



LA EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE COMUNIDAD TERAPEUTICA

José Guimón

Catedrático de Psiquiatría de la UPV/EHU

Professeur Honoraire de l'Université de Genève

Adjunct Clinical Professor New York University

Full Memmer International Psychoanalytical Association

Full Member AGPA

1.CONCEPTOS VECINOS

En una revisión (Howe, 1964) sobre el concepto de comunidad, tras comentar las implicaciones del término en cuanto a territorio (pueblos, estados y ciudades), a las funciones que realizan sus componentes (médicos, artistas, clérigos, etc.), a sus niveles (hogar, vecindad, país y Humanidad) y a sus interdependencias mutuas (fábricas, hospitales, universidades), recomienda evitar definiciones excesivamente concretas, describiéndola como «una dimension de la conducta humana, un componente de la vision del hombre sobre si mismo y sus semeiantes (...) operando a nivel simbólico entre los seres humanos».

El término de « Salud Mental de la comunidad » se utiliza, como sinónimo de «Psiquiatría comprensiva de comunidad» y «Salud Mental de la comunidad», para subrayar un trabajo que reúna las siguientes condiciones: a. Centrar el interés más en las poblaciones (que incluyen sujetos enfermos y sanos) que en los pacientes ya detectados. b. Prestar igual atención a los factores sociales, psicológicos y físicos como causantes de la enfermedad mental. c. Considerar igualmente importante el corregir la patología como el evitar la enfermedad o mantener la salud. d. Utilizar tanto locales intrahospitalarios como extrahospitalarios. e. Emplear recursos tanto estatales como comunitarios o privados. f. Emplear, además de psiquiatras, a personas de otras profesiones clínicas y a profesionales provenientes de las ramas de las ciencias sociales y de la administración.

El término «Psiquiatría social» se emplea, para señalar el estudio de los factores sociales en la historia natural de las enfermedades mentales, así como las dimensiones socioculturales de los programas curativos y preventivos, tales como la

organización de comunidades terapéuticas, terapia del medio y programas de acción social, etc. El término de «Higiene mental» se puede descartar porque es demasiado impreciso.

El concepto de « comunidad terapéutica », como sabemos, surgió por primera vez en Inglaterra durante la Segunda Guerra Mundial para designar los esfuerzos encaminados a la creación de instituciones con un ambiente terapéutico que permitiera la readaptación de los soldados. La noción fue desarrollada en forma más amplia por Maxwell Jones y llegó al gran público a través de un libro de este autor (Jones, 1952).

Tales esfuerzos fueron realizados en unidades pequeñas de grandes hospitales psiquiátricos o bien en pequeñas instituciones aisladas y se denominaron también « comunidades terapéuticas ». Las actividades terapéuticas incluían reuniones de la comunidad, terapia de grupo, actividades sociales, trabajo en talleres, participación en las responsabilidades de la comunidad a través del « comité de enfermos », etc. Este tipo de dispositivos terapéuticos fueron incorporados, en mayor o menor medida, por numerosos hospitales psiquiátricos tradicionales.

: 2.DESARROLLOS DE LA POSTGUERRA

Como sabemos, los trabajos de Foulkes (Foulkes, 1946a, 1946b, 1948; Foulkes & Lewis, 1944) Maxwell Jones (Jones, 1968; Jones, 1972; Jones, 1952), y otros autores, como T. P. Rees (Rees & Glatt, 1955), Wilfred Bion (Bion, 1959), John Rickman (Rickman, 1957), Paul Sivadon (Sivadon, Follin, & Tournaud, 1952), etc.; habían demostrado la utilidad de disponer en los hospitales psiquiátricos de salas abiertas y de canales de comunicación más libres entre los enfermos y los encargados de su tratamiento.

Tras la experiencia de Fulborn, cronológicamente la primera comunidad en desarrollarse fue el Henderson Hospital, creado por Maxwell Jones en 1947, en Sutton (Surrey, en el sur de Londres), donde sin psicofármacos ni tratamientos convulsivantes se trataban a casi 70 enfermos de ambos sexos, en su mayoría jóvenes con personalidades psicopáticas.

En los años 50, los nuevos psicofármacos permitieron a los equipos terapéuticos liberarse un tanto de la custodia de los enfermos y dedicar un esfuerzo más intenso a su tratamiento psicológico. Así, primero en Inglaterra, y bastante más tarde (después de 1960) en los Estados Unidos, Italia, Holanda, Francia, Alemania y,

en menor proporción, en España, surgieron centros en los que se concedió más libertad y se proporcionó responsabilidades a los pacientes, difuminando las diferencias de roles entre ellos y el personal encargado de su tratamiento y se realizó un gran esfuerzo por la dinámica así producida como un elemento esencial en el tratamiento.

