

Modelos basados en la recuperación: las Comunidades Terapéuticas Profesionalizadas de Adicciones

Informe elaborado por Dianova International, en colaboración con Asociación Proyecto Hombre

Definición

- *“La comunidad terapéutica (CT) es un modelo fuertemente orientado hacia la ayuda mutua, organizado a partir de un método que busca el cambio cognitivo y conductual de la persona que ha desarrollado los procesos adictivos, en el que la terapia grupal es fundamental. Este modelo, actualizado constantemente, hace del usuario un actor esencial en el trabajo comunitario y, a través de protocolos y etapas pre-establecidas, lo guía hacia procesos de socialización, encuentro y reparación de los daños. La CT pretende como objetivo final la reinserción plena de las personas en la sociedad.” (De Leon, 2004).*
- Actualmente, al hablar de este método se hace referencia al Sistema Integrado Orientado hacia la Recuperación (Recovery oriented integrated system – ROIS). El ROIS es un enfoque sistémico en el que se hace hincapié en los vínculos de colaboración entre los proveedores comunitarios para coordinar tratamiento, atención posterior y servicios sociales. (De Leon, 2007; McGregor, 2012; Best & Grushkova, 2014; Vanderplasschen, Vandeveldel y Broekaert, 2014).
- Las bases teóricas integradas en el modelo de la CT profesionalizada son, fundamentalmente, el modelo biopsicosocial (APH, 2015), además del desarrollo de competencias personales, sobre todo de la vida cotidiana y emocionales (“Life skills”) y el empoderamiento de las personas participantes (“Empowerment”), abordados de manera sistémica.

Objetivos: Abordar de forma intensiva y global los problemas de adicción, con actividades de tipo psicoterapéutico, ocupacional, socioeducativo y médico-sanitario. Fomentar las capacidades personales, el desarrollo de habilidades sociales y emocionales, el apoyo social, la integración sociolaboral y la participación activa como miembro pleno de las personas en sus contextos sociales de referencia.

Principios básicos de funcionamiento

1. Las CT de adicciones son centros de tratamiento dedicadas al tratamiento de los trastornos por consumo de drogas y otras adicciones, que pertenecen de **forma integral a la red de atención de salud**. Los programas de la CT normalmente, aunque no siempre, se implementan en centros residenciales. Los beneficiarios viven en estos centros y conviven con otros beneficiarios. El personal no reside en el centro, pero hay miembros del equipo profesional las 24 horas del día.
2. La **duración del programa** de cada beneficiario es determinada por la consecución de los objetivos que se proponen de forma individualizada. La estancia media varía significativamente de 3, 6, 9 meses a un año en función de los países y de los recursos disponibles para este tipo de tratamientos.
3. La CT está diseñada originalmente para **perfiles** muy concretos de personas con problemas de adicciones: varones, consumidores de opioides o policonsumidores de drogas, con problemas judiciales y desestructurados desde el punto de vista psicosocial. Se ha buscado mantener la homogeneidad en la CT, a pesar de la actual heterogeneidad de los perfiles de personas con problemas de adicciones. Actualmente, existen CT adaptadas a diferentes perfiles, incluyendo centros con perspectiva de género, como trabajos terapéuticos concretos con mujeres (que han sufrido violencia de género y/o abusos sexuales) y sus hijos (como centros adaptados para mujeres con hijos a cargo). Es importante que el diseño de estos centros de haga de manera rigurosa y no por criterios económicos o estadísticos (perfiles según criterios psicoterapéuticos).
4. El **ingreso es voluntario**, requiriendo algún tipo de motivación al cambio, no existiendo medidas físicas de retención que atente contra los derechos individuales. Hay beneficiarios que vienen derivados de los servicios de justicia, y en el caso de que el beneficiario salga del tratamiento puede que se enfrente a consecuencias legales. En cualquier caso, el beneficiario es libre de abandonar la comunidad cuando así lo desee.

5. La CT profesionalizada se rige por el riguroso cumplimiento de los **Derechos Humanos y los estándares mínimos de calidad de tratamiento** (como los Estándares y Objetivos de la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas (WFTC), el código ético de la WFTC, los modelos EQUA-R para adolescentes o los Estándares de Calidad de Atención de la ONUDD, en cuyo diseño participaron diversas organizaciones de CT).
6. Existencia de un **equipo multidisciplinar** (psicólogos, terapeutas, médicos, psiquiatras, educadores sociales, trabajadores sociales, auxiliares administrativos, así como graduados del programa, es decir, personas que han completado con éxito el programa de tratamiento), que debe aportar en el programa del beneficiario desde su área con igual importancia a la hora de valorar la intervención.
7. La CT profesionalizada ofrece un **modelo integral de atención**, incluyendo los aspectos médicos, farmacológicos y psiquiátricos. Estos aspectos pueden ser proporcionados directamente por la estructura de la CT o por la red de atención de conductas adictivas de la que forme parte la CT. Dentro de este soporte farmacológico, debe existir la posibilidad de ofrecer los mismos tipos de tratamiento que en el resto de la red (principio de equivalencia), incluyendo si se admite por la red, la posibilidad de proveer metadona a aquellos residentes que la necesiten como tratamiento, bajo los mismos protocolos y criterios de supervisión.
8. Las comunidades terapéuticas pueden ser **públicas, privadas o** pueden estar concertadas y **gestionadas por entidades como organizaciones de la sociedad civil y contar con financiación pública**. En todos los casos, deben formar parte de las redes de atención, cumpliendo con los criterios y protocolos establecidos por las administraciones públicas, incluyendo cualquier tipo de evaluación por parte de las autoridades (Comas, 2010).
9. Las CT como modelos integrales de atención no deben ser consideradas sólo como recursos sanitarios, sino que también deben incluir **aspectos psicosociales y educativos en la intervención**, así como una marcada orientación hacia la **integración social** (especialmente la inserción laboral), sin que predomine ninguno sobre otro, ya que todos tienen su importancia en el programa.

