

## **La metodología de la comunidad terapéutica: una apuesta de futuro**

**Domingo Comas Arnau**

Doctor en Ciencias Políticas y Sociología  
Presidente de la Fundación Atenea

### **Resumen**

Existe una desinformación notable en torno a la noción de Comunidad Terapéutica, por este motivo se realiza una descripción sintética de sus principales rasgos metodológicos y de los diferentes tipos de posibles CCTT de acuerdo con los perfiles que presentan sus residentes. También se describe su recorrido histórico, las dificultades institucionales que tienen que afrontar en la actualidad y las oportunidades de futuro que representa la creciente demanda de este tipo de dispositivos.

### **Palabras Clave**

Comunidad Terapéutica, Estado de Bienestar, acreditación de centros asistenciales, centros residenciales.

### **Summary**

A notable disinformation exists concerning the notion of Therapeutic Community, for this reason we make a synthetic description of its main methodological features and the different types of possible CCTT according to the profiles of its residents. Also there is a historical background, the institutional difficulties that they have to confront at present and the opportunities of future that represents the increasing demand of this kind of devices.

### **Key Words**

Therapeutic Community, welfare state, crediting of welfare centers, residential centers.

— Correspondencia a: \_\_\_\_\_  
Domingo Comas Arnau  
Correo: dcomas@ateneagrupogid.org



## I.- UNA HISTORIA IGNORADA Y UNA PODEROSA PROYECCIÓN MEDIÁTICA

La noción de Comunidad Terapéutica contiene un doble sentido, de una parte es un concepto técnico y científico y de otra parte es un término mediático con una fuerte carga emocional y simbólica. Se trata de una dualidad que comparte con otros conceptos para los cuales también existe una versión "científica" y otra versión "popular", pero en el caso de la noción de Comunidad Terapéutica tal dualidad es más intensa, ya que la práctica totalidad de los profesionales, incluidas aquellas disciplinas que intervienen en el ámbito de las Comunidades Terapéuticas (Comas, 2006), asumen la convención mediática y estereotipada de las mismas y sólo los propios profesionales que trabajan de forma directa en una Comunidad Terapéutica manejan el sentido técnico y científico de dicha noción.

Podemos atribuir este desajuste a la absoluta falta de formación académica que sobre Comunidades Terapéuticas reciben los estudiantes, a pesar de que existe suficiente literatura científica y técnica en torno a las mismas, pero está claro que los licenciados en medicina, pedagogía y psicología, así como los graduados en trabajo social y educación social (por citar a las cinco profesiones más presentes en Comunidad Terapéutica), jamás han recibido un solo imput de información sobre tal metodología a lo largo de sus estudios tanto en España como en el resto de Europa (Tsiboukli, 1997). Pero a la vez han recibido muchos imputs mediáticos (incluido el cine y las series televisivas) en torno a la visión estereotipada de las Comunidades Terapéuticas.

Esta no es una situación que se repita sin más en los diversos países y podemos afirmar que España conforma una cierta excepción (que comparte con los otros países latinos europeos), mientras que en el norte de Europa y en Latinoamérica la definición que manejan los profesionales sobre lo que es una Comunidad Terapéutica es algo diferente.

Podemos atribuir las peculiaridades de los países mediterráneos al impacto mediático (y al rechazo profesional y académico) que suscitó la Comunidad Terapéutica en la década de los años 80, cuando estos mismos profesionales claudicaron de forma corporativa ante la epidemia de heroína y las Comunidades Terapéuticas fueron objeto de un asalto carismático y antiprofesional, el cual, en algunos casos, tuvo éxito y además recibió mucha atención mediática (Goti, 1990; Manning, 1989; Comas, 1988).

Sin embargo en la actualidad, las Comunidades Terapéuticas en nada se parecen a aquellas "granjas y centros", y son más bien unos dispositivos asistenciales muy competentes, que se gestionan con una base de conocimientos especializada y que consiguen un buen nivel de eficiencia.

Esta situación es el resultado de una larga historia no exenta de dificultades y de una metodología cuyas características esenciales aparecen más adelante.

En cuanto a la historia podemos sintetizarla de la manera siguiente: La Comunidad Terapéutica nació tras la segunda guerra mundial para atender los casos de PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) entre prisioneros torturados y otras personas que habían sufrido tratos degradantes durante el conflicto. Es cierto que el PTSD aún no se llamaba entonces así, pero esta era la población a la que



se dirigía. A lo largo de los años 50 la Comunidad Terapéutica tuvo un notable desarrollo como sustituto de los hospitales psiquiátricos primero en Inglaterra y más tarde en EE.UU. y algunos países del Norte de Europa (Clark, 1964; Rapoport, 1968; Bion, 1959; Jones, 1952). En esta misma década la OMS la consideró como *"la alternativa más adecuada a la crisis de los hospitales psiquiátricos"* (OMS, 1953). Hacia 1960/63 parecía gozar de una muy buena salud y su principal promotor Maxwell Jones se felicitaba por ello (Jones, 1963).

Sin embargo en la década de los años 60 las sucesivas oleadas de des-internamiento psiquiátrico, algunas muy poco razonables, truncaron su crecimiento, quizá porque era más débil que los hospitales psiquiátricos más tradicionales, pero recibía las mismas críticas que estos porque "trabajaba con internos". Una vez pasada aquella etapa de euforia y cuando se puso en evidencia que la profecía de la psiquiatría y la criminología liberal [*"no hay delincuentes ni locos, sino cárceles y hospitales que los producen"*], no se cumplía, las Comunidades Terapéuticas podrían haber rebrotado con rapidez, pero mientras tanto se había producido un "encuentro inesperado" entre las mismas y el modelo de auto-ayuda en el ámbito de las drogas ilegales. A lo largo de los años 70 y gran parte de los 80, el concepto de Comunidad Terapéutica se asoció en exclusiva al tratamiento a la heroína, con una fuerte presencia de componente de autoayuda (Yablonsky, 1989; Roig, 1986; De Leon, 2002; Boroekaert, 1998). Ciertamente, y como veremos, sobrevivieron otro tipo de Comunidades Terapéuticas, pero durante dos décadas la foto que acompañaban al término siempre era la imagen de algunos adictos en lo que parecía ser una terapia grupal.

Finalmente, ya en la década de los años 90, la progresiva profesionalización de las Comunidades Terapéuticas para adictos a drogas ilegales se combinó con la restauración de la metodología en el ámbito de salud mental y con su proyección hacia otras áreas. En este momento la Comunidad Terapéutica es una metodología, probada y eficiente, que ha sido adoptada por una cierta base de dispositivos en diferentes partes del mundo y con diferentes perfiles de personas y que sólo espera su oportunidad para lanzar un potente órdago a otras metodologías más tradicionales (NIDA, 2003; Abeijon y Pantola, 2002).

