

CAPÍTULO 12

LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Joan A. SALES, Frederic BOIX y Alipio SÁNCHEZ

12.1 LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA: INTRODUCCIÓN Y CARACTERES BÁSICOS

En esencia, una comunidad terapéutica (CT) es un espacio social construido con fines terapéuticos. Un grupo artificial duradero y residencialmente localizado (de carácter *comunitario*, por tanto), pero con una finalidad *terapéutica* respecto a problemas compartidos por sus residentes —drogadicción y trastorno mental, habitualmente—, lo que supone un correctivo significativo a la condición “natural” e integralidad inherentes a las comunidades sociales, no creadas con propósitos instrumentales preestablecidos, como ya se ha indicado en los capítulos 3 y 4 (4.7).

Una vez apuntado esto, intentar perfilar con más precisión y claridad las características y funciones básicas de la CT, resulta difícil, tanto en razón de su relativa juventud como fenómeno social y profesional, como de la constante evolución y diversidad de realidades acogidos a la denominación genérica de “comunidad terapéutica”. Como dice Schittar (1972): “No existe un modelo de Comunidad Terapéutica, sino diversas modalidades de aplicación, que, por el mismo hecho de mantener su estructura en continuo devenir, son difícilmente esquematizables” (pág. 178). Refuerza lo ya dicho, el hecho de que hasta la fecha no existe —que nosotros sepamos— ni una delimitación “definitiva” ni una sistematización teórica general del tema, válidas para las diversas CCTT existentes.

El hecho de agrupar habitualmente esas realidades en una denominación única (como se hace de hecho en este libro sobre Psicología Comunitaria) sugiere, sin embargo, que los *aspectos comunes* (que confieren a la metodología de la comunidad terapéutica identidad substantiva y diferencial frente al trabajo clínico o el internamiento psiquiátrico convencional) son substantiales, *prevaleciendo*, en todo caso, *sobre los diversificadores*, teniendo,

además, el fenómeno un *carácter comunitario*, cosas ambas que serán concisamente justificadas en las líneas que siguen.

1) En efecto, la CT es una forma de *prestación de servicios* —de salud— *alternativa* a la clínica tradicional, poco apropiada para encarar determinados problemas psico-sociales —como las drogas— o los aspectos relacionales y sociales ligados a otros problemas de salud mental. Esta búsqueda de formas alternativas de prestar servicios, optimizando la utilización de recursos profesionales con criterios poblacionales, sociales o comunitarios ha sido definida (capítulo 8; 8.6) como una de las funciones o componentes básicos del quehacer comunitario.

2) La *metodología* utilizada por la CT es de carácter *comunitario* en cuanto a los siguientes criterios: a) Se constituye en comunidad territorialmente basada; b) el cambio se produce a partir de elementos compartidos por sus miembros y de la creación de lazos e interacciones comunes (convivencia, reglas de comportamiento, actividades, inter-acción personal y grupal, etc.); c) el estilo de trabajo y formato relacional ayudador-ayudado comparte muchos de los caracteres distintivamente comunitarios: Igualitarismo, integralidad de la atención, énfasis en los recursos y capacidades de personas y grupos, actividad y protagonismo del cliente en el proceso de su propia recuperación, interdisciplinariedad profesional, utilización de paraprofesionales, etc.; d) énfasis en la rehabilitación social, constituyéndose así la CT en *comunidad* artificial temporal, *de transición* (desde una problemática psico-social significativa) hacia la comunidad o contexto social mayor.

Existen, sin embargo, algunos rasgos claros de diferenciación de las CT y el estilo de trabajo comunitario asumido en la PC o SMC. El principal es la *segregación* espacial y social de la comunidad "natural" en que viven —y se asume, desarrollan sus problemas— los futuros residentes y la descontextualización social consiguiente del trabajo realizado. Eso, aun cuando, en línea con la transicionalidad descrita, se intenta realizar la reinserción —y contextualización— social en etapas posteriores, lo cual complementaría desde criterios más comunitarios el paréntesis social transitorio que viene a representar la CT.