En Inglaterra se desarrollaron otras muchas comunidades terapéuticas: Dingleton Hospital, pequeño hospital rural escocés (en el que se establecieron comunidades hospitalarias desde 1962 y a partir de 1969 también extrahospitalarias), Claybury Hospital de Londres (en el que, desde 1955 se iniciaron actividades de comunidad terapéutica, primero en un pabellón de 27 camas y en la totalidad del hospital, de más de 2.300 camas después) ; Fulborn Hospital, Paddington Hospital, Ingrebourne Conter, Royal Edimburgh Hospital, Cassel Hospital, etc.

En los Estados Unidos la liberalización del medio hospitalario fue tardía pero, ya a partir de 1953, el equipo terapéutico de Woodbury realizó una investigación en un pabellón llamado el Chesnut Lodge (en el Hospital de St. Elisabeth de Washington) que sería la primera experiencia de comunidad terapéutica de aquel país. Le seguirían, en orden cronológico, la comunidad terapéutica de Wilmer, las experiencias desarrolladas dentro de los programas de los centros de salud mental de la comunidad de Fort Logan (Colorado) y Bronx (New York) y la clínica Menninger en Topeka.

En Holanda (Bleandou, 1970) funcionaron varias clínicas existen tres clínicas que funcionan en régimen de comunidad terapéutica En Francia se realizó una experiencia importante en el servicio de Henri Vermoral (Vermoral, 1966). En Italia, Basaglia (Basaglia, 1968) realizó un intento de transformación de las estructuras del hospital de Gorizia entre los años 1951-59, aunque su trabajo merece incluirse más bien entre las experiencias antipsiquiátricas. En nuestro país se han realizado algunos intentos de establecimiento de regímenes de comunidad terapéutica, aunque, salvo con la excepción de la clínica Peña Retama, los esfuerzos no fructificaron en resultados duraderos.

3. EL MOVIMIENTO DE LA SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD

3.1. De la Psiquiatría centrada en el individuo a la centrada en la comunidad.

Las dos Guerras Mundiales, con el brusco aumento de enfermedades psiquiátricas imputables al estrés, condujeron a la población a aceptar la importancia de los factores sociales en la génesis de los trastornos psíquicos. La observación de que determinados trastornos remitían rápidamente mediante técnicas como la hipnosis o el narcoanálisis apoyó la creencia de la población en la génesis psíquica, de los trastornos mentales, resquebrajando las convicciones sobre el condicionamiento exclusivamente somático y hereditario de las enfermedades psíquicas. La comunidad, sensibilizada ante el problema de la Salud mental, se organizó para prestar su apoyo a los pacientes mediante la creación de asociaciones que, como las de « Alcohólicos anónimos », las de prevención del suicidio, las de protección de subnormales, etc., proliferaron en su seno.

Por su parte, los psiquiatras se vieron obligados a abandonar transitoriamente sus protegidas posiciones en el hospital tradicional psiquiátrico o tras el diván de su consulta privada para atender a urgentes necesidades de la comunidad . La necesidad de tratar a un gran número de enfermos obligó, como hemos comentado en el capítulo anterior, a la utilización de técnicas de terapia de grupo y al empleo para algunas labores de personal no médico, con gran ahorro en tiempo y en dinero. Así mismo, la frecuencia de los trastornos mentales en los ex-combatientes obligó a tratarlos en medios extrahospitalarios y a la creación de casas a medio camino, clubs, etc., que favorecieron su readaptación a la sociedad.

Termina la Segunda Guerra algunos psiquiatras, sobre todo ingleses y americanos sintieron, la necesidad de romper su tradicional aislamiento respecto al público, adaptando algunas de las experiencias obtenidas de sus prácticas de guerra a las necesidades de la vida civil .

3.2.La sectorización

El movimiento de Salud Mental comunitaria hizo hincapié en la sectorización, el trabajo en equipo, la participación de la población en las responsabilidades de gestión de los servicios, la prevención, la intervención de crisis y la desinstitutionalización

La llamada « Psiquiatría de sector » ha representado en Europa el más destacado intento de « Salud mental de la Comunidad ». Algunas grandes ciudades fueron divididas en sectores de mayor o menor extensión, según las características de su población y un equipo terapéutico completo fue asignado a cada sector.

Los hospitales psiquiátricos tradicionales podían servir de centros de internamiento para uno o varios de los sectores, pero el énfasis del tratamiento se puso en la asistencia extrahospitalaria. Equipos multidisciplinarios atendían a la población en servicios ambulatorios. En algunos sectores se crearon unidades extrahospitalarias de tratamiento intensivo y casas a medio camino, así como talleres protegidos para facilitar la reintegración de los pacientes a su medio laboral normal.

