

**CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES EN TRATAMIENTO EN UNA  
COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE  
INGRESO**

**SANDRA MILENA TORO HERRERA**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA**

**Bogotá D.C., enero de 2012**

**CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES EN TRATAMIENTO EN UNA  
COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE  
INGRESO**

**SANDRA MILENA TORO HERRERA**

**Trabajo de Investigación presentado como requisito parcial para optar el título de**

**Psiquiatra**

**Director**

**Dr. MIGUEL COTE MENENDEZ**

**Profesor Asociado de Psiquiatría**

**Asesor**

**Dr. EDGAR PRIETO**

**Profesor Departamento de Salud Pública**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA**

**Bogotá D.C., enero de 2012**

**A Julia, Juan, Fredy y Tito,**  
**por su compañía y apoyo en estos años de formación...**

## **AGRADECIMIENTOS**

Con especial reconocimiento y gratitud a la Comunidad Terapéutica San Gregorio, quienes bajo el precepto de procurar la optimización de su servicio a los mas vulnerables, permite la labor investigativa en sus instalaciones.

}

## **RESUMEN**

La comunidad Terapéutica es un modelo de tratamiento utilizado en pacientes con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas.

Objetivos: identificar la aplicación de los criterios vigentes para ingreso a una comunidad terapéutica y caracterizar la población presente en dicha institución.

Metodología: estudio descriptivo de revisión de historias clínicas de pacientes ingresados en el año 2009 a una comunidad terapéutica.

Resultados: se revisaron 959 historias clínicas, encontrándose una población predominantemente masculina, urbana, policonsumidores, con atención por el servicio de psiquiatría en cerca del 2% de los casos, con información insuficiente del cumplimiento de los criterios de ingreso.

Conclusiones: la población ingresada en el año 2009 fue caracterizada; no es posible concluir si dichos pacientes cumplen los criterios para permanecer en este modelo de tratamiento.

**Palabras clave: Psiquiatría, Comunidad terapéutica, abuso de drogas, usuarios de drogas**

**ABSTRACT**

The therapeutic community is a treatment model used in patients with substance use disorders.

Objectives: To identify the current criteria application for the entry to a therapeutic community and to characterize the population of this institution.

Methods: descriptive study with review of medical records that belong to patients admitted during 2009.

Results: 959 medical records were revised. The population was predominantly male, urban, with multiple substances use, with only 12% with a psychiatric evaluation and without enough information about the entry criteria.

Conclusions: The most relevant characteristics of the population were established. It is not possible to conclude if these patients fulfilled the criteria to remain in this therapeutic model.

**Keywords: Psychiatry, Therapeutic community, Abuse Drugs, Drug users**

**CONTENIDO**

	Pag.
INTRODUCCIÓN-----	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA-----	13
JUSTIFICACIÓN-----	14
OBJETIVOS-----	14
Generales -----	14
Específicos-----	15
<b>MARCO TEÓRICO</b>	
Situación mundial del consumo de sustancias psicoactivas (SPA)-----	15
Situación del consumo de SPA en Suramérica-----	16
Situación del consumo de SPA en Colombia-----	17
Tratamiento para usuarios de SPA-----	18
<i>Intervención temprana</i> -----	20
<i>Desintoxicación</i> -----	21
<i>Intervención para rehabilitación</i> -----	22
<i>Reinserción social</i> -----	23
Selección de la modalidad de intervención-----	23
La comunidad terapéutica-----	27
METODOLOGÍA-----	29
CONSIDERACIONES ÉTICAS-----	32

## RESULTADOS

Variable datos demográficos-----	33
<i>Subvariable edad</i> -----	33
<i>Subvariable sexo</i> -----	34
<i>Subvariable procedencia</i> -----	37
Variable nivel educativo-----	37
<i>Subvariable escolaridad</i> -----	37
<i>Subvariable años repetidos</i> -----	40
Variable red de apoyo-----	41
Variable permanencia-----	42
<i>Subvariables fecha de ingreso, de egreso y tiempo total de estancia</i>	42
<i>Subvariable evasión</i> -----	43
Variable historia de consumo-----	46
<i>Subvariable tipo de SPA que consume</i> -----	46
Variable diagnóstico-----	50
<i>Subvariable motivo de ingreso</i> -----	51
Variable condición médica-----	51
Variable historia de tratamiento-----	52
<i>Subvariable reingresos</i> -----	52
Variable intervención de psiquiatría-----	53
<i>Subvariable valoración</i> -----	53



<i>Subvariable motivo de consulta</i> -----	53
<i>Subvariable fecha de valoración</i> -----	54
<i>Subvariable diagnóstico de psiquiatría</i> -----	54
<i>Subvariable tratamiento de psiquiatría</i> -----	56
<i>Subvariable control de psiquiatría</i> -----	56
<i>Subvariable tiempo de uso del medicamento</i> -----	57
DISCUSIÓN-----	57
CONCLUSIONES-----	63
REFERENCIAS-----	65

## LISTA DE TABLAS

	Pag.
Tabla 1. Criterios para selección de la modalidad de intervención en trastornos por consumo de SPA-----	25
Tabla 2. Variables, subvariables y categorías-----	30
Tabla 3. Edad-----	33
Tabla 4. Sexo-----	34
Tabla 5. Edad en mujeres-----	35
Tabla 6. Edad en hombres-----	36
Tabla 7. Escolaridad-----	38
Tabla 8. Edad y escolaridad esperada-----	39
Tabla 9. Acudiente -----	41
Tabla 10. Estancia-----	42
Tabla 11. Evasión-----	44
Tabla 12. Días transcurridos al momento de la evasión-----	44
Tabla 13. SPA que consume-----	46
Tabla 14. Asociaciones de consumo frecuentes-----	47
Tabla 15. Edad y policonsumo-----	48
Tabla 16. Sexo y policonsumo-----	49
Tabla 17. Procedencia y policonsumo-----	49
Tabla 18. Tipo de acudiente y policonsumo-----	50

Tabla 19. Motivo de ingreso-----	50
Tabla 20. Diagnóstico médico-----	51
Tabla 21. Reingresos-----	53
Tabla 22. Motivo de consulta en psiquiatría-----	53
Tabla 23. Diagnóstico de psiquiatría-----	54
Tabla 24. Tratamiento de psiquiatría-----	56
Tabla 25. Control de psiquiatría-----	56
Tabla 26. Tiempo de uso del medicamento-----	57

**LISTA DE GRÁFICOS**

	Pag.
Gráfico 1. Edad-----	34
Gráfico 2. Sexo-----	35
Gráfico 3. Edad en mujeres-----	36
Gráfico 4. Edad en hombres-----	37
Gráfico 5. Escolaridad-----	38
Gráfico 6. Edad y escolaridad esperada-----	40
Gráfico 7. Acudiente-----	41
Gráfico 8. Estancia-----	43
Gráfico 9. Evasión-----	44
Gráfico 10. Días transcurridos al momento de la evasión-----	45
Gráfico 11. SPA que consume-----	47
Gráfico 12. Edad y policonsumo-----	49
Gráfico 13. Diagnóstico médico-----	51
Gráfico 14. Diagnóstico de psiquiatría-----	55

# **CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES EN TRATAMIENTO EN UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y SU CORRELACIÓN CON LOS CRITERIOS DE INGRESO**

## **INTRODUCCIÓN**

Los trastornos derivados del consumo de sustancias psicoactivas son un problema de salud pública que afecta a todos los grupos poblacionales, pero de manera especial a los más jóvenes. A través de los años se han venido proponiendo diferentes enfoques terapéuticos para tratar esta problemática. La comunidad terapéutica es una de estas propuestas y desde su creación, en los años 50, ha constituido una de las opciones más utilizadas. En las guías y protocolos nacionales e internacionales se han establecido los criterios que señalan cuando está indicado el ingreso a una comunidad terapéutica. Sin embargo, en nuestro medio son escasos los estudios que muestren como se emplean estos criterios para seleccionar a quienes ingresan a este tipo de intervención; lo mismo ocurre con respecto a la caracterización de la población internada en estos centros.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las preguntas problema fueron: ¿cuáles son las características de los pacientes ingresados a la comunidad terapéutica San Gregorio?, ¿dichas características se correlacionan con los criterios de ingreso a comunidades terapéuticas, propuestos a nivel nacional e internacional?

## **JUSTIFICACIÓN**

Realizar este tipo de investigaciones, aporta al conocimiento de las características de poblaciones de pacientes de nuestro medio, que ingresan a programas de rehabilitación del tipo de las comunidades terapéuticas. Como se sabe, existen las guías de las mejores prácticas médicas; en el caso del tratamiento integral de las adicciones, se plantea un protocolo que implica una intervención que varía en intensidad, complejidad y nivel de interacción. Bajo este contexto, es el tratamiento residencial en general y el de Comunidad Terapéutica en particular, la forma de intervención más intensiva y fuerte que se usa, una vez que se han agotado las intervenciones ambulatorias y familiares. En nuestro medio se ha observado una tendencia a empezar por el final, es decir, ingresar en comunidad terapéutica a todos los casos detectados.

Por tratarse de una comunidad terapéutica que recibe casos de todo el país, y cuenta con la asesoría y el tratamiento especializado en psiquiatría para los comportamientos en adicciones, se pretende evaluar el grado de impacto de la intervención psiquiátrica y el seguimiento de las prescripciones, en un contexto no solo médico sino biopsicosocial

## **OBJETIVOS**

### **Generales**

1. Identificar la aplicación de las indicaciones establecidas nacional e internacionalmente para la internación de pacientes en una comunidad terapéutica.
2. Caracterizar la población ingresada a una comunidad terapéutica en el año 2009.

## **Específicos**

1. Conocer los criterios vigentes para ingreso a una comunidad terapéutica como parte del tratamiento de problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.
2. Establecer las características demográficas, de patrones de consumo de sustancias psicoactivas, de diagnóstico médico y psiquiátrico de la población objeto de estudio.

## **MARCO TEÓRICO**

### **Situación mundial del consumo de sustancias psicoactivas (SPA)**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en informe presentado en el año 2010, estima que entre 155 y 250 millones de personas, es decir, entre 3,5% y 5,7% de la población con edades entre 15 y 64 años, utilizaron sustancias ilícitas al menos una vez en el año 2008 (1).

La OMS (2010) considera como “usuarios problema” a aquellas personas que utilizan drogas inyectadas o quienes cumplen criterios de dependencia a sustancias ilícitas, se considera que habría entre 16 y 38 millones de estos individuos en el mundo. Esto representa un aproximado de 10% a 15% de los usuarios de drogas (1).

La droga ilícita más utilizada es la marihuana, seguida por las anfetaminas, cocaína y opiáceos. La primera se utiliza con una prevalencia anual de 2,9% a 4,3% en la población entre 15 y 64 años; las anfetaminas se usaron con una prevalencia anual de 0,3% a 1,2%, los opioides entre 0,3% y 0,5% y %; la cocaína ofrece cifras de 0,3% a 0,4% (1).