3) Común denominador de las diversas CCTT es la reproducción —dentro de un contexto institucional— de un microgrupo o *microsistema social* en que se promueve —dentro de la familia de estrategias de cambio supra-individual en que participa la intervención comunitaria— el aprendizaje social y psico-social. En este sentido, la CT ilustra perfectamente la estrategia de cambio socio-comunitario dirigida a crear instituciones o *sistemas sociales paralelos* (8.6).

Resumiendo, la filosofía general de la CT postula una intervención, de carácter globalmente comunitario, que proporcione los elementos y experiencias dirigidas a lograr la reinserción social del cliente en condiciones óptimas de autonomía personal e interacción positiva con su medio social. Esto se conseguiría aportando un espacio social y residencial que facilite los procesos de maduración y crecimiento personal y promueva los cambios —individuales, relacionales y sociales— conducentes a tal objetivo de reintegración social.

Según sus características, las CCTT pueden utilizar también un mayor o menor número de técnicas provenientes de la Psicología Clínica (psicoanálisis, psicoterapias conductuales o humanistas, etc.). Estas técnicas —pensadas para conseguir cambios en los problemas psicológicos desde un encuadre de gabinete— nunca serán, sin embargo, las que predominen en el trabajo de las CCTT, cumpliendo simplemente la función de auxiliares terapéuticos complementarios al servicio de la estrategia global y objetivos de la CT, que se definen a continuación a partir de su carácter interventivo alternativo y de otros rasgos comunes a las CCTT.

El *carácter alternativo e innovador* de la CT —citado en sintonía con el estilo interventivo comunitario— vendría definido principalmente por los siguientes aspectos:

— *Énfasis en el grupo*, la cohesión grupal y las interacciones entre sus miembros para promover el aprendizaje social.

— *Participación activa* del paciente y cambio de su estatus respecto al que se deriva de la relación convencional (asimétrica) médico-enfermo o terapeuta-paciente. La persona objeto de atención pasa, en consecuencia, a denominarse *residente o usuario* —o con otros calificativos similares— para subrayar su carácter de colaborador activo y no objeto pasivo ("paciente").

— Relevancia y hegemonía de la *Socioterapia* (entendida ésta como el proceso de ayuda que se deriva de la intervención generada en el seno de un grupo humano controlado) sobre las demás técnicas utilizadas en la institución. También, la utilización de otras dos variantes terapéuticas no centradas en el individuo:

— La *terapia ambiental* ("milieu therapy"), entendida como utilización de los diferentes elementos del medio como estímulos positivos y de efectos potencialmente terapéuticos.

— La *terapia ocupacional*, fundamentada en la utilización —con finalidad educativa y terapéutica— del trabajo y de la actividad y creatividad personal.

— La existencia de una *cultura institucional* propia y distintiva que, como conjunto de creencias, actitudes y pautas de conducta, regulan la vida coti-

diana de la CT, proporcionándole cohesión y, a sus miembros, sentido de comunidad.

Rasgos comunes y diferenciadores de las CCTT. Hemos de reiterar aquí la dificultad, señalada al comienzo, de intentar encontrar constantes y rasgos definitorios compartidos en una serie de realidades sociales diversas y dinámicas, en la esperanza de destilar una "esencia" común que podamos llamar genéricamente "comunidad terapéutica". Quizá resulte más productivo describir tipologías de CCTT (cosa que haremos más adelante; 12.2, 12.3 y 12.4). Esa heterogeneidad de realidades de CCTT es debida a una triple fuente de variabilidad: 1) El continuo proceso de cambio y adaptación de las comunidades, no sólo a los problemas atendidos, sino a los avances en su terapéutica; 2) el proceso de desarrollo y maduración característico de cada CT (no carente, por otro lado, de paralelismos observables) para alcanzar su propia identidad institucional y social; 3) la multiplicación de experiencias concretas diversas, junto a la convivencia e influencia mutua, tanto de esas experiencias, como de los modelos generales ("europeo" y "americano", descritos más adelante), que ha provocado convergencias e interacciones a la vez que divergencias.