Inspirándose en los trabajos de Querido (Querido, 1968) en Amsterdam, se organizaron en algunos sectores distintos sistemas de tratamiento a domicilio. La creación de equipos volantes llevó a los responsables de algunos sectores a interesarse en la detección precoz de los trastornos psiquiátricos (especialmente en los grupos más expuestos) y a intentos de mejorar la salud mental de la población sana, lo que obligó al equipo tratante a un gran intervencionismo dentro de la población, como en algunos de los sectores de París.

De una manera o de otra, se hizo patente la necesidad de una cierta sectorialización de la población en orden a su adecuado tratamiento y en la mayoría de los países se han realizado notables esfuerzos al respecto.

Si bien es en Europa donde se realizaron los primeros intentos de Psiquiatría de comunidad que no cuajarían en los Estados Unidos hasta la década de los años sesenta, durante las siguientes décadas fue en ese país donde se registraron los movimientos más interesantes de Salud Mental de la comunidad. El aumento en el costo de la hospitalización de enfermos psiquiátricos, condicionó un interés creciente del Gobierno de ese país por la resolución de los problemas de salud mental. Más de 25.000 psiquiatras, líderes de profesiones afines y administrativos participaron en la elaboración de distintos tipos de servicios para los futuros centros: 1. Hospitalización breve. 2. Servicio de asistencia de ambulatorio. 3. Servicio de hospitalización parcial (día, noche o fin de semana). 4. Servicio de urgencia durante las veinticuatro horas. 5. Servicio de consultas y de educación para los responsables de distintos aspectos de la comunidad (maestros, clérigos y policía).

Todos los servicios descritos se concibieron como integrantes de una red que procuraba reducir al mínimo los trastornos en la vida del paciente o de sus familiares. Dos aspectos de suma importancia fueron, por una parte, la prestación de servicios en cada centro para todos los residentes en la comunidad a la que sirven sin relación con la duración de su residencia, su *status* económico, su raza o

sus creencias y, por otra, la inclusión en los equipos terapéuticos, además de psiquiatras, de una amplia gama de trabajadores en el ámbito de la salud mental (psicólogos, asistentes sociales, enfermeros, etc.).

3.3. La desinstitucionalización

La Psiquiatría de Comunidad condujo a una drástica disminución del número de pacientes mentales ingresados en los manicomios y a su paso a la comunidad donde se crearon dispositivos (demasiado pocos y muy tarde) para acogerles

Por ejemplo, los psiquiátricos estatales norteamericanos vieron decrecer su población de pacientes internados de los 560.000 existentes en 1955 a los 170.000 censados en 1977.

En el conjunto del Reino Unido, la media diaria de ocupación de camas psiquiátricas descendió en un 27% durante la década 1971-1981. En 1980 existían 160 unidades psiquiátricas en hospitales generales que, durante el año 1981, recibieron el 40% de ingresos psiquiátricos del Reino Unido, en comparación con el 15% en 1971. Se estimaron en 15.000 las plazas en hospitales de día (33 plazas por 100.000 habitantes) para 1981.

Así, el gobierno de los Países Bajos estableció, mediante el acta Hospitalaria de 1971, unas líneas de actuación en pro de la desinstitucionalización y la asistencia extramural de los pacientes mentales, Sin embargo, no se llevaron a cabo acciones conducentes para establecer servicios comunitarios alternativos. En Italia, el movimiento social en pro de la desinstitucionalización de los enfermos mentales, denominado “psiquiatría democrática” y liderado por Franco Basaglia se desarrolló, en la práctica con grandes variaciones regionales en cuanto a proveer asistencia comunitaria alternativa a la asistencia hospitalaria preexistente.

En España, el Plan de Reforma psiquiátrica decidió también el paso del mayor número posible de pacientes a la comunidad. En la introducción del informe, el Ministro Ernest Lluch señalaba: “Es preciso ampliar y desarrollar la asistencia psiquiátrica en nuevas estructuras vinculadas con la propia comunidad”

En todo el mundo, en fin, la transformación del rol hegemónico tradicionalmente representado por el hospital psiquiátrico constituyó una de las características fundamentales de las nuevas tendencias de la asistencia psiquiátrica.

A partir de los años 60, en parte por la crítica antipsiquiátrica de los hospitales psiquiátricos, y gracias a la aparición de los modernos psicofarmacos en los años 50, en la mayoría de los países occidentales, se han creado pequeñas unidades de corta estancia en los hospitales generales. En países como Italia incluso se ha exigido que la primera hospitalización de pacientes psiquiátricos se haga obligatoriamente en un hospital general.