En cuanto al tratamiento, se calcula que en el año 2008 entre 12% y 30% de “usuarios problema” habrían recibido tratamiento; esto quiere decir que entre 11 y 33,5 millones de personas no recibieron el manejo correspondiente (1).

Otro grupo de drogas de abuso que además ha mostrado un importante incremento, es el correspondiente a las drogas de prescripción como los opioides sintéticos y las benzodiazepinas (1).

Por otra parte, es importante considerar la morbilidad y mortalidad relacionadas con el uso de sustancias psicoactivas (SPA). Este grupo de entidades se relaciona con las sobredosis, accidentes de tránsito, enfermedades adquiridas a través de su uso, tales como infecciones virales, bacterianas y otras secuelas a corto, mediano y largo plazo. A este respecto, se estima que el 7% de las muertes se relaciona con el uso agudo de algún tipo de droga (2).

### **Situación del consumo de SPA en Suramérica**

Pérez (2007) reporta como en el sur del continente americano, el alcohol es la droga de mayor consumo entre los estudiantes de secundaria. Entre los alumnos evaluados de 9 países suramericanos en el año 2006, se encontró que Colombia era el mayor consumidor de alcohol en este tipo de población llegando a considerarse que el 50,6% de estos individuos habían consumido bebidas alcohólicas alguna vez en sus vidas; este inicio era más precoz en Colombia y Brasil, y más tardío en los bolivianos. En cuanto al uso de tabaco, el mayor uso se registró en Chile con 38,3% de uso en adolescentes, principalmente mujeres (3).

De la misma forma que en los hallazgos mundiales, en Suramérica el cannabis es la sustancia ilícita de mayor consumo, excepto en Brasil donde priman los inhalantes. Las



mayores tasas de consumo de marihuana se observan en Chile (12,7%) y Uruguay (8,5%) (3).

Las anfetaminas se utilizan principalmente en Chile (3,5%), seguido por Colombia (2,8%). Por otra parte, la cocaína se utiliza principalmente en Argentina (2,5%) y Chile (2,4%). Los inhalantes son de uso predominante en Brasil (15,3%), seguido de lejos por Colombia con 3,5% (3).

### **Situación del consumo de SPA en Colombia**

En el año 2004 se publicó la encuesta nacional sobre consumo de SPA aplicada a jóvenes escolarizados, con edades entre 12 y 17 años, correspondientes a 7 ciudades capitales y 2 ciudades pequeñas de Colombia. En dicha investigación se encontró que el mayor consumo para estos jóvenes corresponde a alcohol y tabaco, con prevalencias de 50% y 20% respectivamente en la franja de edades de 12 a 13 años, y de 92% y 67% entre los 18 y 19 años (3).

Cote (2008) encontró que los niños y adolescentes que se encuentran en tratamiento en las comunidades terapéuticas, tiene una edad de inicio menor que las encontradas en los estudios en población general. En su estudio encontró que la edad de inicio fue de 11.5 años. El 81.9% tenía antecedentes familiares positivos para consumo de SPA, siendo el padre biológico el familiar que con mayor frecuencia consumía. En el grupo de poli consumidores se encontró mayor prevalencia de las alteraciones neurocomportamentales, lo que complica el desenlace por desarrollo de dependencia física y dificultades en el desempeño académico, que requieren de intervención específica (4)

Pérez, A (2008), encontró que el uso de alcohol suele ser de inicio temprano con un promedio de 10 años para los hombres y 11 años para las mujeres; incluso, existe un grupo de varones de 13% y de féminas de 8%, que iniciaron dicho uso antes de los 10 años de edad (5).

Estas sustancias son seguidas de los tranquilizantes con una prevalencia en la vida de 9,9%, la marihuana con 7,6%, los estimulantes con 5,6%, los inhalantes con 3,8%, los alucinógenos con 2,1% y la cocaína con 1,8% (3).

En el año 2008 se realiza un nuevo estudio, esta vez con personas con edades comprendidas entre los 12 y 65 años; se entrevistaron 29164 personas; de estos, 45 % declaraban haber consumido tabaco alguna vez en la vida, 17 % como consumidores al momento del estudio; en el caso del alcohol, el 86% lo habían probado alguna vez y 12,2% tenían un consumo riesgoso; esto era más frecuente en la franja de 18 a 24 años. En cuanto a las sustancias ilícitas, en primer lugar se menciona a la marihuana con 8 % de la población que alguna vez la ha probado; de estos, el 50% tienen un patrón de abuso o dependencia. Luego sigue la cocaína con un 2,5% de uso, de los cuales el 60% tienen patrón de abuso o dependencia. El basuco aparece con un 1,1 % de haber sido probado alguna vez; en el 78% de los casos existía patrón problemático de consumo. Luego de estas sustancias, seguían las anfetaminas, los inhalantes y la heroína con confirmación de haber sido usada alguna vez, en el 0,9%, 0,8% y 0,2% respectivamente (6).

### **Tratamiento para usuarios de SPA**

En principio se debe contemplar, que los objetivos generales del tratamiento de las personas con abuso o dependencia de SPA son disminuir el daño provocado y aumentar el

conocimiento de los riesgos (mitigación), por el uso, mejorar la funcionalidad, promover la disminución o suspensión de su uso y mantenerse con esta condición en el tiempo (7).

La situación es otra con las personas que presentan dependencia a una o varias SPA. En estos casos la condición de neuroadaptación y dependencia, la convierte en un trastorno de abuso o dependencia, que requiere de tratamiento especializado. En ciertos casos se puede proponer el uso controlado, pero la mayoría de las veces con uso compulsivo (dependencia), es necesario mantenerse libre de drogas, es decir: el no uso es el objetivo del tratamiento. Evidentemente la rehabilitación de los usuarios de SPA procurará en el mejoramiento de la calidad de vida de estos pacientes y sus familias, pero además se considera que es costo-efectivo ya que disminuirá los gastos generados por las diferentes patologías y eventos sociales adversos provocados por esta situación.

La American Psychiatric Association (APA), en su guía para el tratamiento de personas con trastornos por uso de SPA, menciona que a pesar de que los pacientes con este tipo de desórdenes son muy heterogéneos, se deben contemplar unos principios generales para el tratamiento:

- Evaluación psiquiátrica inicial, que se considera esencial en la rehabilitación. Comprende una historia clínica completa, la realización de screening toxicológico y de los paraclínicos requeridos según la condición de cada paciente (8). El National Institute for Health & Clinical Excellence (NICE, 2008) como parte de una valoración inicial más integral, propone evaluación secuenciales en diferentes áreas: psicológica, médica, académica y social (9).

- Tratamiento psiquiátrico, donde se incluya terapia motivacional, establecimiento de la alianza terapéutica, evaluación de la seguridad y status clínico, de la misma manera para dar un adecuado tratamiento a condiciones de intoxicación y abstinencia que pudieran presentarse; esta última parte es la denominada desintoxicación.
- Tratamiento específico, que incluya las medidas farmacológicas y psicosociales que exijan la condición y necesidades de cada paciente; este tratamiento debe ser totalmente personalizado e individualizado.
- Formulación e implementación de un plan de tratamiento que busque lograr la abstinencia, aumentar la adherencia, disminuir la recaída y tratar la comorbilidad (8).

Según el Ministerio de la Protección Social, el tratamiento de los trastornos derivados del consumo de SPA, se considera un contínuum, en el cual existen intervenciones de diversa complejidad. A partir de estos procedimientos se obtiene un sistema de tratamiento, que incluye todo el espectro de servicios que están disponibles para la población de usuarios que los requieren (10).

Para el manejo de las entidades derivadas del consumo de SPA se plantean las siguientes intervenciones:

***Intervención temprana:*** dirigido a las personas que están en alto riesgo de desarrollar un problema por consumo de SPA. Se debe realizar una evaluación, diagnóstico e intervención breve. Se caracteriza por tener un número limitado de sesiones (una a cuatro) (10). En esta primera aproximación la buena práctica hace referencia al uso de diferentes elementos de

tamizaje, entre los que se cuentan los cuestionarios AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), CAGE (Chronic Alcoholism General Evaluation), DUDIT (The Drug Use Disorders Identification Test), entre otros que pueden ser adoptados por las diferentes instituciones (8, 9).

***Desintoxicación:*** el objetivo es restablecer el funcionamiento normal del sujeto que se ha visto afectado por el consumo reciente de SPA. En esta etapa se incluye también el tratamiento del síndrome de abstinencia, en caso de que se presente (8, 9, 10).

Cabe aclarar que esta etapa de ninguna manera constituye el tratamiento completo, sino una parte del mismo. Los objetivos en la desintoxicación son evaluar al paciente, estabilizarlo y prepararlo para ingresar a la siguiente fase del tratamiento (8, 9, 10).

La etapa de desintoxicación se puede realizar en distintos lugares según las necesidades del paciente:

1. Ambulatoria: está indicado en cuadros leves, que implican un mínimo riesgo de complicación. En este caso, los pacientes asisten una o varias horas al día para ser supervisados por personal entrenado (8,9, 10).
2. Residencial: en esta existen varias modalidades
  - ✓ Con supervisión médica: no requiere recursos hospitalarios
  - ✓ Con manejo médico directo: en aquellos que tienen mayor riesgo de complicación.
  - ✓ Medio hospitalario con manejo médico intensivo: deben tener todos los recursos hospitalarios. Atención médica intensiva (8.9, 10).

***Intervención para rehabilitación:*** existen diferentes modalidades para continuar el tratamiento, en estas se han anotado los niveles de evidencia sugeridos por la American Psychiatric Association:

I: recomendado con confianza clínica sustancial.

II: recomendado con confianza clínica moderada.

III: puede ser recomendado con base en circunstancias individuales.

1. Ambulatorio: está indicado para los que tienen un trastorno leve o que no están listos para asumir una forma distinta de tratamiento (8, 9); nivel de evidencia I.
2. Mediana intensidad: en esta se incluye el hospital día (8,9). Sirve para los que necesitan una atención más intensiva; también para los que acaban de salir de una modalidad de internación pero aún están en alto riesgo de recaída (8, 9); nivel de evidencia II.
3. Internamiento o residencial: comprende los programas residenciales como la comunidad terapéutica. Se dirige a personas que tienen un déficit funcional que impide el uso de herramientas de recuperación, quienes no han logrado reconocer su padecimiento, están en estado temprano hacia el cambio, presentan dificultades en las relaciones interpersonales o un pobre soporte social (8, 9, 10). Es también pertinente para los que ya han probado un programa ambulatorio con pobres resultados (8); nivel de evidencia II.
4. Hospitalización: implica evaluación médica directa. Para personas con trastornos médicos y/o mentales graves de tipo subagudo o agudo. También para aquellos con

probabilidades importantes de intoxicación o síndrome de abstinencia (8,9, 10); nivel de evidencia I.

La permanencia en estos niveles está indicada si:

- El paciente ha evolucionado adecuadamente, pero aún no alcanza las metas propuestas, o aunque no ha obtenido los objetivos, aún puede obtenerlos en este tipo de intervención.
- Han surgido nuevos problemas que pueden ser tratados en este nivel de atención.

