



---

# Reporte final

---

# consolidado

---

# internacional

---

*“Comunidades terapéuticas: Una de las alternativas de tratamiento al problema de adicciones”*

<b>JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>8</b>
<b>MARCO CONCEPTUAL .....</b>	<b>9</b>
<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>11</b>
· Objetivo general	
· Objetivos específicos	
<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>12</b>
· Tipo de investigación	
· Proyecto de investigación	
<b>FASE 1 .....</b>	<b>14</b>
<b>RESULTADOS</b>	
I. Tasa de respuesta de las comunidades terapéuticas	
II. Cumplimiento de los criterios de De Leon	
· Puntaje global	
· Puntaje individualizado de los criterios	
III. Servicios de salud	
IV. Tipos de abuso tratados	
V. Razones de abandono	
<b>CONCLUSIONES DE FASE I .....</b>	<b>21</b>
· Criterios de De Leon	
· Servicios de salud	
· Tipo de abuso y razones de abandono	
<b>FASE 2 .....</b>	<b>22</b>
· Criterios de inclusión	
· Criterios de exclusión	
· Resultados	
<b>I. Caracterización de residentes de las comunidades terapéuticas</b>	
· Edad	
· Género	
· Estado civil	
· Actividad laboral previa	

- Edad del primer consumo de droga
- Consumo de sustancias 30 días previos al ingreso
- Consumo de alcohol
- Internaciones previas
- Red de apoyo
- Síntomas emocionales

## **II. Cuestionario de satisfacción del usuario**

- Trámites de ingreso
- Información al ingreso y atención médica
- Evaluación del equipo de trabajo
- Satisfacción con la infraestructura
- Percepción de mejoría

## **III. Cuestionario de elementos esenciales e indicadores de calidad de las CT**

### **IV. Análisis de bases de datos retrospectivas**

- Edad
- Género
- Razones de egreso
- Razones de abandono
- Actividad de los pacientes en seguimiento y medio de seguimiento.

<b>CONCLUSIONES FASE II .....</b>	<b>34</b>
· Características socio-demográficas	
· Características de consumo	
· Síntomas de salud mental	
· Satisfacción del usuario	
· Elementos esenciales e indicadores de calidad	
· Datos retrospectivos	
· Número de ingresos, abandonos y altas terapéuticas	
<b>RECOMENDACIONES FINALES .....</b>	<b>36</b>
<b>FOTOGRAFÍAS .....</b>	<b>37</b>
<b>AGRADECIMIENTOS .....</b>	<b>39</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>40</b>

**Comunidades terapéuticas en Latinoamérica I: Un estudio descriptivo de las CT en varios países de Latinoamérica ..... 42****RESUMEN ..... 43****INTRODUCCIÓN ..... 45****MÉTODOS ..... 47****RESULTADOS ..... 48**

- Comunidades terapéuticas identificadas y su participación en el estudio

- Servicios de salud prestados

- Problemas tratados

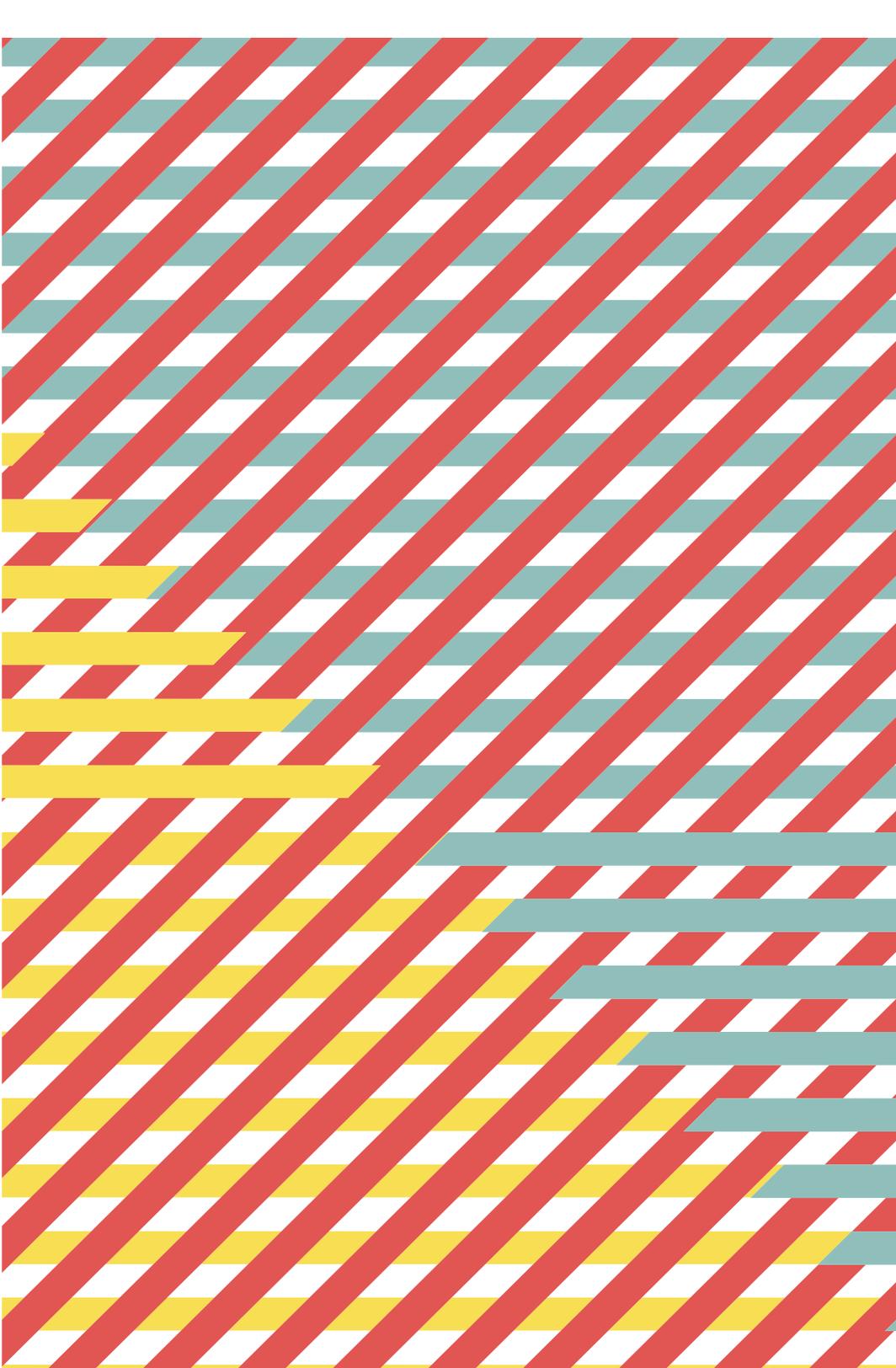
- Razones de abandono del programa de tratamiento

- Calidad global de las CT según los criterios De Leon

- Puntaje individual de los criterios De Leon

**DISCUSIÓN ..... 53****FORTALEZAS Y LIMITACIONES****CONCLUSIÓN ..... 56****AGRADECIMIENTOS ..... 57****REFERENCIAS ..... 58****Comunidades terapéuticas en Latinoamérica II: Evaluación de la calidad, efectividad y satisfacción de los servicios prestados por las comunidades terapéuticas en Latinoamérica ..... 60****RESUMEN ..... 61****INTRODUCCIÓN ..... 63****MÉTODOS ..... 65**

<b>RESULTADOS .....</b>	<b>66</b>
Comunidades terapéuticas seleccionadas y número de usuarios participantes	
Edades de consumo e internaciones previas	
· Consumo de sustancias	
· Cuestionario de satisfacción del usuario	
· Elementos esenciales de las CT	
· Recolección retrospectiva de datos	
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>74</b>
<b>FORTALEZAS Y LIMITACIONES</b>	
<b>CONCLUSIÓN .....</b>	<b>77</b>
<b>AGRADECIMIENTOS .....</b>	<b>78</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>79</b>





CORPORATIVA  
de FUNDACIONES



LATIN AMERICAN THERAPEUTIC  
COMMUNITIES RESEARCH

---

### **Países participantes:**

Argentina, Brasil, Colombia, México, Perú

### **Investigadores**

#### **Argentina**

Miguel Escalante

Raúl Angel Gómez

#### **Brasil**

Roberto Laranjeiras

Marcelo Ribeiro

Ana Carolina Schmidt de Oliveira

#### **Colombia**

Carlos Gómez Restrepo

(investigador principal)

Patricia Maldonado Riveros

#### **México**

Joel Salvador Chávez Rivera

Alberto Godínez García

#### **Perú**

Marina Piazza Ferrand

Dora Blichtein Winicki

Las Comunidades Terapéuticas (CT) son constituidas para afrontar los problemas derivados de la dependencia de sustancias alrededor del mundo (1). Estas instituciones se encargan de ofrecer un modelo de rehabilitación que les permite a los pacientes obtener autonomía y reintegrarse en la sociedad. El abuso de sustancias constituye un problema complejo que genera patologías secundarias, reduce la calidad de vida, genera problemáticas sociales y aumenta tanto la morbilidad como la mortalidad de estos pacientes, es por ello que se han generado múltiples enfoques terapéuticos que buscan dar respuesta a esta patología.

Las CT buscan alejar al individuo del ambiente de la droga y ofrecen un entorno más seguro. Probablemente en toda Latinoamérica existen muchas instituciones que dicen llamarse CT, sin embargo un gran número de estos establecimientos no cumplen con los criterios de De Leon los cuales establecen los estándares internacionales que las CT deben poseer.

Aunque existen un sinnúmero de CT alrededor del mundo, su producción científica es baja, razón por la cual, no se conoce si las CT en Latinoamérica sean capaces de capacitar y empoderar a los residentes para superar su problema de drogadicción y alcanzar su autonomía.

Debido a este vacío en la información se pretende realizar un estudio que identifique las CT en Brasil, Colombia, México y Perú que reúnan los criterios de De Leon, así como evaluar su eficacia, caracterizar a los residentes de las CT y determinar el nivel de satisfacción de los usuarios, la tasa de admisiones, abandonos, altas terapéuticas y recaídas.

El abuso y dependencia de sustancias psicoactivas es un trastorno complejo que puede involucrar a casi todos los aspectos del funcionamiento de una persona, en la familia, en el trabajo, y en la comunidad.

La comunidad terapéutica es un contexto educativo de tratamiento intenso durante 24 horas al día. Debido a esto, se pueden desarrollar distintos y variados elementos terapéuticos-educativos. Dentro de la CT las actividades e instrumentos terapéuticos que se utilizan son grupos de autoayuda, seminarios temáticos, entrevistas personales, reunión en la casa, organización de trabajo en sectores, actividades de educación para la salud, y actividades físicas.

En general, las CT son ambientes residenciales libres de droga que usan un modelo jerárquico con etapas de tratamiento que reflejan niveles cada vez mayores de responsabilidad personal y social. Se utiliza la influencia entre compañeros, mediada a través de una variedad de procesos de grupo, para ayudar a cada persona a aprender y asimilar las normas sociales y desarrollar habilidades sociales más eficaces.

Ya en 1992, De Leon planteó una serie de componentes del modelo genérico de Comunidad Terapéutica que se presentan en la tabla siguiente:

Componente	Breve descripción
Duración planificada del tratamiento	La duración del proceso variará según el caso individual de cada persona, aunque es necesario un periodo mínimo de implicación intensiva para asegurar la interiorización de las enseñanzas de la Comunidad Terapéutica.
Separación de la comunidad	En el contexto residencial, los pacientes permanecen apartados del exterior las 24 horas del día durante varios meses, antes de adquirir privilegios de permiso.
Actividades comunitarias	A excepción del counselling (consejería) individual, todas las actividades están programadas en formato colectivo.

Componente	Breve descripción
Roles del personal y funciones	Independientemente de la función profesional, el rol genérico de los miembros del personal es el de miembro de la comunidad. Por lo tanto, su misión es ejercer la autoridad racional, facilitar y proporcionar pautas de acción, de acuerdo con el método de comunidad de autoayuda.
Los residentes como modelo de rol	Los miembros que demuestran las conductas esperadas, y reflejan los valores y necesidades de la comunidad son utilizados como modelos de rol. Se espera que todos los miembros de la comunidad lleguen a ser modelos de rol.
Un día estructurado	Las actividades diarias organizadas se enfrentan a las vidas característicamente desordenadas de estos usuarios y los distraen del pensamiento negativo y el aburrimiento, factores que predisponen al consumo de la droga.
El trabajo como terapia y educación	De acuerdo con la metodología de autoayuda, todos los usuarios son responsables de la gestión diaria de las instalaciones. Los diferentes roles laborales transmiten los efectos educativos y terapéuticos esenciales.
Una visión de la recuperación y visión de la vida correcta	Existe un repertorio formal e informal para instruir acerca de la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, especialmente sus conceptos en torno a la recuperación mediante la autoayuda y su visión de la vida correcta.
Grupos de encuentro entre los residentes	El mínimo común denominador en todos los grupos de encuentro es el de aumentar la conciencia del individuo acerca de los patrones actitudinales o conductuales específicos que debería modificar.
Entrenamiento de la conciencia	Todas las intervenciones terapéuticas o educativas implican un aumento de la conciencia del individuo acerca del impacto de su conducta y actitudes, tanto en sí mismo como en su entorno social; e inversamente, el impacto de las conductas y actitudes de los demás en el propio individuo y entorno.
Entrenamiento del crecimiento personal	Para ello es necesario instruir a los individuos acerca de cómo identificar los sentimientos, expresarlos apropiadamente y manejarlos de manera constructiva, a través de las demandas interpersonales y sociales de la vida comunitaria.
Continuidad del cuidado	Tras la realización del programa, las visiones de la vida correcta y la recuperación basada en la autoayuda, y El empleo de redes de residentes son esenciales para enriquecer el uso apropiado de los servicios vocacionales, educativos, de salud mental, y demás cuidados típicos requeridos en las etapas de convalecencia o reingreso.

Tabla 1. Criterios de De Leon

## OBJETIVOS

### Objetivo general

Conocer y describir la estructura, funciones y resultados de las Comunidades Terapéuticas (CT) en cuatro países de Latino América como una de las alternativas de tratamiento para las adicciones.

### Objetivos específicos

1 Identificar las Comunidades Terapéuticas que cumplan con los criterios de De Leon en los diferentes países participantes.

2 Identificar los elementos esenciales e indicadores de calidad que presentan las CT. en los países muestra, así como sus Programas Terapéuticos.

3 Determinar el nivel de satisfacción de los pacientes con las estrategias terapéuticas recibidas durante su estadía en la CT.