3.4. La creación de ambientes terapéuticos

Al final de los años 70, pero sobre todo, durante los 80, principalmente en los EEUU, comenzaron a utilizarse en esas unidades ,las técnicas de las comunidades terapéuticas(Yalom, 1983). Durante los últimos 25 años el autor ha creado o colabrado en la creación de una quincena de esas unidades en Bilbao, Barcelona y Ginebra concebidas, con un modelo que podríamos llamar « comunidades terapéuticas descafeinadas », (Guimon, Luna, Totorika, Diez, & Puertas, 1983; Guimon, Sunyer, Sanchez de Vega, & Trojaola, 1992) .Las actividades de grupo desarrolladas en esos programas constan de un grupo de encuadre del personal, un grupo de pacientes, un grupo focal, un grupo verbal, y un grupo de terapia por el arte. Dos veces por semana, el personal enfermero realiza un grupo de reflexión acerca de sus actividades.

Desde un punto de vista clínico, los resultados de estos programas han sido muy positivos. El grupo pacientes/personal es el elemento clave por su contribución a la creación de un « continente » en la sala y por la información que aporta acerca de los pacientes. Los otros grupos también aportan al paciente una orientación y un apoyo emocional.. Todo esto ha permitido disminuir las dosis de fármacos empleados, ha creado una atmósfera agradable en la sala y ha hecho bajar el número de incidentes (agresiones, tentativas de suicidio y fugas). Las tensiones en el equipo terapeútico han disminuido. Los diferentes grupos, añadidos a otros ya realizados en el marco de los hospitales, constituyen una « red de análisis de grupo » favorable a una comunicación armoniosa entre las diferentes unidades del Departamento de Psiquiatría y el resto del Hospital. Esta visión sistémica de la institución permite detectar más fácilmente y más rápido los problemas y los

conflictos en el interior de la institución. En fin, esos programas aportan el *input* que alimenta la « sana paranoia anticipatoria »(Kernberg, 1978, 1979), tan necesaria para gestionar esas organizaciones.

3.5.Las hospitalizaciones parciales

La hospitalización parcial permite establecer un puente entre la comunidad y la hospitalización total. Sin embargo,según estudios recientes (Schene, 2001), el porcentaje de pacientes admitidos para hospitalización que podrían alternativamente ir a un hospital de día no es mayor del 30-40%, por lo que unidades integradas que ofrecen la una o la otra on hoy consideradas como ideales. Cuando se trata de dar un apoyo al tratamiento ambulatorio es conveniente isnstaurar más bien programas asertivos de comunidad de corta duración.

3.6.La evolución de las comunidades terapéuticas

Con la aparición de los psicofármacos y la política de desisntitucionalización la duración de la estancia media disminuyó dramáticamente y las comunidades terapéuticas, basadas en la mejoría del ambiente terapéutico de las instituciones, cayeron en desuso y se vieron confinads a las unidades a medio camino y a las comunidades de toxicómanos. Por otro lado, numerosas unidades de rehabilitación con estancias de duración media (par psicóticos, trastornos borderline o para delincuentes) adoptaron sus técnicas que demostraron tener importantes efectos terapéuticos.

3.7.Los programas de rehabilitación

Stein y Test (1980) establecieron una serie de requisitos que según su experiencia y la obtenida del estudio de la literatura, deben reunir los programas de tratamiento psiquiàtrico comunitario (24).Para cumplirlos diseñaron un programa de tratamientos que denominaron TCL (*Training in Community Living (TCL)*), es decir, «Entrenamiento para la vida Comunitaria»). Los programas eran diseñados individualmente para cada paciente y se basaban en la evaluación de las dificultades del enfermo en enfrentarse a la vida diaria. Los tratamientos tenían lugar *in vivo*, en las casas de los pacientes, en su vecindad, en su lugar de trabajo. Los miembros del equipo terapéutico les asistían en las tareas diarias, como la colada, la cesta de

la compra, el cocinar, la economía doméstica y el uso de los transportes públicos. Además se les ayudaba a encontrar un trabajo y, si se conseguía, a superar las dificultades que surgieran²⁰.

En la línea de los anteriores abordajes, (Scott & Lehman, 2001), en los años 70 se pusieron en marcha dos tipos de mecanismos: La «gestión de casos» (*case management*) y el *Assertive Community training*, derivado del T.C.L the Steinn y Test. El «Entrenamiento asertivo en la comunidad» (A.C.T) es un intento de integrar el amplio abanico de servicios de tratamiento y apoyo existentes para los pacientes graves y la investigación de los últimos 25 años aporta muchas pruebas de su utilidad: Reduce la utilización de la hospitalización y favorece la estabilidad y la vida independiente en la comunidad de determinados pacientes seleccionados.

La desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos sólo tiene éxito cuando existen los recursos comunitarios adecuados, puesto que, en caso contrario, puede ser contraproducente por provocar, a la larga, una resistencia en la población a la aceptación de estos enfermos en su seno. Los programas de tratamiento comunitario son en la mayoría de los países notoriamente insuficientes. Existen por otra parte, fundadas dudas sobre su idoneidad. Braun, hace 20 años (Braun, 1981) decía que no había datos suficientes para evaluar la eficacia comparativa entre distintos recursos de asistencia psiquiátrica comunitaria como casas a medio camino, viviendas en comunidad, talleres protegidos, etc. Y ello no resultaba extraño si se tiene en cuenta la gran diversidad de programas existentes. La situación hoy en día no es mucho mejor. Si se desea convencer a los administradores de su necesidad, es indispensable poner en marcha estudios controlados bien diseñados.