El egreso o cambio de medida se contempla si existe mejoría con logro de las metas planteadas, estancamiento del proceso o agravamiento de la condición del usuario.

***Reinserción social:*** es la restitución del funcionamiento familiar, académico y social. La idea es que posterior a superar la deshabituación, al paciente se le deben realizar controles al menos durante el primer mes luego del egreso; estas supervisiones se pueden hacer de diversas formas (telefónicamente, visitas domiciliarias o consulta externa) (12).

### **Selección de la modalidad de intervención**

Para determinar en qué nivel debe ser tratado un paciente con trastorno por uso de SPA, se han postulado diferentes consideraciones.

Se ha propuesto tener en cuenta el tipo y cantidad de SPA que consume; la gravedad del trastorno y el grado de compromiso funcional; las complicaciones que se han generado; las fortalezas y debilidades del paciente; por último, el contexto social en el cual el individuo vive y va a ser tratado (8,9, 10).

La American Society of Addiction Medicine (ASAM), ha publicado los criterios internacionalmente aceptados para determinar el nivel donde debe seguir tratamiento cada paciente (13). Para comprender estos lineamientos es preciso saber que ellos hablan de 4 niveles principales de tratamiento:

- Ambulatorio
- Ambulatorio intensivo / hospitalización parcial
- Tratamiento residencial (por ejemplo las comunidades terapéuticas)
- Tratamiento interno intensivo y medicalizado (12, 13)

Para saber en cuál de estas medidas debe estar un paciente se deben evaluar 6 dimensiones:

- Intoxicación aguda y/o abstinencia potencial: en esta área se debe tener en cuenta la presencia o no de síntomas que sugieran intoxicación aguda y la severidad de los mismos. Por otra parte, se debe observar si existen indicios de un síndrome de abstinencia y el nivel de gravedad del mismo. Estos datos permitirán definir, si requiere de un ambiente de desintoxicación ambulatorio u hospitalario. Esta decisión también dependerá del tipo de sustancia(s) que utiliza el paciente, y de los antecedentes del mismo (síndromes de abstinencia previos).
- Condiciones y complicaciones biomédicas: es necesaria una adecuada y completa evaluación médica, que permita detectar las condiciones orgánicas que puede padecer el usuario. Al determinar esta información, es imperioso saber si se trata de enfermedades controladas o no, y si impiden la convivencia en comunidad.
- Condiciones emocionales y conductuales: la evaluación psiquiátrica determina si el paciente presenta un diagnóstico dual o si se presenta comorbilidad con algún tipo



de trastorno mental. En caso de tratarse de una condición no controlada o con un alto riesgo de auto o heteroagresividad, se considerará la opción de seguir el tratamiento en un lugar donde se preste atención psiquiátrica permanente, es decir, una unidad de salud mental.

- Aceptación o resistencia al tratamiento
- Potencial de recaída: dependerá de la frecuencia del uso, los antecedentes de recaídas y el riesgo de síndrome de abstinencia.
- Ambiente de recuperación: se debe evaluar la red de apoyo y el contexto del lugar donde habitaría el paciente, procurando propiciar el ambiente mas adecuado para su rehabilitación (presencia de otros consumidores, facilidad de acceso a SPA, entre otros) (13).

El Ministerio de Protección Social, en su Actualización de la Guía Práctica de Atención Integral en Farmacodependencia, resume la correlación entre estas dimensiones y los diferentes niveles de atención, como se observa en la tabla 1 (10)

Tabla 1. Criterios para selección de la modalidad de intervención en trastorno por consumo de SPA

Ejes de valoración	Ambulatorio	Ambulatorio Intensivo Hospital Parcial	Residencia Comunidad Terapéutica	Hospital
<b>1: Intoxicación / Síndrome de Abstinencia</b>	Riesgo no significativo o mínimo	Riesgo moderado de Síndrome de Abstinencia severo	Mínimo. Síndrome de Abstinencia moderado o severo manejable	Alto riesgo. Manejable en ambiente con recursos hospitalarios
<b>2: Trastornos Médicos</b>	Ninguno o muy estable. En control médico	Ninguno o no implica obstáculo. Manejable	Ninguno o estable; en control médico	Requiere control médico 24 horas, enfermería y los recursos de un hospital
<b>3: Trastornos Mentales</b>	Ninguno o muy estable y que está bajo control de salud mental	Severidad leve a moderada, potencial obstáculo a la recuperación y que requiere ser estabilizado	Ninguno o de severidad tal que no implica obstáculo para la recuperación.	Problemas mentales severos o inestables, que necesitan cuidados psiquiátricos las 24 horas y tratamiento concomitante para la dependencia de SPA
<b>4: Disposición al Cambio</b>	Dispuesto para la recuperación pero necesita motivación y control o hay alta severidad en este eje pero no en otros	Pobre compromiso. Ambivalencia significativa, falta de conciencia del problema, Requiere programa estructurado casi diario o servicio intensivo	Necesidad ambiente estructurado o entorno residencial para modelar la conducta. Abierto a la recuperación. Puede haber alta severidad en este eje pero no en otros. Necesita fortalecimiento motivacional	Resistente al tratamiento, pobre control de impulsos, necesita estrategias motivacionales en encuadres estructurados de 24 h. ó un programa de fortalecimiento motivacional
<b>5: Riesgo de Recaída , mantenimiento del consumo u otros problemas</b>	Capaz de mantener la abstinencia o controlar el uso, persistir en la recuperación o en metas motivacionales con un mínimo apoyo	El problema se ha intensificado a pesar de su participación activa en un programa ambulatorio. Alta probabilidad de recaer, mantener el consumo o continuar con sus problemas, si no cuenta con control estrecho y apoyo casi	Problema grave, opuesto al tratamiento, con poca o ninguna conciencia y peligro de consecuencias inminentes. Entiende las recaídas, pero necesita estructura para mantener los logros terapéuticos. Requiere de encuadre	No califica para servicios menos intensivos

		diario.	residencial para prevenir recaídas y sus consecuencias.	
<b>6:Ambiente</b>	Cuenta con apoyo y herramientas para el manejo exitoso de la situación	Carece de apoyo actual pero con estructura, apoyo y el alejamiento del ambiente hogareño, puede manejarse con éxito	Peligroso. Necesita de una estructura de 24h. para aprender a manejarse exitosamente	Peligroso. No califica para servicios menos intensivos

Ministerio de la Protección Social. Actualización de la Guía Práctica de Atención Integral en Farmacodependencia. 2004.

### **La comunidad terapéutica**

Dentro de las opciones para el tratamiento interno se encuentra la comunidad terapéutica. En esta modalidad se hace especial énfasis, por ser el objeto de revisión del presente estudio.

Las comunidades terapéuticas (CT) para el tratamiento de los desórdenes derivados del consumo de SPA, hacen su aparición en 1958 al establecerse Synanon en California. En 1975 se creó la World Federation of Therapeutic Communities. En la actualidad, se encuentran comunidades terapéuticas en 65 países, de los 5 continentes (14).

Se caracterizan por trabajar a través de un nivel jerárquico, con diferentes encargos que exigen responsabilidad personal y social; se utiliza la influencia de los pares para ayudar a los individuos a asimilar las normas sociales y desarrollar habilidades sociales eficaces (14, 15).

La comunidad terapéutica está indicada para personas con consumos importantes, alta probabilidad de recaída y problemas de ajuste social. Los pacientes que ingresan, deben tener mínimo o nulo riesgo de presentar un síndrome de abstinencia, no requerir atención

médica permanente y estar sin riesgo marcado de auto o heteroagresividad (16.). Por lo anterior, se trata de un tratamiento intensivo, de alto costo y complejidad, al cual deben ir las personas que han fallado en tratamientos de tipo ambulatorio y menos intensivo. Además, es fundamental que las personas vayan motivadas para el mismo. Tienen alta intensidad de consejería y confrontación. Se basa en los principios de autoayuda como los programas de los 12 pasos y la búsqueda de la reinserción social del usuario (12, 14, 15). Sus programas suelen durar de 3 a 6 meses o incluso un año.

En general, comprenden tres etapas:

1. Recepción: en esta fase se busca aumentar la motivación y promover la abstinencia. Incluye fase de pre-acogida en la que el sujeto es motivado a participar en el proceso terapéutico y la de acogida en la que se pretende disminuir la resistencia y se promueven estilos de vida saludable.
2. Residencial: se busca la adquisición de conductas que aumenten la independencia y la resolución de problemas específicos que pueden promover la recaída.
3. Reinserción: es la disminución progresiva de la intensidad del tratamiento. Se promueve la reintegración social, familiar y laboral (17,18).

A través del día y según la filosofía de cada comunidad se desarrollan diferentes actividades como son los encuentros dedicados a la confrontación y análisis de diversos hechos y actitudes observados durante la jornada; el reiteramiento de frases motivacionales; utilización de espacios lúdicos; uso de un diario terapéutico en el que cada residente describe sus vivencias y progresos; coloquios personalizados con el terapeuta en el que se

discuten las problemáticas de cada uno; seminarios sobre diferentes temas; grupos de apoyo para conjuntos específicos de residentes; encuentros especiales en los que se suelen involucrar a los familiares (18).

El estudio aquí planteado se realizó en la Comunidad Terapéutica San Gregorio, que está ubicada en las inmediaciones del municipio de Cota (Cundinamarca). Es una institución dirigida por la Congregación de Religiosos Terciarios Capuchinos, a la cual ingresan niños, niñas y adolescentes entre los 7 y los 17 años de edad, con problemas relacionados con consumo de sustancias psicoactivas.

## **METODOLOGÍA**

*Muestra:* se realizó una revisión documental por parte de una de las investigadoras de todas las historias clínicas de los pacientes ingresados entre el 1 de enero de 2009 y el 31 de diciembre de 2009 a la Comunidad Terapéutica San Gregorio.

*Diseño:* El estudio es descriptivo.

*Recolección de datos:* se realizó a partir de un formato diseñado para tal fin donde se consideró la información requerida y encontrable en las historias clínicas. Dichos datos se organizaron en variables, que a su vez se dividieron en sub variables y estas en categorías, como se observa en la tabla 2.