## 2.- RASGOS ESENCIALES DE LA METODOLOGÍA DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

La metodología de la Comunidad Terapéutica se caracteriza por una serie de rasgos y componentes, entre los que he seleccionado los doce más relevantes o significativos, siguiendo en esquema propuesto por Maxwell Jones (Jones, 1963; Jones, 1968 y Jones, 1976).

1. Una Comunidad Terapéutica es un **centro residencial**, en el que se permanece la mayor parte o todo el día (aunque siempre se pernocta ya que "se reside" en la misma) y donde los internos conviven de forma continua con miembros del equipo técnico. Sin embargo el equipo no reside en el Centro, pero siempre (a cualquier hora) hay miembros del equipo técnico presentes en centro. La presencia continua del equipo, no tiene por finalidad "controlar a los residentes", sino que forma parte del desarrollo de las tareas técnicas que de forma continua (es decir las 24 horas del día) debe realizar dicho equipo técnico.



2. La permanencia en el centro tiene una **duración determinada**, definida de antemano con criterios temporales, o bien con el logro de ciertos objetivos, pero siempre con un límite temporal máximo

3. Cada Comunidad Terapéutica se orienta hacia un colectivo social con un **perfil concreto** y preestablecido, sólo las personas que ofrecen dicho perfil son aptas para residir en el centro. En el apartado 6 se describen varios "tipos" de Comunidad Terapéutica, cada uno de los cuales se refiere a un determinado perfil de posibles residentes.

4. El **ingreso es voluntario**, sin que puedan utilizarse medidas ni estrategias de retención que atenten contra los derechos individuales. Este rasgo presenta algunas dificultades cuando los residentes, están en el dispositivo como consecuencia de una obligación o un emplazamiento judicial, como es el caso de los menores procedentes de la justicia de menores, los tratamientos judiciales alternativos en el caso de drogas o los tratamientos obligatorios para enfermedades mentales. En tales casos la Comunidad debe adaptarse a estas situaciones, lo que no siempre es fácil, aunque se han adoptado algunas estrategias útiles. Algunos autores también han sostenido que para estos casos no debería aplicarse la metodología de la Comunidad Terapéutica, pero esto constituiría un acto de discriminación frente al derecho de igualdad de trato.

5. Una Comunidad terapéutica exige la presencia y la intervención de un **equipo técnico multidisciplinar**, con un fuerte predominio de componentes psico-sociales y educativos. Una diferencia esencial entre la metodología de la Comunidad Terapéutica y otras metodologías de intervención se refiere al hecho de que **todas** las figuras que conforman la vida del centro, desde todo tipo de monitores y

personal auxiliar, hasta los responsables de la hostelería (cocina, limpieza, lavandería), recepción, transporte, mantenimiento y por supuesto el personal administrativo, **forman parte de este equipo técnico** (Clark, 2964; Jones, 1952).

6. La vida en la Comunidad Terapéutica es un intento de reproducir una **vida cotidiana real**, en la que todas las figuras mencionadas en el párrafo anterior y los residentes, cumplen con sus roles reales, interaccionan y a través del desarrollo de sus papeles en esta micro-sociedad, producen intensos efectos sobre los residentes. Para lograr tales efectos la Comunidad Terapéutica debe tener un número limitado de plazas, de tal manera que se produzca un conocimiento personal compartido de todos los residentes y miembros del equipo. El número de **plazas** más frecuente se sitúa en una horquilla entre 20-40, dependiendo de la complejidad y los problemas asociados al perfil del residente. En caso de tratamientos obligatorios, por ejemplo menores, el número de plazas aún puede ser más reducido.

7. La vida cotidiana real en la Comunidad es la fuente de un **aprendizaje social**, que se produce en un contexto de especial **densidad** de las relaciones sociales, lo que a su vez implica, aunque de forma implícita fuertes **controles informales**. La creación de diversos grupos terapéuticos, combinados con las terapias individuales y los procedimientos educativos, produce una fuerte sinergia entre todas las intervenciones, ya que aumenta la densidad de las relaciones sociales, de los procesos de aprendizaje, de la intervención terapéutica y del control informal, hasta un óptimo de rendimiento (Bion, 1962). Una cierta orientación sistémica contribuye a consolidar este óptimo, aunque hay experiencias de Comunidades



Terapéuticas con otras orientaciones teóricas. En todo caso se señala con frecuencia que hay que evitar “exageraciones” en cuanto a la presión de los controles informales para evitar efectos yatrogénicos (Nadeu, 1987; Jones, 1986).

8. El equipo técnico debe desarrollar una serie de **procedimientos**, que facilitan el intercambio de información y la toma de decisiones terapéuticas sobre los residentes, para que toda esta complejidad no le desborde o convierta a la Comunidad en un espacio caótico y poco terapéutico. Los procedimientos tradicionales para gestionar la complejidad, tienen que ver con prácticas como: 1) los historiales comunes e integrados de todos y cada uno de los residentes, 2) las reuniones (especializadas o generales) del equipo técnico para seguir la evolución de los casos y tomar decisiones, 3) la existencia de “diarios de acontecimientos” de declaración y consulta obligatoria, 4) la información cruzada entre los profesionales y 5) la existencia de organigramas claros, en los cuales las responsabilidades están bien definidas, esta exigencia debe aplicarse tanto en el equipo como con los residentes. Esto último exige además la firma de “contratos terapéuticos” (o de autorizaciones informadas), la existencia de un Reglamento de Régimen Interno exhaustivo y bien conocido, así como mecanismos de información que notifiquen sobre horarios, actividades y tareas. Incluyen las guardias del equipo. Como consecuencia de todas estas exigencias la presencia de conflictos, más o menos graves pero no resueltos, así como otras situaciones de incomunicación en el equipo técnico son incompatibles con la metodología, lo que implica que en estas circunstancias el centro dejaría de ser una Comunidad Terapéutica para convertirse en una mera “residencia controlada” (Jones, 1988).

9. La Comunidad Terapéutica se ofrece a personas con diferentes tipos de problemas para diversos perfiles que, en general, presentan una combinación especialmente letal de problemas sanitarios, sociales, psicológicos y morales. El ingreso en la misma tiene como objetivo primario ayudar a resolver estos problemas. Pero el objetivo esencial de la metodología es ayudar a los residentes a construir de forma racional **un proyecto de vida alternativo**, desde el cual tales problemas puedan minimizarse.