4 Determinar la tasa global de admisiones, altas terapéuticas y abandonos del Programa en algunas CT seleccionadas, comparativamente en los países participantes

5 Caracterizar demográficamente a los residentes de las comunidades terapéuticas incluidas en el estudio.

6 Caracterizar el consumo de alcohol , sustancias psicoactivas y síntomas emocionales en los residentes de las de las comunidades terapéuticas incluidas en el estudio a lo largo de los diferentes países participantes.



### Tipo de investigación

Estudio multicéntrico, de tipo mixto cualitativo, cuantitativo y descriptivo

### Diseño de la investigación

Mediante un enfoque cualitativo y cuantitativo se realizó un estudio de dos fases (ver Gráfico 1 y 2). En la primera fase, a través de las entidades encargadas de regular a las comunidades terapéuticas registradas en cada país, se realizó una encuesta que incluyó los criterios de De Leon con el fin de identificar el número de CT que se apegaran a los criterios y determinar su distribución territorial. Así mismo la encuesta contó con preguntas que indagaron acerca del número de pacientes que manejan y sus estrategias terapéuticas. Las CT recibieron un correo electrónico y/o sobre conteniendo el cuestionario (según requerimientos de cada país), carta de presentación del investigador principal, carta del presidente de las comunidades terapéuticas a nivel Latinoamericano y carta del presidente de las comunidades terapéuticas a nivel nacional, con el fin de motivar la participación en el estudio..

En la segunda fase se seleccionaron hasta cinco CT con mejor puntaje en los criterios de De Leon de cada país y se aplicaron diferentes cuestionarios: : de ingreso de los usuarios, satisfacción a todos sus residentes, el cuestionario de Indicadores de Calidad y Elementos Esenciales y se recogió información sobre las admisiones, altas terapéuticas y abandonos. Las CT fueron seleccionadas dependiendo del número de CT disponibles y el número de pacientes que manejaran. Se incluyeron únicamente pacientes que hayan ingresado en el inicio del segundo semestre del 2009 hasta el final del primer semestre del 2012.

## Fase 1

Mediante un cuestionario se identificarán las CT que reúnan los criterios de De Leon.

Comunidades Terapéuticas en América Latina

Comunidades Terapéuticas en América Latina  
que reúnen los criterios de De Leon

Gráfico 1

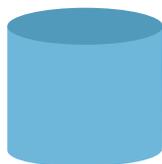
## Fase 2

Se seleccionaron las Comunidades Terapéuticas que cumplieron con los criterios de De Leon y se les aplicaron los cuestionarios de Satisfacción de usuarios, Indicadores de Calidad y Elementos Esenciales y Cuestionario de Ingreso. Además se recolectó información sobre las admisiones, altas terapéuticas y abandonos de los tres años anteriores al estudio.

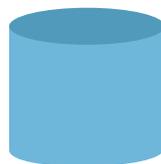
Comunidades Terapéuticas que reúnen los criterios de De Leon (fase I)



Comunidades Terapéuticas seleccionadas (muestreo) para fase II



Se aplican cuestionarios sobre características y satisfacción de los residentes y elementos esenciales e indicadores de calidad de las CT



Se recolecta información sobre admisiones, abandonos y altas terapéuticas

Gráfico 2

En esta fase se pretendía identificar las comunidades terapéuticas existentes y registradas en cada país y mediante un cuestionario dirigido a los directivos se indagaba acerca de los criterios de De Leon, establecer aquellas que reportaran mayor cumplimiento a dichos criterios, adicionalmente se indago acerca de la intensidad horaria de diferentes servicios de salud, capacidad instalada de pacientes, y principales razones de abandono de la comunidad.

## **RESULTADOS**

### **I. Tasa de respuesta de las comunidades terapéuticas**

En cada uno de los países, cada equipo investigador contactó a las comunidades terapéuticas oficialmente registradas en organizaciones especializadas en este tema, estas entidades se mencionan a continuación:

- Brasil: Federación brasilera de comunidades terapéuticas – FEBRACT
- Colombia: Federación colombiana de comunidades terapéuticas – FECCOT
- México: Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco (CECAJ) Federación Mexicana de comunidades terapéuticas – FEMEXCOT
- Perú: Desarrollo de Vida sin Drogas (DEVIDA) por el Ministerio de Salud (MINSA), Asociación de Comunidades Terapéuticas Peruanas (ACTP), Centro de Información y Educación para la Prevención del Consumo de Drogas (CEDRO)

A través de diferentes medios de comunicación se intentó establecer comunicación en repetidas ocasiones con las diferentes comunidades terapéuticas con el fin de invitarlas a participar en el estudio, se dio un lapso de tiempo de entre 7 y 8 semanas para recibir respuesta.

En total se trabajó con 232 comunidades registradas en los 4 países incluidos en este reporte, con un porcentaje total de respuesta del 57.8% (n=134). No se logró comunicación o respuesta de 32.3% (n=75) de las comunidades. (Ver Tabla 2) .En todos los países hubo una tasa de respuesta superior al 44% con respecto al total de comunidades terapéuticas registradas, en Brasil llama la atención que aproximadamente la mitad de las comunidades contactadas no desearon participar en el estudio.

Los análisis realizados en esta primera fase se basan en un total de 134 comunidades, que fueron aquellas que aceptaron participar en el estudio y respondieron el cuestionario correspondiente (20 en Brasil, 49 en Colombia, 20 en México y 45 en Perú).

Figura 1. Tasa total de respuesta de CT

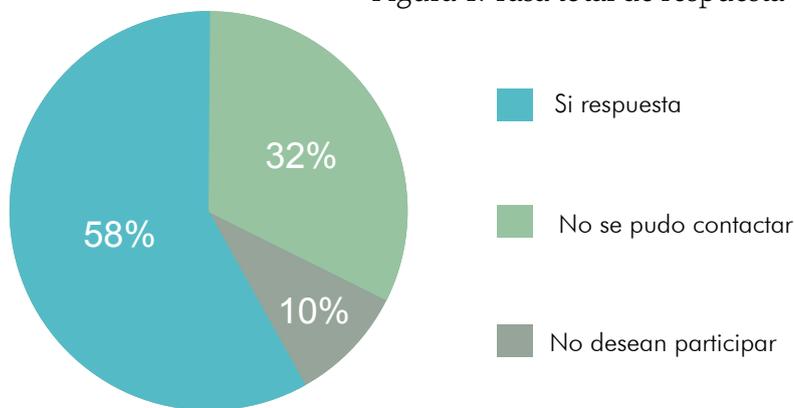


Tabla 2. Tasa de respuesta de las comunidades terapéuticas

Comunidades Terapéuticas	Brasil		Colombia		México		Perú		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total de Comunidades	43	100	68	100	20	100	101	100	232	100
No fue posible contactar	3	7.0	18	26.5	0	0	54	53.5	75	32.3
No desean participar	20	46.5	1	1.5	0	0	2	2.0	23	9.9
Sin respuesta	20	46.5	49	72.1	20	100	45	44.6	134	57.8

## II. Cumplimiento de los Criterios de De Leon

### Puntaje global

Una vez obtenida la respuesta al primer formulario, se realizó un análisis de cumplimiento de los criterios de De Leon, estableciendo un puntaje máximo de 12 puntos cuando cumple con todos los criterios (ver Tabla 1). En el análisis de Perú se establecieron grupos de indicadores diferentes de los criterios de De Leon, por lo cual sus resultados en este apartado no son comparables con los de los demás países. Por lo cual este análisis es sobre un total de 89 comunidades excluyendo a Perú.

Aproximadamente 70% de las comunidades terapéuticas que respondieron al primer cuestionario (n=89) - sin incluir a las de Perú -, obtuvieron un puntaje alto de entre 11/12 y 12/12 puntos en el cumplimiento de los criterios de De Leon (ver Tabla 3).

Tabla 3. Puntaje global de cumplimiento de los criterios de De Leon

Puntaje criterios	Brasil		Colombia		México		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Menor o igual de 8 de 12	0	0	2	4.1	0	0	2	2.2
9 de 12	2	10	6	12.2	4	20	12	13.5
10 de 12	1	5	10	20.4	3	15	14	15.7
11 de 12	6	30	18	36.7	9	45	33	37.1
12 de 12	11	55	13	26.5	4	20	28	31.5
Total	20	100	49	100	20	100	89	100

## Puntaje individualizado de los criterios

En este apartado se realizó un análisis individualizado de los criterios, para identificar aquellos que tienen menor cumplimiento entre las comunidades terapéuticas de los diferentes países participantes (n=89, sin incluir a las de Perú). La mayor parte de los criterios se cumplen en más del 90% de las comunidades evaluadas, en Brasil y Colombia el ítem “grupos de encuentro entre residentes” tiene un cumplimiento menor al 85%, en Colombia “el trabajo como terapia y educación” tiene un cumplimiento de 88% y en México “roles de personal y funciones” un cumplimiento de apenas 35%. De los criterios menos cumplidos son los ítems “separación de la comunidad” y “duración planificada del tratamiento” los cuales tiene un porcentaje total de 61% y 80% respectivamente.

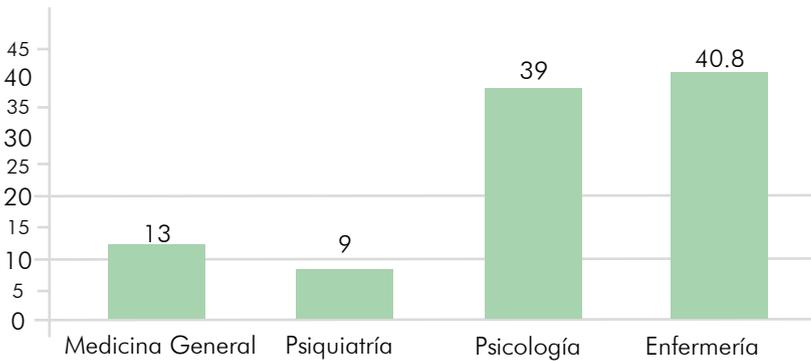
Tabla 4. Análisis individual de los criterios de De Leon

Criterios	Brasil		Colombia		México		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Continuidad del cuidado	19	95	49	100	19	95	87	98
Entrenamiento del crecimiento personal	20	100	48	98	20	100	88	99
Entrenamiento de la conciencia	20	100	48	98	20	100	88	99
Grupos de encuentro entre residentes	16	80	41	84	20	100	77	87
Una visión de la recuperación y la vida correcta	20	100	46	94	18	90	84	94
El trabajo como terapia y educación	18	90	43	88	20	100	81	91
Un día estructurado	19	95	49	100	20	100	88	99
Los residentes como modelo de rol	18	90	47	96	19	95	84	94
Roles de personal y funciones	20	100	47	96	7	35	74	83
Actividades comunitarias	20	100	48	98	20	100	88	99
Separación de la comunidad	17	85	23	47	14	70	54	61
Duración planificada de tratamiento	15	75	39	80	17	85	71	80

### III. Servicios de salud

En el cuestionario utilizado en esta primera fase, se indagó acerca de los servicios de salud ofrecidos en las comunidades y la intensidad horaria que manejaba cada uno de ellos. En promedio de las 134 comunidades analizadas, el servicio de psiquiatría es el que menor intensidad horaria tiene con un promedio de 6 horas/semana (valor mínimo 4 horas en Brasil y valor máximo 8 horas en Perú), seguido por Medicina general con un promedio de 13 horas/semana. El servicio que mayor intensidad horaria ofrece es el de enfermería con 46 horas/semana, con datos que oscilan entre las 4 h/semana y 168 h/semana (ver Figura 2).

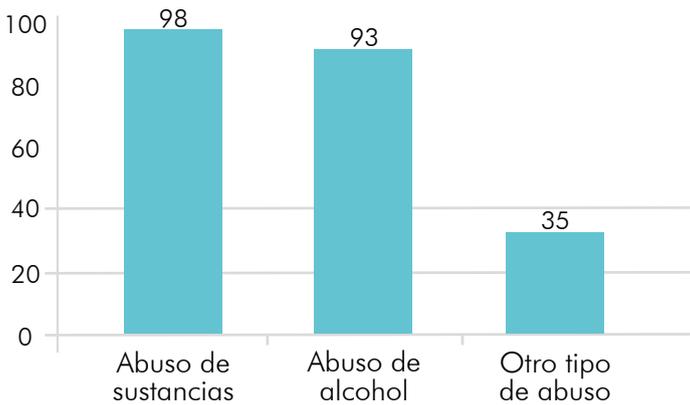
Figura 2. Servicios de salud (Intensidad horaria)



## IV. Tipos de abuso tratados

Se indagó acerca de los tipos de abuso que se tratan en las diferentes comunidades, el 98% tratan problemas de abuso de sustancias, 93% también tratan problema de alcoholismo, mientras que solo 35% de las comunidades tratan otro tipo de condiciones (ej: ludopatías, abuso sexual, infractores de la ley). (ver Figura 3).

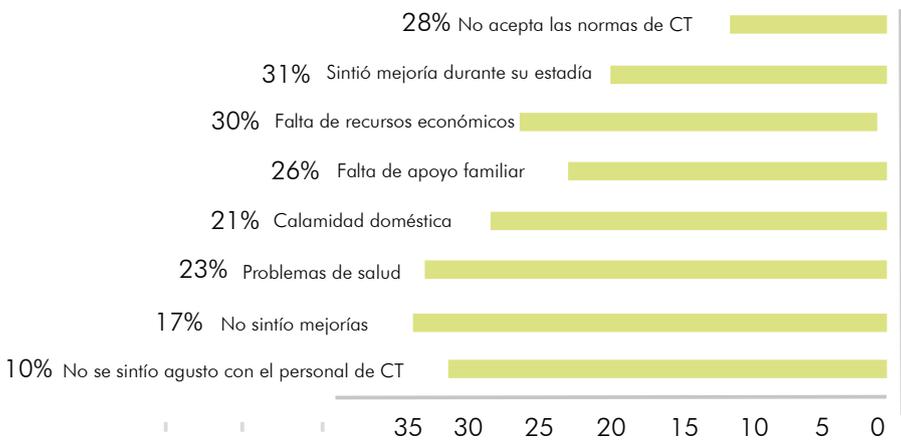
Figura 3. Tipos de abuso



## V. Razones de abandono

Al indagar a los directivos de las comunidades por las principales razones de abandono de tratamiento por parte de los pacientes, se identificaron de manera homogénea en los diferentes países que las que lideran la lista son: no sentirse a gusto con la institución, no aceptación de normas de la CT, falta de recursos económicos y falta de apoyo familiar. Las dos razones menos frecuentes son: No sentirse a gusto con el personal de la CT y no sentir mejoría durante la estadía.

