

La coordinación entre las redes generales y los centros residenciales

Inmaculada Aguilar Gil¹ y Álvaro Olivar Arroyo²

¹ Residencia "Sanitas Residencial Las Rozas". Las Rozas. Madrid

² Instituto de Educación Secundaria Sefarad. Fuenlabrada. Madrid

Resumen

El presente artículo parte de la consideración de la Comunidad Terapéutica como un dispositivo altamente especializado, que se enmarca dentro de una red específica de abordaje de los problemas de adicción, lejos de la consideración de institución total que la rodearon en tiempos pasados. Desde este encuadre, se analizan los elementos que configuran la coordinación con el resto de la red. Por un lado, los relacionados con el ingreso, como los criterios de indicación y exclusión o los procesos de derivación. También los que tienen que ver con las salidas programadas durante el desarrollo del tratamiento y el alta terapéutica del centro, así como los posibles problemas que pueden surgir en esos procesos de coordinación. En la parte final, se analizan del mismo modo los elementos que influyen en la coordinación con otras redes generales, como las de justicia, sanidad, salud mental y educación, importantes desde una perspectiva de normalización para las personas con problemas asociados a las adicciones.

Palabras Clave

Comunidad Terapéutica, Redes Generales, Centros Asistenciales, Coordinación.

Summary

The present article holds the consideration of the Therapeutic Community (TC) as a highly specialized resource, belonging to a specific network of treatment centers for addiction problems, far from the consideration of total institution that surrounded it in the past. From this perspective, elements that suppose coordination with the rest of

— Correspondencia a: _____
C/ Bergantín, 11.
28043 – Madrid.
Correo electrónico: inma.aguilar@mi.madridtel.es
Teléfono (móvil): 690608719



the network are analyzed. First of all, those related to the access to TC, like criteria of indication and exclusion or the process of derivation. Also, those questions that have to do with the programmed days-out along the development of the treatment and the therapeutic discharge of the center, as well as the possible problems that can arise in those processes of coordination. In the final part, elements that influence coordination with some other general networks, as justice, health, mental health and education, are analyzed in the same way. This is important from a perspective of normalization for people with different problems associated to addiction, in the need of socialization.

Key Words

Therapeutic Community, General Networks, Welfare Centers, Coordination.

I. INTRODUCCIÓN: LA COMUNIDAD TERAPEUTICA DENTRO DE LA RED ASISTENCIAL

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

Las Comunidades Terapéuticas hace décadas que han dejado de ser recursos totalitarios, puerta de entrada y de salida para el

sujeto drogodependiente, donde todos los aspectos relacionados con su problemática eran abordados desde este único espacio, para pasar a convertirse en recursos altamente especializados que forman parte de una cadena asistencial donde cada dispositivo debe de asumir el papel que le corresponde en el proceso asistencial de la persona con problemas de consumo de drogas.

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

En la medida en que la CT se ubica en una red asistencial, desaparece el carácter de cierre de su intervención. El tratamiento pasa a ser residencial, pero con salidas al medio de referencia, cuyo seguimiento corresponde a otros recursos de la red. Tienden con ello a desaparecer los matices segregacionistas, de aislamiento, de confinamiento, características muy ligadas al modelo tradicional. Igualmen-