10. En una Comunidad Terapéutica los residentes no son sujetos pasivos que “reciben una ayuda profesional” sino que adoptan progresivas y **crecientes responsabilidades** asumiendo roles que contribuyen a dinamizar la vida comunitaria ayudando a los ingresos más recientes a integrarse. Asumir tales responsabilidades supone, a la vez, contribuir a la mejora de aquellos que las asumen y “prepararse” para la incorporación a una vida normalizada. A través de este proceso se desarrolla además un potente **entorno de autoayuda** que contribuye de una forma muy intensa al desarrollo y a la mejora personal. Una parte de las Comunidades Terapéuticas refuerzan este aspecto, integrando en el equipo profesional a personas con una historia superada de problemas similares al perfil de los residentes. Para ello se exige que estas personas ya no sean residentes, “hayan vuelto” a la sociedad y estén realizando sus tareas como otro profesional del equipo (Bion, 1962).

11. Una Comunidad Terapéutica es un centro residencial que aporta las ventajas aludidas en los puntos anteriores, pero no es (ni debe tratar de ser), una institución total que afronta y resuelve todos de problemas de los residentes. Para esto, al igual que para el resto de los ciudadanos, existen las redes



generales de atención que se ocupan de problemas específicos; para los problemas de salud el sistema sanitario, para los problemas de integración los diversos componentes de la red de servicios sociales y para los problemas educativos el sistema educativo. Como es muy frecuente que los residentes en una Comunidad Terapéutica presenten problemáticas muy agudas, se requiere un estrecho vínculo con los servicios generales, un vínculo que adopta la fórmula de una adecuada **coordinación técnica con las redes generales**, lo que a su vez implica que en la Comunidad Terapéutica existan profesionales capaces de realizar las tareas que tal coordinación exige. Un ejemplo muy claro del significado de esta coordinación se refiere al tema de uso de fármacos al que me referiré más adelante (Mejías, 1997; Comas, 2006).

12. La metodología de la Comunidad Terapéutica exige la práctica de la **evaluación continua**, en al menos tres niveles: 1) la evaluación de los casos individuales por parte del equipo técnico, 2) la evaluación de los procesos, procedimientos y resultados grupales por parte de este equipo técnico y si es posible con supervisores externos, 3) la evaluación de los resultados (si es posible con estudios de seguimiento) para producir conocimiento e incorporar a las Comunidades Terapéuticas en el ámbito de la producción científica (García, 1995; Rodríguez, 1998; Comas, 1995; Fernández, 1998).

### 3.- LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA EN ESPAÑA

Las primeras Comunidades Terapéuticas aparecieron en España, en particular en Asturias y Andalucía, en la primera mitad de los años 70 formando parte del movimiento de

reforma psiquiátrica que se había expandido por el mundo en la década de los años 60 y que en España tuvo que afrontar tanto la oposición de las viejas estructuras psiquiátricas como la del régimen político de la dictadura. En general se trataba de dispositivos que atendían a personas con problemas de psicosis y quizá otros tipos de enfermos mentales. Algunas sobreviven desde entonces.

A partir del año 1979 se crearon las primeras Comunidades Terapéuticas para adictos a drogas ilegales, que vivieron una espectacular expansión durante los años siguientes. Tal expansión se explica por la carencia de respuestas institucionales y profesionales y la falta de recursos públicos para la atención a los adictos a drogas ilegales. Una parte de los centros adoptaron una orientación anti-profesional y un modelo basado en exclusiva en la autoayuda (Comas, 1988; Comas, 1998). A partir de 1987, el Plan Nacional sobre Drogas puso en marcha un proyecto de regularización de estos dispositivos, que incluyó medidas relacionadas con la formación de los profesionales, con el desarrollo de programas complementarios (en especial los educativos), con la mejora de infraestructuras y con el apoyo a la investigación. Al mismo tiempo se pusieron en marcha diferentes convenios, conciertos y contratos de plazas con las Comunidades Autónomas, lo cual facilitó la emergencia de un potente sector de intervención.

Sin embargo entre los años 1993 y 2002 dicho sector vivió una cierta crisis (Autores Varios, 1995), que se puede atribuir a dos razones, la primera el posicionamiento de muchas entidades (aunque no todas) en el modelo más estricto de los Programas Libres de Drogas y el rechazo a aceptar casos en Mantenimiento con Metadona, la segunda razón fue el traspaso de competencias hacia



el área sanitaria, un contexto en el que, de forma paradójica, la metodología de la Comunidad Terapéutica, no es demasiado bien comprendida (Comas, 2000).

Al final la crisis se superó, básicamente porque se mantuvo la demanda, pero también porque se consiguió integrar las estrategias de reducción de daño y riesgo con la metodología de la Comunidad Terapéutica (Tinoco, 2006; Llorente, 1999). Con el cambio de siglo muchas Comunidades Terapéuticas que sólo se habían dirigido a adictos a drogas, que habían entendido su verdadera lógica asistencial gracias a esta integración con las estrategias de reducción de daño y riesgo, comprendieron también que podían ocuparse de otros perfiles (Comas, 2002). Comenzó entonces otro proceso de expansión que es el que estamos viviendo en la actualidad (Comas, 2006).

#### 4.- LA LÓGICA DE LA IMPLANTACIÓN DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

La Comunidad Terapéutica es un dispositivo altamente especializado que requiere una formación específica, un contenido de conocimientos propio y unas prácticas interdisciplinares muy diferentes a las que están acostumbrados los profesionales. Tal grado de especificidad y la correspondiente demanda de formación responden a una lógica de implantación, que en parte ha sido descrita al enumerar los rasgos principales de la metodología, pero que podemos completar con algunos ejemplos relevantes y a la vez controvertidos.

En cuánto a la **dependencia**, en España existen Comunidades Terapéuticas públicas (una de cada cinco), privadas (muy residuales)

y concertadas (la mayoría), en el resto de países hay menos públicas, igual de concertadas y algunas más privadas. Esto significa que el modelo habitual de Comunidad Terapéutica es el concertado, que a su vez se subdivide en dos grandes grupos, de una parte aquellas que forman parte de entidades benéficas que promueven la Comunidad como parte de una misión más amplia y aquellas que forman parte de colectivos profesionales especializados, que suelen tener casi siempre una base asociativa, pero cuya única misión es la propia Comunidad, aunque a la vez en su mayoría tienen una fuerte dependencia (hasta el punto de ser subsidiarias) a la administración pública. Todas prestan sus servicios de forma gratuita.

¿Por qué apenas hay Comunidades Terapéuticas públicas? En realidad en España hay muchas y además su proporción ha ido aumentando los últimos años. Pero en la mayoría de países, incluidos los de tradición y modelo social-demócrata, sólo aparecen Comunidades Terapéuticas concertadas.

