

La REBT en una comunidad terapéutica: REBTC

Manuel Mas-Bagà

Centre d'Assistència Toxicomanies (CAT)

Resumen. La eficacia de las comunidades terapéuticas para tratamientos residenciales a largo plazo tienen una base empírica pero históricamente han estado aisladas y ajenas al mundo de la investigación. Este artículo describe una comunidad terapéutica que tiene como motor de su filosofía a la Terapia Racional Emotiva Conductual y se presentan los resultados del seguimiento. La polémica existente es si las comunidades terapéuticas son especialmente recomendables para el tratamiento de personas con diagnóstico dual o no.

Las comunidades terapéuticas: antes y ahora

Las Comunidades Terapéuticas (CTs) surgieron en los años 60 como tratamiento de ayuda por un igual y de autoayuda para el consumo de drogas y dependencia. Se crearon debido a la falta de centros médicos, psicológicos y correccionales especializados en consumidores de drogas que recuperaran a drogadictos y alcohólicos y fueron los primeros participantes en las CTs. Varios estudios de investigación (Departamento de California para el Alcohol y las Drogas, 1994; Psicología de Comportamientos Adictivos, 11, 1997) han sugerido que las CTs pueden ser eficaces en el tratamiento del consumo de drogas. Sea como fuere, en el campo del tratamiento del consumo de drogas, persiste, entre otras, la idea de que las comunidades terapéuticas son sociedades cerradas, no científicas, incluso un poco tenebrosas. Parte de la credibilidad de estas impresiones se debe a la precoz CTs-Synanon, la más famosa y finalmente la más infame. La caída de esta última CT en la crueldad y su postura de tipo sectario en contra del mundo exterior nos dice más sobre su liderazgo y su visión de la naturaleza humana sobre las CTs en si mismas – debemos enseñar a la gente a pensar qué pensar, no como pensar acerca de las CTs. Uno de los propósitos de este escrito es mostrar a los lectores que las CTs pueden valorar la ciencia, estar abiertas a la investigación y pueden tener como objetivo enseñar a la gente a pensar e incluso como pensar sobre su manera de pensar.

Desde los años 60 hasta ahora, mucha investigación realizada ha sugerido la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales en el tratamiento individual de diversos problemas, incluido el consumo de drogas. No obstante, la distancia que existe entre las CTs y las terapias cognitivo-conductuales sigue siendo demasiado grande. El segundo propósito de este documento es subrayar la integración de los métodos cognitivo-conductuales en una CT. Un tercer propósito sería mostrar que el objetivo principal de la REBT, que pone su énfasis en adoptar una nueva filosofía de vida en la que “mejorar” y no solo en “sentirse mejor”, encaja extremadamente bien en la opción de tratamiento de la CT que también lucha por un cambio radical de la filosofía y los valores de sus pacientes. El cuarto propósito es proporcionar algunos datos de seguimiento de nuestra CT y compararlos con datos de otros seguimientos.

Las características de los consumidores de sustancias han cambiado desde los años 60. Mientras que entonces una gran mayoría de los consumidores de sustancias se especializaban solamente en una sustancia, por ejemplo la heroína, gran número de los consumidores de sustancias en las décadas más recientes son generalistas. Además, las características psicológicas de los consumidores de sustancias, como promedio, han cambiado. Hubo un tiempo en el que las personas que acababan en una CT eran principalmente tipos duros con personalidades criminales, que habían sido diagnosticadas

dos como personas con trastornos antisociales de la personalidad. Actualmente, el perfil psicológico es mucho más diverso. Los consumidores de droga que tienen problemas mentales concurrentes o comórbidos, encabezan la lista de los que se beneficiarán de las CTs (*National Institute on Drug Abuse*, 1986 – Instituto Nacional de Consumo de drogas, 1986). Por lo tanto, sería mejor que el objetivo primordial del tratamiento fuese personalizar el mismo para cada paciente, incluidos los que tienen problemas coexistentes, tales como el consumo múltiple de drogas, enfermedades infecciosas relacionadas con el consumo de drogas, historial de abusos sexuales o trastornos de la personalidad.