Dicho eso, podemos citar como rasgos *comunes* más generales a las CCTT los siguientes:

- Régimen de internado.
- Grupo de residentes de ambos sexos.
- Ingreso voluntario.
- Valoración del grupo como medio terapéutico y reeducador preferente.
- Aprovechamiento de todos los hechos que acontecen como experiencia de realidad y factor reeducativo.
- Deliberación común cotidiana.

Entre los rasgos *variables o diversificadores*, cabe mencionar los siguientes:

- Ubicación: CCTT urbanas, semi-urbanas y rurales —mayoritarias en la actualidad—.
- Personalidad jurídica: Con personalidad propia; pertenecientes a asociaciones, entidades u organismos. Algunas son satélites de grupos ideológicos o movimientos internacionales; otras bordean, incluso, la ilegalidad y el delito.
- Carácter económico: Privadas, públicas, subvencionadas o concertadas.
- Programas terapéuticos: Con un diseño y planificación terapéutico, sin diseño profesional y variantes intermedias; con y sin sistemas de evaluación formalizados; etc.
- Equipo responsable: De índole religiosa o sectaria; constituidos por ex-toxicómanos; profesionales; mixtos.

12.2 ORIGEN HISTÓRICO: EL MODELO EUROPEO

Resulta difícil comprender la realidad actual de las CCTT sin examinar antes el modo en que surgieron y se desarrollaron históricamente.

Debemos distinguir antes, no obstante, dos modelos generales de CCTT claramente diferenciados en cuanto a su origen, problemática abordada y metodología usada y llamados, en función de su origen geográfico, *modelo anglosajón o europeo* (también, modelo "democrático") y *modelo americano* (o "autoritario"). A pesar de la diferencia de denominación de los 2 modelos —calificada por alguno de "maniquea"—, su evolución y expansión ha sido paralela en sus ámbitos geográficos respectivos. (Últimamente, además, se observa una cierta tendencia hacia la homogeneización como fruto de una serie de desarrollos ligados a la creciente profesionalización del campo). La modalidad europea de CT está centrada en pacientes con problemas psicológicos, desarrollándose dentro de instituciones psiquiátricas. La americana, en cambio, se ha centrado en drogodependientes no internados.

El modelo *europeo* es el que alumbró el fenómeno de la CT. El término "comunidad terapéutica" aparece por primera vez en 1946 de la mano de T.F. Main, psiquiatra británico del hospital de Birmingham, en el artículo "The Hospital as a Therapeutic Institution", publicado en un número especial del "Bulletin of the Menninger Clinic". En él se narra el trabajo realizado en 1943 por el "grupo de Northfield" (Bion, Rickman, Foulkes; Main perteneció también al grupo) en el Hospital Militar Northfield con soldados con trastornos psiconeuróticos graves a quienes organizaron de forma comunitaria, en grupos de discusión y participación en las decisiones sobre la marcha de la unidad. Prestaron también atención especial al estudio de la estructura de esos grupos y de las fuerzas que operaban en ellos.