Esto ocurre por dos razones, la primera tiene que ver con el coste, ya que entre una Comunidad Terapéutica pública y una concertada la diferencia es muy notable de tal manera que en una misma Comunidad Autónoma hemos visto como el "coste plaza" de un concierto era menos de un tercio del coste público (Comas, 2006), aunque esto ocurre en los conciertos con ONGs, mientras que los contratos con entidades privadas, requieren aumentar los costes para conseguir el mismo nivel de prestaciones<sup>1</sup>. También hay experien-

<sup>1</sup> *Las Comunidades Terapéuticas concertadas, asumen en general, uno o varios conciertos de plazas, lo que evita entrar en discusiones en profundidad en torno a las "condiciones técnicas" del dispositivo, más allá de expresiones generales como "internamiento" o "tratamiento". Incluso se usa la expresión "Comunidad Terapéutica" pero sin hacer otra referencia a su*



cias muy válidas de Comunidades Públicas con gestión privada e incluso de Comunidades con una parte del personal que pertenece al sector público y otra parte es un concierto con una ONG.

Pero el argumento del coste se complica porque en las públicas aparece un factor de distorsión que conforma la segunda razón que explica la escasez de Comunidades Terapéuticas públicas, ocurre que las públicas forman parte de un sistema más amplio, normalmente el sistema de salud, lo cual les obliga a afrontar dos retos casi imposibles, el primero la cuestión del personal con una formación adecuada, ya que las plazas de la Comunidad Terapéutica están reservadas a funcionarios que las eligen con criterios espurios, desde cercanía al domicilio hasta el hecho de que "es la última que queda". Como estos profesionales "no saben nada" sobre CCTT (y muchas veces no quieren saber porque lo consideran un puesto provisional), la Comunidad como tal deja de funcionar.

Pero además las Comunidades Terapéuticas públicas se hallan sometidas a la presión del sistema que les deriva todos aquellos casos que no sabe donde encajar y que requieren algún tipo de recursos residencial. Como consecuencia existen en la actualidad centros públicos que son meros receptáculos de "casos residuales", lo que podría ser un cierto perfil de atención, pero que no lo es porque la intervención terapéutica se limita al control sanitario, lo que las convierte en

*contenido. Esto provoca, en los concursos públicos, severos malentendidos, porque es fácil pujar a la baja por plazas de internamiento sin cumplir las condiciones técnicas de una Comunidad Terapéutica. Pero a la vez las propias Comunidades Terapéuticas pueden pujar sin dificultad a la baja en cualquier concurso público cuyas condiciones técnicas incluyan todos aquellos servicios que de forma habitual prestan las Comunidades Terapéuticas.*

una especie de "clínicas multifuncionales". Sin duda se trata de recursos necesarios, pero no son Comunidades Terapéuticas, aunque, como veremos podrían serlo.

Otro ejemplo interesante se refiere a la muy debatida cuestión de **los fármacos** en Comunidad Terapéutica. Fueron muchas las Comunidades Terapéuticas que, hace unas décadas, interpretaron que la terapia sistémica y naturalista que se proponía se ajustaba al sistema de valores "new age" y que por tanto debían excluirse los fármacos de las Comunidades Terapéuticas y sustituirlos por "productos naturales". Como consecuencia estas Comunidades Terapéuticas se postularon como un "recurso alternativo a la medicina tradicional". Conviene tener claro que al adoptar esta posición se alejaban del modelo de Comunidad Terapéutica, porque una CCTT requiere formar parte del modelo de conocimiento científico de los problemas de salud y requiere contar con los profesionales idóneos que manejan estos conocimientos. Obviamente dentro de este principio general se pueden utilizar, además, terapias naturales y otras alternativas poco agresivas, pero una Comunidad Terapéutica debe cuidar de manera especial y en una perspectiva rigurosa los problemas de salud de los residentes.

Esto significa que los tratamientos farmacológicos prescritos deben seguirse y controlarse sin ninguna fisura. Pero esto no implica que a la vez deba existir personal sanitario que controle tales prescripciones, las cuales pueden estar bajo la responsabilidad de cualquier miembro del equipo (siempre bien identificado). De hecho en la sociedad real las prescripciones son controladas por los propios pacientes y en algunos casos por familiares sin que se requiera ninguna especialización sanitaria. Por supuesto esto sólo





es posible si la coordinación con el sistema de salud (y salud mental) funciona de una manera adecuada. En este sentido el modelo de "consulta médica" unas horas a la semana en la propia Comunidad Terapéutica es una buena opción, si se combina con la adecuada coordinación con los servicios de urgencia y las especialidades, que serán diferentes según el perfil de los residentes en cada tipo de Comunidad Terapéutica.

A partir de esta reflexión y en la perspectiva de los rasgos metodológicos que hemos descrito, podemos formular una pregunta directa, que siempre ronda "la cuestión de las Comunidades Terapéuticas", pero que nunca se hace explícita. La pregunta no es otra que ¿Es la Comunidad Terapéutica un **recurso sanitario**? Y la respuesta, también directa, no podría ser otra que: No, no lo es. Aunque la actual Comunidad Terapéutica surge de la coyunda entre salud mental y autoayuda, el lugar que debería ocupar es el de un espacio particular, bastante indeterminado, que, tomando algunas precauciones, puede ser el sanitario ya que se trata de un recurso que es a la vez "sanitario, psicosocial y educativo" y queda claro que ninguno de ellos debe predominar sobre los demás. La fórmula para lograrlo es dar la debida importancia a los componentes identitarios propios, es decir, a los residenciales en la perspectiva de "comunidad activa" que se ha descrito al presentar sus principales rasgos metodológicos. Si el sistema sanitario, lo mismo que el sistema de servicios sociales o el sistema educativo, son capaces de respetar esta identidad metodológica y estos componentes multidisciplinares, pueden asumir, cualquiera de ellos, las competencias en materia de Comunidades Terapéuticas.

Se alegará con razón, ¿Pero no es la Comunidad Terapéutica un dispositivo indicado para

personas con problemas de salud? Lo cual es cierto en el caso de la mayoría de los perfiles que se señalan en el epígrafe siguiente, pero, de un lado y como veremos, existen Comunidades Terapéuticas para otros perfiles que no requieren una particular asistencia sanitaria y, de otro lado, los aspectos sanitarios de los internos, pueden ser perfectamente tratados en una adecuada coordinación con la red sanitaria general.

## 5.- TIPOS DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA

### 5.1.- Adictos a drogas

En la actualidad este es el tipo de Comunidad Terapéutica más frecuente y constituye el soporte central de la actual fase de expansión de la metodología, ya que proporciona la base del conocimiento necesario para diseñar otros tipos de CCTT. Es un dispositivo presente prácticamente en todo el mundo, y aunque en la mayoría de los países se ha encarrilado hacia un modelo profesional, aún subsisten, especialmente en algunos territorios tensiones con el modelo no-profesional y basado de forma exclusiva en la auto-ayuda.

