

¿Tratable o intratable? La comunidad terapéutica para drogodependientes, una alternativa

Revisión

Resumen

En el presente trabajo se da cuenta del tratamiento para drogodependientes en comunidad terapéutica. Se analiza las distintas vertientes que esta abarca, desde lo conductual y su modificación de hábitos, hasta lo axiológico y la implantación de valores. Desde lo familiar y la consideración del paciente como emergente de una problemática que lo trasciende, hasta lo psicodinámico y la reparación de las roturas de la identidad. También se transita por la vertiente biológica y la importancia de la psicofarmacología, así como por la estructura y la dinámica de las actividades dentro de la comunidad. Se concluye que para el tratamiento de estos pacientes es fundamental la tarea interdisciplinaria y que la comunidad terapéutica es un claro ejemplo de este tipo de tarea y, por último, que tanto la reinserción social como el tratamiento son posibles en algunos de los pacientes adictos.

Palabras clave

Adicciones
Comunidad terapéutica
Estructura
Interdisciplina
Reinserción social
Alternativa viable

Summary

This paper intends to account for a therapeutic community-based treatment setting for drug dependent persons. With this purpose, different areas within this approach are assessed, involving behavioral and habit modification strategies, as well as axiological and value implantation issues. Constructs include family aspects, considering the patient as an emergent of a problematic situation that goes beyond him, to psychodynamic aspects and interventions to set up identity fractures. The biologic array is also included, outstanding pharmacologic strategies, as also are the structure and dynamics of the different activities inside the community. The conclusion is that an interdisciplinary approach is essential for the treatment of these patients, and that the therapeutic community is a clear example of such a strategy. Finally, it is concluded that social reinsertion and treatment are possible in some addict patients.

Key words

Addictions
Therapeutic community
Structure
Interdiscipline
Social reinsertion
Feasible alternative

Autor

Claudio Danza

Licenciado en Psicología. Postgrado de Especialización en Drogodependencias (UCUDAL). Psicoterapeuta psicoanalítico de adultos. Diplomado en Dirección de Comunidades Terapéuticas (Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas). Profesor adjunto de Psicopatología Fundamental y de Psicodiagnóstico en la Facultad de Psicología (UCUDAL). Docente del postgrado de Especialización en Drogodependencia y del postgrado de Psicología Infantil y del Adolescente (UCUDAL). Psicólogo Clínico del Centro IZCALI

Correspondencia:

Luis P. Ponce 1409/001.
claudanza@hotmail.com

Introducción

En las últimas dos décadas hemos sido testigos de un incremento considerable del consumo problemático de sustancias psicoactivas. Las características más relevantes han sido, a saber: el policonsumo; es decir, si bien existe una droga de elección –actualmente prima la pasta base de cocaína–, todas se consumen sin límite alguno. A esto se le agrega una disminución en la edad de inicio, aproximadamente los 12 ó 13 años, abarcando todos los sectores socioeconómicos, y géneros. Ante los notorios fracasos de los abordajes clásicos, las comunidades terapéuticas aparecen como el último bastión o alternativa para poder hacer frente a este problema.

Este trabajo trazará las coordenadas de los diversos aspectos terapéuticos que se pueden encontrar en las comunidades y mostrará el funcionamiento de la Comunidad Terapéutica y sus objetivos. Además, definirá algunas de las herramientas propias de la comunidad y su operatividad. Se verá el funcionamiento de estas comunidades, descomponiéndolas en diversas vertientes (conductual, axiológica, familiar y otras).

La idea es considerar la comunidad terapéutica como una alternativa viable para el tratamiento de los pacientes adictos y no el tratamiento como un ideal inalcanzable.

Breve reseña histórica

La comunidad terapéutica como forma de tratamiento surge a mediados del siglo XX, para ser más preciso, en la década de los 50^{1,2}. Es fruto de determinado contexto, se respiraba aires de cambio en muchos ámbitos y la psiquiatría no fue ajena. La antipsiquiatría comenzaba a hacerse escuchar cuestionando los tratamientos previos de las enfermedades mentales graves (sobre todo, las psicosis esquizofrénicas), o sea, cuestionando los asilos en donde los pacientes permanecían ajenos a lo social, se los separaba de la sociedad y de sus familias. Para Laing, Cooper y otros autores