Pero fue Maxwell Jones quien imprimió contenido y cuerpo teórico al término "comunidad terapéutica" a partir de la publicación de su labor en diversos hospitales desde 1941, vinculándose desde entonces este concepto a su nombre. Estos hospitales fueron:

- 1941-44. Mill Hill School, en cuyo departamento de medicina psicosomática —destinado a pacientes con trastornos funcionales cardíacos— reunía diariamente a pacientes y personal para analizar el funcionamiento del servicio.
- 1945-47. Hospital para prisioneros de guerra de Dartford. Trabajó en su adaptación social mediante la convivencia en una comunidad de "transición" prosiguiendo también las reuniones diarias citadas.
- 1947-59. Belmont Hospital de Surrey, en el que creó en 1947 una unidad para inadaptados "industriales" ("Industrial Neurosis Unit"), que en 1954 pasó a tratar inadaptados "sociales", ("Social Rehabilitation Unit"), para

convertirse más tarde en el hospital Henderson, para psicópatas. Durante este período Jones elabora las ideas básicas sobre la comunidad terapéutica, funcionamiento y aplicaciones. Cabe destacar como prácticas más innovadoras las reuniones cotidianas de personal y pacientes —llamadas “*reunión mundial*”—, que contribuyeron a desmitificar la imagen autoritaria del hospital y, el énfasis puesto en la *autoayuda*, ayuda mutua y en el *trabajo conjunto* de todos para ayudarse a sí mismos y a los demás.

Fueron las *exigencias resultantes de la Segunda Guerra Mundial*, en el contexto de los servicios de reinserción social para ex-prisioneros de guerra y marginados sociales, las que propiciaron —junto a la preocupación preexistente en el mundo anglo-sajón por la reforma de los asilos psiquiátricos tradicionales— la aparición de la comunidad terapéutica. Estas exigencias se derivaron principalmente de:

- La incapacidad de los hospitales psiquiátricos para atender al numeroso contingente de soldados con trastornos mentales secundarios a la contienda.

- La necesidad de recurrir, por razones económicas, a tratamientos colectivos, desestimándose las terapias individuales en la mayoría de los casos.

Exigencias que convergen con otros factores no menos decisivos:

- La *sensibilización* de los psiquiatras que participan en las cajas de reclutamiento (y obligados con ello a salir del universo cerrado de los hospitales psiquiátricos y de la tranquilidad de sus gabinetes de psicoterapia) sobre la enorme *influencia de los factores sociales* sobre los pensamientos, sentimientos y conducta de los individuos.

- La *experiencia* de muchos profesionales en campos de concentración facilitó un cambio de actitud, especialmente de los psicoanalistas, que se mantuvieron al principio al margen del fenómeno de las CCTT. Bruno Bettelheim, uno de los más conocidos y respetados, estuvo recluso en los campos de Buchenwald y Dachau y reflejó así ese cambio de actitud: “...Observé cambios rápidos no sólo en el comportamiento, sino también en la personalidad; cambios increíblemente rápidos y a menudo mucho más radicales que los que pudieran producirse en el tratamiento psicoanalítico ... tuve que aceptar que el medio ambiente podía cambiar la personalidad totalmente, no solo la del niño, sino también la del adulto” (citado por Comas, 1988).

- La aparición de varios estudios sobre los *efectos perniciosos* (agravantes y de cronificación de los trastornos) del *hospital psiquiátrico* tradicional (Barton, Caudill, Goffman, Stanton y Schwartz, entre otros). Esos estudios, no sólo resultaron decisivos para la imposición de una reforma institucional psiquiátrica, sino que tuvieron el efecto de avalar los aspectos negativos que la CT quería superar a través de la “*terapia comunitaria*”.

- Los *cambios legislativos* durante la guerra y postguerra —reflejo de la conciencia de asumir responsabilidades sociales antes ignoradas—, que suponen un viraje de la actitud social hacia los enfermos mentales: Creación del “*National Health Service*” en 1947 y ley sobre personas incapacitadas (“*Disabled Persons Act*”) en 1944.

- En 1953 la *Organización Mundial de la Salud* (OMS), en el tercer informe del Comité de Expertos en Salud Mental —que recoge todas las reformas intentadas en el campo— afirma que: “*la atmósfera del hospital mental es el factor más importante en la eficacia del tratamiento*” añadiendo que el hospital psiquiátrico debía ser, en su totalidad, una comunidad terapéutica regida por determinados principios:

- Conservación y protección de la individualidad del paciente.