Al tratarse de un tipo de Comunidad Terapéutica que ha ocupado, durante tanto tiempo, un lugar muy central en las ofertas de internamiento, en la actualidad acumula un conjunto variado de perfiles y diagnósticos, en muchos de los cuales la adicción es meramente circunstancial. En una gran medida esto se debe a que, al menos en España, las Comunidades Terapéuticas destinadas a estos perfiles no existen, -y no se reconocen como necesarias-, y por tanto cuando se requiere algún tipo de internamiento se recurre a "lo



que hay" y lo único que hay son Comunidades Terapéuticas para adictos a drogas.

En dichas CCTT conviven en la actualidad sujetos adictos a todo tipo de sustancias, siendo el perfil más frecuente el de politoxicómano, que incluye consumo de alcohol [aunque también existen Comunidades Terapéuticas exclusivas para alcohólicos]. Pero también muchos casos de diagnóstico dual o de patología dual [drogas / salud mental], que en algunos centros ya representan la mitad de la población mientras que en otros, que se resisten a aceptar estos casos, son residuales. Son muchos los profesionales que indican que una parte de estos sujetos no deberían estar en el centro ya que la presencia de drogas en su historial es circunstancial y el "diagnóstico principal" tiene que ver con un problema de salud mental. Pero mientras no existan CCTT para patologías mentales se les deriva hacia un lugar inadecuado en el que además distorsionan la intervención y reducen su eficacia. Lo mismo ocurre con mujeres que sufren maltrato (en general de una pareja que es adicto), pero a la vez forman parte del "ambiente de consumo" de esta pareja, sin ser adictas, y que suelen derivarse a Comunidades Terapéuticas para mujeres, donde abandonan el consumo casi sin darse cuenta, pero donde no reciben una intervención relacionada con su "problema principal" (Martens, 1999).

El hecho de que estas mujeres sean derivadas hacia un Comunidad Terapéutica para adictas y no hacia un centro de acogida de mujeres maltratadas, demuestra una relevante confusión conceptual que se evitaría si, como propongo más adelante, estos centros de acogida asumieran la metodología de la Comunidad Terapéutica.

Otra confusión importante se refiere a los menores sometidos a una medida judicial. Se

han creado centros de menores con metodología de Comunidad Terapéutica pero las administraciones y los jueces preguntan antes de remitirlo a tal tipo de centros "¿Pero tiene problemas de drogas?" y en general ellos mismos se contestan "Sí, fuma porros", y entonces ya justifican derivarlo a una Comunidad Terapéutica para menores.

## 5.2.- Otras adicciones

Existen ya algunas Comunidades Terapéuticas específicas para el tratamiento de la ludopatía, aunque en algunas Comunidades Autónomas se mezcla a los ludópatas con los adictos a drogas ya que a fin de cuentas, se alega, todos son "adictos". Se repite así la confusión que se ha puesto en evidencia en el epígrafe precedente.

El saco de las "otras adicciones" sin embargo es infinito. El Manual del DSM-IV establece una amplia posibilidad de "trastornos adictivos" a partir de signos y síntomas muy cotidianos y la CIE-10 que siempre apostó por una versión más orgánica de la enfermedad mental ha ido ampliando los posibles diagnósticos de fobias y trastornos hasta superar el DSM-IV. En una reciente recopilación de adicciones (excluidas drogas), que se manejan en España hemos visto la siguiente lista: adicción al coleccionismo, a las sectas, a recorrer las calles, a la lectura, al dinero y la fama, a mentir, a las actividades de riesgo, a viajar, a la vigorexia, a los trastornos de alimentación, a los fármacos y a otros muchos que no figuran en la literatura publicada por las revistas científicas (Pérez del Río y Martín, 2008). Los mismos autores asumen como posibles "adicciones probadas": la adicción a las TIC, al trabajo, al sexo, a las compras y al juego.

Aunque para muchas de ellas se proponen medias terapéuticas de carácter residencial,



me resulta difícil, salvo el caso ya probado de la ludopatía, imaginar la aplicación de la metodología de la Comunidad Terapéutica a estas supuestas adicciones. Aunque es cierto que alguna de ellas (si causan problemas graves a las personas) parece requerir un ambiente residencial de contención.

### 5.3.- Patologías mentales

---

Nada que añadir a la posibilidad de ampliar las CCTT hacia este tipo de perfiles. Su propia naturaleza se adecua a los mismos porque la Comunidad Terapéutica fue creada para dar respuesta a problemas de salud mental. Durante un largo periodo de tiempo toda la literatura sobre Comunidad Terapéutica se refería a patologías mentales y la OMS aún mantiene las recomendaciones en torno a la misma.

### 5.4.- Los centros de menores

---

En este nivel hay que distinguir entre: 1) los menores que son objeto de una medida judicial en aplicación de la Ley Orgánica 5/2000 de Responsabilidad Penal de los Menores, 2) los menores extranjeros no acompañados que no están contemplados en la categoría anterior y 3) de los menores que reciben medidas de protección según lo previsto en la compleja legislación para la protección de menores, en especial las relativas a la Ley 27/2003 sobre la Orden de Protección Reguladora de las Víctimas de Violencia Doméstica y a todas aquellas medidas que se refieren a "desprotección grave".

Los tres casos permiten pensar en Comunidades Terapéuticas y de hecho en el primer caso ya existen varias que se ajustan al modelo. Pensando en el futuro resulta previsible imaginar que serán más según se

vayan implantado y mostrando sus ventajas. Pero obviamente son situaciones que no se deberían mezclar, ni los perfiles, ni los estilos de Comunidad Terapéutica, lo que nos obliga a imaginar cual debería ser la Comunidad Terapéutica para menores con Orden de Protección y que hayan sido objeto de experiencias traumáticas.

### 5.5.- Las Unidades Penitenciarias de Reinserción Social

---

Las instituciones penitenciarias son "centros residenciales totales" en las que no parece factible, combinar las necesidades de control con la metodología de una Comunidad Terapéutica, sin embargo existe una cierta demanda, por parte de organizaciones sociales que trabajan en dicho ámbito, para adaptar tal metodología a la prisión y la demostración de tal demanda lo constituyen la casi docena de Módulos de Comunidad Terapéutica, puestos en marcha en diferentes prisiones con desigual contenido y resultados. Pero se trata de módulos aislados, en los cuales los internos viven, tras una rigurosa selección, separados del resto de presos. Como consecuencia resulta difícil aplicarles la denominación de Comunidad Terapéutica, tanto por su aislamiento en relación al resto de la prisión, como por el hecho de que se mantiene el régimen disciplinario y en especial la amenaza de la expulsión, hacia la cárcel pura y dura, si incumplen las normas. No digo que no sean útiles, pero lo son en la medida que lo son los "tratamientos obligatorios" (Pan, 1993). También hay que tener en cuenta la diferencia entre estos módulos y los sujetos que de forma individual son trasladados para un cumplimiento alternativo de pena a una Comunidad Terapéutica externa a la prisión.

