

VV. AA.

La comunidad terapéutica y el trastorno dual

Introducción

Este estudio es fruto de la experiencia de 14 años en el trabajo con personas toxicómanas, en el ámbito de un programa libre de drogas, una parte importante de cuya labor rehabilitadora se realiza en una Comunidad Terapéutica¹. A lo largo de estos últimos cinco años, de forma semejante a otros servicios, se han ido detectando casos de personas que demandaban ayuda para resolver su dependencia de las drogas, y que, independiente o a la par y previo a ese consumo, existía una patología psiquiátrica y a veces, su correspondiente tratamiento por parte de especialistas en psiquiatría.

Este tipo de perfil de población planteaba dificultades para trabajar con él, añadidas al problema de la dependencia.

Uno de los aspectos importantes es que no existe un paciente “típico” con este tipo de problemas². La población diagnosticada dual o con múltiples diagnósticos psiquiátricos es, por definición, muy heterogénea, incluyendo todas las posibles variaciones de abuso y dependencia de sustancias, todos los tipos de enfermedad psiquiátrica y todas las posibles combinaciones entre ambos. De la misma forma cualquier generalización en el sentido de buscar asociaciones típicas de enfermedades psiquiátricas y dependencia es imposible, al menos en este momento.

En el trabajo diario nos encontramos con este complejo perfil en algunos usuarios, pero ni conocíamos su prevalencia exacta, ni disponíamos de criterios claros a la hora de reconocerlos. Y el problema no era tanto su reconocimiento, cuanto qué itinerario reeducativo podía beneficiarles, y si el itinerario educativo-terapéutico que realizamos era el mejor posible, o qué necesita ser remodelado para atender adecuadamente a estos usuarios.

Dependiendo del tipo de patología, las reacciones con las que nos encontramos son diferentes. Generalizando son pacientes que suelen eliminar sus sentimientos sobre diversos temas a abordar y con una gran dificultad para el intercambio emotivo, a no ser que sea de manera desbordada, explotando o descontrolándose cuando conectan directamente con su área afectiva.

Por su parte, la Comunidad también tiende a tratar a este tipo de pacientes como “distintos”. Dos suelen ser los **patrones de comportamiento** más usuales respecto a este tipo de residentes:

- O bien, y sobre todo al principio, el contacto tanto con los terapeutas como con el resto de residentes se establece de manera “ansiosa”, creándose una especie de paternalismo protector sobre ellos, se da entonces el fenómeno de la “adopción”, aunque poco a poco, esta forma se relega tendiendo a quedar simplemente apartados.

- O bien, desde el inicio no se logra establecer un contacto adecuado y la Comunidad suele evitarlos incluso los rehuye.

Los pacientes a los que nos referimos pueden responder adecuadamente al tratamiento en la Comunidad, aunque haya momentos de mostrarse un tanto retraídos o trastornados y con escasa participación tanto grupal como comunitaria.

En algunos casos se traduce en un abandono; en otros, tras un esfuerzo de los educadores en el sentido de un mayor seguimiento y una psicoterapia individual a demanda e insistencia en unos mínimos, el usuario continúa encontrando dificultades posteriores en su reinserción, o en el mejor de los casos, si tiene una buena red de apoyo (familiar, social, laboral, médico, de salud mental...) concluye satisfactoriamente el programa.

Cuando en los últimos años hemos podido contar con el apoyo de profesionales de la psiquiatría, de una forma más intensa y continuada, nos hemos encontrado con un gran número de diagnósticos duales atribuidos a este tipo de usuario.

De hecho, existe una gran correlación entre las dificultades para trabajar con las herramientas terapéuticas habituales, y la posibilidad incrementada de que si se consulta a un psiquiatra se le diagnostique trastorno dual o trial.

Partiendo de las dificultades que hemos ido enumerando, nos parecía importante establecer criterios lo más fiables y prácticos posibles para diagnosticar lo más precozmente esta problemática, intentando diseñar el itinerario terapéutico más adecuado y desarrollar los instrumentos más acordes para este tipo de pacientes.