Tabla 2: Variables, subvariables y categorías

VARIABLE	SUBVARIABLE	CATEGORÍA
Documentación	Número de HC	
Datos demográficos	Edad en años	
	Sexo	0= femenino
		1= masculino
	Procedencia	0=Bogotá
		1= fuera de Bogotá
Nivel educativo	Escolaridad	0= analfabeta
		1= primaria incompleta
		2= primaria completa
		3= secundaria incompleta
		4= secundaria completa
		5= superior/técnico
	Años repetidos	
Red de apoyo		0= padres
		1= padre
		2= madre
		3= abuelos
		4= otros familiares
		5= nadie
Permanencia	Fecha de ingreso	
	Fecha de egreso	
	Tiempo total de estancia en	

	días	
	Evasión	0= si
		1= no
<b>Historia de consumo</b>	Tipo de SPA que consume	0= no consume
		1= marihuana
		2= basuco
		3= pegante
		4= pastillas (benzodiacepinas y anfetaminas)
		5= perico
		6= cigarrillo
		7= alcohol
		8= policonsumo
		9= otros
<b>Diagnóstico</b>	Motivo de ingreso	0=conducta 1= consumo de SPA
<b>Condición médica</b>	Valoración por medicina general	
<b>Historia de tratamiento</b>	Reingresos	0= si
		1= no
<b>Intervención de psiquiatría</b>	Valoración	0= si
		1= no
	Motivo de consulta	
	Fecha de valoración	

	DX de psiquiatría	
	Tratamiento	0= no aplica
		1= solo psicoterapia
		2= mas medicamento
	Controles	0= no aplica
		1= si
		2= no
	Tiempo de uso del medicamento	

### **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Este estudio se realizó bajo los preceptos éticos estipulados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y sus enmiendas, y por la Resolución del Ministerio de Salud de Colombia N. 008430 de 1993 (19); con base en esta última, el presente estudio es clasificado como una investigación sin riesgo. De esta forma, consideramos el presente proyecto basados en el deber médico de promover y velar por la salud de los pacientes, anteponiendo el bienestar de estos a cualquier planteamiento investigativo. Se busca ampliar el conocimiento médico en un área específica para mejorar la atención y efectividad en el tratamiento de nuestros pacientes.

Para regirnos bajo este marco ético, se realizó un protocolo que fue puesto en consideración y aprobado los comités de ética pertinentes, en este caso de la Comunidad Terapéutica San Gregorio.



La metodología propuesta se desarrolló por personal competente y entrenado específicamente para este fin.

## RESULTADOS

Se revisaron 959 historias clínicas, correspondientes a los jóvenes que ingresaron a la institución durante el año 2009. A continuación se describen cada uno de los aspectos examinados durante esta investigación retrospectiva.

### Variable datos demográficos

#### *Subvariable edad*

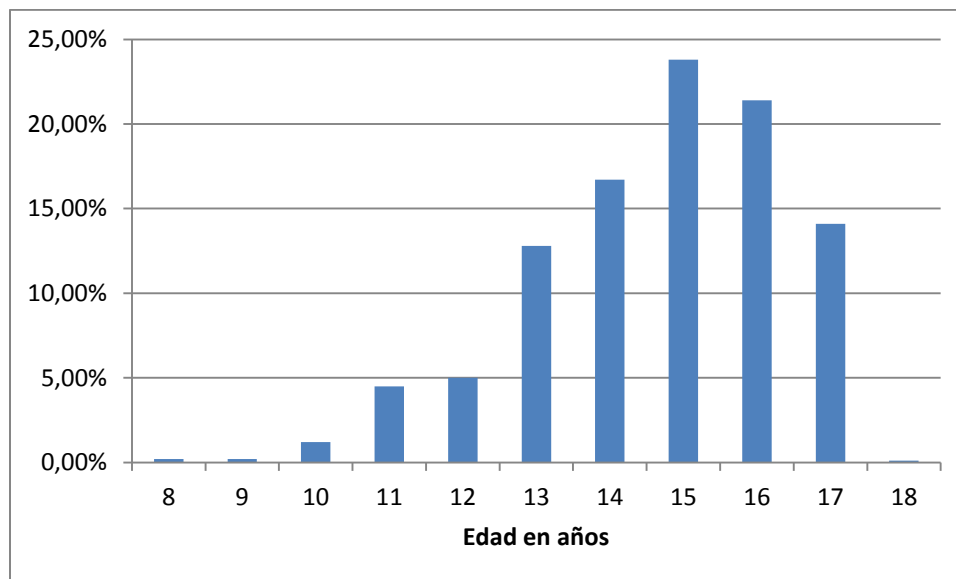
Con respecto a la edad, se encontró que el mayor porcentaje de pacientes tenía 15 años (23,8%); estableciendo un rango de edades, se puede decir que la mayor cantidad de niños están entre los 13 y los 17 años, que en conjunto suman 88,8% de la población evaluada. La media de edad fue de 14,66 años, con un rango entre los 8 y los 18 años. La varianza fue de 2,99. Hubo 12 historias clínicas donde no se encontró este dato (tabla 3 y gráfico 1).

Tabla 3: Edad

<b>EDAD en años</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>8</b>	2	0,2%	0,2%
<b>9</b>	2	0,2%	0,4%
<b>10</b>	11	1,2%	1,6%
<b>11</b>	43	4,5%	6,1%
<b>12</b>	47	5,0%	11,1%
<b>13</b>	121	12,8%	23,9%
<b>14</b>	158	16,7%	40,5%
<b>15</b>	225	23,8%	64,3%
<b>16</b>	203	21,4%	85,7%

<b>17</b>	134	14,1%	99,9%
<b>18</b>	1	0,1%	100,0%
<b>Total</b>	947	100,0%	100,0%

Gráfico 1: Edad



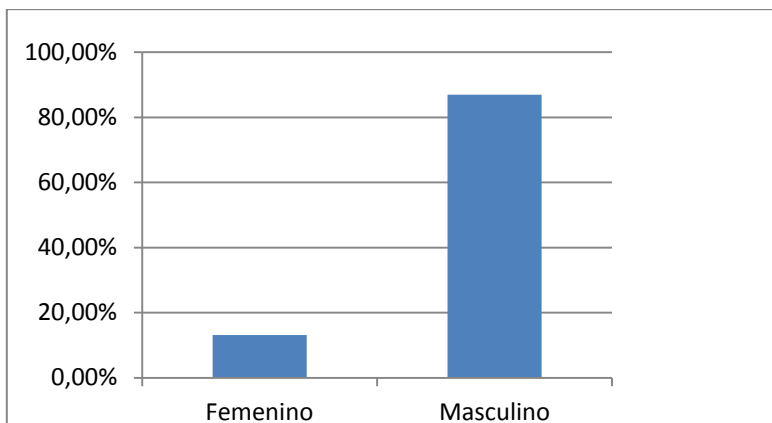
### *Subvariable sexo*

Se consideraron las categorías “femenino” y “masculino”. Se encontró que la mayoría de los pacientes eran del sexo masculino (86,9%) (tabla 4 y gráfico 2). Hubo 11 historias donde no se encontró este dato.

Tabla 4: Sexo

<b>Sexo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Femenino</b>	124	13,1%	13,1%
<b>Masculino</b>	824	86,9%	100,0%
<b>Total</b>	948	100,0%	100,0%

Gráfico 2: Sexo

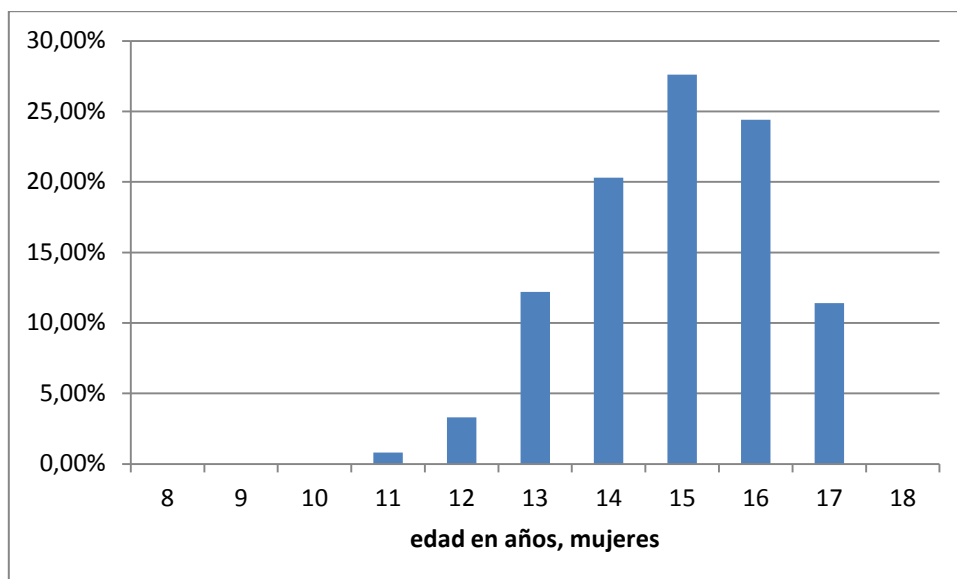


También se realizó un análisis entre sexo y edad, encontrándose que las mujeres tienen un rango de edad entre 11 y 17 años. La media de edad en este grupo fue de 14,9 años (tabla 5 y gráfico 3).

Tabla 5: Edad en mujeres

<b>EDAD en años</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>8</b>	0	0,0%	0,0%
<b>9</b>	0	0,0%	0,0%
<b>10</b>	0	0,0%	0,0%
<b>11</b>	1	0,8%	0,8%
<b>12</b>	4	3,3%	4,1%
<b>13</b>	15	12,2%	16,3%
<b>14</b>	25	20,3%	36,6%
<b>15</b>	34	27,6%	64,2%
<b>16</b>	30	24,4%	88,6%
<b>17</b>	14	11,4%	100,0%
<b>18</b>	0	0,0%	100,0%
<b>Total</b>	123	100,0%	100,0%

Gráfico 3: Edad en mujeres

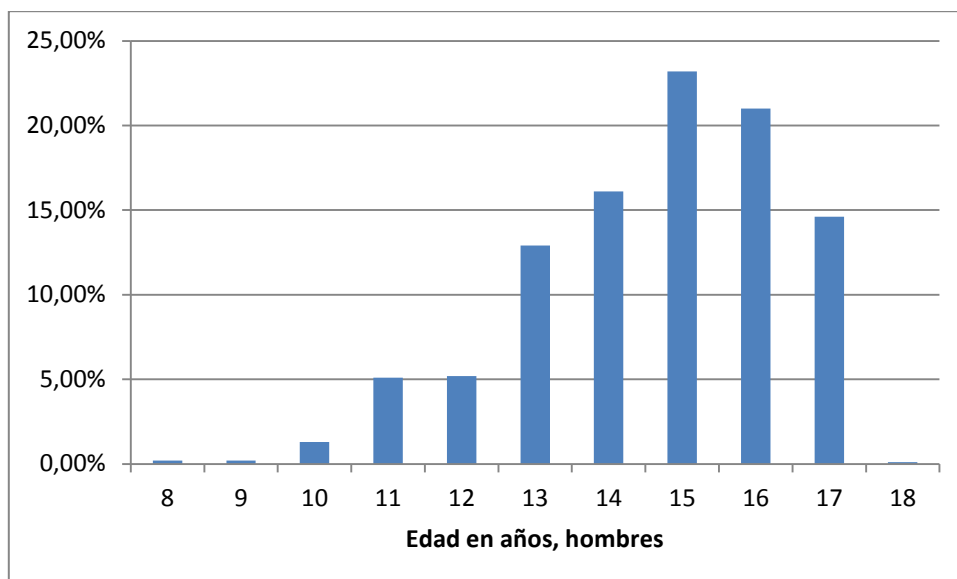


En el caso de los hombres, el rango de edad va de los 8 a los 18 años. La media de la edad fue de 14,62 años (tabla 6 y gráfico 4).

