienen una estructura que les permite organizarse internamente de cara a poder hacer circular la energía interna que les va a hacer desarrollar correctamente su función. Esta estructura hace que los elementos internos ejerciten sus propiedades así los acumuladores de energía, las mitocondrias, regulan las necesidades energéticas y los enzimas permiten los cambios necesarios en las moléculas para fabricar los mensajes propios a la función específica de cada célula.

Una membrana identifica cada unidad celular y permite un intercambio de información entre el interior y el exterior. La comunicación a través de esta membrana hace que la célula module la intensidad de flujo de energía necesaria de cara a cumplir su función siguiendo unas reglas de economía propias preestablecidas. La función se desarrolla porque existe esta capacidad de intercambio de información que es la comunicación entre el exterior y el interior de la célula haciendo que esta forme parte de un sistema más complejo cada vez.

Vemos que la Comunidad Terapéutica reproduce todas las características presentes en la definición de un sistema pues la estructura interna con límites claros y definidos y con una jerarquía aceptada es una de las constantes más repetidas en todas las comunidades terapéuticas así como  que cada paciente de la comunidad terapéutica es capaz de expresar opiniones y emociones diferentes sobre los demás y las situaciones a las que es expuesto en la comunidad se construyen para conseguir este objetivo, y a su vez puede comunicar sus temores, esperanzas y expectativas haciendo de este proceso un trabajo para entender la función que el consumo de drogas ha desarrollado en su vida y en la de sus diferentes contextos (familia, grupo de pares, trabajo, etc.).

Las transacciones son ricas y adecuadas dentro del sistema y en el intercambio con los otros sistemas del entorno.

El grado de individuación y autonomía esta en equilibrio con el sentimiento de pertenencia.

Los conflictos no se eluden si no que por el contrario en muchas ocasiones se inducen buscando la capacidad para resolverlos ejerciendo dichos conflictos un efecto positivo al estimular los cambios.

## **4.2.** Conceptos básicos de la teoría de sistemas aplicados a las comunidades terapéuticas.

Las características esenciales de todo Sistema son: la Estructura, la Función y la Comunicación.

a) La Estructura es el conjunto de elementos definidos por sus propiedades y que se ligan entre sí por una red de comunicación interna que les permite el intercambio de informaciones, de flujo de energía y de materiales propios. La estructura tiene un límite que separa al sistema del medio que le rodea.

b) La Función es el flujo de energía que asegura la autorregulación, la conservación del sistema, la reproducción del mismo y la adaptación al medio. La función implica intercambio de información sobre el sistema mismo y su medio a través de una serie de “feed-backs” o procesos de retroalimentación.

c) La Comunicación con el medio es otra de las características esenciales de todo sistema; a través de los procesos de comunicación el sistema recibe información “inputs”: son las entradas en el sistema y envía información al exterior “outputs: son las salidas desde el sistema.

Si hemos considerado la célula como ejemplo de lo que es un sistema es porque la definición y las características de los sistemas pueden perfectamente aplicarse a los seres vivos en toda su complejidad. En las comunidades terapéuticas podemos decir que los elementos del

sistema son los individuos en interacción y sus interacciones son los comportamientos y las conductas.

La noción de interacción es central en los sistemas y comporta la idea de relación mutua y acción recíproca. Se pierde el sentido lineal en la relación, la noción de causa- efecto es menos importante que el sentido circular en la relación, tiene más sentido entender el juego de influencias de A sobre B y a su vez de B sobre A, que la acción singular de A sobre B. La interacción se define como una secuencia de mensajes intercambiados por un conjunto de individuos que se mantienen en una relación recíproca, si analizamos los procesos grupales en una comunidad terapéutica veremos como la interacción entre los pacientes ha perdido el sentido lineal de comprensión y la única manera de entender los procesos que se inducen en el interior de los diferentes grupos en la comunidad es aplicando la noción de circularidad en las relaciones.

El medio es el contexto en el que se desenvuelve el sistema, siendo este contexto entendido de una forma amplia como un conjunto de normas y reglas culturales y sociales, concretas o simbólicas. Los sistemas humanos son sistemas abiertos en constante comunicación e interacción con su medio con el que constituyen a su vez un sistema más amplio. Así pues sistema más contexto forman otro sistema y así sucesivamente.

## **4.3.** Reglas que rigen los sistemas.

Vamos a plantear a continuación las cuatro reglas o principios por los que se rigen los sistemas: El principio de totalidad, de retroacción, de homeostasis y de equifinalidad.

### 4.3.1. CONCEPTOS BÁSICOS DE LA TEORÍA DE SISTEMAS.

#### 4.3.1.1. Principio de la totalidad.

Un sistema no se define por la suma de los elementos que lo componen sino que constituye un ente en sí mismo, un ente total con sus propias características, desarrollo y reglas independientes. Para

comprender el sistema y sus procesos de interacción no basta con el análisis de las propiedades de los individuos que los componen sino por el contrario para entender las reacciones de ciertos individuos deberemos entender como funciona el sistema en su totalidad. Los fenómenos de masas son un buen ejemplo para entender este principio. ¿Cómo un hombre simple se convierte en un héroe cuando esta en un grupo?. ¿Cómo un pacifico se convierte en violento si participa de una acción colectiva?. Para poder entender el comportamiento de un grupo: un equipo de fútbol, una manifestación, una marcha religiosa... tenemos que aprender a observar al grupo como un ente independiente con personalidad propia. Este principio se extiende a todo tipo de interacciones. Para entender la acción de cortar un árbol no basta con fijarnos en las capacidades del leñador sino que deberemos observar el juego de interacciones que se establece entre este y el propio árbol al cortarlo. Deberemos observar como el leñador reacciona a la información que le suministra el árbol tras un primer golpe de hacha para entender el segundo y así sucesivamente. Solo desde la totalidad entenderemos el proceso de la tala.

Entender el proceso relacional de un bebé con su madre es decir cómo uno y otra avanzan en la relación a través de estímulos mutuos que constituyen un todo propio nos va a permitir comprender algunas de las características del comportamiento individual de cada uno de ellos.

El principio de la totalidad constituye un o de los principios importantes de todo sistema.

#### 4.3.1.2. Principio de la homeostasis.

Un sistema reacciona a las perturbaciones que provienen del interior del mismo o del exterior, a través de una serie de mecanismos que tienen como objetivo devolver al sistema en su conjunto a su situación inicial.

Es el principio de no cambio, muy importante en los sistemas abiertos, que actúa como mecanismo de supervivencia en un medio cambiante intentando preservar el equilibrio existente. La homeostasis es una característica necesaria en los sistemas de interacción abiertos pues les permite mantener su identidad y su permanencia en el tiempo.

Necesitamos saber quienes somos, cuales son las características que nos definen y que estas características vamos a conservarlas en el tiempo.

Cambiar causa temor y produce miedo a la perdida de identidad del sistema.

En las instituciones sociales las normas, las reglas o las costumbres adquiridas juegan el papel de reguladores para dar estabilidad a los sistemas y favorecen la homeostasis. La rigidez en las reglas y normas van a crear problemas pues hacen difícil conciliar las necesidades de identidad de todo sistema con las necesidades de adaptación a nuevas situaciones y las necesidades de cambiar y evolucionar.

#### 4.3.1.3. Principio de retroacción.

Es necesario acceder a una noción de causalidad circular y superar la causalidad lineal para poder entender el comportamiento humano. Todos los comportamientos están sometidos a un complejo juego de implicaciones, acciones y retroacciones que los ligan entre sí. Para entender un comportamiento hay que entender aquél al que está ligado. El alcohólico dice “bebo porque mi mujer me controla”, la mujer dice “le controlo porque bebe”. Este comportamiento alcohólico no se puede entender sin la retroacción a la que está ligado. Existen dos formas de retroacción: positiva que es la que acentúa el fenómeno en un efecto de “bola de nieve” y la negativa que tiende a amortiguar el fenómeno. Un ejemplo de retroacción positiva en el caso del alcohólico: la mujer se enfada y controla, el marido bebe y protesta, más se enfada más protesta. Un ejemplo de retroacción negativa la mujer de un alcohólico no controla y no se enfada el marido se queda solo delante de su problema de alcohol si había ligado este al control de su mujer; algo ha cambiado y este cambio puede entrañar otros cambios.

La retroacción negativa constituye un mecanismo de regulación que tiende a estabilizar el sistema, sin que quiera decir inmovilidad, sino que sirve para corregir aquellos factores internos o externos que podrían modificar su equilibrio.

#### 4.3.1.4. Principio de equifinalidad.

Como dice L. von Bertalanffy: " La estabilidad de los sistemas abiertos se caracteriza por el principio de la equifinalidad; es decir que opuestamente a lo que sucede en los sistemas cerrados en los cuales la estabilidad está determinada por las condiciones iniciales; un sistema abierto puede llegar a un estado temporalmente autónomo, independientemente de las condiciones iniciales y determinado únicamente por los parámetros del sistema".

El sistema es a él solo su mejor explicación. Si se quiere comprender lo que pasa en un sistema, lo que importa es el análisis de las interacciones en el presente, más que analizar la génesis del sistema y de sus elementos. Es decir, es más importante preguntarse qué sucede en la actualidad cuando un marido bebe alcohol que cómo o porqué empezó a beber.

### 4.3.2. LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA COMO SISTEMA.

La comunidad terapeutica constituye un sistema particular. Es un sistema estable con una interacción continua, un conjunto humano con una cierta permanencia en el tiempo y donde se organizan unas relaciones especiales entre sus miembros. A este sistema se aplican las reglas y características de los sistemas.

#### 4.3.2.1. Principio de la totalidad.

Las acciones de los miembros de la comunidad terapéutica son los inputs que reaccionan sobre el sistema y son modificados por él. El comportamiento de cada uno de los miembros del grupo que aporta a la comunidad los componentes de su problemática individual, está ligado al comportamiento de los otros, existiendo una causalidad circular sobre todos los comportamientos y presenta una distribución jerárquica que organiza las relaciones entre sus miembros.

#### 4.3.2.2. Principio de la homeostasis.

La comunidad terapéutica tiende a la permanencia con mecanismos de regulación y retroacción negativa que mantienen la estabilidad e impiden su disolución. Pero también debe tolerar ciertas transformaciones que le son inherentes y que son parte de su ciclo

vital de desarrollo desde su formación, a lo largo de los años, hasta sus etapas actuales ligadas a los cambios producidos en el desarrollo de los consumos de drogas y en los cambios en la percepción social del consumo: estos cambios son el proceso de retroacciones positivas ligadas a la evolución del fenómeno del consumo en nuestra sociedad.

#### 4.3.2.3. Las reglas del sistema.

Cuando los miembros de una comunidad terapéutica interaccionan entre sí tienen necesidad de definir su relación según categorías socio-afectivas que regularán la autonomía/dependencia, la igualdad/jerarquía, la simpatía/antipatía, estabilidad/cambio y otras, esta definición se hace a través de las normas que se aceptan en el interior de todas las comunidades terapéuticas.

D.Jackson ha reflexionado sobre estas normas en el libro "Una lógica de la comunicación" como las reglas de la relación y constituyen la matriz de base de las interacciones; en muchas ocasiones estas reglas son implícitas pero esto no impide su cumplimiento y su conocimiento por todos los miembros de la comunidad terapéutica.

Cambiar una de estas reglas puede desencadenar un cambio en todo el sistema. El principio que suele regir en estas reglas es el "quid pro quo" es decir el "dar y recibir por lo dado" y a través de este principio se van a establecer los derechos y los deberes. Toda falta al "quid pro quo" puede provocar una crisis. Las crisis nunca están provocadas por un solo miembro del sistema. El establecimiento de los derechos y deberes en el interior de la comunidad terapéutica, este contrato aceptado por todos sus miembros se apoya en muchas ocasiones sobre elementos inconscientes y complementarios de cada miembro del sistema. La aparición de síntomas en uno de los miembros del sistema necesario para el proceso curativo implícito en el trabajo de toda comunidad terapéutica puede convertirse en un regulador de la relación que mantiene el equilibrio hasta tal punto que la desaparición del síntoma acarreará la ruptura de la relación y la desaparición de la relación con el sistema comunidad terapéutica.

En una comunidad terapéutica basada en la necesidad del manteni-

miento de los roles para el cuidado de los pacientes deberá facilitar también el proceso de autonomía de los mismos dado que este paso por el "sistema" es artificial y temporal y la realidad de cada paciente se encuentra fuera de este sistema. Las dificultades para aceptar la salida de estos puede fijar el síntoma "toxicomanía" y evitar afrontar la autonomía de los tratamientos.

#### 4.3.2.4. La organización de las interacciones.

Las relaciones en el interior de la comunidad terapéutica pueden tomar muchas formas aunque hay dos que son particularmente importantes: las coaliciones y las alianzas.

La alianza es una relación intensa, duradera en el tiempo basada en la afinidad entre dos personas y en el desarrollo de un proyecto común. La coalición indica una estructura de poder, es cambiante en sus miembros y de menor duración en el tiempo, puede indicar la solidaridad de dos o más contra un tercero. La alianza es típica de subsistemas perdurables como el que establecen los profesionales de las comunidades y las coaliciones más tipicas del subsistema fratría es decir el que establecen los pacientes entre sí. Dado que las coaliciones resultan de un juego de fuerzas obedecen a reglas lógicas que pueden ser reconocidas y cambiadas. El análisis de la organización de las interacciones desde la perspectiva de las alianzas y las coaliciones nos permite comprender los cambios en el funcionamiento organizativo de la comunidad terapéutica.

#### 4.3.2.5. Los mitos en la Comunidades Terapéuticas.

Las Comunidades Terapéuticas necesitan para subsistir normas de funcionamiento que orienten las relaciones. Así se instauran los rituales, como acuerdos sobre ciertos puntos esenciales. Los rituales van construyendo mitos que como dice A. Ferreira en el libro "Sobre la interacción" son un cierto numero de creencias sistematizadas aceptadas por todos los miembros del sistema que afectan a la naturaleza de su relación. Los mitos contienen reglas ocultas en clichés y rutinas, están bien integrados en la vida cotidiana y se defienden como verdades absolutas para el sistema. El mito comporta la apreciación sobre uno de sus miembros y determina el comportamiento de todos. Los mitos existen en todos los sistema pero son más evidentes e importantes en las sistema patológicos que parecen funcionar para ellos y

por ellos, es vivido como una ideología y es para los centros lo que el sistema defensivo es para el individuo.

# Capítulo 3

## La coordinación entre las redes generales y los centros residenciales

Inmaculada AGUILAR GIL
Alvaro OLIVAR ARROYO

## 1. INTRODUCCIÓN.

El presente capítulo parte de la consideración de la Comunidad Terapéutica como un dispositivo altamente especializado, que se enmarca dentro de una red específica de abordaje de los problemas de adicción, lejos de la consideración de institución total que la rodeó en tiempos pasados. Desde este encuadre, se analizan los elementos que configuran la coordinación con el resto de la red. Por un lado, los relacionados con el ingreso, como los criterios de indicación y exclusión o los procesos de derivación. También los que tienen que ver con las salidas programadas durante el desarrollo del tratamiento y el alta terapéutica del centro, así como los posibles problemas que pueden surgir en esos procesos de coordinación. En la parte final, se analizan del mismo modo los elementos que influyen en la coordinación con otras redes generales, como las de justicia, sanidad, salud mental y educación, importantes desde una perspectiva de normalización para las personas con problemas asociados a las adicciones. Aun cuando la ubicación de la CT dentro de los sistemas de salud o de servicios sociales podría suponer un hándicap para su generalización a otro tipo de dispositivos, entendemos que una gran parte de los contenidos son aplicables de manera general; en los casos en que sea necesario establecer salvedades referidas a otros recursos, se han ido incluyendo.

Así, los objetivos que pretende alcanzar son:

_ Analizar los elementos que configuran la coordinación entre los dispositivos específicos y los de las redes generales.
_ Conocer los procesos y requisitos que se han de dar para un proceso de derivación y seguimiento adecuados
_ Reflexionar sobre la realidad del estado actual de los mecanismos de coordinación entre los dispositivos específicos como las Comunidades Terapéuticas y diversos recursos residenciales, y los centros de la red general y otras.

## 2. LA COMUNIDAD TERAPEUTICA DENTRO DE LA RED ASISTENCIAL.

En los países de influencia anglosajona el modelo de Comunidad Terapéutica (en adelante, CT) predominante sigue siendo el tradicional, es decir, aquél que emana de las experiencias pioneras de Synanon y Daytop, y que presenta unas características muy definidas (Comas, 1988). Sin embargo existe otro modelo de CT que ha ido ganando terreno en nuestro país. Se trata de la Comunidad Terapéutica Profesional, denominación acuñada por Polo y Zelaya (1984), que evoluciona a partir de los modelos de Maxwell Jones, por un lado, y Synanon y Daytop por otro. Esta evolución configura un nuevo dispositivo, diferente de sus predecesores en lo ideológico, en lo conceptual y en lo metodológico (Comas, 1994), donde el funcionamiento es sensiblemente diferente.

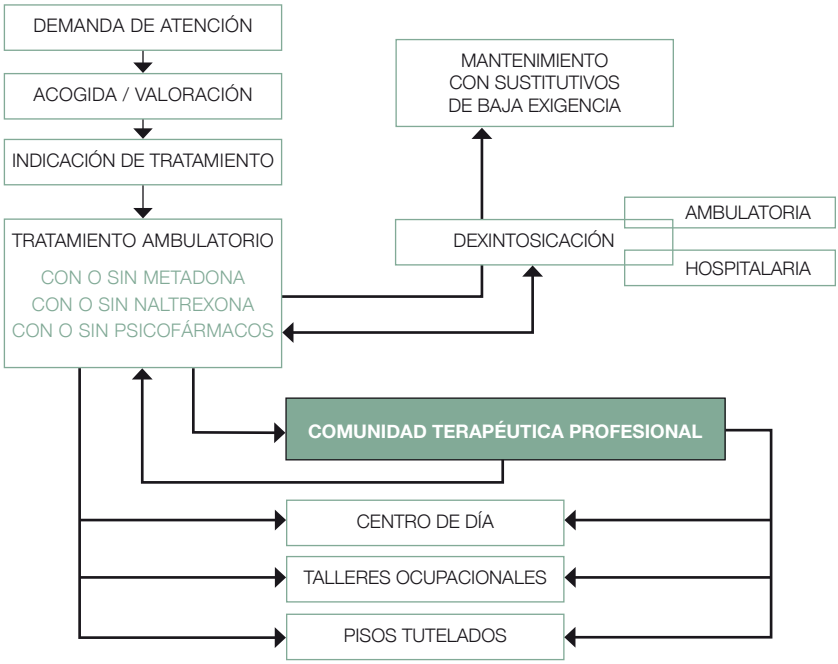



Figura 1. La CT Profesional en la red asistencial (Aguilar, 1997).

Las Comunidades Terapéuticas hace décadas que han dejado de ser recursos totalitarios, puerta de entrada y de salida para el sujeto drogodependiente, donde todos los aspectos relacionados con su problemática eran abordados desde este único espacio, para pasar a convertirse en recursos altamente especializados que forman parte de una cadena asistencial donde cada dispositivo debe de asumir el papel que le corresponde en el proceso asistencial de la persona con problemas de consumo de drogas.

Se considera la drogodependencia como un fenómeno multicausal y multidimensional: no hay una causa única que justifique el uso indebido de drogas y éste, a su vez, se presenta como un hecho que puede y debe ser observado y abordado desde muy diversas perspectivas (Aguilar, 1997) y recursos si lo que se pretende es progresar en el conocimiento y la eficacia en su abordaje.

En la medida en que la CT se ubica en una red asistencial, desaparece el carácter de cierre de su intervención. El tratamiento pasa a ser residencial, pero con salidas al medio de referencia, cuyo seguimiento corresponde a otros recursos de la red. Tienden con ello a desaparecer los matices segregacionistas, de aislamiento, de confinamiento, características muy ligadas al modelo tradicional. Igualmente, el proceso subsiguiente al alta en CT se produce en otros recursos externos, de modo que este dispositivo pierde su aureola de institución total, para incorporarse como eslabón de una cadena asistencial.

Actualmente en las Comunidades Terapéuticas Profesionales no existe una visión generalizada del drogodependiente. El tratamiento es individualizado dentro de un programa general. No existe una etiqueta común, sino un proceso evaluativo individual que tiene en consideración tanto factores comportamentales o de personalidad, como elementos sociológicos, fisiológicos, educacionales y culturales. En tal medida, la evaluación determinará el esquema de incorporación de cada individuo al programa global.

Así, la CT se configura no como un salto en el vacío, sino como un paso más, precedido y proseguido por otros, en la cadena de intervenciones huyendo de una tentación totalizadora. Su ubicación en el

organigrama asistencial es precisa, sus objetivos definidos, su capacidad de acción es delimitada, pero al mismo tiempo, potenciada por los recursos complementarios.

Si bien los elementos que hemos mencionado son los que vertebran a todos los centros profesionales, existe una gran variabilidad en cuanto a la selección de los residentes, los métodos aplicados, la filosofía asistencial, la duración de los tratamientos y la composición de los equipos.

La selección de usuarios que se incorporan al proceso en CT tiende a realizarse desde recursos externos: "El porcentaje de casos atendidos de forma directa supone un 45% mientras que los derivados de otras instituciones representan el 55% [...] conviene matizar que los casos en directo "se concentran" en aquellas entidades que proceden de la "tradición Daytop" mientras que en el resto predominan situaciones mixtas (con mayoría de casos derivados) salvo en las CCTT públicas en las que prácticamente todos los casos han sido derivados por otra institución" (Comas, 2006).

Como vemos en la gran mayoría de casos la derivación a CT se ha producido a través de la entrada a la red asistencial bien a través de recursos específicos de atención a Drogodependientes, bien a través de recursos generales de Salud, Atención Primaria o Salud Mental y/o Servicios Sociales Generales dependiendo de la organización de cada autonomía. En el estudio anteriormente mencionado vemos que las instituciones derivadoras "forman parte de la red en un 83% de los casos, prisiones y juzgados en un 13% de los casos, la red general sanitaria en un 3% de los casos y otros, también, en un 3% de los casos" (Comas, 2006); estos son los servicios que seleccionan a los usuarios y determinan qué sujetos podrán beneficiarse del tratamiento residencial. Esta selección se produce mediante una valoración de los equipos multiprofesionales de los centros derivadores, que determinan los objetivos que inicialmente se pretenden conseguir en régimen residencial.

## 3. OTROS DISPOSITIVOS RESIDENCIALES.

Sin que se pretenda dar aquí una descripción exhaustiva de las características generales del resto de dispositivos (probablemente la CT es, de entre estos dispositivos, la menos conocida), se tratará de ofrecer una visión general sobre algunos de ellos.

### **3.1.** Centros de acogida de menores.

Los centros de acogida de menores se encuadran dentro de la red de servicios sociales, y están organizados en función de dos variables básicas: la edad del menor y las características del propio menor. Así, la atención se organiza, en el primer caso, en función de tres grupos etarios básicos, cuyos límites aparecen algo difuminados:

_ residencias de primera infancia, de 0 a 3 años.
_ residencias infantiles, de 3 a 18 años.
_ residencias de adolescentes, de 12 a 18 años.

La adscripción a uno u otro centro de unos u otros perfiles dependerá, en gran medida, de la disponibilidad de la red. Cuando existe la coincidencia de varios hermanos y cumplen ciertos requisitos, se cuenta con Hogares o grupos Familiares, pequeñas viviendas más semejantes a un piso residencial.

En cuanto a la segunda variable, existen diversos tipos:

_ residencias de primera acogida, orientadas a la atención a casos de urgencia que, tras su valoración y contando con la aprobación de la Comisión de Tutela del Menor, serán derivados a otra residencia.
_ residencias específicas, dedicadas a perfiles concretos como menores con discapacidad o menores con problemas de salud mental, trastornos de conducta y/o problemas de consumo de sustancias.

En la mayor parte de los casos, el ingreso en este tipo de centros se produce por orden judicial o mediante la Comisión de Tutela del Menor, con lo que la derivación obedece a criterios externos al centro, limitándose la coordinación al intercambio de información.

## **3.2.** Centros de Ejecución de Medidas Judiciales de menores infractores.

Estos centros se ubican, por lo general, en las consejerías de Justicia de las diferentes Comunidades Autónomas. Por tanto, dependen de la estructura que aplica las sanciones ante las infracciones. En general, se organizan en cuatro tipos:

_ Centros de régimen cerrado, donde suelen ser enviados los menores que han cometido delitos graves.

_ Centros de régimen semiabierto, donde una parte del día puede dedicarse a actividades fuera del centro, pero la mayor parte del tiempo se desarrolla dentro del mismo.

_ Centros de régimen abierto, que funcionan de manera semejante a un piso, donde los menores van a pernoctar, dedicando el día a actividades de inserción social (educativas, formativas, laborales, etc…).

_ Centros específicos, orientados a perfiles donde haya problemas de salud mental o de consumo de sustancias.

Al igual que en caso de los anteriores, los menores ingresan en estos centros a través de una orden judicial, con lo que los mecanismos de coordinación se ven limitados, en la mayor parte de los casos, al traspaso de información.

## **3.3.** Pisos y residencias para personas con problemas de salud mental.

Con una dinámica de funcionamiento muy semejante a lo que se planteará con respecto a las CCTT (no en vano la CT nació en un hospital psiquiátrico), este tipo de dispositivos se incardinan dentro de los servicios sanitarios y, más concretamente, dentro de la red de salud mental, aunque existen algunas excepciones, como los llamados pisos de patología dual, que en algunas CCAA pertenecen a otras dependencias.

## 4. PROCESOS DE COORDINACIÓN DE LAS CCTT CON LAS REDES ESPECÍFICAS.

Hace ya tiempo que las CCTT tratan y trabajan con perfiles de usuarios variados; en su momento, hicieron un esfuerzo de adaptación en su programa asistencial para poder abordar de manera eficaz los casos que les eran derivados, casos que a su vez llegaban a los dispositivos derivadores. Las CCTT incorporaron usuarios en mantenimiento con metadona, alcohólicos puros, cocainómanos, personas con doble diagnostico, e incluso se desarrollan desintoxicaciones físicas en ese mismo espacio. Lógicamente, esto supuso, no sólo la adaptación del programa asistencial desarrollado, sino también la incorporación de nuevas figuras profesionales y la formación y el reciclaje de las ya existentes.

Ahora bien, no todo drogodependiente es per se candidato a rentabilizar su estancia en una CT, existiendo una serie de criterios que aconsejan tanto la utilización de este recurso, como el momento en que puede ser más eficaz, de ahí la importancia de conocer las características de los distintos recursos de la red y establecer los mecanismos de coordinación necesarios entre ambos recursos para el abordaje del caso.

Actualmente, y por los perfiles atendidos en CT, se puede decir que los criterios de exclusión en las mismas se reducen a trabajar o no con menores y a la existencia de enfermedades infectocontagiosas en fase activa en la mayoría de los centros, habiéndose reducido notablemente la presencia de otros criterios que en el pasado pudieron suponer dificultades de coordinación con los centros de procedencia: en ese sentido, las CCTT parecen haber realizado un esfuerzo para incorporar a determinados perfiles, suponiendo, como efecto asociado, el tener que abrir el abanico de estrategias de trabajo para una mejor diversificación y adaptación a las diferentes características de los potenciales usuarios.

Aun así, resulta necesario poner el acento en los Criterios de Derivación, es decir, qué se espera de un recurso en relación al usuario que se le está derivando, qué Indicación Terapéutica (Cancrini, 1985)

y qué Diagnostico Individual (Mejias, 1994) son los que determinan la utilización de éste y no de otro recurso de la Red Asistencial. Esto es algo que, por ejemplo, en disciplinas como la medicina nadie cuestionaría; es más, nunca se empezaría por la prueba más cara y más especializada sin previamente haber realizado toda una serie de pruebas que indicaran o aconsejaran la utilización de otras técnicas. Pero esto, sorprendentemente, no suele ocurrir en el ámbito de las drogodependencias en relación a las CCTT Profesionales. Por qué un recurso altamente especializado, con cobertura profesional las 24 horas al día, económicamente caro (a corto plazo), con niveles de retención altos y alta rentabilidad en cuanto a consecución de objetivos asistenciales (Aguilar, 1997) puede ser infrautilizado o mal utilizado en determinados momentos. Las CCTT, en algunos casos, han sido utilizadas no en función de una Indicación Terapéutica sino más bien por defecto de Indicación Terapéutica o de recurso apropiado donde derivar o ingresar a esa persona consumidora, utilizándolas como alternativas a los albergues, a las prisiones e incluso a recursos residenciales de salud mental.

Todo lo anterior ha sido posible por cuestiones de supervivencia en unos casos, ya que la gran mayoría de CCTT tienen plazas concertadas con distintas administraciones, dependiendo económicamente de las mismas para pervivir, siendo escasas las que son centros privados puros, y han tenido que asumir todo aquello que se les ha derivado, fuera o no un perfil que potencialmente se beneficiara de este dispositivo. En otros, esta situación se ha dado por la inexistencia de una relación profesional simétrica entre ambos recursos que facilitara los mecanismos de coordinación necesarios para ajustar determinados casos. El centro derivador o determinados profesionales del mismo han actuado basando la relación con la CT en términos de poder: “yo derivo y tu tienes que aceptar”. Las CCTT han arrastrado, así, la herencia de los modelos anteriores que configura una imagen social de la Comunidad Terapéutica como lugar de exclusión, de custodia, de castigo o de mera contención, alcanzando no sólo a la opinión popular sino, incluso, a profesionales que trabajan en proximidad con los problemas derivados de la dependencia (APCTT, 1994) y, aún, a profesionales de la atención directa a drogodependientes en dispositivos diferentes de la Comunidad Terapéutica. Quizá no han sabido romper a tiempo estigmas del pasado y demostrar científicamente la

eficacia de su metodología y económicamente la rentabilidad de su labor a largo plazo.

El caso más extremo tiene que ver con las derivaciones realizadas directamente desde los recursos judiciales a CCTT (artículos 96 y 102 del Código Penal): "*la duración del tratamiento es establecida por el juez en función de la pena impuesta y sin que el criterio profesional tenga peso alguno. Este tipo de casos son aceptados por el equipo sin posibilidad de coordinación real, dado que no hay negociación posible; y a su vez altera de forma importante el concepto de comunidad terapéutica como lugar de cambio, dado que en algunos casos, la duración de su estancia en el centro está prevista para seis años*" (Comas, 2006). Es evidente que, en el caso de los centros de menores, es éste el modelo aplicado, y que también influye de manera relevante en el desarrollo de los procesos que han de darse dentro del centro.

Llegados a este punto, nos deberíamos preguntar ¿Qué usuarios son los que pueden beneficiarse de una Comunidad Terapéutica? ¿Para quiénes está indicado un recurso de estas características? Como veíamos anteriormente, los criterios de Exclusión son escasos, los de Derivación también: personas con problemas de adicción, consumidores de cualquier sustancia con o sin patología mental, que tengan motivación y potencialidad para el cambio, y que puedan desarrollar tratamiento en un espacio grupal. No nos olvidemos que la Comunidad Terapéutica es fundamentalmente un espacio de tratamiento en grupo, donde el grupo es a la vez objeto e instrumento de tratamiento, instrumento para la individualidad si previamente hay un diagnóstico que determine unos objetivos individuales y las posibles estrategias para la consecución de los mismos, desarrolladas por un equipo multidisciplinar que sea capaz de trabajar interdisciplinarmente.

En cuanto a los centros de menores, los criterios de indicación escapan a la propia dinámica del dispositivo o a unas características definitorias que lo distingan de otro semejante: la modalidad de régimen (abierto, semiabierto o cerrado) establecido por el juez en el caso de los menores infractores, así como la disponibilidad de plazas, tanto en este caso como en el de los acogimientos residenciales, son los criterios más utilizados para el ingreso en estos dispositivos.

La perspectiva de que la CT es una metodología grupal es, posiblemente, uno de los principales puntos de fricción en la coordinación entre dispositivos derivadores y residenciales. Conviene tener en cuenta que el profesional del centro ambulatorio que deriva conoce al sujeto en el contexto de un despacho, en una situación controlada, con una periodicidad concreta (una, dos, tres veces por semana). Pero, antes de plantearse la derivación, en base a criterios relacionados con las necesidades inmediatas del sujeto, debe reflexionar de manera profunda y formular hipótesis lo más ajustadas posible a su potencial de funcionamiento en el contexto grupal y convivencial que supone una CT. A diferencia de la percepción de este profesional, el de CT percibe que el sujeto llega a integrarse en un grupo compuesto por otros sujetos que, en principio, sí son susceptibles de beneficiarse del potencial terapéutico del tratamiento residencial; y, para él, es importante reducir al máximo la distorsión que el sujeto pueda producir en el desarrollo del tratamiento de los otros.

En definitiva, las dificultades que a veces se presentan entre ambos dispositivos tienen que ver con que el profesional del centro ambulatorio trata de defender los derechos del individuo al que quiere derivar, mientras que el profesional de CT defiende los derechos de todos y cada uno de los individuos que componen el grupo en ese momento. La crisis se resuelve, como es evidente, cuando se consiguen conjuntar los derechos de uno y otros, sin que ninguno de ellos salga lesionado.

Por ejemplo, la derivación de un sujeto con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad a una CT es perfectamente razonable desde la perspectiva del profesional del Centro de referencia, más aún si se encuentra en una situación límite, como suele ocurrir; pero si en la CT hay ya un número de sujetos considerable con las mismas características u otras semejantes, las posibilidades de prever, modular y abordar las interacciones que se puedan dar en el seno del grupo se reducen sensiblemente. Desde el

centro residencial se dificultaría enormemente la posibilidad de trabajar sobre los conflictos, si éstos se producen de manera continuada, y sin recursos para controlarlos y reconducirlos, influyendo negativamente en el total del grupo de residentes. Estas situaciones acaban derivando en abandonos de los residentes más vulnerables, expulsiones de los más disruptivos e intensos síntomas de burnout en los profesionales. Y conviene tener presente que ésta es una observación posible desde la CT, pero no desde el otro lado.

Además de lo anterior, hay otros criterios que tienen que ver con aspectos funcionales como puede ser la zonificación o la pertenencia a una determinada autonomía, al igual que en el resto de recursos sociales y sanitarios de atención al ciudadano.

## 5. MECANISMOS DE COORDINACIÓN DENTRO DE LA RED.

El establecer mecanismos claros de coordinación entre los dos recursos no sólo facilita el trabajo entre los profesionales y hacia el caso, sino que además va a trasmitir al sujeto en tratamiento el sentido de red y la percepción de estar arropado profesionalmente por todo un conjunto de recursos y profesionales en las distintas etapas de su proceso hacia la recuperación. El caso y los resultados del proceso no son exclusividad de ningún recurso sino de la suma de acciones desarrolladas por el conjunto de la red. Para conseguir esto es necesario que desde el inicio la información fluya de manera ágil entre los dispositivos; si esto se produce así, el usuario percibirá que los criterios de trabajo van a la par y se evitarán posibles manipulaciones por parte del mismo. Además, en algunos casos, mientras desde la CT se trabaja con el individuo, en el centro de procedencia se tiene que trabajar con el entorno de referencia más próximo al sujeto puesto que, en

una gran mayoría de casos, va a ser donde el sujeto retorne una vez terminada su estancia en régimen residencial dentro de la CT. En ocasiones, las CCTT están alejadas de entornos urbanos o dispersadas dentro de una autonomía, lo que dificulta el desarrollo de un trabajo fluido, continuado y coordinado con los elementos de apoyo (familia de origen, familia propia, u otras personas de referencia) que, desde el entorno, pueden respaldar los procesos de cambio iniciados.

El paso previo a establecer y estructurar los mecanismos de coordinación será conocer físicamente el lugar donde se va a derivar, así como su funcionamiento y su normativa. Es fundamental poder informar al usuario del lugar a donde se va a derivar, ya que esto va a facilitar en parte la adaptación a la CT, evitando que llegue con una imagen distorsionada del Centro. Resulta indudable que una de las necesidades de las redes de carácter específico es que el máximo número de profesionales conozca el resto de recursos de la red, no sólo de manera física, sino en términos de funcionamiento práctico: con ello, seguramente se mejorarían no sólo los procesos de coordinación, sino el entendimiento de la labor desarrollada por el otro profesional, sus posibilidades y limitaciones reales. Y entendemos que esto debe promoverse entre los profesionales de los centros ambulatorios tanto como entre los de las CCTT.

## Protocolos de Ingreso.

El informe de derivación lo más completo posible debe estar con una antelación previa a la entrada del sujeto en CT: esto facilita al equipo receptor conocer previamente al sujeto que se le esta derivando y organizar las primeras cuestiones de intendencia como compañeros de mesa, habitación, quién va a ser su profesional de referencia, etc... Finalmente, entre ambos dispositivos, se acuerda la fecha de ingreso y los requisitos necesarios de formalización para el ingreso.

Posteriormente, el equipo profesional de la Comunidad Terapéutica, pasado el tiempo necesario de adaptación al dispositivo y una vez que el sujeto ha sido valorado por los distintos técnicos, procede a su propia valoración, ratificando, modificando o modulando los objetivos

en función del conocimiento directo de la mecánica asistencial interna. Esta información se transmite al centro de referencia y es contrastada profesionalmente con ellos; este aspecto resulta de alto interés, dado que, como decíamos anteriormente, en muchos casos los comportamientos del sujeto en entrevistas semanales, en el contexto de un centro ambulatorio, tienen poco o nada que ver con su estilo de funcionamiento personal e interpersonal en un entorno grupal de convivencia, que posibilita la observación durante las veinticuatro horas del día, extrayéndose un mayor volumen de información, desde una perspectiva profesional y objetiva.

En todo el proceso de estancia en CT resulta preciso establecer mecanismos claros y precisos de coordinación con el centro de procedencia, a través de:

- Reuniones periódicas
- Información telefónica
- Elaboración de informes técnicos.

En todo el proceso de coordinación ayuda el que el sujeto tenga un referente en CT y otro en el recurso que derivó, ya que así la comunicación será más fácil y fluida.

Como anteriormente comentamos el sujeto en CT tiene, a lo largo de su estancia, salidas al medio de referencia que sirven para poner en marcha y entrenar en su entorno los avances alcanzados en el Centro. Las salidas son progresivas y van ampliándose en función de los objetivos conseguidos. En estas salidas es muy importante que tenga cita, previamente gestionada por la CT, con su profesional de referencia en el centro derivador y que éste último disponga de un informe escrito sobre la evolución que el sujeto está llevando en CT; de este modo, se dota de continuidad al trabajo y se obtienen los beneficios resultantes de una labor sinérgica.

Los acontecimientos en algunas salidas también contribuyen, en ocasiones, a generar problemas de coordinación entre dispositivos.

Por ejemplo, si un usuario vuelve de una salida tras haber consumido, bajo los efectos de la sustancia, resulta paradójico que en algunos casos los profesionales de la CT se encuentren con resistencia por parte del centro derivador para retrasar o anular el regreso, o plantear una medida disciplinaria.

Como ya decíamos antes, quizá se debe a un problema de perspectiva: donde el profesional del centro de procedencia ve una situación relativamente común (el consumo de un drogodependiente), el de la CT percibe lo que supone un usuario en estado de embriaguez entre un grupo de sujetos que ha acudido a una CT precisamente para poder llevar a cabo un proceso de cambio alejado del consumo y sus consecuencias. Esta visión diferenciada supone conflicto, y no sólo en casos como éste, sino en otros que suelen aparecer en los reglamentos de régimen interno como la introducción de sustancias en el centro o las agresiones. Ante todos estos casos, el profesional de la CT trata de defender el derecho del resto de residentes a desarrollar el tratamiento en un espacio físico libre de drogas, y en un contexto marcado por el diálogo para la resolución de problemas, y no por la ley del más fuerte. Pero la tozudez de la experiencia cotidiana nos ha mostrado que, en muchas ocasiones, esta defensa se interpreta de manera errónea por parte de algunos de los centros que derivan.

Volviendo al proceso de coordinación, el contacto continuado entre Comunidad Terapéutica y Centro de referencia permite un seguimiento permanente de la evolución del usuario, la incorporación de nuevos objetivos, el ritmo de retorno al medio familiar y social del sujeto y la solución de los problemas que, al hilo de la intervención, vayan apareciendo.

En el momento de dar fin al tratamiento residencial, la coordinación entre los equipos profesionales y la elaboración del pertinente informe de Alta -que debe de estar con anterioridad a la salida definitiva del usuario de CT-, permite retomar de inmediato el trabajo con el usuario, sin retornos bruscos, sin lagunas de intervención, sin solución de continuidad en el proceso.

Una de las cuestiones que añade problemas de coordinación en el momento previo al alta de los sujetos es la escasa presencia de recursos orientados a la reinserción, una vez finalizado el proceso en CT. La pregunta "¿y ahora, qué?" se contesta, en muy pocas ocasiones, con la continuidad del proceso de avance e integración social en dispositivos como pisos de reinserción u otros que permitan adecuar el ritmo de incorporación social del sujeto a sus características y las de su entorno. Cuando existe una buena derivación desde el centro de referencia y el trabajo desarrollado con el sujeto dentro de la CT ha alcanzado los objetivos planteados, resulta paradójico que todo ese esfuerzo profesional pueda echarse a perder por no contar con dispositivos de apoyo que pueden contribuir activamente a una finalización adecuada del proceso de tratamiento: un soporte convivencial que permita una incorporación graduada, orientada y supervisada al mundo del trabajo, la formación, las relaciones sociales alternativas al consumo o a la reconstrucción de los lazos familiares desde una posición más cercana al entorno de referencia.

La mayor parte de estos procesos y protocolos son los aplicables, por ejemplo, en el caso de residencias y pisos para personas con problemas de salud mental. En el caso de los centros de menores, también los espacios de coordinación entre los centros de acogida y los servicios sociales, así como la que ha de darse entre los centros de internamiento de menores infractores y el equipo asesor de quien ha de tomar las decisiones a nivel judicial, han de seguir una pauta, en la medida de lo posible, de equilibrio y cooperación.

## 6. COORDINACIÓN CON LAS REDES GENERALES DESDE LAS CCTT.

### Sistema judicial.

En algunas autonomías existen equipos de asesoramiento e información a jueces que, en coordinación con la Red de Asistencia a Drogodependientes, hacen de enlace entre ambos sistemas facilitando la coordinación.

Estos servicios racionalizan los artículos 96 y 102 del Código Penal, haciendo entender a los jueces que la alternativa a prisión no pasa porque el sujeto dependiente cambie la prisión por un centro residencial cerrado, sino por un auténtico programa de tratamiento, lo que significa que entrará en el circuito asistencial de la red debiendo ser el centro ambulatorio y el equipo de profesionales expertos en adicciones quienes realicen la indicación de tratamiento necesaria para el caso. Si la indicación es CT, el sujeto deberá incorporarse al programa asistencial de la CT en igualdad de condiciones que cualquier otro sujeto dependiente que va a la misma a realizar un proceso de tratamiento y que, posteriormente al alta en este recurso, continuará tratamiento en otro dispositivo. Si esto no se entiende, los sistemas quedan pervertidos, siendo el sistema judicial quien libera y la CT la que pasa a ser un elemento de contención y represión. La CT debe informar de la evolución del caso al centro de referencia, como lo debe hacer en cualquier otro caso y éste, a su vez, al sistema judicial, si así lo solicita. La experiencia de las autonomías donde existen equipos profesionales que asesoran a los jueces está resultando positiva, en la medida en que sirven para situar a cada sistema en el papel que le corresponde.

### Red General Sanitaria.

Es éste, según vemos en el estudio citado anteriormente (Comas, 2006), uno de los servicios más utilizados por los usuarios de CT. Los profesionales de la Comunidad suelen establecer contacto con los

centros de salud cercanos a su zona, gestionar cartillas como desplazados, de ser necesario, mantener informado al médico que corresponda de la situación física del paciente a tratar e incluso que el mismo pueda ser visto y entrar a consulta sin la necesidad de presencia de un técnico de la CT, puesto que son ciudadanos de pleno derecho y como tal deben de ser tratados. Este contacto con los recursos sanitarios del entorno contribuye, de manera decisiva, a una utilización adecuada de los mismos, así como a un progresivo contacto no conflictivo con la comunidad, que a veces no existía dentro del estilo de vida asociado al consumo.

En algunos casos específicos, se inicia o se dota de continuidad al seguimiento de VIH en el especialista o el hospital de referencia correspondiente, entendiéndose estas salidas como elementos de alta importancia para complementar los hábitos de autocuidado que se van incorporando dentro de los programas de CT.

## Red Específica de Salud Mental.

En España, la historia de la red específica de Salud Mental en relación a las personas con problemas asociados al consumo de drogas ha sufrido diversos vaivenes en las últimas tres décadas. En su momento, y especialmente cuando se crearon las redes específicas de atención a las drogodependencias, la Salud Mental se desentendió de esta problemática, hasta mediados de los 90. Ese período estuvo marcado por las continuas idas y venidas de los usuarios de una red a otra, dándose bastantes casos en que no eran atendidos en la red de drogodependencias por tener un problema de salud mental, ni tampoco en la de Salud Mental por tener un problema de drogodependencias. A partir de mediados de los 90, la Salud Mental retoma el interés por las drogodependencias, especialmente desde el momento en que se generaliza el concepto, mal llamado así en España, de “patología dual”. El diagnóstico dual supone que los trastornos psiquiátricos y el consumo de drogas están, en muchos casos, relacionados. Y que ambos deben tratarse no de manera independiente, sino interdependiente, para evitar que uno interfiera en los avances del otro.

Sin que sea algo a abordar específicamente en este trabajo, sería conveniente establecer una reflexión seria sobre la influencia que el doble diagnóstico está teniendo en las CCTT a día de hoy, y cómo eso, a su vez, influye en la coordinación con los servicios de Salud Mental. Parece indudable que esta coordinación se ha intensificado, que la medicación de carácter psicoactivo se ha generalizado en las CCTT, pero es necesario evaluar si esta expansión psiquiátrica obedece únicamente a criterios profesionales o a otros más difusos y menos justificables

Hay unas cuantas preguntas que deberíamos hacernos antes de admitir tácitamente la deriva que está tomando este asunto. Por ejemplo ¿se ha trabajado con personas con doble diagnóstico desde siempre en las CCTT (consumidores con trastornos de personalidad antisocial, negativista, autodestructivo, esquizoide, dependiente, límite, por ansiedad, distimia...)? ¿Puede ser que anteriormente no se hicieran de manera tan sistemática este tipo de diagnósticos y ahora sí, con el consiguiente incremento –aparente- de la prevalencia? ¿Aparecen problemas en la coordinación con los servicios de Salud Mental cuando la pauta de medicación que se indica a un sujeto interfiere con su potencial de desarrollo de un tratamiento adecuado en CT, por no ser ajustada? Y, por último, y no menos importante ¿están las CCTT cubriendo una necesidad social como son los espacios residenciales para personas con trastornos graves de carácter psiquiátrico como esquizofrenias?

Sin olvidar que Maxwell Jones fundó una de las primeras CCTT en el contexto de un hospital psiquiátrico, quizá convendría no olvidar tampoco que su primer objetivo era posibilitar la reincorporación social de estos sujetos, y no su exclusión y aislamiento de la sociedad. Porque, a la vista de los porcentajes de residentes con diagnóstico dual en algunas CCTT, asoma la duda de si no se estarán utilizando más como programas de respiro familiar o como programas sustitutivos de

residencias psiquiátricas que como dispositivos especializados en el tratamiento de las adicciones.

## Sistema educativo.

Es otro recurso externo utilizado por la CT, bien para la continuidad de estudios, bien para buscar apoyos que sirvan para adaptar lo que se puede hacer en CT en relación a los mismos con respecto a un sujeto. Existen experiencias tanto de la inclusión dentro de la CT de profesionales de la Educación Formal que facilitan la adquisición del Graduado en Educación Secundaria Obligatoria, como otras en las que se facilita la asistencia de los sujetos a centros educativos externos desde la propia CT; en estos casos, el recurso se flexibiliza al máximo, reduciendo la presencia física del sujeto en aras de su normalización educativa, y decidiéndose de manera consensuada la frecuencia de asistencia más adecuada para equilibrar los avances académicos con los propios del tratamiento en CT.

Un ejemplo de esto sería un sujeto de reciente mayoría de edad, que esté escolarizado aún para acabar la educación secundaria postobligatoria. ¿Qué ha de hacer la CT? ¿Prescindir de un recurso que facilita la socialización del o la residente con su grupo de iguales –en términos etarios-, que le facilita un mejor futuro en cuanto a su inserción ocupacional, que le permite mantener el contacto con la normalidad y que resulta productivo para él o ella? Evidentemente, no.

La CT, en ese aspecto, debe tratar de mantener todos los aspectos saludables del estilo de vida del individuo y, en un caso así, lo más apropiado sería una solución mixta, que permitiera al sujeto vivir una vida de alumno/estudiante, en paralelo con otra de consumidor en tratamiento/residente, poniendo en marcha estrategias de flexibilización tanto en el centro educativo como en la propia CT.

Este tipo de actuaciones requieren de una coordinación continua y cercana con el tutor del centro educativo, así como mantener reuniones periódicas que permitan compartir información sobre las aptitudes que el sujeto está desarrollando y conocer la actitud mantenida por el mismo. También la supervisión continua por parte del profesional de referencia en la CT de la vivencia que el sujeto lleva a cabo de su periplo académico, las dificultades encontradas y el análisis de las posibles alternativas adaptativas.

Este tipo de coordinación resulta básica en el caso de los centros de menores: la continuidad del menor dentro del sistema educativo, en todos los casos en que sea posible, implica el esfuerzo, tanto por parte del dispositivo residencial como por parte del centro educativo, de establecer canales de coordinación y flujos de información ágiles, sistematizados y continuos.

## Recursos culturales.

Finalmente hay otro tipo de recursos: "l*os servicios de tipo Cultural, desde museos y bibliotecas, hasta cines y teatros pasando por diversas actividades de ocio. Si agrupamos en este concepto a los servicios de tipo deportivo, está claro que pasarían a ocupar el segundo lugar y muy a la zaga de los sanitarios*" (Comas, 2006). La utilización de este tipo de recursos hace que las CCTT vayan desprendiéndose de manera cada vez mayor de la infausta herencia a la que anteriormente se hacía referencia: en vez de ser lugares de aislamiento, que incorporan a su recinto elementos externos para reducir el contacto con el exterior, las CCTT actuales se expanden y relacionan con la comunidad, a través de la utilización de recursos de la misma, en condiciones de igualdad para los residentes con el resto de ciudadanos.

Si el nuevo modelo profesional tiene como objetivos la normalización del usuario en la sociedad y la responsabilización de sus actos y de las consecuencias que de ellos se deriven, resulta de la máxima importancia la utilización de servicios normalizados y el aprendizaje de su correcta utilización para los residentes de CT. Sin duda, el camino hacia

la normalización es más sencillo cuanto más próximo se sitúa el propio dispositivo a la normalidad. Este planteamiento es válido también en el caso de los centros de menores y en los recursos residenciales dedicados a personas con problemas de salud mental, por ser todos ellos perfiles que requieren de un contacto adecuado con el contexto sociocomunitario de una manera diferente a la que acostumbraban.

# Capítulo 4

## Aprendiendo a trabajar en equipo: Competencias básicas para ser eficaces.

Iñaki RODRÍGUEZ CUETO

## 1. INTRODUCCIÓN.

El modelo de trabajo en equipo constituye una herramienta básica en cualquier organización que quiera conseguir los objetivos propuestos y, además, lo quiera conseguir dentro de parámetros de eficacia y calidad.

La gestión de cualquier actividad de una organización se deber realizar siguiendo el ciclo PDCA, es decir, “Planificación”, “Desarrollo”, “Comprobación” y “Ajuste”.

Aunque en la mayoría de las ocasiones no se sigue un procedimiento formalizado, podemos afirmar que en todas las tareas que emprendemos tenemos en cuenta dicho proceso de manera intuitiva.

No cabe duda que uno de los retos que nos encontramos a diario en nuestro trabajo suele ser la búsqueda de fórmulas que nos permita llegar a acuerdos con nuestros compañeros/as para ser más eficaces en las intervenciones que realizamos.

Todo ello nos lleva a la conclusión de la necesidad de “trabajar en equipo”. En el entorno de la Comunidad Terapéutica cobra mayor importancia el dominio de saber trabajar en equipo debido a la necesidad de conjugar aspectos psico-terapéuticos, educativos, médicos e, incluso, administrativos a la hora de planificar el tratamiento a nivel grupal e individual.

Sin embargo, esto no siempre es posible. A veces la estructura del sistema organizativo lo dificulta, otras la propia inercia del trabajo cotidiano y, en ocasiones, la evitación del conflicto con otras personas del entorno laboral.

En efecto, es necesario diferenciar el trabajo de grupo, al trabajo en equipo, desde el punto de vista de un proceso de aprendizaje. ¿Es posible aprender a trabajar en equipo? ¿Es posible aprender a mejorar el trabajo en equipo? Responder a esas preguntas nos sitúa justo en aquello que procuramos incidir con la población con la que se trabaja y esto es aprender para cambiar.

La cuestión no es “¿qué tengo que hacer para trabajar en equipo?”, sino: “¿cómo puedo hacer de otra manera para favorecer el trabajo en equipo?”

Sin embargo, no podemos pensar que el trabajo en equipo pueda utilizarse en cualquier situación; será necesario cuidar el contexto y respetar la ecología del sistema. Este trabajo siempre deberá estar en función de un proyecto compartido.

Llevar a cabo un trabajo en equipo, exige, por tanto, un proceso de aprendizaje que abra posibilidades y motive un cambio en las competencias profesionales.

Desde este punto de vista, las páginas que siguen intentan proponer un espacio de reflexión con los siguientes objetivos:

- Reflexionar sobre nuestra forma de trabajar en equipo.
- Acercarse al significado de trabajo en equipo.
- Abrir posibilidades al aprendizaje de competencias personales para trabajar en equipo.
- Posibilitar interpretaciones diferentes sobre los conflictos asociados al trabajo en equipo.
- Proporcionar herramientas de mejora para trabajar en equipo.
- Proporcionar distinciones que faciliten el desarrollo de las habilidades básicas para conversar.

Estos objetivos plantean la posibilidad de pararse a reflexionar sobre la competencia profesional. Intentan generar una mirada diferente sobre aquellas situaciones, sensaciones, malestares o satisfacciones que se suceden a diario en el contacto que se establece en el trabajo en equipo.

Si realmente consideramos que el esfuerzo merece la pena, tendremos que pensar como el corredor de fondo, centrarnos en el entrenamiento y decidir abrir un proceso de aprendizaje para lograrlo.

## 2. COMENZANDO POR PERCIBIR LAS DISTINCIONES.

Un grupo de científicos colocó cinco monos en una jaula, en cuyo centro colocaron una escalera y, sobre ella, un montón de plátanos.

Cuando un mono subía por la escalera para coger los plátanos, los científicos lanzaban un chorro de agua fría sobre los que quedaban en el suelo. Después de algún tiempo, cuando un mono iba a subir la escalera, los otros le golpeaban. Pasado un tiempo, ningún mono subía la escalera, a pesar de la tentación de los plátanos.

Entonces los científicos sustituyeron uno de los monos. La primera cosa que hizo fue subir la escalera, siendo rápidamente bajado por los otros, quienes le dieron una paliza. Después de algunas palizas, el nuevo integrante ya no subió más la escalera, aunque nunca supo el por qué de tales palizas.

Un segundo mono fue sustituido, y ocurrió lo mismo. El primer sustituto participó con entusiasmo de la paliza del novato. Un tercero fue cambiado, y se repitió el hecho, lo volvieron a golpear. El cuarto y, finalmente, el quinto de los veteranos fue sustituido.

Los científicos quedaron, entonces, con un grupo de cinco monos que, aún cuando nunca recibieron un baño de agua fría, continuaban golpeando a aquel que intentase llegar a los plátanos.

Si fuese posible preguntar a algunos de ellos por qué le pegaban a quien intentaba subir la escalera, con certeza la respuesta sería: “no sé, aquí las cosas siempre se han hecho así”.
¿Por qué seguimos haciendo las cosas de la misma manera, pudiendo hacerla de otra? ¿Podemos, realmente, hacer las cosas de diferente manera?

En primer lugar, será necesario comenzar por establecer distinciones. Dentro del trabajo en equipo, estas giran en torno a:

- La distinción del proceso de aprendizaje.
- Los diferentes contextos.

- La diferencia entre trabajo en equipo y grupo de trabajo.
- La definición de competencia profesional.
- La distinción de la “realidad”.
- Los roles de equipo.
- Los factores del espacio emocional.
- Las modalidades del habla.
- Competencias declarativas básicas.
- Los juicios y el arte de la retroalimentación.
- Coordinación de acciones.
- El diseño de conversaciones.
- Las rutinas defensivas del callar.
- El diseño de la corporalidad.

## 3. DIFERENCIA ENTRE TRABAJO EN EQUIPO Y GRUPO DE TRABAJO.

Las **diferencias entre trabajo en equipo y grupo de trabajo** son importantes:

- **El grupo de trabajo** es un conjunto de personas que realizan dentro de una organización una labor similar. Suelen estar próximas físicamente, tienen un mismo jefe, **realizan el mismo tipo de trabajo pero son autónomos**, no dependen del trabajo de sus compañeros: cada uno realiza su trabajo y responde individualmente del mismo.
- **El trabajo en equipo responde en su conjunto** del trabajo realizado mientras que **en el grupo de trabajo cada persona** responde individualmente.
- **En el grupo de trabajo sus miembros tienen formación similar** y realizan el mismo tipo de trabajo (no son complementarios). **En el trabajo en equipo, sus miembros pueden o no tener una formación similar, pero cada miembro domina una faceta determinada** y realiza una parte concreta del proyecto (sí son complementarios).
- **En el grupo de trabajo cada persona puede tener una manera particular de funcionar**, mientras que **en el equipo** es ne-

cesario la coordinación, lo que va a exigir establecer unos **estándares comunes** de actuación (rapidez de respuesta, eficacia, precisión, dedicación, etc).

- **En el trabajo en equipo es fundamental la cohesión**, hay una estrecha colaboración entre sus miembros. Esto no tiene por qué ocurrir en el grupo de trabajo.

- **El grupo de trabajo** se estructura por **niveles jerárquicos**. **En el trabajo en equipo** en cambio **las jerarquías se diluyen**: hay un jefe de equipo con una serie de colaboradores, elegidos en función de sus conocimientos, que funcionan dentro del equipo en pie de igualdad aunque sus categorías laborales puedan ser muy diferentes.

## 4. EL MODELO DE TRABAJO EN EQUIPO.

Trabajar en equipo es un estilo de realizar una actividad laboral, es asumir un conjunto de valores, es conseguir un espíritu que anima un nuevo modelo de relaciones entre las personas.

Se trata de un modelo de participación en el trabajo que se asienta sobre una base de confianza interpersonal, de comunicación fluida, de sinceridad, de apoyo mutuo, de respeto por las personas; y que supera las formas tradicionalmente rígidas, jerarquizadas, desmotivantes y no pocas veces ineficientes de la organización vertical y tradicional.

*El trabajo en equipo se basa en*:

- ***Complementariedad:*** cada miembro domina una parcela determinada del proyecto. Todas estos conocimientos son necesarios para sacar el trabajo adelante.

- ***Coordinación:*** el grupo de profesionales, con un líder a la cabeza, debe actuar de forma organizada con vista a sacar el proyecto adelante.

- ***Comunicación:*** el trabajo en equipo exige una comunicación abierta entre todos sus miembros, esencial para poder coordinar las distintas actuaciones individuales. El equipo funciona como una ma-

quinaria con diversos engranajes; todos deben funcionar a la perfección, si uno falla el equipo fracasa. En toda comunicación se tiene que tener en cuenta, al menos dos factores:

- ¿Cómo empleamos el feed-back? Hay que tener en cuenta tanto las necesidades del que recibe el feed-back como de quien lo da.

- La responsabilidad en el éxito de la comunicación recae en que el emisor oriente adecuadamente su mensaje.

- ***Confianza:*** cada persona confía en el buen hacer del resto de sus compañeros. Esta confianza le lleva a aceptar anteponer el éxito del equipo al propio lucimiento personal. Cada miembro trata de aportar lo mejor de si mismo, no buscando destacar entre sus compañeros sino porque confía en que estos harán lo mismo; sabe que éste es el único modo de que el equipo pueda lograr su objetivo.

- ***Compromiso:*** cada miembro se compromete a aportar lo mejor de si mismo, a poner todo su empeño en sacar el trabajo adelante.

**Características de un trabajo en equipo eficaz:**

- **Objetivo común.** Es el punto de referencia que consigue aunar los esfuerzos individuales, por lo que los miembros de un equipo eficaz comparten un objetivo común. Saben cuál es el trabajo que el equipo debe realizar y la razón de su importancia. Esta visión de lo que el equipo quiere alcanzar, consigue que todos sus miembros conozcan hacia dónde se mueve el equipo y de qué manera su esfuerzo individual contribuirá a alcanzarlo.

- **Potenciación** (sinergia). Existe una sensación de fuerza colectiva que produce confianza en la capacidad del equipo para hacer frente a los obstáculos y materializar la visión que tienen. El equipo posee un sentimiento de respeto mutuo lo que hace compartir responsabilidades y tomar iniciativas con las que afrontar los retos que se presentan. Todo esto hace que se fomenten las oportunidades de desarrollo de los miembros y el aprendizaje de nuevas habilidades.

- **Relación y comunicación abierta.** Es el medio básico para que un equipo funcione. La existencia de un ambiente de relación y comunicación abierta hace que los miembros se sientan libres a la hora de expresar opiniones, pensamientos y sentimientos. Por lo tanto, la capacidad de escuchar se considera tan importante como la de hablar. A través del "feed Back" los componentes del equipo son conscientes de sus fortalezas y debilidades en el equipo.
- **Flexibilidad.** Los miembros del equipo deben realizar funciones y tareas diferentes según las necesidades que surjan, por lo que deben ser flexibles. La adaptabilidad debe darse también en lo referente a otros aspectos de mantenimiento del equipo como liderazgo, motivación y, no sólo, en aspectos técnicos. La responsabilidad del desarrollo del equipo y de liderazgo se comparte.
- **Óptimo rendimiento.** Para ser un equipo eficaz sus resultados lo tienen que demostrar, por lo que tienen que ser significativos. Para ello el equipo debe desarrollar métodos eficaces para la toma de decisiones y la resolución de conflictos, que generarán resultados óptimos y fomentarán la creatividad y la participación.
- **Reconocimiento y aprecio.** Los miembros del equipo deben reconocer los éxitos alcanzados individualmente y a nivel colectivo. Igualmente, los resultados del equipo de trabajo son reconocidos por el resto de la organización y esto hace que se genere una sensación de satisfacción personal en relación al trabajo que se está realizando dentro del equipo.
- **Motivación.** Los miembros se muestran ilusionados con el trabajo en equipo y se sienten orgullosos de pertenecer a él. Los componentes se muestran contentos con el funcionamiento de los miembros y esto hace que el espíritu del equipo sea alto.

En los grupos poco cohesionados cada uno se ocupa de su tarea individual y cuando termina se desentiende del grupo. Predomina el sentimiento de competencia sobre el de cooperación. Cada uno/a está preocupado/a de sí mismo, de hacer méritos, de que se le reconozcan las ideas y de superar a los demás. Todo ello lleva a unos resultados negativos para el equipo:

- Surgen acciones dentro del equipo contradictorias.
- Dichas acciones no consiguen llevar de una forma lógica ha cia los objetivos.
- El sentimiento de los miembros del equipo hacia el mismo es de resentimiento o resignación.
- Se da una pasividad hacia los objetivos propuestos para el conjunto.
- Deseo de abandonar el equipo por otro más favorable.

## 5. EL LENGUAJE.

La palabra es la gran fuente de poder con la que podemos transformarnos a nosotros mismos y podemos transformar a las organizaciones en las que estamos y trabajamos.

| VISIÓN TRADICIONAL DEL LENGUAJE | VISIÓN ACTUAL DEL LENGUAJE |
|---|---|
| El lenguaje es un medio a través del cual reportamos lo que percibimos, pensamos y sentimos.<br>–<br>El lenguaje es pasivo y descriptivo. | El lenguaje no sólo describe lo que observamos.<br>–<br>A través del lenguaje hacemos que ciertas cosas pasen.<br>–<br>El pensamiento es tributario del lenguaje.<br>–<br>A través del lenguaje generamos identidades, sentido, compromisos, posibilidades, futuro.<br>–<br>El lenguaje es pasivo y descriptivo. |

Hoy se entiende la visión del lenguaje como transformador y generador de realidades. Es en el poder transformador de la palabra donde se encuentra la “magia del cambio”, tanto en las personas como en las organizaciones.

El conversar es un territorio de acciones tan próximo al ser humano que hasta ahora éste sólo, superficialmente, lo había observado como espacio de aprendizaje. Pero nuestras conversaciones configuran nuestra existencia, nos constituyen en el tipo de personas que somos. Ellas definen, como propone Rafael Echevarría (2001), lo que nos es posible o imposible, nuestra efectividad en la vida, nuestras satisfacciones y sufrimientos, el sentido de nuestra existencia.

## 6. APROXIMACIÓN AL APRENDIZAJE EN EL TRABAJO EN EQUIPO.

Cuando el observador evalúa los resultados, las consecuencias de sus acciones y le satisfacen confirma la validez de su observación y de su actuar y, normalmente, sigue actuando igual. Cuando el resultado no le satisface suele tener dos opciones:

- A pesar de ello sigue actuando igual.
- Busca aprender.

### Qué es aprendizaje.

• Aprender es una capacidad natural, innata a los seres humanos. Se basa en nuestros impulsos de atención y de curiosidad. Estos impulsos nos llevan a prestar atención a cualquier situación nueva, a plantearnos interrogantes y a recibir información. Dejamos de prestar atención a lo nuevo cuando no apreciamos consecuencias; sólo cuando las hay se produce una rápida adquisición de significados y un hacer y resultados diferentes.

• Aprendizaje es un proceso por el que, en un tiempo mayor o menor, adquirimos nuevas competencias, o lo que es igual, nuevas posibilidades de acción, nuevos modos de hacer, que nos permitirán conseguir resultados antes no posibles.

## La distinción del aprendizaje.

- El aprendizaje es un juicio hecho por un observador que compara la capacidad de un individuo o de una organización para actuar efectivamente en dos momentos distintos, de acuerdo con ciertos estándares.

- Características del aprendizaje:

- Efectivas. Se consiguen resultados.
- Recurrentes. Su grado de frecuencia es elevado, pasando a integrar la forma "natural" de ser.
- Autónomas. No impulsadas desde fuera de la persona, sino desde dentro.

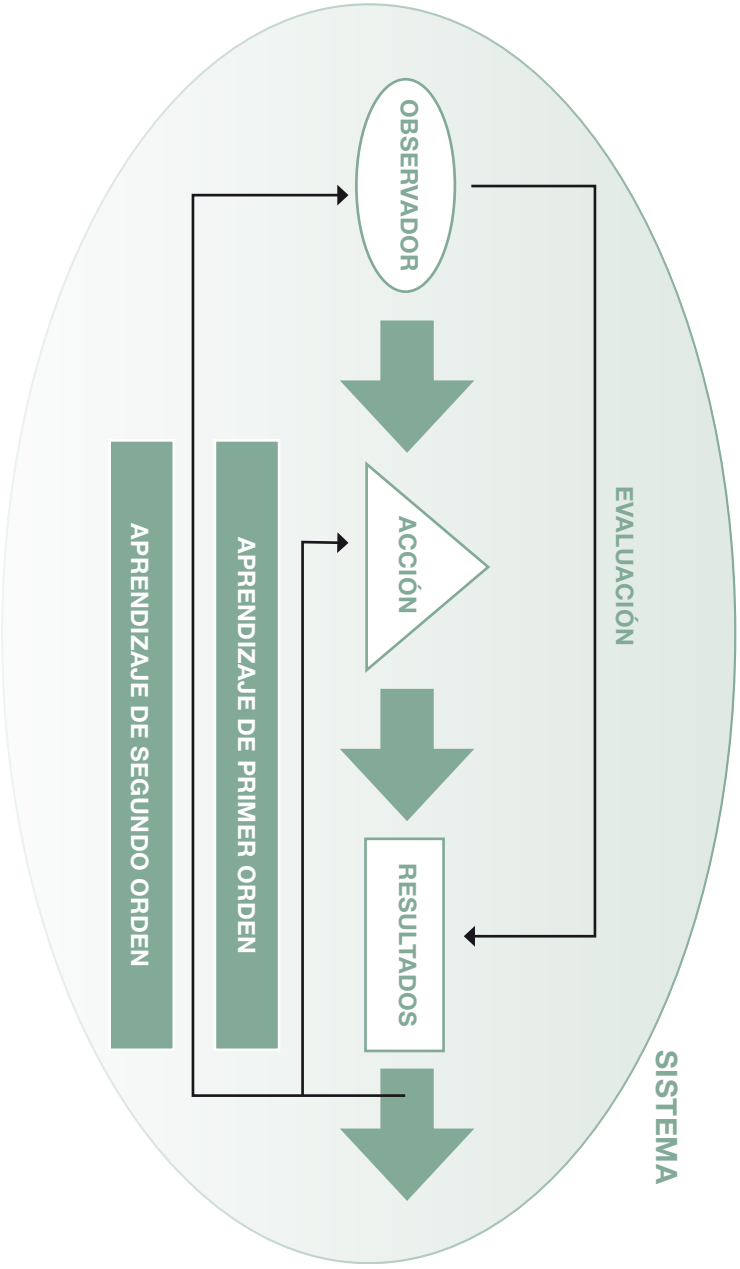
## Proceso de aprendizaje formal.