Las CTs han contribuido significativamente al tratamiento de adicciones, y ahora pueden desempeñar un papel muy importante en el desarrollo de la psicoterapia efectiva en *todos* los centros dedicados al tratamiento de consumo de sustancias, no solo en los centros residenciales. El tratamiento exitoso ayuda a los pacientes a dejar el consumo de drogas y a aprender métodos más constructivos para afrontar la vida. También reeduca a los pacientes y a sus familias. Pero el tratamiento eficaz también puede desempeñar un papel más amplio educando a los medios de comunicación, a los políticos y a los empleados del gobierno que toman decisiones. El tratamiento eficaz puede enseñarnos que la gente se puede recuperar y que las intervenciones cognitivo conductuales desempeñan un papel clave a la hora de resolver los sufrimientos emocionales que conlleva la dependencia de las drogas. Hasta los políticos mejor informados y más instruidos hablan de las adicciones como de trastornos con recaídas. Si tuvieran pruebas empíricas de que una intervención holística hace que la recuperación no sea la excepción sino la regla, ello les infundiría energía en sus batallas para la financiación de los tratamientos y contra las fuerzas críticas que solo defienden el encarcelamiento y el castigo. Ciertamente que algunas personas nunca se recuperarán, pero con el tiempo y con episodios sucesivos de tratamiento, el porcentaje de personas que se recupera crece sustancialmente. Tal y como mostraré en este estudio, una Comunidad Terapéutica Racional Emotiva Conductual (REBTC) puede aumentar este porcentaje.

La talla única nunca fue bien a todo el mundo

La principal herramienta utilizada en la CT tradicional ha sido una estructura de tratamiento basada en iguales (*peer based*) combinado con una versión de confrontación de la filosofía de los 12 pasos. El tratamiento basado en iguales ha contribuido principalmente en decirle repetidamente a la gente lo que deben hacer, presionándoles a hacerlo, con sesiones testimoniales y de *feedback* y confrontación entre iguales. En el pasado, la mayoría de las CTs tenían una idea encorsetada, inflexible del tratamiento – un mismo tratamiento sirve para todos. Si los pacientes no encajaban, fracasaban. No se toleraba la diversidad de métodos. Por ejemplo, la terapia psicofarmacológica continua siendo escasa en las CTs y cualquier técnica institucional que no sea la ayuda por iguales y la autoayuda se ve como sospechosa. Idealmente se eliminaría la distancia entre los ofertantes y las necesidades de los residentes.

Estudios epidemiológicos recientes han demostrado que entre el 30% y 60% de los consumidores de drogas tiene diagnósticos concomitantes de salud mental que pueden complicar de múltiples maneras el tratamiento por consumo de drogas (*Center for Substance Abuse Treatment*, 1995; *National Institute on Drug Abuse*, 186; DeLeon, 1989). Los problemas ocasionados por el consumo de drogas entre los pacientes psiquiátricos es un problema creciente y el consumo de sustancias produce o exacerba los estados psiquiátricos pre-existentes. En el Centre d'Assistència Toxicomanies (CAT/Barcelona), por ejemplo, se utiliza con frecuencia la psicofarmacología para el tratamiento de pacientes con diagnóstico. Por lo tanto, las CTs – al igual que otros programas de tratamiento para el consumo de drogas que tratan *personas*, no solo un diagnóstico o el otro – pueden tratar conjuntamente la adicción a las drogas y los trastornos psicológicos. Estos últimos incluyen los trastornos de la personalidad, especialmente antisocial y depresión común; esquizofrenia, trastorno bipolar y trastorno de ansiedad, incluido el trastorno de estrés post traumático (TSPT). Las personas con esquizofrenia no constituyen una proporción grande de

la población consumidora de drogas, pero un porcentaje extraordinariamente alto de personas con este diagnóstico consume drogas. Para muchos pacientes consumidores de drogas, los trastornos afectivos coexisten con sus trastornos de consumo de drogas y la medicación será importante, incluso crucial, para su recuperación. Por ejemplo, se ha probado la eficacia del litio en el tratamiento de pacientes adultos con trastornos de bipolaridad y en pacientes que muestran comorbilidad de dependencia de sustancias y trastorno bipolar.