Pensando en detectar lo más rápido posible las personas que pudiesen presentar esta problemática, elegimos como herramienta de diagnóstico el inventario clínico multiaxial de Millon II, nos decantamos por esta herramienta para la detección, y los correlacionamos con los criterios médicos de un profesional de la psiquiatría, de cara a definir una muestra con la que poder trabajar.



El inventario clínico multiaxial de Millon II discrimina entre sus diferentes escalas, además de problemáticas asociadas a abuso de alcohol y/o drogas, otras tipologías patológicas. Discrimina también la gravedad de la patología, según la puntuación obtenida en cada una de ellas, así se considera un cierto grado de patología a partir de una puntuación superior a 75.

La prueba diferencia también 10 escalas básicas de **trastornos de personalidad**, que describen niveles de gravedad, y tres escalas más de personalidad patológica más severa, que reflejan niveles moderados o marcados de deterioro. A esto se le añaden seis escalas de **síndromes clínicos** que identifican trastornos de gravedad moderada y otras tres que miden trastornos de marcada gravedad.

La muestra de este estudio se compone de **54** sujetos que han realizado su proceso de rehabilitación en la comunidad terapéutica, sin discriminar a los que lo abandonan ni a los que todavía lo siguen, en unas fechas comprendidas entre mayo de 1998 y mayo de 1999 a todos ellos se les paso el inventario clínico y así detectamos los residentes objeto de nuestro estudio.

La comunidad terapéutica

Como el estudio hace referencia a la estancia de este tipo de pacientes en un contexto de comunidad terapéutica, pasaremos a describir de manera general el funcionamiento de la misma para aportar un mayor conocimiento del tipo de trabajo que a los residentes se les pide.

El concepto de comunidad terapéutica emerge después de la segunda guerra mundial; y, a pesar de los diferentes tipos de comunidades y de posteriores evoluciones, la esencia de la definición de comunidad terapéutica nos viene revelado por sus dos componentes morfológicos: **Comunidad**, como conjunto de personas con un objetivo común que para conseguirlo se dan a sí mismo un reglamento. El segundo morfema –**Terapéutica**– hace referencia al objetivo común que sería: **Qué cura**. Partiendo de este concepto tan amplio se infiere la gran variedad de comunidades con las que nos podemos encontrar.

Como ya hemos resaltado anteriormente, nuestra Comunidad Terapéutica tiene como objetivo común la rehabilitación de personas que padecen un

problema de adicción a una gran variedad de las denominadas *drogas*; va en este sentido la demanda que los residentes realizan al inicio, aunque venga acompañada de otro tipo de patología.

Viendo que el número de personas que presentaban la problemática de **trastorno dual** ha ido en aumento de manera considerable, la forma de abordarla la hemos ido cambiando según épocas, experimentando en cierta manera según íbamos constatando comportamientos y resultados descritos anteriormente y a pesar de que alguno de los que conseguían acabar el tratamiento no lograban posteriormente mantener la abstinencia por mucho tiempo.

Este trabajo respondería entre otras cosas a un intento de encontrar abordajes terapéuticos más eficaces, buscando en las vivencias de este tipo de usuarios la información que nos permita mejorar el tratamiento adaptando las estructuras a sus necesidades e intentando establecer algún criterio que pudiese hacernos vislumbrar un futuro pronóstico.

Nuestra Comunidad está formada por un grupo de unas 40 personas, tanto hombres como mujeres (aunque el porcentaje de estas es bastante menor), y se estructura en dos líneas fundamentales: **Sectores**, que responden a los trabajos necesarios para que la comunidad funcione (cocina, limpieza, mantenimiento, etc.) y **Roles**, derivados del nivel de responsabilidad que los residentes van adquiriendo a medida que se prolonga su estancia en la comunidad y los cambios a nivel terapéutico se van haciendo más evidentes.

A medida que los pacientes permanecen en el programa terapéutico, se les va requiriendo una mayor implicación emocional. De hecho se espera que el paciente progrese de forma gradual desde la simple discusión acerca de sus pensamientos, sentimientos y experiencias en relación con la sustancia hasta un examen e implicación más profundos. También se espera su movilización desde la periferia de la comunidad a una participación más activa en la misma, asumiendo ciertos deberes y responsabilidades.