- Se inicia con el manejo de las distinciones.
- Concluye cuando las distinciones se aplican y hay un cambio en la pauta de comportamiento.

Facilita el aprendizaje el apoyo de terceros que refuercen la nueva pauta informando de los resultados del nuevo hacer y evaluándolo. Sólo cuando el nuevo hacer se automatiza el aprendizaje se habrá producido y no será preciso el apoyo externo.

## TIPOS DE APRENDIZAJE

### Modelo del observador, la acción y los resultados



### Aprendizaje de primer orden.

Es el aprendizaje usual, el que se limita al dominio de la acción y no cuestiona el tipo de observador que somos. Pedimos herramientas, técnicas, recetas para actuar de manera diferente. Es el "dime que debo hacer", en vez de "dime cómo puedo cambiar de pensar". Consideramos el pensar como nuestra forma básica de ser y que éste no es un dominio de aprendizaje.

### Aprendizaje de segundo orden.

Es un aprendizaje profundo que busca transformar el tipo de observador que somos. Descansa en nuestra capacidad de auto-observación, de reflexión. Implica cuestionar nuestros juicios y cambiar nuestra emocionalidad.

## 7. EL PODER DE CONVERSAR EN EL TRABAJO EN EQUIPO.

- Cuando conversamos actuamos. Conversar y actuar son acciones, aunque diferentes. Sin embargo, nuestra cultura opone acción a conversar. Al quedar así oculto que el lenguaje es acción...

**... no prestamos atención a las consecuencias que resultan del conversar sobre algo.**

Y, sin embargo, los resultados (positivos/negativos) de nuestras acciones se configuran en nuestras conversaciones.

- Cuando conversamos estamos construyendo nuestra identidad con las personas que nos escuchan y nuestra identidad va a afectar a la forma en que seremos escuchados en el futuro.

- Cuando conversamos estamos moldeando nuestras relaciones personales.
- Cuando conversamos estamos configurando el espacio de lo posible:

Este es el gran poder de las conversaciones y, sin embargo...

**Pasamos de una conversación a otra con tal celeridad que no nos damos cuenta de cómo nos afectan.**

No existe el hablar sin el escuchar, ni el escuchar sin el hablar.

## Conversaciones públicas y privadas.

Cuando estamos conversando con alguien, normalmente, estamos en dos conversaciones a la vez:

- **Pública:** es la conversación que sostenemos con otra persona.
- **Privada:** es la conversación que nos reservamos, sostenemos con nosotros mismos y no compartimos y en la que enjuiciamos lo que sucede en la conversación pública.

Las conversaciones privadas:

- Son automáticas. Más que tenerlas nosotros, tales conversaciones nos tienen, puesto que no tenemos control alguno sobre ellas.
- Son frecuentes en aquellos asuntos que afectan a la confianza entre quienes conversan.
- A menudo debilitan nuestras relaciones con otros. Reducen y dificultan las posibilidades de coordinar acciones.

Nuestras conversaciones privadas revelan nuestra forma de ser y, además, la moldean y la configuran. Según Argyris (1993), el espacio

de nuestras conversaciones privadas define los límites de nuestras posibilidades de acción: establece lo que podremos y lo que no podremos hacer. Es más, define también lo que podremos y lo que no podremos aprender. Nuestra capacidad de aprendizaje tiene límites. Y estos límites no están sólo determinados por el grado de motivación que tengamos para aprender. Por muy motivados que nos encontremos, nuestras conversaciones privadas van a determinar lo que podremos aprender y lo que escapará a nuestra capacidad de aprendizaje. Al cambiar nuestras conversaciones privadas modificamos los límites del aprendizaje.

## 8. SOBRE EL OBSERVADOR.

Observamos de acuerdo a:

- Nuestra biología.
- La posición en la organización de la que formamos parte.
- Nuestra historia personal.

### Los tres dominios primarios del observador.

El observador se constituye en tres dominios:

#### Lenguaje

Observamos, no sólo con nuestros sentidos, sobre todo con nuestras distinciones.

**Sólo podemos observar aquello que distinguimos.**

Una distinción es el resultado de separar algo del trasfondo. La capacidad de hacer distinciones es uno de los instrumentos más poderosos que nos provee el lenguaje. A través del lenguaje damos nombres

con la finalidad de personalizar algo, diferenciarlo, damos sentido a lo que hacemos, a lo que observamos a través de:

- Juicios. Todo observador califica al mundo en el que se desenvuelve y lo que en él acontece. Toma posición. Se hacen juicios diferentes sobre el acontecer. De acuerdo a estos juicios la persona actuará de una u otra manera.
- Narrativas. Desarrollamos narraciones frente a cualquier cosa. Hay diferentes narrativas. Una de ellas son las explicaciones. Las explicaciones no pertenecen a lo explicado, sino al observador que las desarrolla o cree en ellas.

## Cuerpo

Observamos desde el modo en que hemos aprendido a construir y mantener posturas, realizar gestos, componer una u otra expresión facial.

### Emocionalidad

Observamos desde nuestra emocionalidad, la cual nos predispone para ciertas acciones y nos dificulta otras. Cuando creamos entornos de trabajo favorecedores del equilibrio emocional, estamos favoreciendo la más óptima utilización de caudal de recursos que cada uno poseemos.

### Ejes del observador

- Inquietudes. Remiten a lo que al observador le importa. Según sus inquietudes actuará de una u otra manera. La inquietud es lo que mueve a actuar al observador.
- Expectativas. Definen lo que el observador espera que suceda. Diferentes expectativas hacen que distintos observadores tengan reacciones diferentes frente a los mismos acontecimientos.
- Posibilidades. Representan una manera de mirar el mundo y remiten al observador que somos. De acuerdo con las posibilidades observadas se tomarán una u otra acción.

## 9. EL ESCUCHAR.
## HERRAMIENTAS PARA UN ESCUCHAR EFECTIVO

El escuchar es una competencia clave del conversar.

**La conversación descansa en el escuchar más que en el hablar.**

Nuestra cultura, nuestra práctica social no valora el escuchar:

- El hablar es lo que importa. Es el lado activo de la conversación.
- El escuchar se da por sentado. Es el lado pasivo.

Consecuentemente a esta poca valoración del escuchar, no hemos desarrollado las competencias que el escuchar requiere.

### Sobre el escuchar.

- Hablamos para ser escuchados.
- Oír nos ocurre, no lo producimos. No somos responsables de escuchar que nos ocurre.
- Podemos aprender a hacernos responsable de él.
- El escuchar es activo. Escuchamos de acuerdo a lo que somos.
- Escuchamos desde nuestra historia social y personal.
- El hablar no garantiza el escuchar: uno dice lo que dice y los demás escuchan lo que escuchan.
- Nadie escucha igual
- Existe una brecha entre le hablar y el escuchar de la que de bemos hacernos cargo.

### ¿Qué es escuchar?.

**Escuchar es oír + interpretar:**

- Oír. Fenómeno biológico por el que distinguimos sonidos.

- Interpretar. Atribuir significado a los sonidos, atribuir sentido a lo que se dice.

## El escuchar tiene dos caras.

1. La apertura al otro. Su objetivo es comprender lo que el otro dice. Hay tres niveles de apertura:

- **Oír:** puedo repetir lo dicho.
- **Escuchar el sentido** del orador.
- **Escuchar las inquietudes** que el orador tiene al hablar.

2. La transformación personal. Su objetivo es permitir que la palabra del otro logre transformarme.

- El resultado es llegar a compartir lo que el otro dice.
- La escucha del otro modifica mis acciones.

Cuando entro en una conversación desde "posiciones tomadas":

- ...podré oír lo que en ella se dice.
- ...en el mejor de los casos podré comprender.
- ...pero, en rigor, he bloqueado mi escucha.

## Factores del habla que generan apertura a la escucha.

1. Hablar desde el respeto para abrir posibilidades. ¿Hablo desde el respeto o la descalificación?
2. Equilibrio entre proposición e indagación. Si me siento escuchado se abren posibilidades.
3. Tasa entre juicios positivos y negativos. De cinco positivos, uno negativo.

## Acciones para una escucha efectiva.

- **Aprendizaje de primer orden.**

1. **Chequear** escuchas. Hacer un alto en la conversación para

que ambos conversantes se pregunten mutuamente por lo que están escuchando del otro.

**2.** **Indagar** acerca de la persona con la que conversamos. Tipos de preguntas:

- Sobre el pasado: ¿desde donde habla esta persona?
- Sobre el presente: ¿Cuáles son las acciones involucradas en lo que esta persona está diciendo? ¿qué nos dice su emocionalidad? ¿qué nos dice su corporalidad?
- Sobre el futuro: ¿cuáles son las consecuencias de esas acciones? ¿qué posibilidades se abren y se cierran con lo que esta persona dice?

**3.** **Compartir inquietudes**, haciendo explícitas las inquietudes de ambos, sacándolas del espacio velado de las conversaciones privadas y trayéndolas a la superficie de la conversación pública.

**4.** Tener presente el contexto de la conversación (asunto, lugar, momento del día...).

- **Aprendizaje de segundo orden.**

- ¿Qué bloquea mi disposición a abrirme al otro y a dejarme transformar por su palabra?
- ¿Cuáles son mis juicios sobre su persona?
- ¿Qué bloquea mi capacidad para hablarle distinto de manera que me escuche?
- ¿Cuáles serán sus juicios sobre mí?

## 10. MODALIDADES DEL HABLA.

### Modalidades del hablar.

| PROPONER | INDAGAR |
|---|---|
| Modo de hablar que busca mostrar al otro:<br>–<br>El observador que somos, dando a conocer:<br>• Nuestra forma de atribuir sentido a la situación.<br>• Nuestras propias inquietudes.<br>• Nuestras expectativas.<br>–<br>Los cursos de acción que consideramos más adecuados. | Modo de hablar que busca que el otro muestre:<br>–<br>El tipo de observador que es:<br>• Su forma de observar la situación.<br>• Sus inquietudes.<br>• Sus expectativas.<br>–<br>Los cursos de acción que considere más adecuados. |

### Enfoques en proponer e indagar.

| | ENFOQUE ÚNICO | PROPONER |
|---|---|---|
| PROPONER | Hablo para imponer mi punto de vista | Hablo para mostrar mi punto de vista como uno más de los posibles |
| INDAGAR | Indago para llevar al otro a mi propia forma de ver las cosas | Indago para comprender mejor y acercarme al punto de vista del otro |

## 11. ACTOS LINGÜÍSTICOS BÁSICOS.

### Afirmaciones.

Acto lingüístico en el que la palabra debe adecuarse al mundo ya existente (el mundo de los "hechos"). A través de ellas describimos a los demás lo que ocurre.

Las afirmaciones se hacen dentro de un "espacio de distinciones" ya establecido. Pertenecen al mundo de lo concreto.

### Declaraciones.

Acto lingüístico en el que la palabra modifica el mundo, crea realidad. Las declaraciones son la expresión más clara del poder de la palabra. Después de haberse dicho lo que se dijo, el mundo ya no es el mismo de antes. Este fue transformado por el poder de la palabra. El mundo sigue a la palabra.

Las declaraciones tienen vigencia hasta que aparece otra con mayor poder. Requieren autoridad para generar el cambio que implican. Esta autoridad se otorga por un tercero (juez, profesor, gerente...), por uno mismo a otros, por uno mismo a uno mismo.

Al declarar, el observador:

- Genera nuevos contextos
- Toma decisiones
- Crea nuevas posibilidades

### Declaraciones básicas.

Son aquellas declaraciones que están asociadas a la propia dignidad de la persona. No requieren de una concesión social de la autoridad, teniendo toda persona el poder de efectuar determinadas declaraciones en el ámbito de la vida personal. En tanto en cuanto ejercemos

este poder asentamos nuestra dignidad como personas.

Algunas declaraciones básicas:

| | |
|---|---|
| 1. Declaración de aceptación<br>2. Declaración de negación<br>3. Declaración de ignorancia<br>4. Declaración de gratitud<br>5. Declaración de error | 6. Declaración de disculpas<br>7. Declaración de perdón<br>8. Declaración de identidad<br>9. Declaración de quiebre<br>10. Declaración de afecto |

## Juicios.

Los seres humanos somos generadores incesantes de juicios. Estos califican lo que observan y nos constituyen en el tipo de observador que somos.

Cada juicio lleva consigo historias que narramos. A través de nuestras historias interpretamos la vida, construimos nuestra realidad.

Los juicios se originan en el pasado, se basan en observaciones de acciones ejecutadas en el pasado. Se hacen en el presente y anticipan el futuro. Ayudan a orientarse hacia el futuro.

La utilidad de los juicios para guiarnos hacia el futuro es la razón de que estemos continuamente haciéndolos.

**Emitimos juicios porque el futuro nos inquieta.**

De acuerdo a los juicios que hacemos, podemos hablar de:

- **Válidos o inválidos.** De acuerdo con la autoridad conferida a quien los emite. Tiene importancia sobre cada uno el hecho o la decisión de a quien le damos autoridad. Atención, también, a quien

se la negamos, sobre todo si es persona que tiene influencia sobre nosotros (por ejemplo, el superior jerárquico).

- **Fundados o infundados.** De acuerdo con las acciones del pasado que utilizamos para respaldarlos.
- **Positivos o negativos.** Los primeros abren posibilidades, los segundos las restringen.

Los juicios constituyen el núcleo de la identidad de las personas que los emiten. Revelan el tipo de ser que somos.

**Los juicios siempre hablan de quien los emite.**

Pasos en la fundamentación de los juicios

1. ¿Desde qué inquietud hago este juicio? ¿Cuál es el propósito implícito que tengo al hacerlo?
2. ¿En qué dominio particular estoy realizando este juicio?
3. ¿Cuáles son los estándares que estoy utilizando para hacer este juicio?
4. ¿Qué afirmaciones (acciones concretas) puedo utilizar para respaldar este juicio?

Disponemos de dos procedimientos adicionales que nos permiten sentirnos más seguros respecto del fundamento de nuestros juicios:

- Fundamentar el juicio contrario.
- Compartir el juicio con otros.

## Peticiones / Ofertas.

Ambas son declaraciones dirigidas a provocar una promesa de acción.

| PETICIÓN | OFERTA |
|---|---|
| Es la declaración del “propósito de obtener una promesa de acción” de la otra parte, la persona que escucha la petición. | Es la declaración del “propósito de efectuar una promesa de acción “ a la otra parte. |

## Juicios que sustentan nuestro pedir.

- Juicio de que necesito algo que me interesa.
- Juicio de que aquello que necesito no ocurrirá en el curso normal de los acontecimientos.
- Juicio de que aquello que necesito es posible generarlo.
- Juicio de que yo no puedo o no quiero hacerlo.

## Algunos juicios que bloquean el pedir.

1. Descubrirán que no sé o que no tengo.
2. Muestro que soy vulnerable.
3. Si pido quedo comprometido, comprometo mi autonomía.
4. Voy a molestar, quien soy yo para pedirle esto.
5. Me van a decir que no.
6. Si me dicen que no me estarán rechazando.

## Preguntas clave de desbloqueo.

- Qué gano, qué pierdo si pido.
- Qué gano, qué pierdo sino pido.

## 12. EL CICLO DE COORDINACIÓN DE ACCIONES.

- Coordinar acciones es la actividad nuclear de toda organización. El ser humano constituye organizaciones para coordinar acciones y así conseguir resultados.
- El desarrollo de la competencia para coordinar acciones proporciona solidez y flexibilidad a los procesos de trabajo. A través de la acción de coordinar acciones se entrelazan entre sí, formando una cadena, las tareas diversas que, realizadas por diferentes individuos o equipos, constituyen todo proceso de trabajo.
- Coordinar acciones implica comprometerse a ejecutar alguna acción en el futuro.
- El compromiso alimenta la confianza. Cuando cumplimos nuestros compromisos generamos confianza.
- A mayor número de componentes de una organización con competencias para coordinar acciones, mayor capacidad de acción de la organización para responder y anticiparse a las demandas y expectativas de su entorno.

### El ciclo de la coordinación.

El núcleo o corazón del ciclo de la coordinación lo constituyen:

- La confianza.
- El trasfondo compartido de inquietudes.

Cada acción impacta, positiva o negativamente, en el corazón del ciclo. Ambos elementos son los indicadores más importantes para evaluar la calidad de la relación entre ambas partes.

## 1. Fase de creación de contexto.

Su objetivo es:

**Crear un trasfondo compartido de inquietudes.**
**Abrir la receptividad del oyente.**

Actividades que incluye:

- Aflorar la inquietud propia a través de manifestaciones, muchas veces ambiguas, de que algo falta y que si no se hace la petición o la oferta no se producirá probablemente.
- Mostrar el tipo de acciones que podrían proporcionar una respuesta satisfactoria a la inquietud formulada.
- Aflorar las inquietudes del interlocutor o crearle nuevas.
- Mostrar al otro las posibilidades que para ambas partes conlleva la realización de la acción o acciones mostradas.

- Rearticular la petición (u oferta) original en el sentido que, en su caso, indique el desplazamiento de inquietudes que la conversación genera.
- Petición (u oferta). Son acciones declarativas donde se concreta lo que se pide (u ofrece). Deben hacerse cuando tenemos el juicio de que el contexto ya ha sido creado.
- Pero una vez que hemos seleccionado la acción apropiada, todavía nos queda establecer las condiciones de satisfacción (incluyendo el tiempo) con las que dicha acción requiere ser ejecutada para responder adecuadamente a la inquietud inicial.
- Por último, muchas veces no basta con establecer condiciones de satisfacción. Para limitar todavía más las zonas de ambigüedad, puede ser conveniente traducir las condiciones de satisfacción en una clara definición de estándares que permitan ser utilizados al final de ciclo para evaluar el cumplimiento.

### 2. Fase de negociación.

Realizada la petición o la oferta se abre una nueva oportunidad para crear un trasfondo compartido de inquietudes y ensanchar la confianza, así como un abanico de acciones posibles:

a. Aceptar
b. Rechazar
c. Posponer

### 3. Fase de realización.

Es la fase de ejecución de la acción prometida a cargo del ejecutor y suele ser la fase de mayor duración. Constituye un nuevo proceso conversacional donde una vez más resalta el poder generativo de lenguaje y en el que se manifiesta la “impecabilidad”.
Las acciones que favorecen la realización son:

- El seguimiento, tanto por parte del cliente, como del ejecutor, y no sólo para advertir los obstáculos, sino para prestar atención a las posibilidades que pudieran beneficiar al cliente.

• La gestión de contingencias, entendida como hacerse cargo de las eventualidades que fueran surgiendo.

**Modos posibles de concluir esta fase.**

a. Cumplimiento en los términos estipulados
b. Incumplimiento razonado
c. Incumplimiento

### 4. Fase de evaluación y cierre.

Esta fase incluye tanto la autoevaluación que realiza el ejecutor como la evaluación que lleva a cabo el cliente. Ambos procesos evaluativos pueden diferir por ser diferentes los estándares con los que se evalúa. De aquí la importancia de fijar las condiciones de satisfacción.

En todo caso, el juicio del ejecutor no es suficiente, pues el valor de un producto o servicio lo establece el cliente. La calidad es sobre todo un juicio de valor que el usuario hace de un producto.

La evaluación abarca tanto al producto o servicio como al proceso.

Las situaciones posibles que pueden darse en esta fase son:

a. Cliente satisfecho
b. Cliente insatisfecho

Si el cliente no se encuentra satisfecho pueden darse estas situaciones:

• **No hacer nada.** Suele conducir a conversaciones privadas que generan:

– Sentimiento de indignidad, de falta de respeto, una puesta en cuestión de nuestro valor como persona.

– Resentimiento. Cuando se teme que la reclamación puede generar consecuencias peores que las de incumplimiento. El resentimiento es el resultado de un sistema que permite el incumplimiento de promesas y que bloquea la posibilidad de reclamar por ello.

- **Recriminar** (quejarse).
  - Se culpa al otro por el incumplimiento.
  - Se le hace objeto de juicios negativos. Posiblemente el otro rechazará tales juicios y reaccionará con juicios semejantes.
  - Una conversación basada en la recriminación mutua tiende a caldearse con rapidez; la emocionalidad se incrementa; la relación se deteriora y no se genera acción reparadora alguna.

- **Reclamar.** En la reclamación el cliente pide al ejecutor acciones que se hagan cargo de los daños producidos por el incumplimiento. La reclamación está conformada por varios actos lingüísticos (afirmaciones, declaraciones, juicios, peticiones) y frecuentes indagaciones.

La reclamación:

- Cierra el ciclo de la promesa cuando ésta concluye con incumplimiento.
- No deja abierta una situación de insatisfacción que permite incubar resentimiento.
- Deja al que sufre el incumplimiento en situación de dignidad.
- Repara la relación.
- Se desplaza a la acción.

El juicio de insatisfacción del cliente abre una oportunidad importante para el aprendizaje:

- Permite identificar deficiencias profesionales y así corregirlas y asegurar un mejor desempeño en el futuro.
- Posibilita estar abierto a los juicios del cliente.
- Podría revelar deficiencias en la manera como se constituyó la promesa.
- Culpar sin más al ejecutor o a otras circunstancias externas es desaprovechar una importante oportunidad de mejora en el pedir (cliente) y en el prometer (ejecutor).

## 13. EL SILENCIO.
## LAS RUTINAS DEFENSIVAS DEL CALLAR.

### Razonamiento defensivo.

Es propio de cada persona y constituye un programa mental que nos procura defensa, auto-protección, evitando la propia vulnerabilidad (riesgo, desconcierto, incompetencia,...).

Desarrollamos el "razonamiento defensivo" desde nuestra infancia, cuando empezamos a enfrentar situaciones que percibimos amenazantes y nos sentimos sin competencias para afrontarlas. En estas situaciones el "razonamiento lógico" se esfuma y el "razonamiento defensivo" prevalece.

Nos domina el "razonamiento defensivo" cuando:

- Respecto a nosotros mismos.
  - Evitamos cuestionar nuestra propia conducta.
  - Evitamos reflexionar sobre los resultados negativos de las propias acciones.
  - Eludimos toda responsabilidad.
  - Nos defendemos contra uno u otro cargo.
  - Hacemos ostentación y aún aumentamos lo que tenemos y minimizamos lo que nos falta.
  - Ocultamos las emociones que nos pueden hacer vulnerables.
  - Utilizamos objetivos e indicadores cuantitativos (muy racionales) para evaluar la propia conducta.

- Respecto a los otros.
  - Culpabilizamos a otros.
  - Controlamos al otro y evitamos su control.
  - Utilizamos objetivos e indicadores cuantitativos (muy racionales) para evaluar la conducta de otros.

Los efectos de este “razonamiento” son:

- Impide ver lo que “no sabemos que no sabemos”, lo que constituye una barrera al aprendizaje, limitando nuestras posibilidades de acción y los resultados que podemos conseguir.
- Impide ver nuestras inconsistencias entre lo que decimos (la gente ¡tiene que ser responsable!, ¡siempre está culpabilizando a otros!,...) y como actuamos (aquello mismo que decimos de los demás).

## Callar.

Es propio de cada persona en su conversación con otra. El “razonamiento defensivo” propicia el “callar”, entendido como mantener conversaciones privadas que nos manifestamos en las conversaciones públicas y que la afectan.

## Efectos del callar.

- Abre una brecha entre lo que pensamos y lo que decimos.
- Lleva a diferencias entre la acción esperada y la acción que se realiza.
- Incomprensión de muchas de las acciones ajenas.
- Dificulta la coordinación de acciones.
- Incumplimiento de compromisos mutuos.
- Alimenta estados de ánimo negativos reduciendo el nivel de bienestar de la relación.

El callar es un fenómeno habitual en las organizaciones y en los equipos. Ello implica el reconocimiento de una brecha entre las conversaciones privadas y las públicas, o entre lo que la gente piensa y lo que dicen. Esta brecha entre el pensar y el decir tiene un profundo impacto en la capacidad de acción efectiva de las organizaciones y de los equipos, distorsionando de manera muy importante la comunicación y limitando el desempeño de sus miembros y de la organización como un todo.

## Emociones del “callar”.

El temor y el pudor son las emociones que más directamente alimentan el callar, ya que decir lo que pensamos puede acarrear consecuencias que no deseamos.

- Temor. Callo para protegerme. Juzgo que decir lo que pienso puede llevarme a la confrontación y perjudicarme. Es un callar por prudencia.
- Pudor. Callo por proteger a otro. Juzgo que decir lo que pienso puede poner en evidencia las incompetencias o estrechos motivos del otro. Es un callar por compasión.

## Consecuencias del callar.

- Se restringen las posibilidades de aprendizaje y de transformación positiva dentro de la organización.
- Si mi juicio no tiene fundamento, hay un alto coste en la relación.
- Si tiene fundamento, estoy cerrando la posibilidad de hacerme cargo del problema, se restringe la corrección y el aprendizaje.

## Indicadores que revelan callares.

Los “callares”, aunque no trasciendan a la superficie, se manifiestan de múltiples maneras:

- Cuerpo: rigidez de posiciones, forma de mirarse,...
- Emocionalidad: reacciones extrañas, sensación de no entendimiento, de incompatibilidad,...
- Hablar: no se comunican acciones que se realizan, chismes, corrillos, conversaciones cerradas en cada departamento o sección,...La existencia de barreras a la comunicación es un fiel indicador de la existencia de “callares”.

## Rutinas defensivas.

**Razonamiento defensivo** **Callar** **Rutinas defensivas**

No emergen porque haya alguien que las desea. Surgen como efecto no deseado a partir del tipo de relaciones que los miembros de la organización establecen entre sí.

Las rutinas defensivas son un callar generalizado que surgen y crece en la estructura informal de los sistemas. Alguien calla sobre algo y este callar se va extendiendo y pasa a formar parte de la cultura de la organización.

La rutina defensiva es una censura continuada y generalizada de lo que cada uno necesita decir y escuchar en las organizaciones. Estas rutinas silencian temas importantes, precisamente, en los lugares donde deberían abordarse. Tienen un efecto de alta toxicidad en el sistema, afectando en algo grado a su efectividad y al nivel de satisfacción de sus integrantes.

## **Factores que contribuyen a mantener** las rutinas defensivas.

Cada persona involucrada en las rutinas defensivas sólo ve pedazos del patrón de comportamientos que dan en la organización, tanto propios como ajenos. Y así cada persona:

- Es consciente de las inquietudes que le mueven y de su situación.
- Es consciente del impacto de las acciones de los demás sobre sí mismo.
- Es consciente de la responsabilidad que les cabe a los demás en el tipo de relación distorsionada que se genera.
- No es consciente de la responsabilidad propia en el tipo de relación perversa que se genera.
- No es consciente de las inquietudes de los demás.
- No es consciente del impacto en el otro de las propias acciones.

Los actores crean explicaciones privadas sobre el comportamiento de los demás, asignándoles malas intenciones. Es el fenómeno de la "demonización mutua".

El efecto que ella tiene en muchas organizaciones suele ser demoledor. No sólo compromete la efectividad, afecta también el nivel de bienestar de todos los involucrados. Y, sin embargo, en el contenido de nuestras conversaciones públicas pareciera no haber rastros de las agitadas corrientes que se han apoderado de nuestras conversaciones privadas. Cuando estas últimas emergen en algunas conversaciones públicas, lo hacen por la vía del chisme, de la creación camarillas que se oponen mutuamente. Las conversaciones se compartimentalizan y se crean barreras en los procesos de comunicación. Surge la desconfianza, la resignación frente a lo que podemos hacer juntos, el resentimiento mutuo, el conflicto, la tensión y el estrés. El aire que se respira se hace pesado. El horizonte de posibilidades de la organización se hace más estrecho. Hemos contaminado el clima de la organización.

## Efectos de las rutinas defensivas.

- Las inquietudes reales quedan ocultas.
- La información pierde valor y utilidad (afirmaciones no verdaderas, juicios que no se entregan, declaraciones que no se realizan...).
- El aprendizaje organizacional es perjudicado gravemente.
- Se convierte en un círculo vicioso que multiplica la desconfianza.

## Cómo disolver las rutinas defensivas.

1. **Desde el observador.** Reflexionar sobre la manera propia de entender la situación de modo que:

- Reconozca que puede no ser la única válida.
- Asuma que cada uno está haciendo lo mejor de sí, para actuar sensatamente.

- Desconfíe de mis interpretaciones y me abra a desprenderme de ellas.
- Asumir que las propias acciones pueden estar contribuyendo al problema.
- Me abra a comprender cómo los otros piensan y actúan son que ello implique estar de acuerdo.
- Transitar desde el enfoque único al enfoque múltiple.

**2. Desde la acción.**

- Acciones propositivas:

– Compartir mi manera de interpretar la situación.

– Compartir la información que estimo relevante en mi proceso de toma de decisiones.

– Identificar los dilemas que enfrento.

– Compartir mi interpretación sobre las posibles consecuencias que anticipo de sus acciones.

– Dar a conocer cuales son mis emociones sobre la situación.

– Proponer un marco de acuerdos que posibiliten que cada uno pueda advertirle a los demás cuando considere que se está produciendo o creando una rutina defensiva.

- Acciones de indagación:

– Preguntar sobre las inquietudes y por las posibilidades que ellos ven comprometidas en la situación.

– Preguntarles sobre los aspectos relevantes de la situación y por los juicios que hacen en su proceso de toma de decisiones.

– Procurar identificar los dilemas que los demás pueden estar enfrentando al encarar la situación.

– Preguntar cómo mis acciones pueden estar contribuyendo al problema.

– Preguntar sobre las emociones de los demás.

– Estimular a los demás a señalarme brechas en mi manera de pensar y en mi proceso de toma de decisiones.

## 14. LA IMPORTANCIA DE LA EMOCIONALIDAD EN NUESTRAS CONVERSACIONES.

### Rasgos de la emocionalidad.

- Predispone para la acción y, por tanto, es un factor clave para comprender los actos que realizamos los seres humanos.
- Es más profunda que la racionalidad: el ser humano es antes un ser emocional que racional.
- Resulta contagiosa, bien a través de la corporalidad, bien a través del lenguaje.
- Es cambiante. Fluye de una a otra. Los niños tienen gran fluidez. De adultos aprendimos a quedar "enchufados" a una emocionalidad y olvidamos el fluir de la niñez.
- Viaja en familia. Cuando nos situamos en una emocionalidad, también se nos cuelan las que le son más próximas.
- Se acompaña de juicios.
- Se vincula con el tiempo (días, meses, años, horas...) y con el espacio (casas, ciudades, despachos...).
- La emocionalidad configura al observador que cada uno somos, condicionando:
  - La forma en que las personas hablan y la forma en que escuchan lo que se dice.
  - La acción (el tipo de acción y el modo de ejecutarla).
  - Los resultados (éxitos / fracasos).
- Afecta a la memoria:
  - En la emocionalidad positiva prima la memoria de experiencia positivas.
  - En la emocionalidad negativa prima la memoria de experiencias negativas.
- Las emociones definen lo que es posible:
  - Las emociones positivas expanden el espacio de lo posible.
  - Las emociones llamadas negativas lo restringen.

## Tipos de emocionalidad.

| EMOCIONES | ESTADOS DE ÁNIMO |
|---|---|
| Son superficiales y efímeras.<br>–<br>Se suceden con rapidez.<br>–<br>Remiten a eventos concretos.<br>–<br>Predisposición para actuar de manera repentina como consecuencia de un quiebre. | Son más profundos y recurrentes.<br>–<br>No siempre es posible señalar el evento que los desencadenó.<br>–<br>Caracterizan a las personas.<br>–<br>Predisposición para la acción que de manera recurrente encontramos en nosotros. |

## Emociones.

Las emociones son producidas cuando experimentamos un cambio en el fluir de la vida.

## Estímulos que disparan las emociones.

- La información que le llega al cuerpo a través de los sentido, provoca cambios en la emocionalidad.
- También la información interna del propio cuerpo modifica la emocionalidad. Por ejemplo, el subsistema digestivo estimula diferentes emocionalidades según el grado de necesidad de comida; o el subsistema pulmonar según la calidad y cantidad de oxigenación...
- Algunos identifican unas emociones como “primarias”, sin que exista unanimidad respecto de las mismas. Bloch atribuye este carácter a las emociones de:
  - Alegría
  - Rabia
  - Tristeza
  - Miedo
  - Amor erótico
  - Ternura

## Estados de ánimo.

Son predisposiciones para la acción que de manera recurrente encontramos en nosotros.

El estado de ánimo nos posee. Comúnmente no lo elegimos ni lo controlamos, simplemente nos encontramos en él.

Siempre estamos en un estado de ánimo. Viven en nosotros, en el trasfondo desde el cual actuamos. No siempre es posible señalar el evento que los desencadenó. Tenemos tendencia a justificar nuestros estados de ánimo.

## Estados de ánimo básicos.

Los humanos hacemos permanentemente distinciones con las que manejamos la vida. Una de las principales distinciones es la que define lo que puede ser cambiado (espacio de la posibilidad) y lo que no puede ser cambiado (espacio de la facticidad).

| | Facticidad | Posibilidad |
|---|---|---|
| Rechazo | RESENTIMIENTO | RESIGNACIÓN |
| Aceptación | PAZ | AMBICIÓN |

## Resentimiento.

Cuando se pone en cuestión lo que no puede ser cambiado.

Permanece escondido. Se mantiene como una conversación privada. Crece en silencio. Sólo el que sufre sabe por qué se siente herido. Se calla porque juzga que la reclamación podría traerle peores consecuencias.

Socava las organizaciones. Su gran potencial saboteador incide directamente en el proceso de coordinación de acciones. El efecto sobre el funcionamiento de la organización es enorme.

Es familia de la rabia. Una rabia callada a la que se alimenta diariamente y se cuida de que no se seque. Esa rabia esconde nuestra esclavitud de la situación de resentimiento.

## Fuentes frecuentes del resentimiento.

- Las promesas inclumplidas.
- Las expectativas.
- La cultura de “no reclamación”.

## Paz.

Cuando se acepta lo que no puede ser cambiado. Se asienta en que el pasado no se puede cambiar. Los hechos pasados están fuera de nuestro control. La paz nos permite concentrarnos en las posibilidades de emprender acciones que pueden cambiar nuestro futuro.

## Resignación.

Cuando se rechaza algo que es posible. Es el estado de ánimo que tiene el juicio de que:

- Las cosas podrían ser diferentes.
- Pero las cosas no van a cambiar haga lo que haga.
- Por lo que no merece la pena esforzarse.

Es el estado de ánimo de la impotencia, de quien niega poder a su capacidad de intervenir, a su capacidad de acción. El individuo sigue aspirando, ve la posibilidad, pero se resigna porque juzga que su acción es impotente para lograr aquello a lo que aspira. Achica lo que es posible.

### Ambición.

Cuando se acepta la posibilidad del cambio y se asume. Es el estado emocional de aquellas personas que:

- Tienen el juicio de que el futuro es una posibilidad abierta en su vida.
- Observan (tienen el juicio) posibilidades de acción que pueden cambiar el estado actual de las cosas.
- Se comprometen en la ejecución de tales acciones.

## 15. LA COMUNICACIÓN CORPORAL.

### Tres variables que configuran la acción humana.

En la acción humana confluyen tres variables:

- Cuerpo
- Lenguaje
- Emocionalidad

Estas tres variables establecen entre sí relaciones de coherencia; lo que acontece en una de ellas condiciona lo que sucederá en la otra. Se influencian mutuamente.

### El cuerpo.

El cuerpo es probablemente el espacio de aprendizaje que mayores posibilidades de crecimiento personal ofrece a quienes su cultura aprendieron a ignorar, cuando no a reprimir su cuerpo.

Lentamente, a la concepción del cuerpo que se tiene, está sustituyendo la conciencia del cuerpo que se es.

El cuerpo es nuestra única realidad aprensible. Somos lo que parecemos ser. El cuerpo revela a la persona, nos muestra a los demás; el cuerpo está expresando la relación que cada persona mantiene con el mundo que le rodea y consigo misma.

El cuerpo como estructura biológica y como corporalidad.

El cuerpo incluye biología y corporalidad, ambas interconexionadas.

- **Biología**

La biología entendida como forma en que los diferentes componentes biológicos se comportan y relacionan entre sí para producir la unidad biológica que somos.

No podemos hacer sino aquello que nuestra biología nos permite. El desconocimiento del propio cuerpo, el no saber cómo actúa cada parte del propio cuerpo en relación con las otras, ni cómo se organizan, ni cuales son sus funciones, ni sus posibilidades, conduce a que la disociación de todas las partes del cuerpo sea habitual y se considere como normal.

- **Corporalidad**

La corporalidad entendida como el cuerpo en movimiento, las posturas y los gestos.

El desarrollo de la corporalidad es, en general, muy pobre; muy pronto adquirimos un reducido repertorio de movimientos, posturas y gestos, en los que no volvemos a pensar y que a lo largo de la vida repetimos sin entender que no representan más que una muestra pequeñísima de nuestras posibilidades.

La corporalidad, también, se realiza a cada uno (la acción genera ser). Cambiando la corporalidad se cambia la emocionalidad y el lenguaje (juicios, declaraciones…) y, en definitiva, la forma de ser.

Ejercicios para un cambio de corporalidad.
La corporalidad sana, equilibrada, se ejercita a través de la práctica de:

- La posición o postura
- La respiración
- La relación tensión / relajación

El ejercicio se realiza practicando el silencio, desechando todo pensamiento y toda imagen, lo que aporta la unión con lo más profundo de sí mismo.

**Toda tensión no es una simple contracción muscular, sino expresión de desconfianza con respecto a la vida.**

## 16. ETAPAS DEL DESARROLLO DEL TRABAJO EN EQUIPO.

El trabajo en equipo pasa por distintas etapas hasta llegar a eficaz.

### 1. Toma de contacto: nivel de desarrollo bajo.

Cuando se forma un equipo los individuos no se conocen entre sí (o por lo menos no ante una nueva misión) y no saben qué esperar del grupo ni si van a ser aceptados por los demás miembros, por ello, se muestran cautelosos. Al mismo tiempo es una etapa en la que la motivación es relativamente alta ya que los componentes tienen interés y expectativas positivas acerca del equipo. A lo largo de esta fase, el nivel de competencia es bajo y las metas no están claramente definidas.

### 2. Etapa de conmoción: nivel de desarrollo entre bajo y moderado.

Es la etapa más difícil para los miembros del equipo. Es cuando se empiezan a dar cuenta de que la tarea es diferente y más difícil de lo que se imaginaron por lo que la motivación decrece.

### 3. Cohesión: nivel de desarrollo entre moderado y alto.

Los miembros reconcilian sus lealtades y cada miembro acepta al equipo, las reglas fundamentales, sus funciones en el equipo y la individualidad de sus compañeros/as. El conflicto emocional se reduce y las competencias aumentan a medida que las relaciones competitivas previas se vuelven más cooperativas. En definitiva, aumenta la cohesión y los sentimientos positivos y empieza a desarrollarse la confianza en el equipo.

### 4. Eficiencia: elevado nivel de desarrollo.

En esta fase, el equipo ha desarrollado las habilidades y conocimientos necesarios para trabajar bien juntos y producir los resultados deseados. Ya no dependen tanto del líder y cada miembro asume responsabilidades en el desarrollo del equipo si es necesario. Se llega a un liderazgo compartido.

Por el carácter dinámico de los equipos, estas fases no son siempre iguales y pueden durar más o menos en función del equipo e incluso no darse alguna de ellas. Igualmente cierto es que cada equipo atraviesa por ciclos de buenos y malos tiempos y los miembros del equipo deben saber que estos ciclos son normales y no indican si un equipo tendrá éxito o no.

## Roles.

Los roles son papeles o formas de comportamiento que las personas adoptan cuando se relacionan con otras. Algunos roles son instantáneos y otros son expresión de rasgos de personalidad y, por tanto, son permanentes. Una persona puede adoptar más de un rol al mismo tiempo e incluso ir cambiando de rol en función de la evolución del equipo.

En función de la tipología de los individuos, en el grupo se distinguen los centrados en la tarea, los centrados sobre la interrelación o en el mantenimiento del grupo y los negativos centrados en comportamientos individuales.

- Los centrados en la tarea:
  - Iniciador: propone nuevas ideas, tareas o metas para solucionar un problema o para organizar el grupo.
  - Buscador de información: pide que los hechos relevantes relacionados con el problema sean discutidos.
  - Proveedor de información: proporciona información útil sobre el tema a debate.
  - Proveedor de opiniones: ofrece su opinión a sugerencias hechas. El énfasis se encuentra en valores más que en hechos.
  - Elaborador: da ejemplos.
  - Coordinador: muestra relación entre sugerencias, apunta asuntos y alternativas.
  - Orientador: relaciona la dirección del grupo a metas acordadas.
  - Evaluador: cuestiona la lógica que hay por debajo de las ideas y las valora.
  - Técnico de procedimientos: evita que el grupo se distraiga en tareas tales como distribución de materiales, etc.
  - Registrador: sirve de memoria del grupo.

- Los centrados en el mantenimiento del equipo:
  - Animador: proporciona elogios de otros miembros del grupo y acepta la contribución de los otros miembros.
  - Armonizador: reduce la tensión al proporcionar humor o reconciliación; consigue que la gente resuelva sus diferencias de tal manera que se beneficie al grupo entero.
  - Comprometido: este rol puede ser asumido cuando la idea de un miembro del grupo es desafiada. Admite desviaciones, se ofrece a modificar su postura y asume tareas que el grupo le pueda encomendar.
  - Guardián: anima a la participación, sugiere procedimientos para mantener los canales de comunicación abiertos.
  - El que establece las normas: determina las pautas a mantener por el grupo. Evalúa el progreso del grupo en términos de estas directrices.

- Observador: registra los aspectos del proceso del grupo, le ayuda a evaluar su funcionamiento.
- Seguidor: acepta pasivamente ideas de otros; sirve como audiencia en las discusiones de grupo.

• Comportamiento individual negativo:

- Agresor: expresa desaprobación por medio de ataque a valores, ideas o sentimientos de otros. Muestra celos o envidias.
- Bloqueador: bloquea el progreso al persistir en materias que han sido resueltas. Se resiste a cualquier intento de consenso. Se opone sin razones.
- El que busca reconocimiento: llama la atención sobre sí mismo al hablar de sus logros personales, etc.
- Utilizador: usa el conjunto del grupo como foro donde airear ideologías o problemas personales que tienen poco que ver con los valores del grupo o con las metas del mismo.
- Pasota: muestra ausencia de compromiso con el trabajo del grupo al mostrar cinismo, ironía, etc.
- Dominante: afirma la autoridad al interrumpir a otros, usando adulación y lisonjas para manipular, exigiendo un estatus superior.
- El que busca ayuda: intenta evocar simpatía y/o ayuda de otros miembros a través de una actitud de "pobre de mí".
- El que implora por un interés específico: afirma los intereses de un grupo particular. Los intereses de este grupo coinciden con los suyos propios.

## Modelos de trabajo en equipo.

• **Modelo pluridisciplinar.** Equipo compuesto por personas de varias disciplinas que se reúnen con el objeto de traspasar información y analizar las diferentes intervenciones que se producen desde cada disciplina.

• **Modelo interdisciplinar.** Equipo compuesto por personas de varias disciplinas que se reúnen con el objeto de traspasar infor-

mación y decidir la intervención específica a llevar a cabo sobre el individuo y/o población.

## 17. COMPETENCIAS A TENER EN CUENTA EN EL TRABAJO EN EQUIPO.

Se puede deducir, visto lo visto, que las competencias necesarias para llevar a cabo un trabajo en equipo exitoso descansan en:

- Equilibrio entre indagación y proposición.
- Una mayor utilización de expresiones que muestren positividad, en vez de las que muestren negatividad.
- Equilibrio entre acciones de orientación externa y orientación interna.

### Indagación.

Acto comunicativo donde se pregunta con objeto de explorar y conocer el punto de vista del otro.

### Proposición.

Acto comunicativo donde se defiende el propio punto de vista y se intenta convencer a los demás del mismo.

### Positividad.

Acto comunicativo donde la persona que habla muestra apoyo, ánimo, reconocimiento o comprensión.

### Negatividad.

Acto comunicativo donde la persona que habla expresa desaprobación, descalificación, sarcasmo o cinismo.

## Orientación interna.

Un acto comunicativo se codificó como de “orientación interna” si se refería a la persona que hablaba o al grupo presente en la reunión o a la organización a la pertenece la persona.

## Orientación externa.

Un acto comunicativo se codificó como de “orientación externa” si se refería a una persona o grupo fuera de la reunión y que no era parte de la organización a la que pertenecía la persona que hablaba.

Si somos capaces de poner en práctica dichas competencias, lograremos tres objetivos que pueden mejorar la eficacia de nuestro trabajo. Dichos objetivos tienen que ver con:

- Una mayor confianza.
- Apertura en la escucha.
- Capacidad de aprendizaje.

## Metodología del trabajo en equipo.

### Ciclo pdca.

**Competencia 1: Ser capaz de aplicar el ciclo de la calidad.**

- Planificar: Identificar el problema, identificar las causas y planificar la solución adecuada (Plan)
- Realizar lo que se ha planificado (Do)
- Comprobar los resultados (Check)
- Mejorar la planificación a partir de los resultados obtenidos (Act)

**Definir la Misión, Visión, Valores y Normas de funcionamiento del equipo.**

- La Misión expresa para quién trabaja el equipo: definir los grupos de interés del equipo.
- La Visión expresa las metas que se propone alcanzar el equipo.
- Los Valores expresan el tipo de cultura que quiere construir el

equipo. Los valores se refieren a conductas ideales promovidas por el equipo.

- Las Normas de funcionamiento expresan las conductas que no serán toleradas por el equipo.

**¿Cómo aplicar el PDCA? Herramientas para el trabajo en equipo.**

- Identificar problemas: diagrama de afinidad y diagrama de flujo.
- Priorizar problemas: selección ponderada.
- Identificar las causas de un problema: diagrama de causa-efecto.
- Priorizar las causas: selección ponderada.
- Realizar las acciones planificadas: diagrama de flujo y diagrama de la red de actividades.

### Comunicación libre, respetuosa e integradora.

**Competencia 2: Ser capaz de comunicarse libremente, con respeto e integrando las diferencias**.

**¿Qué comunicamos?**

- Ideas y opiniones sobre el trabajo (lenguaje verbal).
- Valoración de la persona a la que nos dirigimos (lenguaje corporal; a veces verbal).
- Satisfacción o insatisfacción producida por la relación (lenguaje corporal, verbal).
- Tomar conciencia de lo que comunicamos.

Reconocimiento de las aportaciones y del esfuerzo que realizan los miembros del equipo

**Competencia 3: Reconocimiento mutuo.**

- Valorar las diferencias.
- Reconocimiento de las aportaciones individuales.
- Reconocimiento del esfuerzo que realiza cada uno de los miembros del equipo.

## Autoconocimiento y conocimiento mutuo. Ciclo idea.

**Competencia 4: Ser capaz de aplicar el ciclo IDEA para incrementar la innovación y el autoconocimiento.**

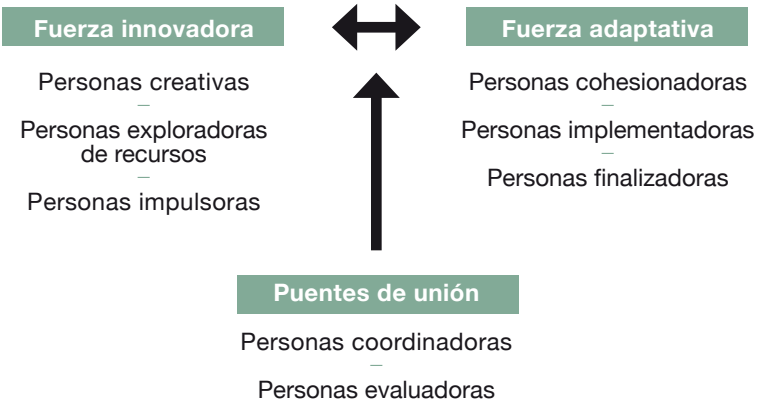
- Idear: pensar en la competencia que me gustaría desarrollar en el equipo.
- Diseñar: organizar mentalmente los pasos que tengo que dar para desarrollar dicha competencia en el equipo.
- Experimentar: poner en práctica dicha competencia en el momento adecuado.
- Aprender: mejorar el ejercicio de dicha competencia, negociando con el equipo

## Identificando las nueve funciones determinantes del equipo.

- **Crear**
- **Explorar**
- **Impulsar**
- **Coordinar**
- **Evaluar**
- **Cohesionar**
- **Implementar**
- **Finalizar**
- **Especializar**

1. **Aportar soluciones creativas al equipo**
2. **Buscar recursos exteriores para el equipo**
3. **Impulsar el trabajo del equipo**
4. **Coordinar el equipo**
5. **Evaluar las diferentes aportaciones de las personas en el equipo**
6. **Cohesionar al equipo**
7. **Transformar las ideas en acciones**
8. **Revisar y finalizar los trabajos**
9. **Aportar experiencia e información técnica**

**DOS FUERZAS FUNDAMENTALES DEL EQUIPO**




### Complementariedad y sinergia.

**Competencia 5: Ser capaz de aplicar el ciclo CNCS para potenciar la complementariedad de las funciones en el equipo.**

- Conocerse mutuamente: conocer las competencias que desarrollan las diferentes personas en el equipo.
- Negociar funciones: asignar a cada persona la función más apropiada, teniendo en cuenta las competencias de otras personas del equipo y las necesidades del mismo.
- Complementar funciones: asegurar que todas las funciones estén cubiertas.
- Potenciar sinergias: aumentar la eficiencia del equipo.

### Desarrollo de la inteligencia emocional.

**Competencia 6: Ser capaz de aplicar el ciclo SEIC de creatividad grupal e inteligencia emocional.**

- Sentir: centrar la atención en las emociones individuales y grupales (unir al hacer y pensar al sentir).

- Empatizar: prestar atención a los mensajes corporales y verbales que nos envían los demás miembros del equipo.
- Negociar entre todos/as la interpretación de las emociones que viven las personas del equipo (dar un significado a la emoción compartida).
- Reconstruir el conocimiento emocional del equipo: consensuar una nueva interpretación sobre lo que está ocurriendo en el equipo (conocimiento racional y emocional).

## 18. CONCLUSIONES.

El trabajo en equipo es un proceso y, como tal, no hay que buscar resultados inmediatos, estos se darán en la medida que estemos abiertos al aprendizaje.

Desde este punto de vista, nos damos cuenta que somos expertos en la forma como hacemos las cosas: no tenemos que pensar como hacerlas. Simplemente, las hacemos.

Por otro lado, somos torpes cuando intentamos aplicar o llevar a cabo innovaciones y/o aprendizajes; aprender requiere atención y frecuentes errores y como no nos suele gustar sentirnos torpes, terminamos haciendo las cosas de la forma habitual.

Mientras más nos mantengamos en la "zona de confort", menos desarrollaremos el aprendizaje. Además, bajo presión, emergen nuestras formas habituales de hacer.

Aprender a trabajar en equipo requiere reflexión, práctica, ayuda y tiempo.

Deberemos tener en cuenta que cada cual es un observador diferente de la realidad e interpretará de distinto modo lo que acontece.

El distinto modo de observar nos abre o nos cierra posibilidades de

acción. Y la acción es la llave de los resultados que obtenemos.

Podemos cambiar el tipo de observador que somos y abrirnos a nuevas posibilidades de acción a través del conversar y teniendo en cuenta la emocionalidad y la corporalidad.

En la medida en que desarrollamos estas competencias, avanzamos en nuestra conciencia de nosotros mismos y nos abrimos al conocimiento de los demás, base del respeto al otro, del respeto a nosotros mismos y la base del trabajo en equipo.

# Capítulo 5

## El cuidado en los equipos y los profesionales de la atención

Gabriel ROLDAN INTXUSTA

## 1. INTRODUCCIÓN.

En las comunidades terapéuticas se asiste a pacientes con carencias en todos los aspectos, especialmente en el terreno afectivo, relacional y los vínculos se verán afectados constantemente; este hecho dificulta tanto la relación en el campo terapéutico y educativo como en las actividades de rehabilitación y reinserción social. Además frecuentemente, las intervenciones profesionales se desarrollan bajo la presión de un clima de urgencia y nos encontramos en muchas ocasiones que el trato directo con el usuario, la familia y los intervinientes en la atención (jueces, asistentes sociales, médicos, psicólogos, educadores...) provoca situaciones verdaderamente difíciles, cuando no abiertamente conflictivas, que una y otra vez acaban atrapando al profesional sin que este pueda lograr encontrar las claves para salir de las mismas.

Las crisis aparecen constantemente y parte del trabajo consiste en abordarlas y aprender de ellas. Todos estos factores provocan una tensión permanente que determina un desgaste y un agotamiento de las fuerzas en los profesionales y los equipos de atención que necesitan nutrirse de cuidados y apoyo para poder hacer su tarea sin caer en el desanimo o enfermar.

En el texto se exploraran aspectos que tienen que ver con el desgaste profesional y la perdida de potencialidad de las comunidades terapéuticas y propuestas para el cuidado de uno mismo y de los equipos.

## 2. POR QUÉ CUIDARSE Y A QUIÉN CORRESPONDE LA RESPONSABILIDAD.

Una queja constante de los profesionales dedicados a la atención de cuidar, curar o enseñar es ¿Quién me cuida a mí?

Los cuidados de los equipos de atención deben ser responsabilidad de las instituciones en las que estos desarrollan el trabajo, brindándoles los instrumentos necesarios para el apoyo psico-emocional que

necesiten y que además favorezcan el desarrollo teórico-técnico y los adecuados espacios de ventilación, formación y supervisión. Pero también los propios trabajadores deben asumir la co-responsabilidad para promover el esclarecimiento y elaboración de las complejas tareas que desarrollan y el cuidado de las relaciones en los equipos, con la institución y población ( Barenblit, Diaz 1997). Ser adulto implica hacerse cargo de uno mismo. Aunque en nuestra fantasía siempre añoramos a que sea otro el que se haga cargo de nuestras necesidades y cuidados.

Los problemas que aparecen en una Comunidad terapéutica con las personas asistidas son multicausales, en la que intervienen aspectos físicos, psicológicos, sociales y familiares. Cada persona atendida es un sujeto único con una historia y sus particularidades.

La violencia es un componente de desgaste que aparece con frecuencia en la relación de ayuda. Entendiendo esta como un elemento de dolor, de alguien que esta sufriendo y pretende dar una respuesta en ocasiones aprendida en la propia familia como modo de relacionarse en sus dificultades con los otros (son frecuentes en la historia infantil de los pacientes el maltrato o el abuso); sobre todo en personas con graves limitaciones de poder manifestar sus afectos con palabras en el ámbito de la relación social, y que actúan y ponen de manifiesto en la relación con los profesionales.

La relación asistencial debe basarse en el respeto mutuo. En la relación de ayuda las decisiones deben ser voluntarias, y el camino a seguir debe consensuarse una y otra vez con el paciente. Esto en apariencia sencillo es de una complejidad enorme y no es fácil recomponerse emocionalmente de las adversidades, la frustración y la impotencia; en ocasiones en situaciones limite que suceden al usuario. Todo esto atraviesa al profesional pudiendo llegan a perder los papeles.

Los centros de tratamiento han ido aceptando pacientes para los que no estaban preparadas y aumentando el número de plazas; lo que ha supuesto un fuerte stress para los equipos de trabajo que se han visto desbordados ante diversas situaciones como por ejemplo, pacientes con graves patologías psiquiátricas ( Roldán 2002). En algunos cen-

tros encontramos que los recursos son insuficientes para responder la demanda y la amplia complejidad de la psicopatología de las personas asistidas; entendidos como recursos en primer lugar los propios profesionales; pero además los conocimientos científico-técnicos adecuados y el apoyo instrumental para la tarea.

Las Comunidades Terapéuticas tienen mucho que ofrecer dentro del panorama asistencial actual más allá de los síntomas, Una tarea que tiene como objetivos la contención emocional de las personas asistidas, el aprendizaje social a través de la vida diaria en comunidad y la elaboración de las situaciones traumáticas, pero para ello debe reconocer lo que sabe hacer bien, limitando las intervenciones y pudiendo definir lo que se puede hacer y lo que no.

El trabajo en la comunidad terapéutica obliga al equipo a una continua situación de trabajo en contacto con emergentes grupales conflictivos. Las situaciones de crisis son un desgaste fuerte para los trabajadores que a larga deriva en una automatización de la estructura de relación paciente/equipo terapéutico y educativo que obliga a continuas revisiones. El trabajo puede hacer pensar al profesional que sus recursos están agotados, frustrándose y culpabilizando al paciente de su situación. Con el tiempo puede empeorarse toda su labor asistencial estableciéndose una dinámica asistencial patológica, en lo que se ha denominado: “indefensión o desgaste profesional”, o “síndrome de estar quemado” esto plantea que un objetivo permanente de la institución sea como mantener la ilusión en la tarea y crear el clima laboral adecuado en el equipo .Estas claves son básicas como también el abordar los fallos organizativos, los problemas internos de apatía, inseguridad y hostilidad, así como las dificultades practicas ordinarias (Main 1946).

En el trabajo con pacientes la angustia, la urgencia, impotencia y el sufrimiento van a ser elementos emergentes cotidianos que van a ir afectando a las personas que las atienden y lo mismo que en otros lugares de trabajo hay protocolos y medidas de seguridad para los trabajadores ante las situaciones de riesgo en los centros deben desarrollarse mecanismos de prevención y protección que permitan reconocer en las personas y los equipos el deterioro de la salud física y mental.

## 3. CONTINENTE PARA CONTENER LAS SITUACIONES DE CRISIS.

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización en una persona o sistema. Se caracteriza, principalmente, por la incapacidad para enfrentar una situación, utilizando los métodos que ya se conocen para resolver problemas. Nos empuja a cambiar pero no sabemos para donde y nos podemos preguntar que hacer. Hay perdida del equilibrio emocional (de la forma acostumbrada de sentir y de expresar lo que se siente) y causa sufrimiento (dolor, tristeza, terror, inseguridad, enojo, rabia, impotencia...) porque las formas habituales en que el individuo resuelve sus problemas no funcionan. Las situaciones de crisis implican una ruptura de un equilibrio anterior y el proceso de búsqueda de un nuevo equilibrio. La crisis abarcan dos momentos: por un lado, el impacto de la situación traumática y por otro, el trabajo del yo para encontrar una salida. Las metas de la intervención en crisis son:

- Contención. Restablecer el equilibrio psicológico de las personas y así mejorar la capacidad de enfrentar la situación.
- Crecer y aprender debido a la crisis, integrando lo ocurrido
- Aprender nuevas formas de enfrentamiento de problemas, concebir la vida de diferente manera, a fin de poder plantear nuevas direcciones para el fututo.

Para Maxwell Jones (1968) las crisis son una situación intolerable que amenaza convertirse en un desastre o calamidad a menos que se tomen medidas organizativas y psicológicas. Cada crisis tiene su historia. La serie de hechos que le preceden y la resultante de la interacción de los roles de los participantes; forman la estructura en la que se desarrollará la crisis; y a menudo se intensifican por el bloqueo de la comunicación entre ellos.

El modelo que desarrolla Jones para la resolución de las crisis en comunidad terapéutica comprende 6 principios básicos: Confrontación cara a cara. Oportunidad. Liderazgo neutral capacitado. Comunicación abierta. Nivel apropiado de sentimiento. Actitudes de los participantes conducentes al crecimiento.

Las crisis y su contención son elementos permanentes y necesarios para el trabajo. Una premisa básica radica en que la comunidad debe mostrarse abierto al dolor emocional de los residentes creando un receptáculo para el exceso de ansiedad que no puede tolerar uno mismo y será el grupo quien en un clima de seguridad permita proporcionar alivio al dolor y con las experiencia y ayuda de todos favorecer el desarrollo de los aspectos más sanos de los individuos que participan del grupo. La Comunidad Terapéutica es un dispositivo de amplia exposición emocional. Exige del trabajador que participe activamente en la convivencia con el grupo las 24 horas. Aspectos cotidianos como comer, pasear, relacionarse, participar en grupos y asambleas, se realizan con los pacientes. Lo que ocurre en una CT tiene como objetivo el "aprendizaje social" y tiene que estar abierto a las críticas no sólo de otros miembros del equipo sino de los residentes (Ottenberg, 1991). Esto, unido a las características de los pacientes, determina que la CT sea un lugar de alto stress donde "siempre están apareciendo conflictos y parte de la filosofía es abordarlos directamente".

El cambio aparece como una necesidad en las crisis. Como adecuarse a los cambios y las problemáticas que van apareciendo es un interrogante cotidiano. Una de las principales causas del cambio en el comportamiento de las personas dentro de una CT es la implicación emotiva de otras personas, especialmente del equipo. No solo estar presente físicamente sino poner "el alma", que la persona asistida perciba que se tiene interés en ella en lo que le sucede y además que se transmita un elemento de esperanza; o sea el esfuerzo que vamos a desarrollar en la tarea pueda darnos unos resultados para el bienestar. Kooyman, (1993) dice que lo quieran o no, los miembros del equipo se convierten en figuras de "padres" de la nueva familia del residente), por lo que un miembro del equipo puede desempeñar el papel de padre o de madre en una CT. Tienen que ser conscientes de dicho fenómeno de transferencia. Lo que, sin embargo, no quiere decir que tengan que ocultar sus reacciones emotivas y que cuando éstas se expresan los residentes lo suelen interpretar como el interés que tanta falta le hace.

Para hacer cambios se necesitará seguridad y parte importante del esfuerzo del equipo va a ser construir una base segura (matriz grupal)

donde los residentes en la comunidad puedan sentirse en la confianza de poder manifestar abiertamente sus emociones y que puedan ser admitidas y toleradas por los miembros del equipo. El aprendizaje social y la cultura grupal deben animar a las personas a ser expuesto al cuestionamiento y a la crítica como modo de crecer y seguir aprendiendo.

## 4. EL EQUIPO DE TRABAJO ES LA HERRAMIENTA PRINCIPAL DE UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA.

Para García Badaracco,(1990) cada miembro del equipo multidisciplinar ante la intensidad de las relaciones se ve obligado a recorrer uno de los tres caminos posibles: 1) Al no poder tolerar la situación, tal como la está viviendo, tiene que tomar distancia, alejándose de los pacientes y de la participación. Si se trata de un enfermero puede poner distancia tornándose más represivo y puede desarrollar una tendencia a recluirse en el sector de enfermería. La monitora de limpieza puede encontrar la manera de "encerrarse en su papel": limpia y evita otros intercambios. El médico puede también poner distancia emocional tornándose más "intelectual", recurriendo cada vez más a utilizar defensas rígidas y desarrollando una tendencia a aumentar el uso de la medicación psiquiátrica. 2) La segunda posibilidad es enfermarse, contra identificándose con los pacientes, reclamando igual atención. Si bien forma parte del personal, toma el papel de paciente haciendo una regresión a través de la cual reclama un cuidado similar, haciendo responsable muchas veces a la Institución por haberle enfermado. Ahora esta última tendrá que hacerse cargo de él. 3) La tercera posibilidad es la de hacer un proceso de crecimiento y desarrollo que tiene semejanza con el proceso terapéutico de los pacientes. Si se trata de un miembro del personal lo denominaremos cambios necesarios para capacitarse profesionalmente y desarrollar cada vez más recursos yoicos para poder enfrentar las ansiedades y la locura de los pacientes, lo que simultáneamente constituye un crecimiento psicológico de su sí mismo. El no poder hacer este proceso puede llevar a pensar que el paciente es incurable. Uno se aferra a la idea de que lo que ocurre

no tiene nada que ver con uno mismo, pone una mayor distancia entre la salud y la enfermedad, se vuelve paranoide con la institución, se puede aliar con otras personas que tienden a hacer compartimentos estancos atrincherándose; esto puede suceder en todos los niveles del equipo.

Un aspecto fundamental para unas relaciones sanas en los equipos es la comunicación y el como se coordina y se compartimenta la información entre los distintos miembros.

Los problemas propios de la convivencia se presentan en cualquier grupo de personas reunidas y por ende en cualquier institución. En las instituciones como las Comunidades Terapéuticas hay dos variables que inciden en forma determinante sobre los problemas de la convivencia: una depende de la mayor o menor coherencia que exista en el equipo terapéutico en cuanto a su filosofía y metodología de trabajo; otra variable es que el contacto cotidiano con los pacientes desgasta y pone en movimiento mecanismos transferenciales y contratransferenciales poderosos que permanentemente desafían al equipo para que pueda cumplir exitosamente su misión fundamental, esto es, conservar la actitud psicoterapéutica en beneficio de los pacientes.

Se construyen espacios formales de reunión y coordinación, pero suelen surgir resistencias para mantenerlos “por falta de tiempo “ante las constantes demandas de los pacientes y los requerimientos burocráticos de las instituciones. Una dinámica que tiende a reproducirse es que se atiende primero lo urgente, que suele ser casi todo y suele quedar poco tiempo para lo importante. Disponer del tiempo para hablar de cómo esta afectando el trabajo cotidiano en los profesionales y sus relaciones interpersonales es una prioridad para mantener cohesionado a un equipo. Dentro de la dinámica de la comunicación intragrupal es importante que los profesionales sepan tolerar las críticas y una cierta humildad para aprender de los errores pero a veces está reñida con el narcisismo de cada uno, que necesita además de reconocimiento y comentarios positivos; si predomina la crítica en la comunicación el miedo y el sentimiento paranoide aflora y la confianza se resiente en el grupo creándose alianzas y subgrupos y el equipo tiende a fracturarse. Cuando no existe la seguridad para realizar criticas ni

expresar reconocimiento la incomunicación y el aislamiento se instala en el equipo y la enfermedad invade el espacio de los profesionales.

El equipo precisa de medios y espacios de reunión y supervisión donde ventilar la angustia, reconocer las limitaciones y coordinar las acciones y si no los tienen, entonces se enfrentan a situaciones de impotencia y se crean confrontaciones con el resto del equipo/os y los usuarios. Una pregunta frecuente en mi quehacer de supervisión es ¿Cómo ayudar a los propios equipos a no verse superados por la incomunicación y la desconfianza?

Cada CCTT tiene una historia diferente y la estructura se compone de personas con diferentes profesiones y con formación diversa desde personal socio-sanitario como médicos, psicólogos, DUES, trabajadores sociales a educadores ,monitores sin formación especifica, cocineros, conductores, incluso ex-pacientes del propio programa que se hayan incorporado como trabajadores; todos comparten la misma tarea y tienen un rol importante para la rehabilitación y es necesario en la organización de los tratamientos tener en cuenta a todos los miembros del equipo para que estén todos implicados.

Esta cuestión plantea una complejidad en un equipo en el deseo de armonizar las respuestas terapéuticas., dado que la amplitud del marco teórico referencial debe articularse entre distintos profesionales que aportan formaciones y titulaciones tan diferenciadas entre ellos, incluso en algunos casos con escasa formación lo cual requiere de una meticulosa tarea de cooperación y potenciación; así se podrán plasmar proyectos de intervenciones terapéuticas y acciones efectivas desarrolladas por los distintos miembros de los equipos asistenciales en el que todos se sientan implicados.

Estas premisas implican la búsqueda de acuerdos que permitan encontrar consonancias entre la amplia diversidad de enfoques terapéuticos. Ver si se pueden consensuar criterios entre las diferentes sensibilidades que aparecen en los miembros del equipo. Las distintas experiencias evidencian las dificultades en conseguir estos objetivos. Con frecuencia son motivo de fracturas y contradicciones en sus propósitos de confluir y potenciar en acciones complementarias, las inter-

venciones de varios profesionales, equipos y/o instituciones y hacen que se multipliquen las respuestas.

Un factor protector de primer orden ante el desgaste “es el sentimiento de “no estar solo ante el peligro”, pues es frecuente el sentimiento de inseguridad y fraccionamiento psíquico en equipos desestructurados. Cuando aumentan los conflictos dentro del equipo y no se crean espacios que favorezcan la comunicación para solucionarlos aumenta la desprotección y aparece como mecanismo de defensa que “cada uno vaya a lo suyo” ante la desconfianza que generan los otros. Esto produce un efecto de retroalimentación en los residentes de las instituciones con personas ingresadas que se sienten con temor y desprotegidos, lo que determina un aumento en las transgresiones de las normas y actos de violencia (robos, agresiones) y descompensaciones en los pacientes que demandan inconscientemente que los miembros del equipo arreglen sus asuntos entre ellos o con la institución para no estar secuestrados emocionalmente en su malestar y se pongan a la tarea de hacerles caso de verdad y estar atentos a sus necesidades y dolor dándoles seguridad. A veces ocurre como con los niños pequeños que cuando los padres tienen dificultades y falta comunicación entre ellos, lloran, se ponen pesados y realizar actos para llamar su atención. El problema se acrecienta cuando no se puede contemplar la situación interna y se pone la solución fuera. Por ejemplo se demanda un guarda de seguridad en centros que proteja de los usuarios a los profesionales, sin mirar para adentro para ver que esta generando el sentimiento de miedo e inseguridad de los profesionales y haciéndose cargo además de su hostilidad y agresividad.

