

COMUNIDAD TERAPÉUTICA: ALGUNAS REFLEXIONES Y PROPUESTAS

Dr. Jaime Jiménez Hernández ¹

Dra. Ivanna Barreda Estrada ²

RESUMEN

La alta incidencia de los trastornos adictivos y la consecuente demanda de atención de los mismos han generado un abanico de alternativas terapéuticas, ya sean ambulatorias o residenciales, profesionalizadas y no profesionalizadas.

Una de las modalidades más utilizadas para el tratamiento residencial de largo alcance, es el de comunidad terapéutica. Sin embargo, esta se da en ocasiones a través de "centros de rehabilitación" o "comunidades terapéuticas" informales o no profesionalizadas, las cuales surgen como aparente alternativa de tratamiento, logrando de alguna manera menguar la demanda de atención.

Cabe preguntarnos, ¿qué tan consistente es un tratamiento proporcionado por ex-adictos?, la no profesionalización de muchos de estos centros ¿contribuye al fenómeno de puerta giratoria?, ¿son muchos de ellos en la actualidad sólo "depósitos" de adictos?, ¿calman la angustia de la familia, aunque sea temporalmente?

El análisis nos permite encontrar vacíos en las propuestas terapéuticas de estos centros, cuestionando su validez y efectividad, evidenciando la necesidad de su profesionalización, así como la intervención de las autoridades encargadas de la generación de mecanismos de acreditación y supervisión de los centros de rehabilitación.

Palabras clave: Adicciones, comunidad terapéutica, centros de rehabilitación.

ABSTRACT

The high incidence of addictive disorders and the consequent demand for care of them has generated a wide range of therapeutic alternatives, whether outpatient, residential, professionalized or non- professionalized.

One of the most commonly used for long term residential treatment, is therapeutic professionalized community. However, this sometimes occurs through "informal rehabilitation centers" or "therapeutic communities", which are non-professionalized and arise as apparent treatment options, getting somehow, lower the demand for care.

We should ask ourselves. How consistent is a treatment provided by ex-addicts? Do non-professionalism of many of these centers contribute to the phenomenon of revolving door? Are many of them only deposits of addicts? Do they calm the anguish of the family, even temporarily?

The analysis allows us to find gaps in the therapeutic approaches from these centers, questioning its validity and effectiveness, highlighting the need for professionalization and authority intervention for to create accreditation and supervision mechanism of non-professionalized rehabilitation centers.

Keywords: Addiction, therapeutic community, rehabilitation centers.

¹ Médico Psiquiatra del Departamento de Adicciones del Hospital Hermilio Valdizán.

² Médico Psiquiatra Coordinadora del área de hospitalización del Departamento de Adicciones del Hospital Hermilio Valdizán.

I. INTRODUCCIÓN

La sociedad viene enfrentándose a un grupo de trastornos que, escapan a su posibilidad de respuesta integral, ya sea por la dificultad por comprenderlos en su cabalidad, es decir abarcando los múltiples factores que intervienen en su génesis y desarrollo ¹, cuanto por los esfuerzos insuficientes por lograr un abordaje terapéutico adecuado que evite las recaídas y el fenómeno de puerta giratoria. Nos estamos refiriendo a los trastornos adictivos.

La atención de estos trastornos constituye un importante reto para los profesionales en salud mental. Además, su ámbito se ha ido incrementando, desde las iniciales dependencias químicas, hasta incluir trastornos adictivos no convencionales (dependencias cibernéticas, ludopatías y otras modalidades de trastornos adictivos)² que se vienen constituyendo en un verdadero problema de salud pública, no solamente por su devastador efecto sobre los individuos que los padecen, sino también sobre su entorno, incluyéndose a la familia, las relaciones sociales y la vida productiva, sin dejar de mencionar la capacidad destructiva de la moral social de la industria productora de drogas y su tráfico.