Tanto por su composición como por su estructura, la comunidad reproduce una especie de “mini-sociedad” que proporciona a los usuarios la posibilidad de experimentar relaciones, actitudes y conductas semejantes a las que en la propia sociedad se van a encontrar. El establecimiento de relaciones con personas del otro sexo, junto con la jerarquización de la comunidad, permiten conocer las relaciones con la autoridad y también con los iguales, de manera que el residente puede conocer como se ha situado hasta ahora en relación



con su vida social ofreciéndole al mismo tiempo la posibilidad de descubrir nuevas formas de hacerlo.

Añadido a todo esto, la Comunidad proporciona la protección ambiental para que el residente pueda ensayar e incluso equivocarse, sin que sus comportamientos tengan las consecuencias que en la vida real acarrearían ofreciéndole además la oportunidad de trabajar a nivel terapéutico actitudes y comportamientos que no le favorecen en su relación con él mismo y/o con los demás.

No podemos olvidar que el paso de las personas por la Comunidad es un momento concreto y puntual en sus vidas, y que el objetivo final de esta estancia es la reintegración de sus residentes en la sociedad, reintegración que debería de suceder dentro de los parámetros considerados socialmente como normales. Teniendo en cuenta esta premisa, nuestra Comunidad solamente es residencial los días lectivos, dejando el fin de semana para que sus miembros puedan ir viendo o constatando dificultades reales en su entorno, y fundamentalmente dentro de su ámbito familiar, ya que es con su familia, si la tienen, donde los residentes pasan el fin de semana.

El objetivo final de esta estancia es la reintegración de sus residentes en la sociedad

Para poder realizar el trabajo terapéutico la Comunidad dispone no solamente de sus estructuras sino también de una serie de instrumentos, grupos e intervenciones que posibilitan al experimentar sobre actitudes personales que el individuo considere dificultosas, trabajar aspectos de su personalidad que le preocupen y abordar bloqueos y material emocional que le separen de los demás.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, nos parecía importante intentar averiguar como vive el residente muchos de los grupos, instrumentos terapéuticos, relaciones, etc. que aparecen en el funcionamiento general de la Comunidad, y sobre todo qué se puede inducir de cara a su reintegración posterior en el ambiente social de procedencia.

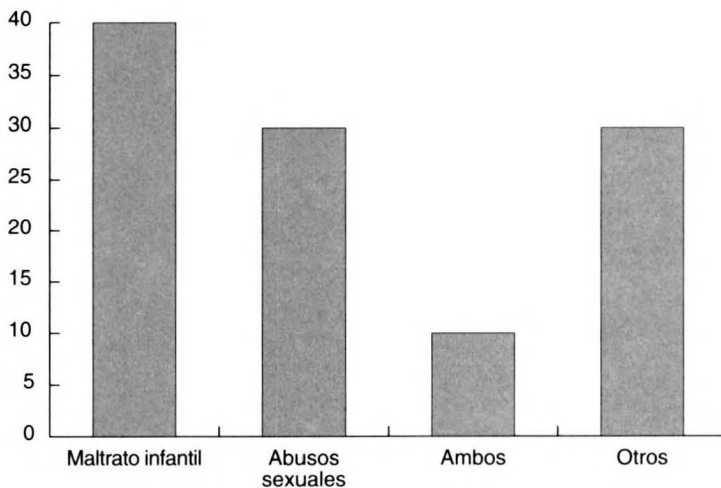
Por todo lo anterior, el diseño del trabajo consta de dos partes una cuantitativa, que permite describir qué sucede con los residentes que presentan esta doble patología, y otra cualitativa que pretende acercarnos a su modo de ver las cosas, a la vivencia subjetiva de su paso por la Comunidad.