Tabla 6: Edad en hombres

<b>EDAD</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>8</b>	2	0,2%	0,2%
<b>9</b>	2	0,2%	0,5%
<b>10</b>	11	1,3%	1,8%
<b>11</b>	42	5,1%	6,9%
<b>12</b>	43	5,2%	12,1%
<b>13</b>	106	12,9%	25,0%
<b>14</b>	133	16,1%	41,1%
<b>15</b>	191	23,2%	64,3%
<b>16</b>	173	21,0%	85,3%
<b>17</b>	120	14,6%	99,9%
<b>18</b>	1	0,1%	100,0%
<b>Total</b>	824	100,0%	100,0%

Gráfico 4: Edad en hombres



### *Subvariable procedencia*

Se consideran las categorías “Bogotá” y “fuera de Bogotá”. La mayoría de los niños procedían de la ciudad de Bogotá (80,2%). Hubo once historias clínicas en las que no se encontró este dato.

### **Variable nivel educativo**

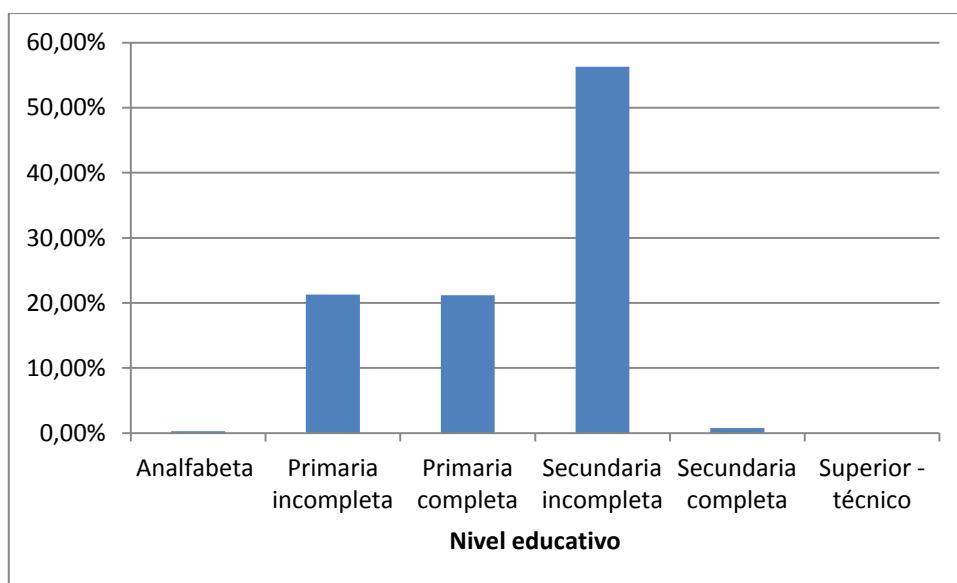
#### *Subvariable escolaridad*

Se consideraron las categorías “analfabeta”, “primaria incompleta”, “primaria completa”, “secundaria incompleta”, “secundaria completa” y “superior – técnico”. Hubo 12 personas en cuyas historias no se encontró este dato (tabla 7 y gráfico 5).

Tabla 7: Escolaridad

<b>Escolaridad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Analfabeta</b>	3	0,3%	0,3%
<b>Primaria incompleta</b>	202	21,3%	21,6%
<b>Primaria completa</b>	201	21,2%	42,9%
<b>Secundaria incompleta</b>	533	56,3%	99,2%
<b>Secundaria completa</b>	8	0,8%	100,0%
<b>Superior - técnico</b>	0	0%	0%
<b>Total</b>	947	100,0%	100,0%

Gráfico 5: Escolaridad



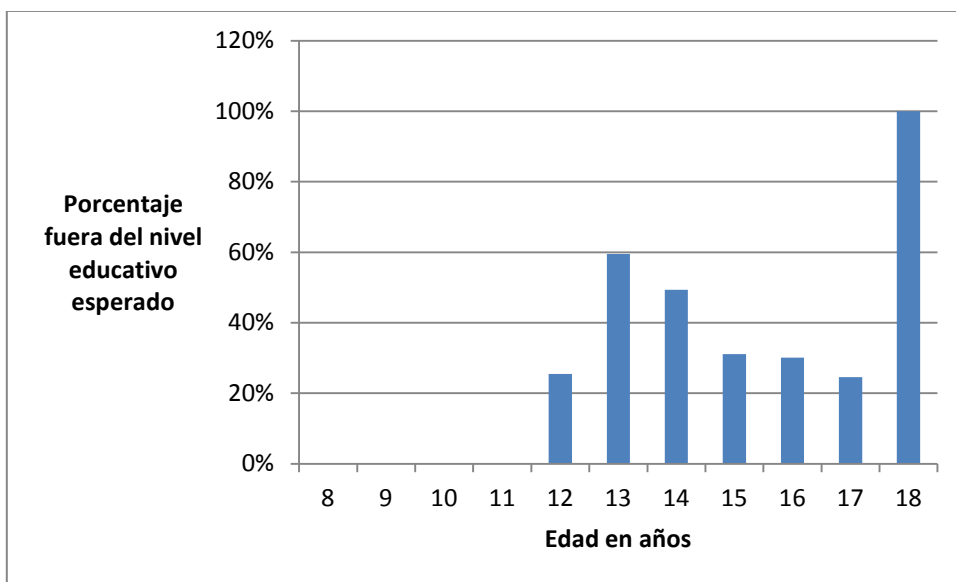
Comprendiendo que el nivel educativo depende de la edad del paciente, se realizó una diferenciación según la edad, anotando al final, el nivel educativo en el que se esperaba encontrarlos. Se resalta además, aquellos que están por debajo de dicho nivel (tabla 8 y gráfico 6).

Tabla 8: Edad y escolaridad esperada

edad (años)	analfabeta	primaria incompleta	primaria completa	secundaria incompleta	secundaria completa	superior o técnico	total	nivel esperado	Población fuera del Nivel educativo esperado
8	0	2	0	0	0	0	2	Primaria incompleta	0%
9	0	2	0	0	0	0	2	Primaria incompleta	0%
10	0	10	1	0	0	0	11	Primaria incompleta	0%
11	0	29	9	4	1	0	43	Primaria incompleta – completa	0%
12	<u>1</u>	<u>27</u>	11	8	0	0	47	Primaria completa – secundaria incompleta	25,5%
13	<u>2</u>	<u>39</u>	<u>31</u>	49	0	0	121	Secundaria incompleta	59,5%
14	0	<u>28</u>	<u>50</u>	80	0	0	158	Secundaria incompleta	49,3%
15	0	<u>27</u>	<u>43</u>	154	1	0	225	Secundaria incompleta	31,1%
16	0	<u>25</u>	<u>36</u>	138	3	0	202	Secundaria	30,1%

								incompleta	
17	0	<u>13</u>	<u>20</u>	98	3	0	134	Secundaria incompleta - completa	24,6%
18	0	0	0	<u>1</u>	0	0	1	Secundaria completa - profesional	100%

Gráfico 6: edad y pacientes fuera de escolaridad esperada



El 36,2% de los niños tenían un nivel educativo por debajo de lo esperado para su edad.

#### *Subvariable años repetidos*

Este dato no fue encontrado en la revisión de las historias clínicas.



## VARIABLE RED DE APOYO

Se usaron las categorías “padres”, “padre”, “madre”, “abuelos”, “otros familiares” y “nadie”.

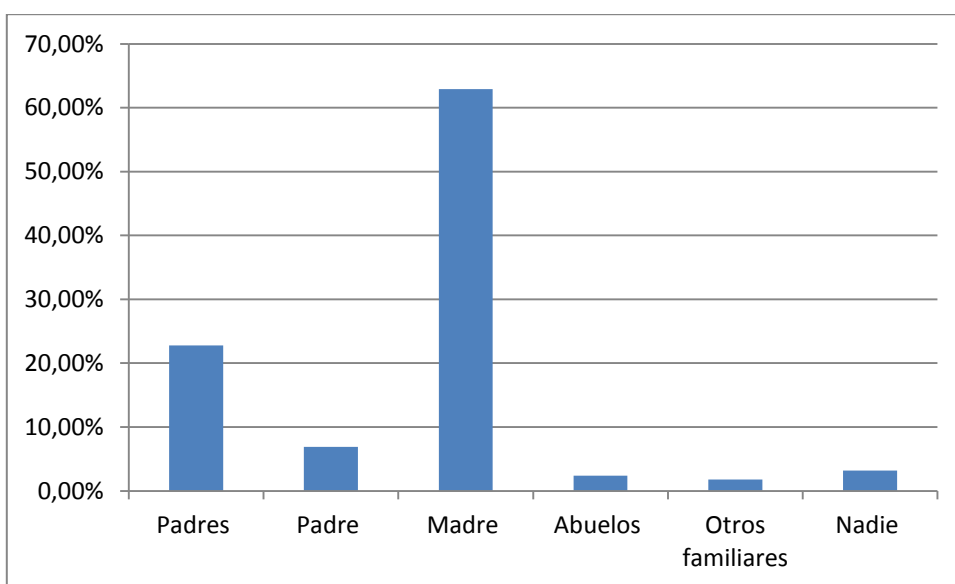
En esta parte se exploró quien era la persona encargada de ser acudiente del menor, encontrando que en la mayoría de los casos, era la madre (62,9%) (tabla 9 y gráfico 7).

Hubo una historia clínica en la que no se encontró este dato.

Tabla 9: Acudiente

Acudiente	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Padres</b>	218	22,8%	22,8%
<b>Padre</b>	66	6,9%	29,6%
<b>Madre</b>	603	62,9%	92,6%
<b>Abuelos</b>	23	2,4%	95,0%
<b>Otros familiares</b>	17	1,8%	96,8%
<b>Nadie</b>	31	3,2%	100,0%
<b>Total</b>	958	100,0%	100,0%

Gráfico 7: Acudiente



## Variable permanencia

### *Subvariables fecha de ingreso, de egreso y tiempo total de estancia*

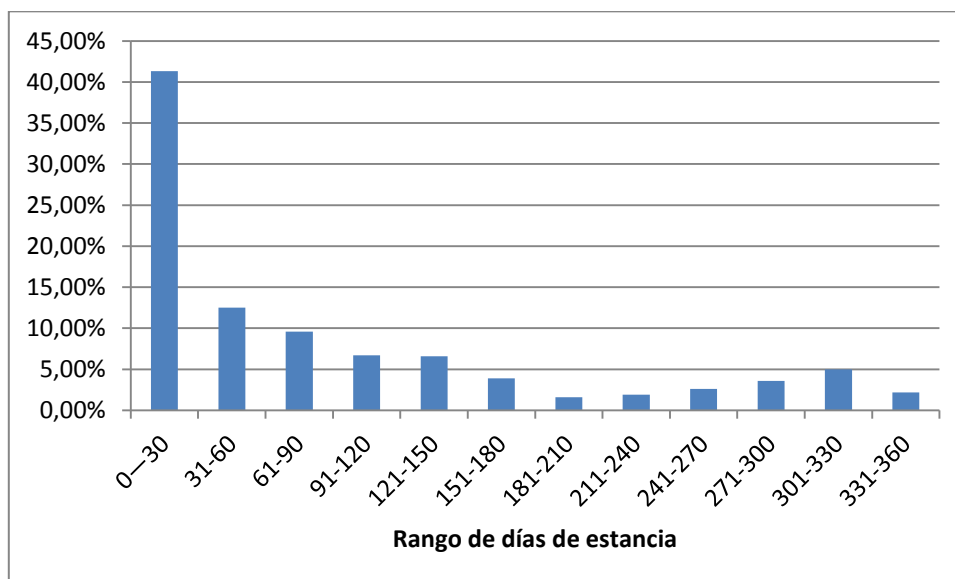
Se obtuvieron los datos referentes a la fecha de ingreso y de egreso de cada paciente, pudiéndose calcular la cantidad de días que permanecieron en la institución. Es así como con respecto a la estancia de los niños se encontró que la media fue de 96,2 días, con un rango de 0 días hasta 741 días. El 25% de los pacientes permaneció 12 días o menos; el 50% estuvo 49 días o menos internado; el 75%, 139 días o menos (tabla 10 y gráfico 8). El dato de duración de la estancia, faltó en 19 historias clínicas. Teniendo en cuenta los porcentajes acumulados, se encuentra que el 63,4% de los pacientes permanecen 90 días o menos en la comunidad.