Figura 4. Razones de abandono de la CT



- 57.8% (n=134) de las comunidades terapéuticas registradas en los 4 países incluidos en este estudio aceptaron participar en la primera fase del estudio

### **Criterios de De Leon**

- 70% de las comunidades evaluadas (excluyendo a Perú) cumplen con mínimo 11/12 criterios de De Leon.
- En la evaluación individual de los criterios, los de menor cumplimiento fueron separación de la comunidad con 60% y duración planificada del tratamiento con 80%.
- Los criterios con mayor cumplimiento fueron entrenamiento del crecimiento personal, entrenamiento de la conciencia, un día estructurado y actividades comunitarias con 99%.

### **Servicios de salud:**

- El servicio de salud con menor intensidad horaria fue el servicio de psiquiatría, con un promedio de 6 horas/semana, seguido por servicio de medicina general con un promedio de 13 horas/semana.
- El servicio con mayor disponibilidad es el servicio de enfermería con un promedio de 46 horas/semana.

### **Tipos de abuso y razones de abandono:**

- Los tipos de abuso que se tratan con mayor frecuencia en las CT analizadas son el consumo de sustancias psicoactivas y el consumo de alcohol.
- Si bien las causas para abandonar el tratamiento en una CT pueden ser múltiples, las dos razones de egreso más frecuentes según la percepción de los directores de las CT fueron no sentirse a gusto con la institución, no aceptar las normas de las CT, seguidos por falta de recursos económicos y falta de apoyo familiar.

Para la realización de la segunda fase, se tomaron los resultados y datos obtenidos de los formularios diligenciados por los directores de las CT en la primera fase del estudio. Mediante la generación de números aleatorios considerando una distribución uniforme, se creó una lista que luego de ser ordenada, permitió seleccionar las primeras comunidades con los más altos puntajes.

### **Criterios de inclusión**

El punto de corte determinado para los criterios de De Leon fue de 9/12 (es decir, aquellas CT que reunieran como mínimo 9 de los 12 criterios De Leon).

Brasil

300 pacientes - 20 CT

Colombia

178 pacientes - 7 CT

México

300 pacientes - 10 CT

Perú

275 pacientes - 12 CT

### **Criterios de exclusión**

No se incluyeron en la lista las Comunidades con características ambulatorias y que atendieran exclusivamente a menores de edad.

Una vez seleccionadas las comunidades, se realizaron visitas para realización de los cuestionarios a los residentes de la comunidad en cuanto a datos sociodemográficos, características de consumo, satisfacción de los usuarios y a los directivos en cuanto a cuestionario de elementos esenciales. Las entrevistas fueron llevadas a cabo por parte de personal previamente entrenado por el equipo de investigación.

En total se tienen datos de 1,082 pacientes, distribuidos en 49 comunidades terapéuticas.

I. Caracterización de residentes de las comunidades terapéuticas

**Edad:**

La edad mínima de los pacientes entrevistados era de 14.5 años, la máxima era 88 años, con un promedio de edad de 31.6 años.

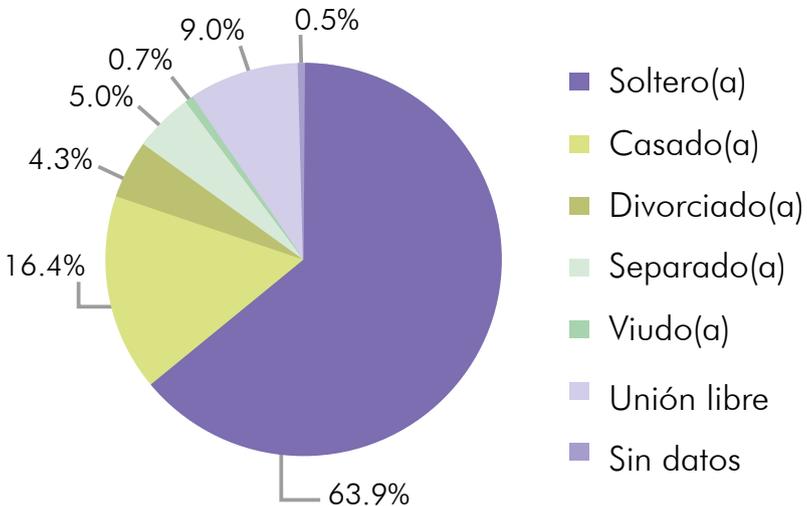
**Género:**

El 90% (n=980) de los pacientes entrevistados fueron hombres, el 10% restante (n=102) mujeres

**Estado civil:**

El estado civil más frecuente entre los residentes de las CT era soltero con 63.9% del total, seguido por casado con 16,4%. El menor frecuente era viudo con 0.75 de la población.

Figura 5. Estado civil



## Actividad laboral previa

53% de los pacientes se encontraban trabajando previo al ingreso a la CT, 46% no laboraban, y no hay dato en 6% de la población entrevistada.

## Edad del primer consumo de droga

Al indagar acerca de la edad en la que probó la droga (diferente al alcohol) por primera vez, los resultados obtenidos entre los diferentes países son similares, llama la atención la edad reportada para el primer consumo de drogas, con edades inferiores a los 8 años para todos los países, el promedio de consumo es en la época de la adolescencia, hacia los 16 años (ver Tabla 5).

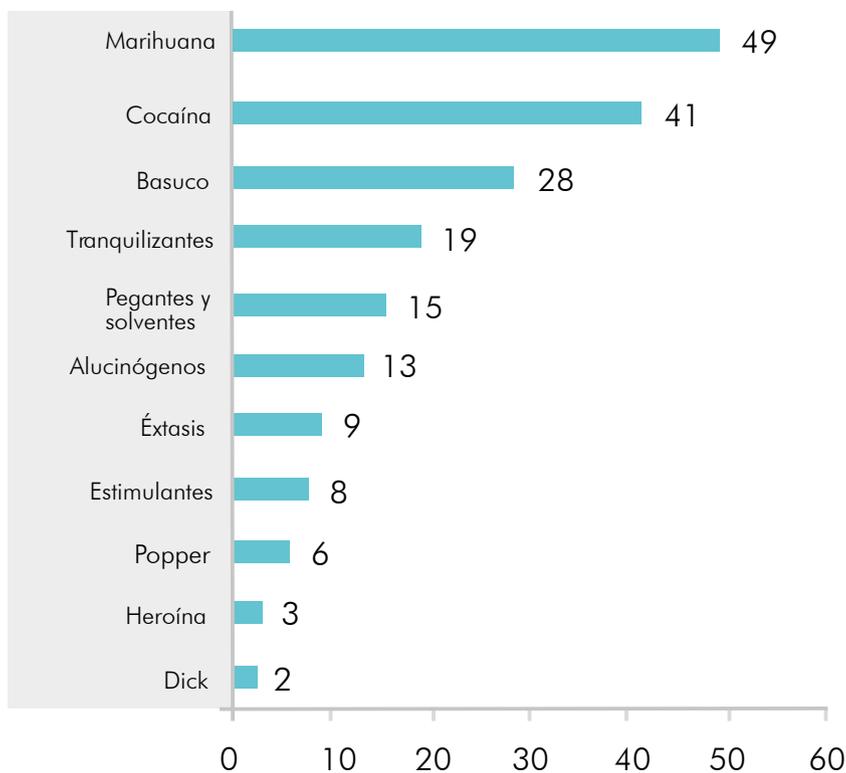
Tabla 5. Edad del primer consumo de droga (diferente al alcohol)

Edades	Brasil	Colombia	México	Perú	Total
	nn		nn		n
Mínimo	5	7	4	8	6
Máximo	53	45	46	48	48
Promedio	16,1	16	15	16	16

## Consumo de sustancias 30 días previos al ingreso

En esta pregunta, se indagó acerca del consumo de sustancias psicoactivas durante el mes previo al ingreso a las comunidades terapéuticas, con opción múltiple de respuesta de acuerdo al hábito de consumo de cada paciente. Los resultados son similares, siendo las sustancias más frecuentemente consumidas marihuana (49%), cocaína (41%), seguidas por basuco (28%). Las menos reportadas fueron dick (2%) y heroína (3%). En Brasil se añadió el crack dentro de las opciones de respuesta, teniendo en cuenta su alta prevalencia de consumo en el país. De los pacientes entrevistados allí (n=300), 31.3% consumieron esta sustancia.

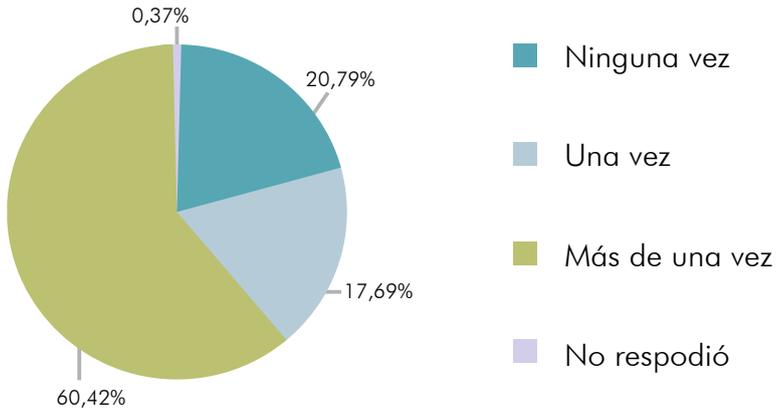
Figura 6. Consumo de sustancias 30 días previos al ingreso



## Consumo de alcohol

A la pregunta: En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces consumió en un día (4 o más bebidas si es mujer, 5 o más bebidas si es hombre)?, 60,42% de los pacientes respondió haber consumido alcohol en la cantidad referida más de una vez en los últimos 6 meses antes de ingreso al programa, 0,3% de los pacientes no respondieron (Ver Figura 7).

Figura 7. Consumo de alcohol en los últimos 6 meses



## Internaciones previas

A la pregunta ¿Alguna vez había estado internado en una CT?, 65% respondieron negativamente y 35% de los pacientes respondió sí haber estado previamente en una de estas instituciones, de estos, 28% refirieron haber estado internados en 3 o más ocasiones previas.

La pregunta ¿Alguna vez había estado hospitalizado en otra institución secundario al abuso de sustancias? (refiriéndose hospitalizaciones) 66% respondió negativamente, 34% refirió haber estado hospitalizado secundario al consumo de sustancias, de estos 30% refirieron 3 o más.

## **Red de apoyo**

A la pregunta, ¿Número de personas que considera un apoyo incondicional? El resultado mínimo fue 0 y máximo 50 personas (el dato máximo de Perú fue de 25 personas). En promedio los pacientes consideran tener como red de apoyo a 5 personas.

### **Síntomas emocionales**

Se aplicaron pruebas de Tamizaje de Whooley como medida de depresión (12) y de Tamizaje de Goldberg como medida de ansiedad (13). La prueba de Whooley se considera positiva con al menos una respuesta positiva. En Colombia 57% de los pacientes y en México 41% de los paciente tuvieron este puntaje.

Con respecto a la prueba de tamizaje de Goldberg, el resultado fue positivo en Brasil para 13.9% de los entrevistados, en Colombia para el 38% y en Perú para el 42%.

Al realizar diferenciación por género, se evidenció en los estudios de Colombia y México, que el tamizaje de depresión es con mayor frecuencia positivo en mujeres, con Whooley positivo en 67.27% entre mujeres y 56.45% entre hombres.

Con respecto al tamizaje para ansiedad, el análisis en el estudio de Colombia revela positividad en 67% de las mujeres entrevistadas comparado a solo 36% en los hombres.

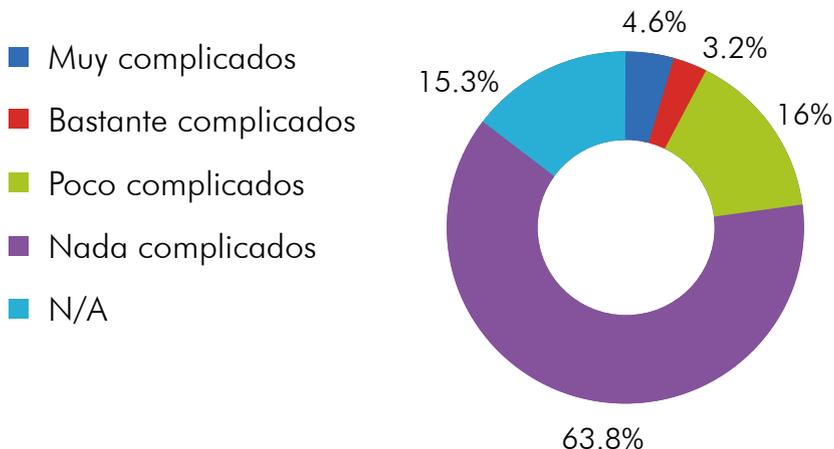
Es de anotar que la diferencia en el número de pacientes hombres con respecto a las mujeres entrevistadas es amplia, en total fueron 90% hombres y 10% mujeres en los 4 países por lo cual sólo se realiza este análisis de datos correspondientes a síntomas de salud mental diferenciados por género.

## **II. Cuestionario de satisfacción del usuario**

### **Trámites de ingreso**

Al indagar acerca de la percepción de los pacientes en cuanto a los trámites requeridos para ingresar a la comunidad terapéutica 63.8% del total de pacientes refirieron que no eran para nada complicados. La opción N/A corresponde a aquellos pacientes que no tuvieron intervención directa en los trámites de ingreso.

Figura 8. Facilidad de los trámites de ingreso



### **Información al ingreso y atención médica**

A la pregunta: ¿Al ingreso le informaron acerca de las normas generales de la CT (horarios de visita, permisos, deberes, derechos)?, 90% respondió afirmativamente.

A la pregunta: ¿En su opinión, el tiempo que le dedicó el médico diariamente fue suficiente? 67% de los pacientes entrevistados respondieron afirmativamente.

### **Evaluación del equipo de trabajo**

Más del 76% de los pacientes entrevistados se encuentra satisfecho con el equipo de trabajo de las comunidades terapéuticas, se

indagó acerca del personal médico, personal de psicología, enfermería y otro personal dentro de la comunidad.

### **Satisfacción con la infraestructura**

Los ítems con menor puntuación entre los diferentes países fueron nivel de seguridad dentro de la CT (74%), comodidad de las habitaciones (78.8%), decoración y servicios de limpieza.

### **Percepción de mejoría**

A la pregunta, ¿Durante su estadía ha presentado mejoría?, 79% de los pacientes refirieron sentirse bastante o totalmente mejorados.