- Confianza en el paciente y en su capacidad para tomar iniciativas y asumir responsabilidades propias.

- Ocupación del tiempo de los pacientes en determinados tipos de trabajos y actividades.

- Promoción y mejora la comunicación con el equipo.

- Evitación de las sanciones disciplinarias por mal comportamiento.

El Quinto y séptimo informes del Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS, reafirmaron —en 1957 y 1959 respectivamente— la consideración del Hospital Psiquiátrico como una comunidad terapéutica en interacción con el medio social así como la relevancia de la terapia ambiental y ocupacional.

Estas recomendaciones no conduciría necesariamente, sin embargo, a la transformación de los hospitales psiquiátricos en comunidades terapéuticas tal como la entendieron los renovadores ingleses, particularmente M. Jones. Partiendo de la reforma necesaria de esas instituciones, estos añadieron otros *principios* —calificados de revolucionarios— que suponen una utilización deliberada de los recursos de la institución (médicos, pacientes y personal auxiliar) como conjunto orgánico no jerarquizado con finalidad terapéutica, así como la supresión del formato tradicional de relación médico-enfermo o terapeuta-paciente. Los siguientes principios:

- *Libertad de comunicación*. La comunicación se da entre los distintos niveles y en todas direcciones y no sólo en forma unidireccional y jerárquica, de arriba a abajo.

- *Análisis* de todo cuanto sucede cotidianamente en términos de dinámica individual e interpersonal.

- *Provisión de experiencias de aprendizaje*, tanto espontáneas y derivadas de la relación y convivencia cotidianas como planificadas a través de actividades (salidas individuales o grupales, asistencia a actos públicos, etc.), orientadas hacia la reeducación social y que permitan ensayar esquemas de comportamiento social.

Sintetizando las aportaciones posteriores de otros autores (Rapoport, entre los más destacados) con nuestra propia visión, citaremos como constantes fundamentales características de las comunidades terapéuticas del modelo europeo las siguientes:

1. En la CT no se produce la separación y el distanciamiento entre equipo médico y grupo de pacientes característico del internamiento hospitalario, evitándose así las interacciones rígidas, estereotipadas y rutinarias de los grandes hospitales.
2. No existe ni la jerarquización autoritaria ni los procedimientos casi carcelarios propios de los asilos psiquiátricos.
3. Todas las relaciones que se producen en el seno de la comunidad son consideradas como potencialmente terapéuticas.
4. Por lo tanto, toda la ambientación juega un papel de cura importante. Se da gran valor al clima emocional de la institución.
5. Se busca una forma de organización democrática y socializada que facilite el máximo de ocasiones de participación activa de los residentes en la vida de la pequeña colectividad.
6. La comprensión y la aceptación de la conducta distorsionada —entendida por muchos como permisividad— es una de las reglas terapéuticas básicas.
7. El paciente reside en la comunidad voluntariamente. No se le encierra ni coacciona; vive en un régimen totalmente abierto.
8. El grupo humano acogido en la CT es numéricamente reducido a fin de evitar las deformaciones psicológicas y sociales asociadas a la masificación de las grandes instituciones.

El plan de actividades es una de las grandes preocupaciones de los responsables de una CT ya que del acierto o fracaso en éste aspecto se deriva, inmediatamente, un nivel u otro de posibilidades terapéuticas.

Las *actividades cotidianas* se suelen agrupar de la siguiente manera (más adelante se ofrece una descripción más detallada del calendario de una CT concreta):

1. Actividades de mantenimiento de la CT.
2. Trabajo preprofesional (talleres, granja, campo, etc.).
3. Comidas y sobremesas.
4. Reuniones comunitarias.
5. Reuniones específicas, comunitarias o grupales, de carácter educativo, terapéutico (incluyendo técnicas individuales) o sobre la organización funcional de la CT.
6. Actividades de ocio y diversión.
7. Espacios de descanso.