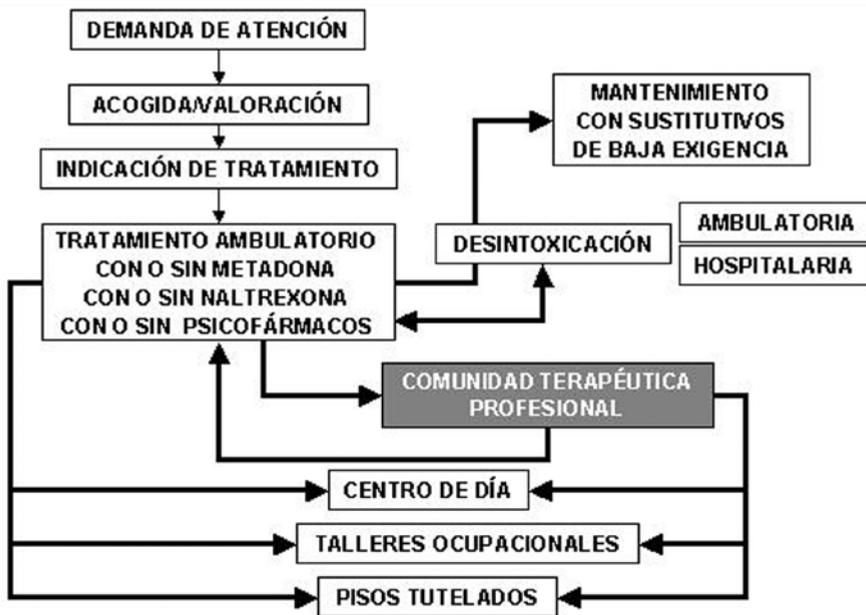
te, el proceso subsiguiente al alta en CT se produce en otros recursos externos, de modo que este dispositivo pierde su aureola de institución total, para incorporarse como eslabón de una cadena asistencial.

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

Así, la CT se configura no como un salto en el vacío, sino como un paso más, precedido y proseguido por otros, en la cadena de intervenciones huyendo de una tentación totalizadora. Su ubicación en el organigrama asistencial es precisa, sus objetivos definidos, su capacidad de acción es delimitada, pero al mismo tiempo, potenciada por los recursos complementarios.

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

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





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

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

2. PROCESOS DE COORDINACIÓN CON LA RED ESPECÍFICA DE ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES

Hace ya tiempo que las CCTT tratan y trabajan con perfiles de usuarios variados; en

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

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

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

Aun así, resulta necesario poner el acento en los Criterios de Derivación, es decir, qué



se espera de un recurso en relación al usuario que se le está derivando, qué Indicación Terapéutica (Cancrini, 1985) y qué Diagnostico Individual (Mejias, 1994) son los que determinan la utilización de éste y no de otro recurso de la Red Asistencial. Esto es algo que, por ejemplo, en disciplinas como la medicina nadie cuestionaría; es más, nunca se empezaría por la prueba más cara y más especializada sin previamente haber realizado toda una serie de pruebas que indicaran o aconsejaran la utilización de otras técnicas. Pero esto, sorprendentemente, no suele ocurrir en el ámbito de las drogodependencias en relación a las CCTT Profesionales. Por qué un recurso altamente especializado, con cobertura profesional las 24 horas al día, económicamente caro (a corto plazo), con niveles de retención altos y alta rentabilidad en cuanto a consecución de objetivos asistenciales (Aguilar, 1997) puede ser infrautilizado o mal utilizado en determinados momentos. Las CCTT, en algunos casos, han sido utilizadas no en función de una Indicación Terapéutica sino más bien por defecto de Indicación Terapéutica o de recurso apropiado donde derivar o ingresar a esa persona consumidora, utilizándolas como alternativas a los albergues, a las prisiones e incluso a recursos residenciales de salud mental.

Todo lo anterior ha sido posible por cuestiones de supervivencia en unos casos, ya que la gran mayoría de CCTT tienen plazas concertadas con distintas administraciones, dependiendo económicamente de las mismas para pervivir, siendo escasas las que son centros privados puros, y han tenido que asumir todo aquello que se les ha derivado, fuera o no un perfil que potencialmente se beneficiara de este dispositivo. En otros, esta situación se ha dado por la inexistencia de una relación profesional simétrica entre ambos recursos

que facilitara los mecanismos de coordinación necesarios para ajustar determinados casos. El centro derivador o determinados profesionales del mismo han actuado basando la relación con la CT en términos de poder: "yo derivo y tu tienes que aceptar". Las CCTT han arrastrado, así, la herencia de los modelos anteriores que configura una imagen social de la Comunidad Terapéutica como lugar de exclusión, de custodia, de castigo o de mera contención, alcanzando no sólo a la opinión popular sino, incluso, a profesionales que trabajan en proximidad con los problemas derivados de la dependencia (APCTT, 1994) y, aún, a profesionales de la atención directa a drogodependientes en dispositivos diferentes de la Comunidad Terapéutica. Quizá no han sabido romper a tiempo estigmas del pasado y demostrar científicamente la eficacia de su metodología y económicamente la rentabilidad de su labor a largo plazo.