En la practica la percepción de seguridad tiene que ver en primer lugar con las buenas relaciones en el equipo y el sentirse apoyado y respetado por el resto de los compañeros. La percepción de apoyo entre los miembros de los equipos tiene fuertes elementos inconscientes y en un Servicio de Atención se percibe cuando se da una situación peligrosa con un usuario y se nota la tensión. Son situaciones que se captan emocionalmente sin necesidad de hablarlo y la cobertura y apoyo del equipo al profesional expuesto a una situación de violencia es imprescindible. En equipos fraccionados se dan a veces movimientos grupales en el sentido de librarse de las responsabilidades más di-

fíciles o comprometidas y adjudicarlas a otros del propio equipo como por ejemplo adjudicar la atención de los pacientes más molestos o difíciles a los profesionales con menos experiencia.

Una demanda que ha aparecido con intensidad, sobretodo por su trascendencia en lo social es la atención a menores magrebíes .Son centros relativamente nuevos que han trascendido a la opinión publica mas por la conflictividad de los usuarios que por su hacer profesional. Los equipos tienen una gran rotación de trabajadores por las difíciles condiciones de trabajo ante situaciones de gran contención y violencia. Hace falta paciencia institucional y dotar a los equipos jóvenes del apoyo suficiente y la formación y supervisión adecuadas.

Respecto a la estructura psíquica de las personas atendidas en los centros destacaría en destacaría 3 tipos con transtornos que presentan más desgaste en los equipos:

- Personas con transtornos de personalidad borderline y con consumo de sustancias, con reiterados ingresos institucionales que crean mucha impotencia en los equipos y que nadie quiere tener por tener un recorrido cronificado y van de centro en centro como una patata caliente.
- Pacientes con un trastorno depresivo grave o distimicas que presentan un riesgo de cometer un acto suicida y que producen un intenso agobio a los intervinientes por la gran responsabilidad que comporta atenderlos al paciente y a los familiares.
- Usuarios que han cometido actos violentos y que necesitan límites muy claros en la relación asistencial, con normas claras y consensuadas. Necesita mucho tiempo de atención y esfuerzos permanentes de contención y crean conflictos en el grupo de pacientes por el "miedo a hablar" ante las amenazas.

Con todas las personas a las que se atiende es muy importante tener un diagnostico clínico operativo que sea comprensible para los miembros del equipo. Que indague con el paciente y familiares la historia y las características de personalidad de cada sujeto y de pautas de cómo atenderlos, marque objetivos, estrategias de intervención y evalué los resultados y de pautas de cuales pueden ser los desenca-

denantes de las crisis y que hacer. Para ello es necesario seguir aprendiendo en las sesiones de estudio de casos, reuniones de equipo y supervisiones clínicas.

La convivencia grupal dentro de la Comunidad Terapéutica reaviva los fantasmas internalizados de todos sus participantes –abandono, competencia, rivalidad, envidia, poder, agresión, culpa, por citar algunos, y en ocasiones se dan situaciones de abuso de poder o maltrato del equipo (o algunos de sus miembros) frente a los residentes, en parte como respuesta a los sentimientos de inseguridad. Tales sentimientos, en gran medida, pueden superarse mediante un largo proceso de formación continuado y de supervisión (Roldán, 2001).

Hay que tener en cuenta la importancia de la selección de personal y la estructura de personalidad de los profesionales a la hora de trabajar en un equipo. Será necesario entonces seleccionar el personal en función, no solamente de su capacitación profesional académica, sino también del nivel de madurez alcanzado en su desarrollo psicoemocional.

No son adecuadas personas con poca capacidad de empatía que tengan dificultad en ponerse en el lugar del otro o que tengan dificultad de controlar sus impulsos ante circunstancias estresantes. Los profesionales que se dedican a la atención tienen que asumir que el elemento de tensión es una constante cuando se establece una relación profesional-usuario. Otro asunto es el miedo que pueda generar determinados individuos u actuaciones profesionales.

Factores favorecedores de conflictos con los usuarios son prejuicios ante el paciente, que es bastante frecuente al pasarnos la información o desinformación de unos servicios a otros sobre todo con personas conflictivas; no escuchar; no tener en cuenta características de la relación interpersonal como la transferencia y la contratransferencia; estrés; desmotivación; no reconocer los signos precursores de la escalada de violencia (como por ejemplo el lenguaje no verbal), evitando que se produzcan situaciones de abuso de confianza. Es primordial no perder el autocontrol en las situaciones conflictivas manteniendo la calma, hablando en un tono de voz suave y con seguridad, la discreción, buscar estrategias y reformular las historias de los paciente.

Ayuda bastante a evitar los conflictos el favorecer la expresión del malestar (no solo las reclamaciones) y la agresividad en las instituciones que permitan crear espacios para la expresión de las emociones de malestar y la negociación de los contratos terapéuticos para que la persona se sienta individualizada y atendida.

Una de las preocupaciones más importantes a considerar es la formación y capacitación permanente del personal. Maxwell Jones era criticado por sus colegas del Hospital porque dedicaba mucho tiempo a ello. Desde mi experiencia profesional como director de la comunidad terapéutica Haize-Gain desde 1982 al 2001 probablemente haya sido una de las inversiones institucionalmente más rentables el cuidado y la formación del personal que permiten que las potencialidades de la matriz grupal desarrollen mayor capacidad para rescatar los elementos más creativos de todo el grupo y desarrollar mecanismos correctores de las anteriores situaciones vividas por los personas permitiendo explorar y aprender nuevos modos de sentir y actuar. Una gratificación constante es lo que podemos incorporar a nuestra vida de experiencia y conocimiento de nosotros mismos y de las relaciones con los demás a través del trabajo en una comunidad terapéutica.

Otra premisa es ver si hay una dirección adecuada que cuide y ordene. En relación al estilo de liderazgo para Aron y Llanos ( 2004) el jefe que promueve ambientes protectores es aquel que demuestra preocupación por las necesidades de los profesionales; provee los recursos necesarios para realizar bien el trabajo; es sensible y flexible en relación a temas familiares; es capaz de reconocer los aspectos positivos y demuestra confianza en el profesional, se interesa activamente en su trabajo; defiende la posición de los profesionales ante la institución, comunica claramente sus expectativas; adecua las tareas a cada profesional; es emocionalmente estable (calmado, buen humor); entrega ayuda técnica cuando se necesita; está disponible; es abierto y honesto, los profesionales confían en él o ella.

Para Kenberg (1996) es importante prevenir el fenómeno de la paranoiagenesis en las instituciones, y para ello los dirigentes deberían reunir cinco características: 1) mucha inteligencia 2) honestidad personal e impermeabilidad a los procesos políticos 3) capacidad para

establecer y mantener relaciones objétales profundas 4) un narcisismo sano 5) una actitud paranoide saludable, justificada y con capacidad de previsión en contraste con la ingenuidad.

También son muy importantes para hacer equipo los rituales de incorporación y de despedida de los profesionales. Una pregunta básica es ¿Cómo se acoge a los nuevos compañeros? Hay que ver si se facilita la integración de nuevos miembros al equipo, ayudándoles a entender la cultura grupal de la organización y permitiendo al resto de los profesionales hacer un espacio al recién llegado. Con los rituales de despedida, ya sea por partida voluntaria u obligada se facilita la elaboración de estas experiencias donde se han desarrollado vínculos intensos y contribuyen a mantener los climas laborales sanos. Al personal que deja el trabajo se le debe dar una despedida apropiada. Cuando un miembro del personal decide cambiar de trabajo, no se debe tomar como un fracaso o un abandono. El hecho de que la persona haya compartido momentos intensos dado mucho de sí mismos debe ser reconocido y deben recibir una buena despedida.

## 5. EL DESGASTE EMOCIONAL DE LOS PROFESIONALES EN EL TRABAJO Y BOURNOUT.

Por desgracia, un fenómeno común al equipo de la CT y otras instituciones de ayuda es el síndrome de agotamiento o quemado (Majoor, 1986). Se caracteriza por un desgaste de la persona o por un agotamiento causado por la excesiva demanda de energías, de fortaleza o de recursos y puede ser causa de trastornos psicológicos graves, del abandono de la profesión o del campo de trabajo. Son habituales las bajas laborales atribuibles al stress o depresión que sin embargo tienen su origen en un desgaste emocional o algún hecho traumático (agresión de un paciente por ejemplo).

Freudenberg define el burnout como “un estado de fatiga o frustración que aparece como resultado de la devoción a una causa, a un estilo de vida o a una relación que no produce las recompensas esperadas” (Freudenberg, (1974). No se trata de agotamiento por exceso

de trabajo, es decir, no es algo que pueda curarse tomando unas vacaciones. No se trata sólo de cansancio, sino que es una especie de "erosión del espíritu", que implica una pérdida de la fe en la empresa de ayudar a otros.

Aparecen señales como el sentimiento de fatiga, molestias físicas, dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales, falta de sueño o dificultad en dormir, perdida de peso y respiración cortada (Freudenberg, 80). El proceso de una persona quemada sufre un cambio. Se irrita con facilidad y se va volviendo paranoica; toma muchos riesgos o se vuelve rígido como resultado del desgaste. Para una persona exhausta, el cambio resulta amenazador. Otros indicios de este fenómeno son el desarrollo de una actitud cínica, vagar por todas partes, gastar más tiempo y hacer menos trabajo. En cuanto a la estructura, se observa un aumento de las horas dedicadas a la reunión del personal y, con ello, la disminución del tiempo de contacto con pacientes, que es un factor terapéutico de primer orden (Kenberg, 1986). También se burocratizan las tareas y el proceso de atención.

El desgaste se ve facilitado por dificultades originadas por los propios profesionales como deficiente formación, falta de interés y escasa motivación. Pueden aparecen actitudes poco adecuadas y nada receptivas como son actitudes pasivas, de inhibición, derivativa, paternalista y compasiva o represiva y de rechazo con desconfianza mutua. El burnout (cansancio emocional, pérdida de empatia, bajo rendimiento), se asocia con baja satisfacción profesional secundaria al sistema, miedo a cometer errores, escasez de recursos extraprofesionales, menor preparación, junto con demandas y expectativas excesivas (Ochoa 1997).

Hay varios tipos de personal profesional y para-profesional que es más propensa a agotarse o a quemarse en la CT (De Leon, Beschner, 1976):

- Las personas entregadas y confiadas que quieren demasiado y que no reconocen las presiones que se ejercen sobre ellos y se creen capaces de dar más, redoblan sus esfuerzos para atender todas las demandas y no consiguen relajarse.
- Los profesionales motivados a trabajar por un sentimiento de culpa.

- Los ex-adictos con necesidad de probarse a sí mismos que tienen un sentido de arrogancia y una necesidad de demostrarse que no son tan malos como solían ser.
- Las personas con poca preparación y para las que la CT es el único medio de vida, y no tienen recursos, intereses, actividades, amigos o auto-definición fuera de la CT.
- La personalidad autoritaria. que siente que es el único que puede hacer algo bien y no puede delegar ninguna responsabilidad y trata de mantener todo bajo control. Esta persona llega a estar aislado y no tiene nadie a quién pedir ayuda o soporte.
- Los profesionales que "lo saben todo" y por ello establecen un sistema o proceso de no-comunicación entre ellos y la organización.
- Los profesionales que pierden su identidad .Suelen adoptar totalmente el lenguaje del residente, su vestido y estilo de vida. Se pierden y pierden su credibilidad con los administradores, la organización y los residentes. La obligación de realizar muchas funciones y de relacionarse simultáneamente con los residentes, otros profesionales y la comunidad, junto a la presión a la que están sometidos es una de las causas del "quemarse".

Un aspecto que tiene relación con el sentimiento de los profesionales de frustración e impotencia ante la tarea se refiera al afrontar cotidianamente una peculiar práctica clínica donde se hace especialmente difícil evaluar los éxitos y los fracasos. Las interrupciones reiteradas, el incumplimiento de los acuerdos, los agravios a los encuadres terapéuticos, forman parte del panorama habitual (Barenblit y alt 1997).

También el trabajo en una comunidad terapéutica tiene un fuerte elemento vocacional. Algunos de los interrogantes que surgen en los profesionales son: ¿Vale lo que hago?, ¿Lo estoy haciendo bien? ¿A quién le importa? En los últimos años a habido una perdida de prestigio social de trabajar con toxicómanos y otros emergentes sociales al tener el tema una menor relevancia y lo que antes podía entenderse por interés dada la alarma social generada puede vivirse en la actualidad como no es importante mi trabajo para nadie. Hay frecuentes quejas por parte de los profesionales de los centros con respecto a las instituciones de que la calidad se relaciona más con los números

que con los resultados de las personas.

Con el paso del tiempo suele ocurrir un proceso de institucionalización de aquellos equipos dinámicos que iniciaron las CCTT hace años y que ha permitido el logro de muchos aspectos positivos, como una mayor profesionalización de las intervenciones, un amplio repertorio de experiencias, mayores recursos y una consolidación de las estructuras, pero por el contrario ha traído consigo una solidificación de la metodología de trabajo, el envejecimiento de los equipos y una burocratización de las tareas que impide en muchos casos, continuar con el proceso de cambio continuo; "dejar posiciones ya conocidas por otras más inciertas que suponen más riesgo" (O´Donnell, 1974).

Para García Badaracco (1990) es necesario poner mucha energía en la realización de la tarea. Las resistencias y las carencias de los pacientes pueden ser vencidas y superadas solamente con una actitud estable, permanente, persistente y perseverante, a través de la cual el paciente se sienta cuidado, protegido, sostenido y seguro y pueda entonces ir descubriendo dentro de él sus propias fuerzas y puedan ir despertándose sus propias ganas de vivir. Normalmente los pacientes y el personal sanitario se desmoralizan si aquéllos no mejoran. Una retroalimentación (*feedback*) de flujo regular durante el curso del tratamiento es otro factor importante de la conservación del sistema. (Karterud,1998).

No se puede trabajar con la sensación de que uno tiene que dar permanentemente sin recibir nada. Se trata más bien de descubrir, reconocer y cultivar los factores que contribuyen dentro de la tarea para la obtención de mayores gratificaciones y satisfacciones emocionales. El resultado terapéutico es posiblemente la fuente de gratificación más importante.

¿Cómo se hace todos los días, con respecto a la necesidad de gratifcaciones adecuadas para poder realimentar sanamente nuestras propias fuentes de libido necesaria para la tarea? Quizás esta realimentación hay que buscarla en el intercambio mismo con los pacientes y con los otros miembros del equipo, como un intercambio enriquecedor. El propio enriquecimiento que significa ese aprendizaje.

Los tratamientos deben ser vistos, como un sistema de cambio continuo donde siempre es deseable la innovación y donde existe el peligro del "anclaje" del modelo por el cansancio del personal, así como por la necesidad de cumplir infinidad de respuestas dentro de un sistema amplio. La respuesta debe darse desde un equipo multidisciplinar con roles muy definidos, preparación técnica suficiente y amplia autonomía administrativa que permita realizar los cambios adaptativos oportunos en cada momento. Además, es necesaria una supervisión a los miembros del equipo que ayude a rescatarlos de una forma de sufrimiento humano, que en la medida que no encuentre alivio, impregna de decepción y pesimismo a las instituciones desencadenando mecanismos defensivos intensos en pacientes, familiares y equipo que contribuyen a aumentar el malestar.

## 6. CUIDARSE DE UNO MISMO. CUIDADO EN EL EQUIPO Y LA INSTITUCIÓN.

El cuidado es una responsabilidad personal de cada profesional y debe asumirlo como tal. Es muy importante el verse uno mismo como profesional de riesgo y el desarrollo de factores protectores.

Suele ser habitual en los profesionales dedicados a la atención un sentimiento de omnipotencia, un "puedo con todo" y mecanismos de defensa como la negación, poniendo en el otro la capacidad de enfermar. En ocasiones el miedo a no verse competente ante la complejidad de la psicopatología presente y las inseguridades a "no ser un buen profesional" pueden llevar a ocultar hechos traumáticos que puedan estar sucediendo en el trabajo.

El trabajo en contacto directo nos lleva a desarrollar el concepto de riesgo que es el primer paso para el cuidado: reconocerse como profesionales y como equipos en riesgo y dedicar recursos al desarrollo de estrategias que permitan amortiguar el efecto nocivo y contaminante que tiene el trabajo.

Es necesario generar condiciones “cuidadosas” y protectoras para el trabajo de los equipos. Para Arón y Llanos (2004) es prioritario abordar este tema en profesionales de ayuda, que están permanentemente orientados hacia las necesidades de otros y supone un cambio para dirigir la mirada hacia uno mismo y hacia los grupos de trabajo, que son la herramienta fundamental en las relaciones de ayuda. La mayoría de los equipos e instrumentos de precisión no sólo tienen períodos de revisión periódica sino que están a cargo de personal técnico especializado que detecta el más mínimo error en su funcionamiento. Mientras más valiosas son las maquinarias, mayor es la inversión en su cuidado y mantenimiento. A eso se refiere la responsabilidad por el autocuidado: exigir condiciones de trabajo que no impliquen ser tratados como profesionales desechables y que sean acordes a la delicada tarea encomendada

## 7. CUIDARTE PARA CUIDAR.

Si bien el compromiso emocional con que cada miembro de la Comunidad Terapéutica vive los acontecimientos no es el mismo, sabemos que consciente o inconscientemente las emociones nos llegan, nos penetran y actúan dentro de nosotros. Los mecanismos de defensa que todos utilizamos dependerán fundamentalmente de los recursos yoicos genuinos que cada uno haya podido desarrollar a lo largo de su vida.

Es necesario un registro oportuno y darse cuenta de los malestares y poder expresarlos libremente. Los seres humanos aprendemos a silenciar estas señales postergando la satisfacción de necesidades básicas o invisibilizando las fuentes de dolor y malestar. Una estrategia importante de autocuidado se refiere a recobrar la capacidad de registrar oportunamente los malestares. Una gran cantidad de los trastornos que se describen como consecuencia del burnout se relacionan con no haber registrado oportunamente fuente de estrés o malestar, acumulando tensiones por largos períodos de tiempo que desembocan en lesiones o enfermedades. Recuperar la capacidad de

registrar los malestares, tanto los físicos como los psicológicos es uno de los requisitos fundamentales del autocuidado. Darse cuenta cuando debemos descansar, cuando tenemos hambre, cuando debemos ir al baño. Del mismo modo, ser capaz de registrar las molestias psicológicas oportunamente, lo que se relaciona con estrategias adecuadas de abordaje de conflictos.

Una estrategia adecuada es permitirnos compartir con otros miembros del equipo los sentimientos de debilidad, cansancio y agotamiento y poder mostrar el miedo. Por ejemplo después de un episodio violento sobretodo si ha sobrevenido una agresión, el impacto es tremendo para la persona que ha intervenido pero también para el resto de miembros. Las situaciones dolorosas y prolongadas silenciadas tienden a producir un tremendo malestar que pueda manifestarse en bajas laborales por stress, ansiedad y depresión. Uno de los aspectos más inhabilitantes de la actividad profesional es el miedo a revivir el dolor de la situación traumatica. Si dejamos que el dolor se acumule podemos llegar a enfermar y somos malos enfermos y es frecuente encontrar resistencias a dejarse ayudar.

Hay que darse tiempo y ha veces pedir ayuda profesional para elaborar las situaciones traumáticas que necesiten de buscar una salida de alivio .Además las circunstancias de vida de cada persona puede estar sometida a factores estresantes o dolorosos. Una importante responsabilidad es el cuidado de la salud propia y es recomendable una psicoterapia personal.

Un motivo de desgaste suele ser la sobre implicación en la vida de los pacientes o la proyección de expectativas y objetivos poco accesibles para realizarlos que suelen verse frustrados con frecuencia. Una distancia adecuada en la relación de ayuda, que sea “ni demasiado cerca, ni lejos” ayuda. La distancia, entendida no cómo algo físico entre profesional-usuario, sino como algo relacionado con las responsabilidades, con los límites y el lugar que ocupa cada uno en la tarea. Se pueden establecer relaciones acogedoras con los usuarios y saber captar donde están los límites de la relación de ayuda (que corresponde a cada cual) y el respeto mutuo. Esto requiere como condición prioritaria aceptar nuestras propias limitaciones y las de los pacientes,

sin que esto deba significar a priori un sentimiento de frustración; solamente admitir que nuestra actitud debe ser plástica y requiere una buena dosis de paciencia y tolerancia y que muchas veces será necesario modificar la rigidez de nuestros propios esquemas.

Hay que tener en cuenta las transferencias y contransferencias entre profesionales y usuarios y la necesidad de espacios de vaciamiento y decomprensión. Se trata de compartir la pesada carga emocional del impacto que provocan contenidos muy fuertes en la persona que los escucha. Es frecuente que el impacto emocional de algunos eventos traumáticos sea tan fuerte que deje al profesional "atragantado", pegado en esa situación, sin posibilidad de registrar o elaborar otros contenidos hasta que no se produzca el vaciamiento. El vaciamiento tiene un efecto de descompresión, que es necesaria para poder seguir trabajando.

Hay necesidad de disponer de espacios personales de oxigenación, en que la persona pueda airearse, nutrirse, en actividades absolutamente alejadas de las temáticas de trabajo; como por ejemplo la jardinería, la pesca, el montañismo, la lectura, la artesanía, la participación en grupos y otros (Aron y alt 2004).

También hay que contemplar y fomentar el ejercicio físico. Las tensiones del trabajo se acumulan en el cuerpo. La rigidez, dolores musculares, dificultades para conciliar el sueño, cefaleas son síntomas que pueden aliviarse dedicando espacios periódicamente para el cuidado del cuerpo. El cuerpo no debe ser despreciado y el cuidado no se debe concentrar solo en la mente.

Ubicación de la responsabilidad donde corresponde. Evitar auto-responsabilizarse en exceso y evitar culpar a otros. Para abordar esto en formación con profesionales suelo realizar un ejercicio que denomino. "perdonarse la vida" .Los profesionales se enfrentan a decisiones importantes de las personas que atienden en un clima de urgencia y pueden cometerse errores. Es importante saber reconocerlos, permitírselos sin flagelarse y aprender para las nuevas situaciones que van a surgir en el trabajo diario donde una y otra vez van a surgir problemas y hay que tomar nuevas decisiones. Un requisito para un

abordaje adecuado de resolución de conflictos, es lo que permite la reparación, especialmente cuando ha habido daño como consecuencia del manejo inadecuado y especialmente en el daño de las relaciones interprofesionales.

Seguir formándose continuamente. Es importante recibir formación en aquellas perspectivas teóricas que entregan destrezas instrumentales adecuadas para el tipo de trabajo. Recordemos que una fuente importante de desgaste profesional es la sensación de ineficiencia y de incompetencia.

## 8. PROPUESTAS PARA EL CUIDADO DE LOS EQUIPOS.

El cuidado de los equipos es responsabilidad de los niveles directivos y de las instituciones, se refiere a crear y asegurar condiciones de trabajo que transmitan un mensaje de preocupación y cuidado de la institución por sus equipos de trabajo. Algunos de estos factores protectores se refieren a las condiciones mínimas de seguridad en relación al desempeño laboral, otras se refieren a los estilos de liderazgo y a los estilos de supervisión en los lugares de trabajo.

Hay también una co-responsabilidad de todos los miembros de un equipo para cuidarse uno a otros (hoy por ti mañana por mí). Muchos de los episodios cotidianos de la vida en la comunidad terapéutica están expuestos a la vista de los otros, sean pacientes o miembros del equipo y cada intervención terapéutica, educativa o social es única para el momento y la situación. La opinión y el señalamiento de lo que no vemos, o nos cuesta ver por parte de los compañeros es una de las mejores herramientas para nuestra salud mental así como el apoyo y reconocimiento en los momentos de incertidumbre.

- El equipo que trabaja en este campo debe tener una remuneración económica adecuada y sobre todo seguridad laboral. Evitar la inestabilidad de los equipos y favorecer la cohesión; por ejemplo en las contrataciones del personal.
- Cobertura de las instituciones Asegurar a los profesionales

las condiciones mínimas de resguardo de la integridad personal en el trabajo. Especialmente cuando el trabajo se desempeña en comunidades de alto riesgo social y con usuarios que pueden ser peligrosos. Se detecta poco respaldo ante determinadas situaciones (Ej. poner una denuncia). La responsabilidad recae en el profesional directamente y no en la entidad como tal. Si uno no se siente protegido sin duda condicionará todas las posteriores intervenciones

- Compartir la responsabilidad de las decisiones de riesgo que debe tomar cada miembro del equipo por ejemplo exclusión de un paciente del tratamiento El desgaste que implica tomar la responsabilidad en este tipo de decisiones que tienen alguna probabilidad de tener desenlaces fatales, puede amortiguarse cuando es todo el equipo quien asume la responsabilidad por las consecuencias de la decisión

- Es necesario crear espacios para ir trabajando los problemas cotidianos, que oxigenen y ayuden a los equipos para continuar adelante. Organizar espacios sistemáticos en que todo el equipo tenga la oportunidad de vaciar los contenidos más desestructurantes .No llevarse los problemas a casa; ni es adecuado y vulnera el acuerdo de confidencialidad.

- Generar espacios protegidos para la hablar y resolver los problemas surgidos en el interior de los equipos, desarrollando estrategias constructivas en las cuales puedan ventilarse los desacuerdos y desarrollo de destrezas de negociación, consenso y respeto de las diferencias.

- Horario limitado de trabajo y tiempos adecuados para la recuperación. No deben volver a la CT en sus días libres y la disponibilidad en cuanto al teléfono móvil fuera del trabajo debe limitarse por cuanto las llamadas van cargadas de angustia y urgencia que no permiten descansar.

- Hay que cuidar la dependencia del trabajo. Nadie es imprescindible y debe fomentarse la autonomía dentro de la institución. En sistemas muy jerarquizados, el líder o director esta sobrecargado y es necesario una delegación de responsabilidades. Las personas que trabajan en una comunidad terapéutica deben construir sus vidas y sus relaciones personales ajenas al centro.

- Criterios claros y consensuados entre todos y revisados periódicamente de los aspectos fundamentales del trabajo. El equipo no

debe transmitir el mensaje de que se está dispuesto a aguantar todo, hay que situar las cosas, poniendo límites claros.

- Crear espacios de distensión en el equipo que permitan relacionarse en otras áreas y temas. Por ejemplo hacer un descanso en la jornada laboral y tomarse un tiempo para poder distenderse de la presión y hablar de otras cosas que no sea de trabajo tomándose una infusión. Espacios lúdicos compartidos como comidas o cenas de equipo, regalos de navidad.

- Reconocimiento por parte de la dirección y la institución hacia los trabajadores. Con pequeños detalles y gestos se puede manifestar confianza, cariño y respeto y alientan en el desempeño de la tarea

- Estilos de liderazgo democráticos. Los estilos de liderazgo autoritario y vertical aumenta la probabilidad de reproducir las dinámicas de abuso al interior de los equipos y tiende a silenciar los conflictos.

- Permitir pedir ayuda oportuna a supervisores o consultores externos para elaborar los temas que dificultan el avance del equipo con estilos de supervisión protectores y fortalecedores de los propios recursos

- Formación y capacitación permanente del personal dentro de la propia institución aprovechando el aprendizaje que se presentan en la vida diaria de la institución. Seminarios clínicos, talleres de capacitación en habilidades y técnicas

- Apoyo de la institución para la formación externa en áreas propias de cada profesional. También una formación específica según los casos; para reconocer la patología del usuario y el modo de relacionarse ante situaciones concretas.

- Crear espacios para pensar y reflexionar en lo que se hace. Se dedica poco tiempo a ello y ayuda a contextualizar y entender las situaciones que se están viviendo y buscar alternativas y cambios.

- Promocionar el estudio y la presentación de trabajos en congresos de investigación y de reflexión metodologica de la tarea que se va realizando tratando de aunar trabajo practico y marco teórico.

- Favorecer las relaciones vinculares con otros profesionales de otros servicios y redes, mediante jornadas, seminarios, visitas a los centros que favorezcan los procesos de derivación de pacientes y complementación de actuaciones con otras instancias. Por ejemplo

con el sistema judicial tan ajeno al mundo socio-sanitario con el que se comparte la responsabilidad de muchos casos.

- Apoyo y supervisión a los profesionales que comienzan. El trabajo en una comunidad terapéutica por la cantidad de estímulos continuos y el contacto directo con os pacientes supone un fuerte stress en las personas que se inician y es necesario cuidar y llevar la preparación del personal de forma progresiva, enseñando e informando, al mismo tiempo que se elimina la presión del trabajo diario. El personal encontrará respiro en estar en esta situación de recibir más que dar durante todo el día.

- Cuando existe personal voluntario, que es frecuente en muchos centros deben ser protegidos cuidadosamente y puestos en programas de preparación y darles el soporte emocional necesario para afrontar aspectos que les puedan descompensar en las relaciones con los usuarios.

- En algunas instituciones se proponen trabajos rotativos con el objetivo de evitar el aburrimiento y la rutina. Un aspecto importante es como dar una salida laboral a personas que ya no están con la disposición anímica para seguir trabajando en una comunidad terapéutica y sin embargo han creado unos sólidos vínculos de dependencia incluso fidelidad dentro de la institución. Ayudar a desengancharse de la comunidad y ver que cuando el trabajo se convierte en sufrimiento, y ofrece pocas compensaciones hay que abrir una puerta que facilite la salida.

- Transmitir confianza y esperanza en lo que estamos haciendo Existe mucho dolor y desesperanza en algunos pacientes, son personas en situaciones límite y la relación que mantienen con los profesionales, aún distando de ser la ideal, es la mejor que han mantenido en su vida. Es una responsabilidad enorme sostener esa relación. La esperanza es un componente de la moral comunitaria.

## 9. UN MODELO INTEGRAL DE INTERVENCIÓN DE CUIDADO INSTITUCIONAL. LA SUPERVISIÓN CLÍNICA Y DEL EQUIPO.

La supervisión esta en relación con la formación continuada y el cuidado de los equipos. Cada equipo necesita de su propio espacio y tiempo. La participación de un profesional externo a la institución que ayude a los equipos a reconocer los elementos conflictivos del trabajo y facilite la comunicación entre sus miembros, aportando un plus de experiencia no es una tarea fácil. Hace falta una sintonía entre supervisor, equipo y dirección y la construcción de una estructura adecuada a las necesidades de cada centro.

Este es un modelo con el que el autor del texto ha trabajado durante varios años con varios equipos de comunidades terapéuticas de una misma organización como consultor externo en encuentros mensuales de 8 horas de duración.

### 9.1. Objetivos generales de la supervisión:

- Generar un espacio que favorezca la reflexión participativa en grupo, que estimule y aporte niveles de discusión más amplios sobre cada situación particular o individual, introduciendo la autocrítica como elemento impulsor de la tarea.
- Propiciar la creatividad del equipo en el diseño de modelos y estrategias educativas, terapéuticas e institucionales, eficaces para la resolución de los problemas planteados.
- Ayudar a desarrollar las potencialidades profesionales de los miembros del equipo.
- Favorecer la expresión y la integración de las ansiedades subyacentes del equipo de atención, y promover mecanismos de protección para detectar el malestar que produce el trabajo.

## DISTRIBUCIÓN DE CADA ENCUENTRO:

| Reunión general | Taller estrategia | Taller funcionamiento | Consultoria dirección |
|---|---|---|---|
| 3 h | 2 h | 2 h | 1 h |

### 9.2. Metodologia:

Exposiciones de las situaciones y de los casos por parte de los miembros del equipo, y mediante técnicas activas facilitar la participación grupal (dinámicas de grupo, Rol playing…)

### 9.3. Descripción de los espacios de supervisión del equipo y del trabajo terapéutico, educativo y social:

**1. Reunión general.**

Encuentro mensual de 3 horas con todos los miembros de cada centro.

Es un espacio de ventilación que pretende traer al grupo la carga emocional que comporta el trabajo; analizando mediante la participación activa de los miembros del equipo interdisciplinario las situaciones con las que se encuentra a la hora de hacer sus tareas. La intención es ayudar a entender las dificultades que se presentan en la relación asistencial para alcanzar las metas que se consideran posibles y pertinentes para cada paciente y para el grupo en cada etapa del proceso terapéutico:

- con el propio paciente y sus familiares.
- entre los propios miembros del equipo.
- con los medios disponibles.
- con los recursos de procedencia y derivación de los pacientes.

Evaluar la eficacia de la practica profesional terapéutica y formativa-educativa en el ámbito individual y grupal (procesos, estrategias de ejecución...) e ir valorando la adaptación del programa terapéutico a la realidad cambiante en cada momento.

El trabajo en comunidad terapéutica desde roles claramente diferenciados exige más que en cualquier otro dispositivo asistencial de acciones coordinadas en una misma dirección que requiere de una meticulosa tarea de cooperación y potenciación entre todos los miembros de un equipo, lo cual implica la búsqueda de acuerdos que permitan consonancias entre la amplia diversidad de enfoques educativos, terapéuticos y sociales y la sensibilidad propia de entenderlos por cada miembro del equipo.

**2. Taller estrategia.**

Encuentro mensual de 2 horas para los miembros encargados de crear las estrategias y diseñar el trabajo terapéutico: Psicólogos, Médicos, Trabajador Social, D.U.E.

Mediante el análisis de casos se pretende visionar las situaciones que por sus características perturban el desarrollo de los procesos terapéutico y las dificultades con las que se encuentra el terapeuta. En las sesiones de trabajo se focaliza y privilegia el estudio del historial clínico, a partir de las entrevistas realizadas y de las sesiones de psicoterapia realizadas, buscando desbloquear la práctica y orientarla hacia metas terapéuticas para cada caso y situación.

Para ello es necesario ir revisando y completando un diagnostico operativo de cada paciente, desde una perspectiva individual, familiar y grupal que determine las alteraciones físicas, psíquicas y los problemas laborales o jurídicos pero que también permita orientar al resto del personal del centro sobre el posible comportamiento del paciente y el modo de abordarlo concretando los objetivos de las intervenciones terapéuticas y educativas más adecuadas para cada persona dentro de la comunidad terapéutica, incluso previendo un esbozo de reinserción social o en el caso de abandono o exclusión las posibles alternativas de derivación que al final permita evaluar la eficacia del tratamiento.

**3. Taller funcionamiento.**

Encuentro mensual de 2 horas para los miembros de cada centro encargados del funcionamiento diario del centro: Educador, Maestro de taller, monitores-animadores, limpiador, guarda, cocinero, auxiliar-administrativo.

El equipo de los centros está compuesto de personas con diferentes formaciones. El peso en la convivencia cotidiana y del control de las normas suele recaer en los monitores y el personal de servicios; en algunos casos con menor preparación técnica y gran experiencia profesional, que en poco tiempo debe ir adaptándose a cambios rápidos en la demanda de los pacientes y en las características que presentan.

Es necesario una preparación y formación que permita reconocer los trastornos psíquicos de los individuos y capacitar para saber manejarse en las situaciones de relación con esta problemática y en especial a las intervenciones en crisis. Las crisis son episodios recurrentes que van a aparecer a lo largo del proceso de los pacientes y en la vida de la institución. En los últimos años el aumento de trastornos mentales entre los pacientes drogodependientes ha determinado el cambio de pautas de tratamiento, que sumadas a otras problemáticas adjuntas como el SIDA, la cronificación de los pacientes, las nuevas formas de consumo de drogas y el envejecimiento de la población toxicómana, sugieren nuevos enfoques de trabajo que permitan pensar en la Comunidad Terapéutica como un espacio flexible y abierto a pacientes muy diversos y estructuras de personalidad diferentes. Es muy importante la contención en situaciones de crisis y la capacitación de los miembros del personal para saber reconocer los episodios y poderlos abordar. Suelen ser situaciones estresantes para las personas del equipo, que suelen crear temores e impotencia, especialmente cuando hay riesgo de suicidio o explosiones de agresividad.

**4. Consultoría y apoyo a la dirección.**

Espacio mensual de 1 hora para la persona /s que ostentan la dirección de los centros.

Es frecuente que las personas que detentan la máxima responsabilidad de la institución, sean las que cargan con el mayor peso de los conflictos cotidianos y más dificultades encuentren por él puesto que ocupan en buscar puntos de apoyo (ya que en muchos ocasiones no es posible hacerlo con los compañeros) para compartirlos, y encontrar orientación profesional y apoyo. La multiplicidad de problemas que comporta un centro de estas características genera un alto stress en la dirección.

# Capítulo 6

## Indicación terapéutica y claves de la derivación desde un Centro Ambulatorio

Patricia AMARO LÓPEZ

Virginia CHANA GONZÁLEZ

Esther MARTÍN LUNA

## 1. INTRODUCCIÓN.

En el presente artículo se expone cómo la consolidación de una red asistencial pública, diversificada y profesionalizada, permite que la intervención a los drogodependientes que están en tratamiento en un Centro Ambulatorio, y han de ingresar en una Comunidad Terapéutica, pueda dar continuidad y coherencia al tratamiento indicado por los profesionales.

La red asistencial establece un circuito terapéutico con diferentes niveles de recursos (primer nivel, segundo nivel, tercer nivel y cuarto nivel) que redunda en un beneficio y mayor eficacia en la intervención.

Se menciona también la capacidad de adaptación que han tenido los diferentes recursos de la red (Centros Ambulatorios, Comunidades Terapéuticas, Pisos, etc.) ante los cambios en los patrones de consumo. Las nuevas demandas han obligado a plantear a los profesionales nuevas estrategias terapéuticas y actualizar criterios de admisión, indicación terapéutica y criterios de exclusión en los Centros, más adaptados a la realidad actual y a las exigencias requeridas desde diferentes instancias.

El acceso a esta red es facilitado por los Centros Ambulatorios, los drogodependientes que se encuentren en dichos Centros y reúnan los criterios de indicación y admisión pueden ser derivados a la Comunidad Terapéutica o cualquier otro recurso existente en la red.

Se refleja, también, la realidad actual de los Centros Ambulatorios, cuando han de enviar a un sujeto a un centro residencial. No se reciben tantas demandas para ingresar en Comunidad Terapéutica, y esta indicación no es siempre bien recibida por parte del drogodependiente.

Las dificultades en la intervención para un Centro Ambulatorio están ahora en aquellos perfiles para los que no hay una respuesta social adecuada, por la desestructuración social o mental de los mismos o bien por la dilatación del ingreso, en un Centro Residencial.

Finalmente se exponen unas consideraciones generales y las variables que se tienen en cuenta por el equipo de profesionales que trabajan en un Centro Ambulatorio para valorar un ingreso en un recurso residencial. Variables que tienen que ver con su proceso de adicción, tratamientos y evolución en los mismos, aspectos psicológicos y psiquiátricos, entorno familiar, red de apoyo, aspectos educativos y laborales, así como los aspectos sanitarios, que en muchos casos son determinantes y excluyentes para un ingreso.

La gestión del recurso ha de hacerse a través de un informe de derivación, donde se debe reflejar también los objetivos del tratamiento del paciente, y por lo tanto se conocen y comparten por los profesionales de ambos recursos.

El artículo tiene como objetivos:

- Ofrecer una información sobre los datos que se tienen en cuenta para valorar la indicación terapéutica desde un Centro Ambulatorio.
- Valorar las dificultades que supone a un Centro Ambulatorio la no admisión de un sujeto en Comunidad Terapéutica.
- Conocer las ventajas de la actual red asistencial y los circuitos terapéuticos.

## 2. INDICACIÓN TERAPÉUTICA Y CLAVES DE LA DERIVACIÓN DESDE LOS CENTROS AMBULATORIOS.

A lo largo de estos años ha habido una evolución y adaptación de los recursos asistenciales para drogodependientes “consolidando una red de atención amplia, diversificada y profesionalizada que permite ofrecer una respuesta asistencial adecuada a las exigencias de la población drogodependiente”, (PNSD 2000-2008). Se da una cobertura integral a las demandas a través de una red asistencial coordinada de recursos especializados. Se logra un ***circuito terapéutico*** para la asistencia al drogodependiente que implica diferentes niveles funcionales de intervención, dispuestos según su grado de especialización

y de accesibilidad. En sus diferentes niveles, tendrá recursos y programas con el objetivo principal de posibilitar la integración social y laboral de los usuarios de drogas (PNSD 2000-2008).

Los programas asistenciales deberían tener la plasticidad necesaria para adaptarse a los nuevos perfiles.

El circuito terapéutico contempla recursos de:

**Primer nivel**, son los equipos de Atención Primaria de Salud, Servicios Sociales y Servicios que ejecuten los programas de "Reducción de riesgos y daños". Constituyen la puerta de entrada al sistema.

**Segundo nivel**, como los Centros Ambulatorios, que son el eje de la red asistencial. Lo componen equipos ambulatorios interdisciplinares que diseñan y desarrollan los planes terapéuticos individualizados.

**Tercer nivel**, son las Comunidades Terapéuticas, con un alto grado de especialización, se accede a ellos por derivación de los recursos de segundo nivel.

**Cuarto nivel**, enfocados a la reinserción, tales como los talleres ocupacionales, pisos de reinserción.

Esto que puede parecer un simple planteamiento teórico tiene una entidad real y una implicación práctica importante. Proporciona unos beneficios no sólo para las personas drogodependientes, sino para los profesionales que trabajan en este ámbito y han de determinar el recurso que mejor pueda adaptarse a la persona en tratamiento.

Esta red permite contar con unas alternativas de tratamiento y recursos que facilitan la consecución de objetivos compartidos en una problemática tan compleja, profunda, y árida como esta. No pocos profesionales y servicios de otras áreas recurren a esta red alegando un consumo problemático cuando el eje del problema se ubica claramente en otro nivel. (Podríamos pensar ¿qué hubiera ocurrido con el fenómeno de las drogodependencias de no haberse creado esta potente red asistencial? ¿Cómo estarían ahora todos los drogodependientes que han pasado por esta red?).

La presencia de una red asistencial hace que se establezcan las vías para una buena coordinación y que los tratamientos sean continuis-

tas, en cuanto a los objetivos marcados y a las estrategias terapéuticas planteadas.

A lo largo de estos años se ha ido configurando una forma de intervención en drogodependencias que nos hace únicos, por el modo de abordar el trabajo interdisciplinar, a pesar de las significativas diferencias que pueda haber entre centros, profesionales, escuelas y estilos personales.

El ingreso de un drogodependiente en una Comunidad Terapéutica, es decir en un recurso de tercer nivel, no constituye el fin último del tratamiento, sino que es un elemento más en su largo proceso de rehabilitación e inserción social, es un dispositivo intercalado en un programa de tratamiento integral que empieza y continúa en los Centros Ambulatorios de referencia de los que proviene el sujeto.

Los Centros Ambulatorios públicos utilizan los recursos que están incluidos dentro de la propia red asistencial, que garantizan una oferta profesional gratuita, lo que no impide, en casos puntuales, el uso de Comunidades Terapéuticas privadas no concertadas, si así lo permiten las partidas presupuestarias correspondientes. No se menciona aquí esos otros casos de sujetos que ingresan directamente en Comunidad Terapéutica, generalmente privadas, puesto que no son objeto de este artículo.

Hechas estas aclaraciones analicemos la realidad de los Centros Ambulatorios, que nos darán algunas claves presentes en la valoración y posterior derivación de un paciente en un Centro Residencial:

### Claves

**A lo largo de estos años se ha producido un descenso en la demanda de Comunidad Terapéutica.**

El Centro Ambulatorio, al ser el primer lugar de referencia para los drogodependientes, son los que primero reciben y detectan los cambios que en torno a este fenómeno se van produciendo. Así, los nuevos

patrones de consumo han ocasionado unos perfiles de consumidores no tan desestructurados y más integrados socialmente, lo que, en consecuencia, no ha favorecido las demandas de ingresos en centros residenciales.

Los Centros Ambulatorios nos encontramos con un amplio abanico de sujetos, con características muy diversas. Los consumidores de cocaína, presentan un perfil más normalizado socialmente y esto dificulta el hecho de un ingreso. Aquellos otros politoxicómanos con una larga trayectoria de consumo, llevan en su haber un amplio historial de ingresos y reingresos que les hacen ser más reticentes a estrategias terapéuticas ya conocidas.

Las siguientes tablas, procedentes de los datos recogidos por el PNSD nos dan una idea de las atenciones que se realizan en los Centros y la evolución de las mismas:

DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS ATENDIDOS EN 2007 POR CCAA Y TIPO DE RECURSOS ESPECÍFICOS

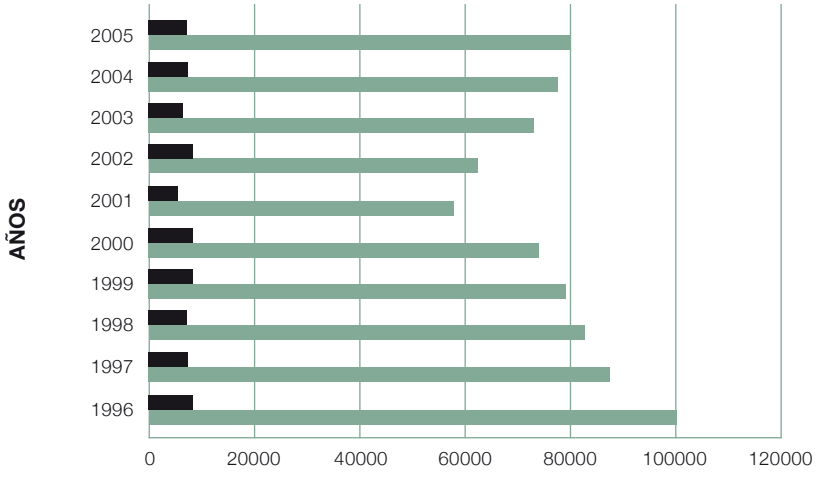
Fuente: Delegación del Gobierno para el PNSD
a partir de los datos facilitados por las Comunidades Autónomas

| CCAA | Centros ambulatorios | | Comunidades terapéuticas | |
|---|---|---|---|---|
| | nº centros | nº usuarios | nº centros | nº usuarios |
| Andalucía | 122 | 10815 | 23 | 955 |
| Aragón | 19 | 2008 | 2 | 161 |
| Asturias | 22 | 2512 | 7 | 311 |
| Baleares | 30 | 4506 | 3 | 306 |
| Canarias | 33 | 5351 | 4 | 353 |
| Cantabria | 3 | 570 | 1 | 69 |
| C. La Mancha | 9 | 1610 | 14 | 395 |
| C. León | 14 | 1547 | 9 | 594 |
| Cataluña | 64 | 6731 | 14 | 331 |
| Extremadura | 17 | 1928 | 7 | 278 |
| Galicia | 17 | 11630 | 5 | 207 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Madrid | 38 | 10013 | 8 | 503 |
| Murcia | 11 | 1696 | 4 | 208 |
| Navarra | 13 | 1332 | 3 | 158 |
| País Vasco | 20 | 5996 | 6 | 518 |
| La Rioja | 6 | 524 | 1 | 57 |
| Valencia | 57 | 9947 | 8 | 274 |
| Ceuta | 1 | 190 | 0 | 0 |
| Melilla | 1 | 28 | 0 | 0 |
| TOTAL | 497 | 79024 | 119 | 5678 |

EVOLUCIÓN DEL Nº USUARIOS/AS ATENDIDOS
EN CENTROS AMBULATORIOS Y EN COMUNIDADES TERAPÉUTICAS
ESPAÑA 1997/2005

Fuente: Delegación del Gobierno para el PND
a partir de los datos facilitados por las Comunidades Autónomas




| | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C. Terapéuticas | 6568 | 6061 | 6136 | 6252 | 6322 | 4869 | 6373 | 5373 | 5935 | 6047 |
| C. Ambulatorios | 9971 | 8718 | 8236 | 7937 | 7346 | 5853 | 6219 | 7240 | 7718 | 7980 |

**Nº PERSONAS**

**Otra realidad que debe asumir el Centro Ambulatorio es el tiempo de espera para ingreso.**

Tiempo que soportan tanto profesionales como el paciente, en el que el seguimiento, (la constancia del profesional), y el trabajo "motivacional", son dos elementos presentes en este compás de espera. Un tiempo que se convierte, en algunos casos, en un padecimiento interminable para el sujeto y una fuente adicional de tensión para el profesional, en muchos casos Trabajador/a Social.

**El Centro Ambulatorio debe trabajar la presión de la demanda.**

Tanto de aquellos que siendo candidatos idóneos para un ingreso no quieren hacerlo, bien porque han oído hablar del recurso o bien por experiencias anteriores vividas, (con mayor o menor éxito, pero suficientes para no repetir), como aquellos otros que, no respondiendo al perfil, insisten de manera machacona, sin dar tregua ni límite a su petición.

**Falta de otros recursos específicos.**

Existen, además otra serie de factores de carácter más general que están presentes cuando los profesionales hacen la valoración para Comunidad Terapéutica, y que condiciona la decisión. Son razones que tienen que ver con la falta de medios del centro Ambulatorio, limitaciones técnicas y de recursos adecuados a la hora de intervenir con unos sujetos crónicos recidivantes, que acuden una y otra vez, con unas carencias sociales extremas de las que hacen depositarios a los profesionales, y ante las cuales, no siempre se pueden dar respuesta desde un Centro Ambulatorio y éstos miran, con un escéptico optimismo hacia las Comunidades Terapéuticas, ya que la Administración no ofrece otro tipo de respuesta.

**Los Centros Ambulatorios tienen en cuenta también las características propias de la Comunidad Terapéutica a la que se quiere enviar al sujeto.**

Tienen en cuenta si son públicas, privadas, concertadas, profesionales, evangélicas, para menores, para hombres o mujeres, el tiempo de ingreso, las ofertas terapéuticas que presentan, ubicación, las exigencias establecidas por la misma, si dependen de red local donde está adscrito el Centro Ambulatorio, etc. La valoración que se haga del caso nos permitirá decidir cuál puede ser la más adecuada.

Las Comunidades Terapéuticas han diversificado la oferta de tratamiento. Incorporan alternativas terapéuticas de reconocida solvencia, con el objetivo de dar la mayor integración y normalización de las personas con problemas derivados del consumo abusivo de sustancias. Ofrecen diferentes modalidades de tratamiento: sanitaria (controles analíticos, educación para la salud, autocuidado personal...); psicológico (potenciación de la estabilidad emocional, progresiva reestructuración, sistema de valores...); social y educativo (adquisición de habilidades sociales, capacitación relacional, uso del tiempo libre, adquisición de pautas de disciplina, asunción de responsabilidades, formación prelaboral)

Hace años, cuando las Comunidades Terapéuticas gozaban de un gran reconocimiento social y se consideraba a estos Centros como los portadores de una respuesta casi mágica y única para el drogodependiente y para la sociedad, existía una gran demanda de ingresos en estos centros y la "motivación" se suponía implícita en la demanda. Luego fuimos comprobando que la motivación era algo más que la palabra y que las Comunidades Terapéuticas tenían unas limitaciones y competencias determinadas, aunque cumplieron una labor importante en el tratamiento y en la contención de la angustia social de ese momento. Hoy día se ha racionalizado su uso y las CCTT, que han pasado por un proceso de regularización y profesionalización muy riguroso, son una pieza más de un engranaje.

**El Centro Ambulatorio hace un uso más amplio de la Comunidad Terapéutica pero con un criterio más técnico.**

Las Comunidades Terapéuticas han modificado los criterios de incorporación, lo que ha permitido a los Centros Ambulatorios hacer un uso más abierto y menos restrictivo. Cabe recordar que hace no muchos años era impensable mandar a un drogodependiente con prescripción de metadona, se ofrecían todo tipo de argumentaciones teóricas para justificar su no ingreso. Hoy esto no tiene validez y prácticamente todas las Comunidades Terapéuticas admiten toxicómanos en tratamiento con metadona, lo que supone un respiro a los Centros Ambulatorios. Lo mismo está ocurriendo, aunque de forma muy paulatina y escasa, con la oferta residencial para sujetos que presentan algún tipo de patología psiquiátrica, menores, mujeres con hijos. Estos casos hoy día plantean muchas dificultades por la escasez de plazas en los Centros.

Aunque hay una gran homogeneidad en cuanto a los criterios de admisión y exclusión, se dan algunas especificidades que condicionan la decisión tomada por el equipo.

**La derivación se hace a través de un protocolo o informe de derivación que se envía al organismo que gestiona la lista de espera o bien al propio centro residencial.**

Cuando se gestiona una Comunidad Terapéutica profesional pública o concertada una parte de la decisión descansa sobre el informe terapéutico de derivación y otra, no menos importante, en las coordinaciones con los organismos encargados de la gestión de dichas CCTT.

El informe requiere de la valoración previa que hacen los profesionales del Centro Ambulatorio, que debe ser compartida y consensuada por los miembros del equipo ya que el informe y posterior derivación ha de ser cumplimentado en todos sus aspectos médico, social, psicológico, por cada uno de los profesionales. Cabe mencionar la dificultad que conlleva en ocasiones el acuerdo en la valoración.

El equipo terapéutico es un equipo multidisciplinar, que como recogen Carcas Castillo et al. (1995), cada miembro que lo compone, aporta diferentes puntos de vista conceptuales, y diferentes marcos teóricos como base de la intervención en drogodependencias, y debe ser ahí donde se llegue al acuerdo de la derivación a una Comunidad Terapéutica.

Traemos aquí un ejemplo ilustrativo del tema:

### CASO PRÁCTICO

Paciente de 39 años, varón, lleva en tratamiento ambulatorio muchos años a lo largo de los cuales se le han ido gestionando diversos tipos de recursos: Unidades de desintoxicaciones hospitalarias, Comunidades Terapéuticas, Pisos de estancia. La mayoría con resultado de abandono. Vive con su padre, con el que no mantiene muy buena relación, la madre murió hace años. Es un sujeto introvertido, poco hablador, que no suele frecuentar los círculos marginales, y con una salud muy precaria, tiene una cirrosis hepática. En el último año ha tenido dos ingresos en Comunidad Terapéutica que ha abandonado antes de finalizar el tratamiento, porque dice no soportar el funcionamiento de las mismas. Obviamente a su regreso se mantiene el tratamiento ambulatorio. A las pocas semanas del último abandono vuelve a pedir ingreso en Comunidad Terapéutica, porque piensa que la "solución" para su problema de adicción y su problema familiar es un ingreso en un centro. Su profesional de referencia valora la conveniencia de volver a solicitarlo porque hay un alto riesgo de abandono incluso del tratamiento ambulatorio. Esta valoración choca con la opinión del resto de los miembros del equipo ya que consideran que es una demanda reiterativa que no aporta ningún elemento nuevo que haga valorar mayor implicación en su tratamiento. El debate genera tensión entre los profesionales por la diferencia de criterios. Finalmente se acuerda volver a solicitar dicho recurso, pero no de forma inmediata, el paciente ha de mantenerse en tratamiento ambulatorio y así se le hace constar. El profesional entiende que este paciente sólo puede hablar de su malestar a través de la queja y la exigencia de respuestas a todos sus pedidos. A lo largo de las entrevistas, a las que acude por su interés de ingresar, el profesional empieza a trabajar sobre la queja y a discriminar a qué pedidos era conveniente responder y a cuales

no. El paciente empieza a hablar de su fuerte depresión, sus ideas de suicidio, de las dificultades de relación con su ex mujer y su hija y preocupado por lo que él denomina "bloqueo mental" decide pedir cita con el Psiquiatra y seguir trabajando con Psicólogo del Centro. No se atiende la demanda inmediata del paciente, se trabaja con él esta urgencia, se pospone el ingreso, pero paciente y profesional se han situado en un lugar de mayor y mejor escucha.

Una vez analizadas algunas claves y dificultades de derivación pasamos a exponer algunas **consideraciones generales y variables** que se tienen en cuenta para indicar un recurso residencial y que se refieren más a características propias del paciente.

A pesar de las clasificaciones realizadas sobre tipologías de drogodependientes, entre las que destacan la realizada por Babor et al. (1992) y Cloninger (1987) y más recientemente por Muñoz García et al. (2006), que defienden la existencia de dos tipologías de drogodependientes, el tipo A al que denominan funcional y el tipo B, crónico, hemos apostado por una descripción de cuatro variables que pueden aparecer de forma aislada o conjunta y que requieren de una valoración general del equipo terapéutico para realizar una derivación a Comunidad Terapéutica. Estas variables son:

1. Drogodependencias.
2. Sociales y/o educativas.
3. Biológicas o sanitarias.
4. Psicológicas y/o psiquiátricas.

Las cuatro hacen referencia a grandes ámbitos de trabajo dentro de las drogodependencias, y por supuesto no son categorías cerradas, sino que se relacionan entre sí y en algunos casos es difícil vincular alguna de las características a una sola variable. Ninguna predomina sobre la otra y cualquiera puede ser definitiva para realizar la derivación en un contexto de trabajo en equipo, en el que lo definitivo es la valoración general del caso concreto, por el equipo terapéutico.

## 3. CONSIDERACIONES GENERALES.

### El uso de CT no debe responder exclusivamente a la demanda del sujeto, de su entorno familiar o social cercano.

Si no que es fruto de un análisis y estudio más pormenorizado por parte del equipo terapéutico que trabaja en el Centro Ambulatorio.

Obviamente, la demanda del sujeto es un factor clave a tener en cuenta, por todo lo que presupone de interés e implicación en su propio proceso de deshabituación.

### Las recaídas.

La experiencia nos demuestra que muchos de los deseos y expectativas que tanto pacientes como profesionales tenemos, se ven truncados con la realidad, que el tiempo nos devuelve en forma de recaídas. Esto que ha sido casi una constante en el quehacer diario de los profesionales de drogas, nos ha hecho sopesar el verdadero alcance de los tratamientos ambulatorios y residenciales y plantear acciones y objetivos más a corto plazo y que respondan a una reducción de un daño mayor si no se pone un alto en el camino. Un grado de realismo y sensatez siempre es buen aliado en el trabajo.

No obstante, sabemos que sacar a un sujeto de su entorno no es garantía de una rehabilitación posterior y que las recaídas forman parte del proceso.

### La elección de los tratamientos va a depender del estado clínico y de la colaboración del sujeto.

Los objetivos del tratamiento, y la elección específica de las medidas terapéuticas necesarias para alcanzarlos, varían en los distintos pacientes, y también en un mismo paciente, en distintas fases de la enfermedad.

Es interesante traer aquí las palabras de E.Gervasio " La dependencia a las drogas describe un recorrido temporal que acompaña al pacien-

te a lo largo de su vida,… en el caso de realizarse un tratamiento, éste se llevaría a cabo en términos de rehabilitación y no de cura, dado que ésta plantea una remisión completa… la recaída es parte del tratamiento, en cualquiera de sus etapas, así como también es parte de la rehabilitación…"

El rigor con que se apliquen las diferentes técnicas y estrategias en el recorrido, por la red asistencial, nos permitirán extraer unos conocimientos que nos pueden servir para trabajar con más precisión empírica.

Un tema pendiente en drogas es la realización y publicación de estudios que avalen nuestro trabajo terapéutico y pueda ser compartido por otros profesionales gracias a su valor experimental acreditado.

**El objetivo no es lograr únicamente la abstinencia al consumo de drogas.**

Sino la modificación del estilo de vida. Hablaríamos de la indicación para CT para mejorar la calidad de vida y favorecer la construcción de un proyecto social a partir del cual es posible encontrar un sentido que sea organizador de la propia vida.

La estancia prolongada en un medio seguro y estable, libre de drogas, permite trabajar aspectos de la personalidad, hábitos cotidianos y procesos de socialización que tendrá repercusiones en la vida del paciente a la salida de la Comunidad Terapéutica.

## 4. VARIABLES PARA INDICACIÓN A COMUNIDAD TERAPÉUTICA.

Insistimos en que no todas las variables son determinantes por sí solas para ingreso en Comunidad, y que están muy relacionadas unas con otras. Es el equipo de profesionales, el que, tras sopesar todas las variables presentes, resuelve la idoneidad o no de Comunidad.

## 4. 1. Drogodependencias.

Las indicaciones para la derivación a una Comunidad Terapéutica respecto de esta variable están relacionadas con la historia de consumo del drogodependiente, y con la capacidad de alcanzar, y sobre todo, mantener la abstinencia a tóxicos. Analicemos algunas indicaciones:

### Pacientes con trastornos por consumo de opiáceos, cocaína o múltiples sustancias en los que la probabilidad de obtener buenos resultados con un tratamiento ambulatorio es baja.

En general se trata de personas en las que el abuso de sustancias ha deteriorado de forma importante su vida familiar, social o laboral y para los que la confrontación continua con los problemas cotidianos y el medio social en el que se desenvuelven les impide abandonar el consumo de drogas y/o alcohol.

La Comunidad Terapéutica, tal y como se recoge en las II Jornadas del Instituto de Adicciones Madrid Salud, no es un centro de contención, ni una residencia alternativa para drogodependientes sin hogar, no es un tiempo de reparación, ni una solución ante situaciones familiares difíciles, pero en numerosas ocasiones termina siéndolo, combinado con otras variables de las que analizaremos más adelante.

### Historia de consumo.

La valoración de la historia de consumo del drogodependiente, se realiza en función principalmente de la duración de la misma, y de las secuelas que el consumo genera en lo referente a hábitos y estilos de vida, que suelen cronificarse y perpetuarse con el paso de los años. Otros aspectos a la vez causa y consecuencia de una larga historia de consumo son aspectos psicológicos como las habilidades sociales y personales o la autoestima.

Se considera, en principio, más adecuada la indicación de derivación a Comunidad Terapéutica en casos de historias de consumo largas, que han fracasado en otro tipo de tratamientos de carácter ambulatorio por diversas causas personales o de su entorno. Suele presentarse asociado a un mayor deterioro social y personal (tanto psicológico

como sanitario) que aparece tras muchos años de consumo. Siendo muchas veces este deterioro el origen del consumo.

Actualmente se valora más el tiempo del deterioro del sujeto que la propia sustancia consumida, o la vía de consumo, factores que en épocas anteriores eran determinantes.

La presencia, también asociada en numerosas ocasiones con historias largas de consumo, de estilos de vida marginales o poco normalizados, hacen recomendable la derivación a Comunidad Terapéutica, ya que cumplen rigurosamente tanto con la necesidad de romper con el estilo de vida previo, como con la necesidad de crear un estilo de vida alternativo que sustituya al anterior y no aparezca el "vacío" al que se refieren en numerosas ocasiones los drogodependientes cuando abandonan el estilo de vida inicial, y no encuentran nada para sustituirlo. Esto es importante remarcarlo porque un sujeto drogodependiente con muchos años de consumo ha aprendido una forma de ser y estar. Ha creado una identidad, su propia identidad que le da sentido (bueno o malo) y el proceso de rehabilitación presupone que debe empezar a aprender experiencias que ha visto a su alrededor pero que no ha vivido.

Es muy importante el concebir las drogas no sólo como una sustancia sino como un estilo de vida en numerosas situaciones, ya que implica entre otras cosas, relaciones sociales y muchas veces una organización de las actividades diarias en torno a la sustancia, siendo necesaria la normalización de hábitos y actividades tal como recoge Comas, D (2007)

**La incapacidad de alcanzar y/o mantener la abstinencia en los Centros Ambulatorios, suele ser suficiente indicación de derivación a Comunidad Terapéutica.**

Habitualmente la incapacidad de alcanzar la abstinencia, a pesar de los tratamientos farmacológicos y el apoyo psicológico y socioeducativo, pasa por una desintoxicación hospitalaria, y en la mayoría de estas situaciones también aparece la incapacidad de mantenerla, por la que finalmente se programa también como parte del tratamiento, la Comunidad Terapéutica.

Se pretende en estos casos el apoyo en el mantenimiento de la abs-

tinencia, y de nuevo la instauración de hábitos que sustituyan a las anteriores, además del aumento de la motivación y el afianzamiento de las bases de la abstinencia, aumentando la autoestima y valorando mejor los costes y beneficios del consumo y la abstinencia.

La mayoría de los centros residenciales de larga estancia exigen que el sujeto esté previamente desintoxicado.

## 4. 2. Sociales y educativas.

Los aspectos sociales y educativos son importantes a la hora de prescribir un Centro Residencial. Básicamente porque los sujetos carecen de la capacidad de adaptarse a un tratamiento en su contexto social a consecuencia de los problemas generados por el consumo (alto nivel de desestructuración en todos los ámbitos: laboral, social, familiar, higiénico), por lo que hemos intentado recoger las situaciones más frecuentes en 4 bloques: familia, empleo, red social y necesidades básicas.

### Familia

Dentro de los aspectos sociales, la familia es uno de los más amplios, ya que se dan numerosas situaciones que van desde la total ausencia de red familiar hasta la presencia de familias sin habilidades para apoyar al drogodependiente, pasando por otras maltratadoras, historias de abusos sexuales, familias muy patológicas y familias cansadas de la historia sin fin del abuso/ dependencia.

La falta de apoyo, el desarraigo familiar y social que imposibilite el control del tratamiento ambulatorio o domiciliario, la presencia de otros consumidores conviviendo en el mismo domicilio o cualquier situación familiar muy desestructurada hacen necesaria la indicación de Comunidad Terapéutica, donde el drogodependiente puede establecer nuevos patrones de relación y nuevos modelos y además puede ser posible la resolución de conflictos o la posibilidad de intervenir con la familia en el caso de que ésta participe en el tratamiento, además de suponer en muchos casos un tiempo de paréntesis para la reflexión, la búsqueda de alternativas y el descanso tanto de la familia como del drogodependiente.

### Empleo

La incapacidad de encontrar o mantener un empleo suele ir asociada a otras variables, y de nuevo será la valoración general la que determine la indicación de Comunidad Terapéutica. Estas otras variables suelen ir asociadas a la falta de necesidades básicas cubiertas y a la carencia de habilidades personales y sociales, junto con un estilo de vida muy asociado con la drogodependencia.

El empleo, es un medio, una herramienta más para mejorar otras circunstancias de la vida en general, además de un objetivo en sí mismo.

### Red social

La red social del drogodependiente suele estar muy relacionada con el consumo de drogas, ya que por lo general, el drogodependiente suele consumir en grupo o relacionarse con otros consumidores que no cuestionan el consumo de drogas, y este aparece como algo normalizado y es importante destacar que suele aparecer en todos los ámbitos sociales y para las diferentes sustancias. La incapacidad de crear una nueva red social, sobre todo si viene de una red social muy marginal se valora como indicación de derivación a Comunidad Terapéutica. En los casos en los que se observa un aislamiento social muy importante de cualquier red social, también está indicada la derivación a Comunidad, así como vivir en núcleo social de alto riesgo que impida el distanciamiento necesario para realizar el tratamiento. Es decir, pacientes sin ese apoyo de la red social para mantenerse abstinente en régimen ambulatorio o porque necesita alejarse de su medio habitual al estar relacionado con consumidores de drogas.

La indicación de Comunidad Terapéutica por la red social no suele darse en solitario y suele ir acompañada de otras indicaciones que recorren todo el espectro de posibilidades.

### Necesidades básicas

Por último dentro del bloque **socioeducativo**, llegamos a la que es la más hiriente de todas las indicaciones para la derivación a Comunidad Terapéutica, la situación de desprotección social por no tener cubiertas las necesidades básicas (alojamiento, alimentación, ausencia de ingresos económicos suficientes…) En estos casos se valora no sólo

la ausencia de un recurso más adecuado y la carencia en todas las áreas anteriormente tratadas, sino la apuesta por el comienzo de un largo proceso terapéutico que puede iniciarse desde este punto.

Aunque pueda parecer que un albergue o un servicio de tipo social destinado a paliar estas carencias puede ser más indicado, nos encontramos de nuevo ante la necesidad de valorar de forma general, y determinar si, por las características de su drogodependencia, sus características psicológicas y/o psiquiátricas, su situación sanitaria y el resto de determinantes sociales, es más adecuado el ingreso en una Comunidad Terapéutica, donde recibirá atención en todas las áreas con objetivos orientados a superar estas limitaciones.

### 4. 3. Biológicas o sanitarias.

**Desintoxicación ambulatoria poco segura.**

Es indicativo de ingreso en CT aquellos pacientes con trastornos médicos orgánicos o psicopatológicos que hacen que la desintoxicación o primeras fases de la deshabituación en un contexto ambulatorio sea poco segura.

**Pacientes con patología orgánica no contagiosa.**

Que estén en situación de desamparo y/o sin hábitos de autocuidado (higiene, alimentación, sueño, etc.)

**No seguir el tratamiento médico.**

Sujetos con un nivel socioeconómico bajo que le impida obtener los cuidados complementarios al tratamiento médico.

**Es indicativo también el daño orgánico**

Causado por el abuso de sustancias tóxicas que puede ser recuperable o haber una disminución del riesgo cuando cesa el consumo.