Con la alta prevalencia de diagnósticos de salud mental, incluidos los trastornos de la personalidad, en pacientes que informan sobre su tratamiento por el consumo de drogas, su máxima probabilidad de recuperación depende del desarrollo de un menú amplio de intervenciones cognitivo conductuales con una nueva filosofía constructiva que dirija el sentido de la vida, el compromiso y la REBT encaja en este menú a la perfección. En 1987, rejuvenecimos la CT de CAT/Barcelona con la tecnología de la REBT y con los métodos cognitivo conductuales relacionados. El método REBT en la CT permite fácilmente el tratamiento individualizado que promueve y proporciona un tratamiento más eficiente y coste efectivo, tanto para pacientes públicos como para los pacientes privados de pago.

En el CAT/Barcelona, nuestra meta ha sido personalizar el tratamiento para cada paciente, incluidos los que tienen problemas coexistentes tales como el consumo de drogas múltiple, los que tienen enfermedades infecciosas relacionadas con el consumo de drogas, aquellos con historial de abusos sexuales o los que padecen trastornos de la personalidad. El temor en una CT desfasada, era que un tratamiento personalizado o cualquier otra cosa que no fuese una ardua confrontación en un esfuerzo por “acabar” con la negación, obtendría no solo pobres resultados, si no que sería contraproducente. De acuerdo con esa manera de pensar, el tratamiento personalizado podría “mimar” a los adictos o reforzar su creencia patológica de que eran especiales y que merecían algo mejor y diferente de lo que estaban obteniendo. Nuestra experiencia muestra que la verdad es lo opuesto.

Basándonos en nuestro trabajo en CAT/Barcelona, ahora sabemos que las CTs pueden enseñar a los pacientes formas constructivas de manejar sus autoderrotas cognitivas, sus emociones y sus acciones. Aprendiendo lo que eligieron hacer en el pasado y cuales son sus pensamientos actuales, además de evaluando los posibles patrones que ahora podrían cambiar para mejorar su futuro, los pacientes aprenden a manejar de manera constructiva sus propias reacciones emocionales. Esto lo pueden hacer independientemente de si las reacciones están directa o indirectamente relacionadas con el consumo de drogas. Las intervenciones cognitivo conductuales pueden ayudar a los pacientes a cambiar más allá de los cambios ocasionados por la asistencia psicofarmacológica y la autoayuda basada en iguales.

REBT: autoayuda basada en iguales y profesional

Es importante comprender que las intervenciones cognitivo conductuales pueden ser llevadas a cabo por el residente menos educado, menos sofisticado, por paraprofesionales y por profesionales con muchos títulos debajo de su nombre. Una persona que se ha recuperado del consumo de drogas no solo es capaz de dar esperanza, de ayudar, de dar amor, consuelo, solidaridad y calor humano sino que también puede introducir intervenciones racionales en el grupo y sus intervenciones diarias con los miembros del grupo. Un *feedback* útil pueden proporcionarlo por grupos de autoayuda con iguales haciendo el papel de modelos, por personal profesional como autoridades racionales y por paraprofesionales que proporcionan modelos de abstinencias largas. De este modo, un personal multidisciplinar puede incrementar la fuerza terapéutica de las intervenciones REBT efectivas, incluso las desarrolladas principalmente con un formato de iguales, tales como SMARTO. Pero la **influencia constructiva puede fluir** también en la dirección opuesta, de residentes, a para profesionales, a profesionales.