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

Llegados a este punto, nos deberíamos preguntar ¿Qué usuarios son los que pueden beneficiarse de una Comunidad Terapéutica? ¿Para quiénes está indicado un recurso de estas características? Como veíamos anteriormente, los criterios de Exclusión son



escasos, los de Derivación también: personas con problemas de adicción, consumidores de cualquier sustancia con o sin patología mental, que tengan motivación y potencialidad para el cambio, y que puedan desarrollar tratamiento en un espacio grupal. No nos olvidemos que la Comunidad Terapéutica es fundamentalmente un espacio de tratamiento en grupo, donde el grupo es a la vez objeto e instrumento de tratamiento, instrumento para la individualidad si previamente hay un diagnóstico que determine unos objetivos individuales y las posibles estrategias para la consecución de los mismos, desarrolladas por un equipo multidisciplinar que sea capaz de trabajar interdisciplinariamente.

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

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

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

3. MECANISMOS DE COORDINACIÓN DENTRO DE LA RED

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



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

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

Protocolos de Ingresos

El informe de derivación lo más completo posible debe estar con una antelación previa a la entrada del sujeto en CT: esto facilita

al equipo receptor conocer previamente al sujeto que se le está derivando y organizar las primeras cuestiones de intendencia como compañeros de mesa, habitación, quién va a ser su profesional de referencia, etc... Finalmente, entre ambos dispositivos, se acuerda la fecha de ingreso y los requisitos necesarios de formalización para el ingreso.

Posteriormente, el equipo profesional de la Comunidad Terapéutica, pasado el tiempo necesario de adaptación al dispositivo y una vez que el sujeto ha sido valorado por los distintos técnicos, procede a su propia valoración, ratificando, modificando o modulando los objetivos en función del conocimiento directo de la mecánica asistencial interna. Esta información se transmite al centro de referencia y es contrastada profesionalmente con ellos; este aspecto resulta de alto interés, dado que, como decíamos anteriormente, en muchos casos los comportamientos del sujeto en entrevistas semanales, en el contexto de un centro ambulatorio, tienen poco o nada que ver con su estilo de funcionamiento personal e interpersonal en un entorno grupal de convivencia, que posibilita la observación durante las veinticuatro horas del día, extrayéndose un mayor volumen de información, desde una perspectiva profesional y objetiva.

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

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

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



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

Los acontecimientos en algunas salidas también contribuyen, en ocasiones, a generar problemas de coordinación entre dispositivos. Si un usuario vuelve de una salida tras haber consumido, bajo los efectos de la sustancia, resulta paradójico que en algunos casos los profesionales de la CT se encuentren con resistencia por parte del centro derivador para retrasar o anular el regreso, o plantear una medida disciplinaria. Como ya decíamos antes, quizá se debe a un problema de perspectiva: donde el profesional del centro de procedencia ve una situación relativamente común (el consumo de un drogodependiente), el de la CT percibe lo que supone un usuario en estado de embriaguez entre un grupo de sujetos que ha acudido a una CT precisamente para poder llevar a cabo un proceso de cambio alejado del consumo y sus consecuencias. Esta visión diferenciada supone conflicto, y no sólo en casos como éste, sino en otros que suelen aparecer en los reglamentos de régimen interno como la introducción de sustancias en el centro o las agresiones. Ante todos estos casos, el profesional de la CT trata de defender el derecho del resto de residentes a

desarrollar el tratamiento en un espacio físico libre de drogas, y en un contexto marcado por el diálogo para la resolución de problemas, y no por la ley del más fuerte. Pero la tozudez de la experiencia cotidiana nos ha mostrado que, en muchas ocasiones, esta defensa se interpreta de manera errónea por parte de algunos de los centros que derivan.