Tabla 10: Estancia

Rango de días	Pacientes	Porcentaje del total	Porcentaje acumulado
0—30	390	41,3%	41,3%
31-60	118	12,5%	53,8%
61-90	91	9,6%	63,4%
91-120	64	6,7%	70,1%
121-150	63	6,6%	76,7%
151-180	37	3,9%	80,6%
181-210	16	1,6%	82,2%
211-240	18	1,9%	84,1%

241-270	25	2,6%	86,7%
271-300	34	3,6%	90,3%
301-330	48	5%	95,3%
331-360	21	2,7%	98%
Mayor de 360	18	2%	100%
TOTAL	943	100%	100%

Gráfico 8: Estancia



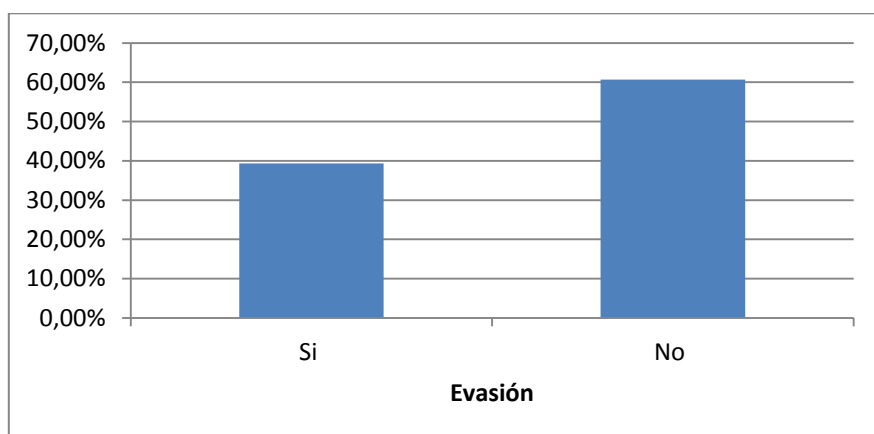
### ***Subvariable evasión***

En total, se evadieron 377 niños (39%) (tabla 11 y gráfico 9).

Tabla 11: Evasión

<b>Evasión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Si</b>	377	39,3%	39,3%
<b>No</b>	582	60,7%	100,0%
<b>Total</b>	959	100,0%	100,0%

Gráfico 9: Evasión



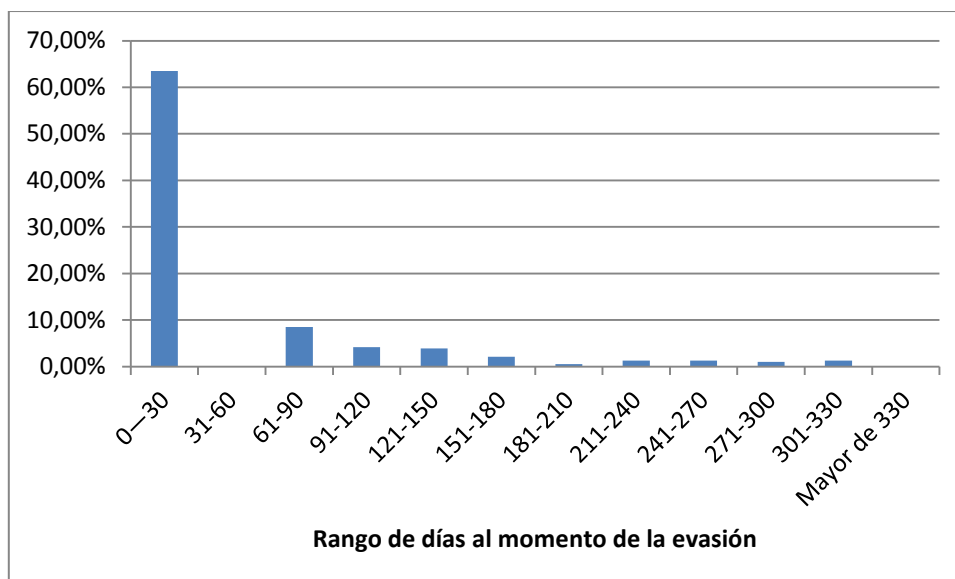
En cuanto al número de días transcurridos en la comunidad terapéutica al momento de la evasión, se encontró que la mayoría (63%), se evadían en el primer mes de estancia (tabla 12 y gráfico 10). Este dato faltó en una de las historias clínicas.

Tabla 12: Días transcurridos al momento de la evasión

Rango de días	Pacientes evadidos	Porcentaje del total
0—30	239	63,5%
31-60	45	11,9%%
61-90	32	8,5%

91-120	16	4,2%
121-150	15	3,9%
151-180	8	2,1%
181-210	2	0,53%
211-240	5	1,3%
241-270	5	1,3%
271-300	4	1%
301-330	5	1,3%
Mayor de 330	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>376</b>	<b>100%</b>

Gráfico 10: Días transcurridos al momento de la evasión



## Variable historia de consumo

### *Subvariable tipo de SPA que consume*

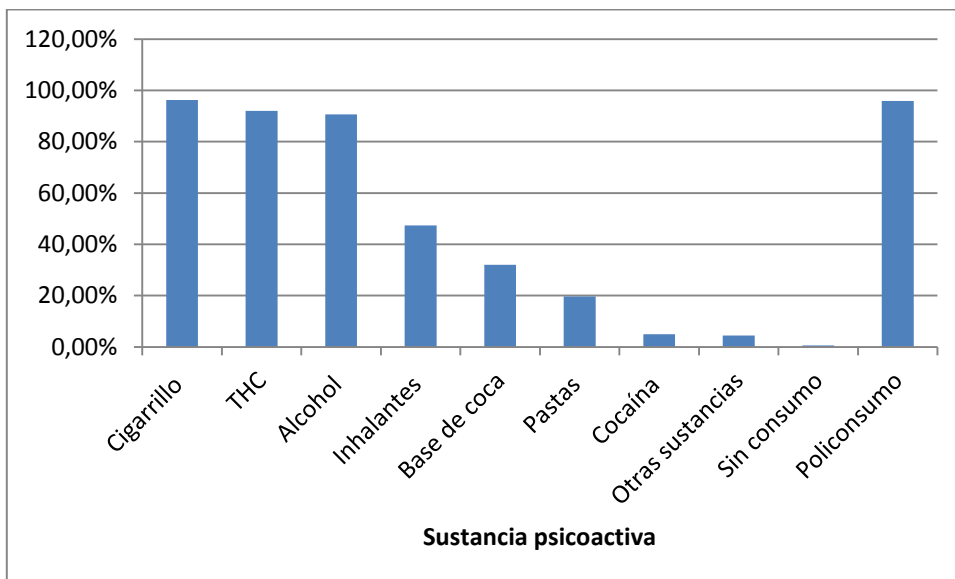
Se consideraron las categorías “no consume”, “marihuana”, “basuco”, “pegante”, “pastillas”, “cocaína”, “cigarrillo”, “alcohol”, “policonsumo” y “otros”.

Solo el 0,6%, manifestó no consumir ningún tipo de sustancia psicoactiva. La sustancia más consumida fue el cigarrillo, seguida por los tetrahidrocannabinoides y el alcohol. El policonsumo, definido como el consumo de más de dos sustancias fue del 95,91% (tabla 13 y gráfico 11).

Tabla 13: SPA que consume

SUSTANCIA	PORCENTAJE
Cigarrillo	96,2%
THC	92%
Alcohol	90,6%
Inhalantes	47,3%
Basuco	32%
Pastas	19,7%
Cocaína	5%
Otras sustancias	4,4%
Sin consumo	0,6%
Policonsumo	95,9%

Gráfico 11: SPA que consume



En cuanto a las asociaciones más frecuentes de consumo, se revisaron algunas encontradas en la literatura (tabla 14).

Tabla 14: Asociaciones de consumo frecuente

COMBINACIÓN	PORCENTAJE
THC y alcohol	93,8%
Alcohol y cigarrillo	93,6%
THC y cigarrillo	93,4%
Inhalantes y THC	46,1%
Basuco y THC	33,1%

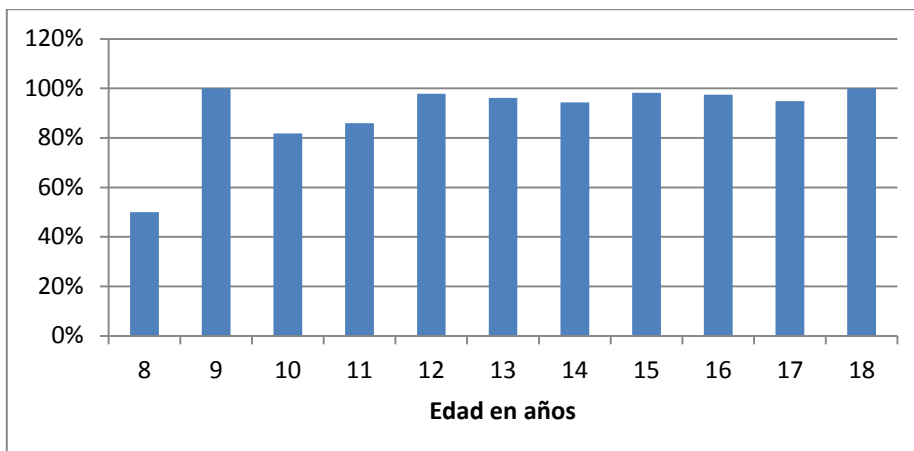
Se comparó el policonsumo con diferentes variables. Con respecto a la edad, se encontró que el policonsumo era significativo en todas las edades (tabla 15 y gráfico 12).