En el pasado, la mayoría de las estrategias terapéuticas se basaban en la teoría psicoanalítica. Estas estra-

tegrías no tuvieron ningún impacto en los pacientes, salvo, posiblemente, un impacto negativo. En los Estados Unidos, los programas de tratamiento hacen piadosas afirmaciones de proporcionar “tratamiento individualizado” pero la mayoría de estas afirmaciones son falsas: allí casi todos los tratamientos se basan en los 12 pasos/modelo orientado a la enfermedad. Por desgracia, hay poco apoyo para esta estrategia y si gran cantidad de evidencia empírica en su contra (Peele, Bufe & Brodsky, 2000). Hester y Miller (1995) informaron de que todas las estrategias de tratamiento que tenían una prueba empírica sensata de eficacia eran las cognitivo conductuales. El SMART Recovery® que es principalmente cognitivo conductual y tenía a la REBT como a su abuelo, se ha aplicado con eficacia en pacientes externos (Penn & Brooks, en prensa, esta revista; Penn, Velten, Duran, Winningham, McDavitt & DeWitt, 1998; Velten, Penn, Winningham, Parker, Duran & DeWitt, 1998). Mediante la adición de técnicas cognitivo conductuales, las CTs tienen la oportunidad de mejorar los resultados más allá de los proporcionados por una estructura firme.

La introducción en el CAT/Barcelona de una metodología basada en la REBT ha sido beneficiosa por muchas razones:

- El uso precoz de la REBT con los pacientes previene los abandonos e incrementa las tasas de retención.
- Evita que el personal cualificado se “queme” (*burnout*).
- Educación continuada.
- La conexión entre la CT y una red mundial de profesionales hace más fácil desarrollar e introducir innovaciones.
- Cambiar falsas creencias de la CT necesariamente como un culto, no como una estrategia científica.
- Obtener mejores resultados puede suponer un incremento de la financiación.

- Oportunidad de investigar.
- Desarrollo de metodologías que permiten trabajar con pacientes que muestran trastornos de la personalidad y de trastornos comórbidos por consumo de drogas/alcohol.

* Investigación en curso y desarrollo de la autoayuda, biblioterapia y materiales profesionales del Albert Ellis Institute, sus afiliados y asociados.

REBT en una CT

CAT/Barcelona es un centro privado para la rehabilitación de consumidores de drogas fundada por mí (Manuel Mas-Bagà) en 1986, estableciendo un programa para pacientes externos. Posteriormente añadimos la Comunidad Terapéutica residencial a largo plazo, un Programa de Día y el Programa de Readmisión. Este último proporciona la transición de una CT a la comunidad y está ubicado en el mismo edificio que el programa para pacientes externos. Trabajamos con todo tipo de consumidores de sustancias, aunque la mayoría utilizan principalmente heroína y cocaína.

La CT y el programa de Readmisión se viven 24 horas al día. Los pacientes están en tratamiento aproximadamente entre 9 y 12 meses y en el programa de Readmisión están aproximadamente entre tres y seis meses. El personal lo compone un psiquiatra a tiempo parcial, médicos especializados en SIDA, un psicólogo y paraprofesionales. El personal refleja una mezcla de los profesionales tradicionales de la salud mental además de paraprofesionales formados para la CT. La mayoría de estos últimos se han rehabilitado con nuestro programa por lo que están familiarizados con la estructura y la cultura del programa y con las intervenciones cognitivo conductuales. Todo el personal está muy bien formado en REBT.

En nuestro programa vemos el consumo de drogas como una alteración causada por un pensamiento irracional. El pensamiento irracional de los pacientes también puede entenderse como una exacerbación

ocasionada por el abuso de varias drogas, tales como la heroína, la cocaína y el cannabis. Estos patrones de pensamiento exacerbados, absolutistas y rígidos mantienen la alteración existente y producen más alteración, la cual los consumidores intentan tratar con más consumo de drogas, en un clásico ejemplo de círculo vicioso negativo. El consumo crónico de drogas, igual que la intoxicación aguda, producen un mundo irreal en el que los pacientes son cada vez menos capaces de pensar racionalmente. A su vez, una racionalidad reducida, contribuye al mantenimiento del consumo crónico de droga y a episodios repetidos de intoxicación.

A través de seminarios psicoeducativos, los residentes en la CT adquieren en primer lugar conocimiento del funcionamiento de los fundamentos de este feedback negativo. La metodología activa-directiva de las REBT ayuda a los pacientes a aprender a interrumpir sus círculos de feedback negativo. Utilizando las herramientas de la REBT, los pacientes pueden mantener y promover, incluso tras haber completado el tratamiento, su proceso de madurez cambiando de hedonismo a corto plazo a hedonismo a largo plazo.