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

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

Una de las cuestiones que añade problemas de coordinación en el momento previo al alta de los sujetos es la escasa presencia de recursos orientados a la reinserción, una vez finalizado el proceso en CT. La pregunta "¿y ahora, qué?" se contesta, en muy pocas ocasiones, con la continuidad del proceso de avance e integración social en dispositivos como pisos de reinserción u otros que permitan adecuar el ritmo de incorporación social del sujeto a sus características y las de su entorno. Cuando existe una buena derivación desde el centro de referencia y el trabajo desarrollado con el sujeto dentro de la CT ha alcanzado los objetivos planteados, resulta paradójico que todo ese esfuerzo profesional pueda echarse



a perder por no contar con dispositivos de apoyo que pueden contribuir activamente a una finalización adecuada del proceso de tratamiento: un soporte convivencial que permita una incorporación graduada, orientada y supervisada al mundo del trabajo, la formación, las relaciones sociales alternativas al consumo o a la reconstrucción de los lazos familiares desde una posición más cercana al entorno de referencia.

4. COORDINACIÓN CON LAS REDES GENERALES

Sistema Judicial

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

Estos servicios racionalizan los artículos 96 y 102 del Código Penal, haciendo entender a los jueces que la alternativa a prisión no pasa porque el sujeto dependiente cambie la prisión por un centro residencial cerrado, sino por un auténtico programa de tratamiento, lo que significa que entrará en el circuito asistencial de la red debiendo ser el centro ambulatorio y el equipo de profesionales expertos en adicciones quienes realicen la indicación de tratamiento necesaria para el caso. Si la indicación es CT, el sujeto deberá incorporarse al programa asistencial de la CT en igualdad de condiciones que cualquier otro sujeto dependiente que va a la misma a realizar un proceso de tratamiento y que, posteriormente al alta en este recurso, continuará tratamiento en otro dispositivo. Si esto no se entiende, los sistemas quedan pervertidos,

siendo el sistema judicial quien libera y la CT la que pasa a ser un elemento de contención y represión. La CT debe informar de la evolución del caso al centro de referencia, como lo debe hacer en cualquier otro caso y éste, a su vez, al sistema judicial, si así lo solicita. La experiencia de las autonomías donde existen equipos profesionales que asesoran a los jueces está resultando positiva, en la medida en que sirven para situar a cada sistema en el papel que le corresponde.

Red General Sanitaria

Es éste, según vemos en el estudio citado anteriormente (Comas, 2006), uno de los servicios más utilizados por los usuarios de CT. Los profesionales de la Comunidad suelen establecer contacto con los centros de salud cercanos a su zona, gestionar cartillas como desplazados, de ser necesario, mantener informado al médico que corresponda de la situación física del paciente a tratar e incluso que el mismo pueda ser visto y entrar a consulta sin la necesidad de presencia de un técnico de la CT, puesto que son ciudadanos de pleno derecho y como tal deben de ser tratados. Este contacto con los recursos sanitarios del entorno contribuye, de manera decisiva, a una utilización adecuada de los mismos, así como a un progresivo contacto no conflictivo con la comunidad, que a veces no existía dentro del estilo de vida asociado al consumo.