Tabla 15: Edad y policonsumo

EDAD (años)	NÚMERO DE PACIENTES CON POLICONSUMO	PORCENTAJE
8	1	50%
9	2	100%
10	9	81,8%
11	37	86%
12	46	97,8%
13	119	96,2%
14	152	94,4%
15	224	98,2%
16	200	97,5%
17	128	94,8%
18	1	100%



Gráfico 12: Edad y policonsumo



En el sexo, no hubo diferencia significativa (tabla 16).

Tabal 16: Sexo y policonsumo

SEXO	SIN POLICONSUMO	CON POLICONSUMO
Femenino	4	120
Masculino	35	800

En relación con la procedencia, no se encontró diferencia significativa entre los pacientes originarios de Bogotá y los de fuera de Bogotá (tabla 17).

Tabla 17: Procedencia y policonsumo

PROCEDENCIA	SIN POLICONSUMO	CON POLICONSUMO
Bogotá	33	738

Fuera de Bogotá	6	182
-----------------	---	-----

En cuanto a la asociación de policonsumo con el tipo de acudiente, se encontró que en todos los grupos, el policonsumo era significativo (tabla 18).

Tabla 18: Tipo de acudiente y policonsumo

ACUDIENTE	SIN POLICONSUMO	CON POLICONSUMO
Padres	9	209
Padre	0	66
Madre	28	575
Abuelos	1	22
Otros familiares	0	17
Ninguno	1	30

### **Variable diagnóstico**

#### *Subvariable motivo de ingreso*

El 99,5% ingresaron por problemas relacionados con el consumo de SPA; el 0,5% ingresó por trastorno de conducta (tabla 19).

Tabla 19: Motivo de ingreso

Motivo de ingreso	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Conducta</b>	5	0,5%	0,5%
<b>SPA</b>	954	99,5%	100,0%

<b>Total</b>	959	100,0%	100,0%
--------------	-----	--------	--------

### Variable condición médica

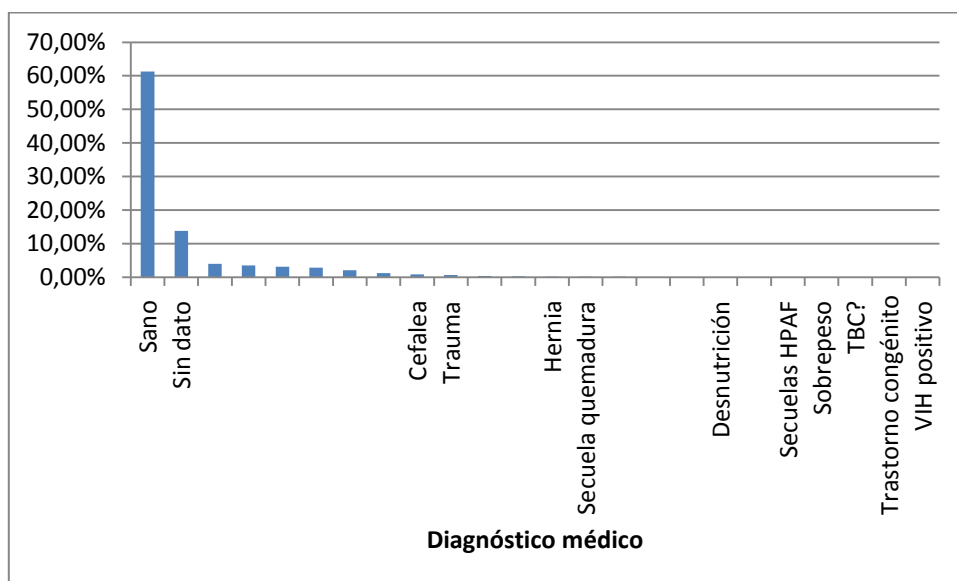
En esta área, se buscó unificar los datos en sistemas corporales o padecimientos; la mayoría de los pacientes tienen el diagnóstico de “sano” (61,3%); el 13,8% no contaban con el dato de diagnóstico médico, ya que no fueron evaluados por el médico general (tabla 20 y gráfico 13).

Tabla 20: Diagnóstico médico

<b>Dx médico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Sano</b>	613	61,3%
<b>Sin dato</b>	138	13,8%
<b>Trastorno dermatológico</b>	40	4,0%
<b>Trastorno respiratorio</b>	35	3,5%
<b>Trastorno gastrointestinal</b>	32	3,2%
<b>Trastorno genitourinario</b>	29	2,9%
<b>Trastorno osteomuscular</b>	21	2,1%
<b>Trastorno oftalmológico</b>	13	1,3%
<b>Cefalea</b>	9	0,9%
<b>Trauma</b>	7	0,7%
<b>Trastorno cardiovascular</b>	4	0,4%
<b>Trastorno neurológico</b>	3	0,3%
<b>Hernia</b>	2	0,2%
<b>Secuela quemadura</b>	2	0,2%
<b>Trastorno oftalmológico</b>	2	0,2%

<b>Síndrome de abstinencia</b>	1	0,1%
<b>Antecedente de linfoma</b>	1	0,1%
<b>Desnutrición</b>	1	0,1%
<b>Hepatitis viral vs tóxica</b>	1	0,1%
<b>Secuelas HPAF</b>	1	0,1%
<b>Sobrepeso</b>	1	0,1%
<b>TBC?</b>	1	0,1%
<b>Trastorno congénito</b>	1	0,1%
<b>VIH positivo</b>	1	0,1%
<b>Total</b>	959	100,0%

Gráfico 13: Diagnóstico médico



Es evidente que un importante número de sujetos no tienen dato sobre el diagnóstico médico; esto se debe en parte a que muchos de los niños se evadieron en los primeros días luego del ingreso a la institución, y no alcanzaron a ser valorados por el médico general.

#### **Variable historia de tratamiento**

### ***Subvariable reingresos***

El 14,3% de los pacientes ya habían estado previamente internados en la institución (tabla 21).

Tabla 21: Reingresos

<b>Reingreso</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Si</b>	137	14,3%	14,3%
<b>No</b>	822	85,7%	100,0%
<b>Total</b>	959	100,0%	100,0%

### **Variable intervención de psiquiatría**

#### ***Subvariable valoración***

En 26 de las 959 historias clínicas revisadas, se refería que el joven estuvo en valoración psiquiátrica, durante su estancia en la comunidad terapéutica. Este resultado señala que solo el 2,71% de los ingresados fueron vistos por un psiquiatra

#### ***Subvariable motivo de consulta***

Los motivos de consulta encontrados, se muestran en orden de frecuencia (tabla 22).

Tabla 22: Motivo de consulta en psiquiatría

<b>MOTIVO DE CONSULTA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
Tristeza	17	65,38%
Impulsividad	2	7,69%
Síntomas de ansiedad	2	7,69%

Deseo de consumir	2	7,69%
Ideas suicidas	1	3,84%
Insomnio	1	3,84%
Agresividad	1	3,84%
TOTAL	26	100%

### *Subvariable fecha de valoración*

Rango de estancia al momento de la valoración psiquiátrica estuvo entre 13 y 272 días; la media de días desde el ingreso al momento de la valoración por el servicio de psiquiatría fue de 103,38 días.

### *Subvariable diagnóstico de psiquiatría*

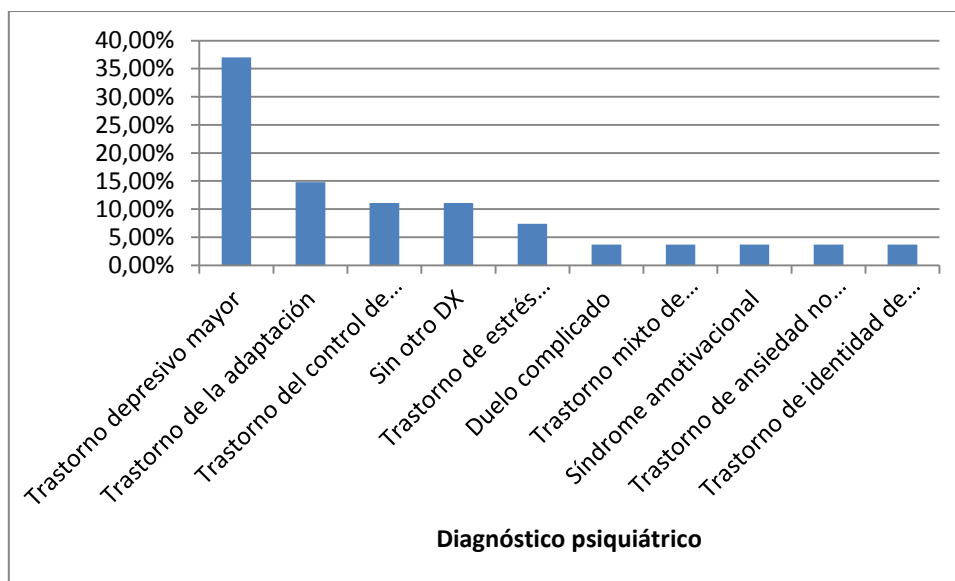
Los diagnósticos encontrados en la valoración de psiquiatría fueron, aparte del de farmacodependencia (tabla 23 y gráfico 14):

Tabla 23: Diagnóstico de psiquiatría

DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Trastorno depresivo mayor	10	37,03%
Trastorno de la adaptación	4	14,81%
Trastorno del control de los impulsos	3	11,11%
Sin otro DX	3	11,11%
Trastorno de estrés	2	7,4%

postraumático		
Duelo complicado	1	3,7%
Trastorno mixto de ansiedad y depresión	1	3,7%
Síndrome amotivacional	1	3,7%
Trastorno de ansiedad no especificado	1	3,7%
Trastorno de identidad de género	1	3,7%
TOTAL	27	100%

Gráfico 14: Diagnóstico de psiquiatría



En uno de los casos, se encontraron dos diagnósticos: Trastorno de estrés postraumático y Trastorno de identidad de género.

***Subvariable tratamiento de psiquiatría***

Se revisó cuantos de los pacientes recibieron solo psicoterapia y cuantos recibieron además medicación (tabla 24)

Tabla 24: Tratamiento de psiquiatría

TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Solo psicoterapia	6	23,07%
Psicoterapia mas medicación	20	76,92%
TOTAL	26	100%

***Subvariable control de psiquiatría***

De los pacientes que fueron valorados por el servicio de psiquiatría, solo el 42,3% asistieron a un control posterior (tabla 25).

Tabla 25: Control de psiquiatría

CONTROL POR PSIQUIATRÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	11	42,3%
NO	15	57,69%
TOTAL	26	100%



### *Subvariable tiempo de uso del medicamento*

De las 20 personas que utilizaron medicamentos, se revisó el tiempo de utilización de los mismos (tabla 26):

Tabla 26: Tiempo de uso de medicamento prescrito por psiquiatría

TIEMPO DE USO DE MEDICAMENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin dato	15	57,69%
Una semana	1	3,84%
Un mes	1	3,84%
Tres meses	1	3,84%
Cuatro meses	1	3,84%
Seis meses	1	3,84%
TOTAL	26	100%

Un dato adicional, es que dentro de los pacientes valorados por psiquiatría, el 42,3% se evadieron.