Sin embargo en España, en este momento, están en fase de implantación los Centros



de Inserción Social (CIS) pensados para internos de tercer grado que "salen" a trabajar y que "vuelven" a dormir a la prisión. Lo que suele ocasionar no pocos problemas. Estos internos en tercer grado estarán sólo en los CIS, cuando se acaben de construir todos los centros planificados. Además está previsto que los CIS se ocupen de la formación y la orientación laboral. El proyecto de Instituciones Penitenciarias, que cubre el periodo 2006-2012, propone abrir un total de 32 CIS en el conjunto de España, pero menos de un tercio están actualmente (octubre 2008) abiertos o en construcción. Sin duda alguna la adopción de la metodología de Comunidad Terapéutica en los CIS contribuirá a una mayor eficacia de los mismos.

## 5.6.- Personas maltratadas

La existencia de Comunidades Terapéuticas para víctimas de diversos tipos de violencia aparece cada vez más documentada y engloba a categorías muy diferentes de víctimas, desde "combatientes menores de edad" hasta víctimas de abusos sexuales, pasando por "prisioneros maltratados". En España podemos, en esta primera clasificación referirnos a dos posibles categorías, de una parte los centros para mujeres maltratadas que han tenido un importante, pero espontáneo, crecimiento (antes y después de la Ley de igualdad) en nuestro país y de otra parte un dispositivo para un perfil que resulta un poco "extraño" que no exista en nuestro país: refugiados políticos con historias traumáticas de tortura.

### 5.6.1.- Mujeres maltratadas

Comenzando por los centros de mujeres maltratadas, hay que decir que han crecido de una manera notable, aunque de una forma un

tanto anárquica y espontánea, muy vinculados además a grupos de activistas, muy motivadas pero muy centradas en el propio problema. En este sentido se parecen mucho a las Comunidades Terapéuticas para adictos a drogas de la década de los años 80, aunque con un matiz positivo importante, que se refiere a una mejor disponibilidad de profesionales, no específicamente formados pero con una cierta preparación para afrontar el tema. En todo caso, la utilización de la metodología de la Comunidad Terapéutica implicaría no sólo un plus de eficacia, sino que resolvería el problema de la identidad y la misión de estos centros, más allá de la necesaria protección física de las residentes.

### 5.6.2.- Refugiados Políticos con historias traumáticas y de tortura

Este tipo de dispositivos, muchos de ellos utilizando una metodología de Comunidad Terapéutica, existen en los países más desarrollados para atender a refugiados políticos, pero en la última década también han tenido un amplio desarrollo en algunos del tercer mundo que están saliendo del túnel del autoritarismo y la represión. En cambio en España es un tema desconocido y cuando se plantea, los propios profesionales muestran su sorpresa por la existencia de este tipo de recurso asistencial y residencial, a pesar de que nuestro país debería participar en esta tarea por sus vínculos culturales (y también por las experiencias históricas de autoritarismo compartidas) con países que han sufrido, o están sufriendo, regímenes dictatoriales y conflictos armados (Kordon y Edelman, 1986). Esta actitud podría relacionarse con el "pacto de silencio" que envolvió la transición democrática y que hasta la promulgación de la reciente Ley de Memoria histórica ha producido una "cultura del olvido" en relación a



ciertos temas que podían hacernos recordar el pasado.

Sin embargo el reconocimiento del "Post Traumatic Stress Disorder" es muy antiguo, e incluso, como ya he explicado, estos fueron los residentes de la primera Comunidad Terapéutica, con posterioridad se han mantenido dichos dispositivos especialmente en la Europa del norte (Prip, 1985). Por su parte Naciones Unidas está tratando de impulsar la intervención terapéutica con personas afectadas, de tal manera que la necesidad de establecer mediadas rehabilitadoras aparece en el "Pacto Internacional de derechos civiles y Políticos" de Naciones Unidas que entro en vigor en 1976, y de forma más precisa en la "Convención contra la tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes" (artículo 14.1), que data del año 1987.

Por lo que respecta a los menores, el artículo 39 de la Convención sobre los Derechos del Niño dispone que "los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de: cualquier forma de abandono, explotación o abuso; tortura u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; o conflictos armados. Esa recuperación y reintegración se llevarán a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño". Finalmente resaltar la existencia del Proyecto de "Principios Básicos sobre Reparación", que ya ha sido aprobado por el Comité de Derechos Humanos de NNUU y que va comprometer a los Estados firmantes del Convenio de 1987, a poner en marcha programas de rehabilitación integral para las personas afectadas. También hay que señalar que entre los doce puntos clave de Amnistía Internacional para erradicar la tortura se incluye el siguiente: "Las víctimas de la tortura y las personas a su cargo deben

tener derecho a recibir del Estado una reparación inmediata, que incluya la restitución, una indemnización justa y adecuada y la atención y la rehabilitación médica apropiadas."

La puesta en marcha de estas iniciativas es lo que pedía, de forma concreta para España, el Informe de Amnistía Internacional del año 2004, sin que se conozca ninguna reacción oficial al respecto, tampoco conozco ninguna ONG, aparte de la demanda genérica de Amnistía, que haya solicitado la puesta en marcha de un proyecto de atención similar. En el censo del Internacional Rehabilitation Council For-Torture Victims, aparecen más de 200 centros en todo el mundo y ninguno en España.

Indicar, finalmente, la existencia de una convocatoria anual de la Unión Europea y otra de Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales públicas y privadas, con recursos financieros importantes, para apoyar este tipo de centros.

### 5.7.- Personas que sufren otros desajustes

Queda finalmente el gran saco de personas sin vivienda, indigentes, que viven en la calle, con otros problemas de salud y de ajuste psico-social, por ejemplo un creciente grupo de "varones separados y divorciados" muy desestructurados, pero que no se corresponden con ninguno de los perfiles mencionados y a los que en el futuro será necesario atender con criterios metodológicos de Comunidad Terapéutica.

## 6.- EL BIENESTAR SOCIAL DEL FUTURO Y LOS CENTROS RESIDENCIALES

En un futuro no demasiado lejano no es posible imaginar un Estado de Bienestar, ni



un sistema competente de prestaciones mínimas a la ciudadanía, sin una red suficiente de Comunidades Terapéuticas. No se trata de una fantasía utópica, sino de una realidad bien ponderada que se corresponde con la orientación que van tomando las demandas sociales.

¿De que número de dispositivos estamos hablando? Pues resulta difícil sin un estudio previo de necesidades, y para un estudio de esta naturaleza, se requeriría una cierta diseminación de la descripción, misión, objetivos y fines del dispositivo (Jones, 1980). Pero sin duda, con el conjunto de perfiles descritos en el epígrafe anterior, el número de centros aumentaría de una forma considerable.