**Sin embargo, es motivo de exclusión padecer enfermedad infecto-contagiosa activa o psiquiátrica aguda.**

Que requiera aislamiento, o atención sanitaria hospitalaria o impliquen

un grave riesgo para sí y los demás.

En el informe de derivación se deben aportar los antecedentes somáticos, ingresos hospitalarios, pruebas diagnósticas: Hemograma, Bioquímica, Serología, PPD, Rx tórax, BAAR-cultivo e Informe clínico si presenta alguna patología específica y tratamientos farmacológicos.

### 4. 4. Psicológicas y/o psiquiátricas.

Las variables que se contemplan en este apartado suelen ir asociadas a otras cuando se quiere determinar el ingreso, algunas de ellas por sí solas tienen poco peso.

**Falta de control y motivación.**

Suele estar indicado para personas que han fracasado en otros tratamientos ambulatorios o incluso residenciales por falta de control y motivación.

La estancia en la Comunidad Terapéutica debe dotar a la persona de un manejo en habilidades personales necesarias y que complete su rehabilitación de forma ambulatoria, logre una mejor calidad de vida y reduzca los riesgos asociados al consumo.

No cabe la menor duda que el resultado ideal en los sujetos con trastornos por consumo de sustancias es el cese completo del consumo. Sin embargo muchos pacientes no son capaces de alcanzar este objetivo, en especial en las fases iniciales del tratamiento. Un objetivo inicial de gran importancia es alcanzar un grado de alta motivación y participación del paciente con la perspectiva de poder mantener un tratamiento a medio y largo plazo.

**Es primordial contar con el deseo y voluntad de iniciar esta experiencia.**

Es decir, contar con la demanda explícita del sujeto. No debemos obviar, además, un punto importante para el éxito del tratamiento, la empatía, porque la relación terapéutica es fundamental en el tratamiento y el éxito de las decisiones tomadas.

### Dificultad para desplegar su subjetividad.

El perfil predominante de los pacientes que suelen demandar el ingreso en una CT corresponde a personas con mucha dificultad para desplegar su subjetividad. No terminan de asumir la gran dificultad que les supone abandonar el consumo y sitúan la Comunidad Terapéutica como única solución a sus dificultades. Es una forma de no responsabilizarse de su sufrimiento y seguir presionando con la demanda. El ingreso se hace necesario para continuar con el proceso de rehabilitación, aunque esta variable por sí sola no sea indicativa de CT.

Los Centros Ambulatorios plantean, en muchos casos, la derivación como una ruptura con su entorno y poder situar a la persona en un espacio de mayor control, con nuevos referentes, que faciliten cambios en la línea de "mejorar su calidad de vida, social y psíquica". El ser en la calle se manifiesta con un deterioro de las relaciones familiares y sociales normalizadas, en los trastornos sociales y en la disminución de capacidades psicofísicas, por tanto, estas personas tienen necesidad de un medio altamente estructurado para contener su problemática psicológica, orgánica y/o familiar.

### Patología dual controlada.

La CT está indicada también para pacientes con patología dual controlados médicamente, pero con alto riesgo de suicidio, agresión a sus familiares, en situación de desamparo y/o aislamiento social.

Según el estudio realizado por Fernández-Montalvo el 76,2% de los pacientes ingresados en una comunidad terapéutica presentaban trastornos de la personalidad, "… la cifra tan elevada de trastornos de la personalidad que se ha encontrado es preocupante, ya que está asociada con el abandono terapéutico, y por tanto, con el fracaso en el tratamiento" (Fernánez-Montalvo, J. et alt.,2004).

### Trastornos del estado de ánimo.

Pacientes con trastornos graves del estado de ánimo que les impide acudir a los tratamientos ambulatorios.

Las Comunidades Terapéuticas admiten sujetos con problemas psicopatológicos que dificulten un tratamiento ambulatorio, aunque ponen más impedimentos para aquellos con trastornos psiquiátricos.

Cuando la Comunidad Terapéutica es vivida como una huida de una situación altamente estresante, puede no llegar a cumplir la función deseada.

**La CT ofrece un modelo de autoridad considerada como un valor.**

Promueve el ejercicio de la autoridad responsable. La CT impone unos límites que redundan en un aprendizaje intrapersonal por identificación con el modelo propuesto.

**Desarrollar aspectos de su personalidad.**

Se prescribe la CT como una micro experiencia social donde desarrollar aspectos de su personalidad y posibilitar el análisis y transformación de los mismos, es una experiencia de aprendizaje para la vida.

El aprendizaje según Bleger es "… la modificación más o menos estable de pautas de conducta, entendiendo por conducta todas las modificaciones del ser humano, sea cual fuere el área en que aparezcan; en este sentido, puede haber aprendizaje aunque no se tenga la formulación intelectual del mismo".

La CT moviliza una dinámica vital permanente de comprensión, evaluación y análisis del desarrollo de esa microsociedad. A través del marco institucional residencial, y su expresión a través de las normas, se desarrollan los objetivos terapéuticos estratégicos.

**Lo desubican de su entorno social para comprometerlo en una estructura donde no esté tan centrado en sí mismo.**

Es un espacio organizador y un tiempo concreto que condiciona su actividad y puede convertirse en un instrumento que transforme algunas variables de su vida, aquellas que promueven las conductas adictivas y resuelvan las consecuencias de dichas conductas.

Existen algunos aspectos que suelen aparecer en el grupo de drogodependientes y que, aunque por si solos no son suficiente motivo para plantear una derivación a Comunidad Terapéutica, si suelen suponer un peso añadido a otras de las características que estamos desarrollando, y son aspectos a trabajar durante el ingreso.

Aunque los conceptos están claramente diferenciados desde la teoría, en la práctica, aparecen relacionados, y el trabajo en uno de ellos genera una mejora en los otros.

### Baja autoestima y autoconcepto.

Estos aspectos suelen aparecer dañados en el colectivo de drogodependientes sin importar la sustancia, la vía de consumo o la existencia o no de patología psiquiátrica asociada.

Sí podemos observar que los repetidos intentos por abandonar el consumo, o un mayor deterioro así como la existencia de un sentimiento de culpa contribuyen a una autoestima menor y a un peor autoconcepto, y que la mejora en cualquiera de ellos suele ir asociado a una mejora en todos los demás.

### Las habilidades sociales deterioradas.

Habitualmente estan más deterioradas en grupos más marginales, en general por una inhabilidad previa que se cronifica por la funcionalidad de las relaciones que establecen durante el consumo.

Otras variables que se incluyen dentro de este grupo, son el auto-control (sobre todo el control de los impulsos), la expresión de la afectividad y relacionado con ambas el manejo de las emociones, la motivación, el desarrollo personal y una percepción más real del problema.

Según la escuela teórica de la que parta cada profesional, se pueden trabajar directamente o de forma transversal al profundizar en otros aspectos. En muchos casos la falta o ausencia de ellos, es previa al consumo de sustancias, pero se acentúan a raíz de este.

Las ventajas de la estancia en CCTT quedan claramente expuestas en los siguientes puntos:

- Alejamiento temporal de su entorno socio familiar habitual.
- Creación de una micro sociedad donde se reproducen com portamientos sociales bajo unas condiciones ideales de observación e intervención.
- Espacio que sirve para confrontar su propia estructura social.
- Se participa en las tomas de decisiones de la dinámica interna.

- Se comparten las responsabilidades.
- Mayor control de la abstinencia.
- El tratamiento ofrecido es más intenso y continuo.

Los buenos resultados que se obtienen en las CCTT no siempre suelen ser duraderos y de esto son conscientes los profesionales. La experiencia a lo largo de todos estos años nos ha demostrado, que el tratamiento y rehabilitación de un drogodependiente es un **proceso** abierto de ida y vuelta, donde paciente y profesionales han de recorrer un largo camino.

# Capítulo 7

## La educación social en la comunidad terapéutica y otros dispositivos residenciales: aspectos generales

Álvaro OLIVAR ARROYO

## 1. INTRODUCCIÓN.

En el presente capítulo, se describirá, a grandes rasgos, en qué consiste la labor socioeducativa dentro de la Comunidad Terapéutica (en adelante, CT), haciéndose también referencia a otros dispositivos semejantes. Sus objetivos básicos son:

- Conocer los profesionales, los objetivos y las bases del trabajo socioeducativo en CT.
- Reflexionar sobre las necesidades de las personas con problemas sociales que suponen su institucionalización y las posibilidades que la educación ofrece.
- Analizar el papel que las normas y la cultura de centro tienen dentro del funcionamiento de la CT y otros centros, y sus relaciones con lo educativo.
- Ampliar el conocimiento sobre las actuaciones de los educadores sociales en los ámbitos individual, grupal y comunitario.
- Conocer las características formativas y actitudinales propias del educador social que trabaja en CT y otros dispositivos residenciales.

## 2. BASES PARA EL TRABAJO SOCIOEDUCATIVO EN CT.

Para sentar las bases de esta labor, se realizará una breve descripción de los profesionales responsables de la misma, sus objetivos de carácter general, y los ejes alrededor de los que gira esta función.

### 2.1. Responsables del trabajo educativo en CT.

Los profesionales más directamente asociados al trabajo educativo en CT son los educadores, sobre cuya evolución en este dispositivo se han realizado análisis (Comas, 1994; Olivar, Sanchís y Ros, 2008); y, de forma más concreta, los educadores sociales.

De manera muy resumida, se describe esta profesión a partir de la definición elaborada por ASEDES en 2004:

"Derecho de la ciudadanía que se concreta en el reconocimiento de una profesión de carácter pedagógico, generadora de contextos educativos y acciones mediadoras y formativas, que son ámbito de competencia profesional del educador social, posibilitando:

- La incorporación del sujeto de la educación a la diversidad de las redes sociales, entendida como el desarrollo de la sociabilidad y la circulación social.
- La promoción cultural y social, entendida como apertura a nuevas posibilidades de la adquisición de bienes culturales, que amplíen las perspectivas educativas, laborales, de ocio y participación social."

La Educación Social surgió como profesión y titulación universitaria en España (Real Decreto 1420/1991) tras la fusión en este término de tres profesiones diferentes que se desarrollaban con anterioridad en el campo de la educación no formal:

- La Animación Sociocultural: centrada en el desarrollo de la promoción cultural y social, especialmente a nivel sociocomunitario.
- La Educación de Adultos: asociada al concepto de Educación Permanente o Educación a lo largo de la vida; tanto esta profesión como la anterior se situarían en la primera de las dos cuestiones que, según Núñez (citada en Aguilar, 1995), la Pedagogía Social se encarga de tematizar.
- La Educación Especializada: centrada en la labor con colectivos en situación de riesgo social o en los que ya se estaban produciendo diversas problemáticas. En este campo se incluiría la acción socioeducativa con drogodependientes, y ésta sería la profesión orientada a la segunda de las cuestiones tematizadas por la Pedagogía Social: la de "los procesos de socialización –en diferentes espacios sociales- con sujetos que presentan problemáticas de inadaptación social" (Aguilar, 1995).

En términos epistemológicos, la Educación Social parte de un corpus de conocimientos cuyo "marco de referencia obligado es la Pedagogía" (Aguilar, 1995) y, más concretamente, la Pedagogía Social.

Aun así, en las CCTT la división de funciones no es tan precisa como en otros dispositivos, debido al bucle transdisciplinar que Comas reflejaba en la Clausura del congreso sobre comunidades terapéuticas celebrado en Lanzarote en 2007; sin que tenga por qué suponer intrusismo, en la CT muchas funciones son compartidas, al igual que muchas otras actuaciones.

## 2.2. Objetivos generales del trabajo educativo en CT.

En la medida en que la educación social tiene como objetivo el forjar ciudadanos maduros, responsables y autónomos (Parcerisa, 1999), la referencia de partida para el trabajo socioeducativo en un dispositivo residencial es la divisa de la Revolución Francesa que supuso el paso de la consideración de súbditos (de un rey, o de un poder mayor) al de ciudadanos: libertad, igualdad y fraternidad.

Esta divisa, base de la ciudadanía democrática moderna, se transforma en la labor educativa en una CT en tres ejes básicos, a los que se hará referencia a lo largo del presente capítulo: la autonomía (frente a la dependencia asociada a las sustancias o a otras personas); la cooperación (frente a las tendencias aislacionistas o competitivas asociadas al estilo de vida drogodependiente) y el sentido de pertenencia (frente a la exclusión obligada o voluntaria de la persona drogodependiente respecto a la sociedad o a los circuitos normalizados de interacción y ocupación).

## 2.3. Ejes del trabajo educativo en CT.

Los ejes del trabajo educativo en la CT se configuran de una manera estructurada siguiendo el siguiente esquema:

**Valores ⟷ Actitudes ⟷ Conductas ⟷ Hábitos**

En un circuito continuado, los valores -los entes más abstractos- incluyen una serie de actitudes que, a su vez, influyen en las conductas; éstas últimas, al generalizarse al comportamiento habitual de manera espontánea, pasan a ser hábitos. Pero la relación no es unidireccional, sino bidireccional: un cambio en la conducta puede acabar llevando a un cambio de actitud, y, a su vez, éste, a un cambio en los valores.

Tres valores deben resultar determinantes en una CT, referidos a los tres ámbitos básicos de actuación: la autonomía (asociada a cada individuo), la cooperatividad (asociada al grupo) y el sentido de pertenencia (asociado a la comunidad). Estos son, en principio, valores morales, laicos y democráticos, bases de la ciudadanía, alejados de posiciones religiosas o asistencialistas.

A la autonomía se asocian determinados elementos: la responsabilidad, la iniciativa, el autocuidado o el contar con criterios propios y ser menos influenciable por el entorno, objetivos frecuentemente presentes en el trabajo individual con cada caso.

A la cooperatividad, otros como la colaboración, la tolerancia, la empatía o el respeto al otro: actitudes y comportamientos que han de promoverse de forma continuada y tratar de generalizar en el ámbito grupal.

Y del sentido de pertenencia, se derivan otros como la identificación, la participación, el comportamiento normativo o la inclusión (el ser incluido y el incluir a otros), con un valor comunitario que resulta muy útil en un contexto como es el de un dispositivo residencial orientado a la socialización de los sujetos.

## 3. EDUCACIÓN Y DROGODEPENDENCIAS.

### 2.1. Consecuencias sociales del consumo de drogas.

En el ámbito de las drogodependencias, resulta determinante detectar

y valorar las consecuencias que el consumo ha tenido en sus relaciones sociales, apareciendo características comunes a muchas de las personas consumidoras de drogas (Olivar, 2005):

- en las relaciones interpersonales: conflictos en la relación familiar, en la relación de pareja, relación de dependencia establecida con la misma, también con los amigos consumidores, dificultades para la interacción personal con personas no consumidoras, sensación de incapacidad o desinterés para las relaciones sociales, estilos de relación agresivos o inhibidos, imagen social deteriorada y de rechazo en la comunidad, tendencia al aislamiento, etc...
- en las relaciones con el trabajo: experiencia acumulada de fracasos, vivencia del trabajo como exclusiva fuente de ingresos, utilización del consumo para mantener un alto nivel de rendimiento, autoeficacia laboral percibida como muy baja, preponderancia del resultado frente al proceso, etc...
- en las relaciones con el tiempo libre: ocupación de los espacios de ocio asociada al consumo, escasez de recursos y alternativas, relación entre tiempo libre y amigos consumidores, actividades consumistas, confusión entre diversión y disfrute, etc...
- en las relaciones con la formación: experiencia escolar insatisfactoria, posible fracaso escolar, baja autoeficacia percibida para retomar estudios o formarse, vivencia negativa de la cultura, desarraigo cultural, etc...
- en las relaciones con la sociedad: desconocimiento de los mecanismos sociales, aversión a las instituciones, dificultades para realizar trámites, escasa identificación o sobreidentificación con los valores dominantes como individualismo, materialismo o excesiva importancia de la imagen, desarraigo social, ansiedad y pesimismo generados por problemas legales pendientes, vivencia de estancias previas en prisión como estigma, comportamientos antisociales, etc...

## 3.2. Las necesidades del drogodependiente.

Todo lo anterior deriva en una serie de necesidades que puede mostrar el drogodependiente que accede a un tratamiento, de forma general; en algunos casos, serán más o menos intensas o prioritarias:

- Necesidad de cambio: potencial y motivación.
- Tiempo para cambiar: porque cambiar lleva tiempo, especialmente cuando nos referimos a cambios de gran calado.
- Cambio en positivo: porque hay que intentar que el cambio no lleve a una situación aún peor que la inicial, lógicamente.
- Acción para el cambio: porque no vale sentarse a esperar que las cosas cambien, ha de darse un movimiento activo.
- Cambio para sí mismo: a veces, se presentan residentes que saben identificar muy bien lo que otros necesitan, pero no sus propias necesidades.
- Cambio en sus relaciones sociales: Hay conflictos, problemas de competencia y circulación social que necesitan resolver.
- Aprender para poder cambiar: porque este cambio requiere llevar a cabo aprendizajes, no se puede dar sin una parte de esfuerzo por parte del sujeto.

### 3.3. Elementos clave que definen la educación.

**Definiciones de educación:**

*"La educación es un proceso perfectivo e intencional"*

(Castillejo,1980).

*"La educación es un proceso de optimización integral e intencional del hombre, orientado al logro de su autorrealización e inserción activa en la naturaleza, sociedad y cultura"*

(García Aretio, 1992)

A continuación, se señalan ciertos elementos coincidentes en estas definiciones y visiones de la educación:

- Es un proceso.
- Tiene carácter perfectivo.
- Tiene carácter intencional.
- Tiene como fines la autorrealización del sujeto y su circulación

social en su cultura y sociedad.

- Se basa en la transmisión de saberes: entendidos como los cuatros pilares que planteaba Delors (1990): saber aprender, saber hacer, saber ser y saber convivir.

EDUCACIÓN Y DROGODEPENDENCIAS.

| NECESIDADES DEL DROGODEPENDIENTE | | EDUCACIÓN |
|---|---|---|
| Tiempo para cambiar | → | Es un proceso |
| Cambio en positivo | → | Tiene carácter perfectivo |
| Acción para el cambio | → | Tiene carácter intencional |
| Cambio para sí mismo | → | Fin: la autorrealización del sujeto |
| Cambio en sus relaciones sociales | → | Fin: la circulación social en su cultura |
| Aprender para poder cambiar | | Basada en la transmisión de saberes |

Como puede observarse, la Educación es una disciplina práctica que encaja de forma muy ajustada con las necesidades del drogodependiente que accede a un tratamiento. Pero conviene señalar que muchas de las necesidades que presentan los drogodependientes son comunes a las que pueden presentar otras poblaciones que acceden a un dispositivo residencial, como, por ejemplo, los menores con medidas judiciales de internamiento.

Aun así, ciertas cuestiones dificultan por momentos el desarrollo de un planteamiento verdaderamente educativo en los programas de atención a las drogodependencias, como la utilización del término "educación" o "educativo" como manera de "decorar" ciertas actuaciones; la creencia de que "cualquiera puede educar", o la limitación de la educación a las actuaciones con menores de edad (Olivar, 2005).

### 3.4. El papel del educador en los centros de menores.

La presencia de educadores sociales en centros de acogida de menores

se justifica desde la necesidad generada por la propia situación socio-relacional de los menores allí internados: la imposibilidad o la inadecuación del cumplimento de las funciones parentales por parte de su familia de origen que ha motivado su ingreso en el centro supone la necesidad de que otras figuras adultas asuman un papel educativo para ellos. La relación del educador social con los menores es una de las dimensiones que éstos más valoran, y el elemento, dentro del ámbito residencial, de mayor influencia en una buena adaptación escolar (Martín y Dávila, 2008); y, por otro lado, la relación con los educadores es, para los menores, el factor más influyente en la valoración que hacen de los centros de acogimiento residencial de menores (un 86% lo manifiesta así); pero, por otro lado, cabe destacar que, a medida que aumenta el tiempo de internamiento, desciende la valoración que los menores hacen de los educadores (Martín y González, 2007) lo cual invita a reflexionar sobre la naturaleza de este decremento.

En lo referente a los centros de reforma, la Ley de Responsabilidad Penal del Menor (5/2000), abiertamente incluye dentro de los equipos profesionales la presencia de educadores sociales, cuyas funciones aparecen claramente definidas. Pero lo cierto es que el espíritu reeducador de la ley, que justifica el papel del educador, encuentra ciertas limitaciones en otras características propias de estos dispositivos, como la privación de libertad (con lo que supone de no voluntariedad), las dificultades para la promoción de la participación democrática de los menores, o el posible desequilibrio entre las prioridades establecidas: medidas de seguridad y control social frente a socialización y promoción social. Estas dificultades se han superado en otros lugares, con programas como “Intervenir autrement”(Le Blanc et al, 1998), aplicado con éxito en Canadá.

## 4. CONTEXTUALIZACIÓN GENERAL DEL TRABAJO EDUCATIVO EN CT Y OTROS CENTROS RESIDENCIALES.

### 4.1. ¿Qué es lo educativo en la CT?.

Hay una cierta serie de características de los dispositivos residencia-

les y, especialmente, de la CT, que se asocian de forma estrecha a lo educativo:

**a)** La CT como microsociedad: la CT es un pequeño edificio donde se reproduce una sociedad a pequeña escala. En ella se dan relaciones amistosas, conflictos, tareas, episodios vitales de forma continuada.

**b)** La CT como espacio de aprendizaje y entrenamiento: aprendizaje de habilidades y entrenamiento práctico (ensayo y error con consecuencias medidas y limitadas) de lo aprendido.

**c)** La CT como espacio de reflexión-acción: reflexión sobre el propio sujeto y sobre su entorno visto desde fuera, y acción desde él mismo sobre él mismo: no cabe la pasividad en la CT.

**d)** La CT como espacio de socialización experimental: los problemas de competencia y circulación social se tratan de solucionar en un "ambiente de laboratorio" que reproduce –hasta cierto punto- el "mundo real" (Aguilar, 1995).

**e)** La CT como espacio cultural: la CT es un lugar, como todo espacio educativo, que ha de contar con una cultura, lo que ha dado en llamarse la cultura de la CT.

## 4.2. La cultura de la CT como base educativa.

La cultura en cualquier dispositivo residencial cumple unas funciones básicas, adaptadas de las que planteaba Fischer (1992, citado por Parcerisa):

- Identificar a sus miembros a través de unas maneras de pensar y vivir comunes, que les confieren una identidad colectiva.
- Proponer a un grupo social modelos de actuación.
- Influir en la conformación de la personalidad individual y en la determinación de una manera de vivir en la sociedad.

Partimos, a la hora de analizar la estructura de la cultura, de una perspectiva sistémica, donde cada sistema (individuo, grupo, comunidad) influye y, a la vez, es influido por el superior y el inferior, en movimientos de retroalimentación continuos, todo ello dentro de un encuadre normativo concreto.

## *NORMAS Y VALORES EN LA CULTURA DE LA CT*

Para que la cultura de la CT se pueda analizar, cabe revisar su estructura básica: si los ejes de la CT son los valores, éstos, a su vez, se apoyan en una serie de normas, que no son más que su concreción en reglas de comportamiento, y que informan de lo que se debe y no se debe hacer de acuerdo con esos valores. Conviene tener presente que detrás de cada prohibición, o de cada obligación, en un dispositivo residencial, hay un objetivo de carácter general que se pretende, una meta que se persigue de acuerdo con los fines de la institución.

### LA BASE DE LAS NORMAS

Por ejemplo, si la agresión a otro residente está penalizada en un centro residencial es, entre otras cosas, porque uno de los objetivos generales que se persigue es fomentar el aprendizaje para la resolución de conflictos mediante la comunicación. Pero conviene tener presente que prohibir las cosas no supone que se aprenda la alternativa, sólo establece un encuadre para poder aprenderla.

En el contexto de una CT, es importante tener en cuenta que una estructura con límites claros, concretos, y normas aplicadas con criterios estables facilita un aprendizaje más efectivo, genera hábitos concretos y es más educativa.

En la CT, las normas se traducen en dos grupos:

**1)** Los límites: establecen lo que NO se puede hacer. Su objetivo es el hacer respetar los derechos del otro.

**2)** Los deberes: establecen lo que se DEBE hacer. Su objetivo es el instaurar un estilo de vida organizado y saludable.

De este planteamiento, surgen dos encuadres normativos: uno de carácter general (normas comunes a todos) y otro de un carácter más convivencial (qué supone para uno la transgresión de otro).

### EL ENCUADRE NORMATIVO GENERAL

Todos jugamos con las mismas reglas (medidas, límites, fronteras: hasta aquí sí, desde aquí no). Las reglas emanan de los valores: lo que la CT quiere que se produzca (autorregulación, diálogo, conciencia...). Por ejemplo: se prohibe el utilizar auriculares con música porque la CT quiere que se mantengan abiertos los canales de comunicación de manera continuada, etc...

Quien no respete la regla, tendrá consecuencias. Pero es muy importante tener en cuenta que sólo las asumirá si las conoce previamente.

### EL ENCUADRE NORMATIVO CONVIVENCIAL

La transgresión del límite supone ampliar el margen de movimientos por parte de un residente: pero también supone reducir el margen de movimientos del otro. Luego la transgresión atenta contra los derechos del que tiene al lado. Por ejemplo: no está permitido fumar en las habitaciones, para que los residentes puedan dormir en condiciones de salud adecuadas, prevenir incendios, etc... Si un residente decide fumar, amplía su margen de movimiento, pero reduce el derecho de su compañero de habitación a dormir sin humos y no correr peligro. La aplicación de la norma ha de defender los derechos del último y promover una actitud más empática en el transgresor.

En cuanto a los deberes, básicamente establecen el estilo de vida a seguir en cuanto a horarios, actividades, higiene personal, responsabilidades, cooperación, ocupación del tiempo y participación social. En la medida en que el estilo de vida del dispositivo residencial se corresponda con el de la vida cotidiana en el exterior de la misma, el centro tendrá un mayor potencial socializador. Por tanto, los deberes, las obligaciones, el estilo de vida del centro, deben estructurarse siguiendo el modelo de “estilo de vida” del tiempo (primeras décadas del siglo XXI) y el lugar (España) donde se da.

La norma, para el educador, debe convertirse en una herramienta de trabajo que le permita abordar de manera concreta las dificultades del

sujeto (AA.VV., 1991) y no en un objetivo per se; la norma, así debe pasar a ser una estrategia de socialización más, dentro del contexto de la CT. ¿Cómo hacer operativo el sistema de normas? Aplicando la sanción. Conviene recordar que sanción no es equivalente a castigo: sancionar también se define como "autorizar o aprobar cualquier acto, uso o costumbre"; por ello, tiene un peso valorativo: es informar de lo que está bien o mal, educar, en el fondo.

Como base de la acción en estas situaciones, conviene recordar que el condicionamiento operante supone la entrada en acción de una consecuencia administrada (refuerzo o castigo) asociada a una conducta, para mantenerla o para hacerla desaparecer.

Así, las consecuencias administradas en forma de sanción, podrán interpretarse como castigo o como reparación, que es un término frecuente en el contexto de las CCTT, entendido como la "acción y efecto de reparar cosas materiales mal hechas o estropeadas" o como un "desagravio, satisfacción completa de una ofensa, daño o injuria". Esto deriva en que las sanciones deben tener dos componentes para ser educativas:

**a)** Un componente negativo: Una acción que transgrede la normativa ha de tener consecuencias negativas para el que lo hace, basándonos en el condicionamiento operante. En general, se tratará de una pérdida de privilegios (desde lo más nimio hasta el derecho a hacer tratamiento en la CT).

**b)** Un componente positivo: Alguien que transgrede la normativa necesita aprender a respetarla y valorarla, basándonos en el aprendizaje social. Se traduce en la realización de tareas que supongan una reparación del daño u ofensa efectuado (al grupo, al equipo o a la CT).

### CARACTERÍSTICAS DE LAS SANCIONES

- Cercanas en el tiempo a la transgresión (aunque hay que valorar equilibradamente la inmediatez y la adecuación de la medida).
- Pertinentes: asociadas al hecho.
- Con los dos componentes: positivo y negativo.
- Creativas.

- Comunicadas al grupo.
- Autoimpuestas, de ser posible.
- Realistas.

Aparte de la aplicación de sanciones, otra estrategia de utilidad para que el educador pueda promover comportamientos normativos es el Grupo Educativo sobre Normas; una actividad dedicada a que los sujetos revisen las normas de la CT, las critiquen y analicen las consecuencias de su incumplimiento: con ello, se facilita un proceso de interiorización y apropiación, que acaba redundando en un incremento del sentido de pertenencia. En este grupo, el papel del educador no deberá ser el de defensor de la normativa (que es un error en el que se cae muy frecuentemente), sino que tratará de facilitar un análisis crítico de la misma por parte de los residentes.

*"Un adoctrinador trata las normas como "inherentes a las cosas", como si no pudieran ser malas... Un educador fomenta la crítica y admite no tener todas las respuestas"* (Passmore, 1969).

### *EL CONCEPTO DE CULTURA EN LA CT.*

En su concepción más general, se define la cultura como el conjunto de símbolos (valores, normas, idiomas, hábitos, capacidades, arte, etc.) y objetos (como vestimenta, vivienda, productos, obras de arte, herramientas, etc.) que son aprendidos, compartidos y transmitidos de una generación a otra por los miembros de una sociedad. En el contexto de la CT, resultan de especial interés dos aspectos: la primera parte de la definición, dado el carácter simbólico que muchos elementos externos adoptan dentro: la figura de autoridad, las normas, las costumbres, el argot, etc...; y la idea de transmisión de la cultura, algo muy propio de las CCTT, en que promoción tras promoción de residentes, pequeñas cosas cambian, mientras muchas otras se mantienen, incluso, habiendo perdido su sentido original. Receptores al tiempo que constructores de esa cultura son los propios residentes y los profesionales; y se sostiene o mantiene en el tiempo apoyada en los tres ejes a los que se alu-

día al inicio del capítulo: autonomía (individuo), cooperatividad (grupo) y sentido de pertenencia (comunidad).

### *EL INDIVIDUO Y LA CULTURA.*

La cultura de la CT está basada en individuos cada vez más autónomos con motivación (querer cambiar) y potencial (poder cambiar) para el cambio al que antes se hacía referencia. El educador trabaja sobre estos aspectos a través de las tutorías individualizadas, los espacios grupales como actividades o talleres y, muy especialmente, en los momentos cotidianos. Su tarea básica es el prepararlos para que sepan y puedan cambiar, incrementando su potencial.

### *EL GRUPO Y LA CULTURA.*

La cultura de la CT se basa en grupos cada vez más cooperativos, aunque en este apartado cabe señalar que se da un efecto techo: hay un límite, una utopía que quizá no se alcance nunca (un grupo totalmente cooperativo), pero a la que hay que tratar de acercarse lo más posible. Cada crisis grupal en CT se debe, por lo general, a un alejamiento respecto a la utopía, y es el momento previo a un nuevo acercamiento si se la sabe conducir hacia su resolución. Esta tendencia a la cooperatividad grupal tiene que ver con las relaciones intragrupales (no sólo entre los residentes; también los profesionales atraviesan crisis y necesitan cooperar entre ellos) y las relaciones intergrupales (entre residentes y profesionales); y el educador aborda, especialmente, las relaciones entre residentes (metafóricamente asimiladas a las relaciones entre iguales en el entorno: amigos, pareja, compañeros) y las relaciones residentes-profesionales (asociadas a las relaciones con figuras de responsabilidad/autoridad: familia, jefes). Las relaciones intragrupales de los profesionales deberían ser, en principio, competencia de la Dirección del centro.

### *LA COMUNIDAD Y LA CULTURA.*

Por último, la cultura de la CT se basa en una comunidad con sentido de pertenencia que facilite entornos favorables. Favorables para el aprendizaje (relacionado con el individuo) y favorables para la convivencia (relacionada con el grupo); estos dos elementos interactúan y, además, son influidos e influyen en que exista un entorno favorable para

el desarrollo del tratamiento, relacionado con la comunidad. Porque que no podemos olvidar que el fin último de la comunidad es éste, que el desarrollo del tratamiento de los problemas asociados al consumo de drogas sea lo más eficaz, eficiente y efectivo posible. En el caso de un centro de menores, el fin último sería que el proceso de resocialización de todos y cada uno de sus miembros sea lo más adecuada posible.

***EL RESULTADO.***

La expresión "entorno favorable" se refiere a un entorno favorable, especialmente, para los elementos humanos que conforman la comunidad:

- Favorable para el residente motivado y activo, en una línea de constante retroalimentación: entornos donde los residentes motivados y activos se encuentren con un ambiente favorable, y ambientes que favorezcan que los residentes cada vez estén más motivados y activos.
- Favorable para el profesional en dos líneas básicas: en primer lugar, ofrecerle el respaldo necesario para su labor diaria, fomentándose la homeóstasis y la autorregulación del grupo (compuesto por residentes cada vez más motivados y activos), así como los procesos espontáneos de defensa de la cultura por parte de los propios residentes, a través de un movimiento de retroalimentacíón. Y, en segundo lugar, ofreciéndole de manera continua oportunidades educativas, momentos cotidianos en los que el educador puede educar desde la espontaneidad, un concepto que se desarrollará más adelante.

## 5. DESARROLLO DEL TRABAJO EDUCATIVO EN CT: LA PRÁCTICA PROFESIONAL.

### 5.1.Características del trabajo socioeducativo.

La educación no formal (Sarramona, 1992) se configura como una educación intencional, organizada y sistematizada, que se produce fuera de la escuela como institución educativa por antonomasia y que se desarrolla con metodologías diferentes a las de la enseñanza tradicional, aun cuando parta de teorías pedagógicas en muchos casos nacidas en el

seno de la institución escolar, pero con una presencia poco frecuente y una vigencia momentánea en la Historia de la Educación.

Al ubicar la Educación Social en el ámbito de la educación no formal, se definen, de manera sucinta y general, aunque muy clarificadora, los elementos que la caracterizan. Parcerisa (1999), además de encuadrarla en la educación no formal, señala las características que definen a la Educación Social:

- Gran diversidad de ámbitos de intervención y dificultad para delimitar el campo a abarcar.
- Diversidad de las personas destinatarias y necesidades educativas relacionadas con situaciones problemáticas.
- Mayor peso de los aprendizajes de procedimientos, habilidades, actitudes y valores frente a los de meros contenidos.
- Relación de las y los educadores sociales con otros profesionales e importancia del papel del voluntariado.
- Poca tradición en la formalización de los planteamientos didácticos en esta disciplina.

La profesión del Educador Social se construye desde la práctica reflexiva tanto como desde la reflexión práctica (Schön, 1983). Y a continuación se esboza la traducción en el trabajo directo, cotidiano, de algunos de los supuestos teóricos que más se acercan a dicha labor, en los tres ámbitos que se asociaban a los ejes de valor iniciales: individual, grupal y comunitario.

## 5.2. Ámbito individual.

La relación entre el educador y el educando estará mediada por la perspectiva antropológica que el profesional mantenga (Quintana, 2002): la perspectiva antropológica que mejor puede ajustarse a un modelo educativo comprensivo es la realista, la que entiende al sujeto (menor, drogodependiente, etc…) como una persona con déficits y carencias pero también con potenciales y capacidades ya adquiridas, que pueden ser de gran utilidad para el trabajo educativo; la relación, así, deberá establecerse en términos oblicuos y dinámicos, contando con variables

de carácter personal del sujeto y de carácter situacional (Olivar y Tembrás, 2007).

Una visión antropológica pesimista del residente, en el caso de los menores infractores o los drogodependientes, le asigna características como el ser manipulador, mentiroso, destinado al fracaso, con un estilo de vida autodestructivo; esto puede situar al profesional en una perspectiva autoritaria, desconfiada, culpabilizadora y basada en expectativas de cambio bajas. Por el contrario, una visión optimista conceptualiza al sujeto como víctima de la sociedad, que no ha tenido oportunidades, pero tiene buen fondo, y que debe ser ayudado de manera incondicional; el profesional con esta perspectiva puede adoptar una posición ingenua, permisiva, redentora y asistencialista. Ni ésta ni la anterior son convenientes para el desarrollo del trabajo socioeducativo.

El trabajo en el ámbito individual del educador está representado, en el ámbito de las CCTT, en la tutorización de casos, cuando es el educador el profesional de referencia del sujeto (Olivar, Sanchís y Ros, 2008). Este trabajo de índole individual se alimenta de las observaciones llevadas a cabo en los espacios grupales y cotidianos y, a la vez, se proyecta en ellos.

La labor de tutorización se cimenta en el concepto de proceso, entendido como una sucesión de fases, una labor extendida en el tiempo: un camino irregular que el educador debe planificar e ir desarrollando de acuerdo con el sujeto de la forma más adecuada posible. Este proceso se compone de cinco fases:

1) Acogida: aceptación y conocimiento.
2) Establecimiento y consolidación del vínculo.
3) Apoyo y control: heteronomía.
4) Autorrefuerzo y autocontrol: autonomía.
5) Pre-alta: despegue y separación.

El objetivo general de este proceso tiene como meta conseguir que

el sujeto alcance el mayor nivel de autonomía, verdadero eje de este ámbito de actuación, como concepto opuesto a la dependencia que motivó su acceso a la CT. Como planteaba Parcerisa (1999), la Educación Social es una pedagogía que pretende que la persona llegue a tener criterio para actuar, de manera autónoma, racional y cooperativa, en situaciones de conflicto de valores. En el caso de los menores, esta tarea se revela tanto o más ardua, en la medida en que es evidente la necesidad de alcanzar un proceso de autonomía -quizá no alcanzado previamente- regido según criterios socialmente aceptados.

Para alcanzar esta meta, deberá mantenerse, a lo largo de este proceso, una visión compleja y dinámica, desde un modelo interaccional de relación social (Olivar, 2005), de la situación sociorrelacional del sujeto en el momento de acudir a la CT y su avance a lo largo de la estancia. El establecimiento de objetivos y la propuesta estratégica para el desarrollo del proceso, con características claves como la flexibilidad y la versatilidad, habrán de servir como orientación durante el mismo (Arjona y Olivar, 1998).

En cuanto al planteamiento de objetivos de la labor socioeducativa, entendemos que deben cumplir los requisitos que se proclaman de manera general a la hora de planificar el trabajo (Vilar, 1996; Cembranos, Montesinos y Bustelo, 1989); éstos deben ser:

- claros
- concretos
- pertinentes
- medibles

Y, ya de forma más específica en el contexto que nos ocupa, deben tener como meta final la socialización del sujeto (ya sea drogodependiente o menor), en los términos en los que la definía Aguilar (1995), como la dotación de los recursos que le permitan incorporarse al entorno comunitario en situación de igualdad con otras personas de sus mismas características, como sujeto activo de su proceso, escogiendo su lugar en la sociedad.

Conviene clarificar cuáles son los objetivos más pertinentes para la labor socioeducativa: a veces se cae en la tentación de proponer objetivos que son propios de otras disciplinas o que están fuera del campo de acción del educador. Por ejemplo, mejorar la autoestima puede ser un objetivo del equipo multiprofesional, si en el mismo se encuentra un psicólogo, pero si no, ¿cuenta el educador con las herramientas necesarias para evaluarlo de manera adecuada? ¿es un objetivo central de su tarea, o una consecuencia indirecta de la misma, sobre la que no tiene control? Este tipo de cuestiones han de ser aclaradas en común para poder tener expectativas ajustadas y desarrollar después modelos de evaluación adecuados.

Un marco teórico de interés dentro del ámbito de las drogodependencias, en la medida en que permite la inclusión de las tareas socioeducativas en el contexto de un equipo multiprofesional, es el Modelo Transteórico (Prochaska y DiClemente, 1984), y más concretamente, los procesos de cambio que estos autores proponen: en un contexto de trabajo interdisciplinar, la labor educativa podría desarrollar, de manera muy adecuada, actuaciones para la mejora de los procesos de contracondicionamiento, reevaluación ambiental, autoliberación, liberación social, manejo de contingencias y apoyo social (Olivar y Tembrás, 2007).

Las estrategias para el desarrollo de estas fases están centradas en la comunicación interpersonal desde la relación de ayuda para la competencia social (Costa y López, 1991).

### HABILIDADES PARA LA RELACIÓN DE AYUDA

(Costa y López, 1991)

- Escucha activa
- Escuchar los sentimientos
- Resumir
- Hacer preguntas
- Ser positivo y recompensante
- Dar información útil
- Ayudar a pensar
- Elegir el momento y lugar adecuado y preparar la situación

En cuanto a la evaluación, en el ámbito de drogodependencias se han desarrollado trabajos centrados en detectar los cambios individuales que se han producido en los aspectos socioeducativos de valor, así como experiencias de aplicación de estas herramientas (Pedrero y Olivar, 2003; Olivar y Pedrero, 2004).

### 5.3. Ámbito grupal.

La labor socioeducativa en el ámbito de las CCTT está muy relacionada, a nivel grupal, con la dotación de recursos en los campos en los que aparecen las necesidades anteriormente comentadas. Así, las actividades programadas, planificadas, desarrolladas y evaluadas por los educadores sociales han de ser los espacios de aprendizaje donde los sujetos compensen ciertos déficits de manera compartida, con el objeto de facilitar un retorno más adecuado a su medio de referencia.

No todos los sujetos llegan con las mismas características a un dispositivo residencial, por lo que la dificultad para el profesional en este apartado es la de equilibrar la respuesta a las necesidades de los diferentes miembros del grupo. Al ser éste heterogéneo, el educador habrá de generar actividades que permitan que todos puedan progresar, cada uno desde su punto de partida, en muchos casos a partir de la propia interacción entre ellos, respondiendo así al eje de valor que se corresponde con el ámbito grupal, el de la **cooperatividad**.

Por ejemplo, si se encuentran en el mismo grupo de adultos un Licenciado en Periodismo y una persona sin estudios primarios, puede ser interesante asignar al primero la responsabilidad de tutorizar en el ámbito de lectoescritura a su compañero, bajo la supervisión del educador. De esta forma, el que no tiene estudios primarios podrá ver cubiertas sus necesidades formativas, y el universitario podrá sentirse útil para otros y mejorar su capacidad para la cooperación.

No se debe caer en la tentación de ofrecer respuesta a los problemas de cada miembro e infravalorar el poder del grupo como motor de cambio; para la labor socioeducativa, el grupo no es tanto un objeto a educar como una herramienta educativa para todos y cada uno de sus miembros (Olivar, Sanchís y Ros, 2008). El objetivo principal del educador en el trabajo con grupos, por tanto, no será tanto educar a grupos, sino conseguir que éstos se eduquen, tanto entre ellos como a partir de las acciones socioeducativas que ponga en marcha el propio educador (Olivar y Tembrás, 2007).

La metodología general de las actividades diseñadas debe ser participativa, práctica, activa y cooperativa; una referencia teórica de valor es la perspectiva constructivista (Coll y otros, 1993), que permite incluir tanto las características metodológicas como los supuestos de partida a los que hacíamos referencia; conviene pasar del aprendizaje vicario (observación) al experimental (prueba) y, posteriormente, al experiencial (vivencia), a través de la práctica de los aprendizajes adquiridos en la vida cotidiana. Resulta necesario, asimismo, tener en cuenta algunas características propuestas para la educación de adultos (Villanueva, 2001) que han de dirigir la práctica: fomentar el aprendizaje significativo, partiendo de las experiencias previas del sujeto, y facilitar que los nuevos aprendizajes se produzcan de una manera motivadora y gratificante. En todo caso, habrán de tenerse en cuenta las variables que influyen en el desarrollo de las dinámicas grupales (Parcerisa, 1999): ambiente, heterogeneidad, estilos comunicativos, normas grupales, control social, rol de cada componente…

Para una propuesta concreta de los contenidos a abordar dentro del trabajo socioeducativo con grupos, teniendo en cuenta diversas propuestas (Petrus, 1995; García Garrido, Alejos y Rodríguez, 2001) éstos son los que pueden tener un papel más central en el trabajo con personas drogodependientes (Olivar y Tembrás, 2007):

- Educación para el ocio y el tiempo libre
- Educación para la no violencia
- Coeducación
- Educación prelaboral
- Educación cultural
- Educación ambiental

- Educación sobre el consumo
- Animación sociocultural
- Educación intercultural

Para el educador, la actividad no deja de ser un medio para alcanzar una serie de objetivos, y no es un fin en sí misma: por ejemplo, un taller de Marquetería no debería, para un educador, tener como objetivo el aprender procedimientos propios de esta actividad, sino otros como seguir instrucciones, instaurar hábitos de limpieza tras la tarea, planificar adecuadamente los trabajos, mantener una actitud responsable en el espacio de trabajo, hacer un buen uso de las herramientas, etc... Objetivos comunes a cualquier espacio de actividad de educación prelaboral y, por ello, generalizables a cualquier puesto de trabajo.

La selección de contenidos deberá realizarse en función de las características de los grupos y las situaciones que se viven y aprecian como importantes en el centro residencial. La selección de los recursos, por el contrario, dependerá de las propias posibilidades que ofrezca el centro, y de la necesidad que suponga cada actividad, mediada por criterios de eficacia y eficiencia.

En cuanto a la planificación (Olivar y Tembrás, 2007), ésta se realizará de acuerdo a las características del dispositivo y la población atendida: para un centro residencial con una estancia máxima establecida, el programa de actividades de cada área debería tener un carácter circular, de la misma duración que dicha estancia. También podrá adaptarse al desarrollo de trabajo con grupos pequeños en función de la fase de estancia dentro del centro, siendo de un tipo para los recién llegados (actividades de inicio: motivación, toma de contacto), de otro para los que superen la fase inicial (mantenimiento: tareas variadas, continuidad, seguimiento) y de otro para los que estén preparando su retorno al entorno habitual (finalización o cierre: traslación de los aprendizajes al medio, evaluación). Siempre han de intentar de cum-

plirse ciertos criterios como la continuidad/progresión, interrelación y delimitación de contenidos centrales (Parcerisa, 1999).

### 5.4. Ámbito comunitario.

Dice Comas (2006) que, en la CT, "lo educativo es la vida cotidiana"; y Díez (2001) define la educación desde la espontaneidad manifestando que "cualquier momento puede ser educativo y será educativo si hay comunicación y si esa comunicación es significativa, intencional y con ánimo de producir variaciones o cambios". Posiblemente esta oportunidad comunicativa que se le presenta al educador continuamente, desde su labor cotidiana, es la que mejor define su rol profesional.

Partiendo de lo que plantean Comas y Díez, podemos decir que, en cualquier CT, lo cotidiano es el espacio natural del educador. Supone, básicamente, dos cosas:

- en primer lugar, el contar, como decíamos antes, con una oportunidad educativa continua: la CT, al ser un espacio residencial, ofrece per se posibilidades de actuación en lo cotidiano en momentos tales como las comidas, los momentos de tiempo libre, los episodios de insomnio, el desempeño de labores de mantenimiento y limpieza, etc...
- en segundo lugar, la cultura de la CT ofrece un apoyo al educador y éste, a su vez, la retroalimenta con cada acción socioeducativa que pone en marcha en estos espacios no reglados; este proceso de encuadre y mantenimiento cultural se da minuto a minuto, día a día, a través del trabajo del educador.

Los aspectos anteriores conducen hacia el entendimiento de los aprendizajes en CT como una metáfora que requiere de cierta capacidad de abstracción para que se puedan generalizar en la vida cotidiana. Es, con diferencia, éste el rol más complejo del que tiene que hacerse cargo el educador, pero también el que le resulta más propio a esta figura profesional.

Así, el educador es el hilo conductor que acerca los aprendizajes simbólicos al terreno de lo doméstico, y el que retoma las aplicaciones cotidianas, revisándolas desde lo que representan o representarán en

el contexto habitual (familia, amigos, barrio) del sujeto, traduciendo lo metafórico en realidad, en práctica.

El espacio catalizador de lo cotidiano es la asamblea (Olivar, Sanchís y Ros, 2008): la reunión donde todos los sujetos que componen la comunidad comentan, analizan, revisan lo ocurrido durante el día; y donde los educadores ponen en contacto la experiencia cotidiana con los valores comunes, analizando cada situación surgida, cada episodio de la historia cotidiana, desde el prisma de la matriz de valores de la CT, esos valores que anteriormente se planteaban como referencia de la formación de ciudadanos para su reincorporación a la sociedad a la que van a volver tras su paso por el centro. Un espacio para la dialéctica, donde los educadores catalizan, de nuevo, la experiencia vivida durante el día y promueven la interacción y el análisis entre todos y para todos, que permita reflexiones y aprendizajes útiles para todos los asistentes; en definitiva, que permita la concreción de las metáforas diarias a partir del análisis colectivo. De la misma manera, la asamblea pasa de ser un elemento de identidad de la CT, para convertirse en un acto de identificación de todos los sujetos que la componen, en el que el valor-eje que es el **sentido de pertenencia** cristaliza a través de la participación, la identificación con otros, etc...

La asamblea es un espacio privilegiado para desarrollar el sentimiento de "nosotros". Si bien los motivos para acceder al dispositivo tienen que ver con una determinada situación o etiqueta (menor en situación de desamparo, menor infractor, drogodependiente, etc…), la asamblea es el espacio en que la identidad grupal ha de orientarse hacia el objetivo de la estancia en el centro: llegar a ser/volver a ser ciudadanos. Donde lo compartido era una condición marginadora en el origen o el inicio de la estancia, la asamblea ha de ser la herramienta principal para reconvertir ese nexo en un elemento positivo, constructivo, relacionado con el regreso al entorno habitual en otra posición social, con más recursos personales y con un plan diferente de cara al futuro.

Por su presencia cotidiana, el educador es la figura que más tiempo comparte con los sujetos, que más les observa en momentos de distensión y que, en definitiva, más conoce su comportamiento cotidiano: al mismo tiempo, es el que más interactúa con ellos, con lo cual sabe, a través del contacto directo, cuál es la mejor manera de llegar a ellos. Esto, además de justificar la valoración positiva que los menores hacen de esta figura –son los que más atención les prestan-, supone que el educador sea el profesional más informado y capacitado para dirigir la asamblea.

En la asamblea, por ejemplo, un residente puede plantear los problemas que se ha encontrado para realizar una actividad durante el día; el papel del educador, en esa situación, no será dar una solución, sino fomentar que otros residentes comenten si a ellos les ha ocurrido algo parecido, cómo lo afrontaron y qué alternativas les funcionaron para resolverlo. De este modo, se facilita la interacción positiva y con ánimo constructivo dentro del grupo, favoreciéndose la integración, el rol positivo de los que llevan más tiempo, el modelado, y el aprendizaje a partir de los iguales, en un enfoque de autoayuda regulado. Además, la presencia del educador en la vida cotidiana facilita su conocimiento de situaciones previas de la misma naturaleza, y le habilita para solicitar la participación de los residentes implicados en esas situaciones.

Todo ello convierte al educador en el profesional de la CT encargado de dotar de validez ecológica al trabajo realizado en todos los espacios formales (ya sean socioeducativos o psicoterapéuticos) y, por ello, se debe reconocer el importante papel que desempeña en el contexto del equipo profesional de un dispositivo como una CT.

¿Se le da este papel al educador en los equipos de las CCTT? Puede afirmarse que, en muchos casos, no. El estudio de Comas (2006) refleja que los educadores no participan en las comisiones de acogida, por ejemplo. Teniendo en cuenta el papel que el educador va a tener

a lo largo del proceso de tratamiento del sujeto, parece tener todo el sentido que conozca en profundidad sus características y las de su contexto habitual para poder adecuar de la forma más efectiva esa concreción de la metáfora a cada sujeto.

## 6. CARACTERÍSTICAS DEL EDUCADOR SOCIAL.

A la hora de establecer un perfil del profesional que desarrolla la tarea socioeducativa en CT, han de destacarse los aspectos formativos y los actitudinales, que Núñez (1995) entendía como las dos bases para el educador social.

### 6.1. Características formativas.

La formación de base del Educador Social debe atender a tres grandes campos de conocimiento (Olivar y Tembrás, 2007):

- El conocimiento del individuo: para ello, todas las materias relacionadas con la Psicología, desde los elementos biológicos hasta los sociales, pasando por la forma de aprender, la evolución del ser humano y su relación con la educación y los problemas psicológicos y trastornos psiquiátricos.
- El conocimiento de la sociedad: materias como Sociología y Antropología Social resultan de interés para conocer el funcionamiento de la sociedad que va a acoger al sujeto drogodependiente a la finalización del proceso, además de la importancia, en el campo de los menores, de la Legislación vigente, tanto en materia educativa como de carácter civil y penal.
- El conocimiento de la educación como mediadora entre el individuo y la sociedad: la Pedagogía Social, la Teoría de la Educación o la Historia de la Educación Social son materias que facilitan una visión genérica, mientras que la Animación Sociocultural, la Intervención Educativa sobre Problemas Fundamentales de Desadaptación Social o la Educación Permanente permiten un conocimiento profundo de

las tres ramas principales de esta disciplina (Animación Sociocultural, Educación de Adultos y Educación Especializada). Añadido a esto, capacidades como la investigación, la utilización de nuevas tecnologías, o la planificación, gestión y evaluación de proyectos socioeducativos, conforman un núcleo de conocimientos básicos para el educador social, en la medida en que le preparan para ese papel mediador entre el sujeto drogodependiente y la sociedad a la que ha de incorporarse.

Centrados en el ámbito de las drogodependencias, han de señalarse algunos elementos que pueden contribuir a facilitar la formación complementaria del educador social en este campo:

- cursos específicos con contenidos como: actuaciones (prevención, asistencia, reinserción), sustancias (efectos y clasificación), modelos de tratamiento (ambulatorios, residenciales, hospitalarios), enfoques teórico-prácticos (biomédico-sanitario, judicial-penal, psicosocial, socio-cultural, bio-psico-social), dispositivos específicos (comunidades terapéuticas, centros de día), recursos concretos para el trabajo con drogodependientes (habilidades sociales, manejo de situaciones de conflicto) y temas de actualidad en el ámbito de drogodependencias (consumo recreativo, diagnóstico dual, función neurocognitiva, etc...).
- información sobre alguno de los contenidos mencionados a través de la lectura de literatura especializada en el tema, cursos más breves y específicos, etc...
- asistencia a foros de encuentro, tanto específicamente de educadores sociales como de profesionales de las drogodependencias.
- lectura de literatura científica específica, tanto del ámbito socioeducativo como del de las drogodependencias, ya sea a través de libros o revistas especializadas.

## 6.2. Características actitudinales.

Valverde (2002) propone una serie de características personales que debe poseer el educador para la actuación individual en el ámbito de los centros de reforma de menores. Estas características pueden ser

extensibles a otros ámbitos, como el trabajo de los educadores sociales en las CCTT, adaptando su significado a esta labor. Son las siguientes:

- Madurez, entendida como la capacidad del educador social para dar respuesta a las situaciones desde una perspectiva amplia, sin caer en un exceso de afectividad en la vivencia de la relación educativa. Esta característica es especialmente importante en el caso de los menores, tanto en lo que se refiere a la capacidad para dar respuestas ajustadas, como en cuanto al rol de modelo social que el educador social ha de ofrecer.

- Resistencia a la frustración, entendida como la capacidad del educador social para superar la percepción de fracaso ante algunas situaciones como faltas, delitos, consumos o recaídas y mantener expectativas ajustadas y realistas (aunque no tengan por qué dejar de ser ambiciosas).

- Creatividad, entendida como la capacidad del educador social para generar estrategias, actuaciones y propuestas alternativas, que rompan con lo estandarizado o con un estilo de funcionamiento completamente previsible por parte del sujeto, algo necesario a la hora de trabajar con sujetos con un largo currículum de experiencias previas en este tipo de dispositivos.

- Compromiso, entendido como la capacidad del educador social para desarrollar su labor con competencia y profesionalidad, facilitando que el sujeto pueda confiar en su motivación, interés e implicación.

- Flexibilidad, entendida como la capacidad para adaptar la labor socioeducativa a la realidad del sujeto (subjetiva y objetiva), así como la capacidad para reorientar los procesos de reforma/tratamiento en función de la evolución y las situaciones que se van produciendo. Esta es otra de las características básicas en cuanto al trabajo con menores, dado que la inestabilidad del sujeto requerirá del educador social una mayor capacidad de adaptación a las nuevas situaciones que se vayan produciendo.

- Formación, entendida como la capacitación para el desarrollo de la labor socioeducativa, contando con técnicas, estrategias y conocimientos generales sobre la tarea a desarrollar y la población destinataria. Este aspecto se ha desarrollado en páginas anteriores, en referencia a la formación de base y complementaria que un educador social requiere.

- Capacidad de empatía, entendida no sólo como una habilidad conductual sino también como una de carácter cognitivo-afectivo.

A lo que plantea Valverde, se podría añadir una última característica:

- La estabilidad/seguridad del educador social, entendida como la capacidad para mantener un estilo de comportamiento estable (nunca rígido), que permita transmitir al sujeto una cierta sensación de seguridad. No debe olvidarse que la seguridad del educador social se muestra de una forma mucho más explícita cuando éste se presenta como una figura falible o perfectible, incrementando así su papel como modelo de referencia y la confianza del sujeto.

## 7. EL TRABAJO EDUCATIVO EN OTROS DISPOSITIVOS RESIDENCIALES.

Muchos de los planteamientos y de los elementos del trabajo aquí expuestos son fácilmente aplicables en diversos recursos, parecidos en su concepción y organización a la CT. Por supuesto, algunas de estas ideas requerirán una adaptación previa a las propias condiciones del dispositivo, a la población destinataria de la acción educativa o al perfil de los propios profesionales del recurso.

Esencialmente, para que esa adaptación pueda hacerse de la manera más adecuada posible, además de tener en cuenta los factores antes citados, son necesarias una serie de condiciones:

**1)** Que la filosofía del recurso sea de base proactiva y promotora de cambios, dejando de lado el asistencialismo, la caridad, la reclusión o el aislamiento, y promoviendo la potenciación del individuo para su regreso al medio.

**2)** Que el equipo de educadores sea suficiente para hacer frente a las muchas tareas a realizar, así como a la intensidad de la labor.

**3)** Que se den procesos de formación permanente adecuados en el ámbito propio y en el de la educación social para poder generar actividades, recursos y herramientas de evaluación propias de cada recurso, pero generalizables o adaptables a otros.

# Capítulo 8

## Comunidad Terapéutica y familia

Jorge GRACIA PASTOR

Carmen JOSA LÁZARO

Belen MONTESA LOU

## 1. INTRODUCCIÓN.

El abordaje a las problemáticas ocasionadas por el consumo de drogas es complejo y, por todos es sabido, no puede estudiarse desde una única perspectiva, sino que es necesario tener en cuenta una amplia variedad de factores individuales junto a otros de carácter familiar, ambiental y social.

En numerosas investigaciones se ha constatado la importancia que tiene la familia en los procesos de rehabilitación del drogodependiente. No en vano, la familia es un factor fundamental en la socialización de la persona y es el espacio en el que se producen las primeras relaciones interpersonales y afectivas. Es la que imprime y da valor al sentido de identidad y pertenencia que nos permite evolucionar como persona.

Los objetivos de este capitulo son, por un lado presentar a la familia como unidad de tratamiento cuando se aborde una toxicomanía, pues como señala Cancrini (1991) está también en la familia la posibilidad de cambio. Por otro, destacar las similitudes que encontramos entre la Comunidad terapéutica y los sistemas familiares, de modo que se pueda favorecer el restablecimiento de las funciones familiares.

Este trabajo fundamentará teóricamente las razones para implicar e incorporar a la familia en el tratamiento. Para ello desarrollaremos conceptos fundamentales sobre la familia de los adictos, sus características y tipologías, pasaremos a describir rasgos de las familias de los usuarios que demandan atención en una Comunidad Terapéutica e identificaremos las claves que hacen útil y valioso el trabajo familiar en este recurso.

## 2. CONCEPTOS TEÓRICOS EN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.

Para entender al individuo y su funcionamiento hay que hacer alusión a la familia de origen. La familia, como contexto más inmediato del de-

sarrollo de la persona (Bronfenbrenner, 1979; Parke,2004), constituye el sistema de apoyo más importante para el bienestar y ajuste de los miembros que la integran (Musitu, 2006). La familia está considerada como el grupo básico de la sociedad, institución que encontramos en todas culturas y sus cambios están interrelacionados con los cambios de la sociedad. Hasta el momento ninguna otra institución humana y social ha logrado suplir su funcionamiento, especialmente en la satisfacción de las necesidades biológicas y afectivas de las personas.

En la sociedad postindustrial, el modelo de referencia ha sido la familia nuclear tradicional, pero cada vez más, aparecen otros modelos familiares diferentes, como son familias reconstituidas o familias monoparentales. La familia es la matriz de la identidad y el desarrollo psicosocial de sus miembros, el sentido de identidad está determinado por el sentido de pertenencia a una familia, y este proceso de pertenencia es determinante para el individuo en la evolución de la estructura personal.

Desde el punto de vista **sociológico**, en la familia es dónde la persona realiza su primer proceso de socialización. Es el espacio dónde las necesidades fundamentales de sus miembros pueden ser satisfechas, donde se expresan las primeras normas sociales y las primeras reglas de juego de la comunicación, se aprende a tratar a los iguales y surgen los primeros conflictos a los que hay que aprender a enfrentarse y donde se adquieren los valores familiares y sociales.

Es en la familia donde se gestan los fundamentos de la futura personalidad, dónde se alcanza el afecto y la protección para superar las inseguridades. Pero es también aquí donde se pueden adquirir l**os mecanismos autodestructivos**, donde se sirven mensajes contradictorios, así como distintos tipos de valores. La familia se ha analizado desde lo expuesto como una fuente de posibles factores de riesgo asociados al consumo de drogas de los hijos (Pollard et al. 1997, citado en Becoña 1999)

Entre ellos se ha destacado el papel del estilo educativo parental, de la calidad de la relación entre los padres y de estos con los hijos, y la importancia de los padres como modelos de conducta.

Por eso, una realidad que se nos impone a los profesionales cuando abordamos una toxicomanía es la de que el contexto de referencia del drogodependiente, normalmente la familia, se encuentra involucrada en el problema. La forma en que cada familia participa del mismo es diferente y diversa, pero Cancrini señala que al mismo tiempo que se pueden identificar patrones de conducta de los miembros de la familia que ayudan a que se mantenga el problema, también se encuentra en ella el germen del cambio, y la posibilidad de cura (1991)

Desde la Perspectiva **sistémica-relacional** y la Teoría General de los Sistemas (TGS) aplicada a los sistemas humanos , sobre todo a la familia, cada sistema o grupo está compuesto por una serie de elementos en interacción y con una organización tal que un cambio en el estado de uno de los elementos irá seguido por cambios en los demás.

El paradigma sistémico considera la toxicomanía, como un síntoma de la desestructuración o disfuncionalidad del sistema familiar y como tal desempeña una función. El síntoma se puede ver como parte necesaria de la organización de ese sistema, pues su ausencia "obligaria" a los miembros a la búsqueda de un equilibrio distinto. El hecho de que el síntoma tenga una función propia no significa que este sea el comportamiento causa y origen de toda la organización del sistema. El síntoma, debe ser considerado parte integrante de la organización del sistema.

Así el miembro adicto puede atraer la atención de los demás hacia él, desviando al mismo tiempo problemas solapados que arrastra la familia. Por ello hay que entender y comprender la naturaleza del síntoma y su función dentro del sistema familiar, siendo de capital importancia para formular estrategias de intervención en las familias sintomáticas.

El objetivo de la intervención, desde dicha perspectiva, se localizará no tanto en el habito del abuso de drogas sino en como intentar introducir cambios en la estructura misma de la familia en términos de: jerarquía (quien está a cargo de quien y de que), alianzas, coaliciones, así como de comportamientos individuales y colectivos.

Considerar a la familia como una unidad nos ayuda a los profesionales

a entender el funcionamiento familiar según tres parámetros: Estructura, regulación y comunicación (Foster y Gurman, 1988).

**Estructura.**

Hace referencia a las formas de unión de la pareja, tamaño, personas incluidas, parentesco... Incluye características tales como:

- El grado de claridad o difusión de los límites entre los miembros de la familia.
- El grado en que existe una jerarquía (quien está a cargo de quien y de que.)
- La diferenciación (el grado en el que los miembros de la familia tienen identidades separadas sin dejar de mantener el sentido de la familia como un todo).

Un tipo importante de disfunción en la estructura familiar es la triangulación, que se pude definir como el intento de resolver los conflictos interpersonales de dos personas involucrando a una tercera. Las características de la tercera persona, especialmente sus problemas, se convierten en el foco de las interacciones.

Este fenómeno se observa con gran frecuencia en padres de adictos, especialmente en el momento en el que el paciente empieza a resolver sus propios problemas (ingreso en C.T) y emergen las disensiones o los conflictos entre la pareja parental.

Juan Linares sitúa gran parte de los fenómenos adictivos dentro de lo que se denomina “triangulaciones manipulatorias” y “triangulaciones desconfirmadoras”, que suponen en ambos casos una parentalidad más o menos conservada frente a una conyugalidad problemática. (1996)

**Regulación.**

Se refieren al modo en que la familia mantiene su balance de interacciones y englobaría los siguientes aspectos:

- El concepto de causalidad circular, según el cual las conduc-

tas familiares se retroalimentan por oposición al de causalidad lineal, en el que la conducta de un miembro de la familia es causada por la conducta de otro que la precedió inmediatamente.

En esta forma de ver las secuencias comportamentales, se evita culpabilizar a un miembro u otro. Un ejemplo de la causalidad circular comúnmente citado es el siguiente: una persona "regaña" a su marido porque rehusa comunicarse, este responde distanciándose cada vez más de su esposa, ella vuelve a regañarle y así sucesivamente. Al explicar el marido su funcionamiento dice que su pasividad es debida a los constantes regaños de su mujer, un círculo vicioso en el que la secuencia de comportamiento es "me retraigo porque me engañas" y te "regaño porque te retraes". O cuando un drogodependiente dice " como en mi casa hay discusiones entre mis padres yo me voy a consumir" y los padres dicen que el consumo de su hijo es el motivo de discusión en casa.

tEl segundo término que se utiliza para describir la autorregulación de la familia es el de retroalimentación y homeostasis. La homeostasis es la característica según la cual el sistema tiende siempre a mantener el "status quo", o sea, a no cambiar. Entendiendo por "*no cambio*" la actividad del sistema para defender su acción y sus objetivos generales del conjunto de las condiciones internas y externas que puedan amenazar.

Cualquier cambio en uno de los miembros del sistema familiar producirá cambios y reajustes. El cambio del drogodependiente y el abandonar su adicción y establecer otro tipo de relaciones con la sociedad y con los otros miembros de su familia va a producir un cambio en el equilibrio que provocará que el sistema cambie y todos tengan que redefinir sus relaciones y su posición dentro de la familia. El ejemplo que puede ilustrar este concepto, es el de un *termostato*, que está programado para conservar el agua a una cierta temperatura, el termostato con sus propios mecanismos eléctricos consigue mantener la misma temperatura sin ningún cambio el agua

| Aldous, 1978 | Durvall, 1957 | Barnhill y Longo 1978 (transiciones) | Haley, 1980 | Minuchin y Fisham, 1981 | Pittman, 1990 | Carter y McGoldrick 1989 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Galanteo | | | El adulto joven independizado |
| Pareja recién establecida | Pareja recién establecida | compromiso | matrimonio | Formación de la pareja | matrimonio | Matrimonio |
| Paternidad | Paternidad (niño mayor hasta 3 años) | Desarrollo de los roles parentales | El nacimiento de los hijos | La familia con hijos pequeños | Nacimiento de los hijos | La familia con hijos pequeños |
| | Familia con hijos en edad preescolar (hijo mayor 3-6 años) | Aceptar la nueva personalidad del hijo | | | | |
| Familia con hijos en edad escolar | Familia con hijos en edad escolar (hijo mayor 6-12 años) | Introducir al hijo en instituciones externas | | La familia con hijos en edad escolar o adolescente | Comienzo de la edad escolar de los hijos | |
| Familia con hijos adolescentes | Familia con hijos adolescentes (hijo mayor 12-19 años) | Aceptar la adolescencia | Dificultades matrimoniales en los años intermedios | | Pubertad de los hijos | La familia con hijos adolescentes |
| | Familia con adolescetes tardíos (hasta que el primero se va) | Experimentar con la independencia de los hijos | | | | |
| Familia con jóvenes adultos | La familia como centro de lanzamiento (hasta la marcha del último hijo) | Preparación para la marcha de los hijos | El “destete” de los padres | La familia con hijos adultos | Independización de los hijos | Emancipación de los hijos y periodos posteriores |
| Los años intermedios | La familia postparental, los años intermedios | Enfrentarse de nuevo a la propia pareja | | | Envejecimiento de los padres | |
| Envejecimiento de la famila | Envejecimiento de la familia (tras la jubilación del padre) | Aceptar el retiro y/o el envejecimiento | El retiro de la vida activa y la vejez | | Jubilación | La familia en las últimas etapas de la vida |

Esquema recogido en BEYEBACH, M. y RODRÍGUEZ-MOREJAN, A.: **El ciclo evolutivo familiar: Crisis evolutivas.**

**Ciclo vital de la familia.**

El ciclo vital es un constructo que empleamos para poder entender el proceso y las familias.