La *programación del tiempo* pretende favorecer los objetivos terapéuticos reproduciendo, a la vez, los horarios de actividades que se observan en la vida social cotidiana del exterior de la CT. La *actividad* del residente es, por otro lado, uno de los recursos terapéuticos principales tanto para limitar el campo de los soliloquios y los pensamientos delirantes como para estructurar hábitos conscientes y realistas.

No hay que olvidar, finalmente, la regla fundamental "... que todas las *reglas* estén siempre *abiertas* a los procesos de análisis, revisión y actualización" (Laing), dado que toda institución, más tarde o más temprano, muestra tendencias a esclerotizarse y a viciarse.

12.3 EL MODELO AMERICANO

Este modelo nace en Estados Unidos (EE.UU.) en los años 60, en el contexto de un amplio movimiento antiinstitucional en el campo de la Salud Mental, como estrategia de tratamiento residencial de drogodependientes. Pretende ser una *alternativa antiprofesional y antiinstitucional* aunque, contrariamente al modelo europeo, surge como reacción relativamente inmovilista o reaccionaria frente a los intentos de apertura y democratización de los Servicios Sociales y de Salud Mental en EE.UU. Con un sustento ideológico crítico, alimentado por las investigaciones sobre los efectos de las instituciones psiquiátricas (por ejemplo, Goffman, 1984) y por algunas de las ideas de la antipsiquiatría (Cooper, Laing, Szasz...), tomó fuerza este movimiento que preconizaba la abolición de las instituciones y la ineficacia de los profesionales enfatizando, en cambio, la resolución de los problemas a abordar a través de la autogestión institucional, la autoayuda y la ayuda mutua.

Por otra parte su carácter de radical oposición a toda institución y profesionalismo, propició la tendencia a la ubicación rural creando un referente estético de *comunidad terapéutica rural* ampliamente aceptado —con independencia de sus contenidos reales— por los medios de comunicación, los jóvenes y los grupos "progresistas", que se ven especialmente atraídos por sus connotaciones "bucólicas", de alejamiento de los núcleos de conflictividad social y familiar y de "retorno a la naturaleza".

El modelo, que goza de una vigorosa expansión, representa un cierto *retroceso* respecto a los logros de la CT defendida por M. Jones y otros reformadores psiquiátricos: Disminuye la multidireccionalidad de la comunicación, se acentúan las relaciones de autoridad y la diferenciación de los roles y se jerarquiza el sistema comunitario, desapareciendo prácticamente la participación grupal en las decisiones en la medida en que existe de antemano un programa de tratamiento y código normativo al que el paciente debe adaptarse o, de lo contrario, abandonarlo.

Se trata, pues, de un fenómeno social reaccionario con la suficiente fuerza como para generar instituciones alternativas, capaces de rescatar antiguos métodos autoritarios y jerárquicos de tratar a los pacientes. "Lo que pasó en EE.UU. a fines de los años 50 y principios de los 60, momento en que se produjo uno de los ciclos altos de consumo de heroína, fué precisamente que las instituciones de Salud Mental, en plena reforma, no podían jugar el papel represor y totalizador que el drogodependiente exigía, muchas instituciones sanitarias no eran lo suficientemente totales ni represivas para las necesidades de un colectivo que vivía la libertad como un riesgo" (Comas, 1988; pág. 31).

Este modelo de CTD (Comunidad Terapéutica para Drogodependientes) representa una filosofía parcialmente contraria al de la CT descrita más arriba. Comparte, sin embargo, con ella la mayoría de las características restantes en cuanto a *modelo comunitario-residencial de intervención* y, sobre todo, el objetivo fundamental de conseguir (excepto Synanon) la *reinserción social* del residente, en este caso, como individuo productivo y libre del consumo de drogas. Estos dos aspectos de *productividad* y *abstinencia de drogas* serán los ejes —a la vez que los objetivos fundamentales— de la *reinserción* en las CTD.