Análisis cuantitativo

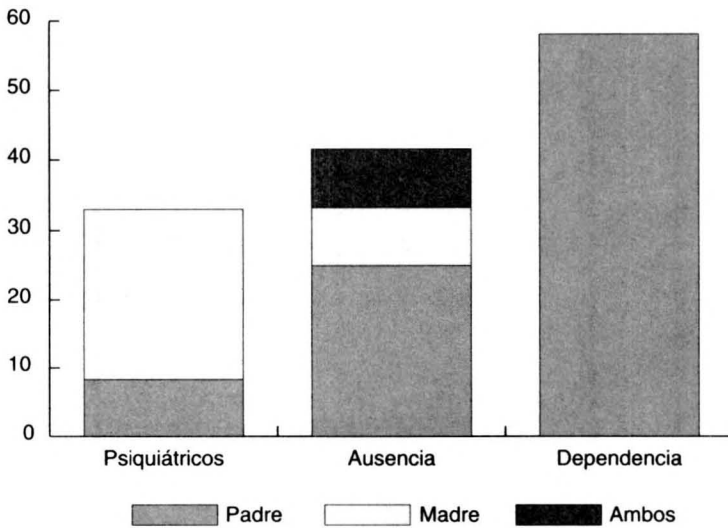
Este estudio es un inicio de lo que consideramos puede prolongarse a lo largo del tiempo (en un principio nos proponemos que sea de tres años). Durante este primer año, trabajamos con una muestra de 17 casos, todos ellos los consideramos duales, según la escala del test Millon.

La pretensión es describir el tipo de población dual que atendemos, pero quedaría pendiente el comparar cada uno de estos datos con el resto de población total. Entre las conclusiones que en estos momentos podemos adelantar, sí que notamos que hay hechos muy significativos que nos pueden marcar líneas de trabajo con este perfil de población:

El 59% de los casos analizados habían sufrido algún tipo de evento traumático a lo largo de su vida, fundamentalmente se trataba de maltrato infantil y de abusos sexuales en la infancia - adolescencia y, en algunos casos, coincidían ambos.

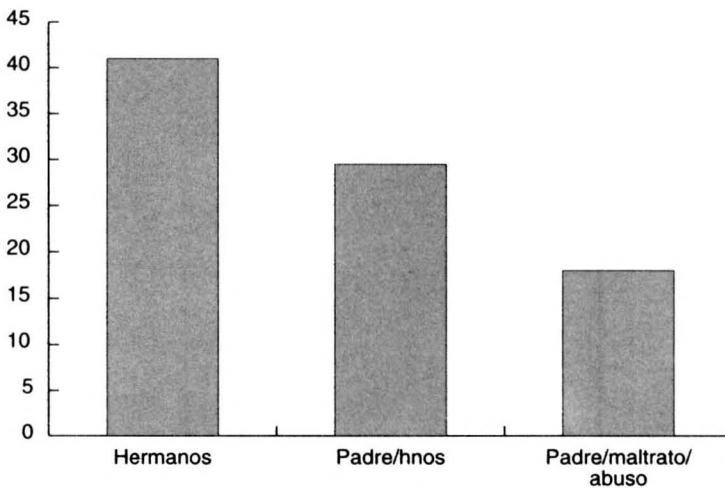


En cuanto a los antecedentes familiares, los clasificamos en tres apartados: antecedentes psiquiátricos, ausencia o abandono y antecedentes de algún tipo de dependencia; esto último se remarcaba en el padre. La muestra estudiada nos daba que el 70,5% presentaba alguno o varios de este tipo de antecedentes familiares.



También coincidía en el 41% de los casos con alguna dependencia entre los hermanos.

De aquellos que tenían un padre dependiente, coincidía en el 18% de los casos que habían sufrido maltrato infantil y/o abuso sexual.

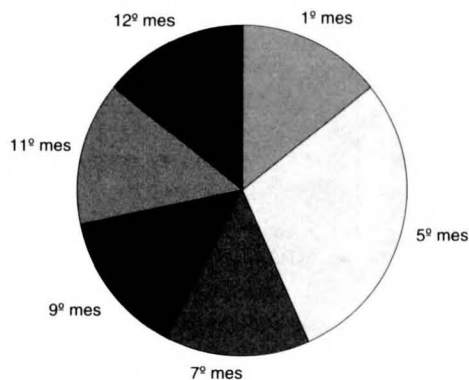


Una mala implicación familiar en los usuarios con trastorno dual genera una alta tasa de abandono

Entre los abandonos de esta población es de especial relevancia tener en cuenta que el 80% de estos casos presentaban un grado de implicación familiar bastante deficiente y en muchos casos, nulo. Este dato lo podemos contrastar con el 67% de los que todavía continúan el tratamiento, de los cuales, la implicación familiar es aceptable en el 80% de los casos.