de esta corriente existía complicidad entre los familiares y el psiquiatra, que imponían la internación de los pacientes, ejerciendo cierta violencia sobre ellos³. Las consecuencias de la segunda guerra mundial se hacían sentir definiendo el contexto histórico y sobrepoblando los hospitales de enfermos psiquiátricos, a lo que se le sumaba la escasez de personal. Sobre estos mares con mucho oleaje es que surge la propuesta del psiquiatra escocés Maxwell Jones, a saber, la comunidad terapéutica^{1,4}. Se genera algo mejor que lo anterior, una innovación necesaria y revolucionaria a la vez. En un inicio, lo que Jones plantea es que los pacientes tengan una participación más activa en los hospitales psiquiátricos, que empiecen a incorporar normas de convivencia y que se levanten de sus camas para participar en asambleas de ayuda y en la medida de lo posible, en las diversas tareas. Jones no propone en los comienzos algo ajeno al ámbito geográfico del hospital; al contrario, en sus adentros es donde debe surgir el cambio. Estos cambios en algunos hospitales psiquiátricos dejan sus semillas que, años después, germinarán para conformar la comunidad terapéutica para pacientes psicóticos. Si bien la comunidad terapéutica para drogodependientes tiene distinto origen, como se verá a continuación, también hará germinar alguna de estas semillas que habían sido plantadas por Jones.

El mito de lo fundacional en lo que respecta a las comunidades terapéuticas para drogodependientes es otorgado a Synanon. Las épocas de nacimiento son similares, ya que el precursor de Synanon fue Charles Diderich, un ex adicto que en un garaje de Ocean Park (California) comienza a reunirse con otros ex adictos, en 1958, conformando así un grupo que luego se transformará en comunidad¹. Al comienzo Synanon estaba conformado exclusivamente por adictos y ex adictos, con un manifiesto rechazo a lo institucional y, en especial, a lo profesional. Sobresalía la fuerza centrípeta que ejercía sobre sus miembros, llegándose a plantear que la sociedad era incompatible con el adicto y que por ende, este debía permanecer el resto de sus días en la comunidad terapéutica (algo que años más tarde también sostendría Engelmayer).

Sin embargo, sí existen algunos aportes de Synanon que siguen vigentes. El *confronto*, herramienta básica de cualquier comunidad terapéutica para drogodependientes, fue propuesto por ellos, así como las reglas de no violencia y no droga. Sin embargo, sería la propia gente de Synanon la encargada de sustituir crisis por cambios. Las personas que fueron designadas para trabajar con presos con libertad condicional (presos que cometieron delitos vinculados al uso indebido de drogas), fundaron una nueva comunidad llamada Daytop Village. Nueva en cuanto a los aportes que brindó, a saber: se incluyó a las familias en los tratamientos y psicoterapia de apoyo, y se propuso un modelo mixto en donde se le brindaba entrada a algún profesional. Con el correr de los años aumentaron las comunidades para drogodependientes, así como, también, aumentó desde los 60 la cantidad de drogodependientes. Hasta el punto que hoy en día se cuenta con una Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas (WFTC), una federación por continente y federaciones en varios países (en Uruguay, la Federación Uruguaya de Comunidades Terapéuticas). En lo que respecta a nuestra tierra, uno de los pioneros, no solo aquí sino también en América Latina, en la implementación de este modelo de abordaje es el Psicólogo Eliseo González Regadas. Con sus asambleas en el Hospital Musto y Vilardebó^{5,6}, con la creación de Castalia y con la docencia fue quien abrió caminos para que actualmente los caminemos junto a él.

Muchas de las comunidades terapéuticas de drogodependientes en la actualidad utilizan como base el modelo que otrora creara Daytop, habiendo incorporado algunas modificaciones y algunos matices. Estos matices se deben al surgimiento del Proyecto Uomo, en Italia, que aportó humanismo, valores y espiritualidad a las comunidades (abrió las ventanas para que entrara aire fresco)². De hecho, hoy las comunidades uruguayas tienen el toque de humanismo que el Proyecto Uomo brindó. Ya no solo importa el cambio de conducta, sino que también se prioriza el crecimiento de los residentes como personas, sus valores

humanos y su capacidad de amarse y amar responsablemente.