Tabla 6. Percepción de mejoría durante la estancia en la CT

	Brasil		Colombia		México		Perú		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Totalmente	83	29	68	38	52	16	55	20.0	258	25
Mucho	153	53.5	85	48	195	59.8	139	50.6	572.2	54
Médio	32	11.2	23	13	71	21.8	58	21.0	184	17
Poco	13	4,5	2	1	5	1.5	6	2.2	25,72	2
Nada	13	1.7	0	0	3	0.9	6	2.0	13.43	1

### III. Cuestionario de elementos esenciales e indicadores de calidad de las CT

En esta sección se analizan los resultados del siguiente cuestionario de elementos esenciales e indicadores de calidad de las CT, que se le aplicó a los directores médicos o administrativos de las comunidades seleccionadas.

- Plan o Programa de Tratamiento personalizado.

- Objetivos específicos y secuencia que se espera alcanzar.

- El tratamiento terapéutico: abarca aprendizaje por modelos de rol, aprender haciendo, participación de la terapia, los valores y el desarrollo de habilidades y responsabilidades.

- Personal clínico primario incluye a personas adictas recuperadas.

- Servicio de asesoramiento familiar.

- Historias clínicas, formatos de registro de seguimiento de usuarios o registros individuales del usuario: archivo de to-

das las atenciones que reciben los usuarios de las CT, efectuado con continuidad, coordinación e integración de los servicios en relación al Plan de Tratamiento y necesidades del usuario.

- Procedimientos por escrito. Describe deberes y derechos del usuario y de la CT y otros procedimientos para modificar el tratamiento personalizado.

- Organigrama.

- Autoevaluación del equipo terapéutico junto con el usuario.

La mayoría de los directivos reportó cumplir con todos estos criterios, en México el 100% de las comunidades reportó cumplir con cada ítem, en Perú los dos ítems con menor cumplimiento fueron: a. El programa terapéutico incluye capacitación en toma de decisiones personales y habilidades sociales (73%) y b. La CT realiza periódicamente una evaluación de su eficacia, eficiencia y efectividad, que incluye la opinión y satisfacción del usuario (75%). En Colombia los de menor cumplimiento fueron: a. El trabajo forma parte del programa terapéutico (71%) y b. Los usuarios son alentados a “actuar como si” para desarrollar una actitud más positiva (71%). Finalmente, en Brasil el de menor frecuencia de presentación fue: Solicitan cualificación profesional a los ex adictos

#### IV. Análisis de bases de datos retrospectivas

En cada una de las CT seleccionadas para esta segunda fase, se les solicitó a los directores de las CT que nos permitieran el acceso a su registro de ingresos y egresos de pacientes en el período comprendido entre el segundo semestre de 2009 y el primer semestre de 2012.

Los datos que se esperaba encontrar en esta etapa incluían datos sociodemográficos como edad, género y estrato socioeconómico; adicionalmente, datos de su estancia terapéutica, realización de seguimientos, si se tenía información de la ocupación actual del paciente. En caso no de haber culminado el tratamiento se preguntaba si se conocían las razones de abandono. Se recolectaron datos de pacientes mayores de edad. En las ocasiones en que en los registros de las comunidades terapéuticas no se contó con todos los datos requeridos en el formulario, se diligenció el formulario de acuerdo a los datos disponibles.

##### Edad

En los registros se encontró una edad mínima de 13 años y máxima de 79 años con promedio de 30 años.

##### Género

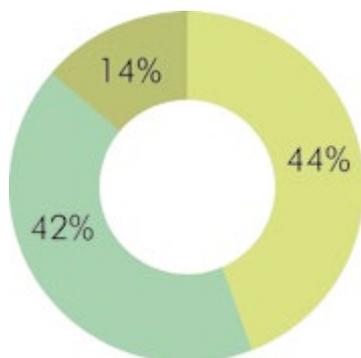
87% de los pacientes registrados en las bases de datos de las CT analizadas retrospectivamente fueron hombres, y 135 mujeres (total de datos: 1,222)

- Culminó el tratamiento
- No culminó el tratamiento
- No hay dato

##### Razones de egreso

44% de los pacientes culminaron el tratamiento, 42% abandonaron y en 14% de los registros no hay datos suficientes (total de datos: 3459) (ver Figura 9).

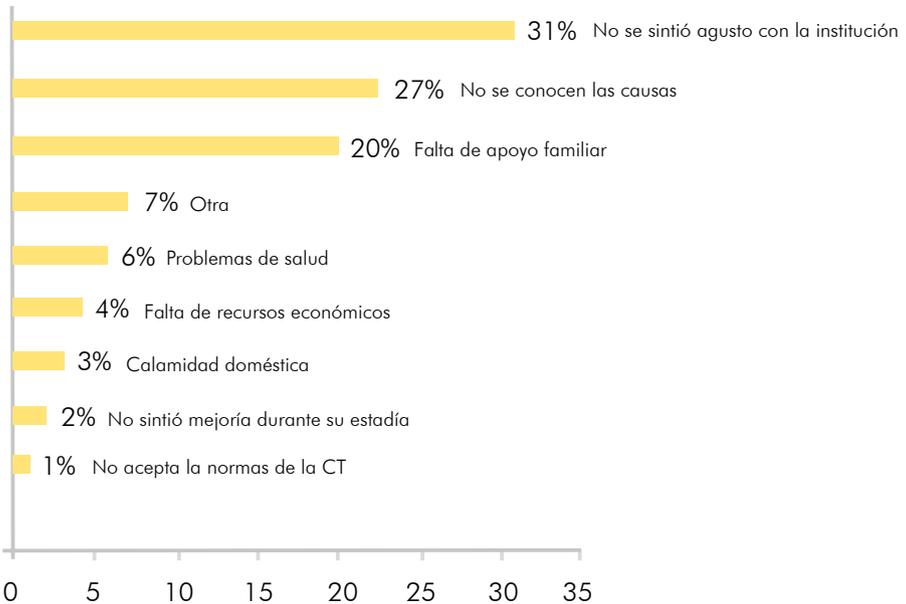
Figura 9. Razones de egreso



## Razones de abandono

Los datos totales recolectados para esta pregunta fueron de 2,814. La principal razón de abandono fue no sentirse a gusto con la institución, seguida en frecuencia por causas no conocidas y en tercer lugar falta de apoyo familiar.

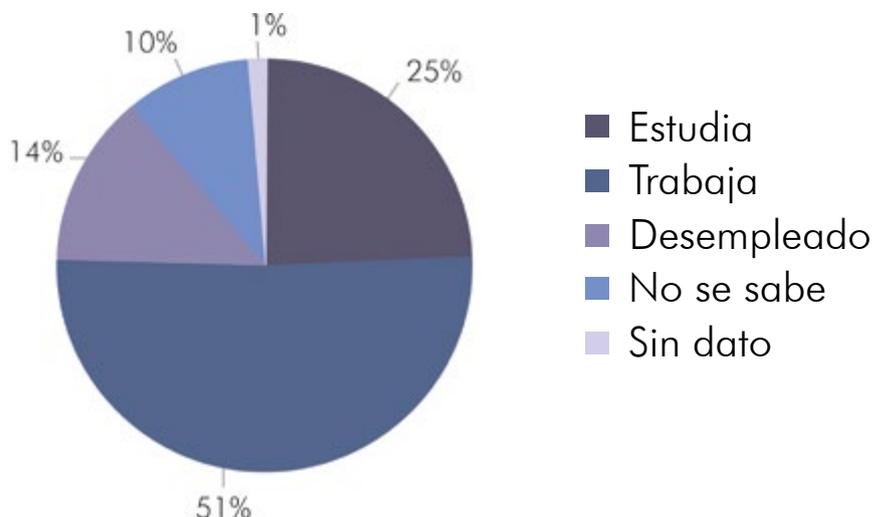
Figura 10. Razones de abandono



## Actividad de los pacientes en seguimiento y medio de seguimiento

En este apartado se analizaron 795 datos. El 71% de estos datos de ocupación actual se obtuvieron a través de llamadas telefónicas, seguido por consulta directa en la comunidad terapéutica (23%). Medios como correo electrónico o visita domiciliaria son poco empleados. 51% de los pacientes se encuentran trabajando, 25% estudiando, y en 10% no se sabe (ver figura 11).

Figura 11. Actividad actual de los pacientes



En este ítem se analizaron un total de 3,461 casos, de los cuales el 44% (n=1,524) corresponden a altas terapéuticas (tratamiento concluido), 42% (n=1,447) abandono (tratamiento no concluido) y el 14% restante no reportó dato (ver figura 12).



### **Características socio-demográficas:**

- El promedio de edad de los pacientes entrevistados es de 31.6 años (min. 14.5, máx. 88) con el promedio de edad de los pacientes analizados en las bases de datos retrospectivas de 30 años.
- El 90% de los pacientes entrevistados en las CT fueron hombres, y en las bases de datos retrospectivas el 87% de los pacientes fueron hombres.
- El 64% de los residentes entrevistados eran solteros.
- El 53% de los pacientes entrevistados contaban con actividad laboral antes de ingresar a la CT.
- En promedio los pacientes consideran a un número de 5 personas como su apoyo incondicional.

### **Características de consumo:**

- El promedio de edad para el consumo de droga por primera vez (diferente al alcohol) era de 16 años, con una edad promedio mínima de 6 años y una edad máxima de 48 años. Los países donde se reporta un inicio de consumo más temprano fueron México con 4 años y Brasil con 5 años.
- Las sustancias consumidas con mayor frecuencia en los 30 días previos al ingreso fueron: marihuana, cocaína y basuco en todos los países
- Las sustancias menos reportadas fueron dick y heroína
- El 60% de los pacientes respondió que en más de una ocasión había consumido alcohol en los últimos 6 meses (5 o más bebidas en hombres y 4 o más en mujeres).
- El 35% de los pacientes había estado hospitalizado previamente en una CT. 28% de ellos 3 o más veces.
- El 34% de los pacientes estuvieron hospitalizados en otra institución secundario al consumo de sustancias.

### **Síntomas de salud mental:**

- En los estudios de Colombia y México se reporta que 57% y 41% de los pacientes obtuvo un tamizaje positivo en la prueba de Whooley de depression, para un promedio de 49% de los pacientes.

- El tamizaje de síntomas de depresión fue de mayor frecuencia positivo en mujeres
- Con respecto a la prueba de tamizaje de Goldberg de ansiedad, el resultado fue positivo en Brasil para 13.9% de los entrevistados, en Colombia para el 38% y en Perú para el 42%, con un promedio de 31% de los pacientes en los países con tamizaje positivo para ansiedad.

### **Satisfacción del usuario:**

- Los trámites de ingreso a las CT fueron percibidos por la mayoría de los pacientes entrevistados como “nada complicados”
- En general, el mayor porcentaje de los pacientes entrevistados en la segunda fase se sentían satisfechos con la CT en la que se encontraban, en diversos aspectos como: información brindada, tiempo de atención, evaluación de todo el equipo de trabajo de la CT e infraestructura.
- Un 25% de los pacientes tuvieron una percepción de “mejoría total,” seguidos en frecuencia por un 54% de los pacientes que consideraban que habían presentado “bastante mejoría.” Para un total de 79% de los pacientes que refieren sentirse mejor con la estancia en la CT.

### **Elementos esenciales e indicadores de calidad:**

- La mayoría de las CT seleccionadas para esta segunda fase incluyeron dentro de su programa terapéutico los elementos esenciales e indicadores de calidad.
- Los ítems menos cumplidos fueron: El trabajo forma parte del programa terapéutico (71%) y los usuarios son alentados a “actuar como si” para desarrollar una actitud más positiva (71%). finalmente, en Brasil el de menor frecuencia de presentación fue solicitan cualificación profesional a los ex adictos miembros del Programa (50%).

### **Datos retrospectivos:**

- Las razones de abandono más frecuentes fueron no sentirse a gusto con la institución, seguida, paradójicamente, por un desconocimiento de las razones de abandono (no registro de esa información en las bases de datos evaluadas).

- El 51% de los seguimientos analizados el paciente se encontraba trabajando, 25% estudiando y en 10% de los casos se desconocía la actividad actual del paciente. Los medios más empleados para la realización del seguimiento fueron las llamadas telefónicas o una cita en la CT.

### **Número de ingresos, abandonos y altas terapéuticas:**

- Del total de datos analizados (3461) 44% corresponden a altas terapéuticas, 42% a abandono del tratamiento, y en 14% no había información.

## **RECOMENDACIONES FINALES**

- Demostrar un mayor interés hacia las investigaciones conducentes a mejorar el tipo de atención ofrecidos a las personas con problemas de abuso de sustancias, dado que no todas las CT inscritas se mostraron dispuestas a colaborar con esta investigación.

- Aumentar el acceso al servicio de psiquiatría, pues la mayoría de pacientes adictos requerirán atención médica y en algunos casos particulares, medicamentos controlados, estabilizadores del ánimo o incluso antipsicóticos para manejar la adicción a sustancias y los síntomas emocionales o doble diagnóstico asociado. Situaciones que, sin duda, requieren cuidado médico especializado.

- Realizar de manera frecuente tamizaje para síntomas de ansiedad y depresión, con el fin de identificar a los pacientes que los presentan, iniciar una intervención terapéutica y de manera indirecta, y disminuir la probabilidad de abandono del tratamiento y/o recaída.

- Mejorar las bases de datos de las comunidades terapéuticas, registrando información sociodemográfica básica como edad y género, así como hacer un registro exhaustivo de las fechas tanto de ingreso como de egreso y de las diferentes razones de egreso que exponen los pacientes al salir de la CT, con el fin de caracterizar mejor el tipo de población que atienden y las principales razones de egreso para poder implementar medidas de contingencia al respecto.

Reunión de presentación de resultados  
Noviembre 2013 – Guadalajara, México



Reunión de presentación de resultados  
Noviembre 2013 – Guadalajara, México



Comunidad terapéutica –  
Antioquía, Colombia.



Comunidad terapéutica –  
Valle del Cauca, Colombia.