Por lo tanto, podemos avanzar que una mala implicación familiar en los usuarios con trastorno dual genera una alta tasa de abandono en esta población.

En cuanto a los abandonos del Programa, nos dimos cuenta que la tasa de abandono de la población con trastorno dual era del 35%, dato que contrastaba con el 20% de abandonos que se producía en la población en general. En el estudio de abandonos nos dimos cuenta que hay un período de adaptación a la CT, en el cual se presentan una serie de dificultades, pero que sí se supera en el 87% de los casos, posteriormente aparece otro período de adaptación y es en el quinto mes en el que se hace latente la mayor tasa de abandonos (el 33%),coincidiendo en el momento en que al residente se le dan mayores y progresivas responsabilidades en la estructura de la CT. Este momento nos parece especialmente significativo para tenerlo en cuenta en lo que va a ser la continuación de nuestro estudio y las posibles líneas de trabajo con este tipo de población.



Con respecto a estos abandonos, también estudiamos el tipo de incidencia que tenían las intervenciones terapéuticas, los grupos terapéuticos y las visitas al psiquiatra. En los dos primeros casos coincidían el 50% de los abandonos y en cuanto a la visita al psiquiatra el 67%. Este último dato, pensamos, es



debido a que la derivación al psiquiatra se realiza, en algunos casos, por ser un momento de especial complicación.

Asimismo analizamos la influencia de las intervenciones terapéuticas con los grupos terapéuticos y las visitas al psiquiatra y parece que en esta población, el hecho de la intervención o el grupo es motivo para necesitar mayor apoyo psiquiátrico: en el 12% de los residentes con trastorno dual, con anterioridad a la visita psiquiátrica, se había producido una intervención terapéutica. El 18% coincidía el grupo terapéutico con la posterior visita al psiquiatra. Y en el 23% de los casos no hubo visita al psiquiatra en ningún momento de su CT.

Análisis cualitativo

Una vez seleccionadas las personas que considerábamos significativas para realizar nuestro estudio, elaboramos una recogida de datos que analizaba varios aspectos: hábitos higiénicos, relaciones sociales, ocupación del tiempo libre, etc. Posteriormente realizamos una encuesta que consistía en diez preguntas abiertas, en las cuales, las ocho primeras pretenden comparar la vivencia que tienen de cómo era su situación antes de entrar en Comunidad, con su vivencia de su situación en el momento de estancia en la CT, o después de haber finalizado dicha fase. Y las dos últimas se referían a la opinión y valoración que el residente hace de CT. Intentábamos abordar diferentes aspectos que nos parecían relevantes respecto a los objetivos que el trabajo pretendía.

Pretendíamos no sólo recabar información sobre cómo vivían estas personas su paso por la comunidad, sino también averiguar si lo vivido y experimentado en la misma hacía que su concepción de algunas de las estructuras sociales más usadas hubiese cambiado de manera positiva.

La encuesta constaba por lo tanto de dos partes: una que aportaba información sobre los cambios realizados con relación a redes de salud mental, escuela, trabajo, familia etc., y otra que pretendía hacer una valoración de diferentes aspectos de la propia comunidad.

Basándonos en la información proporcionada por la encuesta lográbamos descubrir la opinión del residente sobre su propio proceso terapéutico: logros,

carencias dificultades, aspectos positivos y negativos y la diferencia actual con respecto a su forma de vida anterior. A la vez constatábamos que la vivencia que las personas que presentan **trastorno dual** tienen con respecto a su paso por la comunidad es positiva, y su estancia en la misma permite un aumento considerable de su calidad de vida, ya que mejoran no solamente hábitos higiénicos y sanitarios sino que también se ven favorecidas sus relaciones sociales, familiares y afectivas.