A. La estructura

Lo primero que se observa al realizar un análisis estructural de este tipo de comunidad es su verticalidad. El organigrama tiene forma de pirámide, en donde en el vértice superior se encuentra el staff técnico y en el vértice inferior, los residentes. Los mandos medios están ocupados por los docentes, los operadores terapéuticos y los administrativos, así como los terapeutas. A su vez, entre los mismos residentes existen diferentes roles que conforman nuevamente una especie de pirámide en donde se ocupan diversas posiciones, por ejemplo, residente de apoyo, encargado de un área, hermano mayor y hermano menor. Sobre esta estructura que tiene determinadas características terapéuticas, suele sostenerse la comunidad.

En primer lugar, y quizás uno de los aspectos más importantes, la estructura ya de por sí es estructurante. A simple vista esto puede parecer una redundancia, pero no lo es. El adicto ingresa al tratamiento con una gran desorganización psicoafectiva y en general de familias cuyas estructuras, o por ser excesivamente rígidas o, directamente, por no existir, tienen enormes falencias. O sea, que la primera contención es la del encuadre comunitario, en donde hay lugares y en donde hay roles definidos². La estructura vertical permite la puesta de límites, y esto es uno de los ejes de este tipo de comunidad. Se parte de la base de que el adicto tiene una enorme dificultad para poner y ponerse límites; de hecho, la adicción, en gran medida, pasa por un no poder limitarse y entonces se promueven los límites de las conductas inapropiadas, de las transgresiones, de las manipulaciones, de las mentiras y, en especial, el límite del consumo. Ese es el mayor límite que ejerce una comunidad sobre el residente, la abstinencia, que en un principio es obligatoria (en el sentido de imposición) y luego, si el tratamiento rinde,

se convierte en necesaria (en el sentido de aceptación).

Ahora bien, la puesta de límites no solo corresponde al staff técnico, que igualmente es el que tiene la última palabra, sino que toda la comunidad debe velar para que esta búsqueda de abordar lo patológico se dé, y aquí aparece otro de los meta sentidos de la estructura. El poder en una comunidad necesariamente debe circular y no debería existir una única persona que lo represente. Sí existen representantes más autorizados para ejercerlo (por logros y no por autoritarismo), pero nunca el poder debe estar representado en una sola persona, por el peso que esto implicaría y por el desgaste para la comunidad y para la persona. La autoridad que la estructura revela es una autoridad que evita el autoritarismo, que promueve el afecto, la solidaridad y que problematiza constantemente el abuso de poder; en otras palabras, es una autoridad que habilita y no que imposibilita o que enloquece.

B. Las actividades

Quizás una de las cosas que más resaltan al introducirnos en la estructura de una comunidad de este tipo, sea la gran cantidad y variedad de actividades diarias que tienen los residentes. En general, existen uno o dos “grupos terapéuticos” diarios, a los que se agrega actividades como educación física, tai-chi o meditación, alguna actividad de aprendizaje de herramientas laborales (computación, talleres de oficios), alguna actividad donde prime lo corporal (teatro espontáneo, biodanza), que si bien no suelen tener una carga diaria, muchas veces aparecen de manera bi-semanal. El día está reglado y se fomenta su máximo usufructo. El adicto tiene dificultades para escuchar; entonces, en las reuniones debe estar más de una hora escuchando a otros. Tiene una fuerte inhibición de lo afectivo y de lo corporal, por lo cual se le brindan espacios como teatro espontáneo en donde, necesariamente, deberá exponerse. Tiene un escaso control de los impulsos, sobre todo de los impulsos agresivos; entonces,

necesitará de la meditación y del tai-chi para controlarlos.

Todo parte de una teorización de la adicción y a ella responde. Se propone que el adicto salga de la fase de aletargamiento que tenía cuando consumía, y que en cada actividad incorpore nuevos cánones de funcionamiento. Todas estas actividades están atravesadas por el confronto, herramienta axial de la comunidad. Este consiste en un diálogo entre residentes muy cargado de enfrentamiento (de confrontación, valga la redundancia), y lo que se enfrenta es la mentira, lo que se enfrenta es la proyección de la culpa y la justificación. El compañero o el operador terapéutico denuncian los “viejos esquemas” (conductas asociadas al consumo) y enfrentan al residente con la realidad. Este confronto también es diario y en algunos casos es guiado por temas específicos, como, por ejemplo, una transgresión de esa persona en la comunidad o las distintas formas de evadirse.