Hacer esta estimación de necesidades y un catálogo más completo de tipos de Comunidad Terapéutica es una tarea que debería emprenderse en los próximos años. En la actualidad existen en España casi 200 centros que funcionan como Comunidades Terapéuticas profesionales y acreditadas por diferentes ámbitos administrativos. En torno al 60% de las mismas acogen a adictos a drogas, aunque como ya hemos visto, van apareciendo en las mismas otros perfiles a falta de Comunidades terapéuticas más específicas.

En un reciente debate público me pidieron que imaginara en el territorio donde se estaba produciendo el debate (450.000 habitantes) a grosso modo y de forma especulativa una situación ideal de oferta de plazas en Comunidad Terapéutica. En dicho territorio existen en la actualidad tres Comunidades Terapéuticas para adictos a drogas, pero con un variado perfil de residentes y dos centros de menores que ya han adoptado la metodología, también aparece un dispositivo de salud mental que trata de adoptar, con una cierta oposición institucional, el modelo de Comu-

nidad Terapéutica. Además una asociación del tratamiento de la ludopatía había realizado una demanda en este sentido. Mi respuesta fue que los centros residenciales para adictos a drogas eran suficientes, aunque debían centrarse en un perfil más específico, que a la vez se requería al menos triplicar los centros para menores, aunque la principal oferta debía dirigirse hacia los centros residenciales para patologías mentales (bastantes pero con una severa limitación del número de plazas por centro). También pensaba en un par de centros para mujeres maltratadas (ya existen), un par de CIS (es el proyecto de IIPP para el territorio) y otros dispositivos para otros perfiles con una menor demanda potencial y que por tanto se podrían compartir con otros territorios. Al final, respondiendo a una petición muy explícita del público, estimé las necesidades del territorio entre 20/25 Comunidades Terapéuticas, con una horquilla de 400/700 plazas y unos 180/250 profesionales trabajando en las mismas. Se trata de una proyección metafórica, pero que expresa la relación que establezco entre Comunidad Terapéutica y Bienestar social.

Los responsables institucionales presentes preguntaron rápidamente por los costes y tuve que aclararles que no se trata de ningún presupuesto específico, sino de una "reconversión metodológica" de algunos dispositivos y programas, que verían aumentar su eficacia (especialmente con situaciones de cronificación institucional) y por tanto supondría un ahorro (ciertamente a medio plazo) para las administraciones involucradas. También es cierto que en este cálculo se incluía la condición de que una parte sustancial de dichos dispositivos estaban gestionados, en régimen de concierto, con entidades del tercer sector:



## 7.- ¿DESDE DONDE SE DEBEN ACREDITAR LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS?

De entrada hay que afrontar el hecho de que, hasta ahora, no hay ningún tipo de formación académica especializada en Comunidad Terapéutica, ni tan siquiera menciones dentro de los programas formativos generales de las diferentes disciplinas. Es más incluso, en los postgrados más especializados, por ejemplo en drogodependencias o en psiquiatría, la cuestión de la CCTT, cuando se contempla que no es siempre, ocupa un lugar muy secundario y en ocasiones estereotipado. Lo cual resulta incongruente cuando en el sector, en España, trabajan varios miles de profesionales.

Tal panorama se relaciona mucho con el llamado problema de la acreditación. Hace ya muchos años se propuso un protocolo de acreditación propio de Comunidades Terapéuticas que fue asumido, en su día, por una mayoría de Comunidades Autónomas, tras ser recomendado por el Plan Nacional sobre Drogas. Se trataba de un protocolo específico de los Planes Regionales de Drogas, ajustado a las características de dichos dispositivos y muy exigente en relación a las mismas, aunque iba dirigido a Comunidades Terapéuticas para adictos a drogas en realidad se puede aplicar a otros colectivos (Comas, 1994). Sin embargo, de manera progresiva, según ha ido cambiando la dependencia funcional de los recursos de drogas, dicho protocolo ha sido sustituido por otros de carácter más general, en muchos casos los mismos que se aplican a los centros sanitarios residenciales, lo cual es bastante irracional, ya que un cambio de dependencia administrativa ha supuesto, sin modificar el contenido del dispositivo, transformar radical-

mente los criterios de acreditación. Es como si mañana las Agencias de Viajes pasaran a depender de la administración del sistema de salud y también se les aplicara este protocolo de acreditación, pudiendo, una vez cumplido el mismo, vender viajes inexistentes a países de fantasía, sin que nadie pudiera reclamarles por la estafa.

¿Dónde debería ubicarse la administración de acreditación de las Comunidades Terapéuticas?<sup>2</sup> La experiencia de otros países la sitúa en diferentes lugares, bien en la "parte social" del Sistema socio-sanitario (que en España no existe), bien en las administraciones de asuntos sociales y en algunos casos, por ejemplo Suecia que es donde siempre miramos para estas cosas, existe una Administración Institucional de Centros y Dispositivos Residenciales muy especializada. Esta última me parece, en una perspectiva teórica, la mejor solución, aunque en un Estado tan descentralizado como el nuestro resulta de difícil aplicación.

## BIBLIOGRAFÍA

- ABEIJÓN, J.A. y PANTOJA, L. (2002), **Comunidades Terapéuticas: pasado, presente y futuro**, Bilbao, Universidad de Deusto.

<sup>2</sup> *Al concluir este texto recibo la norma AENOR 158101, sobre "Servicios para la promoción de la autonomía personal. Gestión de centros residenciales con centro de día o centro de noche integrado. Requisitos". La norma ha sido creada con la entrada en vigor de la Ley de Dependencia y aunque no se ajusta del todo a las exigencias de una Comunidad Terapéutica, resulta, casi en su totalidad, aplicable a las mismas y si la comparamos con los actuales criterios de acreditación resulta mucho más razonable. Una nueva norma AENOR específica para Comunidades Terapéuticas sería la mejor alternativa para resolver esta cuestión.*