## **AGRADECIMENTOS**

### **Entidades participantes**

Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco (CECAJ)  
Polymetrix Consulting, S.A. de C.V.  
Pontificia Universidad Javeriana  
Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD)  
Universidad Peruana Cayetano Heredia  
Universidad Nacional de Córdoba

### **Entidades financiadoras**

Comisión Nacional para el Desarrollo y  
Vida sin Drogas (DEVIDA) - Perú  
Corporativa de Fundaciones, A.C.  
Grupo Bancolombia  
Sr. Arturo Jiménez Bayardo

### **Investigadores**

Colombia:  
Carlos Gómez Restrepo  
Patricia Maldonado Riveros  
México:  
Joel Salvador Chávez Rivera  
Alberto Godínez García  
Brasil:  
Marcelo Ribeiro  
Ana Carolina Schmidt de Oliveira  
Perú:  
Dora Blitchtein Winicki  
Marina Piazza Ferrand

### **Coordinadores**

Einardo Bingemer  
Martha Y. Lanziano Broz  
David Pérez Rulfo Torres  
María del Rocío Trujillo Andaluz  
Ixanar Uriza Soto

- Goti M. La Comunidad Terapéutica. Un desafío a la droga. 1990.
- Goti M. Reflexiones tras el XXII Congreso Mundial. Un paso adelante. 2004.
- Fernandez C, Llorente M. Comunidades terapéuticas para toxicómanos. Nuevas perspectivas. Drogodependencias, 1999.
- Jose Javier LG. Evaluación de la eficacia de la comunidad terapéutica de proyecto hombre navarra. 2005.
- Sabates Porrera A. Principios y criterios de evaluación de las comunidades terapéuticas. XXIV Conferencia anual de CT Lima, Perú; 2009.
- Roldan G. La función de la comunidad terapéutica, Ayer y Hoy. Salas. Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias. 2004.
- Bernstein J, Bernstein E, Tassiopoulos K, Heeren T, Levenson S, Hingson R. Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. Drug and alcohol dependence [Internet]. 2005 Jan 7 [cited 2013 Apr 9];77(1):49–59. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15607841>
- Booth RE, Corsi KF, Mikulich-Gilbertson SK. Factors associated with methadone maintenance treatment retention among street-recruited injection drug users. Drug and alcohol dependence [Internet]. 2004 May 10 [cited 2013 Apr 9];74(2):177–85. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15099661>
- Koyman M. El método de comunidad terapéutica para drogodependientes. 1996.
- Borisova NN, Goodman AC. The effects of time and money prices on treatment attendance for methadone maintenance clients. Journal of substance abuse treatment [Internet]. 2004 Jan [cited 2013 May 7];26(1):345–52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14698798>

- De Leon G, Melnick G. Therapeutic Community Scale of Essential Elements Questionnaire. Center for Therapeutic Community Research. NDRI. New York: Community Studies Institute. 1992.
- Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. *Journal of general internal medicine*. 1997 Jul 1;12(7):439-45.
- Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *Bmj*. 1988 Oct 8;297(6653):897-9.



---

# Comunidades terapéuticas en Latinoamérica I



## RESUMEN

### **Objetivo:**

En Latinoamérica no se conoce a ciencia cierta la cantidad o calidad de las comunidades terapéuticas (CT) disponibles en los distintos países de la región. Las CT son programas especializados en la atención de personas con adicciones a través de un modelo que presenta una serie de criterios definitorios. El objetivo de este estudio fue identificar y describir la cantidad y calidad de CT existentes en cinco países de la región.

### **Diseño**

Se realizó un estudio multicéntrico descriptivo cualitativo y cuantitativo de las CT en los países de Argentina, Brasil, Colombia, México y Perú.

## Métodos

Mediante las entidades reguladoras de las CT de cada país, se realizó una encuesta a las CT que aceptaran participar en el estudio. La calidad de las CT fue evaluada de acuerdo a los puntajes establecidos con los criterios De Leon (De Leon G., editor. *Community as method: therapeutic communities for special populations and special settings*. Westport, Conn: Praeger; 1997)

## Resultados

De las 285 CT identificadas en los cinco países, 174 (61%) aceptaron participar en el estudio. 70% de las instituciones recibieron puntajes de 11/12 o 12/12 según los criterios De Leon. También se encontró que la mayoría de criterios De Leon son cumplidos por más del 90% de las instituciones, sin embargo, los ítems de “separación de la comunidad” y “grupos de encuentro entre residentes” solo son cumplidos por el 61 y 82% de las comunidades respectivamente. Las principales razones de abandono de tratamiento reportadas fueron no aceptar las normas de la institución, falta de recursos económicos y no sentirse a gusto con la institución. El 94% de las CT prestaban servicios para adicción al alcohol 98% para abuso de otras sustancias, y 40% para otros tipos de abusos incluyendo ludopatías, conducta sexual compulsiva, e infracciones a la ley.

## Conclusión

Las CT identificadas en la muestra en su mayoría cumplen con los criterios de calidad establecidos por De Leon, prestando en su gran mayoría servicios para abuso de sustancias. Sin embargo, deben instaurarse políticas para mejorar las condiciones no cumplidas e indagar la razón de las inconformidades y abandono de estas instituciones.

El trastorno de consumo de sustancias es uno de los problemas mentales más complejos debido a las alteraciones que genera en los distintos sistemas del cuerpo, lo que conlleva al deterioro de las distintas dimensiones del sujeto, entre ellas la laboral, social, cognitiva, etc. (1); el abuso o dependencia de estas sustancias pueden deteriorar en los pacientes y acompañantes, que pueden deteriorar la calidad de vida de los pacientes e incluso en casos graves conducirlos a la muerte (2,3). A pesar de las múltiples campañas pedagógicas y de educación realizadas, el consumo de sustancias tanto legales como ilegales, se ha mantenido, e incluso se ha vuelto una comorbilidad documentada frecuentemente en otras enfermedades mentales, en pacientes que viven con VIH y en la población adolescente (4,5,3).

En un estudio realizado en Latinoamérica en el año 2011 por la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, el cual incluyó la colaboración de siete países de la región, se evaluó la prevalencia de sustancias psicoactivas de los pacientes que asistían a las salas de emergencias de las instituciones incluidas en el estudio. Dentro de los resultados arrojados por el estudio se encontró que la sustancia más consumida era el tabaco, seguido de alcohol y marihuana, los cuales fueron un hallazgo común en todos los países que participaron en el estudio (6–8).

El manejo de los pacientes con abuso o dependencia de sustancias tiene como finalidad ayudar al paciente a reducir o abandonar la búsqueda y consumo compulsivo de la droga; sin embargo, el tratamiento de estas patologías tiene a ser largo debido a que los pacientes que deciden someterse a tratamiento son consumidores crónicos. Además de la duración del tratamiento, los pacientes con este tipo de patologías tienden a presentar tasas de recaídas de hasta el 40 o 50%, por lo que el tratamiento debe ser realizado en más de una ocasión (9).

En la actualidad existen distintas formas de manejar los abusos de sustancias, dentro de los cuales se encuentran las comunidades terapéuticas (CT), que se definen como programas de autoayuda para al abandono de conductas nocivas de consumo de sustancias y recuperación de la salud del paciente mediante el crecimiento personal del individuo. Este crecimiento se realiza basado en la separación del sujeto de la sociedad para ingresarlo a un programa residencial por un tiempo determinado en una comunidad con personal profesional calificado y otros pacientes que padecen de los mismos trastornos (10,11).

Debido al auge que han presentado las CT a nivel mundial, han surgido diversas variantes de las mismas; sin embargo, no todas cuentan con todos los estándares de calidad sugeridos por la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas, por lo que no todos los programas poseen las mismas tasas de efectividad (12), poniendo en duda la efectividad del modelo como un todo. No obstante que en revisiones sistemáticas y meta-análisis realizados se ha encontrado que es necesario realizar más estudios, existe evidencia sobre los beneficios de esta terapia para el tratamiento y recuperación de personas con dependencia a sustancias psicoactivas, haciendo énfasis en que no es posible diferenciar si existe un modelo que sea mejor que el resto, debido a la escasez de estudios comparativos (12–14).

Como fue expuesto, es necesario evaluar la presencia, calidad y disponibilidad de las CT a nivel mundial, y así generar políticas e intervenciones que permitan mejorar las CT existentes, además de presentar de una manera más uniforme y organizada este método de tratamiento a los pacientes y sus familias. Para dar un primer paso, hemos realizado un estudio multicéntrico que permite describir y comparar de manera cuantitativa y cualitativa una muestra de comunidades terapéuticas de cinco países de Latinoamérica con el apoyo de la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas (FLACT), ente regulador de la CT en la región.

de las características cuantitativas y cualitativas de CT en cinco países de la región de Latinoamérica: Brasil, México, Argentina, Perú y Colombia. Mediante la FLACT, se contactaron las respectivas organizaciones nacionales de cada país encargadas de regular las CT para identificar aquellas que estuvieran debidamente registradas. Una vez identificadas, se les contactó vía distintos medios de comunicación para invitarlas a participar en el estudio, con un tiempo de espera de respuesta de 7 a 8 semanas.

En caso de acceder, se enviaba a la comunidad terapéutica un correo electrónico o sobre con el cuestionario (adaptado en cada país), cartas de presentación del investigador principal, del presidente de la FLACT y del presidente de cada capítulo nacional.

El cuestionario enviado a cada una de las CT incluía preguntas sobre la capacidad instalada, la infraestructura de la institución, los servicios de salud prestados, las razones de abandono del tratamiento, y los principales trastornos abordados. Adicionalmente, se incluyó un módulo que evaluaba el cumplimiento de los criterios establecidos por De Leon (10), evaluando la calidad de la institución y asignando un puntaje entre 0 y 1 por cada criterio, con una sumatoria máxima de 12 puntos.

Una vez obtenidos las respuestas de cada una de las CT, se organizaron los datos recopilados en una hoja de cálculo, con la posterior determinación de proporciones y tasas, así como la generación de tablas y gráficas resúmenes.

### I. Comunidades Terapéuticas Identificadas y participación en el estudio

De las 285 CT identificadas en los 5 países, 61% (n=174) aceptaron participar en el estudio, 27% (n=77) no fue posible contactarlas por ningún medio y 12% (n=34) no deseaban participar en el estudio (Ver figura 1). Las distribuciones y respuestas de las CT identificadas por país se encuentra en la tabla 1. Si bien se contó una tasa global de aceptación del estudio por parte de la mayoría de CT, llama la atención que en Brasil la tasa de rechazo de participación en el estudio fue cercana al 50%.

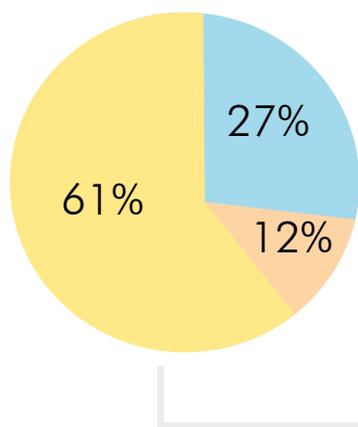


Figura 1. Porcentaje de respuestas de las CT identificadas

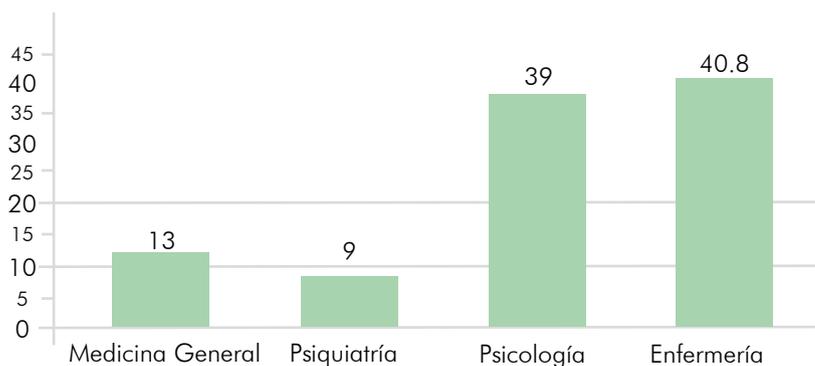
Tabla 1. Distribución de las CT y respuestas por país

CT	Brasil		Colombia		México		Perú		Argentina		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total de CT	43	100	68	100	20	100	101	100	53	100	285	100
No se pudo contactar	3	7,0	18	26,5	0	0	54	53,5	2	4	77	27
No quizo participar	20	46,5	1	1,5	0	0	2	2,0	11	21	34	12
Desea participar	20	46,5	49	72,1	20	100	45	44,6	40	75	174	61

## II. Servicios de salud prestados

Los servicios de salud planteados en el cuestionario incluían los horarios semanales de trabajo del personal de medicina general, psicología, psiquiatría y enfermería. El servicio de enfermería es el que más labora, con un promedio de 41 horas por semana, con valores que variaban entre 4 y hasta 168 horas por semana. En segundo lugar, los servicios de psicología, con una carga laboral de 39 horas por semana. El servicio de psiquiatría fue el de menor intensidad horaria, con un promedio de 9 horas semanales, variando entre 4 horas semanales en Brasil hasta 20 horas semanales en Argentina (Ver figura 2).

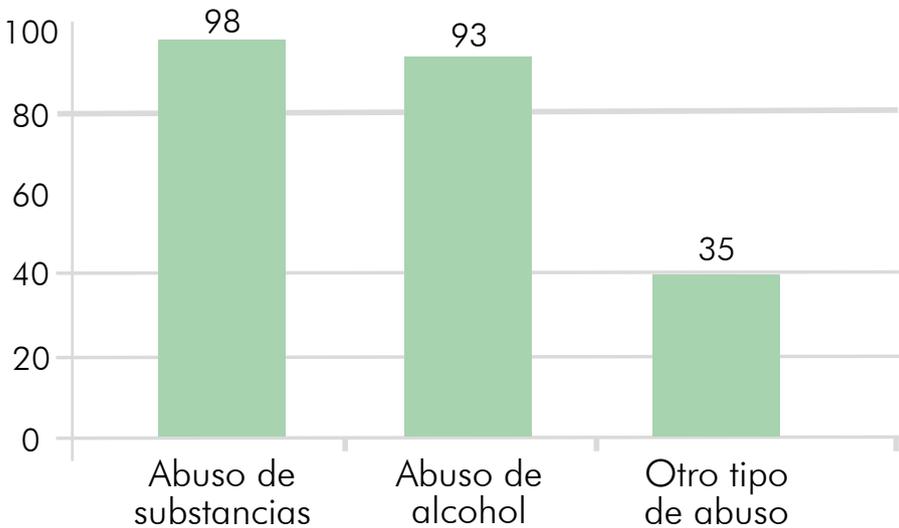
Figura 2. Media de intensidad horaria semanal de los servicios de salud prestados en las CT.



### III. Problemas tratados

Los pacientes con trastornos de abuso de sustancias ilícitas fue el más frecuente, representando el 98% (n=170) de las CT, seguido del tratamiento de alcohol en el 94% (n=164); el 40% (n=70) de las CT trataban otro tipo de abusos entre los cuales se incluyeron ludopatías, conductas sexuales compulsivas, e infractores de la ley.