Los residentes también son protagonistas de la limpieza de “la casa” y de cocinarse. Para esto se forma distintos grupos rotativos. El hecho de que el residente cumpla con las tareas del hogar, hace que se sienta partícipe de su tratamiento, que se haga cargo del cuidado de un espacio físico y de sus compañeros. En el caso de los adictos, se busca que se desprendan de su “actitud cómoda” de demandar que los demás hagan por ellos y se hagan cargo de sus cosas, de su tratamiento, al final de cuentas, de su vida.

C. Vertiente conductual

No es banal que en este tipo de comunidades haya un gran peso de lo conductual, ya que, muchas veces, sus pacientes (residentes) presentan sendos trastornos de conducta. Se apunta a que la persona que ingresa transite por un cambio conductual y para eso se utiliza diversas herramientas.

Los residentes tienen que responder por sus conductas, si estas son del orden de la transgresión, de la mentira, de la manipu-

lación, el consumo, o sea, si son parte de lo patológico. Deben cumplir con una medida educativa, una sanción que los hará reflexionar y revertir dicha conducta. Por otro lado, si sus conductas se adecuan a lo que la comunidad espera de ellos: ayudar a un compañero, la sinceridad, la participación, la abstinencia, irán progresando en el tratamiento y posiblemente irán asumiendo roles de mayor responsabilidad (encargaturas, funcionar como apoyo para sus compañeros). Se parte de la base de que en la medida que avancen, su responsabilidad mayor en la comunidad va a ser su maduración.

Las reglas de conducta en la comunidad están sumamente pautadas por normas de socialización básicas, que los residentes deben cumplir. No deben fumar fuera de las horas y lugares establecidos, deben tender su cama al levantarse y ordenar su cuarto, deben comer a determinada hora y respetando las normas básicas de higiene, deben bañarse con frecuencia, entre otros ejemplos de normas de conducta. Esto se sostiene por un pilar, a saber: la deshabitación y la incorporación de nuevos hábitos (la modificación de la conducta). Se teoriza que el paciente viene a la comunidad “con sus viejos esquemas”; es decir, se incorpora al tratamiento con los hábitos de consumir, de mentir, de hacer abuso de sustancias y de personas. Se produce en el tratamiento una suerte de incorporación de “nuevos esquemas”, mediante los cuales, ante el reforzamiento positivo de las conductas de cambio y ante el reforzamiento negativo de lo patológico, se establecerán en el residente nuevos hábitos. El residente aprende a limpiar la casa y a mantener limpio su cuerpo y esto es continuamente asociado con el “mantenerse limpio”, o sea, la abstinencia. Este es uno de los primeros cambios que la familia nota, ya que cuando el residente comienza con sus salidas paulatinas esta suele impresionarse por los cambios de conducta.

La Comunidad Terapéutica para drogodependientes propone al residente y sus familias un cambio conductual, la incorporación de hábitos de cuidado en vez de los hábitos autodestructivos, pero, ciertamente, no solo

por esta vertiente se fomenta su mejoría. Seguramente, si así fuera, sería insuficiente.

D. Vertiente axiológica

Se suele plantear que el adicto es un sobreadaptado a nuestra sociedad de consumo actual⁷. En una época en la que los únicos valores parecen relacionarse con obtener placer inmediato y donde aparentemente habría una caída de los meta discursos, el consumo se ha instaurado como un “quitapenas”, como el síntoma de la caída de las utopías o, quizás, como una utopía en sí mismo (la promesa del no-sufrimiento).

El adicto es un ser carente de ideales –a veces sí aparecen ideales negativos–, de proyectos y fundamentalmente, de sentido de vida (una de las frases a las cuales más se recurre en el discurso comunitario) y la comunidad le brindaría una suerte de implantación axiológica, un modelo filosófico y antropológico más allá del modelo conductual. Cuando ingresa en un tratamiento comunitario, ingresa en un universo con una filosofía (ritual cotidiano) que se pronuncia con alta frecuencia e intensidad, un universo con una serie de pilares, principios o valores que promueven el respeto por el otro, la participación, la sinceridad, el amor asumido con responsabilidad y que genera exigencias, la solidaridad y la ayuda constante al otro. Estos valores, conjuntamente, son los que conforman la vertiente ética del tratamiento; la propuesta es que el paciente los incorpore para su accionar posterior y que funcionen como disparadores para el conocimiento del sentido de su vida.