Del análisis cualitativo de la encuesta, con respecto a los aspectos más relevantes, hemos obtenido los siguientes datos:

- Con respecto a la relación con las redes de salud mental, vemos que sus vivencias cambian en el momento de realizar el programa, época en la que se acude a los profesionales, aunque de cara al futuro se perciben dudas de si esto llegará a ser real o si serán constantes, porque en el fondo subyacen todavía prejuicios ante este tipo de ayuda.

- En cuanto a la escuela, analizando las respuestas, se puede deducir que se estudia mientras existe una **obligación** por parte del programa, pero posteriormente no parece existir una motivación clara de realizar el esfuerzo que estudiar supone. Solo el 2% considera el estudio como algo positivo y útil para su vida cotidiana.

- Respecto al trabajo, se aprecia un cambio significativo, por lo menos a nivel cognitivo, y por otra parte la mayoría de los encuestados son conscientes de cuáles son sus limitaciones, dificultades y qué cosas no deberían repetir; también perciben sus capacidades y lo viven como posibilidad de mejora personal.

- En cuanto a las asociaciones es prácticamente inexistente la pertenencia a asociación alguna. El paso por la CT cambia su perspectiva, sobre todo a nivel informativo, aunque muchos de ellos siguen sin mantener contacto con ninguna, lo contemplan cara a una actividad hacia el futuro, no tanto como interés asociacionista sino por un interés de relación y conocimiento de otras personas.

- En el ámbito del tiempo libre, se aprecia un cambio no solamente en cuanto a las actividades en sí mismas, sino también respecto a la forma y valoración que del tiempo libre hacen. Así se pasa a valorar de manera positiva la comunicación y el hablar, y a considerar el tiempo libre como un espacio de relación con los demás.



- En cuanto a las relaciones interpersonales, a pesar de persistir dificultades, sí que en las respuestas existe un cambio cualitativo, sobre todo en el tipo de relación que se quiere, pasando de una mera relación desde el interés y a cambio de lo que sea y sin que exista un proceso decisional, a **elegir** el tipo de relación que desean.

- Las relaciones familiares mejoran tanto en lo que atañe a la figura materna como a la paterna; el padre sigue siendo una figura **difícil** y la relación con él puede ser más fruto de la propia dinámica de CT que desde la auténtica comunicación. Con respecto a la figura materna, parece existir un cambio por ambas partes. Respecto a las dos figuras parentales, nos parece importante hacer referencia al siguiente comentario, ya que las respuestas reflejan algo tan descrito en literatura sobre las familias de los drogodependientes, como la ausencia de la figura paterna y la sobreprotección de la materna que tanto suele aparecer en las tipologías más características.

- En general los hermanos, aunque durante su estancia en el programa se retoman las relaciones, en las respuestas, éstas no son descritas como muy importantes; a pesar de todo hay que destacar que el recuperar relaciones con ellos es muy valorado.

- Con respecto a la relación de pareja, se constata que es donde los encuestados aprecian un cambio más sustancial. La vivencia aparentemente es considerada como de un gran cambio; esto puede deberse a que la estancia durante la semana en comunidad hace que la posibilidad de conflictos disminuya y la distancia, por otra parte, hace que las relaciones se idealicen. En algún caso la pareja también realizaba algún tipo de terapia.

- En el aspecto de las relaciones afectivo-sexuales, se puede apreciar un cambio significativo en su concepción, pasando de una descripción excesivamente negativa de su vida anterior, a una magnificación de lo afectivo en detrimento de lo sexual. En sus comentarios se puede apreciar una cierta concepción **adolescente** de la sexualidad.

- El cambio en cuanto a la conciencia y solución de problemas es manifiesto, pasando desde la negación de la existencia de problemas a ir elaborando pequeñas estrategias para abordarlos.

- Aunque sea de manera momentánea, el cambio a nivel de valores es significativo, pasando de valorar lo aparente a valorar aquellas cosas que hacen referencia a satisfacción de necesidades internas. Se ve un cambio

respecto a la percepción de las personas pasando de una posición de defensa y desconfianza a valorar sobre todo lo que hace referencia a compartir y a lo que tiene relación con los demás.

Los resultados que se refieren a la valoración que los usuarios hacen de su estancia en CT es buena en el 100% de los casos.