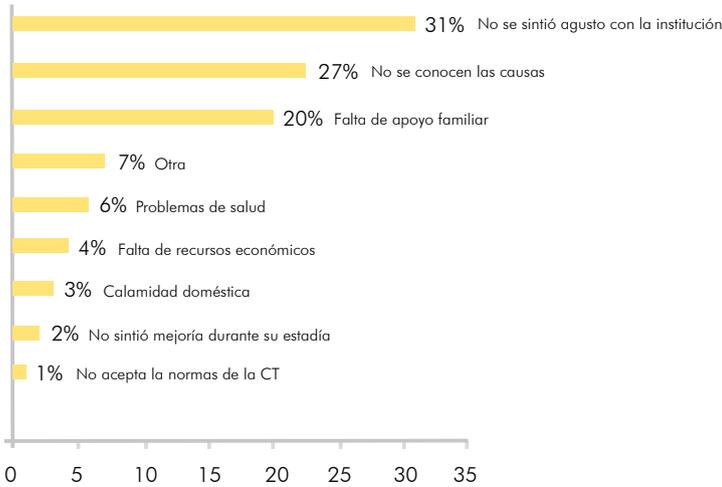
Figura 3. Proporción de CT de acuerdo a los abusos que tratan



### IV. Razones de abandono del programa de tratamiento

Uno de los principales hallazgos que se encontró en este aspecto, es que las razones más frecuentes de abandono por parte de los pacientes, reportadas por las instituciones eran similares en todos los países en los cuales se realizó la encuesta. La razón principal de abandono fue la de no aceptar las normas de la institución (31%), seguida de falta de recursos económicos y falta de apoyo familiar. Las razones menos frecuentes también fueron homogéneas a través de los países, siendo la más infrecuente la de no gustarle el personal de la comunidad terapéutica (10%) (Ver figura 4).

Figura 4. Razones de abandono



## V. Calidad global de las CT según los criterios De Leon

Los criterios de De Leon ya expuestos anteriormente sirvieron como base para la asignación de puntajes por cada uno de los criterios cumplidos. No se incluyeron los datos de Argentina y Perú, debido a que utilizaron escalas de puntuación distintas. En este análisis se incluyeron 89 comunidades de los países restantes, en donde de acuerdo a los datos obtenidos, 84% de las comunidades obtuvieron valores superiores o iguales a 10 puntos (Ver tabla 2).

Tabla 2. Puntaje global de las CT según criterios De Leon.

Puntaje criterios	Brasil		Colombia		México		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Menor o igual de 8 de 12	0	0	2	4.1	0	0	2	2.2
9 de 12	2	10	6	12.2	4	20	12	13.5
10 de 12	1	5	10	20.4	3	15	14	15.7
11 de 12	6	30	18	36.7	9	45	33	37.1
12 de 12	11	55	13	26.5	4	20	28	31.5
Total	20	100	49	100	20	100	89	100

## **VI. Puntaje individual de los criterios De Leon**

Este análisis se realizó para identificar cuáles eran los criterios De Leon con mayor y menor cumplimiento entre los países incluidos en el estudio. Se exceptuó Perú por la variación en el instrumento utilizado en ese país para recopilar la información. La mayoría de los criterios fueron cumplidos por más del 90% de las CT incluidas en la muestra, siendo los de mayor frecuencia de cumplimiento en los cuatro países los de “Actividades comunitarias”, “Entrenamiento de la conciencia” y “Entrenamiento del crecimiento personal”. A diferencia de esto, los criterios menos cumplidos fueron muy variables entre los países, siendo el menos cumplido en Brasil el de “Duración planificada del tratamiento” (solo 75% cumplieron), el de Colombia fue “Separación de la comunidad” (solo 47% cumplieron), el de México “Roles de personal y funciones” (solo 35%) y el de Argentina “Los residentes como modelo de rol” (solo 55%).

A nivel de Latinoamérica, las CT están altamente difundidas y establecidas, en su gran mayoría registradas en organismos nacionales encargados de regularlas. Uno de los primeros hallazgos que encontramos en este estudio es que el establecimiento de las CT no estaba relacionado con el número de habitantes de un país, debido a que un país con un mayor número de habitantes como Brasil, poseía menos CT disponibles que países con menor número de habitantes como Perú; esto puede deberse a que en Perú ya se han realizado varios programas de capacitación para el uso de este tipo de estrategias, o por la existencia de un subregistro de CT con los entes reguladores.

La tasa de respuesta de la CT dispuestas a participar fue similar a la realizada en otros estudios sobre comunidades terapéuticas, como en un estudio realizado en Europa y USA, los cuales tuvieron una tasa de respuesta de aproximadamente del 64%, mientras que la de nuestro estudio tuvo un promedio del 61%. Esta tasa de respuesta afecta la realización de estudios que permitan identificar las fortalezas y debilidades de las CT, y con ella la formulación o generación de políticas de salud pública que permitan mejorar estos centros.

Otro de los resultados de nuestro estudio, fue la carga horaria de los profesionales de la salud que trabajan en las CT. Aunque los resultados no fueron muy homogéneos, se encontró que a pesar de la variabilidad en los países incluidos, el personal de enfermería es el de mayor carga horaria, probablemente secundario a este tipo de profesionales realizan turnos diurnos y nocturnos para el adecuado cuidado de los pacientes. Otro de los hallazgos que llamó mucho la atención, fue la baja carga laboral que tienen los especialistas en psiquiatría, a pesar de ser uno de los profesionales de la salud que deberían estar más involucrados en el manejo integral de los pacientes con algún trastorno de abuso o dependencia de sustancias (9,14). Estos hallazgos son consistentes con resultados de estudios realizados a nivel mundial, como el realizado por Jacob et al, en el cual se encontró que existe un déficit de personal de enfermería y médico especializado en salud mental, así como una deficiencia de camas e instituciones especializadas en manejo de enfermedades mentales .

Las patologías más frecuentemente tratadas por las CT fueron los trastornos de abuso de sustancias seguidas por trastornos de abuso de alcohol y otro tipo de abusos, los cuales variaban dependiendo del país. El anterior hallazgo, es acorde con los reportes mundiales, en los cuales se ha visto que la mayoría de los pacientes tratados en estas comunidades, es por consumo o abuso principal de alguna sustancia diferente del alcohol .

La razón de abandono más frecuente identificada por las instituciones fue la de no aceptar las normas de la institución, la cual es similar con lo reportado con el estudio conducido por Lopez-Goñi et al , quienes encontraron que es también la razón más frecuente por la que los pacientes abandonaban estos programas.

La razón menos frecuente en nuestro estudio fue la de no gustarle el personal de la CT, resultado que también fue encontrado por el estudio realizado por Lopez-Goñi. Llama la atención que entre las razones de abandono encontradas en nuestro estudio, no se encontró la necesidad de consumir drogas o sustancias entre las razones más prevalentes.

El puntaje de la gran mayoría de las CT incluidas en nuestro estudio fue superior igual a 10 puntos según los criterios De Leon; sin embargo, es difícil comparar estos hallazgos con otros realizados, debido a que este es el primer estudio que evalúa la calidad de las CT utilizando los criterios De Leon. Los más cumplidos fueron los de “Actividades comunitarias”, “Entrenamiento del crecimiento personal”, “Establecimiento de un día estructurado”; los criterios menos cumplidos en nuestra muestra fueron los de “Separación de la Comunidad”, “Los residentes como modelo de rol”. En un estudio realizado en Inglaterra sobre las CT y su cumplimiento de criterios, se encontró, que aunque no empleaban los criterios De Leon, empleaban criterios similares y se encontraron que los más frecuentemente cumplidos fueron los de retroalimentación de conductas, vida y aprendizaje en comunidad, funciones establecidas del personal; y las menos frecuentemente cumplidas fueron los de suficiencia de personal, establecimientos de actividades diarias y grupos de encuentro entre residentes.

En otro estudio realizado por Goethal et al, se compararon CT de Europa y USA mediante el cuestionario de elementos esenciales de la comunidad terapéutica, o SEEQ, por sus siglas inglés, y en la cual evaluaron el cumplimiento de elementos como perspectiva de la CT, estructura del tratamiento, la comunidad como agente terapéutico, elementos terapéuticos formales y procesos. En este estudio se observó que las CT europeas cumplían en su gran mayoría los elementos de participación del paciente y del rol de la familia en el tratamiento, en especial en las CT europeas .

Dentro de las debilidades de nuestro estudio, se debe destacar la alta tasa de no respuesta, que fue aproximadamente del 41%, lo que indica una falta de colaboración de dichas instituciones para identificar la totalidad de las fortalezas y debilidades de las CT y es posible que las CT que no quisieron participar pertenezcan a otro perfil y características. La falta de clasificación del tipo de las CT, es decir, si es una CT integrada a un centro penitenciario o si la orientación de la CT fue espiritual o científica, tampoco fue aclarado en nuestro estudio, a diferencia de los realizados en Tailandia, Europa y USA. Por último, la exclusión de los reportes de cumplimiento de criterios De Leon de las CT de Perú limita la adecuada interpretación de cómo se encuentran las CT de ese país en cuanto a la calidad mínima que deben presentar estos establecimientos para ofrecer un adecuado plan de tratamiento a los pacientes.

---

## CONCLUSIÓN

Nuestro estudio ha permitido identificar en una muestra latinoamericana la cantidad y calidad de las CT disponibles en nuestra región, además de las principales fortalezas y debilidades de estas instituciones, lo cual podría servir en un futuro para la realización de estudios y generación de políticas de salud pública que estandaricen, homogeneicen y mejoren los planes de tratamiento y de manejo de las CT en Latinoamérica.

## AGRADECIMIENTOS

---

Este estudio fue financiado por Corporativa de Fundaciones. Un especial agradecimiento a la Federación brasilera de comunidades terapéuticas (FEBRACT), Federación colombiana de comunidades terapéuticas (FECCOT), Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco (CECAJ), Federación Mexicana de comunidades terapéuticas (FEMEXCOT), Desarrollo de Vida sin Drogas (DEVIDA) por el Ministerio de Salud de Perú (MINSA), Asociación de Comunidades Terapéuticas Peruanas (ACTP), Centro de Información y Educación para la Prevención del Consumo de Drogas (CEDRO), Observatorio Argentino de Drogas (SEDRONAR) y la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas (FLACT).

1. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación : guía práctica de planificación y aplicación. Nueva York: Naciones Unidas; 2003.
2. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013 Nov 9;382(9904):1575–86.
3. Schulden JD, Lopez MF, Compton WM. Clinical implications of drug abuse epidemiology. *Psychiatr Clin North Am*. 2012 Jun;35(2):411–23.
4. Cofrancesco J, Scherzer R, Tien PC, Gibert CL, Southwell H, Sidney S, et al. Illicit drug use and HIV treatment outcomes in a US cohort. *AIDS Lond Engl*. 2008;22(3):357–65.
5. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse, World Psychiatric Association, International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, Academic Search Complete. Child and Adolescent Mental Health Resources Global Concerns - Implications for the Future. [Internet]. Geneva; Herndon: World Health Organization Stylus Pub., LLC [distributor]; 2005 [cited 2015 Apr 20]. Available from: <http://site.ebrary.com/id/10104334>
6. Oficina de las Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito. ESTUDIO EN PACIENTES EN SALAS DE EMERGENCIA CON PRUEBAS TOXICOLÓGICAS 2010 [Internet]. Argentina; 2010 [cited 2015 Jun 4]. Available from: [http://www.observatorio.gov.ar/especificos/temas-especificos/Estudio\\_en\\_pacientes\\_en\\_sala\\_de\\_emergencia\\_con\\_tests\\_toxicologicos.pdf](http://www.observatorio.gov.ar/especificos/temas-especificos/Estudio_en_pacientes_en_sala_de_emergencia_con_tests_toxicologicos.pdf)

7. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. ESTUDIO SOBRE CONSUMO DE DROGAS EN PACIENTES CONSULTANTES EN SALAS DE URGENCIAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO DE BOGOTÁ D.C. [Internet]. Colombia; 2010 [cited 2015 Jun 4]. Available from: [http://www.mamacoca.org/docs\\_de\\_base/Consumo/Docs\\_Obs\\_Drogas\\_DNE/Informe\\_urgencias\\_2010\\_UNODC\\_DNE.pdf](http://www.mamacoca.org/docs_de_base/Consumo/Docs_Obs_Drogas_DNE/Informe_urgencias_2010_UNODC_DNE.pdf)

8. Oficina, de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. CONSUMO DE DROGAS EN CONSULTANTES DE LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL PASTEUR DE MONTEVIDEO Informe de Investigación Noviembre 2010 [Internet]. Uruguay; 2010 [cited 2015 Jun 4]. Available from: [https://www.researchgate.net/profile/Pablo\\_Fielitz/publication/237046189\\_CONSUMO\\_DE\\_DROGAS\\_EN\\_CONSULTANTES/links/0c96051afefa34be48000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Pablo_Fielitz/publication/237046189_CONSUMO_DE_DROGAS_EN_CONSULTANTES/links/0c96051afefa34be48000000.pdf)

9. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Principios de tratamientos para la drogadicción. Una guía basada en las investigaciones [Internet]. Estados Unidos; 2010 [cited 2015 Jun 4]. Available from: <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podatsp.pdf>

10. De Leon G, editor. Community as method: therapeutic communities for special populations and special settings. Westport, Conn: Praeger; 1997. 309 p.

11. World Federation of Therapeutic Communities (WFTC). What is a Therapeutic Community? [Internet]. Estados Unidos; [cited 2015 Jun 5]. Available from: [http://www.wftc.org/therapeutic\\_community.html](http://www.wftc.org/therapeutic_community.html)

12. Fiestas F, Ponce J. Eficacia de las comunidades terapéuticas en el tratamiento de problemas por uso de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática. Rev perú med exp salud publica. 2012;29(1):12–20.

13. Smith LA, Gates S, Foxcroft D. Therapeutic communities for substance related disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(1):CD005338.



---

# Comunidades terapéuticas en Latinoamérica II

---

Evaluación de la calidad, efectividad y satisfacción de los servicios prestados por las comunidades terapéuticas en Latinoamérica.



Las comunidades terapéuticas (CT) son uno de los métodos para el tratamiento de abuso de sustancias acerca del cual es necesario establecer cuál es su efectividad, así como la satisfacción de los usuarios con las CT que cumplen un mínimo de criterios de calidad.

## Método

Con base en un estudio preliminar en 5 países de Latinoamérica, se seleccionaron las CT que tuvieron un puntaje mayor a 9 según los criterios De Leon (De Leon G, editor. *Community as method: therapeutic communities for special populations and special settings*. Westport, Conn: Praeger; 1997) para realización de un estudio descriptivo y retrospectivo de características cualitativas y cuantitativas de las CT.