Desde el ángulo de la respuesta terapéutica, las opciones han sido diversas, casi todas ellas signadas por las dificultades inherentes a la etiología multicausal de las adicciones³. Los progresos recientes en la comprensión de los aspectos neurobiológicos enrumban hacia mejores enfoques terapéuticos. Incluso la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD 10)⁴ en su capítulo de los Trastornos Adictivos y del Comportamiento debidos al Consumo de Sustancias Psicoactivas, requeriría ser reformulada para incorporar en un solo capítulo al conjunto de dependencias, no solamente los derivados del uso de sustancias psicoactivas sino también las conductas adictivas, dado que los avances en su comprensión postulan mecanismos comunes a prácticamente la totalidad de las adicciones. Esta unificación de criterios⁵ permitiría plantear estrategias holísticas de tratamiento, integrando en ellas a la persona, el agente y su entorno. Debe destacarse al respecto los avances en este sentido en las propuestas que se vienen formulando para las próximas versiones tanto de la Clasificación Internacional (CIE 11) cuanto de la DSM V.

Sin embargo, debemos decir que las actuales opciones terapéuticas para la patología adictiva, demuestran que nuestros países tienen serias dificultades para generarlas, empezando por las limitaciones para incorporar su tratamiento y rehabilitación en el campo de la psiquiatría y la salud mental. Más aún, es muy difícil la integración de su abordaje en los diferentes niveles de atención⁶, empezando por el primer nivel, en el cual la promoción, prevención y tratamiento precoces son capaces de limitar la progresión de cualquier trastorno, lo cual es aplicable también a los trastornos mentales y dentro de ellos a la patología adictiva, hasta el uso de protocolos de intervención y guías clínicas, y la generación de programas terapéuticos del más alto nivel de atención.

Así, a los estimados de prevalencia de las adicciones, no se han correspondido respuestas por parte de los sistemas de atención públicos y privados en igual proporción. Más aún, son insuficientes los esfuerzos por generar sistemas de referencia y contrarreferencia, integrados, para un abordaje cabal según la complejidad de los cuadros clínicos⁷ y la capacidad resolutive inherente a cada nivel. Por ello, queda siempre una masa flotante de personas sin atención por parte de los sistemas formales, ya sea debido a la complejidad de sus trastornos cuanto

por las dificultades por acceder a los servicios, además de los problemas que generan en sus propias redes sociales y familiares, sin dejar de mencionar los aspectos sociopáticos⁸ asociados a tal enfermedad no sólo del sujeto sino también de su entorno. Esto nos permite concluir que resultan insuficientes los recursos humanos especializados para la atención de esta patología, lo cual incluye médicos psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, terapeutas ocupacionales y personal técnico; así como también las alternativas de tratamiento que se ofrecen.

Nuestra realidad está llena de matices cuando al abordaje terapéutico en adicciones⁹ se refiere. En relación a las modalidades residenciales, llama la atención el número creciente de "comunidades terapéuticas" o "centros de rehabilitación" informales¹⁰ que valiéndose del incremento en la demanda de atención albergan adictos sin brindarles programas serios de tratamiento y rehabilitación, no obstante lo cual alivian temporalmente la desesperación de las familias, sin contar con mayor capacitación y entrenamiento.

Históricamente, las comunidades terapéuticas se iniciaron con la auto-organización de los propios afectados, a partir de las experiencias de los grupos de autoayuda, la generalización de sus principios para el caso del tratamiento del alcoholismo¹¹ y su extrapolación hacia otras patologías adictivas, esto basado en los principios de la comunidad como agente de cambio y la eficacia de la auto-ayuda¹², asignándole roles importantes a ex-adictos o adictos rehabilitados como modelos para el cambio, avanzando gradualmente hacia programas de intervención profesionalizados, experiencia que data de la década de los cincuenta en hospitales psiquiátricos de Reino Unido, y que más tarde se desarrollaría ampliamente en Norteamérica, como una alternativa a los tratamientos convencionales, logrando amplia difusión a nivel mundial. En relación a ellas, el Estado Peruano, mediante el Ministerio de Salud, como ente rector encargado de normar y liderar las acciones en salud pública, viene desplegando esfuerzos importantes para generar criterios de idoneidad y calificación de los recursos humanos, materiales y tecnológicos que permitan la adecuada clasificación y acreditación de sus centros.