Programas ofrecidos en CT

Como tipología específica de programas basados en el modelo de la CT, encontramos:

- Centros residenciales para adultos, habitualmente para personas mayores de 40 años consumidoras de opioides o policonsumidores,
- Menores, especialmente con problemas graves de conducta además de los problemas derivados de las conductas adictivas,
- Mujeres con/sin hijos o embarazadas, ya sean en programas específicos como en intervenciones con perspectiva de género que se adaptan a las necesidades individuales de las mujeres,
- Patología dual en modelo integral, de beneficiarios que presentan un trastorno de salud mental y de adicción de forma simultánea.
- Programa de comunidad terapéutica intrapenitenciaria y asistencia posterior,
- Adicciones sin sustancia, especialmente cuando conllevan desestructuración comportamental, cognitiva y emocional
- Programas para familias, especialmente programas de intervención breve centrada en soluciones y grupos de apoyo para familiares de personas en tratamiento.

Relación con otros servicios de adicciones

La intervención en la CT es un paso más en el proceso de intervención por trastornos de consumo de drogas y otras adicciones. Está precedido y seguido de otros procesos como servicios de reducción del daño, servicios de reintegración, se trata de una cadena de intervenciones. Por ello, es importante el trabajo en red coordinado entre los distintos recursos que intervienen con el beneficiario en materia de tratamiento y seguimiento posterior. Además, es necesario coordinarse con las redes generales de atención como de justicia, salud, vivienda, empleo, estableciendo una adecuada coordinación técnica con las redes sociales.

Dentro de la CT, se trabaja de manera intensa y concreta los perfiles más funcionales, fomentando la autonomía personal y la actividad global. En ese sentido, la ventaja de los modelos basados en recuperación es muy interesante, ya que permite un entrenamiento real sobre habilidades de la vida (horarios, sueño, alimentación, higiene, tareas de casa, habilidades sociales, habilidades emocionales, valores, toma de decisiones, resolución de conflictos, planificación del apoyo social...).

Se han realizado diferentes evaluaciones de la CT como método, especialmente de la eficiencia y el impacto social de las CT. Según estudios a nivel europeo (en especial las

realizadas por San Patrignano en Italia y la Asociación Proyecto Hombre en España) la intervención realizada en CT mejoraba las conductas de autocuidado, las habilidades sociales y emocionales, reducía las conductas delictivas y aumentaba el apoyo social y la participación activa en el contexto. Los grupos que han mostrado mejores resultados de recuperación han sido los consumidores de opioides mayores de 40 años, las mujeres en tratamiento (en programa adaptado, especialmente) y los jóvenes (en programa adaptado, como los programas de intervención temprana de Dianova). Estos resultados son similares a los producidos en estudios realizados en las CT profesionalizadas de Norteamérica y Australia, que fueron las más estudiadas a finales del siglo XX y principios del siglo XXI.

Desafíos actuales de las CT

La CT profesionalizada se ha encontrado durante el siglo XXI con una serie de desafíos que necesitan seguir siendo resueltos para continuar con la acción de recuperación de las personas con problemas de adicciones. Estos desafíos se engloban fundamentalmente en los siguientes criterios:

- Problemas **de financiación y sostenibilidad de servicios de CT**. Ante la crisis económica, ha habido una inclinación mayor por servicios más económicos y no siempre tan profesionalizados ni con el mismo nivel de calidad de servicios como ofrece la CT que se trata de un ámbito residencial que cuenta con un equipo multidisciplinar. Además, existe una necesidad por parte de los centros y programas de mantener una autonomía económica en su financiación que permita mantener las líneas de acción independientemente de las influencias políticas. Los programas deben seguir estando basados en criterios técnicos, la sostenibilidad no debe depender de modificar dichos criterios técnicos.
- Sobre **la eficacia de la CT y su validez como modelo basado en evidencia científica**: se han realizado en los últimos 10 años avances en la investigación de los modelos basados en la recuperación, sus mediadores y moduladores, los resultados, el balance costes/beneficios de dichos modelos, pero este ámbito requiere una mayor investigación. El uso de metodología experimental o cuasiexperimental ha validado y valida la CT profesionalizada dentro de estos modelos basados en recuperación (De Leon, 2007; Grushkova, Best & White, 2012; Vanderplasschen, Vandeveldel y Broekaert, 2014).
- **Uso de la denominación de CT**: Han aparecido en diferentes partes del mundo proveedores de servicios de tratamiento no profesionales así como clínicas privadas que se hacen llamar a si mismos "CT". Algunos de estos, sin embargo, no cumplen con los