## Resultados

Se incluyeron los datos de 58 CT en cinco países, con una población entrevistada de 1,414 pacientes, de los cuales la mayoría eran hombres solteros y sin historias previas de internación en una comunidad terapéutica. La sustancia más consumida en los 30 días previos a la internación fue la marihuana, con un 78% de la población entrevistada refiriendo cualquier consumo de alcohol en los últimos 6 meses y edad promedio de inicio de consumo de sustancias psicoactivas a los 16 años. El 79% de los encuestados percibió algún tipo de mejoría durante su estadía en la CT. Los elementos o indicadores de calidad menos cumplidos por las CT fueron los de “Solicitar alguna calificación profesional a los ex adictos del programa” y “El trabajo forma parte del programa terapéutico”. Dentro de las razones de egreso encontradas en las bases de datos, 44% fueron altas terapéuticas y 44% fueron abandonos.

## Conclusión

La satisfacción de los usuarios con las CT de la muestra, en cuanto a infraestructura y calidad es en su mayoría alta, al igual que el cumplimiento de los elementos esenciales de calidad; sin embargo, es necesario mejorar las bases de datos de las CT mediante la recolección uniforme y exhaustiva de variables demográficas, razones de ingreso, egreso, y otros factores para poder mejor evaluar y fortalecer la calidad de los programas.

El consumo de sustancias psicoactivas es una de las patologías psiquiátricas que ha generado un gran interés de parte de los gobiernos debido a todas las implicaciones económicas, políticas, sociales y de salud que conlleva. El consumo crónico de las mismas puede generar cambios neurológicos que se verán reflejados en cambios comportamentales y de estilo de vida que no sólo afectarán al individuo que padezca de este tipo de patologías, sino a la familia y sociedad alrededor también (1). Adicionalmente, el abuso de sustancias psicoactivas se ve acompañado de aumento de conductas de riesgo, incremento de accidentes de tránsito, comorbilidad con enfermedades infecciosas como el VIH, el virus de hepatitis C y otras patologías (2–4).

En un estudio realizado por la OMS con varios países de distintas regiones del mundo incluyendo Europa y todo el continente americano, se evaluó la prevalencia de trastornos de consumo de alcohol o de otras sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses, encontrando valores desde el 5.8% en México hasta el 13.2% en Alemania (5). La prevalencia de este tipo de patología no es un valor despreciable si se tiene en cuenta el consumo de cualquier tipo de sustancia, esto se ve representado en que el abuso de sustancias representa el 0.5% del total de años de vida perdidos a nivel mundial, haciendo énfasis que la población mayormente afectada se encuentra en el grupo etario de entre los 15 y 30 años (6).

El impacto económico y los costos que generan estos desórdenes son considerablemente altos, como lo demostró un estudio conducido por Caulkins et al, quien encontró que los costos en dólares para el año 2011 que generaron los abusos de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas sobrepasaban los 700 billones de dólares. En ese estudio también se dieron cuenta de los costos totales generados por estas patologías, superiores al de otras enfermedades crónicas como el cáncer y la diabetes, debido a la gran cantidad de costos indirectos que generan: daños a terceros, daños materiales, gastos judiciales, pérdida de días laborales, etc.

Estos mismos hallazgos de incremento de costos fueron encontrados en un estudio realizado en Rusia por Potapchik et al, quienes además de encontrar que los costos más altos de estas sustancias no están relacionados con los asociados al cuidado de la salud, también encontraron que la inversión que realiza el gobierno ruso para tratar a los pacientes que padecen de estos trastornos representa un tercio del total de gastos en salud pública del país (7).

En la actualidad, existen fármacos, terapia y planes de manejo para ayudar a las personas que padecen de estos trastornos; sin embargo, previo a la instauración de dichos planes de tratamiento, los gobiernos deben realizar estudios para identificar los problemas más frecuentes en cada uno de los países, ya que se ha evidenciado en varios estudios que las sustancias más consumidas son diversas dependiendo de la región (8). Adicional a eso, también deben realizarse estudios que identifiquen la cantidad, calidad y disponibilidad de centros de tratamiento, así como de personal capacitado para el manejo de este tipo de trastornos (9).

Dentro del amplio abanico de posibilidades de tratamiento que existen, las comunidades terapéuticas (CT), han mostrado que pueden ser efectivas en el tratamiento y manejo de los trastornos de consumo de sustancias (10–12). No obstante, hasta la actualidad se han conducido muy pocos estudios que identifiquen y describan las características de la población que asiste a dichas instalaciones, el patrón de consumo de sustancias, al igual que la satisfacción y percepción de efectividad de estos tratamientos por parte de los usuarios. En Latinoamérica, nuestro grupo realizó un estudio preliminar que identificó las CT disponibles en 5 países diferentes de la región, además de la calidad de la atención en las mismas.

Con base en lo expuesto anteriormente, se realizó un estudio en los mismos países que hicieron parte del primero, en el cual se pretende identificar la tasa de efectividad, la percepción de los usuarios y los patrones de consumo en una muestra de CT en Latinoamérica.

De las CT encuestadas en el primer estudio realizado por nuestro grupo durante el año 2013 (ver apartado anterior), se seleccionaron las CT que obtuvieran un puntaje igual o mayor a 9 puntos según los criterios De Leon (13) en cada uno de los cinco países que participaron en el estudio – Perú, Argentina, Colombia, Brasil y México. De estas CT se excluyeron aquellas comunidades que solo prestaban atención de manera ambulatoria o cuya población objetivo eran exclusivamente menores de edad, así como aquellas que atendieran menos de 50 pacientes. Una vez establecido un nuevo universo por estos criterios y puntaje, se generaron números aleatorios considerando una distribución simple, a partir de los cuales se creó una lista que luego de ser ordenada, permitió generar las muestras de CT de cada país.

Este trabajo arrojó 58 CT con los más altos puntajes de cada país, a las cuales se realizaron visitas a para aplicar encuestas descriptivas cualitativas a los usuarios sobre variables sociodemográficas, percepción de calidad y efectividad de las CT, además de los patrones de consumo de los pacientes. Los pacientes que fueron elegibles para realizar la encuesta fueron aquellos que hubieran ingresado a la CT desde el inicio del año 2009 hasta finales del año 2012. Adicionalmente, se realizó una recolección retrospectiva de datos, mediante la solicitud a los directores de las CT, de información sobre los abandonos, ingresos y altas terapéuticas en los tres años anteriores a la realización del estudio. A excepción de 3 CT de Argentina que fueron seleccionadas y se negaron a entregar la información solicitada, el resto de las 55 CT de los otros países no presentaron ninguna dificultad con la recolección de la información.

Una vez obtenidos todos los cuestionarios de pacientes, y haber recolectado la información solicitada a los directores de las comunidades, se integraron los datos en una base diseñada en hoja de cálculo, para el posterior análisis de variables de asociación, creación de gráficas y figuras de resumen presentadas a continuación.

**I. Comunidades Terapéuticas seleccionadas y número de usuarios participantes**

En total participaron 58 CT, con 1,414 usuarios a los cuales se les aplicaron las entrevistas; sin embargo, gran parte de la información de los usuarios de las CT de Argentina no fue recolectada por variación en el instrumento, por lo cual no se incluye en algunos análisis de datos de la muestra.

El país del cual más CT participaron fue Brasil con 20 comunidades (34%), y del que menos participaron fue Colombia con solo 7 CT (12%). La mayoría de usuarios entrevistados fueron hombres, representando el 92% de la población entrevistada, y el estado civil más frecuente en la muestra de los entrevistados era el de soltería, representando el 62% de la muestra. En cuanto a su situación laboral previa al internamiento, el 53% de los entrevistados reportaron encontrarse empleados y 46% se encontraban desempleados. (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Muestra de CT por país y características sociodemográficas de pacientes.

	n	%
<b>CT participantes por país</b>		
Argentina	9	16
Brasil	20	34
Colombia	7	12
México	10	17
Perú	12	21
<b>Usuarios entrevistados por país</b>		
Argentina	361	26
Brasil	300	21
Colombia	178	13
México	300	21
Perú	275	19

### Género

Hombres	1298	92
Mujeres	116	8

### Estado civil

Soltero	673	64
Casado	168	16
Separado	95	9
Viudo	11	1
Unión libre	95	9
No hay datos	11	1

### Actividad laboral previa

Empleado	558	53
Desempleado	484	46
No hay datos	11	1

\*El total de pacientes fue 1053, debido a que no se tenían los datos de los entrevistados de Argentina

## II. Edades de consumo e internaciones previas

La edad mínima del primer consumo de alguna sustancia psicoactiva distinta del alcohol fue muy variable a través de los países, siendo la más baja en México con el primer consumo realizado a los 4 años. En cuanto a la edad más alta del consumo por primera vez de alguna sustancia, se reportó en Brasil con un dato de 53 años. A diferencia de los valores extremos en los consumos de edad, el promedio fue muy similar entre los diferentes países, rondando entre los 15 y 16 años (Ver tabla 2).

Tabla 2. Edades de primer consumo de sustancias.

	Brasil	Colombia	México	Perú	Total
Edades	n	n	n	n	n
Mínimo	5	7	4	8	6
Máximo	53	45	46	48	48
Promedio	16,4	16	15	16	16

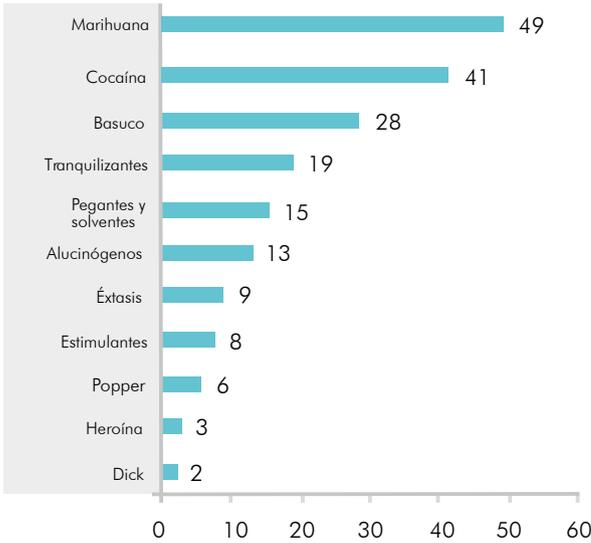
\* No se contó con los datos de los entrevistados de Argentina.

En cuanto a número de internaciones previas, 684 usuarios (65%), reportó no haber estado internado previamente, 369 usuarios (35%) reportó haber estado internado al menos una vez antes, y 295 (28%) respondieron que habían sido internados más de tres veces antes de su manejo actual.

### III. Consumo de sustancias

Se les preguntó a los usuarios que si habían consumido alguna sustancia en los 30 días previos a su internamiento en la CT, y cuál había sido la sustancia consumida diferente del alcohol. Los resultados a través de los países son similares, siendo la marihuana la sustancia más frecuentemente consumida (49%), seguida de cocaína (41%) y basuco (28%). Dentro de las sustancias menos reportadas, se encuentran el polvo de heroína (3%) y el dick (2%), cloruro de metileno, sustancia de uso industrial para limpieza de maquinaria (Ver figura 1).

Figura 1. Sustancias más consumidas en los países participantes (excepto Argentina).



Respecto al consumo de alcohol en los últimos 6 meses previos a su internamiento, se preguntó acerca de cuántas veces en ese lapso de tiempo había consumido más de 4 bebidas si era mujer, o más de 5 si era hombre, en un día. El 21% de los entrevistados respondió no haberlo realizado en ningún momento en ese lapso de tiempo, 18% una vez, 60% más de una vez y 1% de los entrevistados no respondieron la pregunta.

#### IV. Cuestionario de satisfacción del usuario

El cuestionario sobre satisfacción por parte de los usuarios contempla varias áreas, desde los trámites de ingreso, información sobre el reglamento de la CT, la satisfacción con el personal de la institución, así como la percepción de mejoría. El primer aspecto que se evaluó (incluyo reportes de las CT de Argentina) fue la complejidad de los trámites de ingreso de los usuarios a las CT, que según los la mayoría de los entrevistados (76%) fueron nada o algo complicados. Adicionalmente, el 88% de los entrevistados reporta

ron que se les habían explicado de manera detallada las reglas de la institución y 68% de los usuarios reportaron estar satisfechos con el tiempo que le dedica el personal médico (ver tabla 3). Los datos que siguen a continuación no incluyen los reportes de Argentina; en cuanto a satisfacción con el personal que labora en las CT, incluyendo psiquiatras, psicólogos, enfermería y otro tipo de personal, el 76% se encontraban satisfechos.

Tabla 3. Satisfacción de los usuarios\*

	n	%
<b>Trámites de ingreso</b>		
Nada complicados	785	56
Algo complicados	287	20
Muy complicados	64	4
Bastante complicados	50	4
No participó en los tramites	228	16
<b>Tiempo dedicado por el médico</b>		
Suficiente	959	68
Insuficiente	455	32
<b>Información sobre reglamento de CT</b>		
Sí	1258	89
No	156	11

Solo 3% de los usuarios entrevistados percibieron poca o nula mejoría de sus patologías de base, siendo esto una constante en casi todos los países. La mayoría de los usuarios de las CT de los distintos países participantes percibieron una mejoría sustancial o total de su problema de consumo de sustancias, representado por un 79% del total de entrevistados (Ver tabla 4).

Tabla 4. Percepción de mejoría reportada por usuarios

	Brasil		Colombia		México		Perú		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Totalmente	83	29	68	38	52	16	55	20,0	258	25
Mucho	153	53,5	85	48	195	59,8	139	50,6	572	54
Bastante	32	11,2	23	13	71	21,8	58	21,0	184	17
Poco	13	4,5	2	1	5	1,5	6	2,2	26	2
Nada	13	1,7	0	0	3	0,9	6	2,0	14	1

No se contó con datos de los entrevistados de Argentina.

## V. Elementos esenciales de CT

Se evaluaron el cumplimiento de los indicadores de calidad y elementos esenciales en la muestra de CT seleccionadas, los cuales incluían programas de tratamiento estandarizados y organizados, participación de la familia en el plan de tratamiento, autoevaluaciones del equipo terapéutico, entre otras (para observar los demás indicadores evaluados, remitirse a la tabla 5). La mayoría de los directivos reportaron cumplir con casi todos los criterios; el único país en el cual todas las CT entrevistadas cumplieron el 100% de los elementos fue en México.

En Colombia, los indicadores menos cumplidos fueron “El trabajo forma parte del programa terapéutico” (71%) y “Los usuarios son alentados a «actuar como si» para desarrollar una actitud más positiva” (71%). En Brasil, el elemento con menor cumplimiento fue el de “Solicitar calificaciones profesionales a los ex adictos” (50%), mientras que en Perú, el de menor puntuación fue el criterio de “El programa terapéutico incluye capacitación en toma de decisiones personales y habilidades sociales” (67%). En Argentina, a pesar de que los indicadores de calidad no fueron cumplidos por la totalidad de las comunidades, no existió un indicador que fuera menos cumplido comparado con el resto.