Aunque no es tan sencillo de observar como el ciclo vital en el individuo, la familia, como grupo dinámico, también atraviesan un ciclo vital. Pasa por varias etapas bien diferenciadas y distinguibles que tienen sus propias características y funciones y para las que es preciso que se desarrollen estrategias de adaptación a los cambios.

Las reglas de funcionamiento familiar y los objetivos que se deben alcanzar en cada etapa tienen por función conseguir el mayor nivel de adaptación posible a las exigencias de crecimiento. Ello significa que una vez adaptados a un determinado momento evolutivo, individuo y familia aprenden una forma de relacionarse que les hace tener un periodo de estabilidad que facilita el desarrollo y el cumplimiento de objetivos de ese momento por lo que habrá que generar y adoptar nuevas reglas de funcionamiento. La idea de crisis no es negativa en el ciclo vital, es positiva, porque es el modo de transitar hacia otro momento de la vida.

Durante las crisis se ponen en cuestión todos los principios y reglas que han sido útiles en el momento anterior, y predomina la necesidad de adaptación y cambio. La resistencia a estos cambios, dependerá de la flexibilidad de los subsistemas familiares para adaptarse a la nueva situación, existirá mayor o menor malestar. Si esta resistencia es muy grande, hara dificil el cambio para alcanzar la nueva etapa del ciclo vital.

Quizás un ejemplo ayude a aclarar estos conceptos: Cuando se forma la pareja y se inicia la vida en común, el espacio familiar es exclusivo de la relación de pareja, incluso aunque ya haya proyectos de tener hijos. Cuando se tiene hijos y se pasa a otra etapa del ciclo vital cambian las prioridades y los objetivos: la crianza supone que los objetivos prioritarios son el de dar importancia a la sociacialización del hijo y a la realización de proyectos personales (como sentirse madre o padre), es el eje central alrededor del que se organiza todo el proyecto familiar. No se puede seguir funcionando igual como pareja cuando hay un

hijo. Eso significa que ambos cónyuges deben renunciar a parte de esa atención dedicada uno al otro de modo exclusivo.

Una fuente de estrés en esta etapa de crianza viene directamente proporcionada por la necesidad de poner en marcha una nueva forma de organización familiar. Los padres tendrían que discutir y encontrar soluciones a determinados aspectos de la crianza, desarrollando formas de educar en las que alcanzar un acuerdo no resulta siempre una tarea fácil.

Los elementos de duelo por lo perdido de la etapa anterior del ciclo vital, y los de discusión por encontrar pautas y normas consensuadas frente a la crianza, forman un todo sumamente estresante para la vida familiar y cuya solución satisfactoria supondrá haber alcanzado la adaptación a la nueva etapa, de este modo la resolución de esta crisis supone un mayor grado de adaptación al crecimiento.

Fases del ciclo vital:

- Emancipación de la familia de origen.
- Formalización de la relación
- Familia con hijos pequeños
- Familia con adolescentes
- Independencia de los hijos
- Tercera edad. Vejez

Según Milton Erickson (1980), los síntomas aparecen cuando el ciclo vital en curso de una familia o de otro grupo natural se disloca o interrumpe. El síntoma es una señal de que la familia enfrenta dificultades para superar una etapa del ciclo vital. Por ejemplo el ataque de angustia que sufre una madre al nacer su hijo está expresando la dificultad de la familia para pasar a la etapa de la crianza. Otro síntoma es la drogadicción en la adolescencia La mayor parte de las personas que desarrollan problemas de adicción lo inician durante la adolescencia. Según Haley (1985), durante esta etapa del ciclo vital, el joven debe distanciarse emocionalmente de la familia, diferenciarse y afirmarse en su identidad. Por parte de la familia existe dificultad de dejar al adolescente que se individué y se diferencie de sus padres buscando mayor autonomía de los adultos. Existe una serie de mecanismos en

las familias que se denominan de retroalimentación negativa que tienden a minimizar los cambios y permitir que las familias permanezcan unidas, soportando las tensiones impuestas por el medio y por los miembros.

Y en muchos de los casos según Stanton y Todd (1988), el ciclo adictivo forma parte de un patrón familiar que involucra un complejo sistema homeostático de mecanismos de retroalimentación entrelazados que sirven para conservar la adicción y en consecuencia la estabilidad familiar. Los cambios que introduzca el terapeuta se verán contrarrestados por la retroalimentación negativa que caracteriza a los sistemas patológicos.

**La información.**

La información alude al modo en que los miembros de la familia se comunican unos con otros. En familias conflictivas se han observado muchas formas patológicas de comunicarse, una de las cuales seria la contradicción entre el mensaje verbal y no verbal ( analógico y digital).

Otro aspecto importante a tener en cuenta es que la comunicación familiar se produce en dos niveles simultáneos: el nivel de contenido y el nivel relacional, siendo este último el que clarifica al primero, pues alude a qué tipo de mensaje debe entenderse que es el que se emite y, por tanto, a la relación entre los comunicantes.

Las relaciones patológicas se caracterizan por una constante lucha por definir y controlar la naturaleza de la relación, mientras que el aspecto del contenido se vuelve cada vez menos importante.

Debido a ello, estos sistemas suelen ser los que como mayor frecuencia presentan y/o mantienen problemas como una adicción.

## 2. LA FAMILIA DEL ADICTO.

Se han realizado varios intentos de justificar y explicar el abuso de drogas como fenómeno familiar.

Así, Noone y Reddig (1976) encuentran en la adicción un factor de estabilización familiar mientras que Haley (1976) y Becoña (1999) consideran que la familia está atascada en una etapa del ciclo vital evolutivo como resultado de lealtades y conflictos no resueltos.

Otros autores entienden que los problemas de pérdidas, duelos y angustia de separación en la familia se perpetúan en el patrón de abuso de drogas, mientras que desde una perspectiva menos lineal, Staton y Todd (1988) sugieren que la drogadicción puede considerarse como parte de un proceso cíclico que involucra a tres o más individuos, comúnmente al adicto y a sus dos padres, en el que la conducta del adicto cumple una importante función protectora y contribuye a conservar el equilibrio homeostático del sistema familiar.

Por otro lado, en los últimos años, diferentes estudios han intentado determinar las características mas frecuentes de las familias de los adictos. Ausloos (1998) distingue entre familias de transición caótica (estas familias las encontramos entre personas que han desarrollado conductas disóciales y también entre personas con drogodependencias) y las familias de transición rígida (que con frecuencia las encontramos en individuos que han desarrollado patología mental de la esfera de la psicosis y también entre personas que desarrollan trastornos de la conducta alimentaría).

De las primeras, que son las que acuden a los servicios de drogodependencias, habría que destacar su fuerte tendencia a los cambios, y que no poseen normas estables sino que estas se encuentran en un proceso constante de cambio. Las fronteras y los limites son en estas familias muy abiertas y permeables. Los comportamientos de sus miembros son desordenados, no hay unión entre ellos y buscan a alguien que arbitre entre los mismos.

Ausloos (1998) extrapola de su trabajo con familias, unas características generales:

**1.** El adicto suele ser rechazado por el padre del mismo sexo ya que es el único objeto de amor del padre del sexo contrario en perjuicio de la pareja.

**2.** Respecto a los hermanos del adicto, si éste no es el mayor, entonces el que ocupa el primer lugar suele presentarse como hijo ideal y responsable, ejerciendo funciones parentales.

Cancrini describe cuatro categorías de adicciones en su clasificación afirmando que existe una relación entre la organización psicológica individual, el síntoma y la organización familiar.

En su trabajo pionero sobre las drogodependencias, Cancrini distinguia cuatro tipologías de adicciones, que denomina con las letras A,B,C y D. Su clasificación tiene como base las diferentes formas de consumo de la sustancia, diferentes trastornos psicológicos o psicopatológicas de los adictos que anteceden al consumo adictivo y las distintas formas de funcionamiento de las familias.

**a) Tipo Traumático** (adicción traumática).

La adicción surge ante un hecho traumático que envuelve a toda la familia de origen (muerte de un miembro, ruptura de la pareja parental, etc.) y provoca un sentimiento de culpa en el sujeto. Este acontecimiento psíquico desmorona el equilibrio psíquico de la persona y, ante la imposibilidad de expresar el duelo, se produce una evolución patológica. En este caso el síntoma es funcional para el sujeto pues le permite superar el sufrimiento personal.

**b) Tipo Adicción de Neurosis Actual** (el tipo más frecuente según Cancrini).

La estructura familiar donde se desarrolla este tipo de adicción se caracteriza por:

**1.** La gran implicación de uno de los padres (generalmente el del sexo opuesto) en la vida del hijo y en su adicción. Se ha demostrado en diversos estudios que las madres de los adictos se atascan en

una edad más temprana de crianza y tienden a aferrarse a los hijos y a tratarlos como si fueran menores de lo que son.

**2.** El papel periférico del otro miembro de la pareja parental.

**3.** La presencia de la estructura conocida como el triángulo perverso (Haley) consistente en una diada progenitor-hijo excesivamente apegado y el otro progenitor excluido.

**4.** La debilidad entre subsistemas que constituyen la jerarquía familiar.

**5.** El desarrollo de una polarización que define el hijo adicto como "malo" en comparación con otros hijos "buenos".

**6.** Un sistema familiar caracterizado por mensajes contradictorios, paradójicos y por conflictos que se desarrollan rápida y violentamente.

**7.** La existencia de un conflicto no resuelto entre los padres que se mantiene oculto por el síntoma del hijo.

**8.** Si los padres están separados, el hijo mantiene una unión cómplice mediante sus problemas para que los padres sigan juntos. Este tipo de adicción es la más frecuente y seria propia de adolescentes en vías de individualización o de jóvenes adultos en fase de abandono del hogar. Esto hace que haya discusiones continuas. La familia esta congelada en el tiempo, y ha hecho una especie de regresión a un momento anterior de su ciclo vital donde las cosas funcionaban: está bloqueado el proceso de emancipación y de independencia. Gracias a eso el sistema familiar subsiste aunque sea con un hijo adicto.

Al reflexionar sobre este modelo de funcionamiento familiar podemos entender las dificultades del adicto para dejar sus conductas adictivas, tanto por la utilidad que tiene para su propio funcionamiento psicológico, como para su familia.

**c) Adicción Transicional.**

El tipo C se puede desarrollar en casos de trastornos graves de personalidad. Las características más importantes en el sistema familiar son:

- Excesiva implicación de ambos padres en el problema del hijo.
- El tipo de comunicación es a través de mensajes paradójicos e incongruentes.

- No tienen consciencia de los problemas psicológicos del otro, con tendencia a utilizar los propios para resolver cuestiones de poder en el sistema familiar.
- Polaridad entre los hermanos en parámetros de "éxito-fracaso".

Desde el punto de vista de dar una respuesta terapéutica, la adicción Transicional presentan situaciones que son a menudo bastante difíciles. Los casos más graves inicialmente rechazan la ayuda, y los casos menos graves no piden ayuda hasta alcanzar una etapa de cronicidad.

**d) Adicción Antisocial y sociopática.**

Presenta rasgos comunes con familias desligadas, familias que generalmente pertenecen a clases sociales bajas cuyos miembros parecen moverse aisladamente y en las que existe un desarraigo, mostrando no tener ninguna interdependencia. El uso de las drogas en estos sujetos es una forma de autodestrucción y de estar en la ilegalidad. Presentan problemas de adaptación antes de que comience la adicción. Suele tener una personalidad antisocial o psicopática y tienden a expresar el conflicto a través de sus actuaciones (violencia, delitos...)

Stanton y Tood describen un modelo prototipo para las familias de adictos varones en el cual la madre tiene una relación protectora, permisiva y dramática con el adicto, que es colocado en una postura de "niño protegido y favorecido".

Es definida por la madre como el bueno y como el más fácil de criar. La figura del padre es definida como periférica, no comprometida, débil o ausente y la relación padre-hijo es descrita por el adicto como negativa con una tensa e inconstante disciplina. Un número de padres manifiestan problemas de alcohol (u otros similares a la adicción).

Schwarteman distingue entre dos tipos de padre de adicto. El hombre de paja, que es autoritario, violento pero frágil y controlable por la madre y el distante, que es claramente secundario a la madre en términos de poder dentro de la familia. En este punto nos parece interesante incluir un estudio de Vaillant (1973) en el que encontró que los adictos

que se mantuvieron abstinentes después del tratamiento no residían con sus padres y que la cura estuvo asociada para ellos a no vivir con los padres o parientes.

## 3. LAS FAMILIAS QUE ACUDEN A UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA.

¿Qué se pretende con esta tipología familiar?. Recogemos aquí todas aquellas familias que acuden al servicio de CT, analizando una serie de características e intentando agruparlas en una serie de tipos, de forma que podamos aportar algunas claves para la intervención familiar. Numerosos estudios indican que la familia posee un papel central tanto en las dinámicas patológicas que causan, mantienen o son consecuencia de tales fenómenos como en sus posibles soluciones.

Debido a ello, desde hace unos años se considera la intervención familiar como uno de los factores que más contribuye al éxito de los procesos terapéuticos. Esto no ha sido siempre así, en algunos contextos se ha considerado a la familia como saboteadora de los esfuerzos realizados para ayudar al drogodependiente y en ocasiones incluso se les culpabilizaba de los problemas que sufrían sus hijos

Teniendo todo esto en cuenta el objetivo es agrupar a las distintas familias según algunas características relacionales y estructurales, de forma que su diferenciación pueda servirnos para analizar las dificultades y las ventajas a la hora de trabajar con las familias.

**Familia sobre-protectora.**

Encontraremos que uno de los progenitores lleva el control de la familia y el otro acepta dicha situación. A veces uno de ellos es una figura de “paja”, autoritaria y violenta, pero manejable por el otro que es realidad quien tiene el control y toma las decisiones. En otros casos es una figura pasiva y gris que delega totalmente en el otro. En ocasiones la debilidad de uno hace que existan alianzas con el hijo que ocasionan que se produzca una mayor delegación en sus responsabilidades dentro de la familia.

Estas actitudes de sobreprotección hacen que el hijo sea incapaz de lograr autonomía personal, originándole un sentimiento de inseguridad y de inferioridad. La dependencia de la droga es el foco de todos los problemas de la familia.

**Familia desestabilizada o multiproblemática.**

Nos encontramos con que uno de los progenitores, con mayor frecuencia la madre "sacrificada", es la victima que carga con todos los problemas de la familia. Se refugia en el hijo, a veces en clara simbiosis con él.

Esta madre puede estar en tratamiento con antidepresivos o tranquilizantes. El otro progenitor despreocupado, periférico y extraño está mucho tiempo fuera de casa, puede tener alguna conducta adictiva (juego, alcohol).

En otras ocasiones, los dos miembros son despreocupados con respecto a los hijos o están ausentes, pueden estar separados o tener ambos problemas de adicciones o alguna patología mental.

La ausencia de los padres, real o afectiva, puede provocar en muchas ocasiones carencias afectivas básicas en el hijo drogodependiente que determinaran su inmadurez personal.

EL negativismo familiar, la critica y el desánimo hace que la persona no adquiera confianza y busque apoyo, identificación y sentido de pertenencia en un grupo externo.

El hijo actúa como síntoma, manteniendo su conducta el equilibrio del sistema familiar, no permitiendo que afloren o emerjan otros problemas familiares. El consumo de drogas puede verse como adaptativo o funcional en el núcleo familiar, el hijo se encuentra en el centro del conflicto de pareja. No existe una individuación y sigue sin cortar el cordón umbilical, en la etapa generalmente del ciclo vital de la adolescencia. Esta ruptura del cordón umbilical, provocará una crisis en el sistema familiar.

**Familia rígida.**

Padres muy rígidos y punitivos. Al menos uno de ellos es muy autoritario y el otro, si no lo es, admite esa situación y está siempre de acuerdo con su forma de actuar. Pretenden generalmente conseguir el control del hijo.

En ocasiones pueden ser profesionales con cierto prestigio, muy preocupados por la imagen social y por la opinión de familiares y amigos. Existe resentimiento y rencores por el comportamiento disruptivo del hijo.

Puede ser una familia en la que la falta de diálogo y de comunicación, ocasiona que los hijos no sean capaces de enfrentarse a los problemas, con la consiguiente baja autoestima que esto conlleva. Las actitudes rígidas llevan consigo en muchas ocasiones que los hijos no puedan descubrir sus propias capacidades.

Presentan dificultad para recuperar la comunicación dentro de la familia y para que el drogodependiente se sienta integrado y parte de la familia.

Pueden mantener en secreto el problema del hijo ante los familiares y amigos, ya que por su posición social lo consideran deshonroso supondría admitir un fracaso en sus funciones parentales, por lo que consideran al hijo "oveja negra" de la familia. Están sorprendidos y no acaban de aceptar que ese problema haya sucedido en una familia como la suya.

**Familia Débil.**

Los padres no asumen el rol de autoridad en la familia, bien porque sean mayores, bien porque están muy cansados de toda esa situación, o bien por sus propias características personales. Consienten todo lo que el hijo quiere. Son muy débiles ante el hijo.

Los hijos se suelen mover por apetencias o impulsos. Tienen la autoridad en casa, los padres no actúan por miedo o dejadez. Son drogodependientes cronificados, con muchos años de consumo y habiendo realizado varios tratamientos sin éxito.

**Familia Provisional.**

Son familias que generalmente no vivían con el drogodependiente y que apenas mantenían ninguna relación. En ocasiones, incluso, puede suceder que hace meses o años que no se comunican.

Acuden al tratamiento porque se ha hecho una petición por parte del usuario o del equipo técnico, para que participen en el tratamiento, pero dejan claro que no se van a implicar en el mismo y que su relación será limitada en el tiempo. Algunas veces, esto puede cambiar en el trascurso del proceso de tratamiento, al observar el cambio realizado, restableciéndose la comunicación entre ellos. Pero en otras ocasiones, son muchas las resistencias que se presentan y no se producirán apenas cambios.

**Problemas individuales dentro de la Tipologia Familiar.**

Dentro de las distintas tipologías familiares encontramos situaciones o problemas individuales a reseñar, por un lado porque tienen una trascendencia en el tratamiento y por otro lado porque contribuyen de manera importante a configurar una determinada forma de funcionamiento familiar.

- Problemática de pareja. Encontramos cada vez más parejas de padres en una situación de dificultad relacional, en tramites de separación que mantienen la formalidad de la convivencia cotidiana en condiciones muy desfavorables.
- Problemas psicológicos. Nos encontramos también con familias en las que algún miembro, la mayoría madres, presentan, trastornos del estado de animo , motivo por el cual están recibiendo algún tipo de tratamiento.
- Problemas de adicción. Hay familias en las que uno de los progenitores, con mayor frecuencia el padre, presentan una adicción al alcohol. En la mayor parte de los casos este problema de alcoholismo, estaba presente ya durante la infancia del drogodependiente y este ha sido espectador y participe de discusiones, disputas y peleas ocasionadas por ello en el ambiente familiar.

## 4. INTERVENCION FAMILIAR EN C.T.

Lo expuesto hasta aquí, nos permite decir que la intervención ante un problema adictivo debe implicar siempre que sea posible a la familia porque, como dice Cancrini, está también en la familia la posibilidad de cambio.

La Comunidad Terapéutica tiene muchas similitudes con el sistema familiar, tanto en su estructura, organización, como en las funciones. Podremos decir que la CT puede llegar a ejercer de familia sustituta, y servir al usuario o paciente como aprendizaje para luego aplicar lo experimentado y aprendido en la suya propia.

El proceso de pertenencia familiar es determinante para que el individuo realice una evolución en su estructura personal y para ayudarle a conseguir un grado de individuación y autonomía, siendo estos aspectos, como hemos visto anteriormente, una de las disfunciones o dificultades en las familias drogodependientes.

Así, en la definición que hace Maxwwel Jones sobre Comunidad Terapéutica (1968), al paciente se le concede un rol importante y activo en el proceso terapéutico, corresponsabilizandolo en su propio tratamiento y un comprometiéndolo de forma que se ayude así mismo y también al resto de usuarios. Cada uno va asumiendo responsabilidades y participando activamente en las actividades de la C.T. En definitiva debe llegar a sentirse parte de la Comunidad y por tanto perteneciente a ella.

Homans define la familia como “un cierto numero de personas que se comunican entre si, a menudo durante un tiempo bastante largo, y que son suficientemente poco numerosas para que cada uno pueda comunicar con todos los otros, no indirectamente a través de otras personas sino cara a cara”. (1987). Esta definición pone el acento en la comunicación y en la interrelación con otras personas, puede ser extrapolarse a las comunicaciones en una CT. Y es que, un aspecto reseñable que caracteriza a la CT, es la importancia que se le da a la comunicación entre los pacientes- usuarios.

Según Kooyman (1993) En CT se realiza un aprendizaje social mediante la interacción entre las personas que conviven en la CT, que les proporciona un mejor manejo en las habilidades sociales y un mayor sentimiento de autoestima. La convivencia entre personas de distintas generaciones favorece los aprendizajes (jóvenes de 20 años, con adultos de 45 años). Se puede aprender sobre la propia familia, pudiendo establecer una distancia emocional óptima en las relaciones internas, límites claros entre los subsistemas familiares, y se previene que se produzcan las "triangularizaciones" y se superan las fronteras intergeneracionales entre padres e hijos, como indica Cancrini. Nos encontramos con casos de drogodependientes que están ocupando el rol de su progenitor mientras que ellos en su familia de origen han seguido manteniendo una relación simbiótica generalmente con la madre.

En las CCTT se incide en que las comunicaciones sean claras en los dos niveles,el digital y el analógico. Como dice Maxwel Jones "una lección importante que se aprende en una CT es la diferencia entre lo que una persona dice y lo que hace. Es mi conducta la que determina lo que soy". La comunicación en las familias de adictos como hemos visto anteriormente, es una comunicación patológica, existiendo claras disfunciones entre lo que se dice y lo que se hace.

Cada miembro en la CT es capaz de expresar opiniones y emociones diferentes sobre los demás y pueden comunicar sus miedos, inquietudes e ilusiones Todas estas interrelaciones e intercambios son muy ricos para que luego exista una buena comunicación en su familia.

Muchas familias así lo han entendido. En la investigación realizada por Iñaki Rodríguez (2002) sobre un grupo de familias en que alguno de sus miembros había realizado tratamiento en una CT, al preguntar sobre el tipo de cambio que se percibía en el paciente contestaron que el más significativo se refería a la mejora de convivencia con la familia, seguido del aumento de la responsabilidad, la mejoría de la convivencia con los demás, la aceptación de las normas, el aprendizaje de nuevos hábitos de vida y la mejoría de la autoestima. Todos estos aspectos hablan de una mejora en los procesos de socialización, una función importante como hemos visto anteriormente de la familia.

También a las familias se les pregunto sobre que tipo de intervención en la CT, había influido más en los cambios de los pacientes, las respuestas más numerosas hablan de las terapias de grupo, el conjunto de normas y la asunción de responsabilidades.

Otro aspecto importante que hay que tener en cuenta, es que una de las principales causas del cambio en el comportamiento de las personas dentro de una CT es la implicación emotiva que se establece en las relaciones, tanto entre los iguales como con el equipo de profesionales. Y lo quieran o no, los miembros del equipo adquieran el rol de "padres" de la nueva familia del residente (Kooyman, 1993). Es el propio grupo, la dinámica y estructuración del mismo, así como el acompañamiento del equipo de técnicos, los que procuran el ambiente idóneo para que se produzca el cambio. La comunidad se estructura para poder dar respuesta a los vínculos familiares que van aparecer en las relaciones con los otros y con el equipo terapéutico. Es este el que deberá instrumentalizar los roles que jugaran los miembros del equipo y las situaciones transferenciales y contratrasferenciales, serán elementos muy ricos que ayudarán al cambio familiar de los residentes. Por lo tanto el equipo de trabajo pasa a ser "la herramienta principal de una CT" (Roldan 2002)

La CT como **potente instrumento terapéutico nos posibilita trabajar en un nuevo sistema algunas de las funciones de la familia**, que pueden encontrarse deterioradas o alteradas. Sin caer en el riesgo de que las familias **deleguen o depositen** los problemas en la comunidad, con la pretensión de desentenderse de los mismos, evitando que afloren sentimientos de culpa o que se produzca un alejamiento de las tensiones por parte de la familia. Los terapeutas de CT tienen que tener en cuenta e incorporar al máximo a la familia de forma que la familia no sea ajena a los cambios del usuario y puedan producirse modificaciones en el sistema familiar.

Así la experiencia nos constata, que en algunos casos que no se ha trabajado con la familia mientras el hijo o familiar ha estado ingresado en CT, al finalizar su proceso e incorporarse a su familia, se vuelve a funcionar como antes, al ver que el ambiente familiar continua sin ningún cambio,. De esta forma viven su proceso con desencanto, sintiendo que no ha servido para nada su esfuerzo, provocando situaciones

de crisis y de recaída, para volver a ingresar en CT donde se sienten protegidos. Se entra en una dinámica de "no cambio" incorporandose de este modo a la comunidad para mantener la homeostasis familiar. Culpabilizando del "no cambio" a la familia y desresposabilizandose el usuario de su parte en el problema.

Este aspecto hay que tenerlo más en cuenta en pacientes adolescentes que ingresan en las CCTT. En muchos casos la razón de su ingreso en CT se encuentra en la imposibilidad de que los padres venzan sus diferencias y lleguen a acordar líneas de trabajo comunes en el seguimiento de un tratamiento ambulatorio. Esta propuesta no hace posible que la familia afronte el bloqueo de la etapa del ciclo vital de la adolescencia y la viva de una manera más saludable para todo el sistema familiar.

En estos casos se valora que el paciente empiece su recuperación fuera de la familia, en una CT, pero será importante no olvidar que el resto de la familia necesitará entender esto y por lo tanto habrá que seguir trabajando con ella. El equipo terapéutico debe aceptar que los ritmos y los tiempos de cambio que van realizando hijo y familia no siempre están sincronizados.

El sistema familiar necesita su tiempo para cambiar, pero también hay que tener en cuenta que la familia tiene capacidades y potencialidades para generar cambios importantes en todo el sistema, por lo tanto las intervenciones del terapeuta familiar deben ir encaminadas, a posibilitar que afloren todas esas capacidades para que surja el cambio.

Que el residente siga en la comunidad le va ayudar a posibilitar cambios en su familia, por eso, **será oportuno introducir intervenciones y técnicas psicoterapéuticas específicas desde un enfoque familiar (terapias familiares, multifamiliares, individuales y de grupo)**.

### 4.1. Técnicas e intervenciones especificas.

A continuación describimos técnicas, intervenciones de grupo y de Terapia familiar, que pueden se de utilidad a la hora de abordar el trabajo familiar en una Comunidad Terapéutica.

**1. Entrevista familiar al ingreso en CT del nuevo usuario.**

Realizar una entrevista familiar cuando el familiar ingresa en CT con el objetivo de informar y explicar el proceso que va a seguir el usuario. Es importante que se haga una buena acogida y se transmita la importancia que tiene la implicación y colaboración del sistema familiar en dicho proceso, como hemos visto, son parte de la solución del problema. De esta forma se les hace ya participes del tratamiento.

**2. Elaboración de un diagnóstico relacional del funcionamiento familiar.**

Elaborar un diagnóstico relacional del funcionamiento del sistema familiar nos ayudará a realizar un plan de trabajo. Se pueden utilizar una serie de técnicas como:

- Elaboración del Genograma. Que nos sirve para trazar a través de la representación gráfica la estructura familiar. Una vez que se ha trazado la estructura familiar podemos comenzar a agregar información demográfica, sobre el funcionamiento familiar y la descripción de las relaciones familiares (fusionados, unidos, distantes apartados conflictivos).
- Reconstrucción histórica de las fases evolutivas del ciclo vital familiar. Se realizara en una entrevista con la familia de origen del usuario, según Cirillo (recomendamos consultarlo en su libro “La familia del toxicodependiente), la reconstrucción con la familia de su historia emocional y relacional constituye un potente factor de cambio, permite explorar el síntoma desde un enfoque trigeneracional ( hay pautas familiares que pueden trasmitirse de generación en generación) que no culpabiliza directamente a nadie, ofreciendo a cada uno de los miembros de la familia la posibilidad de expresar sus sentimientos y ver que todo el sistema ha sufrido, no solo el paciente identificado.

**3. Grupo monográfico de psicoterapia.**

Grupo de psicoterapia monográfico sobre las vivencias del usuario con su familia de origen. En él se abordaran con diferentes técnicas las experiencias de relación con la familia.

**4. Grupo de Terapia Familiar.**

Sesión de terapia con todo el sistema familiar(familia/usuario). En estas sesiones se reconstruirá la historia emocional y relacional, ofreciendo a los miembros de la familia la oportunidad de hacerse consciente de todo lo ocurrido, reconocer por parte de todos sufrimientos y responsabilidades, de este modo se puede propiciar un cambio. Esta sesión al terapeuta le servirá para planificar un trabajo con la familia, que se concretará en las salidas que el usuario venga a realizar al domicilio familiar.

**5. Salidas al domicilio familiar.**

Las salidas programadas con la familia, tendrán objetivos concretos, servirán al usuario de entrenamiento de forma que se pueda mejorar la comunicación, sea posible afrontar problemas y se puedan producir las adaptaciones precisas a los cambios de conducta observables en el usuario.

**6. Grupos de revisión sobre las salidas de fin de semana.**

Los grupos de revisión sobre las salidas. Revisaran si se han cumplido los objetivos previstos y las dificultades que se han encontrado.

**7. Entrevistas familiares.**

Tienen por objetivo recoger la información sobre lo acontecido en el fin de semana. Se verifica el grado de cumplimiento de los objetivos previstos. Aporta una mirada distinta sobre la evolución del usuario y sobre la repercusión que tiene esta en el funcionamiento familiar.

**8. Reelaboración de la vivencia de la historia familiar.**

Al termino del proceso de tratamiento del usuario parece interesante que este pueda contar y se pueda recoger por escrito la vivencia de su historia familiar.

Hay estudios que sustentan estas intervenciones. En 1995 el Nacional Institute On Drug Abuse (NIDA) en el número 156 dedica un capítulo a una revisión sobre los tratamientos basados en intervenciones familiares de las que destacan los siguientes aspectos:

- Se ha demostrado que la terapia familiar ayuda a que los pacientes permanezcan más tiempo en los programas de tratamiento que otras intervenciones terapéuticas.
- Los resultados terapéuticos son superiores, en términos de remisión de las conductas de adicción, al compararlas con la Terapia Grupal, educación de Padres o intervención multifamiliar.

En 1997 Stanton y Shadish publicaron un meta-análisis cuyo objetivo era comprobar los resultados que obtienen los tratamientos de drogodependientes cuando se utilizan técnicas de intervención familiar. Dicho trabajo analiza en profundidad un total de 15 estudios seleccionados que cumplían los siguientes criterios:

- El síntoma de primer interés era la adicción.
- Incluyen dos o más tratamientos en la comparación, de los que uno de ellos es cualquier intervención familiar o de pareja.
- Los casos se distribuían aleatoriamente en cualquiera de los tratamientos.

La muestra completa de este estudio asciende a 1.571 casos y fue diseñada de forma rigurosa a nivel metodológico. Sus principales conclusiones fueron las siguientes:

- Los pacientes que recibieron terapia familiar o de pareja manifestaban de forma significativa menor uso de drogas después del tratamiento que los que recibieron otros tipos de terapia no familiar, tanto en adultos como en adolescentes drogodependientes.
- En los casos en los que se empleó terapia familia aumento la tasa de retención en tratamiento y, por tanto hubo menos abandonos.
- Específicamente, recibir terapia familiar fue mas eficaz que recibir consejo individual y terapia grupal. Ello no quiere decir que otros abordajes no sean eficaces aunque podrían tener mejores resultados si se combina con la terapia familiar.

- La terapia familiar consigue mejorar de forma significativa el funcionamiento en la familia (comunicación, ambiente, flexibilidad, disminución de conflictos, etc.).

Últimamente se han publicado otras revisiones exhaustivas sobre lo tratado, confirmando lo anteriormente expuesto. Sin embargo todavía queda un gran camino por recorrer para perfilar que tipo de intervención familiar es más eficaz y qué tiempo debe mantenerse dicho tipo de tratamiento.

# Capítulo 9

## Relaciones afectivas
## en el marco de comunidad terapéutica

Mercedes CERVANTES SANJUAN

## 1. INTRODUCCIÓN.

En este capítulo vamos a tratar sobre la importancia de las relaciones afectivas cuando éstas se establecen entre los elementos humanos que interaccionan en Comunidad Terapéutica (CT), ya sean entre los pacientes (en adelante "residentes"), entre profesionales, y/o entre ambos, durante el tratamiento.

Las relaciones afectivas siempre existen en el encuadre terapéutico dado su doble condición de factor humano y de herramienta constante y potente en los tratamientos, dándose mayores condiciones e intensidad en el marco de la CT por las propias características de ésta y dónde, precisamente por ello, se resisten a la normativa y al reglamento.

La estructura de la CT significa trabajar en contacto directo y cotidiano con cada uno de los residentes que conforman el grupo, durante muchas horas y compartiendo las distintas situaciones, actividades y las vivencias que se generan en el mismo (se comparten las horas de comida, deportes, celebraciones, etc., además de reuniones y grupos terapéuticos) y también los diferentes momentos de mayor vivencia emocional (conflictos, despedidas, sentimientos de pérdida, renuncias, etc...). Situaciones y experiencias en las que el profesional participa como tal, aunque también, como ser humano que es, lo hace con sus propias experiencias, capacidades y límites.

Precisamente, la propia potencia de este método de intervención (de CT), fragiliza la frontera que existe en la relación entre profesional y residente y dificulta la labor de mantener los límites adecuados de esa relación. Más aún, ese mismo contacto se da, con mucha más intensidad, entre los mismos residentes, dificultando aún más, si cabe, los límites adecuados de dicha relación.

En este capítulo se pretende, por un lado, conocer la importancia de esta realidad en un contexto terapéutico como es el de la CT y por otro lado, plantear la necesidad de que los equipos aborden el tema de forma sistemática incorporándolo tanto en sus protocolos y programas, como en sus estrategias preventivas, más allá de la existencia

de reglamentos o normas al respecto y/o también, de lo referido al tema en los respectivos códigos deontológicos profesionales preexistentes.

## 2. CONCEPTOS A TENER EN CUENTA.

La CT apoya su estructura en un principio de autoridad que se basa en el afecto, en el respeto y en la conducción de los residentes hacia una independencia de criterio, hacia la responsabilidad y el compromiso, además de una serie de normas que rigen su funcionamiento y explicitan el encuadre.

El profesional, en este ámbito comunitario de tratamiento, ha de entender que su rol terapéutico adquiere una dimensión más amplia, siendo también "referente", "modelo", "espejo" de las conductas del residente, para proporcionar ayuda.

El residente, durante su tratamiento en CT, va encontrando un mundo diferente de formas de relación, de afectos y de emociones nuevas, y también encuentra una normativa y unos límites.

### a) Relaciones entre los residentes.

Al iniciar un tratamiento en CT se produce una ruptura del residente con su medio, durante un periodo de tiempo que varía según tipos de CC.TT, para facilitar su adaptación a la estructura y al grupo, lo que conlleva una renuncia a su círculo habitual de relaciones y a su vez se produce la "inmersión" en el que será su nuevo medio relacional que representa la CT, el cual exige el ejercicio y/o aprendizaje de una comunicación continuada, abierta, y transparente entre sus miembros.

Las exigencias de esta nueva situación que rodea al residente, añadida a la renuncia de sus anteriores hábitos de relación y consumo, conducen a una nueva e intensa experiencia de la relación con los demás, ante la cual cada individuo puede reaccionar de forma muy diversa, desplegando actitudes y comportamientos que van desde la protección, al rechazo, a las conductas de evitación, al "enamoramiento", etc.

Es decir, se da una inevitable relación afectiva; “afectos” y “desafectos” conviven prácticamente las 24 h. al día.

Así pues, las relaciones afectivas dentro de Comunidad pueden ser vistas como un problema o como una oportunidad. Si somos capaces de ayudar a la persona a manejar de manera adecuada las relaciones afectivas que se van dando en su proceso, conseguiremos introducir cambios importantes en los esquemas inadecuados de relación (dependencias emocionales, etc.) que, a menudo, arrastran desde hace años a las personas con conducta adictiva.

Cuando se traspasan los límites establecidos en cada centro, en cuanto a lo permitido en relaciones afectivas, si las medidas que el equipo se propone adoptar al respecto --aunque ya prefiguren de antemano en el reglamento del centro (R.R.I.)-- no son fruto de un proceso adecuado de análisis y reflexión del propio equipo sobre el tema, y en particular sobre cada una de las situaciones a las que se apliquen, se puede caer en la penalización de las relaciones afectivas, o bien en la más absoluta permisividad; por lo tanto, hemos de huir de las soluciones simplistas y superficialmente conductuales.

Durante el tiempo que dura el tratamiento, así como a la salida de la Comunidad Terapéutica, uno de los temas que más puede llegar a desestabilizar a las personas (y por consiguiente suponer un riesgo de recaída), son las relaciones afectivas (ya sea por la euforia de un posible enamoramiento, por la inseguridad ante la posibilidad de una nueva relación sexual, por la frustración de una relación que se acaba, etc.), por ello es necesario otorgar a este tema dentro de CT toda la importancia y reflexión que merece.

### b) Relaciones entre equipo-residentes.

Con independencia de la “escuela psicológica” de adscripción de cada equipo, el establecimiento de relaciones afectivas, no parece aceptable en el ámbito de las relaciones profesionales entre los miembros de los equipos de comunidad terapéutica y los residentes en estos centros. No se trata de un problema de falsa moralidad o de una normativa que, como tantas otras necesarias en el entorno de

CT, apliquemos a los residentes, sino de un límite necesario, ya que si se establecen relaciones de esta naturaleza se altera sensiblemente el funcionamiento diario del recurso, amén de otras consecuencias y consideraciones.

A pesar de su importancia, es un tema que no suele abordarse, si no sucede, en los equipos de CT, en todo caso, se abordan las relaciones entre residentes, pero rara vez se produce una reflexión o análisis de las posibles relaciones entre profesionales y usuarios.

Incluso, en aquellos casos en los que la relación se estableció en los meses posteriores a la salida del residente de la comunidad, hemos podido apreciar su influencia negativa en el quehacer profesional de los técnicos que han participado de alguna de estas situaciones.

Con todo el respeto y delicadeza que asuntos como éste requieren, no podemos dejar de plantearnos que cuando se producen, asume también el equipo, como colectivo de intervinientes en el funcionamiento de la comunidad, una parte de responsabilidad del hecho. Por extensión ésta situación nunca deja de afectar incluso a la entidad que gestiona el recurso.

Este es un tema, al que hay que perder el miedo que se suele tener para exponerlo y analizarlo en las reuniones de los equipos, porque además de ser un hecho normal y natural en la relación humana, también lo es, en la relación asistencial.

Las personas que forman los equipos de intervención, también están sujetas a situaciones y vivencias personales que, si no se canalizan bien, pueden interaccionar con otras de los propios residentes, eliminando la objetividad del profesional.

En la interacción, la comunicación que se establece entre las personas, difícilmente es neutra, las propias características de la personalidad del residente suelen provocar en el profesional un “afecto” distinto, a veces en negativo (“desafecto”), tal como una persona con un carácter retador, la cuestionadora, la agresiva, etc..., y a veces en positivo (“afecto”): aquella persona inteligente, culta, amable, clara,

sincera...,  lo que nos puede conducir hacia actuaciones más allá de la propia normativa. También solemos añadir un plus de emocionalidad, que en la mayoría de casos, aunque pueda estar muy controlada y contrarrestada por el trabajo en equipo, sin embargo existe. Así por ejemplo, podemos generar actuaciones más duras ante un paciente más "intolerante", o  emplear más tiempo con aquel paciente más seductor, "culto" o más afín a la personalidad del profesional.

## 3. TIPOS DE RELACIONES EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA.

Relaciones afectivas adecuadas, positivas y deseables se dan siempre en el tratamiento, por ejemplo: en la alegría de un alta terapéutica, en la relación derivada del prolongado tiempo en el programa, en la relación de confianza terapéutica,  por lo que buena parte de los espacios, de los esfuerzos de los equipos y de los programas se dedican a su promoción y apoyo (habilidades sociales (HHSS), trabajo educativo para la utilización del tiempo libre,…).

Pero también se dan relaciones afectivas derivadas del "enamoramiento" y relaciones afectivas "de pareja" y/o "sexuales", que la mayoría de las veces se generan e intentan permanecer en la clandestinidad (porque las limita la normativa, la ética,…), con lo que ello comporta de riesgo de contagios, embarazos, y de no tomar medidas preventivas, además de un claro riesgo de abandono del tratamiento terapéutico. No solamente existe la opinión unánime de que estas relaciones no son positivas ni deseables en el contexto del tratamiento en CT, sino de que son altamente distorsionadoras y deben evitarse; pero, paradójicamente, no se produce una intervención proporcional en relación a su importancia. Más paradójico es, si cabe,  que cuando estas relaciones se dan entre miembros del equipo y residentes, aún menos previsión, espacios y esfuerzos de intervención se le dedican.

Podríamos entender que dentro del marco comunitario de CT, pueden darse relaciones  afectivas entre residentes y entre profesionales-residentes.

- Las relaciones afectivas entre los residentes, son un tema importante y básico de trabajo en la CT. Se abordan tanto desde los espacios educativos, como desde los terapéuticos. Aún así, cuando se producen más allá de la simple relación de compañeros de tratamiento, son difíciles de trabajar, y a menudo terminan con la interrupción del programa de uno o de los dos implicados.
- Las relaciones afectivas entre profesional-residente, son las que suelen causar, cuando aparecen, mayor desconcierto, angustia, cuestionamientos, etc. en el seno del propio equipo, al mismo tiempo que mayores consecuencias negativas y quebranto de la relación asistencial por el simple hecho de su instauración.

A pesar de que los equipos de las CCTT tenemos claro nuestro rol profesional, y que a pesar de que la mayoría de los códigos deontológicos son igualmente claros y contundentes respecto a las relaciones entre profesional-paciente, se producen, aunque no sean frecuentes, relaciones emocionales más allá de lo profesional.

Es cierto que dentro de toda la amalgama de estilos de trabajo y técnicas disponibles, quizás la relación afectiva que el equipo de la CT -en especial el equipo de educadores- crea con los residentes es una de las herramientas más importantes en la intervención con los mismos.

## 4. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTABLECIMIENTO DE RELACIONES NO DESEABLES EN CT.

Trabajar en contacto directo y cotidiano muchas horas con el usuario facilita que la frontera entre el tú y el yo sea frágil, pueda debilitarse e incluso romperse.

Entre las informaciones que utilizamos en la relación asistencial, los miembros del equipo, hemos de saber proteger las referentes a nuestra vida privada. Las personas a las cuales tratamos han de ver claro la diferencia de la información en un sentido y en otro. Mantener esta distancia es básico para realizar la tarea educativa y sitúa al usuario en su papel (“tú y yo no somos iguales” en el marco de la relación asistencial) lo cual, además,

evita problemas serios. El equipo de profesionales de CT ha de hacer saber y educar al usuario para que su relación con el equipo siempre se mantenga dentro de los límites estrictamente profesionales.

Algunas de las características del trabajo educativo en CT pueden dificultar el mantener los límites adecuados de esta relación, como son:

- Muchas horas en contacto directo con el usuario, bajo un techo común. La existencia, en algunos centros, de turnos de muchas horas (incluso de días) facilita que se pierdan los límites y se confunda la relación con los residentes. Cuando un profesional lleva muchas horas en el centro se pierde la referencia clara de lo que es la realidad exterior y la propia de la CT (aún existen CCTT cuyo equipo de educadores sigue haciendo turnos continuados de 12, 24 ó incluso 48h).
- Demandas frecuentes por parte de los residentes, de transmisión de muestras de afecto y estimación.
- Experiencias intensas, y límites del entorno, que favorecen la creación de vínculos especiales, tanto positivos como negativos.
- Frecuencia, en la población destinataria, de deficiencias afectivas de importancia que se pueden canalizar y pretender suplir mediante la relación con los profesionales.
- Durante el proceso de tratamiento en CT, a menudo, en los primeros meses, se hacen conscientes emociones que durante el tiempo de consumo han estado dormidas y distorsionadas. Hay tendencia a magnificar.
- El carisma de algunos residentes puede generar especial atracción en miembros del equipo.
- El rol del educador -frecuentemente vivido como modelo- facilita sentimientos de atracción hacia el equipo.
- Expresión constante, por parte de los residentes, de emociones -ya sea de forma verbal o mediante otros canales- relacionadas con el equipo.
- La existencia de déficits afectivos no conscientes de los profesionales, (puede pasar que quien se dedica al trabajo social, tiene y utiliza el trabajo como instrumento para compensarlos).

Otros factores que influyen y aumentan la probabilidad de que aparezcan relaciones en CT son:

- Comunidades Terapéuticas poco profesionalizadas que a menudo trabajan con profesionales muy jóvenes, recién graduados (o incluso sin formación específica) y que inician su intervención en la Comunidad sin disponer de un período previo de formación ni supervisión de equipo.
- CCTT cuyos equipos están formados por ex-residentes del propio centro.
- En otra línea, Comunidades Terapéuticas que no dispongan de espacios de tiempo de reunión de equipo sistemáticos y que por sus bajas ratios de profesionalización los equipos se vean obligados a trabajar en solitario y, por tanto, no dispongan del espacio necesario, ya sea formal o informal de poder compartir sus intervenciones del día a día con los otros miembros del equipo.
- Instituciones que no tengan incorporada la supervisión de equipo como una herramienta de trabajo habitual. Instituciones que no tengan una cultura de trabajo que implique la consciencia de realizar un tipo de tarea de mucha implicación emocional, y, sobretodo, instituciones que carecen de la premisa "todos somos seres humanos y nos podemos equivocar" como base fundamental. Por ello es necesaria una actitud de revisión constante, actitud que dista mucho de la de los equipos donde es difícil y no se facilita hablar de los errores.

## 5. PERSPECTIVA ACTUAL.

No se han realizado estudios sobre el tema concreto de las relaciones afectivas en CT y sus repercusiones en los tratamientos. En el año 2005, se realizó un pequeño sondeo (a modo de cuestionario) a 28 CCTT de todo el territorio español, que respondían a la característica de estar subvencionadas o conveniadas por las respectivas administraciones públicas, recogiéndose, también, la experiencia de profesionales del sector sobre cómo se trataban en sus respectivos centros el tema de las relaciones afectivas y si se consideraba éste, un tema relevante en sus equipos.

La realidad resultante fue que todos los equipos opinaban que era un tema muy relevante cuando se producían relaciones afectivas, más allá de lo permitido, entre residentes y una gran mayoría las abordaban, aunque tomando medidas cuando ya se habían producido dichas relaciones ("a posteriori"), y no como elemento preventivo o educacional del programa, dándose respuesta a estas situaciones, generalmente, de forma individual con las personas implicadas. Algunas lo hacían a nivel grupal y otras lo abordaban tanto a nivel grupal como individual. Tan solo el 43% de las CCTT encuestadas actúan de forma sistemática.

Son escasas las CCTT que aceptan las relaciones afectivas "de enamoramiento" y/o sexuales entre residentes.

En cuanto a las medidas tomadas con los usuarios, la mayoría, son de exclusión del programa de uno o de los dos implicados, bien por derivación a otra CT o por expulsión, si han llegado a tener relaciones sexuales.

Las relaciones entre miembros del equipo y residentes, es un tema más difícil de abordar en los equipos, no existen protocolos ni pautas de actuación, y muy pocas CCTT toman medidas cuando esto sucede, pero todos los equipos coinciden en que es un tema de gran relevancia. A pesar de ello no suele estar incorporado en los reglamentos internos, de lo que podemos deducir que todavía estamos en la prehistoria en este tema. Es una "zona oscura" que seguimos sin afrontar adecuadamente en los equipos.

## 6. DISCUSIÓN.

Todo posicionamiento educativo debe empezar necesariamente por establecer un tipo de relación, para, posteriormente, pasar a otros aspectos. En cualquier caso, la relación afectiva del residente con el equipo siempre se mantendrá, pero sus características deben ser controladas por el profesional.

De ello se desprende la necesidad de establecer un marco emocional estable y la necesidad de instaurar pautas y conductas de buenas praxis entre los equipos para el trabajo positivo y el control de los procesos de las relaciones afectivas entre residentes y entre equipo y residentes.

El establecimiento de este marco emocional estable ha de cumplir ciertas premisas para ser útil a nivel educativo:

- La relación que hay entre ambos (profesional- residente) ha de ser cualitativamente diferente.
- Los sentimientos y las expectativas que genera el profesional en el usuario, no se han de producir en sentido opuesto (en el profesional). Para el técnico, la CT, es un campo de intervención y no un espacio para "vivir o sentir".
- Por muy cercano que el residente se sienta a nivel emocional del profesional, éste (el profesional) no ha de perder nunca su rol ni dejar de hacer su función.

Si lo anterior no se cumple, y la relación va más allá de lo estrictamente profesional, pueden aparecer determinados fenómenos en la relación asistencial y en los propios equipos que representen inconvenientes graves y contraindicados en la tarea educativa:

- Desconcentración para las dos partes respecto a la tarea asistencial.
- Coloca a ambas partes en situación afectiva poco real y condicionada por el microsistema que representa la CT.
- Aparición de sentimiento de celos entre otros residentes.
- En el momento en que gana la relación, se pierde al profesional.

Nos deberíamos preguntar si, más allá de las directrices de la deontología y de la ética, es posible la prevención, la modulación, la reconducción o, en definitiva, la instauración de pautas de conducta de "buenas praxis" en los equipos para el trabajo positivo y el control de los procesos de enamoramiento y/o de las relaciones afectivas entre miembros del equipo y residentes.

Si a los miembros de los equipos -como técnicos, que somos, en las relaciones humanas, y poseedores del conocimiento de técnicas y herra-

mientas de detección, desarrollo y conducción de las relaciones-, nos puede ser difícil a veces el autocontrol y la conducción adecuada de las relaciones afectivas (no deseables) cuando se producen en el marco de la intervención profesional, es decir, en la CT y en el plano de desigualdad profesional-paciente, ¿cómo podemos esperar que no se produzcan y, en su caso, se autocontrolen y autorregulen adecuadamente, dentro del complejo entre iguales, como es el de los residentes?.

## 7. CONCLUSIONES.

A la hora de establecer métodos o sistemas de abordaje, detección, intervención, etc. de esta fenomenología hay que tener siempre en cuenta algunos de los factores que confieren carácter distintivo a la propia realidad de las relaciones afectivas y a sus posibilidades de abordaje adecuado en cada CT, según:

- Las características del/los residente/s
- Las características del equipo, como tal, y de sus miembros en particular.
- Las características del equipamiento
- Las características del programa, los espacios, las "intensidades", etc.

Estos aspectos deberían condicionar no solo el establecimiento de los "límites" normativos al respecto (Códigos deontológicos y RR.RR.II. en cuanto al equipo; contrato terapéutico, normativa, etc. en cuanto a los residentes) sino, sobretodo, el articulado y el abanico amplio de intervenciones ya sean grupales o individuales a establecer en cada CT. Para ello es aconsejable huir de "recetas únicas", o "importadas" y, en general, de cualquier esquema rígido. Más bien cada centro debería definir, en función de sus propias características estructurales y humanas, qué iniciativas e intervenciones hacer.

Ante la falta de referentes -y sobretodo de referentes probados respecto a estos temas- que presenta la realidad actual de las CCTT pensamos

que, una vez perdidos los miedos, tabúes, etc. que puedan existir, hay que lanzarse a un proceso de reflexión entorno a las propias características y poner inmediatamente en practica diferentes iniciativas, para poder, más adelante, realizar puestas en común y reflexiones con mayor profundidad, objetividad, y riqueza de datos y sustentadas en una diversidad de experiencias, aciertos y desaciertos en el tema.

El primer bloqueo que se ha de salvar para hablar del manejo de las relaciones afectivas es la aceptación de que se produce el hecho. Creer que se es inmune ante este tema es hacerse más vulnerable a que pase.

Una vez aceptado, nos podremos plantear protocolos para detectarlo para prevenir una consecuencia no deseada y su manejo (aquí entraría el código deontológico, código de límites, reglamentos,...)

Es claro que para llevar a la práctica el proceso de cambio personal de los residentes necesitamos un programa lo más claro posible que defina y cohesione la intervención del equipo y que marque objetivos e indicadores para evaluar los logros. A pesar de ello, en los programas actuales de CT, aún existen carencias en cuanto al tratamiento de las relaciones afectivas y se deja la intervención al "si sucede" o si "sale a la luz".

Está claro que ante este tema tenemos una triple responsabilidad:

**1.** Responsabilidad del profesional. Nos orientan los códigos deontológicos, la ética profesional, el marco terapéutico, la claridad, la supervisión,...

**2.** Responsabilidad del equipo. Contamos con un programa terapéutico, normativa, sanciones, supervisión,...

**3.** Responsabilidad de la Institución. Exigir y contar con un manual de buenas praxis, contratos terapéuticos,..

Hay una clara coincidencia en que cuando se producen relaciones afectivas durante el proceso terapéutico, se producen interferencias en la convivencia, en cuanto a los objetivos planteados en el programa de tratamiento individual, se producen aislamientos, etc.,. Parece pues, que al centrarnos en las relaciones entre los usuarios, nuestra línea de actuación debería estar muy clara, pero como vemos, este es un tema que no queda suficientemente claro ni en los programas ni en los equipos.

## 8. PROPUESTAS.

En cuanto a las responsabilidades que, jerárquicamente, se tienen sobre el tema, se podrían aportar algunas propuestas:

La primera y general, es la de romper los tabúes y hablar claramente del tema.

- **En cuanto a la responsabilidad del profesional** para con los residentes, conducir el tratar sobre las relaciones afectivas tanto en espacios individuales como grupales.

Incorporar el tema en el manual de buenas praxis de los centros y equipos. Proponer más debate y concreción en las reglas generales de los códigos deontológicos respectivos, en las diferentes realidades y praxis del quehacer profesional en nuestro ámbito.

Cada profesional debería conocer sus propias limitaciones y saber si es especialmente vulnerable a un perfil determinado de usuario, para así, tener más herramientas y poder detectar la aparición de sentimientos que puedan derivar en una relación no adecuada.

- **En cuanto a la responsabilidad del equipo**, dedicar espacios y tiempo para tratar el tema. Reuniones ordinarias y extraordinarias. Debatir sobre afinidades y no-afinidades de los miembros del equipo hacia los residentes.

- **En cuanto a la responsabilidad de la Institución**, definición y claridad respecto al tema. Referente a los residentes, asegurarse la reglamentación de distintos espacios de respuestas, manejo y control del mismo. Y respecto a los profesionales, la institución debería proporcionar espacios de equipo o jerárquicos con los distintos profesionales para abordar el tema, y generar protocolos de actuación que incluyan la atención, responsabilidad y conducta de los profesionales (no dejarlo solo al “saber hacer” de la ética profesional).

Disponer de espacios de supervisión externa en los que sea habitual hablar de las dificultades con las que el profesional se encuentra. Donde se revise con toda naturalidad con qué perfil, o perfiles, de usuarios cada profesional se “tiende a enganchar” tanto por encontrar especial dificultad de vinculación, como por todo lo contrario, una mayor afinidad.

Así pues, algunos factores que ayudarían a proteger que las relaciones "no adecuadas" entre equipo y residentes prosperen son:

- **Disponer de protocolos de actuación** para cuando un usuario exprese que se "ha enamorado" de una persona del equipo.

Sería muy adecuado que el centro tuviera incorporado un protocolo de este tipo que, cuando un nuevo profesional se incorporase al equipo de CT, se le informara de la existencia de este.

Algunas pautas que este protocolo podría incorporar serían:

**1.** Cuando un profesional empiece a experimentar sentimientos no adecuados hacia un residente debería comentarlo con el equipo (bien sea directamente en reunión o con la/las personas más próximas). En cualquier caso el tema tiene que ser tratado con el máximo respeto y delicadeza pero, sobre todo, con la tranquilidad de saber que el equipo le va a apoyar y pondrá en marcha las estrategias necesarias para prevenir que la relación pudiera prosperar (facilitar que dicho profesional ponga más distancia, que deje de ser un referente directo, etc.) En el caso que el profesional optara por seguir fomentando la relación de pareja con el usuario, el centro (en este caso la dirección del mismo y de la institución) debería tener un posicionamiento claro respecto a si es posible o no continuar la relación laboral.

**2.** Cuando cualquier miembro del equipo detecte que un usuario tiene un sentimiento especial hacia otra persona del equipo lo hablará con dicha persona.

a) Si tal información la recibe directamente el profesional afectado lo compartirá en la reunión de equipo a fin de que todo el mundo esté informado y pueda intervenir de manera ade cuada ayudando al usuario a diferenciar sus sentimientos y a dejarle claro que se trata de una relación no adecuada.

b) En el caso que se de con su propio educador/terapeuta de referencia (como suele ser muy habitual por la especial vinculación que se da), se debería dar un margen temporal para ver si se trata de un sentimiento pasajero. En el caso que perdura sesería adecuado plantear un cambio de educador/terapeuta de referencia.

Estas intervenciones suelen ser asumidas con dificultad por el usuario

implicado e incluso pueden llevar a una crisis en el centro. No es extraño que el usuario plantee que abandona el proceso. En un equipo profesional cohesionado y que actúa en la dirección adecuada, normalmente una intervención de este tipo ayuda al residente a situarse en la realidad y deja claros los límites y el posicionamiento del equipo tanto para la persona afectada como para el resto del grupo, ayudando así a los usuarios a no confundirse en la relación de ayuda.

- En el tema de relaciones entre residentes, un error común que se comete en los equipos es no realizar **una intervención preventiva**. Así como todos los equipos de intervención en adicciones tienen muy claro que para prevenir las recaídas hay que dedicar tiempo a hablar de ello; respecto a las relaciones afectivas no suelen ser tan claros. Más bien, lo frecuente es actuar como perseguidores punitivos cuando estas aparecen. Con ello lo único que se obtiene es la interrupción de los procesos, pero no el aprendizaje de una nueva forma de expresar y conducirse en las relaciones afectivas.

Un planteamiento adecuado sería que desde los diferentes espacios de intervención grupal: habilidades sociales, grupos de sentimientos, prevención de recaídas, se incluyeran dentro del temario habitual espacios de reflexión sobre el establecimiento de relaciones afectivas y/o sexuales dentro del centro: ¿porque se dan con tanta frecuencia? (tratar el tema de la dependencia afectiva), ¿porque no se permiten?, consecuencias hacia las personas que se ven involucradas, etc.

Una vez más parece que, como todos los temas, todo aquello que se puede poner “encima de la mesa”, entender, hablar sin miedo a la penalización, facilita su abordaje.

Últimamente se habla de las relaciones afectivas como una temática emergente en CCTT Creo que es ahora cuando los equipos se permiten reflexionar sobre ello, cuando empieza a dejar de ser tabú el plantearlo. Lo realmente positivo es ver que los profesionales que conforman los equipos terapéuticos, se han formado y han crecido lo suficiente para empezar a identificar el tema y abordarlo, empezar a tratarlo como una problemática más a plantear en las reuniones de dichos equipos, tenerlo en cuenta en los programas terapéuticos, y reconocer que sucede, o puede suceder.

# Capítulo 10

## La evaluación en las **Comunidades Terapéuticas**

Arantza YUBERO FERNÁNDEZ
Juan CARLOS MENÉNDEZ

## 1. INTRODUCCIÓN.

La evaluación de programas y políticas se ha ido definiendo, a lo largo de los últimos treinta años, como un campo profesional y académico de primer orden y de clara utilidad práctica. Paulatinamente, se ha ido reconociendo la necesidad de valorar las intervenciones e inversiones públicas, con el fin no sólo de conocer mejor la propia acción sino también para mejorar los programas y las políticas, rendir cuentas sobre los mismos y dar luz sobre acciones futuras. La propia Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 de la Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, identifica la evaluación como instrumento básico para valorar y mejorar la eficacia en las intervenciones dentro del capítulo "Áreas de intervención "(epígrafes 4.1.1 y 4.1.3). Igualmente, en el punto cuarto de los objetivos de la Estrategia Nacional 2000-2008 sobre asistencia e integración social se hace referencia a: "*Mejorar la calidad asistencial objetiva y los resultados de los programas de tratamiento estableciendo mecanismos de evaluación*".

El interés por la evaluación de las intervenciones se vió renovado por el propio Plan Nacional sobre Drogas en el documento del Plan de Acción 2005-2008, tras la evaluación preliminar del primer tramo de vigencia de dicha Estrategia, integrando en su Cuarto Eje: Mejora del Conocimiento la necesidad de fomentar la "*Evaluación de todos los programas e intervenciones*", y de "*Promover sistemas de evaluación de Programas de Prevención, Tratamiento, Rehabilitación e Integración Social*".

Si cualquier profesional se acerca a nuestros equipos y nos preguntan si evaluamos el trabajo que se realiza en nuestras respectivas Comunidades Terapéuticas, espontáneamente diremos que SÍ: evaluamos el proceso de los residentes diariamente en las reuniones de equipo o en los seminarios de trabajo sobre casos, evaluamos la dinámica convivencial en las asambleas, evaluamos el ambiente del trabajo en equipo en la supervisión, pasamos pruebas psicométricas, elaboramos informes y memorias, etc. Ahora bien, ¿de qué estamos hablando cuando decimos que evaluamos?

La mayor parte de las  veces, nos referimos a **evaluaciones informales**; que no se llevan a cabo con una metodología unitaria y definida y

que a menudo están basadas en una información insuficiente, contagiada de visiones personales, pero que nos resuelven los procesos de toma de decisiones del día a día.

En cambio, si pretendemos evaluar la Comunidad Terapéutica, de forma global, necesitamos de un proceso de **evaluación sistemático**, aunque en algunas ocasiones, hayamos escuchado a profesionales cuestionar el papel de este tipo de evaluación, su utilidad y aplicabilidad, en el trabajo diario que supone la Comunidad Terapéutica. En cierto modo es comprensible.

Cualquier recurso residencial de estas características conlleva un ritmo de trabajo frenético salpicado de imprevistos, que rompen la planificación diaria y que exigen de los profesionales una gran capacidad de adaptación y de respuesta inmediata a los acontecimientos.

Pero no es menos cierto, que además de la reflexión sobre la evolución de cada uno de los casos atendidos en la CT, es necesario establecer momentos dedicados a realizar un análisis más amplio, que nos ayude a saber dónde estamos, cómo hemos llegado hasta aquí, cuál es la desviación existente respecto al trazado original, hacia dónde queremos y podemos continuar caminando, cuáles han sido nuestros aciertos y errores a lo largo del proceso, cómo podemos mejorar, etc.

Esto es lo que ofrece la evaluación, un proceso sistemático a través del cual realizar una fotografía que refleje la realidad del momento que atraviesa la Comunidad Terapéutica y nos ayude a tomar decisiones.

En las siguientes páginas, vamos a desarrollar las ideas fundamentales de la evaluación, tratando de cumplir los siguientes objetivos:

**1.** Facilitar una compresión general sobre el significado y la trascendencia de la evaluación para la mejora continua de la Comunidad Terapéutica.

**2.** Promover la cultura evaluativo en el sector de los programas de tratamiento de drogodependientes.

**3.** Ofrecer conocimientos básicos que faciliten el uso de un lenguaje común entre los profesionales y la inclusión de la evaluación en el ciclo de los proyectos.

## 2. ¿QUÉ ES LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS?.

### 2.1. Definición.

En función de los diferentes autores, disciplinas y enfoques, podemos encontrarnos con diversas definiciones del término evaluación. A continuación recogemos algunas de ellas a modo de ejemplo:

| | |
|---|---|
| **Joint Comité** Estándar Education | *"Recoger y analizar sistemáticamente una información para poder determinar el valor o mérito de una intervención"* |
| **Comas** (1994) | *"Entendemos la evaluación de programas sociales como un procedimiento riguroso y empírico, de análisis y emisión de juicios dirigidos a la toma de decisiones"* |
| **Weiss** (1982) | *"Es comparar los efectos de un programa con las metas que se propuso alcanzar a fin de contribuir a la toma de decisiones subsiguientes acerca del mismo y para mejorar así la programación futura"* |
| **Espinoza Vergara** (2002) | *"Evaluar es comparara en un instante determinado lo que se ha alcanzado mediante una acción con lo que se debería haber alcanzado de acuerdo a una programación previa"* |
| **Ander Egg** (2000) | *"La evaluación es una forma de investigación social aplicada, sistemática, planificada y dirigida; encaminada a identificar, obtener y proporcionar de manera válida y fiable, datos e información suficiente y relevante en que apoyar un juicio acerca del merito y el valor de los diferentes componentes de un programa (tanto en la fase de diagnóstico, programación o ejecución) o de un conjunto de actividades específicas que se realizan, se han realizado o se realizarán, con el propósito de producir efectos y resultados concretos; comprobando la extensión y el grado en que dichos logros se han dado, de forma tal, que sirva de base o guía para una toma de decisiones racional e inteligente entre cursos de acción o para solucionar problemas y promover el conocimiento y la comprensión de los factores asociados al éxito o fracaso de sus resultados"* |
| Cohen y Franco (1992) | *"Es una actividad que tiene por objeto maximizar la eficacia de los programas en la obtención de sus fines y la eficiencia en la asignación de recursos para la consecución de los mismos."* |

En este capítulo, nos vamos a apoyar en la definición de evaluación que recoge Ligero (2006)[4] por considerar que retrata perfectamente lo que debe ser la evaluación en una CT: *"Recoger y analizar sistemáticamente una información para poder comprender y dotar de significado a lo que ocurre en un programa, de lo que se deducirán unos juicios específicos que permitirán rendir cuentas y tomar decisiones sobre su mejora".*

## 2.2. Diferencias entre evaluación y otras prácticas.

Fuente: Elaborado por Arantza Yubero a partir del artículo de María Bustelo: *"Qué tiene de específico la metodología de la evaluación"*[5] y de Óscar Jara: *"La Evaluación y la Sistematización en La Sistematización en los Proyectos de Educación Popular"*. ED. Dimensión Educativa, Bogotá, 1989.