Los estudios sugieren que un prerrequisito de las CTs para que mejoren los resultados del tratamiento es aumentar la retención: siendo el resto de cosas iguales, cuanto más largo es el tratamiento mejores son los resultados. Basándonos en nuestra experiencia clínica, creemos que la desregulación emocional y la evasión-disconforme son factores importantes para los pacientes que abandonan el tratamiento. Antes del tratamiento, los pacientes cambiaban sus emociones químicamente mediante el consumo y consumo de drogas. Sin las drogas y el estilo de vida intensamente enfocado hacia la búsqueda de drogas, muchos pacientes se quedan con abundantes sentimientos subjetivos desagradables. Muy al inicio del tratamiento, en el CAT/Barcelona los pacientes estudian y aprenden el modelo ABCDE de Ellis, que puede sustituir el consumo de drogas como método para regular las emociones. Especialmente durante los tres primeros meses de CT, los pacientes aprenden sobre la relación entre creencias y emociones. Este aprendizaje aumenta la probabilidad de que los pacientes reduzcan su sufrimiento mental durante sus

esfuerzos para librarse de las drogas. A su vez, esto aumenta las probabilidades de que los pacientes permanezcan en el tratamiento. Cuando el paciente está abstinente y en un entorno sin droga, estas herramientas de la REBT sustituyen a las drogas y por lo tanto aumentan la retención en el tratamiento. Bajo estas circunstancias, los pacientes no consumen drogas porque en un contexto de grupo de iguales pueden aprender a cambiar sus Creencias Irracionales y las Consecuencias de sus disfunciones emocionales y de comportamiento por medio de la Discusión.

Nosotros proponemos a nuestros pacientes que aprendan maneras más efectivas para manejar su dolor psicológico sin recurrir a las drogas, utilizando el modelo ABCDE de Ellis. Psicológicamente, se ha demostrado que el consumo de drogas es una auto derrota para nuestros pacientes; no puede contemplarse como un procedimiento válido para sobrellevar las adversidades de la vida. El consumo de drogas no solo favorece la irracionalidad del paciente y sus problemas prácticos, sino que adormece su habilidad para identificar sus problemas y desarrollar habilidades constructivas para resolverlos. La REBT puede nos ser tan inmediatamente “efectiva” como lo es el consumo de drogas, porque requiere trabajar y practicar y el desarrollo de técnicas nuevas, pero está considerada una óptima terapia a largo plazo.

Por definición las drogas psicoactivas distorsionan la realidad. Si consideramos las distorsiones de la realidad y los efectos negativos del pensamiento irracional como productores de sentimientos disfuncionales, podemos trasladar esa idea al consumo de drogas. El consumo de drogas puede ser considerado como un intento de sentirse mejor en relación con los problemas prácticos y para solucionar problemas emocionales, incluidos el estado de ánimo bajo y la poca tolerancia a la frustración. No obstante, el consumo de drogas se convierte en un problema en sí mismo y exacerba los problemas originales. Cuando los pacientes aprenden la relación entre el pensamiento irracional y el dolor – la auténtica experiencia que quieren evitar – empiezan a sentirse más motivados para combatir su pensamiento irracional. Además refuerza la motivación del paciente

para trabajar duro en el tratamiento cuando descubren que el “estar colocado” aumenta sus Pensamientos Irracionales una vez se han disipado los efectos químicos, lo que a su vez ocasiona Consecuencias disfuncionales adicionales (Cs).