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



Red Específica de Salud Mental

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

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

asunto. Por ejemplo ¿se ha trabajado con personas con doble diagnóstico desde siempre en las CCTT (consumidores con trastornos de personalidad antisocial, negativista, auto-destructivo, esquizoide, dependiente, límite, por ansiedad, distimia...)? ¿Puede ser que anteriormente no se hicieran de manera tan sistemática este tipo de diagnósticos? ¿Aparecen problemas en la coordinación con los servicios de Salud Mental cuando la pauta de medicación que se indica a un sujeto interfiere con su potencial de desarrollo de un tratamiento adecuado en CT, por no ser ajustada? Y, por último, y no menos importante ¿están las CCTT cubriendo una necesidad social como son los espacios residenciales para personas con trastornos graves de carácter psiquiátrico como esquizofrenias? Sin olvidar que Maxwell Jones fundó una de las primeras CCTT en el contexto de un hospital psiquiátrico, quizá convendría no olvidar tampoco que su primer objetivo era posibilitar la reincorporación social de estos sujetos, y no su exclusión y aislamiento de la sociedad. Porque, a la vista de los porcentajes de residentes con diagnóstico dual en algunas CCTT, asoma la duda de si no se estarán utilizando más como programas de respiro familiar o como programas sustitutivos de residencias psiquiátricas que como dispositivos especializados en el tratamiento de las adicciones.

Sistema educativo

Es otro recurso externo utilizado por la CT, bien para la continuidad de estudios, bien para buscar apoyos que sirvan para adaptar lo que se puede hacer en CT en relación a los mismos con respecto a un sujeto. Existen experiencias tanto de la inclusión dentro de la CT de profesionales de la Educación Formal que facilitan la adquisición del Graduado en Educación Secundaria Obligatoria, como otras en las que



se facilita la asistencia de los sujetos a centros educativos externos desde la propia CT; en estos casos, el recurso se flexibiliza al máximo, reduciendo la presencia física del sujeto en aras de su normalización educativa, y decidiéndose de manera consensuada la frecuencia de asistencia más adecuada para equilibrar los avances académicos con los propios del tratamiento en CT. Este tipo de actuaciones requieren de una coordinación continua y cercana con el tutor del centro educativo, así como mantener reuniones periódicas que permitan compartir información sobre las aptitudes que el sujeto está desarrollando y conocer la actitud mantenida por el mismo. También la supervisión continua por parte del profesional de referencia en la CT de la vivencia que el sujeto lleva a cabo de su periplo académico, las dificultades encontradas y el análisis de las posibles alternativas adaptativas.

Recursos culturales

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

Si el nuevo modelo profesional tiene como objetivos la normalización del usuario en la sociedad y la responsabilización de sus actos

y de las consecuencias que de ellos se deriven, resulta de la máxima importancia la utilización de servicios normalizados y el aprendizaje de su correcta utilización para los residentes de CT. Sin duda, el camino hacia la normalización es más sencillo cuanto más próximo se sitúa el propio dispositivo a la normalidad.

REFERENCIAS

AGUILAR, I. (1997), "Retención en Comunidad terapéutica: La CT profesional de Barajas". Adicciones, Vol. 9. n.º 2

APCTT. Actas de las VIII Jornadas estatales de Profesionales de Comunidades Terapéuticas para Toxicómanos. Barcelona, APCTT. 1.994.

CANCRINI, L.; CONSTANTINI, D. Y MAZZONI, S (1985): "Toxicomanía entre jóvenes: estudio de su tipología y pertinencia con programas de tratamiento" en BOLETÍN DE ESTUPEFACIENTES DE NNUU, VOL.37, n.º 2-3.

COMAS, D. (1998): El tratamiento de la drogodependencia y las comunidades terapéuticas. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.

COMAS, D. (1994): Criterios y normas para la homologación de Comunidades Terapéuticas Profesionales para toxicómanos. Madrid. APCTT

COMAS, D (2006): Comunidades Terapéuticas en España. Situación actual y propuesta funcional. GRUPO GID. Madrid

MEJIAS, E. (1997) "Indicación Terapéutica en Toxicomanías", en COMUNIDAD Y DROGAS, n.º 4.

POLO, LL y ZELAYA, M. (1985): Comunidades para toxicómanos. Madrid, Dirección General de Acción Social-Cruz Roja.