[4] Se han consultado los apuntes del *Master de Evaluación de Programas y Políticas Públicas de la UCM. "Modulo Posibilidades de la Evaluación"* (2006)

[5] Se han consultado los apuntes del *Master de Evaluación de Programas y Políticas Públicas de la UCM. "Módulo Introducción a la evaluación"* (2004).

| | OBJETO | MÉTODO |
|---|---|---|
| **INVESTIGACIÓN** | . Referido a problemas (QUÉ se aborda).<br>. Se interesa por la evolución de un problema en abstracto.<br>. Se puede centrar en algunos aspectos concretos. | . Referido a la selección, recopilación y análisis de la información.<br>. Ligado a la comunidad científica y/o universitaria.<br>. Utiliza un marco teórico global. |
| **EVALUACIÓN** | . Referido a las intervenciones para afrontar los problemas (COMO se aborda).<br>. Se interesa por la evolución de un problema o consecuencia de la intervención en el mismo.<br>. Tiende a considerar la intervención de forma global. | . Referido al diagnóstico de la situación, la elección del tipo de evaluación, a la definición de criterios e indicadores, a la recopilación y análisis de la información, a la valoración y emisión de juicios a la luz de los criterios de evaluación, al establecimiento de recomendaciones y a la comunicación de resultados para conseguir una mayor utilidad/utilización de la evaluación.<br>. Puede ser interna o externa. |
| **OBSERVATORIO** | . Referido a un problema o conjunto de problemas públicos.<br>. Se interesa por el análisis de la evolución en el tiempo de un problema. | Referido a la selección, recopilación y análisis de la información de forma trasversal y longitudinal.<br>. Dependiente de los gobiernos centrales o autonómicos. |
| **MONITORIZACIÓN** | . Referidos a la gestión de un proyecto que pretende abordar un problema.<br>. Se interesa por la adecuación de la ejecución de un proyecto.<br>. Específico. | . El mismo que en la evaluación pero no implica enjuiciamiento sistemático.<br>. Suele ser de carácter interno. |
| **SISTEMATIZACIÓN** | . Referida la práctica del proyecto en su totalidad: qué hacemos, cómo lo hacemos y descubrir lo que no se sabe de la propia intervención. | TALLER DE SISTEMATIZACIÓN:<br>. Construcción del objeto de sistematización, registro y recuperación de la experiencia de acuerdo al objeto de sistematización, recuperación y registro de la información, análisis, interpretación y socialización.<br>. Proceso participativo.<br>. Suele realizarse a nivel interno pero puede dinamizarlo un agente externo. |

| | NATURALEZA / CONCEPTO | FINALIDAD/CONDICIONANTES | CONTEXTO |
|---|---|---|---|
| **MONITORIZACIÓN** | . "Supervisión continua y periódica de la ejecución física de un proyecto para asegurar que los insumos, actividades, resultados y supuestos están desarrollándose de acuerdo con lo planificado" NORAD, 1997. | . Siempre aplicada.<br>. Mejora del programa que se está implementando desde la retroalimentación. | . Escenario de la acción.<br>. El contexto es fundamental.<br>. Carácter más técnico. |
| **SISTEMATIZACIÓN** | . Interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explica la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí, y por qué lo han hecho de ese modo (Oscar Jara, 1994). | . Siempre aplicada.<br>. Construcción de conocimiento.<br>. Recuperar conscientemente procesos y procedimientos.<br>. Retroalimentar la calidad del trabajo.<br>. Detectar vacíos teóricos y metodológicos.<br>. Sistemático y recurrente. | . Escenario de la acción.<br>. Contextualizada.<br>. Carácter técnico y político. |

| | NATURALEZA / CONCEPTO | FINALIDAD/CONDICIONANTES | CONTEXTO |
|---|---|---|---|
| **INVESTIGACIÓN** | . Indagación disciplinada que se lleva a cabo para resolver algún problema de forma que se consiga entendimiento o se facilite la acción.<br>. Modo de indagación académico. | . Puede ser básica o aplicada.<br>. Construcción del conocimiento.<br>. Contribución relevante para la comunidad científica.<br>. Trasciende temporalmente. | . Escenario de investigación (lo importante es la investigación).<br>. El contexto es *un factor más a tener en cuenta pero no es algo determinante.*<br>. Carácter más técnico. |
| **EVALUACIÓN** | . Investigación disciplinada que se lleva a cabo para determinar el valor (mérito y/o valía) del objeto evaluado (programa, proyecto, servicio o política) con el fin de mejorarlo, rendir cuentas y/o ilustrar acciones futuras.<br>. Modo de indagación práctico. | . Siempre es aplicada.<br>. Mejora de los programas.<br>. Rendimiento de cuentas.<br>. Ilustración de acciones futuras.<br>UTILIDAD<br>. Capacidad de respuesta ante.<br>. Lealtad hacia el programa.<br>. Oportuna en el tiempo.<br>. Temporalidad ajustada. | . Escenario de la acción (lo prioritario es el programa evaluado no la evaluación).<br>. El contexto es determinante. La evaluación es dependiente del contexto y tiene por objeto la respuesta a dicho contexto.<br>. Carácter marcadamente político. |
| **OBSERVATORIO** | . Investigación sistemática que se lleva a cabo para realizar un seguimiento exhaustivo y periódico de la evolución de un problema o conjunto de problemas, públicos. | . Construcción de conocimiento.<br>. Redefinir un problema público.<br>. Iluminación para acciones futuras.<br>. Debe darse de forma periódica y continuada. | . Escenario de investigación.<br>. El contexto es un factor a tener en cuenta pero no determinante.<br>. Carácter político. |

| | DESTINATARIOS | RESULTADOS – PRODUCTOS Y EFECTOS ESPERADOS | AGENTES |
|---|---|---|---|
| **MONITORIZACIÓN** | . Responsables, profesionales, agentes críticos y beneficiarios del programa. | . Generación de retroalimentación sobre el proceso de ejecución.<br>. Supervisión de la asignación de recursos y la producción de actividades o servicios correspondientes. | . Conocimientos básicos de evaluación.<br>. Conocimiento exhaustivo del programa diseño y ejecución.<br>. Otras habilidades: análisis de procesos, habilidades sociales. |
| **SISTEMATIZACIÓN** | . Técnicos y profesionales de proyectos.<br>. Beneficiarios directos e indirectos.<br>. Agencias donantes de recursos.<br>. Otras instituciones del área de intervención. | . Apropiación del método sistematizador por los profesionales y beneficiarios.<br>. Reflexión crítica de la práctica como tarea cotidiana.<br>. Producción de conocimiento para mejorar la práctica y su aportación a otros modelos. | . Conocimientos básicos de sistematización y evaluación.<br>. Conocimiento práctico del proyecto. |

| | DESTINATARIOS | RESULTADOS – PRODUCTOS Y EFECTOS ESPERADOS | AGENTES |
|---|---|---|---|
| **INVESTIGACIÓN** | . Grupos abstractos.<br>. Comunidad científica.<br>. De forma secundaria, comunidad de política o programa. | . Publicación De resultados.<br>. Aportación a y reconocimiento de la comunidad científica. | . Capacidad investigadora.<br>. Conocimientos básicos sobre metodología de investigación.<br>. Necesario conocimiento previo y exhaustivo del sector. |
| **EVALUACIÓN** | . Grupos y personas concretas.<br>. Clientes, patrocinadores, responsables, profesionales, agentes críticos, beneficiarios y víctimas del programa evaluado.<br>. De forma secundaria, comunidad científica. | . Recomendaciones para la acción.<br>. Informes normalmente no publicados.<br>. Comunicación y difusión de resultados a los interesados.<br>. Utilidad y utilización de los resultados y de los procesos de evaluación. | . Conocimientos metodológicos amplios y de sus posibilidades de aplicación.<br>. Conocimiento del sector.<br>. Otras habilidades necesaria: análisis de políticas públicas y conocimiento de los procesos políticos, conocimiento y capacidad de trato con personas y grupos, habilidades de comunicación. |
| **OBSERVATORIO** | . Instituciones políticas.<br>. Responsables y técnicos de programas.<br>. Comunidad científica. | . Publicación de resultados.<br>. Gran difusión a través de los medios de comunicación social.<br>. Ajuste de las intervenciones públicas a la realidad cotidiana.<br>. Proporcionada información sistemática y continua que favorece la investigación, el conocimiento, la evaluación, etc. | . Capacidad investigadora.<br>. Conocimientos básicos sobre metodología de investigación y estadísticos.<br>. Necesario conocimiento previo y exhaustivo del sector. |

## 2.3. **Funciones** (por qué) **y propósitos** (para qué).

Si atendemos a cuáles son los **propósitos de la evaluación** de las CCTT, podríamos citar fundamentalmente los siguientes, adaptados por Bustelo (2001) a partir de Weis (1998)[6]:

### 1. Facilitar el proceso de toma de decisiones:

- Hacer correcciones intermedias en el proceso de ejecución de un programa.
- Continuar, expandir o institucionalizar un programa o bien, cortarlo, abandonarlo o acabarlo.
- Examinar nuevas ideas o programas.
- Elegir la mejor entre varias alternativas.
- Decidir si se continúa o no con la financiación.

### 2. Facilitar el aprendizaje organizativo:

- Registrar la historia de un programa.
- Ofrecer feedback o información sobre su práctica a los profesionales que intervienen.
- Enfatizar o reforzar los objetivos de un programa.
- Rendir cuentas.
- Entender y saber más sobre la intervención social.

Por otra parte, Vega y Ventosa (1993-2002) recogen una serie de **funciones de la evaluación** de los proyectos socioculturales, absolutamente extrapolables, a nuestro modo de ver, a las funciones que puede tener la evaluación en las Comunidades Terapéuticas; a saber:

### 1. Función Participativa.

Uno de los rasgos de identidad y el modo de hacer de las Comunidades Terapéuticas ha sido y es la **participación**, y ésta debe ser asumida como criterio básico de su organización, y del proceso de evaluación.

[6] Se han consultado los apuntes del *Master de Evaluación de Programas y Políticas Públicas de la UCM. "Módulo Introducción a la evaluación"* (2006).

La participación no sólo garantiza que los profesionales y beneficiarios de la CT tengan la oportunidad de implicarse en el diseño de los procesos (nivel de participación 6[7] en escala de Hart (Hart, R.(2001)), sino que también supone una apuesta por:

- El reconocimiento a todos los profesionales, familias y usuarios como miembros competentes del programa y de su capacidad para analizar y transformar la realidad del centro y, por tanto, la realidad social.
- El refuerzo de todas las capacidades profesionales y personales de los implicados en el proceso.
- La experimentación de un modo distinto de organización y proceso de toma de decisiones basado en el consenso.
- La riqueza de la disparidad y divergencia de opiniones que inevitablemente nos sitúa en procesos de negociación.

## 2. Función de Maduración Grupal.

Por otro lado, el conocimiento referido a la evaluación, genera un cambio de actitudes:

- Un primer nivel de cambio de actitud se produce desde lo cognitivo; los nuevos conocimientos y aprendizajes abren al participante a un cambio de percepción y/o mentalidad que se traduce en una nueva forma de mirar y concebir la realidad de sus programas y una sana autocrítica.
- En un segundo nivel, los participantes se sienten fuertemente motivados a compartir y transmitir sus propios cambios a su entorno inmediato. Los cambios de actitudes con relación a la evaluación se consolidan y originan gradualmente reacciones de mayor adhesión.
- En un tercer nivel de cambio de actitud sería promoción de la cultura evaluativa. Los participantes no sólo asumen un mayor compromiso frente a la evaluación, sino que además realizan acciones concretas de promoción, como es el caso de la formación.

[7] Se han consultado los apuntes del *Master de Evaluación de Programas y Políticas Públicas de la UCM. "Módulo Introducción a la evaluación"* (2006).

### 3. Función Motivadora.

Si la evaluación se realiza siempre desde una perspectiva constructiva, puede ser una fuente de refuerzo positivo y motivación para los profesionales. El proceso de evaluación puede generar una crisis de crecimiento en los equipos desde la provocación de la reflexión y el debate en los mismos con relación a la metodología de trabajo y evaluación existentes, los hábitos de trabajo, el método organizativo. Este proceso debe ser acompañado para aprender a convertir las dificultades existentes en objetivos de trabajo y reforzar lo que el proceso en sí mismo tiene de útil.

### 4. Función Formativa o de Aprendizaje.

La evaluación no sólo es importante por los resultados que arroja sino porque permite el aprendizaje institucional favorecedor del proceso, a partir de la sistematización de la experiencia.

La reconstrucción ordenada de la vida de la CT, desde la reflexión crítica y sistemática de la misma, permite extraer importantes lecciones que tienen que ver con la propia dinámica de relaciones interpersonales que genera el proceso evaluativo. La evaluación se puede plantear, desde esta base, como un método de formación desde la acción.

### 5. Función Optimizadora.

La evaluación genera un conocimiento continuo y progresivo sobre el aprovechamiento óptimo de los recursos humanos, materiales, económicos, etc. con los cuenta la CT, encaminado a ir logrando los máximos resultados del el mínimo de recursos.

### 6. Función Sistematizadora.

La inclusión de la evaluación en el ciclo de los proyectos, favorece que esta práctica forme parte de la agenda de los profesionales, y por tanto, tienda a racionalizarse y estructurarse, de forma que se facilite la organización, control, comparación, difusión y reproducción.

### 7. Función Adaptativa o de Retroalimentación.

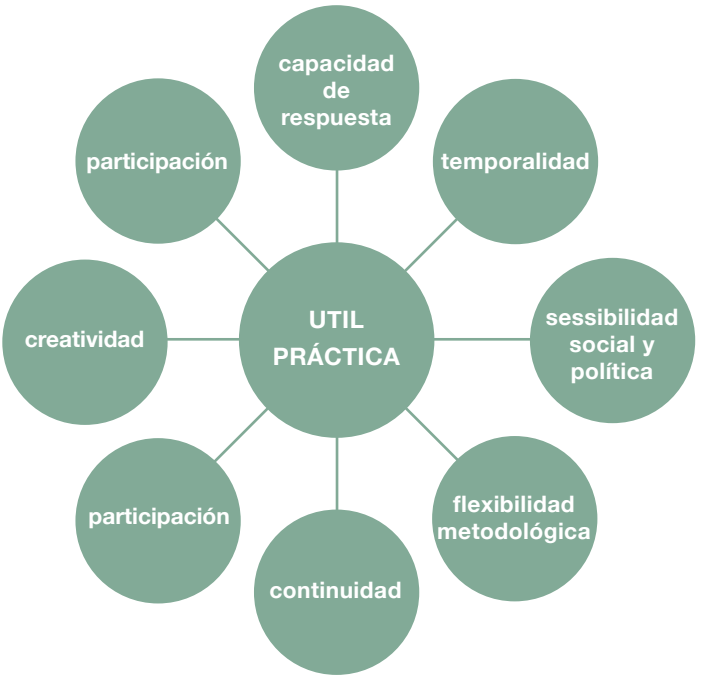
Los resultados de la evaluación favorecen un conocimiento mayor de la realidad de la CT, lo que facilita a su vez una mayor capacidad de adaptación a los cambios requeridos, corrigiendo, eliminando y/o afianzando los elementos necesarios.

## 2.4. Características de la evaluación.

La evaluación de programas, tal como señala Bustelo (2006)[8] debe de ser sobre todo **ÚTIL** (debe cumplir los propósitos y funciones de la evaluación) y **PRÁCTICA** (orientada a la acción).

*"En su forma más simple, la evaluación se lleva a cabo por parte de un cliente que tiene decisiones que tomar y que busca en una evaluación una información en la que basar sus decisiones. Incluso cuando el uso es menos directo e inmediato, la utilidad de algún tipo es la fundamentación de la evaluación"* (Weiss, 1998).

Para que la evaluación tenga estas dos cualidades básicas, se deben de dar una serie de condiciones tanto en su diseño, como en su desarrollo y difusión:




[8] http://www.ucm.es/info/IUDC/revista/redc4/bustelo (consulta realizada 20 de marzo de 2008).

## 2.5. Tipos de evaluación.

### SEGÚN QUIENES REALIZAN LA EVALUACIÓN

**Interna:** realizada por profesionales que forman parte de la institución, pero que no han participado en el diseño del programa, lo que favorece el conocimiento del proceso y el tener la distancia suficiente como para no sesgar la evaluación por falta de objetividad. Algunos autores hablan también de AUTOEVALUACIÓN, refiriéndose a aquella que es realizada por los profesionales encargados de la ejecución del proyecto.

**Externa:** Realizada por expertos en evaluación ajenos a la institución, y que no han participado ni en la planificación ni en la ejecución del mismo. Cuenta con la ventaja de una mayor credibilidad en el exterior pero la desventaja del posible rechazo de los profesionales y las dificultades que dichas resistencias pueda generar, si no se enmarca adecuadamente.

**Mixta:** Existen dos variaciones de este tipo de evaluación. La primera, referente a dos equipos, uno interno y otro externo, que realizan sendas evaluaciones y posteriormente comparan los resultados. La segunda, un equipo único formado por personal de la institución y por expertos externos, que realizan una evaluación de forma conjunta. La evaluación mixta también es denominada coevaluación.

**Participativa:** Es aquella en la que no solo participan los profesionales del programa, sino que los propios beneficiarios (en nuestro caso, familias y residentes) constituyen el agente principal tanto en el diseño como en la recogida de datos, interpretación y elaboración de recomendaciones.

### SEGÚN LA FUNCIÓN DE LA EVALUACIÓN

Scriven (1967 y 1973), determina dos tipos de evaluación en base a su función:

**Evaluación formativa:** Ofrece información continua útil para mejorar el objeto evaluado a través de la modificación y reajuste del programa a medida que este avanza.

**Evaluación sumativa:** Valora los diferentes aspectos de un programa una vez finalizado. Pretende hacer recapitulación de la actualización realizada e introducir cambios en el programa.

## SEGÚN LA PERSPECTIVA TEMPORAL DE LA EVALUACIÓN

**Previa o Ex ante:** Se realiza previamente a la ejecución del programa correspondería en base a su contenido, a la evaluación de diseño.

**Durante - Intermedia-Comportamiento-Simultánea:** se realiza a lo largo del proceso de ejecución de un programa y recoge de forma sistemática apreciaciones sobre la continuidad del proyecto (objetivos, resultados y diferencias previsto y lo real).

**Final o Ex Post:** se realiza una vez que el programa ha concluido y estudia el funcionamiento, efectos o resultados del mismo -impacto del proyecto (eficacia, eficiencia, adecuación)- así como el nivel de respuesta a las necesidades iniciales que originaron la demanda.

## SEGÚN EL CONTENIDO DE LA EVALUACIÓN Alvira (2002)

**Diseño:** Consiste en un análisis lógico y de coherencia del programa antes de su aplicación:

- Coherencia interna: Ej. ¿Hay coherencia entre las actividades previstas, terapéuticas y formativo/laborales y los objetivos de tratamiento?
- Coherencia del programa con los resultados obtenidos en la evaluación de necesidades: Ej. ¿Está adecuadamente definida la población destinataria?

- Adecuación lógica y empírica del modelo y estrategia de intervención en los que se asienta el programa: Ej. ¿El programa tiene una base teórica y empírica adecuada?

**Proceso de aplicación:** Tiene como objetivo conocer como está funcionando realmente el programa. Aporta información sobre aspectos como el tipo, frecuencia temporalización y duración de las actividades, personas que participan, recursos utilizados, adecuación del equipo profesional, etc. Ej.: ¿Cómo se distribuye o se asigna el tiempo, el dinero y el personal?

**Resultados e impactos:** Se centra en la descripción y análisis de los efectos conseguidos por los programas. Ej.: ¿Se han conseguido los resultados esperados?

---

## 3. ANÁLISIS DEL CONTEXTO EVALUATIVO.

La preocupación de los evaluadores, debe ser fundamentalmente conocer el contexto en el que se va a desarrollar la evaluación, para determinar previamente las mejores estrategias que garanticen una adecuada implantación de la misma. Entre las muchas técnicas posibles, vamos a plantear dos, la matriz DAFO y las variables contextuales ó situacionales de Patton , que son al mismo tiempo, herramientas de planificación y diagnóstico.

### 3.1. Matriz dafo.

La técnica DAFO, también denominada FODA, responde a las siglas de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades y será el resultado del análisis de los factores que pueden influir en la implantación de la evaluación y en su desarrollo futuro. Es una técnica participativa, aplicable a la planificación de la evaluación de las CCTT, siendo realizada por todos los agentes implicados en la misma, con el propósito de que diagnostiquen la situación presente, proyecten situaciones fu-

turas y prevean acciones posibles encaminadas a favorecer la implantación de procesos de evaluación en el centro.

En este cuadro de doble entrada, situaríamos:

- **Debilidades**, también denominadas, puntos débiles, son los aspectos internos que pueden limitar o reducir la capacidad de desarrollo efectivo de la evaluación, y que deben ser por tanto, controlados y superados.
- **Amenazas**, son los factores del entorno externo que pueden impedir la implantación, reducir su efectividad o los recursos que se requieren así como incrementar los riesgos de la misma.
- **Fortalezas o puntos fuertes de carácter interno**, son las capacidades, recursos, que deben y pueden servir para explotar oportunidades.
- **Oportunidades**, son aquellos factores externos o del entorno que pueden suponer una ventaja para la implantación de la evaluación.

A continuación, reflejamos en un cuadro un ejemplo de cada factor:

| CONDICIONANTES INTERNOS | | CONDICIONANTES EXTERNOS |
|---|---|---|
| **DEBILIDADES** | **AMENAZAS** | |
| Resistencias de algunos profesionales frente a la evaluación de la CT. | La gestión de la CT sale a concurso público en seis meses. | |
| **FORTALEZAS** | **OPORTUNIDADES** | |
| Buen clima de trabajo de equipo.<br>Accesibilidad de los datos. | La organización tiene en el Plan Estratégico, entre sus líneas de actuación, la mejora de los programas a través de la evaluación. | |

A partir de la técnica DAFO se puede implementar la técnica CAME, encaminada a determinar las estrategias de implantación de la evaluación a seguir para:

- Corregir las debilidades.
- Afrontar las amenazas.
- Mantener las fortalezas.
- Explotar las oportunidades

## 3.2. Variables contextuales ó situacionales de Patton.

Las variables contextuales de Patton (1981), responden a la preocupación de este autor, por la utilidad de la evaluación, y están enfocadas a la identificación de todos aquellos elementos facilitadores del proceso de evaluación. Cumple también otros objetivos básicos, el favorecer el conocimiento del contexto a través de la reseña de la **situación detectada** en cada variable, y el arrojar **recomendaciones o pautas para el diseño** en base a lo detectado.

Algunas de las variables contextuales que propone Patton, adaptadas a la CT, son:

| | |
|---|---|
| Número de responsables a tratar (nº de personas con poder de decisión) | Naturaleza de la CT (unidimensional /multidimensional) |
| Historia de la CT (años funcionando) | Tipo de tratamiento (estandarizado o no, individual/grupal, etc) |
| Actitud de los profesionales frente a la evaluación (entusiasmo/resistencia) | Estructura en la toma de decisiones (jerarquía horizontal/vertical) |
| Patrones de interacción entre dirección-profesionales-beneficiarios cooperación/conflicto en CT | Ambigüedad – claridad sobre el fin y la función de la evaluación |
| Historia evaluativa de la CT | Datos existentes sobre la CT |
| Nivel formativo-cultural de profesionales y beneficiarios (alto/bajo) | Énfasis en la evaluación (voluntaria – impuesta) |
| Homogeneidad-heterogeneidad de profesionales y beneficiarios | Tiempo disponible para la evaluación (flexible, limitado) |
| Recursos disponibles para la evaluación | Número de fuentes de financiación |

## 4. LA EVALUACIÓN PASO A PASO: MODELO DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS.

El modelo que proponemos para abordar un proceso de evaluación en una Comunidad Terapéutica, es el propuesto por Bustelo, M. Martínez. M y Ligero J.A. desde el *Máster de Evaluación de Programas y Políticas Públicas de la UCM*: modelo sistémico en el que se evalúan resultados estructura, proceso y resultados y cuyos aspectos más relevantes vamos a ir desglosando a continuación:

### 4.1. Motivación para evaluar.

En primer lugar, es importante que sea explicitado el propósito de la evaluación con suficiente detalle, de modo que pueda ser identificado y valorado:

- Ilustración, comprensión **(*enlightment*)**.
- Retroalimentación o mejora **(*improvement*)**.
- Control de responsabilidades y rendimiento de cuentas **(*accountability*)**.

En una CT la evaluación puede tener como finalidad, por ejemplo:

**a)** *Decidir si la estrategia de intervención terapéutico-educativa inicialmente seleccionada funciona o no.*

**b)** *Facilitar la aplicación del programa de modo que se ajuste a los diferentes perfiles de residentes a los que esté dando cobertura (ej: con y sin patología dual).*

**c)** *Determinar la pertinencia del régimen residencial vs ambulatorio para determinados perfiles.*

### 4.2. Definir la unidad de evaluación.

Consiste en determinar:

- **qué** va a ser evaluado (*el conjunto del proceso o alguna de sus partes, como por ejemplo, los talleres formativo laborales que se desarrollan en la CT*). Debe de buscarse sobre todo que la evaluación vaya a ser útil y práctica para todos los agentes implicados.

- **quién** va a realizar la evaluación: *equipo externo, interno, mixto, y/o con un enfoque participativo.*

- **cuándo** va a desarrollarse la evaluación: *diseño, proceso, resultados, temporalización, etc*.

El contexto en el que está inserta la CT debe ser analizado de forma cuidadosa, dado que el conocimiento del mismo, nos permite conocer las posibles influencias que ejerce sobre el dispositivo.

## 4.3. Necesidades informativas.

La evaluación es una herramienta que pretende dar respuesta a preguntas concretas sobre una política, plan, programa, proyecto o conjunto de actuaciones.

Es importante la identificación de todos los agentes críticos o stakeholders (*gestores, profesionales, residentes, familiares, voluntarios, etc*) y recoger todas sus necesidades informativas, es decir, aquellas preguntas existentes sobre la CT que requieren ser respondidas desde la evaluación.

## 4.4. Elaboración de la Matriz de Evaluación del Programa.

Las necesidades informativas, se integran en los criterios de valor correspondientes, convirtiéndose en la preguntas relevantes a las que debe de dar respuesta la evaluación. A continuación, se elaboran los indicadores, al menos uno para cada una de las preguntas. Se finaliza el proceso con la búsqueda o diseño de fuentes de verificación primarias o secundarias, de las que va a ser extraída la información relevante para cada uno de los indicadores propuestos.

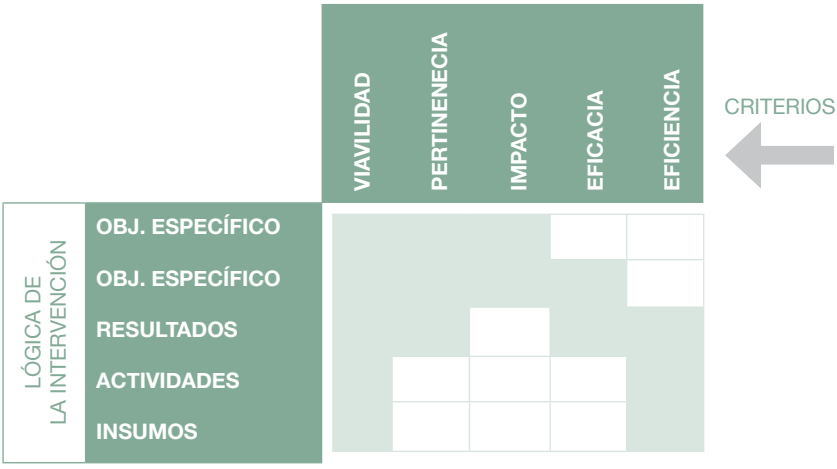
El formato en base al cual se estructura la matriz de evaluación sería el siguiente:

| Criterio | Pregunta de evaluación | Indicador | Fuente de verificación |
|---|---|---|---|
| | | | |

### 4.4.1 Criterios de evaluación

Los **criterios de evaluación** son ***"Son un punto de vista desde el cual se puede hacer un balance sobre la realidad y aclararla. Proporcionan la base lógica y una serie de puntos críticos a tener en cuenta para emitir un juicio de valor sobre la acción"*** (MAE, SECIPI, 1998). Los criterios definen el estado más positivo de un proyecto y lo compara con la situación real permitiendo establecer juicios de valor.

(Bustelo at all, 2003) Permiten contar con una estructura jerarquizada que relaciona todos los elementos del proyecto y que proporcionan un juicio de valor, en positivo, deseable, acerca de la intervención, del programa y de su realidad.




Adaptado de MAE, SECIPI, (1998)

Los criterios de evaluación deben de ser seleccionados en función de lo que se pretende evaluar. Ahora bien, existen una serie de criterios estándar, comúnmente utilizados en Cooperación al Desarrollo, que son factibles de ser aplicados en las evaluaciones de las CTs:

- **EFICACIA:** señala en qué medida se han alcanzado los objetivos específicos y los resultados previstos. Esto implica que los profesionales hayan definido de forma adecuada, ambos elementos en el diseño de su proyecto o en sus matrices de programación. Es probable que, cuando nos enfrentamos al momento de la evaluación, detectemos objetivos o resultados planteados de una forma poco concreta.

- **EFICIENCIA:** trata de medir el logro de los resultados relacionándolo con los recursos (humanos, económicos, técnicos, materiales) que se consumen; es decir, busca la optimización de los recursos para maximizar los resultados. Compara inputs con outputs. Es una medida de productividad.

• **PERTINENCIA:** mide la adecuación de los resultados y los objetivos de la intervención (terapéutica, formativo- laboral, etc.) al contexto en que se realiza. Para ello, deberemos analizar:

- los problemas y necesidades de la población beneficiaria (drogodependientes, familias, etc.)
- la política del Plan Nacional sobre Drogodependencias y políticas autonómicas, regionales y locales del sector.
- la existencia de otros modelos de intervención en régimen residencial nacionales e internacionales.

• **IMPACTO:** análisis de efectos esperados y no esperados que se desprenden de la intervención. Trata de ver el efecto neto de la intervención. El concepto de impacto es más amplio que el de la eficacia (que mide sólo impacto positivo). Es un análisis de los efectos de una acción (consecuencias positivas y negativas, previstas o no previstas) sobre la comunidad y su medio. Trata de buscar qué otros efectos han tenido lugar como resultado de las acciones del proyecto. La valoración del impacto puede tener diferentes dimensiones: económica, técnica, social y cultural, política, ecológica, sobre la salud. (Bustelo M.; Ligero J.; Martínez M. (2005)).

• **VIABILIDAD:** tiene que ver con el proceso y determina hasta qué punto los efectos positivos derivados de la intervención se mantendrán en el tiempo. Tiene que ver con el empoderamiento, es decir, la apropiación por parte de los beneficiarios de la intervención: por ejemplo; en qué medida ha cambiado la vida de los usuarios y en qué medida estos cambios se van a mantener fuera de la CT.

Además de los que pueda plantear el propio equipo, en base a sus necesidades informativas, hay otros criterios (Bustelo M.; Ligero J.; Martínez M. (2002)) que son adecuados en la evaluación de las CTS, tales como:

• **COBERTURA:** Consiste en evaluar hasta qué punto un programa llega a la población beneficiaria del mismo (Alvira 1991). Se trata de calcular la tasa de cobertura, el sesgo en la cobertura. la accesibilidad y barreras al programa[9].

[9] Para ver la propuesta completa de inclusión de este criterio ver: LIGERO, J.A. (2001) *"Un nuevo criterio de evaluación: la cobertura". Revista Española de Desarrollo y Cooperación, nº 8*

• **VISIBILIDAD:** Es la apreciación del proyecto, la institución y sus acciones en el rol social que está desempeñando tanto en la población beneficiaria, en la población en general así como en otras instituciones de su campo de acción. Afecta a las cuestiones de visibilidad institucional y social del programa, el conocimiento de la institución y sus proyectos, la fiabilidad de su actuación, la relevancia de sus acciones así como a su estrategia informativa.

• **PERSPECTIVA DE GÉNERO:** Sirve para medir los efectos, consecuencias y beneficios que un programa ha tenido para hombres y mujeres. Evalúa si las necesidades y prioridades de las mujeres y hombres se reflejan en el proyecto o programa.

### 4.4.2 Selección de indicadores.

Los indicadores son una herramienta clásica dentro de la planificación y también de la evaluación. Son señales que nos permiten sabe si se ha alcanzado o no determinados objetivos o resultados, haciendo operativos los criterios de valor (eficacia, pertinencia, etc.) Es uno de los modos más importantes a través de los cuales se sistematiza la información, ya que vinculan los datos con las necesidades informativas de los diferentes stakeholders. Pueden ser de dos tipos:

• **Según el tipo de unidades en los que se refleja la mensurabilidad:**

- Cuantitativos: Ej. Indice de retención/mes de residentes con patología dual durante el año 2007.
- Cualitativos: Ej. Grado de satisfacción de los familiares de los residentes de CT con la información recibida sobre la evolución de los residentes al final tratamiento.

• **Según el grado de aproximación de los objetivos.** Si un objetivo de CT fuera “Aumentar el nivel de formación de los usuarios”

- Directos: Ej. % residentes matriculados en cursos de formación durante su estancia en la CT.
- Indirectos: Ej. número de horas al mes dedicadas a las lectura

por parte de los usuarios.

Cuando se va a construir un indicador, se debe de especificar:

- Para quién o el grupo beneficiario: Ej. residentes de CT.
- Cantidad: Ej. número.
- Cualidad: Ej. matriculados en cursos de formación.
- Tiempo: Ej. septiembre 07 a junio 08.
- Ubicación: Ej. Comunidad terapéutica.

Los indicadores deben de cumplir una serie de condiciones:

- Significatividad: recoger alguna propiedad del objeto evaluado.
- Relevancia: el indicador es más relevante cuanto mejor refleje al objeto con que se relaciona.
- Congruente con los objetivos y fines pretendidos.
- Útil: operativizar adecuadamente el criterio de valor.
- Mensurables.
- Complementariedad–totalidad: cada indicador se debe poder relacionar con el sistema de indicadores al que pertenezca.

### 4.4.3 Fuentes de verificación y técnicas de recogida de información.

Podemos utilizar, fuentes de verificación primarias o secundarias (construidas específicamente para la evaluación o bien recopiladas de las ya existentes), contemplando tanto técnicas cualitativas como cuantitativas para abordar el trabajo de campo relativo a la búsqueda, diseño y aplicación de herramientas encaminadas a la recogida de información.

Además de las herramientas clásicas de recogida de información por todos conocidas, tales como la observación, la entrevista o las encuestas, continuación, existen técnicas participativas que se pueden utilizar en las evaluaciones de CT:

| Técnicas de Recogida de información | |
|---|---|
| **Grupo de discusión** | Según Krueger (1988) "Un grupo de discusión puede ser definido como una conversación cuidadosamente planeada. Diseñada para obtener información de un área definida de interés". *Por ejemplo, identificar aquellos aspectos de la CT que favorecen la vinculación al tratamiento.* |
| **Diagramas de flujo** | Método participativo utilizado para ilustrar las relaciones existentes entre determinadas situaciones y facilita la clasificación de los problemas existentes y de sus posibles soluciones. En evaluación pueden ser útiles para medir el impacto de determinadas intervenciones. (Por ejemplo, medir el impacto en la dinámica de la CT de las posibles relaciones de pareja surgidas entre algunos de sus miembros). |
| **Análisis de acontecimientos críticos** | Permite identificar los acontecimientos más significativos que han acontecido en la comunidad a lo largo de un periodo de tiempo determinado, tanto positivos como negativos, buscando relaciones causales. Se realiza a través de dinámicas grupales, en las que pueden integrarse tanto profesionales como los residentes de la CT. |

## 5. VENTAJAS Y LIMITACIONES DE LA EVALUACIÓN PARTICIPATIVA EN UNA CT.

La voluntad institucional de apostar por la evaluación deber ser explícita, lo cual implica no sólo que ésta conste como línea de actuación prioritaria en el Plan Estratégico Institucional, sino que, además la organización ponga los medios y recursos necesarios a tal fin, y se cumplan los compromisos acordados para llevar adelante la tarea. Este proceso, requiere la formación de sus profesionales y la especialización de algunos de sus miembros para que se asegure que la evaluación se realiza de forma sistemática y no puntual. La evaluación debe conceptualizarse como una inversión, como una apuesta, no como un coste.

La participación en un proceso de estas características requiere esfuerzo permanente de organización y capacidad para demorar las recompensas y los refuerzos, la búsqueda del aprendizaje para la posterior mejora de los programas, el mantenimiento de la flexibilidad en el proceso y la convicción de que no hay proceso evaluativo de calidad que se desarrolle al margen del contexto de la CT que se evalúa. La generación de procesos participativos posibilita vencer las resistencias a la evaluación, motivar a la formación, contagiar cultura evaluativa, e insertar la evaluación en el ciclo de de vida de la CT y en la rutina laboral de los profesionales. Permite así, que los conocimientos y aprendizajes de los equipos sean deducidos a partir de una realidad presente y tangible, vivida y experimentada.

El enfoque participativo conlleva la inclusión en el proceso de los diferentes "agentes sociales" que afectan o han sido afectados por la intervención y presenta unas ventajas reseñables como son:

- Minimiza la distancia entre el evaluador y los beneficiarios de la evaluación.
- Reduce sesgos metodológicos al optar por criterios e indicadores identificados colectivamente.
- Reduce el riesgo de instrumentalización de la evaluación, es decir, que ésta sea utilizada para propósitos encubiertos.
- La evaluación cobra mayor legitimidad para los actores sociales al ser construida conjuntamente.
- Incrementa las posibilidades de la aplicación de las recomendaciones explicitadas en el informe de evaluación.

Sin embargo, también es importante constatar algunas de las dificultades ceso ligadas al proceso participativo:

- Ralentiza la evaluación, dado que la búsqueda del mayor consenso, implica un trabajo sistemático en diferentes niveles jerárquicos, tarea que sólo se da por terminada cuando se alcanza un alto nivel de acuerdo.
- Es muy fácil que los profesionales se dejen llevar por los imprevistos que surgen en la CT demorando las tareas ligadas a la evaluación.

# Capítulo 11

## La intervención educativo-terapéutica para menores con problemas de consumo de drogas en los centros residenciales

Ana APELLÁNIZ ZUBIRI
Myriam GÓMEZ GARCÍA
M. Carmen MORENO JUAN
Lucía MUÑIZ RIVERO

## 1. INTRODUCCIÓN.

La comunidad terapéutica destinada a menores de edad es relativamente reciente en España, viendo la luz como recurso especializado a raíz de la *Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores* y que prevé el internamiento terapéutico "para aquellos casos en los que los menores, bien por razón de su adicción al alcohol o a otras drogas, bien por disfunciones significativas en su psiquismo, precisan de un contexto estructurado en el que poder realizar una programación terapéutica, no dándose, ni, de una parte, las condiciones idóneas en el menor o en su entorno para el tratamiento ambulatorio, ni, de otra parte, las condiciones de riesgo que exigirían la aplicación a aquél de un internamiento en régimen cerrado".

Paralelamente, desde las distintas leyes de protección a la infancia se recoge que *"el sistema de protección comprende el conjunto de medidas y actuaciones destinadas a prevenir e intervenir en situaciones de riesgo y de desamparo en las que puedan verse involucrados los adolescentes y tendentes a garantizar su desarrollo integral y a promover una vida familiar normalizada, primando, en todo caso, el interés de la persona menor"* (Ley 1/1998 de 20 de Abril, de los derechos y la atención al menor). Contemplando como una de las situaciones de desamparo la inducción, consentimiento o tolerancia de la drogadicción o el alcoholismo del menor (Ley Foral de Navarra de protección).

Las administraciones autonómicas, responsables de la articulación de los recursos destinados a menores de edad tanto en el ámbito de la protección de menores como en el de la aplicación de medidas judiciales se ven entonces en situación de articular servicios y disponer de centros que ofrezcan programas terapéuticos residenciales adaptados a los diferentes perfiles de menores consumidores de drogas.

Hablamos principalmente de una población de adolescentes con consumos problemáticos de sustancias tóxicas, problemas de conducta y situaciones de vulnerabilidad o grave riesgo social.

De este modo, los adolescentes atendidos en comunidad terapéutica presentan relevantes características diferenciadas de los adultos a parte

de la edad legal, siendo las más significativas: su momento madurativo y grado de dependencia de la/s sustancias. Esta realidad ha implicado la adaptación inevitable de una metodología cuyo enfoque exclusivamente terapéutico habría resultado incompleto.

Por este motivo, en este capítulo explicamos la adaptación de la comunidad terapéutica hacia un espacio de doble dimensión: terapéutica y educativa, a la par que incidimos en la importancia que esta realidad tiene sobre la "mirada" profesional a desplegar: tratamiento de la patología adictiva "versus" acompañamiento psicopedagógico al desarrollo.

Un abordaje que surge de la necesidad de atender nuevas realidades sociales y adaptarse a ellas desde la responsabilidad profesional, pero también de la voluntad de ofrecer una respuesta innovadora en el ámbito de los tratamientos residenciales en comunidad terapéutica para una población de por sí vulnerable.

## 2. CONCEPTUALIZANDO LA ADOLESCENCIA.

Para entender la "Intervención Educativo-Terapéutica con menores con problemas de consumo en centros residenciales" es necesario explicitar el posicionamiento conceptual respecto a la población atendida: qué adolescentes, con qué criterios, cuándo intervenir, qué posibilita y dificulta la intervención, ¿existen esas dificultades o son características propias del trabajo con menores? A través de estas definiciones intentaremos contextualizar para, en los siguientes apartados, dar forma a la intervención específica en Centros Residenciales.

### 2.1. Adolescencia.

- ***Superación del concepto biopsicosocial de adolescencia:***

Tradicionalmente se ha venido definiendo al adolescente desde diferentes perspectivas. Desde un **enfoque médico**: se ha abordado

esta etapa desde un punto de vista meramente orgánico y que hoy se define con el término "pubertad" (OMS), término estrechamente unido a la edad cronológica, respecto a la que se establecen márgenes de edad cada vez más amplios y/o ambiguos debido a cambios tanto en el proceso de crecimiento físico como en los comportamientos y en los factores sociales influyentes (Oliva, 2003). Por otra parte, con un punto de vista más socialmente avanzado, desde una **perspectiva Bio-Psico-Social** se define la adolescencia como *"Periodo de trasición Bio-Psico-Social que ocurre entre la infancia y la edad adulta… Ocurren modificaciones corporales y de adaptación a nuevas estructuras psicológicas y ambientales que llevan a la edad adulta"* (OMS). Las corrientes más actuales añaden a esta definición nuevas variables como comportamientos y matizaciones referentes a la adolescencia como **constructo cultural** (Silva, 2007; Tizón, J.L., 2005), incluso hay autores que incluyen como factores influyentes aspectos como los judiciales (Lillo, 2004). Pero estas perspectivas no dejan de tener una visión parcializada, donde subyace la idea de que existe por una parte el concepto de naturaleza y por otra la cultura, de forma que el desarrollo se entiende como un proceso "esencial" y la cultura como una variable influyente en un proceso "natural" (Crespo et Al., 1994); perspectivas en las que además la adolescencia de suele ver de forma problemática.

Cada vez son más los autores que amplían márgenes a la hora de intentar definir esta etapa, tanto en aspectos de edad como del entorno, sociales y personales (aspectos biológicos, manejo de cambios e interrelación con el resto de aspectos), haciendo el concepto dependiente de la realidad social en la se ubica la población. Desde el punto de vista cronológico estudios españoles (Martín, 2005 citado en Silva, 2007) constatan el solapamiento de las etapas infantil-adolescente por el retraso de la pubertad y adolescente-juvenil, alargando así la etapa adolescente por arriba y por abajo (abarcando incluso una década), adelantando con ello ciertos comportamientos (Serapio, 2006 citada en Silva, 2007) como el consumo de drogas, que inevitablemente va a repercutir en el patrón de consumo, modificando éste y la tipología de los consumidores, entre otros muchos ejemplos.

Así, desde algunas corrientes de la antropología, psicología social y

psicología del desarrollo se avala una nueva **perspectiva socio-construccionista**, según la cual debemos "abordar la comprensión del desarrollo desde una perspectiva en la que la cultura sea algo más que una variable interviniente" (Crespo et Al. 1994). Estos últimos autores hacen una lectura desde la globalidad. Se considera al adolescente como una persona en crecimiento, en un proceso de cambio intenso y la adolescencia como "proceso de transición infancia–juventud condicionada (que surge) desde una ubicación social, con un carácter socialmente evolutivo" (Funes, 1990). Los adolescentes son *"personas que viven en contextos socio-históricos fuertemente cambiantes en el tiempo y el espacio; seres humanos que han desarrollado las potencialidades de nuestra especie casi completamente; sujetos capaces de una acción simbólica, en función de imágenes del mundo y de ellos mismos, ofrecidas por su cultura y también individuos que están construyendo, en relación con otros, una historia personal de vida con un significado y valor únicos"* (Silva, 2007). De este modo, la definición de adolescente integra los aspectos evolutivos en inseparable interacción con los aspectos de la sociedad en la que se desarrolla. Por lo tanto, según este condicionante, delimitar la adolescencia a unos u otros aspectos va a ser una realidad en constante cambio, "el adolescente" va a ser diferente según tiempos, espacios, interacciones sociales y personales, decisiones individuales… y un sin fin de variables imposibles de determinar sino desde un análisis individualizado de cada caso.

- ***Superación de la visión negativa del adolescente:***

Por otra parte, el proceso de cambio es visto igualmente desde diferentes perspectivas. Oliva (2003) expone la dicotomía en la psicología evolutiva entre una visión catastrofista de la adolescencia representada por autores como Hall o Ana Freud que definen la adolescencia desde el conflicto visto en el sentido negativo (conflictos familiares, problemas emocionales y conductuales…) y una visión más favorable de la misma con autores como Coleman (1980). En sintonía con este enfoque catastrofista, en la práctica demasiado generalizado, se percibe el proceso de cambio como una ardua tarea, un trabajo mental lleno de dificultades y retos, que se manifestará en un conjunto de complejos sintomáticos, definiendo la situación como *"Síndrome Nor-*

*mal de la Adolescencia o la Crisis de la Adolescencia"* (Lillo, 2004). Otros como Tizón (2005) exponen una visión del adolescente desde la pérdida, en términos de renuncia y tormenta afectiva, según la cual, el adolescente vive en un constante "duelo" afectivo, relacional, físico y del "self", caminando desde la pérdida y los conflictos biopsicosociales a la conformación de su identidad ya en el mundo adulto.

Este proceso al que casi hay que sobrevivir es, sin embargo, percibido por el propio adolescente desde una visión de sí mismo radicalmente diferente: disfruta de su cuerpo, de lo que hace, del grupo con el que convive… Se define a sí mismo como una persona con ganas de vivir la vida a tope, sin pensar en los peligros y que a la más mínima contradicción se rebela. Necesita tener a su lado a los amigos y a veces necesita estar solo. Alegre y divertido, afirma que está en la mejor edad y que ha de disfrutar (Funes, 2005).

El estudio de campo publicado por Funes muestra sus opiniones de primera mano y resume que los adolescentes (en un contexto normalizado) necesitan vivir con intensidad desde el descubrimiento y la experimentación; asumen su condición cambiante; son conscientes de que las tensiones evolutivas generan comportamientos diferentes y que, pese a sus contradicciones, conflictos y angustias, en sus vidas domina un tono vital positivo.

Por lo tanto, ¿a qué se deben esas diferencias de concepción de un mismo proceso? ¿Qué ocurre a nivel teórico?

- ***Lectura del adolescente en positivo.***

Subrayamos la dicotomía existente a nivel teórico. Pues la otra corriente de autores centra su mirada no en la problemática del desarrollo y del comportamiento, sino en la persona y el contexto. Se define el desarrollo adolescente como un ***proceso holístico*** que incluye las dimensiones física, cognitiva, personal y social, dentro del contexto de un *modelo focal* que pone de relieve los vínculos entre las varias dimensiones del desarrollo adolescente (Coleman, 2003).

Desde esta perspectiva cobra especial protagonismo el contexto sociohistórico (dentro del marco de los modelos ecológicos, Oliva 2003) como elemento diversificador (Funes, 2005). Tiempos, espacios-entornos e interrelaciones son los aspectos de este contexto que van a hacer que surjan **diversas adolescencias**. El tiempo social por una parte determina, junto con el inicio de los cambios de la pubertad, una situación evolutiva que los ubica en una condición social (ser adolescente aquí y ahora) y que en interacción con el entorno (que genera o limita oportunidades) crea estilos de vida o culturas juveniles diferentes. Así mismo, las relaciones con los adultos y cómo éstos los perciben e interaccionan van a despertar unos u otros comportamientos en el adolescente, *"dependiendo de la perspectiva con que se sienta observado y considerado, (el tipo de relación) va a determinar una parte de lo que en ese momento es y de la entidad de los problemas que padece"* (Funes, 2005). El clima familiar, pero también la mirada del resto de adultos que le rodean, condicionará que el desarrollo de competencias de seguridad/ inseguridad, confianza en sí mismo y su manera de gestionar sus riesgos y crisis. El grupo de iguales merece especial mención en este caso, ya que son las figuras mejor valoradas por el propio adolescente. Los iguales (amigos o no) van a cobrar un protagonismo en sus vidas que complementa al entorno familiar, convirtiéndose en un nuevo referente no sólo de conductas sino de vivencias, relaciones y estilos de vida. Por último, es el propio adolescente el que va a actuar como otra de las variables fundamentales. Desde este modelo, se reconoce el **papel activo del adolescente** (Oliva, 2003) en su propio desarrollo y proceso **y en el de los demás**, actuando él mismo como modelo de otros adolescentes.

Como profesionales del campo, al hablar del adolescente nos solemos olvidar de la propia persona que está viviendo esa etapa, omitiendo que lo esencial para poder educar y acompañar en el proceso no es cómo nosotros lo vemos, sino escuchar cómo ellos lo viven.

En conjunto, tiempos, espacios e interrelaciones van a crear una serie de sucesos o acontecimientos que van a tener la capacidad de alterar el proceso evolutivo, según cómo estos sucesos sean vividos por el propio adolescente y el impacto de los mismos en sus experiencias vitales (cómo aborda sus crisis y sus dudas, sus cambios y los de los demás) estimularán o bloquearán su proceso de maduración.

¿Qué ocurre entonces con las dificultades que se perciben? Puede parecer que desde esta perspectiva se olviden los problemas que pueden aparecer, nada más lejos. La diferencia reside en el abordaje del la situación: se parte de una visión global (socio-construccionista) de la situación que se distancia de la búsqueda de una simple relación causa-efecto. *"Las razones de estas dificultades (conflictos con los padres, inestabilidad emocional y conductas de riesgo) tienen mucho que ver con el carácter transicional de esta etapa, con los cambios físicos y psíquicos que conlleva y con los nuevos roles que se deben asumir* (Oliva 2003)*, aunque la adolescencia representa también un periodo de crecimiento positivo que puede ser vivido de forma muy satisfactoria por los chicos y chicas que lo atraviesan. "Difícilmente podemos afirmar que uno o algunos factores son la causa directa de sus problemas o de sus bondades (…) en todo caso sus problemas aparecen cuando coincide en el tiempo alguna combinación de esas dificultades (crisis familiar, tensión escolar, rupturas emocionales…)* (Funes, 2003)

Así pues, a la hora de plantear una intervención educativa con adolescentes, **partimos de una visión del adolescente en continua evolución**, teniendo en cuenta tanto su desarrollo físico, psicológico y social que se va a ir conformando según las claves culturales de su entorno/contexto, que le van a otorgar significado. El niño no aprende conductas sino que interpreta textos, otorga significados a totalidades, dentro de las cuales las conductas cobran sentido. Para poder hablar de crisis, se debe presentar una combinación de diferentes factores, que ello suponga un choque de valores, de los significados culturales que han ido conformando la personalidad y que ésto genere bloqueos en el adolescente.

## 2.2. Adolescentes vulnerables y resilientes.

Una vez expuesta la idea de que el adolescente no es en sí un problema, sino una persona que vive en un contexto determinado una etapa de su vida en la que se producen constantes cambios que le llevan a situaciones de crisis, la mayoría de las veces constructivas, nos vemos sin embargo en la necesidad de hacer una matización respecto a

aquellos adolescentes que viven situaciones de vulnerabilidad personal y/o social que puedan estar asociadas posteriormente con un uso problemático de consumo de drogas.

Según plantea Laespada (2005) "el término menores vulnerables o en riesgo social, hacer referencia justamente a ese colectivo de niños, niñas y adolescentes que presentan cualquier condición personal, social, ambiental, cultural y sin los necesarios apoyos de protección y sostenimiento social que hace peligrar su plena incorporación y el desarrollo de sus habilidades y competencias como ciudadanos y miembros del conjunto social"

En este sentido, todo tipo de adolescentes puede verse involucrado en una situación de vulnerabilidad en un momento de su vida, entendiendo que esa situación vulnerable no es permanente ni afecta a un determinado colectivo de personas.

Como consecuencia de esa situación de vulnerabilidad, existen menores en los que confluyen determinadas características personales y sociales que incrementan la probabilidad de implicarse en usos problemáticos de drogas (Carmen Arbex, 2005). El uso problemático o no de drogas que realizan los adolescentes está en relación directa con la presencia o ausencia de factores protectores en el individuo y entorno, es por ello que ante situaciones de vulnerabilidad no todos los adolescentes consumen.

Existen personas que a pesar de haber vivido marcadas situaciones de vulnerabilidad en su infancia y/o adolescencia han sabido salir adelante con su vida. Garmezy (1991) lo define con el término ***resiliencia***, "la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o incapacidad inicial al iniciarse un evento estresante". Esta capacidad humana que desarrollan algunas personas para sobreponerse de un trauma es resultado de un proceso en el que interaccionan la persona y el entorno. Los factores protectores pueden encontrarse en las personas mismas, en el tipo de relaciones que establecen (familia, amigos, etc.) y/o en el entorno en el que conviven (familia, escuela, barrio, trabajo, etc...)

El microentorno, en el caso que nos ocupa, un centro residencial, es la propuesta que posteriormente plantearemos como factor de protección en la intervención con adolescentes vulnerables. El centro educativo-terapéutico constituye ese entorno, aunque temporal, donde el adolescente vulnerable puede lograr un vínculo estructurante en un ambiente que facilita bienestar, apoyo emocional y límites a conductas desadaptadas, así como favorecer la autonomía, control de impulsos, empatía y habilidades sociorrelacionales en el adolescente.

## La diversidad del perfil vulnerable.

Al intentar definir la población vulnerable no debemos caer en tópicos de asociar la vulnerabilidad a un colectivo de nivel socioeconómico bajo, a fenómenos de pobreza y exclusión.

Añaños y Pantoja (2010) describen la vulnerabilidad y el riesgo con matices diferentes según el desarrollo económico, pero que sin embargo hay algo universal: "el fracaso o inexistencia de factores de protección. Cuando éstos funcionan hay resiliencia, aunque se viva en medio de la pobreza o exclusión". Si por el contario nos situamos ante un colectivo aparentemente normalizado, integrado en la sociedad dominante, la vulnerabilidad se vuelve más "sutil" y se sitúa en base al mal funcionamiento nº de factores protectores operantes en la normalidad, como en las sociedades desarrolladas son el poder adquisitivo, la libertad y la autonomía sin límites, el uso del tiempo libre sin control familiar y la ausencia de reglas de comportamiento en comunidad, unido a factores personales como la ausencia de tolerancia a la frustración, sitúan a esta **población "normalizada"** en una situación de vulnerabilidad y riesgo social.

Así, para situar los límites de la normalidad, tenemos en un extremo los niños de la calle, que en la España actual son los **MENAs** como situación de mayor gravedad en cuanto a vulnerabilidad y en el otro extremo se sitúan los adolescentes normalizados integrados en sociedad. Sobre estos parámetros empiezan a fluctuar variables, como hemos dicho anteriormente desde la perspectiva socioconstrucionista personales y contextuales, que van a ir dando lugar a diversas vulnerabilidades (también a resilientes).

Si a ello añadimos el factor **consumo de drogas**, debemos considerarlo uno más de los comportamientos conflictivos o conductas problemáticas originadas por la multitud de factores socioculturales y personales (Arbex 2005), como un "síntoma que enmascara otras realidades relacionadas con la injusticia social" (Añaños 2010) y como tal hay que trabajarlo desde un Proyecto Educativo individualizado y global. Añaños y Pantoja (2010) afirman que en cuanto al consumo, en la sociedad actual no cabe hacer distinción entre menores vulnerables en riesgo y menores normales, ya que "la sociedad actual nos muestra que un porcentaje elevado de menores tiene contacto con las drogas sin más distinción, aunque el consumo varíe de acuerdo a la sustancia y el contexto", pero sí en cuanto al abuso de sustancias.

La diferencia entre el abuso de drogas en "menores de la calle" y menores "normalizados" debemos establecerla no sólo en los factores socioeconómicos, sino en:

- La representación social de las drogas, la función que se les atribuye (porqué consumen y la forma de hacerlo)
- El tipo de drogas consumidas
- La motivación para consumir

Si seguimos atendiendo a los dos extremos en que hemos situado el baremo de vulnerabilidad extrema y normalidad, mención especial merecen los dos colectivos situados en ello como desarrollan Añaños y Pantoja (2010) :

- Los menores extranjeros no acompañados (MENAs) consumidores de drogas y/o problemas de conducta. Situados en el extremo más grave por el nº de factores protectores ausentes que responderían a la ausencia de cobertura de necesidades básicas (familia de referencia, hogar, comida…). Valga la generalización, consumen drogas (según la OMS) como inhalantes, tabaco, alcohol, opioides, alucinógenos, cannabis y su motivación: evitar o reducir la sensación de frío, calmar o reducir el hambre, relacionarse entre iguales o sentir sensación de compañía  a lo que la oms añade, combatir el aburrimiento, aumentar el sentido de alerta, olvidar sentimientos de culpa, des esperanza, y divertirse, entre otros. "El uso y abuso de drogas

para estos colectivos de menores vulnerables es un instrumento de supervivencia y de satisfacción de necesidades básicas (…) atribuyéndoles un poder mágico y simbólico".

- Los menores "normalizados" consumidores de drogas y/o problemas de conducta, sin embargo, conciben las drogas dentro de un contexto de ocio de fin de semana. Las razones por las que consumen (según estudios del Plan Nacional y el Observatorio sobre drogas en España) son la curiosidad, el acogimiento en el grupo, la diversión, desinhibición, el aumento de facilidad de comunicación (con el sexo opuesto sobre todo) y el aumento de capacidad de aguante de la fiesta, entre otros. En este caso, como afirman los autores, el consumo de drogas cumple la función de satisfacer necesidades secundarias (pertenencia, comu nicación, amistad, diversión, ocio, autoestima).
- Otros perfiles: la flexibilidad de la metodología de CT permite como estamos viendo, la atención a diferentes perfiles, siempre que estén en grado manejable a nivel educativo. Por ello, en ocasiones es posible atender menores con diagnosticados con patologías psiquiátricas leves.

Dependiendo del grado de vulnerabilidad y resiliencia, estos menores van a requerir intervenciones diferentes. Cuando el consumo de drogas ha pasado de ser un riesgo a ser una realidad habitual, está perjudicando seriamente su salud y calidad de vida, potenciando que los adolescentes se alejen de la normalidad y se acerquen a contextos de exclusión, conformando lo que se ha llamado **grupo crítico-dependiente**. Un grupo que va a necesitar un tipo de intervención que responde a la clasificación de "**Programas de prevención indicada**, adaptados a menores con consumos problemáticos de drogas y a la vez otros problemas no menos graves de conductas delictivas o violentas, escolares, familiares, de exclusión social, etc. Estos programas van a requerir de intervenciones socioeducativas en busca de la "normalidad" que deben ir acompañadas de otro tipo de intervenciones (sanitarias, psicológicas, de ayuda social) en red".

La **Comunidad Terapéutica**, como recurso residencial ha sido capaz de dar respuesta a este tipo e intervención no sólo con un trabajo socioeducativo coordinado en red sino ofreciendo una **intervención**

**educativo-terapéutica integrada** y adaptada a menores como desarrollaremos a continuación. En unos casos desde la flexibilidad del recurso y la metodología para atender a colectivos en diferente grado de vulnerabilidad y gravedad de su situación, en otras desde la creación de recursos específicos para un determinado colectivo, como los Menas, como ya existen experiencias (XVII Symposium "Avances en drogodependencias 2009, ponencia Asoc. Dianova). En todos ellos, como hemos nombrado anteriormente, las drogas van a ser "solo" un suceso vital más y no el aspecto más importante a trabajar dentro de un Proyecto Educativo Global diseñado de forma individual.

## 3. PROCESO EDUCATIVO-TERAPÉUTICO

Del análisis realizado en el apartado anterior se desprende que la etapa adolescente implica la adaptación de la oferta asistencial en los tratamientos de drogas desde una premisa indiscutible: trabajar un **proyecto del desarrollo**.

La ausencia prácticamente de tratamientos que sean sensibles al desarrollo de los adolescentes es el resultado de la falta de una clasificación sustentada en los principios del desarrollo (Vadés Sánchez, 2002). Steinberg (2002) plantea 2 presupuestos básicos: primero, que la clínica con adolescentes requiere entender los desórdenes que preceden, están presentes y siguen al periodo de adolescencia; y el segundo, establece que es necesario reconocer explícitamente los aspectos biológicos, cognitivos, psicosociales y ambientales que caracterizan al periodo adolescente como un periodo de continuo desarrollo.

Un factor trascendente a tener en cuenta será entonces el abordaje del proceso de cambio desde la perspectiva evolutiva: a medida que los adolescentes maduran física y cognitivamente, comienzan a buscar un firme sentido de quiénes son y cómo encajan en el mundo en el que viven (Steinberg et al, 2002).

Por lo tanto, la comunidad terapéutica destinada a menores de edad

tendrá como obligación ético-profesional no sólo "tratar" sino "hacer crecer". Es decir, trabajar con adolescentes significa *"centrarnos no en el problema sino en desarrollo positivo o saludable durante la adolescencia o juventud (Larson, 2000; Rich, 2003), promover en los adolescentes actitudes y habilidades como la iniciativa, la competencia cívica, el sentido crítico y la participación social.* (Oliva 2003)

Esto implica pasar de un modelo terapéutico a un **modelo educativo-terapéutico**, es decir, un modelo en el cual ambas dimensiones coexisten sistemática e inevitablemente y cuyos rasgos son la interdisciplinariedad, el afecto, la flexibilidad y la búsqueda y mantenimiento constante de motivación.

- ***Retroalimentación/Interdependencia***

El planteamiento de intervención deberá ser por lo tanto educativo y terapéutico, los objetivos de ambas especialidades deberán ir de la mano a lo largo de todo el proceso, generando una completa *retroalimentación* de sus planteamientos y resultados. El espacio residencial ofrece esa ventaja única de poder realizar un trabajo sincronizado, en tiempo y espacio con el fin de lograr un abordaje integral (Apellániz et al, 2004).

Un gran porcentaje de los adolescentes que llegan a una C.T, la mayoría provenientes de los servicios de protección a la infancia y/o de los servicios de justicia juvenil, han pasado por multitud de recursos y han sido atendidos por profesionales muy cualificados. Sin embargo, en la mayoría de los casos, desgraciadamente, no se generó ninguna valoración conjunta, y lo que es peor, no se generó ni siquiera intercambio de información.

El doble planteamiento educativo-terapéutico tiene por objeto generar un efecto multiplicador: el menor, al realizar avances en su desarrollo educativo permite una mejor comprensión y aprovechamiento de la intervención terapéutica. A su vez, la psicoterapia favorece el desarrollo personal y social y por tanto, avances educativos.

Entendemos que esta doble actuación no es una elección, sino un **requisito de la intervención**. Siempre que el destinatario de tratamientos de la drogodependencia sea un adolescente, es decir una persona en formación, será condición abordar las problemáticas sin descuidar el desarrollo personal y el proceso de conformación de la identidad, todavía en curso.

- ***Interdisciplinariedad***

Parece pues una evidencia que el proceso educativo-terapéutico deba estar conducido por un equipo técnico interdisciplinar. No sólo en su manejo, sino en su diseño. Todas las intervenciones, actuaciones, herramientas deberán contemplar que los objetivos educativos se integren en los objetivos terapéuticos, y viceversa, y no sólo cohabitar. Lo que parece una evidencia, no lo es tanto en la práctica profesional, en la cual a menudo predominan las "parcelas de conocimiento". Sin embargo, no trabajar desde la interdisciplinariedad y desde el enfoque educativo-terapéutico, supone un riesgo para el adolescente: el que se puedan estar mermando sus capacidades de desarrollo. Un terreno en el que entra en juego la **ética profesional**: ¿puedo estar dañando las oportunidades de desarrollo del menor por no conjugar, por no construir la intervención desde las diferentes miradas?.

- ***Afecto***

La interdisciplinariedad suele ser exclusivamente entendida como el trabajo conjunto y coordinado de figuras profesionales procedentes de diferentes disciplinas (médica – psicológica – educativa). Sin embargo, esta definición se queda corta en el trabajo con menores. A la variedad de conocimientos profesionales hemos de sumar un factor en nuestra opinión, acotado desde los discursos políticamente correctos: **el factor afectivo**, tanto es que, a parte de realizar sus funciones, el profesional deberá poseer o desarrollar la competencia de demostrar afecto, de transmitir seguridad emocional a través de una relación basada en el respeto y la confianza. El afecto posibilita que el adolescente se sienta apreciado y aceptado, en definitiva **una persona de valor**.

Este concepto ha sido planteado por la Asociación Dianova **"distancia óptima versus proximidad óptima**[10]**"**(Gómez et al. 2007) al reformular la relación terapéutica profesional desde la necesidad de trabajar desde la suficiente cercanía, convirtiendo al adulto no sólo en un profesional que interviene sino también en un referente, una figura de apego indispensable para el crecimiento y desarrollo personal.

- ***Flexibilidad***

Trabajar con una población para la cual la vida tiene y pierde sentido en un mismo minuto exige flexibilidad en el saber hacer y "mano izquierda". Los cambios de humor, de opinión, de decisión, tan frecuentes en la etapa adolescente requieren por parte de los profesionales de la asistencia una gran dosis de creatividad. Algunos profesionales hacen alusión a "la técnica de una de cal y otra de arena" (Lujanbio et al, 2005), haciendo referencia a la necesidad de rediseñar constantemente las intervenciones con el fin de que surjan efecto y aprovechen positivamente el momento. La rigidez de los planteamientos genera rechazo en los adolescentes, también una especie de refuerzo de la actitud disruptiva, propia de esta etapa de autoafirmación. Una actitud flexible en el manejo de la intervención genera mayor **colaboración** e incluso, en el mejor de los casos, la tan deseada implicación.

- ***Motivación***

Una colaboración que es preciso **buscar**. Todas las actuaciones han de ir orientadas a derruir las barreras internas y externas que frenan el trabajo con los menores. La principal barrera es la creencia, lo reiteramos, demasiado extendida que "con estos menores no se puede hacer nada", que "estos menores no entienden nada", etc. La intervención con adolescentes exige **dinamismo, positividad y proactividad**. La CT, como espacio de convivencia ha de favorecer el aprovechamiento máximo de sus especificidades para lograr **intensidad**, el elemento diferenciador por excelencia respecto a otros recursos asistenciales.

[10] Buenas Prácticas en Inclusión Sociosanitaria en prevención y tratamiento de menores con adicción a sustancias ilegales.

La comunidad terapéutica, es, como lo vamos a ver a continuación, una gran oportunidad de construir intervención y de innovar prácticas terapéuticas y educativas, aprovechando todas las posibilidades que ofrece una metodología en constante renovación.

## 4. LA ESPECIFICIDAD DE LA METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN RESIDENCIAL CON MENORES EN CT: EL CENTRO EDUCATIVO-TERAPÉUTICO.

Como hemos visto en los apartados anteriores, tener en cuenta el desarrollo evolutivo en el adolescente desde una perspectiva socioconstruccionista y que la intervención se debe hacer desde un proyecto de desarrollo educativo-terapéutico individualizado, van a ser los aspectos claves que van a guiar la adaptación de la metodología de CT a la población adolescente.

En este último apartado queremos mostrar cómo la sinergia entre lo educativo y lo terapéutico se desarrolla en el espacio residencial en el cual la intervención se materializa a través tanto de adaptaciones de la propia metodología de comunidad terapéutica como de la integración de los principios legales, administrativos y filosóficos del Sistema de Protección de Menores. Con la adaptación metodológica, la "Comunidad Terapéutica" entendida como espacio terapéutico pasa a ser **Centro Educativo Terapéutico** (CET) cuando la población atendida es de personas menores de edad.

### 4.1. Espacio compartido entre el ámbito protección de menores y el ámbito de drogodependencias.

Con el surgimiento de nuevas necesidades sociales en relación a la población adolescente y los cambios en la legislación al respecto (Ley de protección jurídica del menor y Ley reguladora de la responsabilidad penal de los menores) la intervención terapéutica para menores se ve en la necesidad de abarcar dos ámbitos de intervención que,

hasta la fecha, presentaban muy pocos espacios de intercambio. Desde el ámbito de Protección de Menores surge la necesidad creciente de intervenir con unos grupos de población que, tutelados o no por el sistema de protección requieren tratamientos específicos a los que no se les puede dar respuesta desde los centros de protección básicos (residencias). El sistema de Protección demanda un *"Programa Residencial de Tratamiento"* con el objetivo de "proporcionar un contexto de atención y protección a aquellos niños o adolescentes que presentan dificultades comportamentales, sociales o necesidades especiales; además de proporcionar un entorno terapéutico para remediar estas dificultades o responder a estas necesidades al tiempo que se desarrollan competencias del niño o adolescente". (Redondo et al. 1998).

Desde el ámbito de las drogodependencias y el Plan Nacional sobre drogas, se detecta la necesidad a finales de los 90 de contemplar en las previsiones presupuestarias los Programas Terapéuticos para menores ante el aumento por una parte del abuso de sustancias de un sector de esta población y el consumo de nuevas sustancias por otra, junto con otras actuaciones de prevención (Martín González, 1997). Situación de los menores que, como hemos visto va a variar y estar en constante cambio en el tiempo, pero también en contextos y personas. De forma que lo que entonces se planteó como Programa de rehabilitación de drogas, es hoy un programa desde el cual se va a favorecer el **proceso de maduración personal y social**, considerando que el consumo de drogas es un factor más (dentro del grupo de causas multifactorial de factores de riesgo) que está dificultando el proceso de maduración, pero no tiene por qué ser el más importante. (Arbex, 2003).