El tratamiento en la CT está casi continuamente enfocado hacia objetivos, pero no todas las sesiones en el CT son de REBT. Tampoco es siempre posible realizar la REBT. En la reunión del programa del día, los residentes hablan sobre sus objetivos y reciben feedback sobre sus progresos. Muchas de las intervenciones están integradas en la estructura del programa. Por ejemplo, se integran en el programa los ejercicios diarios para combatir la vergüenza frente al grupo. De la misma manera, se demuestra útil el compartir los sentimientos de culpabilidad y dar aceptación incondicional a los demás pues parece que calma los impulsos de los pacientes de escapar inmediatamente del malestar abandonando el tratamiento o llevando a cabo cualquier otro comportamiento autodestructivo o autoderrotador. Los sentimientos de Optimismo Racional, alentados por las expectativas realistas de un futuro mejor, contribuyen a la auto estimulación, y a las emociones y a los comportamientos que promueven los objetivos. Estar en una CT en vez de en el mundo exterior **significa** un cambio en los Eventos Desencadenantes. Este cambio en la A del paciente mejora casi automáticamente las reacciones del comportamiento emocional porque se disparan menos Pensamientos Irracionales. Por lo tanto, un nuevo entorno ayuda a muchos pacientes a sentirse mejor rápidamente. No obstante, el tratamiento REB en CT se esfuerza en ayudar a los pacientes no solo a sentirse mejor sino a **estar mejor a largo plazo**, a costa de aprender a cambiar sus Pensamientos Irracionales básicos en relación con los desafortunados y tentadores Eventos Activadores. Nosotros en CAT/Barcelona no olvidamos remarcar a los pacientes, sin condenarlos, que muchos de los caóticos y problemáticos Eventos Activadores de sus vidas se debían al consumo de drogas, que eran resultado de sus Pensamientos Irracionales, los cuales ellos podrán cambiar a través del trabajo y de la práctica.

En nuestra CT utilizamos múltiples métodos de

REBT, el Programa de Readmisión, el Programa de Día y el Programa de Pacientes Externos. Estos incluyen: la detección, la discriminación y la discusión de Pensamientos Irracionales; entrenamiento de afirmación, pensamientos diarios; utilización de la REBT con otros; revisión de sesiones grabadas en sistemas de audio; ejercicios para vencer la vergüenza; ejercicios para asumir riesgos, uso de premios y penalizaciones; folletos, tareas a realizar a modo de deberes; pros y contras; hoja de deberes de ABCDE, entrenamiento sobre habilidades sociales; revisión de los pasos hacia comportamientos adictivos (desencadenantes, imaginación/fantasía, planificación, actuación); clarificación de valores; y confrontación racional en el grupo de iguales.

La REBT y la Prevención de Recaída

Para auto ayudarse a dejar el consumo de drogas, puede ser más racional evitar algunos Eventos Desencadenantes que afrontarlos. Naturalmente, el estar alejado de situaciones con drogas, de personas envueltas en el consumo de drogas y de “desencadenantes” ayuda a los pacientes a reducir sus probabilidades de recaída. No obstante, no siempre es posible mantenerse alejado de terrenos peligrosos, tal y como lo plantea AA. Esto es especialmente cierto cuando los terrenos resbaladizos, los “desencadenantes” son nuestros propios sentimientos y pensamientos. Por lo tanto, CAT/Barcelona ha desarrollado un Programa de Prevención de Recaída (Marlatt & Gordon, 1985) en el contexto de la REBT y lo ha adaptado a la CT. Las intervenciones de prevención de recaída incluyen entrenamiento en habilidades sociales, asertividad y equilibrio del estilo de vida. La prevención de recaída complementa la esencia del programa, que promueve la adopción de una nueva filosofía de vida, y la elección de un entorno nuevo y sano. También mostramos a los pacientes que sus “desencadenantes” de deseo de drogas son el resultado de haberse entrenado ellos mismos a reaccionar con deseo al enfrentarse a ciertos estímulos (Velten, 1986).

El uso de REBT contribuye a reducir el índice de

recaída entre los que realizan el tratamiento completo. Cuando los pacientes tienen un desliz o recaen, a menudo puede manejarse con terapias breves cognitivo conductuales de refresco enfocadas a la recaída.