Quizás sea necesario detallar el porqué de la elección de estos valores, según el discurso comunitario. En primer lugar, nos encontramos con el amor, que no es un amor indiscriminado y patológico, sino un amor con límites, un amor responsable. Este valor supremo de toda comunidad nos habla de la necesidad de preocuparse por los otros, de cuidarlos constantemente y de cuidarse uno mismo. Allí donde reinaba el egoísmo se instaura el concepto de solidaridad, del afectar a las demás

personas con sentimientos que habilitan un vínculo sano y no uno destructivo. Desde el amor es que se plantean los límites: se limita porque se cuida y se cuida porque se quiere.

A su vez, el valor que se transmite con la participación, la importancia de que el adicto intervenga con todo su ser en todas las actividades, tiene dos direcciones que se complementan. Por un lado, se busca que el adicto salga de su autocentramiento, esa suerte de narcisismo hedónico que le propone la droga, y esté presente en la comunidad, en la micro sociedad y, al final de cuentas, en el mundo. Por otro lado, mostrarle que su aporte es válido y de este modo fomentar el valor del compromiso, tan rehusado por el paciente adicto. Por último, también se plantea la sinceridad como un valor en sí mismo, intentando imponer de alguna manera la moral kantiana (el imperativo categórico). Se le propone al adicto que se abstenga de la mentira, a la cual se la considera un “viejo esquema”. Si consideramos que el otro es un ser valioso a respetar y la mentira en el adicto suele ser para establecer una relación de abuso con el otro, entonces esta debe ser fielmente combatida.

La incorporación de valores es un vértice axial en todo tratamiento comunitario; de hecho, el valor se convierte en terapéutico².

E. Vertiente psicodinámica

Si bien se suele plantear que las comunidades terapéuticas para adictos tienen su mayor peso en lo conductual, se podría afirmar que en estas también tiene su lugar lo psicodinámico, y quizás con igual peso que lo conductual. Sobre todo, se puede agregar que es necesaria la existencia de estas dos vertientes (así como la axiológica y la familiar) para abarcar la complejidad de la patología del drogodependiente.

Lo primero que aparece a nivel psicodinámico cuando el paciente se interna y pasa a formar parte del grupo, es la instauración de un conflicto psíquico, el pasaje de la egosintonía,

con la adicción, a la egodistonía. Aparece la abstinencia como una primera gran ruptura¹ y como una suerte de castración simbólica con la cual el adicto necesariamente tiene que lidiar para seguir en el tratamiento.

Continuamente, se habilita al paciente para que se angustie, para que se contacte con sus sentimientos y para que problematice sus conductas psicopáticas, su uso indebido de drogas y de personas. En el caso de que las siga haciendo, se intenta que se reconozcan y que se establezca un cuestionamiento sincero de estas (se lo confronta). ¿Acaso esto no sería una necesidad de neurotizarse al paciente, de instaurar un conflicto psíquico ahí donde gobierna la actuación? Se le suele ofrecer al residente espacios terapéuticos para que despliegue su historia y logre de ella una comprensión. Si bien se cubren otras vertientes, no se descuida (y de hecho no se debe descuidar) lo estrictamente psicológico, en otras palabras, aquellos aspectos que apuntan a un cambio en la visión del mundo y la resignificación de la historia del paciente adicto.

Olievenstein⁸, uno de los grandes teorizadores de la adicción desde el punto de vista psicodinámico, francés y fundador de una comunidad terapéutica para heroinómanos, plantea que en el adicto se podría hablar de una suerte de fase del espejo roto. O sea, que en la fase del espejo, en donde el niño se reconoce como ser diferenciado y en donde se pone en juego la narcisización de la madre de esa autonomía, el espejo del futuro adicto se rompe, se hace añicos y no puede diferenciarse ni mirarse, comprometiéndose de alguna manera la autonomía. La droga sería un intento fallido de reconstruir esa imagen dañada, y digo fallido porque, desde mi punto de vista, no hace más que empañar ese espejo roto para que el sujeto no pueda verse desfigurado. Le propone la evasión de los quiebres del espejo mientras lo va sumiendo más y más en la ausencia de autonomía. Quizás lo que la Comunidad Terapéutica proponga sea una especie de encolamiento de las partes rotas de ese espejo. El adicto puede empezar a mirarse y a reconocerse con sus pares, puede empezar a reconstruir su historia, a intentar reparar

las partes rotas de esta y principalmente, tiene un lugar que le aporta una identidad nueva y nuevas identificaciones.