De esta forma, tenemos, por una parte, los servicios de protección de menores, con experiencia en la atención al niño y al adolescente en situación de riesgo social, a través de los centros residenciales de acogida, y, por otra, los servicios sanitarios y sociales de atención al drogodependiente, en este caso a través de las comunidades terapéuticas, que van a conjugar principios y acciones para formar una metodología novedosa en la intervención con menores que presentan déficits psicosociales asociados a consumo problemático de tóxicos.

| Principios del sistema de protección en atención residencial<br>Intervención articulada en base a las necesidades y derechos de los menores (Redondo et Al. 1998): | Principios de la metodología de CT<br>(Arenas, citado por Comas 2006) |
|---|---|
| • Atención residencial cuando se hayan agotado otros recursos<br><br>• El principio de la **responsabilidad**, el cual pretende la participación e implicación del menor en la resolución de los diferentes problemas surgidos en el grupo, propios y ajenos en pro a la autonomía.<br><br>• La **intervención educativa** según momento evolutivo, áreas del desarrollo y trabajo de objetivos a través de diferentes metodologías de tratamiento residencial con el objetivo de aumentar la competencia personal y social.<br><br>• Adaptación a las necesidades individuales: **Plan de intervención Individualizado**<br><br>• Acceso a experiencias normales<br><br>• **Personal profesional**: deberá tener la formación, conocimiento, experiencia y cualidades para desempeñar su puesto. | • **Igualdad y Universalidad:** no discriminación por raza, sexo, edad o creencias.<br><br>• **Globalidad e integridad:** se realizará un tratamiento integral (médico, psicológico, socio-educativo, etc.) de la persona y no sobre aspectos parciales de la misma, abarcando los distintos momentos del proceso de tratamiento.<br><br>• **Individualización:** programa individual para cada persona y adaptado a sus necesidades.<br><br>• **Complementariedad:** en las comunidades podrán convivir diferentes tipos de programas (tanto orientados a la abstinencia como de reducción de riesgos y daños).<br><br>• **Normalización e integración:** la CT es un escalón en el proceso de tratamiento cuyo objetivo final es la incorporación en el medio social de procedencia.<br><br>• **Coordinación:** para conseguir los objetivos hay que actuar con la red de recursos y servicios públicos y privados necesarios.<br><br>• **Participación:** la persona con problemas de adicción tiene derecho a participar en su propia recuperación conociendo en todo momento la evolución en su tratamiento. |

Como podemos observar, ambos modelos aún viniendo de ámbitos muy diferentes, se rigen por principios similares, de forma que facilita la adaptación de la metodología de Comunidad Terapéutica a la población adolescente. Todos y cada uno de los principios de la atención residencial del sistema de protección son también parte de la filosofía de CT, a los que va a dar un matiz diferente (como el de "protección") junto con otros elementos de la tradición del abordaje de ct para

adaptar una metodología "que posee identidad propia y no sólo existe como recurso físico" (Comas 2006 y 2008); una metodología en la que se produce una **sinergia entre lo educativo y lo terapéutico** en un espacio residencial y la que, por lo tanto, todo el personal (desde el cocinero hasta el director) va a tener un papel educativo y va a participar de lo terapéutico, siendo casi imposible establecer los límites de ambas tipos de actuación convirtiéndose en una sola.

## 4.2. El Centro Educativo-Terapéutico.

El centro educativo-terapéutico es a nivel de legislación del menor el nombre que se le otorga a la intervención con menores en un recurso residencial de alta especialización, que en el caso de los menores con problemas de consumo se lleva a cabo a través de la metodología de Comunidad Terapéutica, como metodología tradicional en España para el tratamiento residencial de las drogodependencias en adultos.

Es a través del mantenimiento de los principios de intervención y la adaptación de los elementos esenciales que componen dicha metodología, así como la incorporación de otros elementos específicos de la población adolescente lo que en este punto vamos a describir para poder llevar a cabo una intervención educativo-terapéutica.

**Adaptación de los elementos de la metodología de CT tradicional**

Siguiendo el esquema de Comas (2008):

- **Centro residencial:** manteniendo mayoritariamente su ubicación en un entorno rural, alejado del núcleo urbano, el centro residencial se convierte para la población de menores en un factor protector por diversos motivos. Por una parte, proporciona un entorno estructurado que cubre las necesidades básicas, pero también promueve la convivencia con iguales y adultos referentes. Estos aspectos son los que le convierten en un factor protector, aunque temporal, que contrarresta los posibles factores de riesgo externos con los que se ha encontrado o puede encontrarse el menor antes, durante o después del ingreso, facilitando la intervención y el desarrollo personal. Paralelamente, la naturaleza tiene un efecto "equilibrante" de la salud física

y mental que engloba las actuaciones educativas y terapéuticas planteadas, a la par que representa un potencial ilimitado de desarrollo de acciones asociadas al ocio, y a la educación.

- **Duración determinada.** Como recurso orientado a trabajar problemas específicos y que persigue la normalización, la integración y la autonomía de las personas, la duración del programa de un menor no excederá del "tiempo requerido para lograr los cambios comportamentales, emocionales y actitudinales necesarios en el niño o adolescente (…)." (Redondo et Al. 1998) Dicha temporalidad debe quedar reflejada en su Programa Educativo-Terapéutico Individual.

- **Perfil concreto.** La Comunidad Terapéutica para menores va a atender un perfil general de adolescentes en situación de vulnerabilidad, con las diversas adolescencias que ello implica, como hemos visto en el punto 1 de este capítulo. La metodología y espacio de comunidad terapéutica es lo suficientemente flexible como para, a través de la individualización de cada programa respecto a sus necesidades, permitir la convivencia de menores en los que la situación de vulnerabilidad proviene de diferentes aspectos, desde el económico- social hasta el tipo y frecuencia de consumo y/o determinados trastornos leves de salud mental. De forma que al visitar un centro educativo- terapéutico para menores con problemas de consumo y/o conductuales nos podemos encontrar con una población heterogénea en cuanto a la gravedad de su situación de vulnerabilidad y potencial resiliente. Subrayamos no obstante la exigencia de que los perfiles más graves se mantengan en porcentajes asumibles, cuya problemática no requiera otras medidas específicas que el recurso no le pueda ofrecer.

- **Equipo interdisciplinar.** Lo que en su día Jones (ver Comas 2006) llamó en los orígenes de la CT "criterio democrático" como principio de actuación del trabajo del equipo de profesionales, cobra especial relevancia cuando hablamos de la intervención con menores como hemos descrito en el punto 2 de este capítulo. En Comunidad Terapéutica, el equipo no sólo está formado por profesionales de diferentes ámbitos, sino también por personas que han tenido experiencias de vida significativas capaces de interactuar empáticamente con los adolescentes, como pueden ser ex-usuarios de CT o en el caso de los Menas, mediadores culturales procedentes de la inmigración económica y laboral. Este tipo de profesionales proporcionan un nivel de relación y empatía

complementaria y potenciadora del abordaje de otros perfiles profesionales. Se les atribuye funciones implícitas como "actuar como mediadores e intérpretes, poseer habilidades de control y ejercer desde la práctica profesional del "saber hacer". En cualquiera de los casos, tanto la intervención como el diseño y análisis de casos se realiza con la participación activa de todas las figuras profesionales que trabajan con y para los menores, con el objetivo de que tanto el análisis como la comprensión e intervención se hagan de forma adaptada, globalizada e integrada desde todas las perspectivas. En el caso de los menores, son un referente real de superación de crisis y logro de un nuevo proyecto de vida.

- **Reproducción- Organización vida cotidiana real.** H. Lefebre (1972) define la vida cotidiana como el tiempo que queda cuando se ha restado a lo vivido las actividades especializadas (trabajo, clases,...). Sin embargo, es un tiempo lleno de vida porque en él se satisfacen las necesidades básicas, generalmente acompañado de la familia o personas que nos son cercanas, por lo que también es un tiempo en el que se interactúa y aprende con los demás (de socialización). En definitiva, la vida cotidiana tiene un importante valor educativo, ya que desde edades muy tempranas favorece la estructuración constante de la personalidad y el desarrollo de la autonomía personal (Franch y Martinell, 1994).

Cuando hablamos de un adolescente en situación de vulnerabilidad, en muchos casos hablamos de un adolescente cuya vida cotidiana está poco o nada estructurada, ya que no tiene establecido unos horarios o rutinas diarias y/o no existe una figura de vínculo adulta presente en ese tiempo que ejerza de modelo para él. Por ello, en una intervención educativa con este tipo de adolescentes es necesario ofrecer un contexto que satisfaga las necesidades personales básicas y se establezcan relaciones de calidad con la figura adulta con el fin de que favorezcan **seguridad, estructuración de la personalidad y desarrollo de la autonomía personal**.

- Las **Actividades educativas** son "eje constituyente" de la CT. No se puede concebir la metodología de CT sin este tipo de actividades que la inmensa mayoría de las veces son **grupales**. Como dice Comas (2006), en una CT los usuarios no están largos espacios de tiempo "a la espera" de unas prácticas terapéuticas que les van a "curar", sino que están ocupados todo el día en actividades significativas que implican un aprendizaje social.

Como **espacio de aprendizaje social**, si la intensidad de los aprendizajes en CT es facilitadora para un adulto que debe cambiar esquemas internos, la permeabilidad del adolescente por estar en plena etapa de desarrollo va a permitir avanzar en su proyecto a pasos agigantados. La integración de la intervención educativa (talleres, clases de educación formal, asambleas, tutorías, terapia ocupacional, actividades culturales, etc) y terapéutica (a través de terapia individual y de grupo u otras) se intensifica por ser continua, por producirse en un espacio experiencial donde a través de las actividades cotidianas (tareas domésticas, clases, comidas en grupo, tiempo libre y de ocio…) y en convivencia permanente les pone en situación y les obliga a negociar, empatizar, colaborar… bajo la continua supervisión, acompañamiento y ayuda de los adultos.

- **Individualización.** Una vez claro el perfil de la población que vamos a atender, dentro de un marco general que incluye las características de CT y una metodología común, hay que tener en cuenta que cada Proyecto Educativo Personal va a articular ritmos y planteamientos de abordaje e intervención (competencias, factores de riesgo y factores protectores) diferentes para cada caso, atendiendo tanto a aspectos de desarrollo evolutivo en primer lugar, como de las situaciones que vaya a ser necesario trabajar, así como la integración de los aprendizajes que cada joven pueda hacer. Cada adolescente, en colaboración con el equipo de profesionales que interviene con él va a construir su propio proyecto de desarrollo, en atención a sus necesidades, intereses y según lo que Vigotsky llamó "zona de desarrollo próximo", que no es más que la adaptación individual del objetivo a metas alcanzables. Así con el acompañamiento del educador que guía el proceso cada usuario construye su proyecto individual dentro de la comunidad.

- **Implicación en el propio proceso de desarrollo: autonomía y responsabilidad del adolescente.**

Los adolescentes necesitan que se les tenga en cuenta y que puedan participar de las decisiones que les afectan. Esto, además de positivo para su autoestima, es necesario para lograr una autonomía personal y social adecuada. Sin embargo, desde una visión adulta cuesta pasar de una educación tutelada a una educación basada en el acompañamiento (Funes, 2003), más cuando hablamos de adolescentes vulnerables. En

este sentido, debemos hacer el esfuerzo poco a poco de ofrecer cotas de responsabilidad al adolescente en las actividades y decisiones del día a día.

"Eso significa dejar que se equivoque y a la vez ayudarle a sacar provecho de sus experiencias, funcionen bien o mal. El marco de relaciones educativas no puede ser algo estático y amuermado. La forma como construyen sus aprendizajes no puede ser algo pasivo, en el que todo viene dado y las respuestas están previstas, una forma de enseñar y aprender que sigue recurriendo a formas para ellos y ellas más que conocidas." (Funes, 2003)

En definitiva, se trata de que experimenten y busquen soluciones a los problemas que se les presentan, con los medios que están a su alcance. Y a su vez que puedan participar en la toma de decisiones de forma autónoma y responsable.

A lo largo de estos últimos siglos se han puesto en práctica muchas experiencias educativas teniendo en cuenta esta premisa, algunos de esos referentes los podemos encontrar en autores como Makarenko, Freinet, Neill, etc... Todos ellos tuvieron en cuenta la participación y decisión de los adolescentes en el proyecto en el que estaban inmersos.

Un centro residencial nos ofrece un espacio privilegiado para desarrollar esta competencia en los adolescentes. Primeramente, porque permite que el adolescente sea protagonista de su propio desarrollo educativo y terapéutico, que marque sus propios objetivos, que los ponga en práctica, que se equivoque y que lo entienda o no, todo ello sin la intervención de su familia y amigos, pero sí en un entorno de convivencia y con un acompañamiento medido. En segundo lugar, porque participa de una vida en comunidad, en la que todos hacen tareas que tienen una repercusión en el bien común y tienen la posibilidad de programar, lo cual implica tomar decisiones para la realización de actividades conjuntas.
"La clave pasa por la responsabilidad en todo y para todo (superando los argumentos de un estadio de irresponsabilidad general), pero practicada de forma distinta a la de los adultos, con intensidades progresivas que conllevan procesos de aprendizaje de la autonomía" (Funes, 2005)

- Autoayuda o **ayuda mutua** (asunción de responsabilidad parcial en la recuperación de los compañeros) en los adolescentes se trata de un elemento de intervención con carácter más pedagógico que

terapéutico, que tiene especial relevancia en el marco de la asunción de responsabilidades.

Las técnicas de ayuda mutua que con los menores están funcionando en comunidad terapéutica, lo hacen desde un carácter formal en la programación de actividades diarias, pero al tiempo desde un enfoque pedagógico aprovechando las ventajas que para esta edad tiene el grupo de iguales:

- El **acompañamiento** (Apellániz et Al. 2004). Para el ado lescente, el grupo de iguales constituye un referente mejor valorado que los adultos (ver desarrollo más abajo). Por ello, desde el primer momento de la llegada al centro el menor es acogido no sólo por el equipo, sino también por usuario que lleva un tiempo en el programa y es capaz de asumir esa responsabilidad, cuya principal misión es apoyarle. Pero también, le introduce en el grupo, le explica la normativa y resuelve sus dudas en "su lenguaje" y desde "su perspectiva".
- La figura de **Coordinador** del día, consistente en la organización diaria junto con el equipo de actividades y grupos, con la que no sólo asumen responsabilidad sino que obtienen reconocimiento y liderazgo por parte del grupo, al tiempo que tienen que negociar, y asumir otra mirada en la realización de tareas.
- I**ntervención en conflictos personales e interpersonales**. De nuevo hacemos referencia al grupo de iguales como herramienta pedagógica para la intervención. El nivel de empatía y el grado de aceptación de un igual a otro permite que en casos de conflicto, cuando existe rechazo a la figura del adulto, el otro adolescente actúa como mediador, estableciendo contacto con el menor en conflicto y abriendo un canal de comunicación a otros junto con el educador. Esta acción repercute positivamente en la resolución del conflicto, y también en el chaval que actúa como "mediador", poniendo en práctica los aprendizajes del contexto terapéutico y los valores de la convivencia.
- Las **Asambleas**, como "espacio activo de comunicación formal" (Apellániz et Al. 2004) ponen en relación y predisposición al grupo para exponer y resolver aspectos relacionados con la

convivencia tanto entre compañeros como aspectos relacionado con el equipo educativo, organizativos, etc. Facilitando la comunicación, la expresión de sentimientos y la resolución de conflictos con la guía del equipo.

Estas acciones cobran sentido dentro del programa de cada usuario y también en el currículo educativo de la Ct, donde la asunción de responsabilidades no es sólo un aprendizaje individual, sino que se realiza en beneficio de toda la comunidad, en interrelación con las acciones del equipo que prepara para la asunción de responsabilidades, supervisa y acompaña en su realización e interviene desde su rol de educador y miembro de la comunidad.

- **Coordinación técnica con redes generales.** En el trabajo con menores, la coordinación empieza no con el ingreso en el centro, sino en el momento que se sabe desde el recurso derivador que el adolescente va a ser derivado a un centro específico. A partir de ese momento el centro Terapéutico está en constante coordinación con servicios externos de protección, sanitarios, educativos, administrativos y otros recursos de procedencia y destino hasta que el adolescente es derivado a otro recurso. Así se asegura tanto la cobertura de todas las necesidades como la continuidad y coherencia de las intervenciones.

- **Evaluación continua:** el programa educativo-terapéutico residencial para menores ofrece la oportunidad de trabajar a partir de pautas metodológicas que garantizan un proceso de cambio y de aprendizajes constantes. La evaluación continua de este proceso determina la modalidad del abordaje y su adaptación a cada persona. El análisis y rediseño de la intervención exigen un ritmo que vaya en consonancia con la etapa vital. En el caso de los adolescentes atendidos en CET la inestabilidad asociada a la etapa de conformación de la identidad se suma a las difíciles circunstancias emocionales que debe afrontar a lo largo del proceso terapéutico. La evaluación es pues clave en la resolución de los conflictos y en la construcción del proceso de aprendizaje y maduración. La evaluación del caso se concretará de esta manera a través de la marcación de objetivos muy concretos y a muy corto plazo, adaptándose a la comprensión de la temporalidad propia de la adolescencia. Por otra parte, la evaluación continua tiene una dimensión pedagógica ya que permite al adolescente desarrollar la construcción del espíritu crítico.

**Integración de otros aspectos influyentes en el desarrollo adolescente.**

No debemos olvidar que un adolescente, a pesar de encontrarse en situación de vulnerabilidad, continúa su proceso de desarrollo personal, por lo que la intervención educativa, además de necesaria, deberá estar presente en todo momento. En este sentido, es conveniente tener en cuenta, no sólo aspectos del desarrollo físico y psíquico como hemos visto en apartados anteriores, sino también las relaciones que los adolescentes establecen y, en general, las influencias sociales y culturales que viven en ese momento vital con el fin de que los podamos aprovechar pedagógicamente para hacer una intervención educativa adecuada y adaptada a sus posibilidades y necesidades, especialmente en el contexto residencial. También hay que tener presente que algunos aspectos van a ser mucho más significativos que otros, por ejemplo, el grupo de iguales frente a determinadas figuras adultas o el tiempo libre frente a la escuela. En la intervención con adolescentes en situación de vulnerabilidad resulta especialmente importante tener en consideración estas cuestiones, dado que la motivación, las actividades atractivas y diseñadas a la medida de sus necesidades, así como el vínculo son premisas de las que debemos partir para realizar una intervención especializada.

- **El grupo de iguales.**

Cuando trabajamos con adolescentes, una de las cuestiones que más nos suele preocupar es el tipo de relación que establece con los iguales. Observamos con especial detenimiento las debilidades de esta relación (grado de influencia a la presión de grupo, liderazgos negativos, factor de riesgo,...) pero a menudo nos olvidamos que también se puede aprovechar pedagógicamente las relaciones de iguales en los jóvenes para el aprendizaje y desarrollo de competencias personales y sociales positivas.

El grupo de iguales tiene especial relevancia por su papel socializador (López, et. al, 1999). Respecto al desarrollo de la propia personalidad favorece el autoconocimiento y autoestima, reconocimiento de las emociones y lenguaje afectivo, empatía y autorregulación (control impulsos). Respecto al desarrollo de las competencias sociales favorece las habilidades de comunicación, habilidades de resolución

de conflicto, cohesión de grupo, disciplina democrática (asunción de normas) y aprendizaje cooperativo.

En un contexto residencial, la convivencia entre iguales toma un protagonismo muy relevante debido a la intensidad y duración del contacto y como tal, se convierte en una herramienta pedagógica muy útil a la par que indispensable.

- **El ocio y tiempo libre.**

Generalmente, cuando hablamos del ocio y tiempo libre de los adolescentes, lo asociamos directamente con problema, ya que a demás de ser la segunda actividad diaria a la que dedican más tiempo (Domingo Comas, 2005), el consumo de drogas de los jóvenes se realiza mayoritariamente en espacios de ocio y diversión.

*"el tiempo no escolar, los espacios de ocio y las interrelaciones que en ellos se den también tendrán pesos y valores diferentes en función de la riqueza de estímulos que se dan fuera de la escuela"* (Funes 2005).

Sin embargo, los espacios y actividades de ocio ocupan un lugar muy relevante para los aprendizajes y las experiencias de la vida de los jóvenes (Domingo Comas, 2005) realizándose generalmente en compañía de los amigos. Por esta razón, es necesario tomar en justa consideración el ocio y tiempo libre y darle el protagonismo pedagógico que se merece. Respecto a la etapa de maduración, favorece el desarrollo de las capacidades personales y el aprendizaje de conocimientos, habilidades y actitudes en relación a una actividad en concreto. También es un agente socializador muy importante ya que potencia la relación entre iguales cuando la actividad se realiza en grupo. Al plantear el ocio de manera educativa, se fomenta la convivencia, el entrenamiento de habilidades sociales, los procesos de ayuda mutua y la cooperación social (Rafael Mendia, 1991) a la par que se detectan campos de desarrollo personal.

- **El referente adulto.**

En esta etapa de la adolescencia, las figuras de apego, hasta ahora centradas en la familia, se amplían y diversifican, incluyendo algún amigo y pareja sexual. Los adolescentes reconocen en las figuras de apego familiar la base de seguridad incondicional y su pérdida es la más difícil de afrontar (López, et. al, 1999). El referente adulto familiar sigue siendo

una figura de vínculo importante, sin embargo a menudo refleja un periodo de crisis en la relación padre-hijos puesto que el adolescente trata de lograr la autonomía frente a las figuras de apego.

En el caso de los adolescentes vulnerables, el establecimiento de vínculos significativos es necesario para poder intervenir en situaciones de crisis. En algunos casos seguirá siendo la familia quien ofrezca y ejerza como figura de apego más importante, pero en otros casos, cuando es la propia familia la que mantiene conductas desadaptadas, será necesario ofrecer otro tipo de vínculos adultos que garanticen seguridad emocional al adolescente ante situaciones críticas. Funes (1990) define este referente adulto como una persona positiva, con autoridad reconocida, que acepta "sus" problemas y es capaz de aportar, sin ser rechazada su visión adulta, "*ellos demandan un adulto que les comprenda, les escuche y no recrimine continuamente. El adulto-referente valora su grupo de iguales y es una figura próxima, de apoyo*".

Para que ésto sea posible, el adulto profesional debe mantener una "**cercanía óptima**", derivada de un fuerte compromiso que favorezca el establecimiento de un vínculo de confianza y así poder promover el desarrollo de actitudes resilientes. "E*l profesional que acompaña no moraliza, no da consejos que no le han pedido, no es una luz roja que advierte de los peligros, no va delante señalando el camino, no se dedica a tutelar,* ***va al lado****, está detrás, disponible. Pero también sugiere, estimula, propone, a veces empuja, tensa la cuerda de la relación para provocar reacciones*" (Funes, 2003).

- **Áreas de desarrollo:** desde un marco conceptual, la intervención con menores en ct adopta la organización de la atención residencial del sistema de protección, según la cual se divide en áreas que responden a aspectos esenciales del desarrollo infantil y adolescente. Esta clasificación no es más que un instrumento organizativo del trabajo de educadores y resto del equipo con el fin de garantizar el trabajo de cada uno de los aspectos del desarrollo físico, intelectual y moral que influyen en el desarrollo adolescente, a través de los objetivos generales del Proyecto de Intervención Individual.

A las seis áreas de intervención de protección (salud, desarrollo personal y sociorrelacional, familiar, educación y formación y ocio y tiempo

libre) es necesario añadir un aspecto más en el contexto de CT, que en otros tipos de recursos sería considerado un aspecto más de la salud, y es el área de consumo de drogas, dada la incidencia que está teniendo en el desarrollo y motivo por el cual se produce el ingreso en CT.
Reiteramos la idea de que a pesar de ser siete áreas bien diferenciadas sobre papel, en el trabajo real del día a día, todos y cada uno de los objetivos se trabajan de forma integrada y global a la vez que de forma explícita existen contextos de trabajo con diversas figuras del equipo.

**Aspectos diferenciadores de la CT de adultos**

Los aspectos de Ct que el centro e-t para menores mantiene, tan sólo sufren la adaptación a una población específica, sin embargo en la intervención con menores existen aspectos que presentan grandes diferencias respecto a la población adulta. La construcción de aprendizajes, el trabajo de la motivación, la asunción de responsabilidades, la asunción de la guarda legal y la mediación en la resolución de conflictos son las más destacadas.

- **Construcción de aprendizajes vs reconstrucción.** Con adultos drogodependientes que participan en un tratamiento en comunidad terapéutica, uno de los objetivos de la intervención es promover el cambio, la **reconstrucción** de aquellos aspectos disfuncionales que les impide o dificulta la normalización, adaptación personal y/o social. Con los adolescentes el objetivo es favorecer y acompañar en el proceso de maduración, favoreciendo la **construcción** del aprendizaje personal y social.

- **Trabajo de la motivación VS voluntariedad.** En cualquier abordaje terapéutico con adultos, un aspecto fundamental para la adhesión al tratamiento es la voluntariedad, es decir, la aceptación tras el reconocimiento de que tienen un problema con el consumo de sustancias tóxicas, para realizar un proceso de rehabilitación. En la intervención con adolescentes, la **voluntariedad** previa es relativa o nula, por lo que en el primer periodo de la intervención hay que

trabajar con los adolescentes la motivación total para que reconozcan e interioricen que tienen un problema con el consumo abusivo de drogas. Suelen vivir el ingreso como un castigo por algo que ellos no consideran malo o nocivo ya que muchos de sus iguales también consumen y no por eso les ingresan en un centro terapéutico. Suelen verbalizar "Todos mis amigos consumen, es normal y no pasa nada". Para favorecer la voluntariedad, a parte de trabajar la **motivación**, es muy importante intensificar la participación en el tratamiento, no sólo para que se sientan sujetos activos en su proceso, como ocurre con los adultos, sino también para evitar o minimizar el enfrentamiento, ya de por si bastante habitual en el periodo de la adolescencia, con el adulto favoreciendo el establecimiento de la relación de ayuda además de reducir las resistencias hacia el tratamiento.

- **Asunción de responsabilidades progresiva.** Otro aspecto diferenciador tiene que ver con la asunción de responsabilidades como parte del proceso terapéutico. Con adultos dicha **asunción de responsabilidades** es progresiva y forma parte del tratamiento. Con los adolescentes, también se trabaja la asunción de responsabilidades como parte del proceso educativo terapéutico, con la diferencia de que las responsabilidades que van asumiendo, están determinadas y contextualizadas, teniendo que adaptarse al nivel de maduración biológica, mental y social del adolescente.

- **Asunción de guarda legal.** Otro aspecto diferenciador, importante a destacar, tiene que ver con la responsabilidad de la entidad que gestiona el recurso, ya que al trabajar con menores, por ley, se produce una **delegación de la guarda** del menor. La entidad que acoge al mismo es así garante de su desarrollo y bienestar, no sólo en el plano técnico (como con los adultos) sino en el plano legal.

- **Gestión de la convivencia.** En el Reglamento de Régimen Interno, donde figuran Derechos y deberes de los usuarios, debe reflejarse también el instrumento de intervención para la resolución de conflictos. En coherencia a lo expuesto sobre el desarrollo adolescente y la metodología de intervención, en comunidad terapéutica no tiene lugar un modelo punitivo de gestión de la convivencia.

Estamos convencidas de que desde esta metodología se requiere un modelo de de resolución de conflictos (individuales o interpersonales) basado en la **mediación**. Torrego (2001) promueve el **Modelo relacional integrado**, desde el cual el poder de la resolución del conflicto se traslada a la relación (comunicación directa entre ambas partes). Desde este modelo, el mediador (en este caso los educadores del CET) presta ayuda y asistencia en el ejercicio de la autonomía de las partes en la gestión del conflicto, ayudando a crear soluciones, modelar conductas y ampliar opciones (Munduate y Barón). De forma que la mediación se convierte en una herramienta más para el aprendizaje social y el desarrollo personal.

## 5.- CONCLUSIÓN

La Comunidad Terapéutica es una metodología capaz de adaptarse a diferentes colectivos que en el caso de la atención a menores encierra un potencial educador sin límites. Desde un enfoque global e integral, abarca la educación emocional, social, formal y la educación para la vida. La gestión del proceso de desarrollo madurativo se suma a un planteamiento terapéutico orientado a favorecer la conformación de una personalidad positiva, resiliente, a través de una metodología que parte del potencial y no del déficit.

Cuando nos referimos a menores, ya no podemos hablar pues en términos de “curar” o “rehabilitar”, sino que hemos de partir de otros escenarios, propios de una etapa de desarrollo: “experimentar”, “aprender” y “crecer”. Los adolescentes en situación de realizar un programa deben encontrar en el centro educativo-terapéutico la oportunidad de llevar una vida plena, dinámica, activa. Una experiencia vital que les genere “bagaje”, les proporcione experiencias de vida alternativas en todos los aspectos que van a influir en su desarrollo y conformación de la personalidad y que les permita realizar, desde la autonomía, una toma de decisiones reflexiva.

# Capítulo 12

## La metodología de la comunidad terapéutica en centros residenciales de salud mental

Mercedes CERVANTES SANJUÁN
Joan-Artur SALES GUÀRDIA

## 1. INTRODUCCIÓN.

Al hablar de la aplicación de la metodología de la Comunidad Terapéutica (CT) en centros residenciales de salud mental, podría entenderse que no hay modelo o metodología preexistente de CT de aplicación a enfermos mentales, lo cual no es cierto. De lo que se trata es de aplicar el desarrollo y los avances del "modelo" de la CT para el colectivo de drogodependientes a los centros residenciales de salud mental (que en adelante, y a efectos de este capítulo denominaremos CRSM).

En realidad, han coexistido y coexisten ambos modelos de CT, para enfermos mentales y para drogodependientes, denominados los dos "*Comunidad Terapéutica*" con una aparición y evolución totalmente independientes y sin influencia mutua durante años hasta que, recientemente, empiezan a aproximarse.

Así pues, el titulo de este capítulo se refiere a la aplicación del modelo de la Comunidad Terapéutica para drogodependientes a centros residenciales de enfermos mentales crónicos.

Aunque no es el objeto de este capítulo la descripción histórica y de los diversos factores coincidentes de uno o ambos modelos, precisamente por la coexistencia actual de éstos en diferentes realidades y servicios de atención, creemos obligado, para evitar confusiones, hacer previamente un breve repaso de ambos. Por un lado, sobre el concepto de Comunidad Terapéutica psiquiátrica de Maxwell Jones que dio origen y es referente del modelo y de las CCTT para enfermos mentales, y por otra parte también sobre el proceso de adaptación y evolución de la Comunidad Terapéutica para Drogodependientes (CTD), para así entender los elementos básicos y fundamentales de la aplicación de éste a los nuevos servicios residenciales para personas con trastorno mental severo crónico.

Expondremos algunos de los elementos comunes y diferenciales más relevantes. Intentaremos desarrollar los aspectos más importantes de la metodología comunitaria la de la CT y su aplicación a centros residenciales para personas con problemas y/o disminución derivados de enfermedad mental, considerando a éstos últimos siempre como

parte activa de su propio proceso de cambio y con potencialidad para el desarrollo de capacidades para la integración e inclusión social y para la mejora de su calidad de vida, de forma lo más normalizada posible.

En los últimos años, se ha abierto la puerta a la rehabilitación psicosocial y a la valoración del concepto de calidad de vida. Esto, junto a la inclusión de la dependencia de sustancias como trastorno mental en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), promueve que, en algunos sectores, se produzca un acercamiento de los dos modelos sobre todo a través de las aportaciones de las prácticas "rehabilitadoras" y de "reinserción social". Estas prácticas, han estado largamente desarrolladas en estos años en las CCTT para drogodependientes.

## 2. CONTEXTO.

Antes de entrar de lleno en la aplicación de la metodología de Comunidad Terapéutica para Drogodependientes (CTD) en Centros Residenciales de Salud Mental (CRSM), conviene recordar algunos elementos sobre los orígenes de la Comunidad Terapéutica (CT):

- El trabajo de Maxwell Jones a favor de la humanización del hospital psiquiátrico, permitió definir los objetivos del trabajo de la primera CT psiquiátrica. Pensar en la CT como modalidad de trabajo, significó y significa para sus usuarios, avances en libertad, igualdad, solidaridad y crecimiento personal dentro del contexto de la libre participación. Iniciándose así un trabajo en la psiquiatría social hospitalaria.

- En el campo de las adicciones, las CCTT tuvieron su origen en el programa americano denominado Synanon, fundado por un alcohólico rehabilitado de Alcohólicos Anónimos, y que fue el referente de numerosas CCTT y de redes de CCTT (por ejemplo, la red El Patriarca). Sus operadores eran ex-adictos, y con ausencia de técnicos en el equipo. A diferencia del modelo de M. Jones, éste era un modelo de ca-

racterísticas anti-institucionales y muy jerarquizadas que fue incapaz de adaptarse al progreso. Posteriormente, pacientes ingresados en Synanon, fundaron la CT de Daytop, que ya incluyó algunos profesionales entre su equipo de intervención y cuyo sistema y modelo, a su vez, fue también referencia para otras "corrientes" de CCTT en Europa (por ejemplo, la red Proyecto Hombre).

A partir de ahí, la CT para drogodependientes (CTD) ha ido evolucionando como modelo de trabajo y de ayuda, considerando a sus residentes como personas con capacidad para influir en su propio tratamiento y para compartir experiencias, y a través de un marco de respeto hacia los valores y derechos irrenunciables de todo ser humano. Dando lugar a la aparición, en la década de los 80, de otras modalidades y redes de CT para drogodependientes, coexistentes con las anteriores, entre las que destacamos las de tipo profesional, con equipos formados en su totalidad por profesionales y programas orientados a la rehabilitación y reinserción social de los usuarios, basados en el rigor y contrastación científica, en la preservación de los derechos ciudadanos e integradas en las redes públicas más amplias de salud y de servicios sociales.

La realidad de la atención a los enfermos mentales en nuestro país, durante muchos años, se caracterizó básicamente por la existencia de centros de internamiento para este colectivo, denominados *hospitales psiquiátricos*, que cumplían, además de la función estrictamente sanitaria, otras de tipo "asilar" (tabla 1) y de "guardia y custodia", entendiendo que en ellos ingresaban individuos "peligrosos sociales", que no aceptaban ni eran aceptados por la sociedad. No es hasta mediados de los ochenta que en España, con la llegada de la reforma psiquiátrica y la aprobación de la Ley General de Sanidad de 1986, se establece la integración de la asistencia psiquiátrica dentro del sistema sanitario general (Sistema Nacional de Salud), creándose, para ello una red de servicios ambulatorios para la atención de los pacientes psiquiátricos e iniciándose un proceso de desinstitucionalización de la mayoría de los enfermos mentales crónicos, ubicados hasta entonces en los hospitales psiquiátricos, especialmente de aquellos que no precisaban de una atención sanitaria y control importantes y continuados,

los cuales pasaron a cargo y control de sus respectivas familias (generalmente de los padres).

Paralelamente, hacia los años 80, estalló el problema de las drogas en nuestro país, con la consiguiente alarma social. Ante la fuerte y súbita demanda de atención a los drogodependientes y la dificultad de intervención de la red sanitaria, se creó, en 1985 el Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD), con la función de "coordinar y potenciar las políticas que, en materia de drogas, se llevan a cabo en la distintas Administraciones Públicas y entidades sociales en España" (Real Decreto 1133/2008 de 4 de julio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo, BOE de 9 de julio de 2008), y la Red de atención a las Drogodependencias.

TABLA **1**

| Algunas de las características del modelo asilar son: |
|---|
| • Reclusión, segregación de los internos.<br>• Estigmatización.<br>• Basado en las necesidades de la Institución.<br>• Atención a los "síntomas".<br>• Empeoramiento de los factores psicosociales.<br>• Escasez de cobertura social.<br>• Preponderancia de la farmacología y de la contención física. |

Como consecuencia del proceso de desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos, antes mencionado, durante las décadas de los años 80 y 90 una masa importante de estos pacientes, antes internados en los hospitales psiquiátricos, ha permanecido desde entonces a cargo sus familias de origen, instaurándose numerosos núcleos familiares formados por el enfermo mental y sus padres, normalmente de edad avanzada, y asumiendo éstos el rol de cuidadores del hijo enfermo, afrontando y resolviendo las crisis y las diferentes contingencias con mucho esfuerzo y dedicación además de escaso apoyo y preparación, cronificándose también, en muchos casos, verdaderos núcleos

familiares patológicos en frágil equilibrio y continuamente al límite de sus posibilidades, en los que los hermanos y el resto de la familia, con frecuencia, han permanecido distantes o completamente al margen.

Con el paso de los años las situaciones de estas familias han sufrido un deterioro importante a causa del envejecimiento de los padres y/o por la muerte de uno de ellos (generalmente del padre), con las repercusiones añadidas de más y mayores crisis y desestabilización del hijo enfermo mental a causa, precisamente, de la disminución del control familiar. Aunque las familias, ante el deterioro de su situación, intentan acudir con frecuencia al ingreso hospitalario éste difícilmente se produce, y cuando se consigue, es solamente por cortos períodos de tiempo para compensar situaciones de agudización de la enfermedad y, aún así, si ésta va acompañada de agitación importante, agresividad o peligro evidente a causa de la conducta del paciente. La "prevención" de estas situaciones, que pudiera contemplar actuaciones o ingresos institucionales para evitar las crisis, casi nunca es posible y, en casi todos los casos en que estas actuaciones se dan, es posteriormente al estallido de la situación en la familia, con el consiguiente aumento del deterioro de las capacidades y fuerzas de ésta para continuar su rol de "cuidador".

Otra característica general de estos núcleos familiares, es el de la cronificación de las propias conductas del enfermo mental en el seno de su núcleo de relaciones, a su vez, también cronificadas y, normalmente, con escasa proyección hacia la autonomía personal y social del enfermo.

Así se ha ido generando, a lo largo de las dos últimas décadas, un problema de importante magnitud y con componentes, no solamente de tipo clínico, sino sobretodo, también, con fuertes componentes de tipo social, y frente a los que no existe capacidad de respuesta por parte de los servicios de salud y de la sociedad (se estima que un 2.5% de la población padece enfermedad mental y el 85% de los enfermos mentales viven con los padres).

La reciente aparición en nuestro ámbito de los centros residenciales para enfermos mentales crónicos se inscribe en la necesidad de dar respuesta y alternativas eficaces a este problema social.

A la hora de plantearse estos dispositivos, y para evitar la repetición del modelo anterior (de instituciones de "contención") con la reproducción de pequeños "psiquiátricos" en la ciudad, lo que representaría de alguna manera un proceso de "reinstitucionalización" de los enfermos mentales a los que les ha "fallado" o devenido insuficiente su núcleo familiar de contención, es importante plantearse no la creación nuevos espacios de "depósito" o "custodia" sino, sobretodo, la evolución y el avance respecto a los modelos preexistentes, con la creación de nuevos espacios que, además de la función "residencial", sean capaces de acometer y dar respuesta a la gran asignatura pendiente de la atención psiquiátrica: la **reinserción**, la **inclusión** y **autonomía social**, así como la **calidad de vida** del enfermo mental. Es decir, se trata de no reproducir nuevos pequeños "psiquiátricos", como ya hemos dicho, con la finalidad de la atención sanitaria y de contención de la persona, sino de la creación de nuevos espacios, con metodologías y estrategias de atención suficientes y capaces para proporcionar procesos de verdadera inclusión social para sus usuarios.

Las CCTT psiquiátricas, a pesar de los cambios y mejoras respecto del modelo "asilar", y aunque han representado algunos avances respecto a la autonomía y socialización de sus internos, normalmente han permanecido también "institucionalizadas" dentro de las instituciones psiquiátricas preexistentes o muy vinculadas a ellas, y sin una proyección real y efectiva de sus internos hacia la sociedad. La primera condición para que se den procesos de verdadera autonomía e inclusión social es que los servicios o centros para tal fin, no estén alejados sino ubicados e integrados, como tales, en entornos sociales normalizados.

Es importante que bajo ningún concepto el planteamiento de los CREM, sea análogo al de la multitud de otros centros o residencias ya existentes, es decir a planteamientos parecidos a residencias de la tercera edad o a instituciones psiquiátricas, en cualquiera de sus modalidades, ya que "cuidar no es suficiente, hay que rehabilitar e integrar".

Han de ser recursos realmente "comunitarios", ya que, por otra parte, el modelo, a nuestro entender, mal denominado "comunitario" en Salud Mental, basado en redes sanitarias interconectadas, es en rea-

lidad una reproducción y cierta multiplicación “en” la comunidad del modelo institucional preexistente (basado en la atención del síntoma y la jerarquización médica). En cuanto a sus equipos de trabajo y a su metodología no existe, por el momento, un verdadero cambio hacia el modelo comunitario (preponderancia de los roles sociales, inserción de los dispositivos en su entorno social, etc.) (tabla 2).

TABLA **2**

| Algunas de las características del modelo “comunitario” son: |
|---|
| • Integración del enfermo y del centro al entorno.<br>• Basado en las necesidades de las personas.<br>• Atención, rehabilitación e integración.<br>• Utilización de los recursos normalizados del entorno.<br>• Preponderancia de la intervención psicosocial y educativa.<br><br>Insuficiencia: necesidad de nuevas y más estructuras intermedias (CREM, pisos de reinserción, etc). |

La Declaración de Helsinki (junio 1964) señala explícitamente que se necesita enfocar los graves problemas de la salud mental desde la salud pública, poniendo énfasis en el respeto hacia los derechos humanos y en la implementación de modelos de atención de base comunitaria y multidisciplinar.

## 3. CENTROS RESIDENCIALES DE SALUD MENTAL.

En este capítulo partiremos de la definición de los Centros Residenciales de Salud Mental (CRSM) como dispositivos que, desde un modelo integrador de atención, ofrecen un marco residencial flexible para dar diferentes respuestas, desde un posicionamiento participativo, a las necesidades de autonomía e integración social a personas con una enfermedad mental de larga evolución.

Dirigidos a personas con disminución derivada de diferentes trastornos mentales y que no disponen de condiciones socio-familiares y asistenciales adecuadas o suficientes.

Objetivos genéricos:

- Atención integral a los usuarios.
- Rehabilitación-habilitación personal y social.

Requisitos mínimos de los usuarios:

- Mayor de 18 años y menor de 65, al ingreso.
- No requerir de atención sanitaria y/o de tercera persona continuadas.
- Capacidad para las Actividades de la Vida Diaria con supervisión externa.
- Capacidad suficiente de convivencia.

Instrumentos para conseguir los objetivos:

- Personal: (tabla 5)
- Sociodinámica y preponderancia de la socioterapia y de la acción educativa.
- Programa de Atención Individualizada (PAI) para integrar los diferentes procesos clave de atención a la persona, con la participación activa de ésta, de su familia o personas de referencia, del entorno comunitario y de los profesionales del CRSM.

- Cada residente dispone de un Programa de Atención Individualizado para conseguir los objetivos fijados.
- Por su función, encuadre y medios, no se utiliza la contención física.
- Marco físico adecuado: dentro de la comunidad y con estructura que permita los diferentes procesos e interrelaciones previstas.

## 4. APLICACIÓN.

En general los programas tradicionales de tratamiento del enfermo mental y la CTD parten de modalidades estratégicas y de posicionamientos distintos: los primeros son asistencialistas, farmacológicos, en los que se pone en duda y se niegan capacidades a la persona para resolver y cambiar sus problemas y situaciones, y en los que ésta asume el rol de "paciente" en toda la dimensión del concepto, es decir de sujeto "pasivo" que solo tiene que preocuparse de seguir fielmente las pautas e indicaciones del profesional y del programa; y el de la CTD caracterizado por un posicionamiento participativo, centrado en el desarrollo de la autonomía del usuario, en los que el profesional asume un papel de mediador para el desarrollo de las capacidades de la persona.

Tal posicionamiento es el que ha permitido a las CTD el desarrollo, y sobretodo la aplicación, de metodologías y técnicas adecuadas para los procesos terapéuticos de rehabilitación y reinserción que realizan. Así pues, la premisa básica y principal que se debe cumplir para aplicar la metodología de la CTD a los CRSM es que estos últimos compartan con los primeros posicionamientos similares, es decir, de tipo participativo, lo que significa, en primer lugar y entre otras cosas, que las modalidades estratégicas que se implementen contribuyan a que los residentes se adapten a una nueva estructura y funcionamiento donde son elementos activos y participativos y donde la vida diaria se utiliza como herramienta educativa y de cambio.

No se trata de “trasplantar” la metodología de la CTD, sino de adaptarla a las características y necesidades de las personas con trastorno mental severo.

El equipo, el grupo y la socioterapia, son las piezas clave tanto en la CTD como en los CRSM.

Hay que tener muy presentes las características de las personas con enfermedad mental en el abordaje y aplicación de su plan de atención, de los diferentes programas del centro, de las diferentes intervenciones, etc., además de su perfil social y de salud. De entre estas características destacamos las siguientes:

- Mayor vulnerabilidad al estrés.
- Dificultades para afrontar las demandas del entorno
- Déficits en las habilidades y capacidades para el propio manejo autónomo.
- Dificultades para actuar socialmente.
- Pérdida o inexistencia, en muchos casos, de redes sociales de soporte.
- Tendencia a situaciones de aislamiento social.
- Alta dependencia de otras personas y/o en algunos casos, del propio servicio o del personal.

Por lo tanto, en todo proceso de integración de la persona en un CRSM, es muy importante el trabajo del estrés le que supone el hecho de afrontar nuevas situaciones, los nuevos roles y la movilización de soportes.

Principalmente, la metodología de un CRSM se diferencia de la de una CDT en: **1) el encuadre** del servicio. La CTD reproduce un microsistema social, en sí misma, que favorece la ruptura de sus residentes con su medio y estilo de vida anterior a través del aislamiento del exterior y la concentración en el programa, el grupo y la propia institución. El CRSM proporciona un marco físico adecuado siempre dentro y en contacto con el entorno social. Es una estructura abierta e integrada en su entorno; **2) la intensidad** de aplicación, ajustada además

al, normalmente, mayor deterioro del enfermo mental crónico en las esferas de lo físico, cognitivo y relacional; 3) **la temporalidad y los ritmos**, tiempos y períodos normalmente más dilatados y ritmos igualmente ajustados a los momentos y capacidades de los internos. Así como en la CTD está bien definida la duración del programa e incluso la de sus diferentes fases, es imposible establecer en el programa de un CRSM una duración estándar para la estancia de sus usuarios, así como sistematizar la temporalidad de los períodos o etapas del mismo. Ambos aspectos, la duración del programa y de sus etapas están referidos a la consecución de los objetivos y a la propia evolución del residente; **4) la exigencia**, igualmente ajustada a las capacidades y posibilidades de cada persona. En general, mayor **ductilidad** en las exigencias del programa, de la normativa y del entorno, que no debe que confundirse con mayor permisividad; la flexibilidad no debe representar menor exigencia, sino que ésta se conjuga, por una parte, con el tiempo y, por otra parte, con la variedad de recursos educativos y de conducción del grupo y las personas; **5) el grupo** como factor de cambio. En las CTD el grupo de residentes, por sus características, además de representar un elemento importante de autoayuda y de vertebración de los diferentes aspectos a trabajar en las personas, se utiliza sobretodo como elemento de "presión" para el cambio. En el CRSM, dadas las características y posibilidades del colectivo atendido, aunque las funciones del grupo de residentes, en esencia, son las mismas que en la CDT, la intensidad de éste como elemento de presión para el cambio es sensiblemente inferior sobretodo en lo concerniente a la "confrontación" y la hetero-exigencia entre los residentes.

TABLA **3**

| **Aspectos comunes en la aplicación de la metodología de la Comunidad Terapéutica para Drogodependientes (CTD) a Centros Residenciales de Salud Mental (CRSM)** |
|---|
| **1.** Equipo técnico multidisciplinar con contrato laboral según categoría profesional, con titulación reconocida y preparación y experiencia adecuadas. Funciones descritas y diferenciadas para cada rol. |
| **2.** Ingreso y permanencia voluntarios. |
| **3.** Existencia de contrato terapéutico y de Reglamento de Régimen Interno (RRI) escritos, conocidos y aceptados por los residentes. |
| **4.** Cumplimiento efectivo y comprobable de la legislación y normativa vigentes, en especial en lo que se refiere a los derechos de sus residentes. |
| **5.** Garantía de asistencia y atención bio-psico-social adecuada a las necesidades de sus residentes. |
| **6.** Existencia de un Programa de Tratamiento Individualizado (PTI) en la CTD, denominado PAI (Programa de Atención Individualizada) en los CRSM. |
| **7.** Existencia de objetivos claros y bien definidos en el programa y orientados a la inserción social de los usuarios. |
| **8.** Criterios de valoración, diagnóstico, admisión, cambios de fase y alta bien definidos y fundamentados. |
| **9.** Espacio dinámico, en constante evolución y esfuerzo permanente para mantener la calidad de la intervención. |
| **10.** Evaluación sistemática de los casos. |
| **11.** Seguimiento individualizado de los casos. |
| **12.** Historial médico, psicológico y social de cada usuario. |
| **13.** Colaboración con programas asistenciales de la Red de pertenencia, y otras dispositivos sociales. |
| **14.** Garantía de tratamientos médicos y psicológicos adecuados. |
| **15.** Horario de actividades de los usuarios, y horario y funciones del equipo bien definidos. |
| **16.** Espacios reglados de reuniones de equipo. |
| **17.** Formación y reciclaje permanente del equipo. Existencia de un Plan de Formación. |
| **18.** Integración de los aspectos asistenciales, educativos y de inserción social. |
| **19.** Libertad de comunicación. |
| **20.** Intervención en lo cotidiano. |
| **21.** Inexistencia de adoctrinamiento ideológico y/o religioso. |
| **22.** Inexistencia de provecho lucrativo de la Institución, del trabajo y actividades de los residentes. |

TABLA **4**

**Aspectos diferenciales en la aplicación de la metodología de la Comunidad Terapéutica para Drogodependientes (CTD) a Centros Residenciales de Salud Mental (CRSM)**

| ASPECTOS | CTD | CRSM |
|---|---|---|
| **1.** Grupo como elemento de ayuda. | **1. Énfasis** en el grupo. **Presión** grupal para el cambio. | **1.** Grupo como elemento de socialización y ayuda. |
| **2.** Participación activa del paciente en su tratamiento. | **2.** Se **exige** y promueve la participación activa. | **2.** Se **promueve** la partici-pación activa. |
| **3.** Uso terapéutico y educa-tivo de las responsabi-lidades. | **3. Énfasis** y **rotación** en las responsabilidades. | **3.** Responsabilidades como **refuerzo**. |
| **4.** Psicoterapia individual. | **4.** Normalmente, **Sesión semanal** para todos los usuarios. | **4.** Solo a los residentes que lo **precisan**. |
| **5.** Socioterapia y actividades educativas. | **5. Intensiva**, **sistemática** y **general.** | **5.** Sistemática e intensidad **ajustada a las necesida-des** de cada caso. |
| **6.** Tutoria permanente. | **6.** Individual y **grupal** por **fases.** | **6. Individual**. |
| **7.** Control objetivo de la abstinencia a drogas. | **7.** Regular, periódico y **sistemático.** | **7.** En los residentes que lo **precisan**. |
| **8.** Tiempo de estancia. | **8. Predefinido** en el programa del centro. **Limitado.** | **8. Indefinido**. En función de los o**bjetivos y evo-lución** de cada residente. |
| **9.** Encuadre del proceso terapéutico. | **9. Ruptura** inicial **con el medio** y salidas programadas posteriores. | **9.** Sistema social **abierto** e interactivo con su entorno. |
| **10.** Exigencia. | **10.** Alta y **generalizada** para todos los residentes. | **10. Dúctil** y **ajustada** a las características y mo-mento de cada residente. |
| **11.** Modalidad de actuación. | **11.** Preponderancia de la **socioterapia** y la **psico-terapia.** | **11.** Preponderancia de la **sociodinámica** y **Tutorias** individuales. |
| **12.** Función del educador. | **12.** Como **modelo.** | **12.** Como mediador. |
| **13.** Relaciones afectivas. | **13. No permitidas.** | **13.** Permitidas. |

**El equipo:** Ambas tipologías de recursos comparten roles similares en un equipo multidisciplinar que trabaja interdisciplinariamente (tabla 5), y también con ratios (personal de atención directa / capacidad de residentes) similares.

La participación e implicación del equipo en los diferentes procesos es fundamental para asegurar los resultados a conseguir. Es necesario trabajar las actitudes del equipo interdisciplinar, especialmente, de los educadores, y una actitud de movilización de los recursos personales del equipo entorno a la aplicación del plan individualizado y comunitario de rehabilitación del usuario.

En la CTD, los educadores son piezas clave en el proceso y propician, con su intervención e interrelación con el residente, situaciones de crisis que provocan que éste se plantee cambios.

En los CRSM lo primero y más importante que el equipo se ha de proponer es que el residente consiga un cambio desde la actitud pasiva, con la que suele llegar, de "soy enfermo" hacia "soy una persona **con** una enfermedad", lo que significa un cambio hacia una actitud activa y con posibilidades para el aprendizaje social. Este es el primer un reto del equipo de profesionales para aplicar la metodología comunitaria de la CTD en CRSM.

TABLA **5**

| | **CTD Profesional** | **CRSM** |
|---|---|---|
| **Atención Directa** | • Dirección (psicólogo o médico)<br>• Educador<br>• Psicólogo<br>• Trabajador Social<br>• Médico experto en adicciones<br>• Enfermero/a<br>• Monitor | • Dirección (psicólogo o médico)<br>• Educador, Animador socio-cultual<br>• Psicólogo<br>• Trabajador Social<br>• Médico psiquiatra<br>• Enfermero/a<br>• Monitor |
| **Atención Indirecta** | • Personal administrativo y de gestión | • Personal limpieza*<br>• Personal cocina/catering*<br>• Personal administrativo y de gestión |

**(*)** En la CDT tanto la limpieza como la cocina suelen formar parte de las actividades de los residentes.

**El grupo** como elemento de ayuda: la cohesión grupal y las interacciones entre sus miembros son, en la CTD, el elemento central para promover el cambio y el aprendizaje social, un elemento distintivo importante respecto a otras modalidades de servicio.

Aunque en ambos tipos de centro (CTD y CRSM) la utilización del grupo se incorpora en su quehacer y en sus planteamientos de atención, la importancia del mismo, en el conjunto de herramientas y estrategias del programa, cambia sensiblemente debido a las posibilidades y características de sus residentes.

El sentimiento de pertenencia que se genera en un grupo de CTD es mucho más fuerte que el que se pueda generar en el CRSM, a pesar de que en este último se trate de un grupo cuyos elementos son más estables, y con menos rotación, y el grupo de CTD sea abierto y con mayor rotación de sus miembros.

**La Socioterapia/Sociodinámica:** El conjunto de actividades socioterapéuticas, educativas y de Tiempo Libre que se realizan en el CRSM, se incluyen, y forman parte, de lo que denominamos socio-dinámica, que es el marco fundamental desde el cual se implementan todos los espacios y las actividades que se desarrollan y es lo que permite la activación de los aprendizajes y el aumento de la socialización de los residentes.

La sociodinámica se produce a partir de la participación del residente en la cotidianeidad del centro y a partir de la interrelación del mismo con el equipo y con el resto de residentes.

La sociodinámica persigue los siguientes objetivos:

- Promover la mejora y el cambio personal a través de la vida en grupo y de lo cotidiano.
- Facilitar y promover el sentimiento de pertenencia y la percepción objetivada de uno mismo.
- La mejora del manejo personal y de la autonomía en la participación con el entorno.
- La mejora de los ajustes personales respecto a las personas, las cosas y las exigencias sociales.

Es importante conseguir la mayor activación posible del "tono vital" que se vive y percibe en el centro, así como, de la actividad en general y de la participación de los residentes en el marco sócio-dinámico del centro.

## 5. AREAS DE TRABAJO Y ACTIVIDADES.

### Premisas básicas

- Buena parte de las actividades de los programas de atención en los CRSM, están relacionadas y en función de las ofertas de que dispone el entorno dónde se ubican los centros (centros cívicos, centros de día, servicios de rehabilitación comunitaria, clubes sociales, entidades sociales, ofertas culturales, etc.).

Se debe intentar que las actividades escogidas del entorno recojan en lo posible las diferentes necesidades rehabilitadoras (verbales, manipulativas, interactivas,….).

- Se prioriza la realización de toda actividad (rehabilitadora o de ocio) fuera del centro para así favorecer la autonomía de la persona residente y su socialización externa.
- Se fomenta el uso positivo del Tiempo Libre, tanto individual como grupal, en tutorías individuales, reuniones, talleres, etc. La actividades de Tiempo Libre tienen siempre una función rehabilitadora.
- Es importante el fomento de la participación ciudadana a través de actividades de tiempo libre. Se procura participar en lo posible en los diferentes actos y eventos lúdicos de la población y del entorno (fiestas populares, etc.).

Las áreas de trabajo en un CRSM comprenden:

- **Valoración cognitiva mínima.**
- Actividades de rehabilitación cognitiva.
- **Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).**
- Hábitos higiénicos.
- Hábitos alimentarios.
- Movilidad.
- Vestido.

- **Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).**
- Capacidad de comunicación.
- Planificación de realización de compras, lavandería.
- Cuidado de lo propio y espacios colectivos.
- Utilización de los transportes públicos.
- Capacidad para el manejo del dinero de bolsillo y autoadministración económica.
- Responsabilidad sobre la medicación.

- **Psicomotricidad.**
- Desarrollo de las habilidades motoras (movimiento y postura), de procesamiento y habilidades de comunicación e interacción (relacionales).

- **Autocontrol y manejo del estrés.**
- Desarrollo de las capacidades para afrontar adecuadamente situaciones causantes de malestar.
- Fomento de la competencia y del sentimiento de autoeficacia para el afrontamiento de situaciones estresantes de la vida cotidiana.

- **Habilidades sociales.**
- Mejora de la capacidad para comunicarse y relacionarse con otros.
- Ampliación de la red social y reducción del sufrimiento a causa de la soledad.
- Aprendizajes de protección frente al estrés causado por las interacciones sociales deficientes.

- **Ocio y Tiempo Libre.**
- Adiestramiento en la búsqueda de recursos para la realización del ocio y tiempo libre.
- Adquisición o recuperación de aficiones.
- Mejora de relaciones sociales.
- Fomento de la autonomía en la elección de actividades de ocio.

- **Actividades laborales y formativas.**
- Entrenamiento en la búsqueda de trabajo.
- Búsqueda de trabajo, e inclusión en el mundo laboral.
- Formación y capacitación laboral.
- Promoción de la asistencia a escuelas de adultos de la zona.

- **Educación para la salud general y específica.**
- Creación de expectativas realistas hacia la enfermedad y su tratamiento.
- Adquisición y mantenimiento de conductas protectoras.
- Mantenimiento de creencias y actitudes adecuadas y ajustadas hacia la enfermedad y su tratamiento.
- Desarrollo de habilidades de identificación de pródromos y estrategias de actuación.
- Adquisición de habilidades para el uso y manejo de los recursos sanitarios.

Las actividades que se realizan en el CRSM son:

- **De higiene y cuidado personal.**
- Ducha y aseo personal diarios.
- Orden personal y del dormitorio.
- Asistencia a las visitas médicas, terapéuticas y/o de seguimiento en el centro de salud mental correspondiente.

- **Socio-terapéuticas y educativas.**
- Actividades de ergoterapia.
- Taller de cocina.
- Contabilidad doméstica.
- Mantenimiento.
- Jardinería.
- Planificación y agenda:
  - Planificación de actividades individuales y grupales.
  - Confección de proyecto personal de reinserción social.
  - Aprendizaje y manejo de la agenda personal.
- Realización de compras.
- Taller de costura.
- Taller de manejo del estrés.
- Actividades de rehabilitación cognitiva.

- **Lúdico- creativas.**
- Gimnasia y deporte.
- Lecto-escritura.
- Expresión plástica.
- Teatro.
- Taller de lectura de prensa.

- Tertulias y debates sobre temas de actualidad.
- Video-Forum.
- Preparación de fiestas y celebraciones en el centro.
- Salidas culturales en grupo.

- **Actividades laborales y formativas.**
- Búsqueda de trabajo e inclusión en el mundo laboral.
- Formación y capacitación laboral.
- Promoción de asistencia a escuelas de adultos de la zona.

- **Reestructuración de las relaciones familiares.**
- Visitas programadas de la familia a los residentes, dentro y/o fuera del centro, y de los residentes al domicilio familiar para intentar mejorar las relaciones familiares y la redefinición de su rol en la familia.

## 6. INTEGRACIÓN EN EL ÁMBITO COMUNITARIO Y EL ENTORNO.

Nos extenderemos en este aspecto dado que, a diferencia de la CDT, las distintas actividades en el CRSM, como ya se ha dicho, se realizan tanto dentro como fuera del centro y es especialmente importante que las que se refieren a aspectos de la vida social (cursos, deportes, etc.) se realicen en lo posible en espacios e instalaciones del entorno normalizados para ello. En la CTD, normalmente, y en aras de conseguir el aislamiento del exterior y la concentración en el grupo que se persigue, la mayor parte de las actividades se realizan dentro de la propia Institución. Éste es un aspecto diferencial importante de la CTD respecto de los CRSM.

Una de las funciones principales de los CRSM es favorecer la autonomía de las personas usuarias y fomentar su integración social. La comunidad es el lugar básico, natural y «ecológico» para las relaciones, las interacciones y las ayudas, y la persona con enfermedad mental tiene, respecto a esto, iguales derechos que cualquier otro ciudadano. El centro y el conjunto de actividades (socio-terapéuticas, educativas, de Tiempo Libre, etc.), de relaciones y de vivencias que esto proporciona no han de ser una finalidad última en sí mismas, sino un vehículo para que sus miembros realicen un proceso de inclusión social progresivo y de acuerdo con las posibilidades evolutivas de cada uno.

Hay que tener en cuenta que el solo hecho de conseguir una utilización de los recursos sociales no significa «integración». Es posible que tan solo signifique la mera repetición de conductas aprendidas bajo la forma de «habilidades» para el manejo con determinadas situaciones del entorno. La persona «ha de sentir» que este uso le es beneficioso, que es su objetivo y que consigue un aumento del sentimiento de pertenencia hacia este entorno.

Se ha de tener presente que la vivencia y la convivencia dilatadas en el seno de un grupo humano controlado como es el mismo recurso del CRSM, a pesar de sus finalidades instrumentales de «inclusión social», de «autonomía», etc. de sus residentes, suele generar unos niveles elevados de dependencia de las personas usuarias respecto al mismo establecimiento y de sus profesionales.

El proceso de integración tiene dos vertientes: por un lado la integración de la persona con problemas de salud mental, y del propio recurso, a la sociedad (del centro al exterior); y por otro lado, el acercamiento de la sociedad al centro y a sus usuarios (del exterior hacia el centro). Esta dinámica (de dentro a fuera y de fuera a dentro) contribuye en gran medida a la disminución del miedo de la sociedad hacia la persona con enfermedad mental, y favorece un cambio positivo de la percepción social de los procesos de integración y de aceptación de este colectivo de personas en la sociedad.

En el primer caso (de dentro hacia fuera del centro), son importantes las diferentes acciones, actividades y procesos dirigidos a la participación de la persona usuaria en la red social del municipio donde reside, como herramienta fundamental para favorecer la integración.

Por otra parte, el mismo centro, como dispositivo de inclusión social para sus usuarios, ha de integrarse él mismo en el tejido social y la sociedad civil del entorno donde se ubica, colaborando y participando como una entidad más en los diferentes foros, actos y acontecimientos del entorno.

## 6.1. Objetivos generales de la integración en el entorno.

Genéricamente, con el trabajo de integración en el entorno, se preten-

de que la persona con enfermedad mental utilice y se vincule, de la manera más autónoma posible, a los recursos de la comunidad.

Por otra parte, la «integración» social, objetivo final del proceso amplio de asistencia del CRSM —y compartido con la/las redes de atención a las personas-–, se logrará cuando se consiga un compromiso aceptable y operativo entre la dependencia y la autonomía del entorno.
Según la AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría) (2000), para conseguir la rehabilitación psicosocial hay que favorecer y posibilitar la adquisición o recuperación del conjunto de destrezas, habilidades y competencias necesarias para el funcionamiento en la comunidad, en las mejores condiciones de normalización y calidad de vida que sean posibles.

Los objetivos generales de la integración comunitaria y en el entorno se concretan en:

- Promover la vinculación social activa de la persona a través de la participación en el entorno.
- Favorecer el desarrollo del sentimiento de pertenencia y la autoestima de la persona con enfermedad mental a través de la eficacia y el reconocimiento social derivados de sentirse una persona socialmente útil, por encima de su «estatus» de enfermo/a mental.
- Promover el ejercicio de compromisos, responsabilidades, derechos y deberes sociales.
- Promover, en la medida que sea posible, las capacidades de la persona de determinación, control y dominio sobre la propia vida.

### 6.2. Objetivos específicos.

- Implicación de las redes sociales del entorno.
- Utilización, por parte de la persona, de recursos y dispositivos sociales tan normalizados como sea posible.
- Compromiso y autoresponsabilización de la persona con la ejecución, la revisión y la actualización de un plan personal de trabajo y participación en el entorno.

- Autodefinición de intereses personales, relacionales y sociales de la persona residente, como también de un plan de futuro realista.

## 7. LA INCAPACITACIÓN Y LA TUTELA.

La situación de incapacitación legal y tutela, o curatela, de un porcentaje significativo de las personas con enfermedad mental crónica, es una realidad.

Siendo éste otro aspecto diferencial, no del modelo, pero sí de algunas de las personas que utilizan el CRSM respecto a las que habitualmente acuden a la CTD.

Es necesario implicar al tutor legal, especialmente en aquellos aspectos objeto del trabajo para la mejora de la autonomía y autorresponsabilidad del residente que afecten al abasto del tutelaje. Siempre que sea posible, es aconsejable firmar pactos con la persona o entidad que ejerce la tutela legal para identificar y clarificar el papel de la tutoría y el del CRSM en el seguimiento de la persona incapacitada.

Es necesario recordar siempre que las atribuciones que pueden (y deben) ejercer el tutor, en cualquiera de las modalidad de tutela, siempre son de carácter administrativo y, aunque el abasto del tutelaje sea total, estas atribuciones nunca debe interferir, ni mucho menos sustituir, la voluntad del residente, en sí misma. En este sentido, por ejemplo, aunque sea necesario el visto bueno del tutor para la realización y la formalización del ingreso a un CRSM, nunca se puede, ni se debe, realizar un ingreso contra la voluntad del propio interesado y lo mismo ocurre con la decisión de abandonar el servicio. El residente puede finalizar su estancia cuando lo decida, aún contra el parecer de su tutor.

El proceso de incapacitación legal ha de poder ser reversible y el equipo del CRSM debe informar al tutor y/o a la Fiscalía, si es necesario (a requerimiento de ésta o bien por eventual dejadez o despreocupación del tutor), ante la recuperación de la/s competencia/s de la persona tutelada para tomar decisiones, para que se revise la situación incapacitación.

Dejando a un lado las obligaciones legales (contrato, copia del RRI, ingresos hospitalarios, etc.), la atención del tutelado es, de acuerdo

con las propias necesidades, exactamente igual que para los demás residentes no incapacitados.

El proceso de rehabilitación y la estancia en el CRSM de las personas incapacitadas no puede diferenciarse de los demás residentes en lo referente a su proceso de integración y mejora.

## 8. SEXUALIDAD Y RELACIONES AFECTIVAS.

La sexualidad es inherente a todos los seres humanos, tanto en sus vertientes fisiológicas, neurológica, hormonal y orgánica, como en las vertientes psicológico-afectiva, emocional, de comunicación, de gratificación, etc. Las personas con trastorno mental, como el resto de las personas, también están sexuadas lo cual se debe tener en cuenta y respetar.

Generalmente, y dadas las dificultades que suelen presentar las personas con trastorno mental severo en la esfera de su sexualidad y de las relaciones (en muchos casos condicionadas y/o agravadas por largos períodos de medicación psicótropa), la aparición de este tipo de relaciones, a su vez, se suele considerar un avance en el paciente, por lo que se apoya y se sigue de cerca para proporcionar el soporte, los límites, etc. que se puedan requerir. Un límite general consiste en que se solicita a los residentes el no mantener relaciones sexuales dentro del propio centro y, en todo caso, se proporciona soporte para su realización en otro lugar en las más óptimas condiciones posibles. Cuando los usuarios deciden mantener relaciones íntimas personales se considera que es un acto privado y de libre elección. Forma parte de los derechos inalienables de la persona. Aún así es muy importante el trabajo con el equipo respecto a este aspecto para que lo tenga bien asumido y lo sepa considerar adecuadamente. Se ha de dar un soporte cercano, y a la vez natural, con el fin de proporcionar a los usuarios, que eventualmente puedan vivir esta situación, una capacidad suficiente de adaptación, de comprensión y de afrontamiento de las distintas situaciones, no siempre fáciles, que pueden derivarse, ya que se pueden producir relaciones muy pasionales, relaciones ocasionales, situaciones de ruptura o separación de una pareja ya estableci-

da, situaciones de celos, etc. En caso que sea necesario, los profesionales del CRSM facilitan información o soporte de otros profesionales según las necesidades detectadas (planificación familiar, ginecólogo, etc.). Hay que evitar que se produzcan conflictos y que exista siempre el mutuo acuerdo y un nivel adecuado de privacidad para la intimidad. Este tema se trata individualmente y, si procede, se puede tratar en grupo con el fin de adecuarlo a todos (por ejemplo, la búsqueda de un lugar fuera del centro para la relaciones íntimas, la toma de las medidas adecuadas, la facilitación del uso de preservativos, etc.). En definitiva, es necesario aplicar una pedagogía y una educación positivas, con una concepción constructiva, saludable y a la vez responsable de la sexualidad, no represiva y sin razonamientos.

Si la persona está incapacitada, se ha de valorar la posibilidad de comentarlo con el tutor o familiar y siempre valorar que las relaciones sexuales sean consentidas por las dos partes.

El tratamiento de la sexualidad y de las relaciones afectivas entre los residentes es otro de los aspectos diferenciales respecto a la CTD. En ésta, continúa siendo una cuestión “no resuelta” y con distintas respuestas según diferentes centros aunque, en general, se considera que el establecimiento de relaciones afectivas entre los miembros del grupo de residentes en CTD altera el tratamiento y, normalmente, se suele pedir el compromiso de no mantener relaciones sexuales y/o afectivas entre los residentes ni en el centro ni fuera de él mientras dure su el tratamiento en el mismo.