- Con respecto a las cosas que les han ayudado, hablan de la posibilidad de conocerse, de **verse capaz** y de confiar en ellos mismos. Valoran como muy positivo poder ayudar a los otros.

- Respecto a las dificultades la mayoría resaltan como dificultad la relación con los demás, “me cuesta fiarme”, “mi dificultad es no fiarme”. Reconocen sus dificultades en las relaciones y parecen apuntar que un mayor conocimiento personal les ayuda a superarlas.

- Respecto al autoconocimiento tanto a nivel emotivo como cognitivo, lo encuentran útil e importante en la comunidad, pero manifiestan dificultades a la hora de concretarlo en la calle.

- La relación con los educadores se valora como positiva, aunque cuesta aceptarlos cuando su postura es más de autoridad o de marcar límites. Dentro de este apartado se podrían incluir las normas que a pesar de reconocer su necesidad, muchos de ellos manifiestan tener dificultades para cumplirlas.

- En relación al ambiente de la comunidad, aunque lo valoran como positivo, son bastantes los que manifiestan sus dificultades para convivir con tantas personas. Dentro de este apartado se hace referencia al afecto que es uno de los aspectos que recibe una valoración más positiva, lo plantean no sólo como algo para recibir, sino también para dar. En muchos casos lo plantean como descubrimiento, como novedad y, por lo tanto, como algo costoso “el dar y recibir cariño”.

- La exigencia también es un aspecto que consideran necesario, y casi como básico, ya que muchas de sus experiencias que consideran como negativas las relacionan con la falta de exigencia. Incluso aunque algunos la ven como exagerada la consideran precisa.

- Relacionada con la anterior, los límites personales también son considerados como necesarios, matizando incluso la importancia de ser



conscientes de los propios, si bien reconocen su dificultad para personalizarlos e integrarlos en su vida. Llama la atención que no hablan de aceptar sus límites, sino que los viven más como una pérdida de posibilidades.

- Los grupos terapéuticos se consideran como puntos claves para cambiar, ya que los relacionan con el conocimiento de uno mismo, y aportan los recursos necesarios para realizar un cambio personal. Otros hacen referencia a la importancia de compartir sus vivencias teniendo en cuenta la opinión de los demás.

Conclusión

En general, aunque la estancia en Comunidad es valorada como positiva, sí que hemos descubierto aspectos susceptibles de ser revisados y mejorados.

Del análisis cuantitativo se desprende que un aumento en las responsabilidades tiene que realizarse de forma más gradual e ir acompañado por los educadores, ya que un porcentaje importante de los abandonos en esta población se podrían correlacionar con la adopción de mayores responsabilidades por parte de estos usuarios.

Respecto del análisis cualitativo, se destaca la dificultad en las relaciones, siendo una de las cosas a trabajar con más cuidado, aportándoles mayores recursos en habilidades sociales, técnicas en afrontamiento de conflictos, asertividad, etc. Junto a esto, habría que añadir las dificultades a la hora de su proyección en el exterior, por lo que también la salida de la Comunidad debería hacerse de forma más paulatina, junto a un mayor acompañamiento.

Respecto de normas, exigencia y límites, tendríamos que tender a individualizarlos en función de la persona, sus recursos y posibilidades, ayudándoles a integrarlos en su vida posterior.

Visto que la población estudiada presenta grandes dificultades en las expresiones afectivas, es importante destacar que su valoración respecto del afecto sea tan positiva; por lo tanto el trabajo a nivel emocional debería ser dirigido más hacia la positivización de la expresión de sentimientos frente a la incomunicación o al descontrol de los mismos.

La experimentación de otro tipo de relaciones y vivencias y una posibilidad real de iniciar un cambio en su estilo de vida

La mayoría de ellos describen su estancia en la Comunidad como un período relevante en sus vidas, que les ha posibilitado la experimentación de otro tipo de relaciones y vivencias que les han hecho sentirse mejor consigo mismo y los demás; y ha significado para muchos de ellos una posibilidad real de iniciar un cambio en su estilo de vida.