4.PROGRAMAS GRUPALES EN LAS COMUNIDADES TERAPEUTICAS

Las primeras Comunidades terapéuticas tuvieron una orientación o psicoanalítica (Foulkes, bion, etc) o socioterápicas (Maxwell Jones). Durante los últimos decenios, se han impuesto en las comunidades terapéuticas unos enfoques eclécticos o « genéricos » (que preferimos llamar « dinámicos ») con programas de duración frecuentemente limitada, al contrario que Los primeros programas de las primitivas comunidades.

4.1.Una orientación genérica

Aquí describiremos los tipos, modelos y programas de « psicoterapia de grupo genérica » más frecuentemente utilizados. No pretendemos sin embargo en esta obra sea una descripción detallada de los procedimientos, un verdadero « Manual », semejante a los que han sido elaborados para diferentes tipos de psicoterapias individuales cognitivo-comportamentales (Beck 1979), interpersonales (Klermann, 1984) o psicodinámicas (Raikin y Winston, 1988) o (aunque parcialmente) grupales (Pipper 1992 ; Dies 1994). Nos bastará por lo tanto ofrecer aquí una «guía» cuya finalidad sea la de unir, de una manera más o menos sistemática, esas actividades en apariencia dispersas. Nos ha parecido en efecto necesario intentar integrar los diferentes movimientos que se han desarrollado sobre todo durante la segunda mitad de este siglo, desde las primeras experiencias psicoanalíticas hasta los grupos focales de hoy en día pasando por los «grupos de encuentro» de los años 70 en Estados Unidos

4.2.Hacia una tipología de las actividades grupales

Resultaría ahora útil intentar hacer una clasificación de la enorme diversidad de actividades grupales que pueden hoy en día observarse en el contexto de las instituciones públicas o privadas encargadas de la Salud Mental, con el fin de poder estudiarlas y evaluarlas mejor. Resulta posible proponer, sin pretender que sea exhaustiva, una tipología de actividades grupales en concordancia con diferentes parámetros: finalidad, diagnóstico de los participantes, enfoque terapéutico, lugar en el que se desarrollan, tamaño, duración, etc. Se llega así a una lista de más de un centenar de actividades, demasiado extensa tal vez, pero que permite identificar «quién hace qué para quién» en una institución en el plano grupal.

En lo concerniente a la finalidad, se puede hacer una distinción entre grupos psicoterapéuticos (aquellos dirigidos por profesionales con el fin de tratar los disfuncionamientos de los pacientes), actividades de trabajo grupal (aquellos grupos cuya función es ocupar, divertir y socializar a los participantes) y grupos didácticos (para la formación de los responsables de la asistencia).

Desde el punto de vista de la composición, los grupos pueden ser heterogéneos u homogéneos, en función de las características sociodemográficas y de los diagnósticos de los participantes que pueden ser diferentes o semejantes. Un grupo

multifamiliar de un centro público ambulatorio y un grupo de esquizofrénicos crónicos de un hospital serían ejemplos del primer tipo, mientras que un grupo de psicoterapia grupal analítica ambulatoria estaría compuesto de una manera mixta, de pacientes heterogéneos en cuanto al diagnóstico pero homogéneos en cuanto a las variables socio-demográficas (edad, sexo, nivel cultural y económico, etc).

En lo concerniente al diagnóstico que presentan los participantes, resulta posible seguir las categorías propuestas por ciertos autores (DeRubeis, 1998#847) Chambless y Hollon (1998) en el campo de los estudios sobre la eficacia de las psicoterapias. En efecto, han reagrupado los diagnósticos psiquiátricos, no geriátricos, siguiendo la nomenclatura del DSM-IV, en 10 problemas clínicos: Trastorno de ansiedad generalizado, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, agorafobia, trastorno de pánico (con o sin agorafobia), trastorno de estrés post-traumático, trastorno depresivo mayor, esquizofrenia, abuso y dependencia del alcohol y de las drogas. Proponemos reagrupar los seis primeros en Trastornos de ansiedad, a los que hemos añadido *los trastornos de la alimentación, los trastornos de la personalidad et los trastornos psicogeriatricos*. Llegamos así a 7 grupos de problemas que retomaremos a lo largo de esta obra.

Existen grupos pequeños que se reúnen solos (grupos sin líder) y que tienen una finalidad de *auto-ayuda*, como los de los Alcohólicos Anónimos etc.. No obstante, la mayoría de los grupos están dirigidos por uno o dos conductores. En este último caso, los dos pueden actuar como *co-terapeutas* o uno de ellos puede actuar en calidad de simple observador y permanecer en general mudo.