Sin embargo, aún subsisten prácticas y modalidades de intervención agrupadas bajo un rubro genérico e inespecífico de "comunidades terapéuticas", o "centros de atención para adictos", que no concuerdan con los esfuerzos desplegados en tal dirección (sin desmerecer, por cierto, los importantes pasos dados por algunas instituciones públicas y privadas que desde un enfoque de comunidad terapéutica profesionalizada han mostrado avances en el campo). Este tema se tocó ampliamente en el último congreso internacional de comunidades terapéuticas, en el sentido de reestructurar la misma, haciéndola funcional, efectiva y librándola de malas prácticas¹³.

A continuación señalaremos los problemas más resaltantes encontrados en el desempeño de los centros terapéuticos informales o no profesionalizados.

II. PROBLEMAS RELACIONADOS CON GESTIÓN, DIRECCIÓN Y CONDUCCIÓN

Empezaremos por la facilidad con que un adicto, tras haber pasado por un proceso de tratamiento y rehabilitación (aún siendo discutible el programa terapéutico del que egresó), puede crear su propio "centro" o "comunidad", bastándole para ello un local (muchas veces una vivienda común en cualquier zona populosa) y supuestas habilidades terapéuticas, además de su filosofía de "sólo un adicto puede comprender a otro adicto". A ello se suma el concurso de un médico o psicólogo para obtener el permiso municipal y de la autoridad en salud. Al respecto, señalemos algunas preguntas que consideramos importantes:

- a. ¿Es posible que algunos de los promotores de estos centros sean personas con conductas disociales, que han logrado por esta vía acceder a un modo de vida rentable?, ¿no hallamos a menudo escándalos relacionados con ello?
- b. ¿Quién garantiza que tales promotores se hallan rehabilitados y que continúan en un programa de seguimiento para mantenerse libres de drogas?
- c. ¿Quién y cómo certifica las capacidades y habilidades terapéuticas de tales personas?, ¿el sólo hecho de haber estado en tratamiento y rehabilitación, los califica automáticamente para constituirse en terapeutas?
- d. ¿Hay un programa de certificación y acreditación en adicciones para los profesionales de la salud, médicos y psicólogos, que prestan su concurso para el funcionamiento de estos "centros"?
- e. ¿Basta con sólo tener el título profesional para obrar como terapeuta en adicciones, o se requiere entrenamiento y capacitación específicos en tal área?
- f. ¿Será acaso una forma de "prestar" el título, para justificar una licencia, sin desempeñar mayor rol terapéutico, el cual está generalmente confiado a los "operadores", es decir "ex-adictos rehabilitados", lo cual, como es obvio, significa, además, una forma de sub-empleo para tales profesionales?
- g. ¿Hay transgresiones a las normas de ética y deontología aplicables a tal forma de proceder por parte de los profesionales de la salud partícipes de esta modalidad informal de "tratamiento y rehabilitación"?

III. PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA PROPUESTA "TERAPÉUTICA"

Las comillas reflejan nuestras dudas acerca de si la modalidad de atención propuesta en estos centros está basada en protocolos de intervención o guías de práctica clínica validadas y calificadas. A modo descriptivo, las actividades en gran parte de estos centros, se basan en la ocupación del tiempo durante todo el día, combinándose labores de limpieza de los ambientes del local, ejercicios físicos, preparación de alimentos por turnos, actividades de corte religioso (lecturas bíblicas o similares, oraciones, cánticos, etc.), reuniones

grupales con charlas de operadores y ocasionalmente de profesionales. Las terapias de "confronte" determinan castigos, que muchas veces suponen trasgresiones a derechos humanos (castigo corporal colectivo, privación de alimentos, encierros, insultos, suspensión de visitas y refuerzos alimenticios, etc.) pudiendo poner en riesgo la integridad del adicto. Las actividades libres incluyen deportes si se cuenta con ambientes para tal fin. Es cuestionable incluso que se permita el consumo libre de tabaco sin tener en cuenta las repercusiones neurobiológicas en la generación del craving¹⁴ por otras drogas. Otra vez, a modo de interrogantes, plantearemos nuestras observaciones:

- a. ¿Cuáles son los criterios de selección, admisión, inclusión o exclusión en tales centros?, ¿se hace acaso una evaluación acerca de la severidad de los cuadros clínicos o muchas veces se limitan a internar adictos por demanda de familias desesperadas por sus infracciones?
- b. Así, muchas veces hallaremos personas con historial adictivo crónico, en puerta giratoria debido a múltiples reingresos, junto a personas que están en su primer internamiento y por cuyo diagnóstico (por ejemplo: abusador o adicto en estadios iniciales) correspondería ser tratados en otras modalidades de atención.
- c. Son muchos los casos en los cuales se incorporan en estos programas terapéuticos personas de diferentes edades y problemas de personalidad¹⁵. Así, la presencia de adictos con trastornos psicopáticos, muchas veces genera ambientes donde impera el maltrato y el abuso, especialmente contra los que tienen menor grado de deterioro conductual.
- d. Igualmente, no es raro encontrar pacientes con trastornos duales¹⁶ atendidos en tales centros, sin mayor supervisión y tratamiento de la patología psiquiátrica asociada, cultivándose en muchos casos la creencia de que el trastorno se debe a la adicción, o que el tratamiento se debe hacer sin necesidad de psicofármacos, contribuyendo a la progresión del trastorno mental y a generar dificultades para el resto de internos en el "centro", o con la creencia errada que los psicofármacos le podrían generar otro tipo de adicción.
- e. ¿Se establecen contactos o convenios con centros de salud ante interurrencias o emergencias médicas o para el manejo y seguimiento de adictos con patología dual en instituciones de salud mental públicas o privadas?
- f. Tampoco resulta extraño encontrar patología de la salud mental en la red de apoyo del adicto, ¿se realiza una óptima evaluación para indagar patología en la familia?, si la patología existe, ¿se hace un adecuado manejo profesional de la misma con la consecuente derivación al profesional que corresponde?
- g. Los permisos para recibir visitas, las prohibiciones y la duración de las mismas, los intervalos entre ellas, ¿siguen algún criterio técnico o muchas veces significan un abuso por parte de operadores?, ¿se hace un adecuado triaje de las personas o familiares que visitan al adicto y son parte de su red de apoyo?
- h. ¿Se interviene de forma idónea con la familia del adicto¹⁷, trabajando la motivación, conciencia de enfermedad, desactivación de mecanismos de resistencia y co-adicción en las

familias?

- i. ¿Cuáles son los criterios de intervención para realizar consejería y terapia familiar, basados en qué grado de capacitación y entrenamiento de quienes proporcionan tal atención?
- j. ¿Existen programas de terapia ocupacional adecuadamente diseñados e implementados para la patología adictiva, o más bien se incurre en una suerte de "terapia ocupacional perversa", que sólo busca ocupar el tiempo del paciente, sin objetivos terapéuticos claros?
- k. Los criterios para establecer permisos, salidas o programas de reinserción socio-laboral, ¿están basados en un programa individualizado para cada paciente, y son establecidos con objetivos claramente definidos?.