Tabla 5. Cumplimiento de los indicadores por las CT

	Argentina		Brasil		Colombia		México		Perú		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
El programa terapéutico incluye capacitación en toma de decisiones personales y habilidades sociales	9	100	20	100	7	100	10	100	8	67	54	92
La recuperación implica para la CT el desarrollo de identidad personal y cambio global del estilo de vida	9	100	20	100	7	100	10	100	12	100	59	100
Los usuarios aprenden habilidades de resolución de conflictos	9	100	20	100	7	100	10	100	11	92	58	98
El trabajo forma parte del programa terapéutico	8	88	20	100	5	71	10	100	12	100	55	93
Los usuarios son alentados a “actuar como si” para desarrollar una actitud más positiva	9	100	19	95	5	71	10	100	11	92	55	93
Se llevan a cabo regularmente seminarios para ayudar a los residentes a encontrar un equilibrio entre lo emocional y las experiencias cognitivas del programa de CT	8	88	19	95	6	86	10	100	12	100	56	95
Solicitan calificaciones profesionales a los ex adictos miembros del Programa	8	88	10	50	6	86	10	100	11	92	45	76
Se brinda servicios de asesoramiento a la familia del usuario	9	100	20	100	7	100	10	100	12	100	59	100

	Argentina		Brasil		Colombia		México		Perú		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
La CT posee historias clínicas o registros individuales para el monitoreo y evaluación continua de los servicios	9	100	19	95	7	100	10	100	12	100	58	98
La CT cuenta con orientaciones para desarrollar un clima institucional de confianza y apoyo mutuo; cuenta con una declaración escrita de deberes y derechos del usuario	9	100	20	100	7	100	10	100	12	100	59	100
Existe un organigrama de funciones del personal de la CT, conocido y aceptado por todos	9	100	20	100	7	100	10	100	12	100	59	100
La CT realiza periódicamente una evaluación de su eficacia, eficiencia y efectividad, que incluye la opinión y satisfacción del usuario	8	88	19	95	7	100	10	100	9	75	53	89

## VI. Recolección retrospectiva de datos

Se recolectaron datos de las CT que aceptaron participar, incluyendo los datos de ingresos y egresos de pacientes en el lapso de tiempo comprendido entre la segunda mitad del año 2009 y los primeros 6 meses del año 2012. Cabe aclarar que en esta recolección retrospectiva no se obtuvieron los datos de los centros participantes de Argentina. Se obtuvo registro de 1,522 pacientes, de los cuales el 87% eran hombres y 13% mujeres. Las edades de los entrevistados oscilaban entre los 13 y 79 años, con un promedio de 30 años.

Para el análisis de las razones de egreso de los pacientes, se obtuvieron 3,461 datos, de los cuales el 44% tuvieron egreso terapéutico, es decir, culminó el plan de tratamiento y 42% abandonaron el tratamiento. Del restante 14% no se obtuvieron los datos. Se recopilaron las principales razones de abandono durante este lapso de tiempo, con un total de 2,814 registros y dentro de los cuales los más frecuentes fueron el no sentirse a gusto con la institución (31%), seguido de desconocimiento de la causa (27%) y falta de apoyo familiar (20%). Las razones menos frecuentes fueron la de no sentirse a gusto con el personal de la institución (1%) y no haber percibido mejoría alguna (2%)

Por último, se recolectaron datos de seguimiento de la actividad principal de 795 pacientes, de los cuales el 51% se encuentra trabajando, 25% se encuentra estudiando, 14% se encuentra desempleado, 10% no se sabe y 1% no se tiene el dato. La gran mayoría de estos seguimientos (71%) se realizaron mediante comunicación telefónica, seguido de visita a la CT (23%) y el restante se distribuía entre contacto a través de correo electrónico o visita domiciliaria.

## DISCUSIÓN

Los hallazgos de nuestro estudio son los primeros realizados en la región Latinoamérica permitiendo la adecuada descripción de las CT en nuestra región. El hecho de ser el primer estudio a incluir estos cinco países permite que se facilite la adecuada identificación de esas instituciones y regular de una manera más homogénea su existencia. De los primeros hallazgos realizados en nuestro estudio, fue que hasta el 90% de los entrevistados eran hombres, lo cual puede deberse a que el género masculino es más propenso a consumir sustancias psicoactivas comparado con las mujeres, como fue reportado en el último informe de la UNODC del año 2014 (14). Adicionalmente, en un estudio conducido por Johnson y colaboradores en Tailandia y en el cual evaluaron 22 CT de dicho país, la mayoría de los usuarios eran hombres (15).

Otro de los hallazgos de nuestro estudio fue que la mayoría de los usuarios de las CT entrevistadas, eran solteros antes de internarse en el programa. Estos hallazgos son similares a los encontrados por estudios como el de Fernández-Montalvo (16), en el que encontraron que el 72% de los entrevistados eran solteros, mientras que en otros estudios como el de Sadir et al (17) en el que sólo el 48% eran solteros. En nuestro estudio, la mayoría de los encuestados (53%) se encontraban empleados antes de ingresar a la institución; sin embargo, los reportes de situación laboral de los usuarios de CT son muy variables con porcentajes de empleo de tan sólo el 17% en una CT de Australia, o tan altas como el 64% en Irán (17).

La edad promedio del primer consumo de una sustancia psicoactiva diferente del alcohol fue de 16.1 en promedio para toda la muestra, valor que es similar a los encontrados a estudios realizados aparte por diferentes países de la región (18) y al reportado por la UNODC (14). La mayoría de los pacientes de nuestra muestra (68%) no había presentado ningún intento previo de ingreso a una CT, y tan sólo un 28% reportó haber ingresado en más de tres ocasiones; estos datos difieren mucho de los reportados por un estudio en Irán (17), en el cual tan solo un 25% de los participantes habían tenido menos de dos intentos de ingresos a CT y un 75% habían tenido 3 o más intentos de ingresos a instituciones para tratamiento.

Otro estudio conducido por Darke (19) y colaboradores, encontró que hasta el 58% de los pacientes entrevistados habían ingresado por lo menos una vez a tratamiento en una CT.

En nuestro estudio, la sustancia más frecuentemente consumida en los últimos 30 días diferente del alcohol era la marihuana seguida de la cocaína y el basuco (pasta base de cocaína), pero como se mencionó al inicio, la epidemiología de las sustancias consumidas varía dependiendo de la región. En un estudio realizado en Tailandia, las sustancias más frecuentemente consumidas en el mismo periodo de tiempo eran del grupo de los estimulantes (éxtasis, speed, ice), seguidos de inhalantes y marihuana (15). En el estudio realizado por Darke (19) et al, encontraron que las drogas más consumidas en los últimos 6 meses habían sido las benzodiacepinas, seguidas de la marihuana y la heroína.

La evaluación de la complejidad de los trámites de ingreso de los pacientes a la CT fue considerada por los pacientes como nada o algo complicados; estos resultados fueron similares a los encontrados por el estudio de López-Goñi y colaboradores (20), quienes encontraron que la mayoría de los sujetos entrevistados reportaron que el ingreso a la CT era muy sencillo. Otro de los aspectos evaluados y del cual no encontramos otros estudiosos que lo hayan contemplado, fue la satisfacción de los usuarios con la atención médica, encontrándose que tan sólo un 68% de los usuarios se encuentran satisfechos con el tiempo de atención brindado.

Hasta el 79% de los entrevistados percibieron que habían tenido bastante o completa mejoría de su patología con el ingreso a la CT, y menos del 2% no sintieron ningún tipo de mejoría. Estos hallazgos son diferentes de los reportados por un estudio en España de Fernández et al (16), quienes encontraron que sólo el 54% de los usuarios habían percibido algún grado de mejoría y un 46% no habían sentido mejoría alguna, o incluso reportado un deterioro de su salud. Estas diferencias podrían ser explicadas por las particularidades metodológicas de ambos estudios, así como la variabilidad en los criterios para la selección muestral. La evaluación de los indicadores de calidad evidenció que las CT evaluadas por este estudio en Latinoamérica cumplen con la mayoría de los criterios, no obstante que el solicitar calificaciones a ex usuarios de la institución y el usar el trabajo como parte del plan terapéutico fueron los indicadores de menor cumplimiento.

Aunque no existen estudios que hayan empleado los mismos criterios que usamos en nuestro estudio, existe otra herramienta para evaluar la calidad de las CT, conocida como “El cuestionario de los elementos esenciales” o SEEQ por sus siglas en inglés. Esta herramienta fue empleada en el estudio de Goethal et al (21), en el cual evaluaron CT tradicionales y modificadas de Europa y USA. Dentro de los hallazgos de este estudio encontraron que los elementos con menores puntajes en las CT europeas fueron las de procesos de vigilancia y evaluación de sus programas, y la jerarquización de los integrantes de la CT, con un organigrama establecido. En cuanto a

las CT estadounidenses, los peores puntajes fueron obtenidos en los dominios de confrontación y problemas psicológicos derivados del abuso de drogas, y la integración de la familia en el tratamiento del usuario.

Se recopilaron datos de los egresos realizados, encontrándose que la proporción de egresos terapéuticos y de abandonos son similares (44% y 42%), datos que son diferentes de un estudio realizado en Australia (19) y Tailandia (15), donde el 17% y 33% de los egresos terminaban en abandono y un 34% y 66% en egresos terapéuticos respectivamente. Las principales razones de abandono en nuestro estudio fueron el no sentirse conforme con la institución y falta de apoyo familiar, que al comparase con otro estudio realizado por López-Goñi y colaboradores (20) sólo coinciden en que la razón más frecuente de abandono es el no sentirse a gusto con la institución.

El seguimiento realizado a algunos usuarios de la muestra encontró que la mayoría de los pacientes se encontraban laborando o estudiando, y sólo de un 10% no se conocía su actividad actual. Estos hallazgos también fueron encontrados en un estudio longitudinal realizado en España (16), en el cual se encontró que la mayoría de los usuarios de la CT evaluada, ya fuera que hubieran culminado el programa o no, se encontraban trabajando.

## CONCLUSIÓN

Las CT son una de las opciones terapéuticas para el tratamiento de pacientes con consumo de sustancias, por lo cual los hallazgos realizados por nuestro estudio no sólo permitirán orientar el desarrollo de dichas instituciones basadas únicamente en evaluaciones de calidad, sino también en las necesidades de los usuarios, con lo que se podrán realizar en un futuro, estudios que no solamente describan las condiciones de estos centro de rehabilitación, sino investigaciones que exploren variables que modifiquen la efectividad de las CT.

## AGRADECIMENTOS

---

- Corporativa de Fundaciones, A.C.
- Federación Brasileña de Comunidades Terapéuticas (FEBRACT),
- Federación Colombiana de Comunidades Terapéuticas (FECCOT)
- Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco (CECAJ)
- Federación Mexicana de Comunidades Terapéuticas (FEMEXCOT),
- Desarrollo de Vida sin Drogas (DEVIDA) por el Ministerio de Salud de Perú (MINSA),
- Asociación de Comunidades Terapéuticas Peruanas (ACTP),
- Centro de Información y Educación para la Prevención del Consumo de Drogas (CEDRO)
- Observatorio Argentino de Drogas (SEDRONAR)
- Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas (FLACT).

1. National Institute of Drug Abuse (NIDA). Drugs, Brains, and Behavior the science of addiction [Internet]. United States; 2010 [cited 2015 Jun 16]. Available from: <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/sciofaddiction.pdf>
2. Ferrando SJ, Freyberg Z. Neuropsychiatric aspects of infectious diseases. *Crit Care Clin.* 2008;24(4):889–919, x.
3. Schulden JD, Lopez MF, Compton WM. Clinical implications of drug abuse epidemiology. *Psychiatr Clin North Am.* 2012 Jun;35(2):411–23.
4. Caulkins JP PhD, Kasunic A MS, Lee MAC MS. Societal burden of substance abuse. *Int Public Health J.* 2014;6(3):269–82.
5. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull World Health Organ.* 2000;78(4):413–26.
6. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2013 Nov 9;382(9904):1575–86.
7. Potapchik E, Popovich L. Social Cost of Substance Abuse in Russia. *Value Health Reg Issues.* 2014;4:1–5.
8. Wu L-T. Substance abuse and rehabilitation: responding to the global burden of diseases attributable to substance abuse. *Subst Abuse Rehabil.* 2010;2010(1):5–11.

9. National Institute of Drug Abuse (NIDA). Drugs, Brains, and Behavior the science of addiction [Internet]. United States; 2010 [cited 2015 Jun 16]. Available from: <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/sciofaddiction.pdf>

2014 [Internet]. 2014 [cited 2015 Jul 7]. Available from: [http://www.unodc.org/documents/wdr2014/World\\_Drug\\_Report\\_2014\\_web.pdf](http://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf)

15. Johnson KW, Young L, Shamblen S, Suresh G, Browne T, Chookhare KW. Evaluation of the therapeutic community treatment model in Thailand: policy implications for compulsory and prison-based treatment. *Subst Use Misuse*. 2012;47(8-9):889–909.

16. Fernández-Montalvo J, López-Goñi JJ, Illescas C, Landa N, Lorea I. Evaluation of a therapeutic community treatment program: a long-term follow-up study in Spain. *Subst Use Misuse*. 2008;43(10):1362–77.

17. Sadir N, Shojaei M, Moadab K, Abbasi R, Bahrampour A, Nakhaee N. Outcome evaluation of therapeutic community model in iran. *Int J Health Policy Manag*. 2013;1(2):131–5.

18. Observatorio de Drogas de Colombia M de J y del D, MEN M de EN, MSPS M de S y PS, UNODC O de las NU contra la D y el D, CICAD CI para el C del A de D, OEA O de los EA. Estudio Nacional Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar [Internet]. 2011. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/II%20Estudio%20Nacional%20de%20Consumo%20de%20Sustancias%20Psicoactivas%20en%20Escolares%202011.pdf>

19. Darke S, Campbell G, Popple G. Retention, early dropout and treatment completion among therapeutic community admissions. *Drug Alcohol Rev*. 2012;31(1):64–71.

20. López-Goñi JJ, Fernández-Montalvo J, Illescas C, Landa N, Lorea I. Razones para el abandono del tratamiento en una comunidad terapéutica. *Trastor Adict*. 2008;10(2):104–11.

21. Goethals I, Soyez V, Melnick G, De Leon G, Broekaert E. Essential elements of treatment: a comparative study between European and American therapeutic communities for addiction. *Subst Use Misuse*. 2011;46(8):1023–31.



CORPORATIVA  
de FUNDACIONES

**Vivir para  
Compartir.**

---