principios básicos de estos servicios basados en la recuperación y que incluso violan los Derechos Humanos. Las CT profesionalizadas operan de acuerdo con una metodología estructurada y validada y cumple con los estándares y criterios establecidos para intervenciones para los trastornos por consumo de sustancias y otras adicciones. Estos estándares han conformado el modelo de CT desde hace más de 30 años, por lo que es fundamental combatir estas prácticas y preservar la deontología y los derechos de las personas (Comas, 2010).

- **Adaptación de la CT a crisis y emergencias.** La aparición del COVID ha supuesto un gran desafío para la continuidad de la provisión de servicios de las CT, que se han tenido que adaptar a nuevos protocolos de seguridad, tratamiento y de nuevos ingresos.

Enlaces de interés

[Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas \(WFTC\)](#)

[Estándares y objetivos de la Comunidad Terapéutica de WFTC](#)

[Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas \(FLACT\)](#)

[Federación Europea de Comunidades Terapéuticas \(EFTC\)](#)

[Comunidades de Tratamiento de América \(TCA\)](#)

[Asociación Australiana-asiática de Comunidades Terapéuticas \(ATCA\)](#)

Referencias

Asociación Dianova España/ADE (2015) Programa Dianova de intervención Temprana. Madrid: PNSD. En *Revista Infonova*, nº 30. https://issuu.com/e-nova/docs/infonova30_esp_ing

Asociación Dianova España/ADE (2016). Programa Dianova de apoyo a las familias de personas con problemas de drogodependencias y otras adicciones. Madrid: PNSD. <https://dianova.es/wp-content/uploads/2017/11/Informe-evaluaci%C3%B3n-apoyo-familias.pdf>

Asociación Proyecto Hombre/APH (2015). El Modelo Biopsicosocial En Proyecto Hombre. APH: Madrid, Spain. ISBN 1136-3177.

Asociación Proyecto Hombre/APH (2011). Evaluación de los programas de rehabilitación de la Asociación Proyecto Hombre con pacientes internos en prisiones y con pacientes en cumplimiento extrapenitenciario. APH: Madrid, Spain. http://archivo.proyectohombre.es/wp-content/uploads/2012/06/programas_rehabilitacion.pdf.

Comas, D. (2010). La metodología de la Comunidad Terapéutica. Madrid, Fundación Atenea, ISBN 978 84 614 6831-7.

De Leon G. (2007). Therapeutic community treatment in correctional settings: Toward a recovery-oriented integrated system (ROIS) Offender Substance Abuse Report;7(6):81–96.

De Leon, G. (2000). *The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method*. New York: Springer Publishing Company.

EMCDDA/Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2014). *Therapeutic Communities for treating addictions in Europe: evidence, current practices and future challenges*. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. ISBN 978-92-9168-683-4. https://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/therapeutic-communities_en

EMCDDA/Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2017). *Respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas: una guía europea*. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. ISBN 536980.

Groshkova, T., Best, D. and White, W. (2012) 'The Assessment of Recovery Capital: Properties and psychometrics of a measure of addiction recovery strengths', *Drug and Alcohol Review*, 32(2): 187-94.

MacGregor, S. (2012) *Addiction recovery: A movement for social change and personal growth in the UK*, by David Best, Brighton. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 19, 351–352.

Molina, A.J.; Montero, F. y González, J. (2011). Fortalezas y debilidades de la comunidad terapéutica. *Revista Adicción y Ciencia* www.adiccionyciencia.info ISSN: 2172-6450; Volumen 1, Número 4.

Polettini, A. & Manfré, G (2003) *Beyond the community: Multidisciplinary study of retention in treatment and follow-up on former residents of San Patrignano*. Rimini: SanPatrignano. <https://www.sanpatrignano.com/what-we-do/sociological-research/>

Putnam, R. (2000) *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York: Simon and Schuster.

Tiburcio, N. & Kressel, D. (2011). An Enhanced Understanding of Therapeutic Communities Worldwide. *Revista Adicción y Ciencia*, 1 (4). www.adiccionyciencia.info

Vanderplasschen, W.; Vandavelde, S. & Broekaert, E. (2014) *Therapeutic Communities for Addictions in Europe. Available Evidence, Current Practices and Future Challenges for Recovery Oriented Treatment in Therapeutic Communities for Drug Addicts* (EMCDDA Insights Publication). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA): Lisbon, Portugal.

Yates, R. & Malloch, M.S. (2010). *Tackling Addiction: Pathways to Recovery*. London: Jessica Kingsley. ISBN 9781849050173. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcq093>