IV. PRINCIPALES CONSECUENCIAS DERIVADAS

Esta modalidad de internamiento genera cierto grado de adherencia en las familias de los adictos, que no vacilan en recurrir reiteradamente a tales instituciones cada vez que se produce alguna recaída o ante conductas problema. Se generan en ellas grupos de "captura" de los adictos reticentes a internarse, ya sea por su propia patología adictiva, por una probable comorbilidad o por experiencias negativas de anteriores internamientos. Así, pueden encontrarse consecuencias sobre las cuales es necesario reflexionar:

- a. La cronificación del cuadro adictivo debido a la inconsistencia e inoperatividad de los programas. Es común encontrar pacientes en puerta giratoria, con múltiples internamientos y cada vez mayores conductas desadaptativas adquiridas.
- b. La evolución desfavorable de los trastornos comórbidos, especialmente los relacionados con patología orgánica (tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, desnutrición, anemia, hepatitis, infección por VIH, etc.).
- c. La evolución desfavorable de los trastornos duales, con incremento de sintomatología psiquiátrica aguda, sintomatología residual, progresión hacia el deterioro, síndrome de ruina de la configuración.
- d. El deterioro progresivo de la red de apoyo familiar del paciente, debido a la mala evolución del trastorno adictivo, al desgaste económico generado por las múltiples recaídas o a las consecuencias derivadas de su conducta disocial y generadora de disfuncionalidad familiar.
- e. Las dificultades para el manejo adecuado de tales pacientes por los programas profesionalizados, a los cuales llegan con comportamientos inadecuados adquiridos en dichos "centros" (liderazgo negativo, Incumplimiento de normas, rechazo de psicofármacos y de tratamiento psiquiátrico, exclusión de la familia en el proceso terapéutico, disfuncionalidad severa de la misma, agotamiento de recursos económicos, etc.).

V. CONDICIONES QUE POSIBILITARON LA SITUACIÓN DESCRITA

- a. En primer lugar, debemos reconocer que la sociedad no ha logrado controlar por sí sola la alta incidencia de la patología adictiva, viéndose avasallada por las desastrosas consecuencias de la misma sobre el individuo, la familia y la comunidad en su integridad, limitando la capacidad productiva del individuo y corroyendo la estructura social a través del narcotráfico.
- b. Los sistemas públicos y privados a cargo de la atención en salud se han visto limitados en la atención de la patología adictiva, tanto por la incompleta comprensión de su naturaleza multicausal¹⁸, la ausencia de personal capacitado, la falta de protocolos o guías clínicas, cuanto por la prioridad asignada a otras áreas diferentes de la salud mental, en la cual se incluye esta patología.
- c. El modelo de atención, con énfasis en la enfermedad, tradicionalmente ha descuidado la promoción y prevención de los trastornos orgánicos y con mayor razón los mentales. Incluso el primer nivel de atención ha descuidado tradicionalmente la salud mental y dentro de ella los problemas relacionados con las adicciones.
- d. Las autoridades de salud han ido descuidando los aspectos normativos para estas instituciones, siendo destacables los recientes esfuerzos en generar los criterios de supervisión, acreditación, control y normatividad de las actividades terapéuticas.
- e. El número de camas en los centros asistenciales, para el caso de los trastornos adictivos, ha sido insuficiente, limitándose en la gran mayoría de casos a la atención en instituciones del tercer nivel.
- f. Tal insuficiencia en los servicios de tratamiento y rehabilitación, ha sido suplida por los "centros terapéuticos" o "comunidades", basados en modelos no profesionalizados, con exclusión de la intervención de especialistas y del uso de psicofármacos.
- g. Dada la demanda de atención por las familias con severas crisis funcionales derivadas del comportamiento de alguno de sus miembros afectado por la dependencia, las exigencias legales que imposibilitan la intervención profesional, ha sido suplida por internamientos en contra de la voluntad de los pacientes, implementados por tales "centros" o "comunidades".

VI. COROLARIO

- a. Es necesario incorporar en los tres niveles de atención el abordaje de la problemática de salud mental, incluyéndose en ella los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas y otras adicciones.
- b. Es menester marchar hacia la generación de un sistema nacional de referencia y contrarreferencia para el tratamiento de los trastornos adictivos.