Describiremos a continuación brevemente dos experiencias que, además de ser pioneras, ilustran la aparición y la evolución de los estilos de trabajo más extendidos en las CTD, siendo, al tiempo, referentes básicos de algunos de las redes de CTD en España.

12.3.1 SYNANON

Charles Dederich, miembro de Alcohólicos Anónimos (AA), empezó a reunir en 1958 en su casa de Ocean Park (California) un grupo al que paulatinamente se añadieron dependientes a los narcóticos que buscaban la abstinencia a través del método de AA. Observando que, efectivamente, estos últimos conseguían cesar el consumo de drogas, fundó un año más tarde en Santa Mónica (California), con un grupo de unas 40 personas adictas a toda clase de sustancias, la primera comunidad residencial de Synanon, que, concebida inicialmente como un *grupo de autoayuda*, fue evolucionando hacia las siguientes características finales:

— *Autofinanciación* a partir de los negocios dirigidos por los propios residentes y de donaciones particulares —con rechazo de subvenciones estatales o condicionadas—, reinvertiendo en la propia comunidad todos los beneficios. "Synanon Foundation Inc." creció hasta convertirse en una empresa de millones de dólares.

— *Autosuficiencia* a todos los niveles. La dirección de la comunidad es llevada por los propios ex-adictos, quienes se organizan en forma jerárquica distribuyéndose todas las tareas y funciones del centro sin la intervención de ningún personal cualificado y rechazando cualquier método de tratamiento formal y de evaluación de resultados terapéuticos.

— *Rechazo de la reinserción social*. Se considera a la sociedad como incompatible con el toxicómano, planteándose por ello como única posibilidad al de permanencia indefinida en la organización.

— *Madurez por el rango*. Se utiliza el rango jerárquico dentro de la organización como reflejo de la actitud y conducta del residente, produciéndose frecuentes y rápidos cambios de posición jerárquica en función de la conducta puntual.

— Los "*Synanon Games*" (juegos Synanon). En ellos, el residente es expuesto, en reuniones grupales, al continuo ataque por parte de los demás miembros de la comunidad en todos los aspectos personales que se piense han de ser modificados, persiguiendo una reacción "catártica" o purificadora.

— *Culto al líder*. Culto que, junto al rechazo del mundo exterior y a determinados aspectos megalománacos llevó al grupo a adoptar características de una *secta* con objetivos centrados en la propia expansión y sin planteamientos realmente asistenciales.

Este modelo de CT se sustenta sobre la base de proveer al residente de un "*medio familiar*" que desarrolla el sentimiento de *pertenencia grupal* y la *autoidentidad* y *autoestima* personal en función del rol desempeñado. Esto se hace a través de un método (los "juegos Synanon") con que destruir —más que resolver— los sentimientos y comportamientos inadecuados, para conseguir un grado de "maduración personal" y responsabilidad de los que supone carece el toxicómano. El modelo ha dado lugar a toda una generación de CTD cuyo referente en España son las comunidades de la red de El Patriarca.

12.3.2 DAYTOP VILLAGE

La CTD más importante y que sirvió de modelo referencial para multitud de experiencias en diversos países. Se *inicia* en 1963, con la contratación por parte de la administración pública norteamericana de un grupo de miembros disidentes de Synanon para ocuparse, conjuntamente con un equipo profesional, de un centro para drogodependientes en situación de libertad vigilada y de tratamiento obligatorio. Su denominación (Daytop) se deriva de "Drug Addicts Treated on Probation" (drogadictos en tratamiento bajo libertad provisional). Su financiación provenía de un distrito judicial de Nueva York. La filosofía y métodos interventivos de Daytop *evolucionaron* desde una posición inicial en