- AUTORES VARIOS (1995), **Reflexiones sobre la situación actual de las comunidades terapéuticas**, Bilbao, APCTT.
- AUTORES VARIOS (2001), **La Comunidad Terapéutica en la red asistencial: objetivos y estrategias**, Sevilla, FADA/ITACA.
- BION, W.R. (1959), **Experiencias en Grupos**, Barcelona, Paidós, 1985.
- BION, W.R. (1962), **Aprendiendo de la experiencia**, Barcelona, Paidós, 1980.
- BROEKAERT, E. y VAN DER STRAETEN, G. (1998), "History, philosophy and development of the therapeutic community in Europe", en ITACA, Vol. 3, nº 2.
- CLARK, D.H. (1964), **Psiquiatría administrativa: Los roles en la Comunidad Terapéutica**, Buenos Aires, Nueva Visión, 1973.
- COMAS, D. (1988), **El tratamiento de las drogodependencias y las Comunidades Terapéuticas**, Madrid, Ministerio de Sanidad, Delegación del Gobierno para el PNsD.
- COMAS, D. (1994), **Criterios y normas para la homologación de Comunidades Terapéuticas Profesionales para Toxicómanos**, Barcelona, APCTT.
- COMAS, D. (1995), "Desarrollo de la Comunidad Terapéutica profesional en España: la función de la evaluación", en LAMEIRAS, M. y LÓPEZ, A. (1995), **La prevención y el tratamiento de la drogodependencia**, Vigo, Universidad de Vigo.
- COMAS, D. (1998), "Ciudadanos, profesionales, instituciones, programas de investigación y movimientos sociales en la prevención de las drogodependencias", en INTERCAMBIO, Nº 1.
- COMAS, D. (2000), "Historia y situación actual de las comunidades Terapéuticas en el ámbito español", en AUTORES VARIOS (2000), **La comunidad terapéutica en la red asistencial: Objetivos y Estrategias**, Sevilla, FADA/ITACA
- COMAS, D. (2002), "Historia de la implantación y desarrollo de las Comunidades Terapéuticas en España", en ABEIJÓN, J.A. y PANTOJA, L. (2002), **Comunidades Terapéuticas: pasado, presente y futuro**, Bilbao Universidad de Deusto.
- COMAS, D. (2006), **Comunidades Terapéuticas en España: situación actual y propuesta funcional**, Madrid, Fundación Atenea /PNsD.
- DE LEON, G. (1997), "Comunidades Terapéuticas", en GALANTER y CLÉBER (1997), **Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias de la American Psychiatric Press**, Barcelona, MASSON.
- DE LEON, G. (2002), **La Comunidad Terapéutica y las adicciones: Teoría, modelo y método**, Bilbao, Desclée de Brouwer, 2004.
- FERNÁNDEZ, C. (1998), "Investigación y desarrollo de la calidad en Comunidades Terapéuticas europeas" en ADICCIONES, Vol. 10, nº 1.
- GARCÍA, E., ROLDAN, G. y COMAS, D. (1995), **Estudio de seguimiento de la Comunidad Terapéutica Haize-Gain 1982-1992**, San Sebastián, AGIPAD.
- IRCT (2008), **Anual Report 2007**, Copenhagen, IRCT.
- GOTI, M. E. (1990), **La Comunidad Terapéutica**, Buenos Aires, Nueva Visión.
- JONES, M. (1952), **Social psychiatry; a study of Therapeutic Communities**, Londres, Tavistock.
- JONES, M. (1953), **The Therapeutic Community: a new treatment method in psychiatry**, Nueva York, Basic Books.





- JONES, M. (1963), **Beyond the Therapeutic Community: Social learning and social psychiatry**, New Haven, Yale University Press. Versión en español, **Más allá de la Comunidad Terapéutica**, Buenos Aires, Genitor, 1968.
- JONES, M. (1968); **Social Psychiatry in practice: the idea of the Therapeutic Community**, Harmondsworth, Penguin Books. Versión en español: **La Psiquiatría Social en la práctica: la idea de la Comunidad Terapéutica**, Buenos Aires, Americalee, 1970.
- JONES, M. (1976), **Maturation of the Therapeutic Community: an organic approach to health and mental health**, Nueva York, Human Sciences Press.
- JONES, M. (1980), "La Comunidad Terapéutica ¿sobrevivirá y crecerá?", **BOLETÍN DE LA SEPTG**, 1991;
- JONES, M. (1988), **Comunita Terapéutica: Conversazioni con Maxwell Jones**, Roma, CIS.
- JONES, M., (1986), «Pourquoi deux types de communautés thérapeutiques», en **PSYCHOTROPES**, Vol III; nº 1. Original publicado en: **JOURNAL OF PSYCHOACTIVE DRUGS** (1984), vol. 16; nº 1;
- KORDON, D.R. y EDELMAN, L.I. (1986), **Efectos psicológicos de la represión política**, Buenos Aires, Planeta.
- LLORENTE, J.M. y FERNANDEZ C. (1999), "Comunidad Terapéutica profesional en el abordaje de pacientes en tratamiento con metadona", en **TRASTORNOS ADICTIVOS**, Vol. 1, nº 2-3.
- MANNING, N.(1989), **The Therapeutic Community Movement: Carisma and Routinization**, Londres, Routledge.
- MARTENS J., (1999), "Mujer en la comunidad terapéutica", en **PROYECTO**, nº 30.
- MEGÍAS, E. (1997), "Indicación terapéutica en toxicomanías", en **COMUNIDAD Y DROGAS**, Nº, 4.
- NADEAU, L. (1987), "¿Cuándo la Comunidad Terapéutica para toxicómanos se convierte en maltratante?", en **REVISTA ESPAÑOLA DE DROGODEPENDENCIAS**, Vol 12; nº 2.
- NIDA (2003), **La Comunidad Terapéutica**, Washington, NIDA.
- OMS (1953), **The Community Mental Hospital**, Ginebra, OMS.
- PAN H., SCARPITTI F.R., INCIARDI J.A., LOCKWOOD D. (1993), "Some considerations on therapeutic communities in corrections", en INCIARDI, J.A. (1993), **Drug treatment and criminal justice**, Newsbury Park, SAGE.
- PÉREZ DEL RÍO, F. y MARTÍN, I. (2008), **Nuevas adicciones: ¿Adicciones nuevas?**, Guadalajara, Intermedio.
- PRIP, K. (1985), **Psychotherapy for torture survivors: A basic introduction**, Copenhagen, International Rehabilitation Council for victims of torture.
- RAPOPORT, R.R. (1968), "Comunidades Terapéuticas" en David Sills (1968), **Enciclopedia internacional de las ciencias sociales**, Madrid, Aguilar.
- RODRIGUEZ, I. (1998), **La Comunidad Terapéutica para Toxicómanos: una evaluación (1983-1996)**, Madrid, UNED.
- ROIG, A. (1986), "El modelo americano de Comunidad Terapéutica y difusión en Europa", en XIII JORNADAS NACIONALES DE SOCIOLOGALCOHOL, Palma de Mallorca.
- TINOCO, R. (2006), "Comunidades terapéuticas livres de drogas: intervenção ideológica à intervenção psicoterapêutica" en **TOXICODPENDENCIAS**, Vol. 12, nº 1.
- TSIBOUKLI, A. (1997), "Programas de formación para personal nuevo de CCTT: la necesidad de un curriculum común", en **ITACA**, Vol. 2, nº 1.
- YABLONSKY, L. (1989), **The Therapeutic Community**, Nueva York, Garner Press.