REBT y los métodos con imágenes

La idea de que las experiencias adversas conducen a daños duraderos de la “estructura” de la personalidad tiene muy poco apoyo empírico. Los sucesos alteran por el significado que tienen para nosotros. Si cambiamos el exagerado significado “traumatizante” que damos a muy malos sucesos del pasado, su poder sobre nosotros disminuye y puede llegar a evaporarse. Una de las maneras en que la REBT aborda esta “des-traumatización” es a través de métodos con imágenes. El más famoso de los cuales es el de las Imágenes Racionales Emotivas (IRE). También han demostrado beneficio otros métodos, tales como la exposición y la prevención de la respuesta, para la tolerancia al malestar. Un método relacionado es el de Desensibilización y Reprocesamiento por medio del Movimiento Ocular (DRMO).

La similitud entre DRMO e IRE nos permite utilizar el DRMO con una IB específicos (considerándolos desencadenantes traumáticos). Parece que con esto hemos conseguido excelentes resultados en relación con el tiempo y la reducción de las creencias específicas auto derrotistas de los pacientes.

Resultados

Hemos llevado a cabo un seguimiento sobre todos los pacientes graduados del programa desde que adoptamos la REBT en 1987. Así, el seguimiento más largo es de más de diez años y el seguimiento más corto es de menos de seis meses. La mayoría de los graduados, al iniciarse en el programa, eran varones, solteros, sin empleo, con edades cercanas a los 30 años y que principalmente se inyectaban heroína o esnifaban cocaína. Empezaron el programa ciento ochenta clientes; 59 abandonaron, 9 fueron expulsados y uno murió. Por lo

tanto, 111 llegaron al Programa de Reinserción. De los 111, se graduaron 72 (65,1% de 111). Diecisiete (23,6%) de estos 72, recayeron pero 55 (76,4%) estuvieron en abstinencia durante toda la terapia y todavía siguen haciendo vida normal. Esto significa que tres cuartos de los graduados se recuperaron de su trastorno relacionado con el consumo de drogas. Este porcentaje es mayor al esperado en estudios de otras comunidades terapéuticas que destacan que solo siguen absteniéndose entre el 40 y el 60% de los pacientes graduados (*California Department of Alcohol and Drug Programs*, 1994; *Psychology of Addictive Behaviors*, 11, 1997) (Departamento de Programas sobre Alcohol y Drogas de California, 1994; *Psicología sobre Comportamientos de Adictos*, 11, 1997).

Discusión

La adicción y el uso de las drogas es un complejo problema social y personal. Debe abordarse con diversas intervenciones. Teniendo en cuenta todo lo escrito anteriormente, la CT no solo es un modelo actual, sino que es el futuro. Esto es válido especialmente para pacientes con diagnóstico dual. Al estar integrado en un programa estructurado y residencial, la REBT es un excelente vehículo que encaja con la filosofía esencial de W y que proporciona las herramientas para un cambio profundo. Nuestros resultados empíricos apoyan esta idea. Como un proyecto estructurado para mejorar los resultados del tratamiento de consumidores de sustancias con diagnóstico dual, las CT pueden crecer a través de la inversión en neurociencia cognitiva, farmacología y otras tecnologías basadas en la ciencia. Se pueden adquirir nuevos conocimientos a través de tratamientos a largo plazo mediante REBTC de personas consumidores de drogas.

La REBTC es una estrategia única de tratamiento tanto de los trastornos causados por el consumo de drogas como de otros trastornos de salud mental, incluidos los trastornos de la personalidad. Hoy en día, en que los diagnósticos duales y los trastornos de la personalidad son problemas de salud mental cruciales, solo podemos reducir la probabilidad de futuras recaídas a través del

uso de herramientas a largo plazo que nos permitan llevar a cabo un cambio filosófico y profundo del paciente (en un lugar bien diferenciado de lo que sería un hospital de salud mental para crónicos). El reto para el siglo XXI es la renovación de las comunidades terapéuticas con la tecnología de la estrategia cognitivo conductual. Al hacer esto, podemos movernos más allá del modelo de confrontación basado en el programa de 12 pasos, hacia un conjunto de herramientas individualizadas, incluyendo la psicofarmacología en casos necesarios y revitalizado con una estrategia cognitivo y emocional y conductual como es la REBT.

Artículo publicado en la revista J Clin Psychol, 2005.

La Bibliografía de los artículos se la pueden pedir a: lydiazuloaga@ya.com