Ahora bien, la pregunta que dejamos planteada para discusión de la terapizabilidad, es: ¿qué pasa cuando el adicto se desprende de la comunidad y se reinserta en la sociedad? ¿El restauramiento del espejo roto dura lo que dura la estadía en la comunidad y luego se vuelven a quebrar los pedazos o hablamos de una “goma de larga duración?”. Se plantea también en el ámbito comunitario que la comunidad es una familia en donde necesariamente se reeditarán las conflictivas familiares que los residentes tengan como una suerte de transferencia grupal. En el ámbito comunitario es donde se encontrarán nuevas maneras de resolución de estos conflictos o, quizás, donde por primera vez se resolverán los conflictos grupales. Así se habilita al paciente a adoptar un nuevo modelo de relacionamiento y también a que pueda comprender, una vez desplegada en la cotidianidad, su conflictiva vincular primaria para, de esta manera, poder resolverla.

Por último, también es relevante analizar los límites en la comunidad desde un punto de vista psicodinámico. En pacientes en los que suele aparecer una agenesia del superyó, que presentaron dificultades en la conformación de esta instancia psíquica, se despliega lo normativo en la comunidad como una prótesis alternativa a esta carencia. A ellos se les propone límites, se les propone la culpabilización (responsabilidad) de sus conductas inadecuadas y se pretende que se les instaure la castración fallante.

F. Vertiente familiar

La mayoría de las comunidades terapéuticas para adictos actuales incluyen a la familia en el proceso terapéutico; de hecho, muchas de ellas lo proponen como una condición *sine qua non* para que se desarrolle el tratamiento. Este hecho se debe a la necesidad imperiosa de contar con un sostén externo a la comunidad, que de alguna forma se convierta en

un aliado del tratamiento, y a la teorización que parte de la base de que es muy difícil rehabilitar un adicto si no se rehabilita a su familia también^{4,9}.

El fenómeno de la drogadicción es sumamente complejo y no alcanza para abarcarlo tratar al individuo aislado de su entorno. Se suele afirmar en comunidad que la familia también entra en tratamiento cuando el paciente identificado se interna. Lo que se busca es que este no vuelva a un lugar que no ha tenido ni una sola modificación y que también fue parte de su proceso de enfermar. Entonces, además de considerar a la comunidad como una familia sustituta en donde se reproducen los conflictos previos, también se le propone a la familia una suerte de terapia familiar o al menos reuniones semanales en donde se la hace partícipe del tratamiento y se le plantea una psicoeducación sobre la adicción. La familia no solo acompaña pasivamente al paciente en su tratamiento, sino que es parte de este, y es un pilar para sostenerlo, sobre todo en las primeras salidas y en la etapa de reinserción social. También puede ser una de las principales obstaculizadoras y justamente eso es lo que hay que trabajar. La familia es paciente así como el adicto lo es.

La comunidad le da el espacio a lo familiar así como le da el espacio a lo social y a lo axiológico y si se quiere, también, a lo psicoterapéutico. Con la familia se trabaja la puesta de límites (que por déficit o exceso falló en algún momento de la historia), la demostración de los afectos, el enfrentar los problemas (el claro ejemplo sería el enfrentar el problema de la adicción), y otros aspectos intrafamiliares. Se suele plantear que en las familias de los adictos hay alianzas patológicas, secretos celosamente guardados (adicto significa lo no-dicho), mitos, que la terapia familiar dentro de lo comunitario trata de quebrar⁹. Cabe resaltar el hecho de que en comunidad se le brinda vital importancia a lo familiar, hasta el punto de convertirse en otra vertiente de peso del tratamiento. La familia será el puente, junto con la comunidad, para que el residente pueda reinsertarse socialmente (objetivo último).