Los grupos se llaman «*cerrados*» si no aceptan la entrada de miembros nuevos una vez que están constituidos (una psicoterapia breve para pacientes con trastornos de pánico, por ejemplo), «*abiertos*» si miembros nuevos pueden entrar libremente (grupos staff-pacientes en una unidad de corta estancia) y «*lentamente abiertos*» si uno o dos pacientes pueden entrar cuando el conductor lo juzga necesario (grupo de psicoterapia grupal analítica ambulatoria). Existen por otro lado diferencias entre los grupos en cuanto a la duración, como lo veremos en el capítulo 6.

En lo concerniente al enfoque, los grupos pueden ser clasificados según el *modelo teórico* en el que se inspiran, como lo describimos en el capítulo 5.

5. COMUNIDADES TERAPEUTICAS PARA EL TRATAMIENTO DE DROGADICTOS

5.1.El llamado Modelo Democrático

Cuando hablamos de comunidad terapéutica democrática, nos referimos por lo general a un modelo desarrollado por psiquiatras.

Sin embargo, llamo a esto el “ así llamado ” enfoque democrático porque el modelo nunca ha sido realmente democrático : los roles eran adjudicados y un paciente podía ser curado y tal vez sanado, pero no podía formar parte del personal. Nunca pretendieron ser iguales el reparto del poder y de la responsabilidad, así es que el adjetivo “ democrático ” suena un poco fuera de lugar : no era democrático pero era *más* democrático. Permitía un nivel de participación de todos los miembros muy elevado en el proceso de la toma de decisiones, un alto grado de reparto de información, y una “ gran oreja ” para escuchar a los demás.

5.2.El Modelo « Basado en el Concepto »

Las raíces de las comunidades terapéuticas Americanas están en Synanon (Casriel 1963 ; Yablonsky 1967 ; Endore 1968). Esta comunidad de auto-ayuda estuvo muy influenciada por el movimiento de los Alcoólicos Anónimos (AA).

Ex-residentes de Synanon crearon comunidades terapéuticas que, a diferencia de Synanon, tenían como meta la reinserción del residente en la sociedad. Algunos de estos programas de auto-ayuda, tales como Delancey Street en San Francisco, fundada por John Maher ex-miembro de Synanon, y la comunidad X-Calay en Canada, consiguieron sobrevivir sin apoyo económico del gobierno.

Después del regreso de Casriel a Nueva York, Daytop Lodge fué fundada en 1963 como casa a medio camino para toxicómanos enviados desde la cárcel.

Un hombre de negocios de Sydney cuyo hijo había muerto de sobredosis en 1976 dió la vuelta al mundo buscando una manera de ayudar a los toxicómanos. Esta búsqueda fructificó en la fundación de Odyssey House, la primera comunidad terapéutica Australiana, en Sydney en 1977.

Fué en 1958, en Santa Monica, California, USA cuando Charles Dederich inició Synanon. Era alcohólico, y una persona con mucho carisma, con experiencia en Alcoólicos Anónimos y su concepto de auto-ayuda. La comunidad de Synanon era muy diferente de la comunidad terapéutica de Maxwell Jones. Synanon era un sistema de auto-ayuda. Era una comunidad en el sentido de que todas las personas

que vivían y trabajaban en Synanon durante el día, también vivían allí durante su tiempo libre. No había miembros del personal profesionales y cualificados, era más parecido a una gran familia patriarcal con una jerarquía rígida. Synanon no tenía pacientes. Todas las personas eran residentes y durante mucho tiempo no se admitieron a los profesionales. Este período temprano fué descrito detalladamente por Lewis Yablonsky, un sociólogo, y uno de los primeros profesionales en ser admitidos (Yablonsky 1965).

“ El Juego ” (*The game ») era el momento de catarsis para la comunidad. Este era una reunión grupal que enfatizaba la confrontación y la expresión de sentimientos. Se esperaba que el miedo, la rabia y la alegría ocurrieran directamente, sin inhibiciones o sin la mediación del autocontrol. Cada miembro de la comunidad, no importaba cuán mayor o joven, podía ser confrontado durante el Juego. Este momento podía verse o bien como un intento de crear una democracia básica o como una válvula para la agresión y un medio de mantener el control social.

Si bien Synanon empezó bien, y creció hasta ser conocida como método de tratamiento viable para la adicción, los miembros sentían que giraba cada vez más hacia una comunidad tipo secta, demasiado centrada en sí misma y exigente hacia los residentes. En 1963 un grupo de personas de Synanon, junto con profesionales y un sacerdote católico, abrieron Daytop Village en Nueva York (Sugarman 1974) que vino a ser el modelo para otras muchas comunidades terapéuticas.