Ester Blas Vicente
Begoña Gómez Lafita
Carmen Josa Lázaro
Rosa María Sanz Ruiz
Francisco Javier Galindo Hernández

- 1 Fundación Centro de Solidaridad de Zaragoza, uno de cuyos programas es Proyecto Hombre.
- 2 Weiss, R.D.; S.M. Mirin y R.J. Frances. "El mito del paciente típico con diagnóstico dual". *Hospital and Community Psychiatry*, 43 (1992), 107-108.

Bibliografía

- Bardín L.** (1977) *Análisis de contenidos* Ed. Universitaria. Madrid.
- Cancrini L. ; La Rosa C.** (1996) *La caja de Pandora: manual psiquiátrico y de psicopatología*. Ed. Paidós. Barcelona.
- Casas M.; Gossop M.** (1933) *Recaída y prevención de recaídas*. Monografías de Toxicomanías. Ediciones en Neurociencias. Barcelona
- Galanter M.; Kleber Herbert D.** (1997) *Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias*. Editorial Masson.
- García E.; Espina A.** (1996) *La emoción expresada familiar como factor pronóstico en toxicomanías* Ed. Gobierno Vasco.
- Jenite M.A.** (1994) "Abuso de drogas" *Scientific American*, Tomo II, cap. VIII, 8. Editorial Pharmarker.
- Lozano J.; Abril G.** (1997) *Análisis del discurso*. Ed. Cátedra. Madrid.
- Maxwell Jones; Dennie Briggs** (1993) *La Comunidad Terapéutica. Conversazioni con Maxwell Jones y Dennie Briggs*. Ed. Centro Italiano di Solidarietà. Roma
- May-Majeswski A.** (1999) "Aplicación de la clínica psiquiátrica y de la Comunidad Terapéutica a las necesidades de pacientes con diagnóstico dual". IV Congreso Europeo sobre rehabilitación y políticas de drogas. Marbella.
- Millon T.; Darwis R.D.** (1998) *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Ed. Prodesfarma. Almirall. Barcelona.
- Pujadas J.** (1992) *El método biográfico: el uso de las historias de vida en ciencias Sociales*. Ed. CIS Madrid.
- Rooyman M.** (1996) *Comunidad Terapéutica para drogodependientes*. Ed. Mensajero.
- Solomon J.; Zimberg S.; Shollar E.** (1996) *Diagnóstico Dual*. Ediciones en Neurociencias. Barcelona.
- Vallés M.S.** (1997) *Técnicas cualitativas de investigación social*. Ed. Síntesis. Madrid.



La comunidad terapéutica y el trastorno dual

La comunidad terapéutica y el trastorno dual

Presentación de la experiencia de 14 años en el trabajo con personas toxicómanas en una Comunidad Terapéutica. Se detectó que, junto a su dependencia de las drogas, existía una patología psiquiátrica. El estudio describe qué sucede con los residentes que presentan esta doble patología y pretende acercarnos a su modo de ver las cosas. La comunidad reproduce una especie de "mini-sociedad"; aunque sea un momento concreto y puntual, ya que lo que pretende es ayudar a integrarlos en su vida posterior. Pero ha hecho posible experimentar otro tipo de relaciones y vivencias, y ha significado para muchos de los afectados una posibilidad real de iniciar un cambio en su estilo de vida.

The Therapeutic Community and Dual Mental Disorders

The presentation of fourteen years' work with drug addicts in one Therapeutic Community. It was detected that, along with drug dependency, a psychiatric pathology was also present. The study describes what occurs with residents who suffer this double pathology and attempts to bring us closer to their way of viewing things. The community reproduces a type of "mini-society", although in a given and specific moment in time, as it attempts to help to integrate them in their subsequent lives. But it has enabled them to enjoy other types of relationship and personal experiences, and has for many provided the real possibility of initiating a change in their lifestyles.

Autores: Ester Blas, Begoña Gómez, Carmen Josa, Rosa M^a Sanz y Francisco Javier Galindo

Artículo: La comunidad terapéutica y el trastorno dual

Referencia: Educación Social nº 14, pp. 37-51

Dirección profesional: Fundación Centro de Solidaridad de Zaragoza
Manuela Sancho, 3-9, 50002 Zaragoza
Tel. 976 200216
csz@infonegocio.com