G. Vertiente biológica

La vertiente biológica, por contraposición, fue la gran olvidada en el inicio de los procesos comunitarios; se cometieron graves errores por la rigidez de descartarla. Se planteaba que los psicofármacos constituían una droga más y que, por lo tanto, no se debía administrar psicofármacos a adictos en rehabilitación. Sin embargo, se dejaba de contemplar un aspecto de igual importancia que los restantes en el ser humano, como lo es, sin lugar a dudas, el biológico. Muchas veces la droga se instaura sobre una personalidad patológica de base para la cual existen determinadas terapias farmacológicas, que si por sí solas son inocuas, junto con las restantes hacen a un tratamiento más completo. A su vez, en las adicciones a determinadas drogas como la cocaína, los derivados de los opiáceos, los psicofármacos y el alcohol, se presentan determinados síndromes de abstinencia, cuyo tratamiento incluye la psicofarmacología¹⁰. En otros términos, en algunas instancias es preciso recurrir a cierta medicación en comunidad terapéutica, sin que signifique fomentar la adicción de los pacientes, ni mucho menos. Al contrario, sería iatrogénico que a un paciente que precise de medicación (ya sea psiquiátrica o de otra índole) se le niegue este derecho en aras de la abstinencia total, cuando la medicación está controlada por el psiquiatra o médico tratante. En suma, el área biológica es otra área a tener en cuenta en el tratamiento, y en algún momento los creadores de las comunidades lucharon contra los vicios de la psiquiatría (o debemos decir: de la mala praxis psiquiátrica), sería un vicio mucho peor el no considerarla para un tratamiento comunitario. Hoy en día gran parte de las comunidades cuentan con un psiquiatra en su equipo o al menos un asesor de esta rama y el no tenerlo sería una rigidez patológica que desestimaría la complejidad de la drogadicción y que podría fomentar grandes errores. Esto también obedece al enorme incremento de la comorbilidad psiquiátrica con las adicciones (en particular, con el Grupo B del Eje II del DSM IV).

H. Lo interterapéutico

Creemos que es necesario el trabajo interdisciplinario para encarar un tratamiento global del drogodependiente¹¹, pues la adicción es una problemática sumamente compleja y multifactorial.

Ahora bien, esto que se propone para los residentes de la comunidad terapéutica también debe proponérselo el equipo, la máxima de que unidos y en comunidad es la mejor forma, de que el equipo es lo primordial, se debe ver en los residentes y en el personal. Es decir, que no trabaja el psicólogo por un lado y el psiquiatra por otro, sino que existe un punto común en donde se unen las profesiones en aras de la comunidad, sin abandonar el aporte que puede brindar cada una. Más allá de lo interdisciplinario, bastión fundamental de toda comunidad terapéutica también existe en comunidad lo interterapéutico. Como se dijo, todo lo que está en Comunidad es terapéutico; lo biológico, lo social, lo psicodinámico, lo conductual, lo familiar, las actividades, la estructura son parte de una esencia que los trasciende y los fundamenta, llamada Comunidad Terapéutica. Un lugar en donde se unen alternativas terapéuticas y terapeutas (operadores terapéuticos, terapeutas familiares, terapeutas de grupo) para conformar el espacio "interterapéutico". Ese espacio incluye el personal de la comunidad, sus residentes y sus actividades; está sostenido por su estructura y sus valores y es el que fundamenta la misión. Nada de lo que ocurre dentro de lo comunitario le es ajeno y con esto nos referimos a los residentes y al personal cuando se encuentra en horas de trabajo. Ocurre una suerte de creación de un nuevo lugar en donde se apuntalaría la pulsión de vida y que estaría identificado con lo terapéutico (lo psico, lo bio y lo social, así como lo axiológico).

Reinserción social: ¿una utopía o una realidad?

A modo de conclusión

Comas Arnau plantea que existen dos grandes rupturas para el adicto que resuelve transitar por un tratamiento en Comunidad Terapéutica¹. La primera ocurre cuando se le propone la abstinencia, que prescinda de lo que hasta ese momento se había transformado en el eje de su vida: la droga. Sobre este terreno se instauro el límite fundamental; al decir de la comunidad: se rompe con los “viejos esquemas”, para ir incorporando paulatinamente una nueva propuesta de vida mediante un re-aprendizaje. Se proponen nuevos valores que sustituyan el abuso por el amor responsable que lleva al cuidado y a la preocupación por uno mismo y por los demás, la mitomanía y la falsedad por la sinceridad que confronta continuamente la manipulación y que conlleva a la transparencia y al verdadero intercambio y, por último, que sustituyan el letargo químico por la participación activa. Se rompe con una manera de vivir (para ser más preciso, de escaparle a la vida) por otra manera de vivir.