Como Synanon, Daytop estaba estructurada de forma muy rígida, basada en la creencia de que los toxicómanos no se podrían ocupar de un marco más democrático. También como Synanon, Daytop se llamaba a sí misma “ familia ”. Hoy en día todavía es posible asistir a una reunión internacional y oír al conferenciante empezar con un sonoro “ Buenos Días, familia ! ”

5.3.Las diferencias entre los dos modelos hoy en día

El intentar esclarecer donde estaban las diferencias y donde están aún es un tema delicado porque está inevitablemente teñido de factores de ideología, de prejuicio y de experiencias personales.

Lo que ha ocurrido a lo largo de los años es que diferentes países han adoptado los dos modelos de comunidad terapéutica, alterándolos para que se adapten a sus necesidades y a su cultura particular. Así por ejemplo, en Italia la comunidad terapéutica democrática está particularmente implicada en el tratamiento

de la enfermedad mental, mientras que en Inglaterra está principalmente implicada en el tratamiento del trastorno de personalidad. Parece que en Italia hay más comunicación y solapamiento entre las comunidades terapéuticas democráticas y las comunidades terapéuticas basadas en el concepto, en particular a nivel de los directivos, siendo que los directores y los psiquiatras pueden asistir a las mismas conferencias y pertenecer a las mismas organizaciones profesionales. Se pueden sin embargo distinguir dos diferencias durables importantes. Primero está el hecho repetido de que la comunidad de concepto está casi siempre designada para personas cuyo problema primario es la toxicomania, independientemente de los problemas “ secundarios ” o de los antecedentes que surjan a lo largo del curso del tratamiento. En contraste, las comunidades terapéuticas democráticas están casi siempre designadas para personas clasificadas como trastornos de la personalidad o mentalmente trastornadas. Estas personas pueden también tener una adicción a las drogas, pero no necesariamente. La segunda diferencia principal es que el personal de las comunidades terapéuticas democráticas son todos profesionales, mientras que el personal de una casa de concepto pueden ser ex-residentes.

Cuando en 1984, se descubrieron los primeros casos de SIDA entre los residentes, fué un golpe terrible para el programa. También cada vez más se fueron viendo residentes con problemas añadidos a la adicción : trastornos de la alimentación, diagnósticos dobles y familias profundamente disfuncionales en sus pautas relacionales. Los límites del tratamiento se tornaron evidentes al igual que la necesidad de conectar con otras agencias.

También se empezaron a dar cuenta de que, para poder trabajar en esta nueva situación, se necesitaban determinadas competencias que no formaban parte de la clásica formación del personal de la comunidad terapéutica. Se concibió una nueva formación para posibilitar que el personal se manejara mejor con aquellos residentes que representaban un reto, y para permitirles asegurar el enlace con las agencias externas. Esta formación fué seguida por todos los miembros del personal. Reuniones con médicos y psiquiatras formaron parte del trabajo. Estas reuniones permitían que el personal aprendiera que existían otras formas de describir situaciones y acciones, y otras maneras de manejarlas más allá de las sanciones y de los gritos. Ahora, también, las familias eran incluidas de forma diferente en el programa – y tratadas como recurso en lugar de como factor patógeno.

5.4.La situación en Europa

En Europa se consideraba la toxicomanía como un problema de salud. Los toxicómanos eran enviados a médicos, a psiquiatras, a psiquiátricos y a clínicas para alcohólicos. A mediados de los años 60 las drogas que más corrientemente utilizaban los jóvenes eran el cannabis, el LSD, las anfetaminas y el opio. En la mayoría de los países europeos, la heroína no fue introducida antes de los años 70. En Inglaterra, los médicos prescribían heroína a los toxicómanos adolescentes y, desde 1968, lo hacían determinadas clínicas vinculadas a hospitales psiquiátricos o salas psiquiátricas de hospitales generales. En realidad, este así-llamado “ sistema británico ” no fue nunca un sistema ; fue un resultado de la tradición Británica para permitir que los médicos prescribieran drogas a sus pacientes adictos.

Como se empezó a propagar la palabra, los profesionales de Europa visitaban los Estados Unidos para ver con sus propios ojos esas comunidades terapéuticas, y volvían deseosos de crear centros similares en sus propios países. Uno de ellos, Dr. Ian Christie, creó Alfa House en 1970 en Portsmouth, Inglaterra. Unos meses más tarde, Phoenix House, Londres, fue fundada por el Dr. Griffith Edwards.

En el primer año de la Comunidad Terapéutica EmilieHoeve, se vio que los principios democráticos del modelo de Maxwell Jones, cuando se aplicaban en la manera en la que se desarrollaron en las comunidades terapéuticas para pacientes psiquiátricos que padecían principalmente trastornos neuróticos, podían tornarse anti-terapéuticos. Los pacientes permanecían en un estado regresivo si el personal no presionaba suficientemente para hacerles actuar de forma responsable. El personal renunciaba al poder en lugar de delegarlo, y como se responsabilizaba de todo al grupo como un todo, los individuos evitaban tomar sus propias responsabilidades.