- c. Se necesita integrar los esfuerzos a este respecto, tanto del sector público como del privado que actualmente trabajan en el campo de los trastornos adictivos, generando las equivalencias de acuerdo a su capacidad resolutive en la atención de esta patología, en estrecha relación con la complejidad de los cuadros clínicos.
- d. Se requiere establecer claramente los criterios para la acreditación de toda institución dedicada a promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos adictivos, basados tanto en los recursos humanos, materiales y tecnológicos, cuanto en la estructura y soporte científico de sus programas terapéuticos.
- e. Las instituciones, "centros de rehabilitación" o "comunidades terapéuticos" deben incorporar las necesidades de intervención profesional, adecuándose además al nivel de atención que sus características actuales ameriten. El ente rector del Estado Peruano, el Ministerio de Salud, debería adoptar las disposiciones que permitan apoyarlas en este esfuerzo.

VII. REFERENCIAS

1. Alonso-Fernández F.(2003). Las nuevas adicciones. TEA Ediciones.
2. Brugal, M., Rodriguez Martos, A., Villalbi, J.(2009). Nuevas y viejas adicciones: implicaciones para la salud pública. Gaceta Sanit. 20(Supl 1):55-62. - vol.20. Num. Supl.1.
3. CIE 10 (2008). Clasificación Internacional de Enfermedades 10º: Organización Mundial de la Salud.
4. CEDRO (2006). El problema de las drogas en el Perú. Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas.
5. Callado, L., Verdejo, A. (2010). Nuevos retos en el abordaje de las adicciones a cocaína y alcohol. Trastornos Adictivos. 12: 127. Vol. 2. Num. 4.
6. Day Ed. (2007). Clinical Topics in Addiction. The Royal College of Psychiatrists.
7. DSM IV-TR (2007). Diagnostic and Statistical manual of mental disorders. American psychiatric association.
8. Florez, E., Aragón Cancela, E. (2009). Documento de Consenso para el Abordaje de las Adicciones desde las Neurociencias. Trastornos Adictivos. 11(04):243-6 - vol.11. Num. 4.
9. Gómez Pereiro C., Del Pulgar Sabin. C. (2005). Drogas. Nova Galicia Ediciones.
10. Lorenzo F. P., Ladero Q.J., Leza J., Lizasoain H. I. (2009). Drogodependencias. Editorial Médica Panamericana, Madrid.

11. Llorente del Pozo J.M., Fernández Gómez C. (1999). Comunidades Terapéuticas situación actual y perspectivas de futuro. *Revista Adicciones*, Vol. 11, N°4.
12. NIDA, National institute on drug abuse; La comunidad terapéutica.
13. Perfas Fernando B. (2012). Deconstructing the therapeutic community. XXV World Conference of therapeutic communities 2012.
14. Mack A., Harrington A., Frances R. (2010). *Clinical Manual for treatment of Alcoholism and Addictions*. American Psychiatri Publishing, Inc.
15. Miguel L., Roncero C., y cols. (2009). Diferencias de género epidemiológicas y diagnósticas según eje I en paciente con patología dual. *Revista Adicciones*. Vol. 13.
16. Olave M., Rial C., Alsina L. (2005). Programa de residencia breve para jóvenes adictos con comorbilidad. Experiencia piloto. Casa Keirós.
17. Ortiz de Zarate, A., Alonso Durana, I., Ubis Gonzales, A., Ruiz de Azua Velasco, M. (2011). *Adicciones*. Editorial ELSEVIER MASSON, España.
18. Pedrero Pérez, E J. (2007). El modelo de cinco factores y la estructura dimensional de los trastornos de la personalidad: estudio de una muestra de adictos a sustancias con el BFQ y el MCMI.II *Trastornos Adictivos*. 09:116-25. - vol.09.Núm. 02.
19. Rivera Navarro J., Gallardo Pino C. (2005). *Grupos de ayuda mutua y asociaciones relacionadas con la salud*. Editorial Plaza y Valdés, S.A. México.
20. Ruiz P., Strain E., Langrod J. (2007). *The substance Abuse. Handbook*. Lippincott Williams & Wilkins.