La segunda ruptura ocurre en el momento de la reinserción social, esa suerte de “des-tete” del residente de la comunidad para su vuelta al “afuera”, al mundo laboral y social que dejó meses atrás (si es que lo tuvo). El cambio en todas las comunidades es paulatino y se le propone al ex adicto que no se vuelva dependiente a la comunidad, exigiéndole su reinserción y su separación de la cotidianidad de “la casa”² (así se llama a la comunidad), al menos por un tiempo prudencial. Algunas comunidades le ofrecen al residente, mientras cursa su tratamiento, alguna capacitación laboral (talleres de panadería, de herrería, de cocina) para la adquisición de herramientas útiles para su reinserción social. En todos los casos, y si existen posibilidades, se apuntala

a la persona para que reinicie sus estudios o directamente que los empiece para tener más posibilidades de inserción laboral.

Las comunidades coinciden en la idea de que para que la reinserción social sea posible, el residente tiene que formular y formularse un proyecto de vida viable. En algunos casos, una tarea harto difícil, sobre todo cuando el proyecto de muerte es el que gobierna. De todos modos, ya sea mediante el estudio, mediante el trabajo, de manera inédita o retomando lo que en algún momento fue perdido, se busca que el residente se reinsera a la sociedad de forma activa, participando y no siendo una persona aparte de ella. Se suele decir en el discurso comunitario que el trabajo dignifica y que todas las personas que conforman la comunidad tienen algo para ofrecerle a la sociedad. Por otro lado, también es relevante que existan redes externas que sostengan la salida de la persona. Este papel, en general, es adjudicado a la familia que participó activamente del tratamiento de su integrante. El residente no debería pasar de vivir en la comunidad a quedarse en situación de calle; de ahí la importancia del apoyo familiar durante el tratamiento.

De la lectura de este trabajo seguramente surjan algunas preguntas: ¿El residente realmente puede introyectar lo aprendido en comunidad, o eso se desvanece a la hora de reinsertarse en la sociedad de consumo?, ¿es posible la salida de la comunidad o solo se puede esperar la institucionalización?, ¿la sociedad de consumo está dispuesta a reinsertar a estos pacientes o necesita tener su presencia y su lugar de adictos?

Todas estas preguntas, que quedarán abiertas para permitirnos pensar, encubren una pregunta que es el eje de este trabajo: ¿Es el adicto un paciente tratable o el tratamiento una utopía? El discurso comunitario antes descrito propone que sí, y propone la alternativa comunitaria.

Referencias bibliográficas

1. **Comas Arnau, D.** El tratamiento de la drogodependencia y las comunidades terapéuticas. Colección comunidad y drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1988, 345 pp.
2. **Goti ME.** La comunidad terapéutica. Un desafío a la droga. Buenos Aires: Nueva Visión; 1990, 126 pp.
3. **Laing R.** El yo dividido: un estudio sobre la salud y la enfermedad. México: Fondo de Cultura Económica; 1964, 213 pp.
4. **González Regadas E.** Comunidad terapéutica y trastornos duales. Montevideo: Psicolibros; 2001, 328 pp.
5. **Danza C, Esmoris V, Nemeth D.** El discurso comunitario. [Tesis de Postgrado de Especialización en Drogodependencia], Universidad Católica del Uruguay; 2005, pp. 4-19.
6. **González Regadas E.** Las comunidades terapéuticas y el tratamiento de las psicosis. Rev Psiquiatr Urug 1989; 54:121-131.
7. **Yaría JA.** La existencia tóxica. Buenos Aires: Lumen; 1993, 281 pp.
8. **Olievenstein C, Merani AR.** No hay drogados felices. Buenos Aires: Grijalbo; 1979, 385 pp.
9. **Yaría JA.** Drogas, postmodernismo y redes sociales. Buenos Aires: Lumen; 1999, 182 pp.
10. **Nahas G. Trouvé R.** Toxicomanía. Barcelona: Masson; 1992, 158 pp.
11. **González Regadas E.** Comunidades es plural. Revista Relaciones 1987; 37:20-21.