Después de estos caóticos meses iniciales, el personal decidió mirar más de cerca los programas Americanos. Gradualmente, con la ayuda de miembros y de ex-miembros del personal de Daytop Village y de Phoenix House, se desarrolló un programa claro y estructurado.

Con la ayuda del personal de Emiliehoeve, se crearon otras comunidades terapéuticas Holandesas en Rotterdam, Utrecht, Amsterdam, Eindhove y Heerlen.

Otras comunidades terapéuticas para toxicómanos se crearon independientemente en los Netherlands (i.e. Parkweg), así como en Suecia (Vallmotorp), o bien empezando desde modelos clínicos médicos o desde el modelo de Maxwell Jones.

Al principio, el personal de las comunidades terapéuticas europeas constaba casi exclusivamente de profesionales.

Las comunidades terapéuticas que se desarrollaban en Europa Occidental a mediados de los años 70 también mandaban personal a las comunidades terapéuticas Europeas ya existentes. La comunidad terapéutica Emiliehoeve fue instrumental en ayudar al desarrollo de otras muchas comunidades terapéuticas en Europa.

BIBLIOGRAFIA

Basaglia, F. (1968). *L'Institutio negata*. Turin: Einandi.

Bion, W. (1959). *Experiences in Groups and other papers*. New York: Basic Books.

Bleandonu, G. (1970). *Les communautés thérapeutiques*. Paris,: Ed. Scarabée.

Foulkes, S. H. (1946a). On group-analysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 27(46-51).

Foulkes, S. H. (1946b). Principles and practice of group therapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 10, 85-89.

Foulkes, S. H. (1948). *Introduction to Group-Analytic psychotherapy*. London: W. Heinemann.

Foulkes, S. H., & Lewis, E. (1944). Group analysis. A study in the treatment of groups on psycho-analytic lines. *Journal of Medical Psychology*, 20, 1.

Guimon, J., Luna, D., Totorika, K., Diez, L., & Puertas, P. (1983). Group psychotherapy as a basic therapeutic resource in psychiatric community care from the general hospital. In J. J. Lopez-Ibor Jr & J. Saiz & J. M. Lopez-Ibor (Eds.), *General Hospital Psychiatry* (pp. 95-100). Amsterdam: Excerpta Medica.

Guimon, J., Sunyer, M., Sanchez de Vega, J., & Trojaola, B. (1992). Group analysis and ward atmosphere. In F. P. Ferrero & A. E. Haynal & N. Sartorius (Eds.), *Schizophrenia and affective psychoses. Nosology in contemporary psychiatry* (pp. 157-166): John Libbey CIC.

- Howe, L. P. (1964). The concept of the community: Some implications for the development of community psychiatry. In L. Bellack (Ed.), *Handbook of community psychiatry and community mental health*. New York: Grune & Stratton.
- Jones, M. (1968). *Social Psychiatry in Practice*. London: Penguin Books.
- Jones, M. (1972). *Au-delà de la communauté thérapeutique*. Villeurbanne: Simep Editions.
- Jones, M. S. (1952). *Social Psychiatry: A Study of Therapeutic Communities*. London: Tavistock Publications.
- Kernberg, O. (1978). Leadership and organizational functioning: organizational regression. *International Journal of Group psychotherapy*, 28, 3-25.
- Kernberg, O. (1979). Regression in organizational leadership. *Psychiatry*, 42, 24-39.
- Querido, A. (1968). The shaping of community mental health care. *Br. J. Psychiatry*, 114, 293.
- Rees, T. P., & Glatt, M. M. (1955). The organization of a mental hospital on the basis of group participation. *International Journal of Group Psychotherapy*, 5, 157-161.
- Rickman, J. (1957). *Selected Contributions to Psycho-Analysis*. London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Schene, A. H. (2001). Partial hospitalisation. In G. Thornicroft & G. Szukler (Eds.), *Textbook of Community Psychiatry* (pp. 283-293). New York: Oxford University Press.
- Scott, J. E., & Lehman, F. (2001). Case management and assertive community treatment. In G. Thornicroft & G. Szukler (Eds.), *Textbook of Community Psychiatry* (pp. 253-264). New York: Oxford University Press.
- Sivadon, P., Follin, S., & Tournaud, S. (1952). Les clubs sociothérapeutiques à l'hôpital psychiatrique. (Sociotherapy groups in a psychiatric hospital.). *Annales Medico-Psychologiques*(110).
- Vermoral, H. M. (1966). Essai sur l'évolution de l'hôpital psychiatrique. *Inf. Psych.*
- Yalom, I. D. (1983). *Inpatient Group Psychotherapy*. New York: Basic Books Publishers.