Recalcamos que, entorno a este tema, es de suma importancia todo el trabajo respecto a higiene sexual, el correcto uso de preservativos y otras medidas profilácticas, además del control ginecológico y sanitario pertinente en cada caso.

# Resúmenes

CAPÍTULO **1**

## LA METODOLOGÍA DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA: UNA APUESTA DE FUTURO.

Domingo COMAS ARNAU

**RESUMEN:** Existe una desinformación notable en torno a la noción de Comunidad Terapéutica, por este motivo se realiza una descripción sintética de sus principales rasgos metodológicos y de los diferentes tipos de posibles CCTT de acuerdo con los perfiles que presentan sus residentes. También se describe su recorrido histórico, las dificultades institucionales que tienen que afrontar en la actualidad y las oportunidades de futuro que representa la creciente demanda de este tipo de dispositivos.

**PALABRAS CLAVE:** Comunidad Terapéutica, Estado de Bienestar, acreditación de centros asistenciales, centros residenciales.

## The Therapeutic Comunity Metod: a best on future.

**SUMMARY:** A notable disinformation exists concerning the notion of Therapeutic Community, for this reason we make a synthetic description of its main methodological features and the different types of possible CCTT according to the profiles of its residents. Also there is a historical background, the institutional difficulties that they have to confront at present and the opportunities of future that represents the increasing demand of this kind of devices.

**KEY WORDS:** Therapeutic Community, welfare state, crediting of welfare centers, residential centers.

CAPÍTULO **2**

## LA COMUNIDAD TERAPEUTICA Y LA TERAPIA SISTÉMICA EL PENSAMIENTO SISTÉMICO EN EL TRABAJO RESIDENCIAL EN UNA COMUNIDAD TERAPEUTICA

Juan Antonio ABEIJÓN MERCHANT

**RESUMEN:** La Comunidad Terapéutica se ha convertido en un instrumento indispensable en el tratamiento de los pacientes consumidores de drogas y como espacio psicoterapéutico en la salud mental general. Superada ya la etapa en la que se pensaba que aislar del contexto al paciente toxicómano era una necesidad se han puesto en marcha mecanismos de reflexión sobre la importancia del dentro y fuera del paciente, tanto a nivel individual como a nivel de sus propios contextos familiares y sociales; es aquí en este espacio de trabajo para el individuo y lo que le rodea donde el grupo terapéutico, presente en toda comunidad terapéutica, ejerce una acción comprensiva sobre los problemas de los pacientes atendidos y estimuladora de sus capacidades de cambio.

La Teoría Sistémico-relacional aporta una gran capacidad comprensiva sobre los fenómenos presentes en las conductas adictivas y las necesidades para cambiarlas. El análisis de la comunidad terapéutica desde estas teorías va a facilitar a los profesionales mejorar sus capacidades de intervención sobre los pacientes y a estos avanzar con mayor eficacia en sus propios tratamientos.
Entender cómo funciona un sistema y aplicar las nociones básicas a la comunidad terapéutica va a facilitar también la organización interna de los profesionales y de sus relaciones tanto entre ellos como con los otros sistemas de tratamiento.

**PALABRAS CLAVE:** Comunidad Terapéutica. Tratamiento Psicoterapéutico. Toxicomanías. Teoría SistémicoRelacional. Psicoterapia Grupal. Psicoterapia de Familia.

## Therapeutic community and systemic therapy. Systemic thought in the residential treatment in a therapeutic community.

**SUMMARY:** The Therapeutic Community has become an essential instrument in the treatment of drug using patients and a psychotherapeutic space in mental health as a whole. Once the period when it was thought that isolating the drug addict patient from his/her context was necessary has been overcome, ways to reflect on the importance of the inside and the outside of the patience have emerged, both at an individual level and at the level of their social and family contexts;

it is here in this working space for the individual and his surroundings where the therapeutic group present in every therapeutic community exercises a comprehensive action upon the problems of the patients stimulating their chances of change.

The Relational Systemic Theory contributes with a great comprehensive capacity upon the phenomena present in addictive behaviours and the needs to change them. The analysis of the Therapeutic Community from these theories is going to facilitate professionals improve their intervening capacities upon patients and these advance more efficiently in their own treatments.
Understanding how a system works and applying the basic notions to the Therapeutic Community is going to facilitate also the internal organisation of the professionals and their relationships both among them and with the other treatment systems.

**KEY WORDS:**Therapeutic Community. Psychotherapeutic Treatment. Drug addictions. Relational-Systemic Theory. Group Psychotherapy and Family Psychotherap

## CAPÍTULO **3**

## LA COORDINACIÓN ENTRE LAS REDES GENERALES Y LOS CENTROS RESIDENCIALES

Inmaculada AGUILAR GIL, Alvaro OLIVAR ARROYO

**RESUMEN:** La Comunidad Terapéutica es un dispositivo altamente especializado, que se enmarca dentro de una red específica de abordaje de los problemas de adicción, lejos de la consideración de institución total que la rodeó en tiempos pasados. Desde este encuadre, se analizan los elementos que configuran la coordinación con el resto de la red. Por un lado, los relacionados con el ingreso, como los criterios de indicación y exclusión o los procesos de derivación.

También los que tienen que ver con las salidas programadas durante el desarrollo del tratamiento y el alta terapéutica del centro, así como los posibles problemas que pueden surgir en esos procesos de coordinación. En la parte final, se analizan del mismo modo los elementos que influyen en la coordinación con otras redes generales, como las

de justicia, sanidad, salud mental y educación, importantes desde una perspectiva de normalización para las personas con problemas asociados a las adicciones. Aun cuando la ubicación de la CT dentro de los sistemas de salud o de servicios sociales podría suponer un hándicap para su generalización a otro tipo de dispositivos, entendemos que una gran parte de los contenidos son aplicables de manera general; en los casos en que sea necesario establecer salvedades referidas a otros recursos, se han ido incluyendo.

**PALABRAS CLAVE:** Comunidad Terapéutica, dispositivos residenciales, red específica de salud mental, redes generales, coordinación.

## Coordination between general health network and residential centers.

**SUMMARY:** Therapeutic Community (TC) is a highly specialized resource, belonging to a specific network of treatment centers for addiction problems, far from the consideration of total institution that surrounded it in the past. From this perspective, elements that suppose coordination with the rest of the network are analyzed. First of all, those related to the access to TC, like criteria of indication and exclusion or the process of derivation.

Also, those questions that have to do with the programmed days-out along the development of the treatment and the therapeutic discharge of the center, as well as the possible problems that can arise in those processes of coordination. In the final part, elements that influence coordination with some other general networks, as justice, health, mental health and education, are analyzed in the same way. This is important from a perspective of normalization for people with differente problems associated to addiction, in the need of socialization.

**KEY WORDS:** Therapeutic community, residential centers, specific mental health network, general health network, coordination.

CAPÍTULO **4**

# APRENDIENDO A TRABAJAR EN EQUIPO: COMPETENCIAS BÁSICAS PARA SER EFICACES

Iñaki RODRÍGUEZ CUETO

**RESUMEN:** El modelo de trabajo en equipo constituye una herramienta básica en cualquier organización que quiera conseguir los objetivos propuestos y, además, lo quiera conseguir dentro de parámetros de eficacia y calidad.

En el entorno de la Comunidad Terapeutica cobra mayor importancia el dominio de saber trabajar en equipo debido a la necesidad de conjugar aspectos psicoterapéuticos, educativos, médicos e, incluso, administrativos a la hora de planificar el tratamiento a nivel grupal e individual.

El artículo se desarrolla diferenciando el trabajo de grupo, al trabajo en equipo, desde el punto de vista de un proceso de aprendizaje. Es posible aprender a trabajar en equipo? .Es posible aprender a mejorar el trabajo en equipo? Responder a esas preguntas nos sitúa justo en aquello que procuramos incidir en la población con la se trabaja y esto es aprender para cambiar.

La cuestión no es "¿que tengo que hacer para trabajar en equipo?", sino: ".como puedo hacer de otra manera para favorecer el trabajo en equipo?".

Merece especial atención los diferentes roles que se adoptan en los equipos y los que serian fundamentales para un buen funcionamiento del equipo. Se indican las variables que tienen que ver con el dominio de la interacción en el sentido de analizar como manejamos la emocionalidad, la corporalidad y el lenguaje (traducido en conversaciones) en la comunicacion con los compañeros/as de trabajo.

Estas variables plantean la posibilidad de pararse a reflexionar sobre la competencia profesional. Intentan generar una mirada diferente sobre aquellas situaciones, sensaciones, malestares o satisfacciones que se suceden a diario en el contacto que se establece en el trabajo en equipo.

**PALABRAS CLAVE**: equipo, competencias, roles, conversaciones, aprendizaje, lenguaje, emocionalidad, corporalidad, escucha activa, coordinación de acciones.

## LEARNING TO WORK IN TEAM: BASIC COMPETENCES TO BE EFFECTIVE

**SUMMARY:** The model of teamwork is one of the main tools in any organization that wants to reach one´s goals of efficiency and quality. In a therapeutic Community it is very important to be able to work in a team. That is because it is very necessary to deal psychotherapy, education, medical and even administrative aspects to succeed in groups and individual treatments.

The article develops making a difference between groupworks and teamworks having in mind the training process. Is it possible to learn to work in a team? Is it possible to learn to improve the teamwork? To answer these questions we should be able to learn how to change. The fact is not what can I do to work in a team but in which way can I help to make the teamwork easier.

It is very important the different roles that take place in the team and those that are basic to the good running of it. It´s very important to pay attention in to the different roles that the teams take in order to analyze how we manage emotions, body movements and conversations in the communication with the work colleagues.

This aspect makes us to think about our professionalism. They try to generate a different point of view about situations, sensations, bad feelings or satisfactions that take place in the daily life in our teamwoks.

**KEY WORDS:** working team, powers, roles, talks, learning, language, emotionality, physicality, active listening, coordination of actions

CAPÍTULO **5**

## EL CUIDADO DE LOS EQUIPOS Y LOS PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN.

Gabriel ROLDÁN INTXUSTA

**RESUMEN:** En las comunidades terapéuticas se asiste a pacientes con carencias en todos los aspectos, especialmente en el terreno afectivo, relacional y los vínculos se verán afectados constantemente; este hecho dificulta tanto la relación en el campo terapéutico y edu-

cativo como en las actividades de rehabilitación y reinserción social. Además frecuentemente, las intervenciones profesionales se desarrollan bajo la presión de un clima de urgencia y nos encontramos en muchas ocasiones que el trato directo con el paciente, la familia y los intervinientes en la atención (jueces, asistentes sociales, médicos, psicólogos, educadores...) provoca situaciones verdaderamente difíciles, cuando no abiertamente conflictivas, que una y otra vez acaban atrapando al profesional sin que este pueda lograr encontrar las claves para salir de las mismas .

Las crisis aparecen constantemente y parte del trabajo consiste en abordarlas y aprender de ellas. Todos estos factores provocan una tensión permanente que determina un desgaste y un agotamiento de las fuerzas en los profesionales y los equipos de atención que necesitan nutrirse de cuidados y apoyo para poder hacer su tarea sin caer en el desanimo o enfermar. En el texto se exploraran aspectos que tienen que ver con el desgaste profesional y la pérdida de potencialidad de las comunidades terapéuticas y propuestas para el cuidado de uno mismo y de los equipos.

**PALABRAS CLAVE:** Cuidarse, cuidado del equipo de trabajo, intervención en crisis, desgaste profesional, supervisión.

## CARING FOR WORK TEAM AND PROFESSIONALS OF THE HEALTH CARE

**SUMMARY:** In the therapeutic communities we assist patients who have lacks in all aspects, especially in the affective and human relations fields.

This fact makes more difficult the relationship in the therapeutic and educational fields as well as in the activities of rehabilitation and assimilation into society. Moreover, usually the professional supervisions develop in a pressing environment and we observe that the close relations with the patient, the family and all the people who takes part in the attention: judges, welfare workers, doctors, psychologists, teachers, etc. provoke very hard situations that increasingly involve the professional who gets caught and it becomes very difficult for them to get the clues to overcome them.

This stressing situation provoke the exhaustion in the professionals that need care and support to do a good job without burning out or getting ill. Part of the task will consist in tackling and learning from the crisis that appear constantly. On this text, we will explore the aspects related to the wearing away and the loss of efficiency of professionals in the therapeutic communities, in addition to different proposals to care of themselves.

**KEY WORDS:** To look after oneself, the care in the work team, The intervention in the crisis, The professional wearing away, The supervision.

## CAPÍTULO **6**

## INDICACIÓN TERAPÉUTICA Y CLAVES DE DERIVACIÓN DESDE LOS SERVICIOS AMBULATORIOS

Esther MARTÍN LUNA
Virginia CHANO GONZÁLEZ
Patricia AMARO LÓPEZ

**RESÚMEN:** la consolidación de una red asistencial pública, diversificada y profesionalizada, permite que la intervención a los drogodependientes que están en tratamiento en un Centro Ambulatorio, y han de ingresar en una Comunidad Terapéutica, pueda dar continuidad y coherencia al tratamiento indicado por los profesionales. El texto pretende ofrecer una información sobre los datos que se tienen en cuenta para valorar la indicación terapéutica desde un Centro Ambulatorio, valorar las dificultades que supone a un Centro Ambulatorio la no admisión de un sujeto en Comunidad Terapéutica y conocer las ventajas de la actual red asistencial y los circuitos terapéuticos.

**PALABRAS CLAVE:** Circuito terapéutico, Indicación terapéutica, criterios de inclusión, criterios de exclusión, patología dual, red asistencial, centros residenciales, centros ambulatorios, informe de derivación, valoración.

### THERAPEUTIC INDICATION AND KEYS FOR DERIVATION FROM THE OUTPATIENT CENTERS

**SUMMARY:** Reinforcing a public health network, diversified and professionalized, allows that intervention to drug users in treatment in an outpatient setting, who have to enter a therapeutic community, can provide continuity and consistency to the treatment given by professionals. The text aims to provide information on the data to be taken into account in assessing the therapeutic indication from a Outpatient Center, evaluate the difficulties produced in a Outpatient Center by the non-admission of a subject in a TC and know the advantages of the current assistance network and the therapeutic care circuits.

**KEY WORDS:** Therapeutic circuit, therapeutic indication, Inclusion and exclusión criteria, dual pathology, assistance network, residential treatment center, outpatient center, derivation report, evaluation.

CAPÍTULO **7**

## LA EDUCACIÓN SOCIAL EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y OTROS DISPOSITIVOS RESIDENCIALES: ASPECTOS GENERALES

Alvaro OLIVAR ARROYO

**RESÚMEN:** En el presente capítulo describe a grandes rasgos, en qué consiste la labor socioeducativa dentro de la Comunidad Terapéutica, haciéndose también referencia a otros dispositivos semejantes. Con ello se pretende conocer los profesionales, los objetivos y las bases del trabajo socioeducativo en CT. Reflexionar sobre las necesidades de las personas con problemas sociales que suponen su institucionalización y las posibilidades que la educación ofrece analizando el papel que las normas y la cultura de centro tienen dentro del funcionamiento de la CT y otros centros, y sus relaciones con lo educativo. Ampliar el conocimiento sobre las actuaciones de los educadores sociales en los ámbitos individual, grupal y comunitario y conocer las características formativas y actitudinales propias del educador social que trabaja en CT y otros dispositivos residenciales.

**PALABRAS CLAVE:** trabajo socioeducativo, educador, centros residenciales, normas, ambito individual, ámbito comunitario.

**SOCIAL EDUCATION IN THE THERAPEUTIC COMMUNITIES AND OTHER RESIDENTIAL CENTERS: GENERAL ASPECTS.**

**SUMMARY:** This chapter outlines, what is the socio educational work within the Therapeutic Community, also making reference to other similar resources. This is intended to Know the professionals, goals and bases of educational work in CT. It will try to reflect on the needs of people with social problems posed by the institutionalization and the possibilities that education provides analyzing the role that norms and culture have in the functioning of the CT and other centers, and its relationship with education. Expand knowledge about the actions of social workers at the individual, group and community scope and know the educational and attitudinal characteristics typical of social educator who works in CT and other residential centers.

**KEY WORDS:** Socio-Educational Care Work, social educator, residential centers, rules, individual scope, communitary scope.

CAPÍTULO **8**

## ¿MEJORA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS SISTEMAS FAMILIARES DE LOS TOXICÓMANOS QUE RECIBEN TRATAMIENTO EN CCTT?

Carmen JOSA LÁZARO
Belén MONTESA LOU
Jorge GRACIA PASTOR

En numerosas investigaciones se ha constatado la importancia que tiene la familia en los procesos de rehabilitación del drogodependiente. No en vano, la familia es un factor fundamental en la socialización de la persona y es el espacio en el que se producen las primeras relaciones interpersonales y afectivas. Es la que imprime y da valor al sentido de identidad y pertenencia que nos permite evolucionar como persona.

Los objetivos de este capitulo son, por un lado presentar a la familia como unidad de tratamiento cuando se aborde una toxicomanía y por otro, destacar las similitudes que encontramos entre la Comunidad

terapéutica y los sistemas familiares, de modo que se pueda favorecer el restablecimiento de las funciones familiares.

**PALABRAS CLAVE:** familia, comunidad terapéutica, tratamiento, drogodependencia, clima familiar.

**IS THERE ANY IMPROVEMENT IN THE FUNCTIONING OF THE FAMILIAR SYSTEMS OF DRUG DEPENDENTS WHO RECEIVE TREATMENT IN A THERAPEUTIC COMMUNITY?**

**SUMMARY:** In numerous investigations there has been stated the importance that has the family in the processes of rehabilitation of the drug dependant. Not uselessly, the family is a fundamental factor in the socialization of the person and it is the space in which the first interpersonal and affective relations take place. It is the one that stamps and gives value to the sense of identity and belonging that allows us to evolve as a person.

The aims of this chapter are, on the one hand to present to the family as unit of treatment when we deal with a drug dependence and for other one, to emphasize the similarities that we find between the therapeutic Community and the familiar systems, so that it could favor the reestablishment of the familiar functions.

**KEY WORDS:** family, Therapeutic community, treatment, drug dependence, familiar environment.

## CAPÍTULO **9**

## RELACIONES AFECTIVAS EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Mercedes CERVANTES SANJUAN

**RESUMEN:** Una estructura de Comunidad Terapéutica (C.T.) significa trabajar en contacto directo y cotidiano durante muchas horas. Dicho método, fragiliza la frontera que existe en la relación entre profesional y residente y dificulta la labor del mantener los límites adecuados de dicha relación.

Las CC.TT. poco profesionalizadas, la escasa formación de los profesionales y el hecho de no tener espacios de debate en los equipos, contribuyen a que se den relaciones afectivas no deseables.

A pesar de que estas relaciones afectivas son un tema importante que puede causar verdaderos perjuicios, tanto al usuario, al profesional, como a la entidad, no suelen abordarse en los equipos, o si se hace, es cuando ya han sucedido.

En cuanto a relaciones afectivas entre residentes, tampoco se abordan de forma preventiva, por lo que, cuando suceden, casi siempre se resuelven con la expulsión de la C.T. de uno, o de los dos implicados.

En este artículo vamos a analizar algunos factores y a exponer algunas propuestas que pensamos ayudaran a prevenir relaciones no deseadas que puedan darse entre los usuarios de CC.TT., o entre los equipos y los usuarios.

**PALABRAS CLAVE:** Comunidad terapéutica, relaciones afectivas adecuadas, relaciones afectivas inadecuadas, responsabilidades, código ético.

## AFFECTIVE RELATIONS IN THERAPEUTIC COMMUNITY

**SUMMARY:** One Therapeutic Community (C.T.) self structure, means work in a direct and quotidian contact during many hours. This method facilitates a weak relationship between the professional and the resident, furthermore, it makes difficult to maintain the adequate limits of the relationship.

For instance low professionalized CC.TT., the professional's lack of training, teams without spaces to debate, contribute to create not desirable affective relationships.

The affective relations within the Therapeutic Community context, although is an important subject and when it happens it causes real detriment to the resident, the professional, and to the association, it is not treated as a subject in the professional teams, or if it is treated, it is only after it has happened.

In reference to the affective relations between residents, neither are treated in a preventive form, therefore when they occur are often resol-

ved with the “expulsion” of the C.T. of one or both residents implicated.

We will analyse in this article some of the factors and we will expose some proposals that we think could help to prevent “not desired” relationships between: residents of CC.TT. or between members of the professional teams and the residents.

**KEY WORDS:** Therapeutic Community, appropriate affective relationships, inappropriate affective arelationships, responsibilities, ethical code.

## CAPÍTULO **10**

## LA EVALUACIÓN EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Juan Carlos MENÉNDEZ GÓMEZ
Arantza YUBERO FERNÁNDEZ

**RESUMEN:** La evaluación en la Comunidad Terapéutica ofrece un proceso sistemático a través del cual realizar una fotografía que refleje la realidad del momento que atraviesa la Comunidad Terapéutica y nos ayude a tomar decisiones. En este artículo vamos a desarrollar las ideas fundamentales de la evaluación, tratando de cumplir los siguientes objetivos: Facilitar una comprensión general sobre el significado y la trascendencia de la evaluación para la mejora continua de la Comunidad Terapéutica, promover la cultura evaluativa en el sector de los programas de tratamiento de drogodependencias y ofrecer conocimientos básicos que faciliten el uso de un leguaje común entre los profesionales y la inclusión de la evaluación en el ciclo de los proyectos.

**PALABRAS CLAVE:** Agente crítico – Stakeholder, Análisis de contexto, Efectos no previstos, Encuesta, Entrevista, Estudio de necesidades, Insumos, Observación participante, Objetivo general, Objetivo específico, Resultado.

### EVALUATION IN THERAPEUTIC COMMUNITY

**SUMMARY:** The evaluation in the Therapeutic Community offers a systematic process to analyze the moment that the Therapeutic Commu-

nity crosses and helps us to take decisions. In this article we are going to develop the fundamental ideas of the evaluation, trying to fulfill the following aims: To facilitate a general comprehension on the meaning and the relevance of the evaluation for the constant improvement of the Therapeutic Community, to promote the evaluation culture in the sector of the programs of treatment of drug dependencies and to offer basic knowledge that facilitate the use of a common language between the professionals and the incorporation of the evaluation in the cycle of the projects.
**KEY WORDS:** Critical agent - Stakeholder, Analysis of context, not foreseen effects, survey, interview, study of needs, inputs, observation participant, general objective, specific objective, result.

CAPÍTULO **11**

## LA INTERVENCIÓN EDUCATIVO TERAPEUTICA PARA MENORES CON PROBLEMAS DE DROGAS EN CENTROS RESIDENCIALES.

Ana APELLANIZ ZUBIRI
Myriam GÓMEZ GARCÍA
Mª Carmen MORENO JUAN
Lucia MUÑIZ RIVERO.

**RESUMEN:** Los adolescentes atendidos en comunidad terapéutica presentan relevantes características diferenciadas de los adultos a parte de la edad legal, siendo las más significativas su momento madurativo y grado de dependencia de la/s sustancias. Esta realidad ha implicado la adaptación inevitable de una metodología cuyo enfoque exclusivamente terapéutico habría resultado incompleto.

Por este motivo, en este capítulo explicamos la adaptación de la comunidad terapéutica hacia un espacio de doble dimensión: terapéutica y educativa, a la par que incidimos en la importancia que esta realidad tiene sobre la "mirada" profesional a desplegar: tratamiento de la patología adictiva "versus" acompañamiento psicopedagógico al desarrollo.

**PALABRAS CLAVE:** Adolescencia, apego, Consumo problemático, Convivencia, Flexibilidad, Grupo de iguales, Interdisciplinariedad, Intervención educativo-terapéutica, Motivación, Referente, Resiliencia.

**EDUCATIONAL THERAPEUTIC INTERVENTION FOR MINORS WITH PROBLEMATIC USE OF DRUG IN RESIDENTIAL CENTERS**

**SUMMARY:** The teenagers attended in therapeutic community present relevant characteristics separated from the adults apart from the legal age, being the most significant their moment of maturity and degree of dependence of the substances. This reality has implied the inevitable adjustment of a methodology that exclusively therapeutic approach would have turned out to be incomplete.

For this reason, in this chapter we explain the adjustment of the therapeutic community towards a space of double dimension: therapeutic and educational, at the same time that we affect in the importance that this reality has on the professional view to display: treatment of the addictive pathology “versus” psicopedagogical accompaniment to the development.

**KEY WORDS:** Adolescence, attachment, problematic consumption, conviviality, Flexibility, Peer group, Interdisciplinary, educational, therapeutic Intervention, motivation, referent, Resilience.

CAPÍTULO **12**

## LA METODOLOGÍA DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA EN CENTROS RESIDENCIALES DE SALUD MENTAL

Mercedes CERVANTES SANJUAN
Joan Artur SALES GUÀRDIA

**RESUMEN:** Al hablar de la aplicación de la metodología de la Comunidad Terapéutica (CT) en centros residenciales de salud mental, podría entenderse que no hay modelo o metodología preexistente de CT de aplicación a enfermos mentales, lo cual no es cierto. De lo que se trata es de aplicar el desarrollo y los avances del “modelo” de la

CT para el colectivo de drogodependientes a los centros residenciales de salud. El texto expone algunos de sus elementos comunes y diferenciales más relevantes intentado desarrollar los aspectos más importantes de la metodología comunitaria la de la CT y su aplicación a centros residenciales para personas con problemas y/o disminución derivados de enfermedad mental, considerando a éstos últimos siempre como parte activa de su propio proceso de cambio y con potencialidad para el desarrollo de capacidades para la integración e inclusión social y para la mejora de su calidad de vida, de forma lo más normalizada posible.

**PALABRAS CLAVE:** Centros Residenciales de Salud Mental, enfermo mental, reinserción, autonomía social, calidad de vida, Socioterapia, Estigmatización.

## METHODOLOGY OF THERAPEUTIC COMMUNITY IN MENTAL HEALTH RESIDENTIAL CENTRES

**SUMMARY:** Talking about the application of the methodology of the Therapeutic Community (CT) in residential centers of mental health, there might be understood that there is not a model or preexisting CT's methodology of application to mental patients, which is not true. It is about applying the development and the advances of the "model" of the CT for the group of drugdependent to the residential centers of health. The text shows some of the more relevant common and differential elements trying to develop the most important aspects of the community methodology of the CT and his application to residential centers for persons with problems and / or decrease derived from mental illness, considering the above mentioned to be always an active part of his own process of change and with potential to develop the capacity for social integration and to improve their quality of life in the most normalize possible way.

**KEY WORDS:** Mental health residential centers, mentally ill, reinsertion, social autonomy, quality of life, sociotherapy, Stigmatization.

# Bibliografía

ABEIJÓN, J.A. (1987). "La comunidad terapéutica como programa de intervención estratégica. Experiencia de Manu ene" En: **Actas del II congreso Mundial Vasco, Congreso de Drogodependencias. Análisis Multidisciplinar**. Tomo IV. Vitoria: Gobierno Vasco.

ABEIJÓN, J.A. y PANTOJA, L. (2002). **Comunidades Terapéuticas: pasado, presente y futuro**, Bilbao, Universidad de Deusto.

ABEIJÓN, J.A. (1990). "Abordaje sistémico en problemas de SIDA". **Actas de las Jornadas de Sabadell**, Barcelona.

ABEIJON, J.A. (1990). **La terapia de grupos con toxicómanos**. Roma, Ecología de la mente.

AGUILAR, I. (1997). "Retención en Comunidad terapéutica: La CT profesional de Barajas". En **ADICCIONES**, Vol. 9. nº2

AGUILAR, I. (1995). **El educador social y las drogodependencias**. Madrid. GID.

ALBELDO, M.V.; BAULENAS, G.; BORRÁS, T.; CHECA, J. (1992). "Sentimientos relativos a la muerte en familias con pacientes toxicómanos". Cáceres. **Actas XIII Jornadas Nacionales de Terapia Familiar**.

ALONSO, C. y DEL BARRIO, V. (1994). "Influencia de los factores familiares en el consumo de tabaco y alcohol". Madrid. A**ctas de las XXI Jornadas Nacionales Sociodrogalcohol**.

ALVIRA, F. **Metodología de evaluación de programas**. CIS, Madrid, 1991.

ALVIRA, F. **Metodología de evaluación de programas: un enfoque práctico**. Lumen/Humanitas. Buenos Aires, 1997.

AMEZCUA, C. et al (1996). **Evaluación de programas sociales**, Madrid, Díaz de Santos, 1996.

ANDER – EGG.E (2000). **Metodología y práctica de la Animación Sociocultural**. CCS. Madrid.

ANDERSON, C.M. (1989). **Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación**, Buenos Aires, Amorrortu.

ANDOLFI, M. (1993). **Terapia familiar**, Barcelona, Paidos.

AÑAÑOS, F. y PANTOJA L. (2010). "Actuaciones socioeducativas con menores vulnerables, en riesgo, relacionados con la droga. Reflexiones críticas", en **Pedagogía Social**, nº 17.

APCTT (1994). **Actas de las VIII Jornadas estatales de Profesionales de Comunidades Terapéuticas para Toxicómanos**. Barcelona, APCTT.

APELLÁNIZ, A.; MORENO, M.; MUÑIZ, L. (2004). **Modelo Educativo-Terapéutico para Menores con Problemas de Consumo**, Asociación Dianova. http://www.dianova.es/pdf/METD2005copyright.pdf

ARAGYRIS, C. (1993). **Como vencer las barreras organizativas**, Madrid, Díaz de Santos.

ARBEX, C. (2002). **Guía de intervención: menores y consumos de drogas**, Madrid, Asociación de técnicos para el Desarrollo de programas sociales, PNSD.

ARITZETA, A. (2005). **Desmontando mitos del trabajo en equipo: principios básicos para un trabajo en equipo eficiente** (documento sin publicar). Universidad del País Vasco.

ARJONA, J; OLIVAR, Á. (1998). "El informe de valoración: un plan individualizado de intervención". Madrid, **II Congreso Estatal del Educador Social**.

ARON, A.M. y LLANOS, M.T. (2004). **Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia**, en Sistemas Familiares, año 20, nº 1.

ASEDES (2004). **Hacia una definición de Educación Social**. http://www.eduso.net/archivos/estudio.doc

ASOCIACIÓN EPSILON (1996). **La práctica socioeducativa en la incorporación social de drogodependientes**. Madrid. Asociación Epsilon.

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA, (2000). **Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones**, Madrid, AEN.

AUSLOOS, G. (1998). **Las capacidades de la familia. Tiempo, caos y proceso**. Barcelona. Editorial Herder.

AUTORES VARIOS (1995). **Reflexiones sobre la situación actual de las comunidades terapéuticas**, Bilbao, APCTT.

AUTORES VARIOS, (1991). **I Encuentro Estatal de Educadores Sociales en Drogodependencias: Evaluaciones y conclusiones**. Madrid, CREFAT.

AUTORES VARIOS, (2001). **La Comunidad Terapéutica en la red asistencial: objetivos y estrategias**, Sevilla, FADA/ITACA.

AUTORES VARIOS, (2002). **Jornadas de Comunidades Terapéuticas de UNAD**, Madrid, UNAD.

AUTORES VARIOS, (2005). **Inquietudes de los/as profesionales en la intervención en drogodependencias**, Comisión Técnica de Asistencia del Consejo Asesor De Drogodependencias del Gobierno vasco.

AYERBE, A. y otros, (1996). "Un estudio sobre la tipología familiar de Cancrini en adictos a la heroína y su relación con el clima familiar". Madrid, **Cuadernos de Terapia Familiar**.

AYERRA, J.M. y LÓPEZ ATIENZA J.L. (1993). "Grupo multifamiliar". Bilbao, **Congreso Nacional de Psiquiatría**.

BALLART, X. (1998). "La 'industria' de la evaluación y bibliografía básica". En ***Gestión y Análisis de Políticas Públicas***, nº 11-12.

BANDURA, A., y WALTERS, R.H. (1974). **Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad**, Madrid, Alianza.

BARATAS, M.D. (1992). "*Modelo intervención en drogodependencias*", en **Cuadernos de Terapia Familiar**, nº 21.

BARATAS, M.D. (1992). "*Los sentimientos en la intervención con pacientes afectados por VIH y SIDA*". Cáceres, **Actas XIII Jornadas Nacionales de Terapia Familiar**.

BARCA, A.; OTERO, J.M.; MIRÓN, L. SANTORUM, R. (1986). "*Determinantes familiares, escolares y grupales del consumo de drogas en la adolescencia: Implicaciones para el tratamiento*", en ***Estudios de Psicología*** nº 25.

BARENBLIT V, DIAZ M. (1997). "*Supervisión en el campo de las drogodependencias*", en AUTORES VARIOS, **Supervisión clínica e institucional de drogodependencias**, San Sebastián, AGIPAD.

BASAGLIA, F. (1972). **La institución negada**, Barcelona, Barral.

BATOR, T. F., OMÁN, M., DESBOCA, F. K., HESSELBROCK, V., MEYER, R. E., DOLINSKY, Z. S. y ROUNSAVILLE, B. (1992). "*Types of alcoholics. 1: Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity*", en ***Archives of General Psychiatry***, 49.

BECOÑA, E. (1999). **Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas**. Madrid, Plan Nacional sobre Drogas.

BELART A.; FERRER, M. (1999). **El ciclo de la vida. Una visión sistémica de la familia**. Bilbao. Editorial Desclee de Brouwer.

BELBIN, M. (1993). **Roles de equipo en el trabajo**. M. Belbim.

BENTHAM, J. (1989). **El panóptico**. Madrid: Ediciones La Piqueta.

BERTALAMFFY, L. (1976). **Teoría general de los sistemas**, México, Fondo de Cultura Económica.

BIMBELA, J.C. (2000). **Cuidando al cuidador. Counseling para médicos y otros profesionales de la salud**, Documentos Técnicos nº 12. Escuela Andaluza de Salud Pública.

BION, W.R (1959). **Experiencias en Grupos**, Barcelona, Paidos, 1985.

BION, W.R. (1962). **Aprendiendo de la experiencia**, Barcelona, Paidos, 1980.

BOWEN. M. (1993). **De la familia al individuo. La diferenciación del si mismo en le sistema familiar**, Barcelona, Paidós.

BRAVO, A. (S/F). "*Las relaciones afectivas en la educación, la gran diferencia*" http://www.pespmcl.vub.ac.be/nutshell.html

BROEKAERT, E. y VAN DER STRAETEN, G. (1998). "*History, philosophy and development of the therapeutic community in Europe*", en **ITACA, Vol. 3, nº 2**.

BRONFENBRENNER, U. (1987). **La ecología del desarrollo humano**, Barcelona, Paidós.

BUSTELO, M. (1999). "*Diferencias entre evaluación e investigación: una distinción necesaria para la identidad de la evaluación de programas*", en **Revista Española de Desarrollo y Cooperación**, nº 4.

BUSTELO, M., CEMBRANOS, F. (1988). *La animación sociocultural: una propuesta metodológica*, Madrid, Popular.

BUSTELO M.; LIGERO J.; MARTÍNEZ M. (2003). "*Fichas del Maletín Pedagógico"*. Material docente del **Experto en Evaluación de Programas y Políticas Públicas**. Madrid. Centro Superior de Estudios de Gestión, Análisis y Evaluación. UCM.

Bustelo M.; Ligero J.; Martínez M. (2005). "*Fichas del Maletín Pedagógico*". Material docente del **Máster en Evaluación de Programas y Políticas Públicas**. Madrid. Centro Superior de Estudios de Gestión, Análisis y Evaluación. UCM.

Bustelo M.; Ligero J.; Martínez M. (2002). "*Fichas del Maletín Pedagógico*". Material docente del **Diploma Certificado en Evaluación de Programas**. Madrid. Asociación Proyecto Hombre.

CANCRINI, L. (1982). **Los temerarios en las máquinas voladoras**. Buenos Aires, Nueva Visión.

CANCRINI, L.; CONSTANTINI, D. Y MAZZONI, S (1985). "*Toxicomanía entre jóvenes: estudio de su tipología y pertinencia con programas de tratamiento*", en **BOLETÍN DE ESTUPEFACIENTES DE NNUU, VOL.37, nº 2-3**.

CARCAS, R., IRURITA, I., MALEA, A., TENORIO, J., VILLALTA, M. (1995). "*Avance del perfil del psicólogo en drogo-dependencias*", en **Papeles del Psicólogo**, 63, 1995.

CASCON, P. (2000). **Educar para la paz y el conflicto**, Barcelona, Cisspraxis.

CASTILLEJO, J.L. (1981). "*Modelo funcional del proceso educativo*", en Castillejo, J.L. et al: **Teoría de la Educación**. Madrid, Anaya.

CASTILLON, B.; CAMPOS, C.; JOSA C. (2004). "*Estudio descriptivo entre el trastorno dual y los estilos educativos parentales en la comunidad terapéutica de Proyecto Hombre del Centro de Solidaridad de Zaragoza*" Zaragoza, **V Congreso Nacional y VI Europeo sobre Trastornos de personalidad**.

CAURIN, P; SEVA, A; GALINDO, F.; AUSEJO, M. (2004). "*Estudio descriptivo de personas drogodependientes dadas de alta en Proyecto Hombre Zaragoza entre 1988 y 2000*". Zaragoza, **Anales Universitarios Españoles de Psiquiatría**.

CEMBRANOS, F.; MONTESINOS, D.H.; BUSTELO, M. (1989). **La Animación Sociocultural: una propuesta metodológica**. Madrid. Editorial Popular.

CERVANTES, M y CAÑELLAS, J. (2002). "P*roblemáticas emergentes en CCTT: relaciones afectivas en el marco de CT*", en AUTORES VARIOS (2002), **Jornadas de Comunidades Terapéuticas de UNAD**, Madrid, UNAD.

CHAMBERS, R. (1995). "*Métodos abreviados y participativos a fin de obtener información social para los proyectos*", en CEMEA, Michael (coord.) **Primero la gente: variables sociológicas en el desarrollo rural**, Fondo de Cultura Económica. México.

CIRILLO, S. (1999). **La familia del toxicodependiente**, Barcelona, Paidos.

CLARK, D. H. (1964). **Psiquiatría administrativa: Los roles en la Comunidad Terapéutica**, Buenos Aires, Nueva Visión, 1973.

CLONINGER, C. R. (1987). **Neurogenic adaptive mechanisms in alcoholism. en Science**, 236.

COHEN, E y FRANCO, R. (1993). **Evaluación de proyectos sociales**. Madrid, Siglo XXI.

COLEMAN, J., & HENDRY, L. (2003). **Psicología de La Adolescencia** (4ta Edición). Madrid: Ediciones Morata.

COLL, C.; MARTÍN, E.; MAURI, T.; MIRAS, M.; ONRUBIA, J.; SOLÉ, I.; ZABALA, A. (1993). **El constructivismo en el aula**. Barcelona, Graó.

COMAS, D. (1988). **El Tratamiento de la drogodependencia y las comunidades terapéuticas**, Madrid, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas.

COMAS, D. (1992). **Las comunidades terapéuticas profesionales**. Barcelona: Asociación de profesionales de Comunidades terapéuticas para toxicómanos (APCTT).

COMAS, D. (1994). **Criterios y normas para la homologación de Comunidades Terapéuticas Profesionales para Toxicómanos**, Barcelona, APCTT.

COMAS, D. (1995). "D*esarrollo de la Comunidad Terapéutica profesional en España: la función de la evaluación*", en LAMEIRAS, M. y LÓPEZ, A. (1995), **La prevención y el tratamiento de la drogodependencia**, Vigo, Universidad de Vigo.

COMAS, D. (1998). "*Ciudadanos, profesionales, instituciones, programas de investigación y movimientos sociales en la prevención de las drogodependencias*", en **INTERCAMBIO, Nº 1**.

COMAS, D. (2000). "*Historia y situación actual de las comunidades Terapéuticas en el ámbito español*", en AUTORES VARIOS (2000), **La comunidad terapéutica en la red asistencial: Objetivos y Estrategias**, Sevilla, FADA/ ITACA.

COMAS, D. (2002). "*Historia de la implantación y desarrollo de las Comunidades Terapéuticas en España*", en ABEIJÓN, J.A. y PANTOJA, L. (2002), **Comunidades Terapéuticas: pasado, presente y futuro**, Bilbao Universidad de Deusto.

COMAS, D. (2005). "*Las experiencias de ocio como aprendizajes para la vida*". **Congreso Ser Adolescente Hoy**, Madrid. FAD.

COMAS, D. (2006). **Comunidades Terapéuticas en España: situación actual y propuesta funcional**, Madrid, Fundación Atenea /PNsD.

COMAS, D. (2008). "*La metodología de Comunidad Terapéutica. Una apuesta de futuro*". **Revista Española de Drogodependencias nº3**.

COMAS, D. (2010). **Un lugar para otra vida: Los centros residenciales y terapéuticos del movimiento pentecostal y carismático en España**, Madrid, Fundación Atenea.

COSTA, M. y LÓPEZ, E. (1991). **Manual para el Educador Social. Habilidades de Comunicación en la relación de ayuda. Madrid**. Ministerio de Asuntos Sociales.

CRESPO, I.; LALUEZA, J.L. & PERINAT, A. (1994). "*Derecho a la propia cultura: Universalidad de valores o sesgo de la cultura dominante*". **Infancia y sociedad** 27/28.

DARWIN, Ch. (1858). **El origen de las especies**, Madrid, Espasa Calpe.

DAWKINS, R. (1995). **El gen egoísta**, Barcelona, Salvat.

De BONO, E. (1988). **Seis sombreros para pensar**, Buenos Aires, Granica.

DE LEON, G. (1997). "*Comunidades Terapéuticas*", en GALANTER y CLÉBER (1997), **Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias de la American Psychiatric Press**, Barcelona, MASSON.

DE LEON, G. (2002). **La Comunidad Terapéutica y las adicciones: Teoría, modelo y método**, Bilbao, Desclée de Brouwer, 2004.

DE LEON, G., BESCHNER, G. (1976). **The Therapeutic Community-Proceedings of TC of America**, NIDA, Services Research Report.

DE VEGA, J. (1994). "*Formación de equipos en intervención sistémica con adictos*". Vitoria, **Actas XV Jornadas Nacionales de Terapia Familiar**.

DELORS, J. (1996). **Informe Delors. La educación encierra un tesoro**. Madrid, Unesco-Santillana.

DÍAZ, O.; SANABRIA, M.; SANABRIA, P. (1992). "T*erapia familiar con toxicómanos: Principales enfoques y eficacia*", en **Cuadernos de terapia familiar** nº 19.

DIAZ-AGUADO, M.J. (1996). **El desarrollo socio emocional de los niños maltratados**, Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales.

DÍEZ, D. (2001). "*Cómo tratar con adolescentes el tema de las drogas*". En TRABAJO SOCIAL HOY. **Monográfico: Trabajo Social con infancia y adolescencia II**. Madrid. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes sociales.

DSM-IV (1995). **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales**, Barcelona, Masson S.A.

ECHEVERRIA, R. (2001). **Ontología del Lenguaje**. Granica: Buenos Aires.

Eibl-Eibesfeldt, I. (1993). **Biología del comportamiento humano**. Alianza. Madrid.

ENCICLOPEDIA ONLINE DE AMEI. "*La escuela sociohistórico-cultural de Lev Semenovich Vigotsky*".
www.waece.org

ERICKSON, M. (1980), T**erapia no convencional**. Buenos Aires, Editorial Amorrortu.

ERRO, M. (1994). **Evaluación de comunidades Terapéuticas para drogodependientes**, Vitoria, Secretaria General de Drogas.

ESPINOZA, M. **Evaluación de proyectos sociales**. Humanitas. Buenos Aires, 1983.

ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS 2000-2008, PNSD (2000).

EUSKALIT (2004). **Equipos de mejora y herramientas**. Euskalit.

FERNÁNDEZ, C. (1998). "*Investigación y desarrollo de la calidad en Comunidades Terapéuticas europeas*" en **ADICCIONES**, Vol. 10, nº 1.

FERNÁNDEZ-MONTALVO, J. et alt. (2004). "T*rastornos de personalidad y abandonos terapéuticos en pacientes adictos: resultados en una Comunidad Terapéutica*", Granada en **International Journal of Clinical and Health Psychology** mayo, año/vol.4, número 002 pp 271-283.

FISHAM, H y ROSMAN, B. (1990). **El cambio familiar. Desarrollo de modelos**. Barcelona, GEDISA.

FOSTER, S.; GURMAN, A.S. (1988). **Psicoterapias contemporaneas. Modelos y métodos**. Bilbao, Desclee de Brouwer.

FRANCH, J y MARTINELL, A. (1994). **Animar un proyecto de educación social**. Barcelona, Paidos.

FREUDENBERG, H. (1974). "*Staff burnout*", en **Journal of Social Issues** 30 (1).

FREUDENBERG, H.J. (1980). **Burn out: The high costs of high achievement**. New York: Anchor Press / Doubleday.

FUNES, J. (2003). "*¿Cómo trabajar con adolescentes sin empezar por considerarlos un problema?*", en **Papeles del psicólogo** nº 84.

FUNES, J. (1990). **Nosotros, los adolescentes y las drogas**, Madrid, Ministerio de sanidad y consumo. Delegación Gobierno PNSD.

FUNES, J. (2005). "*El mundo de los adolescentes: propuestas para observar y comprender*" **Revista Educación Social**, nº 29.

GARCÍA ARETIO, L. (1992). **Teoría de la Educación** (2 tomos). Madrid: UNED.

GARCÍA, J.E. (1990). **Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar**. Madrid, Tecnipublicaciones.

GARCÍA GARRIDO, J.L.; ALEJOS, C.-J.; RODRÍGUEZ, A. (2001). **Esquemas de Pedagogía Social**. Pamplona. Ediciones Universidad de Navarra.

GARCIA MARTÍN E. (1996). "*Factores familiares (emoción expresada) y su incidencia en la recaída y abandono del tratamiento en pacientes toxicómanos*" Universidad del País Vasco. Tesis Doctoral.

GARCÍA, E., ROLDAN, G. y COMAS, D. (1995). **Estudio de seguimiento de la Comunidad Terapéutica Haize-Gain 1982-1992**, San Sebastián, AGIPAD.

GERVASIO, E. (2009). La Comunidad Terapéutica en la rehabilitación de la drogodependencia y el alcoholismo, resumen de una experiencia, en: **http://www.elreparo.org.ar/modelo.htm**

GIL, P. (1981). **Teoría Matemática de la Información**, ICE. Madrid.

GIRÓN, S.; MARTÍNEZ, J.M.; GONZÁLEZ, F.: "*Drogodependencias Juveniles: Revisión sobre la utilidad de los abordajes terapéuticos basados en la familia*", en **Trastornos adictivos** nº 4.

GÓMEZ, M. y MUÑIZ, L. "*Premio Cruz Roja 2007 a las Buenas Prácticas en Inclusión Social para Menores Adictos a Sustancias Tóxicas*" **www.practicasinclusion.org**

GONZÁLEZ, M.P. (1997). "**Orientaciones teóricas fundamentales en psicología de los grupos**". EUB. Barcelona.

GONZÁLEZ, M.P. (Coordinadora) (1997). "**Psicología de los grupos. Teoría y aplicaciones**". Síntesis. Madrid.

GONZÁLEZ, M.P., BARRULL, E., PONS, C. y MARTELES, P. (1998). "*¿Puede ser el déficit afectivo una causa de enfermedad?*, en: **http://www.biopsychology.org/biopsicologia.**

GONZÁLEZ, M.P., BARRULL, E., PONS, C. y MARTELES, P. (1998). "*¿Qué es el afecto?*", en: **http://www.biopsychology.org/biopsicologia**

GOODALL, J. (1994). **A través de la ventana**, Barcelona, Salvat.

GOTI, M. E. (1990). **La Comunidad Terapéutica**, Buenos Aires, Nueva Visión.

HART, R. (2001). **La participación de los niños en el desarrollo sostenible** Ed. Pau Educación. Barcelona.

HALEY, J. (1985). **Trastornos de la enmancipación juvenil y terapia familiar**. Buenos Aires, editorial Amorrortu.

IBARZABAL, E. (1998). **La pasión de mejorar. Si seguimos igual sólo conseguiremos lo mismo**, Madrid, Díaz de Santos.

IMBER-BLACK y otros (1990). **Rituales terapéuticos y ritos en la familia**. Barcelona, GEDISA.

IRCT (2008). **Anual Report 2007**, Copenhague, IRCT.

IUDC. **Evaluación de proyectos de ayuda al desarrollo. Manual para evaluadores y gestores**. Ed. Instituto Universitario de Cooperación y Desarrollo-UCM/ CEDEAL. Madrid, 1997.

JONES, M. (1952). **Social psychiatry; a study of Therapeutic Communities**, Londres, Tavistock.

JONES, M. (1953). **The Therapeutic Comunity: a new treatment method in psychiatry**, Nueva York, Basic Books.

JONES, M. (1963). **Beyond the Therapeutic Community: Social learning and social psychiatry**, New Haven, Yale University Press. Versión en español, Más allá de la Comunidad Terapéutica, Buenos Aires, Genitor, 1968.

JONES, M. (1968). **Social Psychiatry in practice: the idea of the Therapeutic Community**, Harmondsworth, Penguin Books. Versión en español: **La Psiquiatría Social en la práctica: la idea de la Comunidad Terapéutica**, Buenos Aires, Americalee, 1970.

JONES, M. (1976). **Maturation of the Therapeutic Community: an organic approach to health and mental health**, Nueva York, Human Sciencies Press.

JONES, M. (1980). "*La Comunidad Terapéutica ¿sobrevivirá y crecerá?*", **BOLETÍN DE LA SEPTG**, 1991.

JONES, M. (1985). "*Una revisión de los dos modelos de Comunidades Terapéuticas*". Resumen ponencia **8º Congreso Mundial de CCTT**, Roma: Editado Actas V Jornadas APCTT. Alborada, p.33.

JONES, M. (1988). **Comunita Terapeutica: Conversazioni con Maxwell Jones**, Roma, CIS.

JONES, M. (1986). «*Pourquoi deux types de communautes therapeutiques*», en **PSYCHOTROPES, Vol III; nº 1**. Original publicado en: JOURNAL OF PSYCHOACTIVE DRUGS (1984), vol.16; nº1.

KALINA, E. (1987). "*La familia del drogadicto: 15 años de experiencia*" Valencia, **Drogalcohol, vol. 4**.

KARTERUD, S. (1998). "*Encuentros comunitarios y comunidad terapéutica*". En KAPLAN & SADOCK (Eds.).**Terapia de grupo**. Editorial medica latinoamericana.

KENBERG, O.F. (1984). **Trastornos Graves de la Personalidad**. Ediciones Manual Moderno.

KNOTH, E. (1992). "*La toma de decisiones sobre acogimientos e internamientos infantiles*", en **Anuario de Psicología, nº53**.

KOOYMAN, M. (1993). **La Comunidad Terapéutica para drogodependientes**. Madrid, Editorial Mensajero.

KORDON, D. R. y EDELMAN, L. I. (1986). **Efectos psicológicos de la represión política**, Buenos Aires, Planeta.

KOURILKY, F. (2004). **Coaching. Cambio en las organizaciones**. Madrid, Pirámide.

KRUEGER, R. A. (1988). **Focus groups: A practical guide for applied research**. London: Sag.

LABORIT, H. (1975). **Introducción a una biología del comportamiento**. Barcelona, Península.

LE BLANC, M., DIONNE, J., GREGOIRE, J.J., PROULX, J.; TRUDEAU-LE BLANC, P. (1998). **Intervenir autrement: un modèle différentiel pour les adolescents en difficulté**. Montreal, Quebec: Les Presses de l'Universite de Montreal.

LEFEBVRE, H. (1972). **La vida cotidiana en el mundo moderno**. Madrid, Alianza.

AUTORES VARIOS, (2006). **Comunidades Terapéuticas: Nuevos Enfoques**, II Jornadas del Instituto de Adicciones Madrid Salud, (2006).

LILLO, J.L. (2004). "*Crecimiento y comportamiento en la adolescencia*", en **Revista AEN** nº 90. Asociación Española de Neuropsiquiatría.

LINARES, J. (1996). **Identidad y narrativa: la terapia familiar en la práctica clínica**. Barcelona, Paidós.

LLORENTE, J.M. y FERNANDEZ C. (1999). "*Comunidad Terapéutica profesional en el abordaje de pacientes en tratamiento con metadona*", en **TRASTORNOS ADICTIVOS, Vol. 1**, nº 2-3.

LLORENTE, JM. et al. (1999). "*Comunidades Terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro*" en **ADICCIONES Vol. 11**, nº 4.

LOPEZ, F., ETXEBERRIA, I., FUENTES, MªJ. y ORTIZ, MªJ. (1999). **Desarrollo afectivo y social**. Madrid, Pirámide.

LUJAMBIO, L. y MUÑIZ F, (2005). "*Modelo de intervención para menores con problemas de consumo y de conducta de Dianova*", AUTORES VARIOS, (2005), **Menores y Drogas**, Pamplona, Dianova.

MAE-SECIPI-AECI (1998/2001). **Metodología de evaluación de la Cooperación Española I y II**, Madrid, Ministerio de Asuntos Exteriores.

MAJOOR, B. (1986). "*What is burn out?*" En: KAPLAN & KOOYMAN (Eds.). **Proceedings of the ICCA 15th International Institute on Prevention and Treatment of Drug Dependence**, Rotterdam: Erasmus University,

MANNING, N. (1989). **The Therapeutic Community Movement: Carisma and Routinization**, Londres, Routledge.

MARC, E y PICARD, D. (2000). **L´Ecole de Palo Alto. Un nouveau regard sur les relations humaines**, Paris, Retz.

MARTENS J. (1999). "*Mujer en la comunidad terapéutica*", en **PROYECTO**, nº 30.

MARTÍN, E.; DÁVILA, L.M. (2008). "*Redes de apoyo social y adaptación de los menores en acogimiento residencial*". En **PSICOTHEMA, 20(2): 229-235**.

MARTÍN, E.; GONZÁLEZ, M.S. (2007). "L*a calidad del acogimiento residencial desde la perspectiva de los menores*", En **INFANCIA Y APRENDIZAJE, 30(1): 25-38**.

MEGÍAS, E. (1997). "*Indicación terapéutica en toxicomanías*", en **COMUNIDAD Y DROGAS**, Nº, 4.

MENDIA, R. (1991). "*Principios pedagógicos del Tiempo Libre. Corrientes de Pensamiento*" en **Infancia y Sociedad nº8** (Marzo-Abril).

MINUCHIN, S. (1979). **Familias y terapia familiar**. Barcelona, GEDISA.

MINUCHIN, S. (1993). **La recuperación de la familia. Relatos de esperanza y renovación**. Barcelona, Páidos.

MINUCHIN, S. (1994). **Técnicas de terapia familiar**, Buenos Aires, Páidos.

MUNDUATE y BARÓN. "**La mediación como estrategia de resolución de conflictos**" Junta de Andalucía. Comisionado para la Droga.

MUNNE, F. (1989). **Entre el individuo y la sociedad**, Barcelona, PPU.

MUÑOZ, J.J.; NAVAS, E.; GRAÑA, J.L.; y MARTINEZ, R. (2006). "*Subtipos de drogodependientes en tratamiento: apoyo empírico para una distinción entre Tipo A y Tipo B*.", en **Psicothema 18** (1).

MUSITU, G. (2006). "*Vida familiar y consumo de drogas*". Valencia, **Congreso Familia y Drogas de la FAD**.

NADEAU, L. (1987). "*¿Cuándo la Comunidad Terapéutica para toxicómanos se convierte en maltratante?*", en **REVISTA ESPAÑOLA DE DROGODEPENDENCIAS, Vol 12; nº 2**.

NEWFIELD CONSULTING (2003A). **Coaching Ontológico**.

NEWFIELD CONSULTING (2003B). **Trabajo en equipo**.

NIDA (2003). **La Comunidad Terapéutica**, Washington, NIDA.

NÚÑEZ, V.M. (1990). **Modelos de educación social en la época contemporánea**. Barcelona: PPU.

NÚÑEZ, V.M. (1995). "*Resumen de la ponencia presentada al I Congreso Estatal del Educador Social*", en Actas del **I Congreso Estatal del Educador Social: 310-316**.

O´DONNELL, P. (1974). **Teoría y técnica de la psicoterapia grupal**, Buenos Aires, Amorrortu.

OCHOA, E. (1997). "*Problemas de conducta en pacientes HIV+ hospitalizados: repercusión en los profesionales*", en **PSIQUIATRIA COMUNITARIA, Vol. 1, No. 1**.

OLIVA, A. (2003). "*Adolescencia en España a principios del siglo XXI*", en **Cultura y Educación nº 15**.

OLIVAR, A. (2005). "*La educación social en el tratamiento de drogodependencias*", en **REVISTA PERUANA DROGODEPENDENCIAS, 3**.

OLIVAR, A. y TEMBRÁS, A. (2007). "*La educación social en el tratamiento de drogodependencias (II): Estrategias y procedimientos.*" en **REVISTA PERUANA DE DROGODEPENDENCIAS, 5**.

OLIVAR, A.; SANCHÍS, E. y ROS, S. (2008). "*El educador social en Comunidad Terapéutica: situación actual, reflexiones y propuestas*", en **REVISTA ESPAÑOLA DE DROGODEPENDENCIAS**.

OLIVAR, Á; PEDRERO, E.J. (2004). "*Evaluación de la intervención socioeducativa en Comunidad Terapéutica: estudio de una muestra mediante el CCE-R*", en **TRASTORNOS ADICTIVOS, 6 (1**).

OMS (1953). **The Community Mental Hospital**, Ginebra, OMS.

OMS (1979). **Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000. Principios básicos y cuestiones esenciales**, Ginebra, OMS.

OTTENBERG (1991). "*The educational value system of Therapeutic Communities*", en HELLINCTX, BROCSKAERT, VAN DER BERGE & COLTON (Eds.), **Innovations in residential care,** Lowen, ACCO.

PALACIOS AJURIA, L. (2003). **Abordaje multifamiliar de las adicciones**. Madrid, Colegio Oficial de Psicólogos.

PAN H., SCARPITTI F.R., INCIARDI J.A., LOCKWOOD D. (1993). "*Some considerations on therapeutic communities in corrections*", en INCIARDI, J.A. (1993), **Drug treatment and criminal justice**, Newsbury Park, SAGE.

PANTOJA, L. (2005). **Los menores vulnerables y su relación con las drogas**. Bilbao, Universidad de Deusto.

PAPP, P. (1994). **El proceso de cambio**. Barcelona, Páidos.

PARCERISA, A. (1999). **Didáctica en la educación social: enseñar y aprender fuera de la escuela**. Barcelona. Graó.

PATTON, (1997). **Utilization – Focused Evaluation**. The New Century Text. Sage. Thousand Oaks.

PEDRERO, E.J.; OLIVAR, Á. (2003). "*Revisión del Cuestionario de Cambio Educativo en Comunidad Terapéutica Profesional (CCE-R): estructura factorial y relación de la socialización con variables de personalidad y psicopatología*". En **TRASTORNOS ADICTIVOS, 5 (2)**.

PÉREZ DEL RÍO, F. y MARTÍN, I. (2008). **Nuevas adicciones: ¿Adicciones nuevas?**, Guadalajara, Intermedio.

PETRUS, A (1995). **Pedagogía Social**. Barcelona. Ariel.

PITTMAN, M; FRANK, S. (1990). **Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis**. Buenos Aires, Paidós.

Plan Municipal de Adicciones, **Tratamientos y Servicios. Comunidad Terapéutica "Hacienda de Toros"**, Marbella.

POLO, LL y ZELAYA, M. (1985). **Comunidades para toxicómanos**. Madrid, Dirección General de Acción Social-Cruz Roja.

PRIP, K. (1985). **Psychoterapy for torture survivors: A basic introduction**. Copenhague, International Rehabilitation Council for victims of torture.

PROCHASKA, J.O. y DICLEMENTE, C.C. (1984). **The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of change**. Homewood, IL: Dorsey Press.

QUINTANA, J.M. (2002). "*Teorías de la educación según su base antropológica*". En: Bouche, H.; García, M.; Quintana, J.M.; Ruiz, M.: **Antropología de la Educación**. Madrid. Síntesis.

RAPOPORT, R.R. (1968). "*Comunidades Terapéuticas"* en David Sills (1968), **Enciclopedia internacional de las ciencias sociales**, Madrid, Aguilar.

REDONDO, E., MUÑOZ, R., TORRES GÓMEZ DE CADIZ, B. (1998). **Manual de buena práctica para la atención residencial a la infancia y adolescen-**

**cia. Estándares de calidad para la atención de niños y adolescentes en dispositivos residenciales**, Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI) y Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Madrid.

RODRÍGUEZ, I. (1997). "*Realidad de la intervención socio-educativa en drogodependencias. Aportaciones al trabajo interdisciplinar*", en Camacho, A.J., Castillo, A.J. & Monge, I. (eds.). **Intervención socioeducativa sobre drogodependencias en Andalucía**. Sevilla. Junta de Andalucía. Comisionado para la Droga.

RODRIGUEZ, I. (2002). "*Evaluación de la eficacia de los tratamientos en Comunidad Terapéutica: la visión de los usuarios y sus familias*", en Abeijon J.A y Pantoja, P.(2002). **Comunidades Terapéuticas: pasado, presente y futuro**, Bilbao Universidad de Deusto.

RODRÍGUEZ, A. (coord.) (2002). **Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos**, Madrid, ed. Pirámide.

RODRIGUEZ, I. (1998). **La Comunidad Terapéutica para Toxicómanos: una evaluación (1983-1996)**, Madrid, UNED.

RODRIGUEZ, M. y SANZ, M.R. (1987). "*Estudio sobre drogadicción: Una aproximación a la estructura familiar del toxicómano*". **Clínica y análisis grupal, vol. 10, nº 3. págs. 101-109**.

ROIG, A. (1986). "*El modelo americano de Comunidad Terapéutica y su difusión en Europa*", en **XIII JORNADAS NACIONALES DE SOCIDROGALCOHOL**, Palma de Mallorca.

ROLDAN, G. (1992). "*Institucionalización en drogodependencias; Las Comunidades Terapéuticas*". En **Revista Intervención Psicosocial, nº2**.

ROLDAN, G. (1994). "*Droga dependencia y grupo*". Barcelona, **Revista Clínica y Análisis grupal, nº 67**.

ROLDAN, G. (2001). "*Treatment of drug addicts by a professional staff team using a Therapeutic Community and group psychotherapy*", en Therapeutic Communities, 22(1).

ROLDÁN, G. (2002). "*La función de la comunidad terapéutica, ayer y hoy*", en Abeijón, J.A. y Pantoja, L. **Las comunidades terapéuticas: pasado, presente y futuro**. Bilbao: Universidad de Deusto.

ROMANÍ, O. (1993). "*Asistencia y relaciones informales: la integración social de los drogodependientes*". En VV.AA.: **Las drogodependencias: perspectivas sociológicas actuales**. Madrid. Ilustre Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología.

RUEDA, J.M. (1990). **Modalidaes de trabajo en la comunidad**, Barcelona, Ayuntamiento de Barcelona.

SALES, J.A. (1991). "*La Comunidad Terapéutica*", en SÁNCHEZ, A. (1991), **Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y operativas: Métodos de intervención**, Barcelona, Promociones y Publicaciones Universitarias – PPU, 2a ed.

SÁNCHEZ, E, TOMÁS, V. (2003). "*Dificultades en el tratamiento psicológico del abuso de cocaína*" en **Psiquis; 24 (1)**.

SARRAMONA, J. (1992). **La educación no formal**. Barcelona. Ediciones CEAC.

SARTORI, Mª G. (2006). "*Uso y abuso de sustancias: pensando en el paciente*" en **AREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES, nº especial**.

SCRIVEN M. (1967). "*The methodology evvaluation*" en Tyler, R. ,Cagne,R &Scrien M. "**Perspective of curriculum Evaluation**" (Chicago: Rand McNally /Monograph Series in Curriculum Evaluation nº1).

SCHÖN, D.A. (1983). **The reflective practitioner: how professional think in action**. Londres. Temple Smith.

SILVA, I. (2007). **La adolescencia y su interrelación con el entorno**. Injuve. Estudios. Edición electrónica.

SORIANO F. (1985). "*Psicoterapia familiar con drogodependientes*". Valencia, **Drogalcohol vol. 10, nº 3**.

STANTON, M.D. y TODD, T.C. (1988). **Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas**. Barcelona, GEDISA.

STEINBERG, L. & SILK, J.S. (2002). **Parenting adolescents**. En M.H. Bornstein (Ed.), Handbook of parenting. *Children and parenting* (Vol.1), New Jersey. LEA.

STEINBERG, Steinberg, L. (2002). **Clinical adolescent psychology: what it is, and what it needs to be**. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70, 124-128.

STUFFLEBEAM, D. & SHINKFIELD, A. **Evaluación sistemática. Guía teórica y práctica**. Paidós. Madrid, 1987.

SURDO, E. (1997). **La magia de trabajar en equipo**. Madrid, Cierzo.

TINOCO, R. (2006). "*Comunidades terapéuticas livres de drogas: intervençào ideológica à intervençào psicoterapêutica*" en **TOXICODEPENDENCIAS, Vol. 12, nº 1**.

TIZÓN, J.L. "*Prevención de los problemas de salud mental del embarazo en la adolescencia*". www.uv.es/previnfad/EmbAdol.htm. Grupo de trabajo sobre salud mental en atención primaria del PAPPS-semFYC.

TODOROV, T. (1995). **La vida en común**, Barcelona, Taurus.

TORREGO, J.C. (2001). "*Modelos de regulación de la convivencia*". **Cuadernos de pedagogía, nº 304 (2001b), pp. 20-28**.

TORREGO, J.C., Y FUNES, S. (2000). "*El proceso de mediación escolar en los IES de la Comunidad de Madrid*", Madrid, **Organización y gestión educativa, nº 4(2000), pp. 40-43**.

TORREGROSA, J.R. (1982). "*Emociones sentimientos y estructura social*", en J.R. Torregrosa y E. Crespo. **Estudios básicos de Psicología Social**, Barcelona, Hora.

NACIONES UNIDAS (2003). **Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas. Análisis de pruebas científicas**, Nueva York, Naciones Unidas.

TSIBOUKLI, A. (1997). "*Programas de formación para personal nuevo de CCTT: la necesidad de un curriculum común*", en **ITACA, Vol. 2, nº 1**.

VADÉS, N. (2002). **Nuevas contribuciones en psicoterapia de adolescentes y la organización del sí mismo como parte del desarrollo**. http://www.psicocentro.com/cgibin/articulo_s.asp?texto=art26001

VAILLANT, G.E. "*A twenty year follow up at New York narcotic addict* ". **Archives of General Psychiatry. 29 pp 237-241**. 1973.

VALVERDE, J. (2000). **Proceso de inadaptación social**. Madrid. Editorial Popular.

VEDUNG, E. **Evaluación de políticas públicas y programas**. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid, 1997.

VEGA FUENTE, A. (2000). "*La acción socioeducativa ante la inserción social del drogodependiente*", En Camacho, A.J., Castillo, A.J. & Monge, I. (eds.). **Prospectiva y realidad de la incorporación social sobre drogodependencias en Andalucía**. (pp. 9-25). Sevilla.

VILAR, J. (1996). "*De la planificación a la programación. Instrumentos metodológicos para el diseño de las intervenciones socioeducativas*", en **EDUCACIÓN SOCIAL, 3: 11-49**.

VILLANUEVA, JD (2001). "*El aprendizaje de los adultos*", en **MEDICINA DE FAMILIA, 2**.

WATZLAWICK, P. (1977). **The interactional view**, Nueva York, Norton and Compagny.

WATZLAWICK, P. (1983). **Lógica de la comunicación humana**. Barcelona, Herder.

WEISS, C. (1975). **Investigación evaluativa**. México, Trillas.

WEISS, Carol H. (1998). **Evaluation. Methods for Studying Programas and Policies**. Second Edition. Upper Saddle River (NJ): Prentice Hall.

YABLONSKY, L. (1989). **The Therapeutic Community**, Nueva York, Garner Press.

La Metodología de la Comunidad Terapéutica
DICIEMBRE 2010

La noción ***Comunidad Terapéutica*** ha sido visualizada de forma habitual como un espacio, como un lugar físico sobre el que se configuraba un tipo de institución residencial, la cual se supone, que en general, atiende a personas con problemas de drogas. Son pocos los que saben que nació como una metodología ajena a las adicciones y muchos menos, quizá, los que saben que en la actualidad se trata de recuperar este perfil, procurando presentarse como una metodología adecuada, especialmente adecuada se puede decir, para la gestión, la intervención asistencial y el cuidado de personas, en centros residenciales dirigidos hacia un variado perfil de trastornos y problemas de comportamiento.

Este manual recupera la vieja noción de Comunidad Terapéutica como metodología de trabajo adaptada a las necesidades y demandas actuales. Ha sido concebido como soporte para un Experto Profesional de la UNED y en el mismo participa el profesorado que se ocupaba de la docencia del mismo.

Fundación Atenea

Con la financiación de:

GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD pnsd