## **DISCUSIÓN**

La población evaluada en el presente estudio, correspondió a las personas ingresadas en la Comunidad Terapéutica San Gregorio en el año 2009. Esto quiere decir que los datos obtenidos son derivados de una población clínica, no de la población general. En la literatura nacional no se encuentra una investigación similar. Ruiz y Londoño (20),

realizaron un estudio de caracterización de población de 28 pacientes de comunidad terapéutica del Quindío; sin embargo, se trataba de personas en su mayoría adultos. En este estudio, se encontró que la SPA más utilizada era la marihuana, seguida de sacol (tipo de inhalante), cigarrillo, alcohol y basuco, lo que es parcialmente distinto a lo encontrado en el presente trabajo, dado que el cigarrillo y el alcohol, muestran usos igual de frecuentes al del cannabis. En el estudio anotado, se encontró que los hombres constituían el 76% de la población, resultado similar al nuestro, en el que la mayoría también está conformada por varones.

La población encontrada en la investigación, tenía un rango de edad correspondiente a 8 a 18 años; la gran mayoría era hombres. Los rangos de edades de las mujeres eran entre los 11 y los 17 años, coincidiendo con lo encontrado en el Estudio Nacional de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008, que refiere que las mujeres suelen iniciar el consumo un año más tarde que los varones (6).

Es llamativo que el 36% de los niños tengan un nivel educativo por debajo de lo esperado para su edad; por las características de este estudio, no es posible relacionar directamente al consumo de drogas con dicha situación; en la evaluación integral que se sugiere por NICE, estas variables psicosociales serían determinantes para definir el criterio de intervención integral y de buena calidad.

Como plantea Cote (2008), es necesario realizar una valoración a mayor profundidad de la maduración neuropsicológica, buscando alteraciones neurocomportamentales como consecuencia del inicio temprano del policonsumo. Esto implica una valoración integral de psiquiatría, psicología, terapia ocupacional y psicopedagogía, para intervenir estos

aspectos encontrados como posibles causas del bajo desempeño académico. Para poder pasar de una impresión diagnóstica a un proceso de intervención psicoterapéutico específico, porque de lo contrario se harían diagnósticos en diferentes áreas y no se realizaría un plan integral de intervención, y mucho menos un proceso de recuperación integral, que permita la reinserción social. (4).

Es llamativo como en el análisis específico de las valoraciones de psiquiatría, los hallazgos tienen que ver con comorbilidades y no con el manejo inicial de la patología principal, que sería el tratamiento del consumo de SPA. Además, se observa deficiencias en la integración de las valoraciones que realizan las distintas disciplinas.

Al realizarse la atención de psiquiatría solamente cuando existe una complicación que se pudo prever, se evita el ahorro de recursos.

Por otra parte, la adherencia a los tratamientos prescritos por el servicio de psiquiatría no se logró documentar de manera adecuada, señalando una probable inatención de dichas órdenes; esto se debe a que el registro de dichos datos, no es el adecuado.

Otra situación a considerar, es la dificultad en el acceso a los medicamentos por parte de las comunidades terapéuticas. Este tipo de entidades no son claramente integradas al sistema general de seguridad social y salud, lo que explica en parte, la necesidad de realizar consultas extrainstitucionales, que implican desplazamientos donde incluso se pueden dar fugas por parte de los pacientes. En el presente estudio, el 42,3% de los pacientes atendidos por el servicio de psiquiatría se fugaron, conociendo que algunos lo hicieron mientras se desplazaban a la cita con el psiquiatra.

El promedio de permanencia de los pacientes fue de 96 días, lo que corresponde a lo planteado en duración para esta modalidad de tratamiento (3 a 6 meses). Sin embargo, el 25% permanecían 12 días o menos, lo que no garantizaría la realización de un tratamiento adecuado y completo. Este tiempo se encuentra por debajo del tiempo sugerido al menos, para la valoración inicial y elaboración de la propuesta de intervención, que va de 8 a 45 días. (8, 9, 10). Se encontraron algunos casos en que la estancia superó ampliamente la estipulada como máxima (un año), lo que incumple los objetivos terapéuticos.

Por otro lado, el 39% de los pacientes se evadieron de la institución, con un 63,5% que lo hicieron en los primeros 30 días. Esta situación se puede interpretar de diferentes formas. Una de ellas es que dadas las características de consumo, los pacientes presentasen ansiedad de consumo, que sumado al modelo de comunidad terapéutica, facilitara la toma de decisión dirigida a la fuga. También es necesario tener en cuenta, que muchos de los pacientes ingresan a la comunidad no por voluntad propia, sino por orden judicial o decisión de los padres; en el presente estudio no es posible saber cuántos de los pacientes evadidos corresponden a una u otra razón, pero si señala la necesidad de una juiciosa entrevista psiquiátrica a todos los pacientes (como es sugerido por la APA), para descartar comorbilidad, síndrome de abstinencia y otras situaciones que dificulten el tratamiento. De acuerdo con los criterios de NICE (9) y los protocolos de detoxificación (11), los casos de policonsumo con dependencia deben ser desintoxicados antes de iniciar el manejo de la deshabitación (que es el tratamiento de CT). Esto implicaría una valoración de 95,9% de los jóvenes que presentaron policonsumo por psiquiatría dentro de los primeros 30 días, y no solo del 2.71 %. Además, la causa de valoración fue comorbilidad psiquiátrica y no el

proceso de detoxificación. De los datos se puede concluir, que no se está manejando proceso de detoxificación ni por medicina general, ni por psiquiatría.

En cuanto a las sustancias consumidas, se coincide con las estadísticas nacionales e internacionales que posicionan al cigarrillo y al alcohol como las SPA más utilizadas; posteriormente, aparece el consumo de marihuana, seguido de los inhalantes, basuco, pastillas y cocaína. Los consumos de alcohol, marihuana y cigarrillo, exceden el 90 % en esta población, aunque se debe tener en cuenta que se trata de una población clínica. El policonsumo está presente en el 96% de los pacientes y es significativo en todas las edades. No se encontró evidencia escrita en la historia clínica que estos jóvenes recibieron el protocolo de detoxificación para las sustancias más frecuentes, es decir, alcohol, tabaco y marihuana. Esto explicaría la tasa tan alta de abandono del proceso en los primeros 30 (treinta) días.

Existe un 0,5% de la población que no reportaron consumo de SPA y que al parecer se encuentran recluidos por alteraciones comportamentales.

Es llamativo que solo el 2,71% de los pacientes fueron valorados por el servicio de psiquiatría. Según lo estipulado por la APA como se dijo previamente, el tratamiento de pacientes con problemas de uso de SPA (abuso y dependencia) debe incluir una valoración inicial de psiquiatría. Esto unido al hecho de la elevada evasión que se presentó, los altos niveles de policonsumo y las edades de los pacientes, sugiere la urgente necesidad de implementar la valoración psiquiátrica y el consecuente tratamiento. El 42,3% de los pacientes valorados por psiquiatría se evadieron, lo cual es similar a lo observado en la muestra general; por otra parte, vale relatar que se conoce de manera anecdótica, que

algunos de los evadidos se fugaron al momento de desplazarse a la consulta de psiquiatría, que se realiza de forma extra institucional. La comunidad terapéutica no contaba para el momento de la presente investigación con un psiquiatra de planta; las valoraciones se realizan por medio de un convenio docente asistencial con el Departamento de psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional.

Al 76,3% de los niños valorados por el servicio de psiquiatría, se les inició tratamiento psicoterapéutico y farmacológico; del total de niños asistentes a estas consultas solo el 42,3% asistieron a un control posterior; esta baja cifra se podría explicar por el alto nivel de evasión; de más del 57% de los niños a quienes se les prescribió medicación, no existía reporte de su administración, lo que genera dudas en torno a la adherencia al tratamiento. Esto constituye otro hallazgo significativo en relación con el manejo y tenencia de las historias clínicas en contextos no hospitalarios, situación que debe ser mejorada.

En cuanto al cumplimiento de los criterios nacional e internacionalmente dispuestos para el ingreso a comunidad terapéutica, se puede comentar que en la población estudiada se cumplen algunos, como son el no tener ninguna condición médica de urgente atención y que son pacientes con alto riesgo de recaída (especialmente por el policonsumo). Sin embargo, hay otros que no se cumplen como son la valoración del riesgo de síndrome de abstinencia. La mayoría de estos niños ingresan a la comunidad terapéutica a partir de la orden de un juez, es decir, que su disposición para el cambio pudiera no ser la mejor. Se requiere hacer una clara definición de las diferentes fases de intervención en la CT, la fase de pre-comunidad y comunidad (ingresos, diagnóstico inicial y permanencia).

## CONCLUSIONES

1. No existe claridad acerca de los criterios utilizados para el ingreso a la comunidad terapéutica donde se realizó el presente estudio, dado que no se utiliza un criterio médico o psiquiátrico. Solo se tiene en cuenta el consumo de SPA.
2. La población de pacientes de la comunidad terapéutica, ingresada en el año 2009 es predominantemente masculina y con media de edad de 14 años.
3. 36,2% de la población no se encuentra nivelada académicamente; según los criterios nacionales e internacionales esto se debe estudiar, dejar evidencia en la historia clínica e intervenir, con el fin de obtener otros estándares de calidad distintos al tratamiento para los problemas de adicción.
4. El 63,4% de los pacientes, no cumplen el tiempo mínimo establecido para el tratamiento en comunidad terapéutica; de la misma manera, el 39% de los niños se evadieron de la institución. Esto se puede relacionar con la situación dada porque en la mayoría de los casos, se trata de una decisión legal (el juez de menores) da la orden del internado y no existe un proceso psicoterapéutico motivacional previo. Esto debería quedar consignado en la historia clínica, además de los intentos previos de tratamiento antes del ingreso en la CT.
5. Las sustancias psicoactivas de mayor consumo son el alcohol, cigarrillo y marihuana; para este tipo de consumos, existen protocolos de desintoxicación y valoración inicial, que deben aplicarse y consignarse en las historias clínicas.
6. El 95,9% de la población presentaban policonsumo. Según los hallazgos de este estudio y dados los criterios de ingreso a la Comunidad Terapéutica, este tipo de poblaciones se beneficiaría de recibir una valoración de psiquiatría y manejo

farmacológico del síndrome de abstinencia (detoxificación) previo o durante su fase de ingreso a la Comunidad Terapéutica.

7. Una mínima proporción de la población fue valorada por el servicio de psiquiatría, (2,71%) a pesar de las sugerencias internacionales (APA) y de las características de la población.
8. Hay necesidad de mejorar e implementar un modelo de historia clínica que permita tener claridad de todas las intervenciones y resultados que se realicen con el menor durante su proceso. Además hacer un resumen final conciso de cada uno, para tener claridad acerca de lo ocurrido, en especial en los casos de fuga.
9. Se requiere implementar un trabajo de intervención con las familias de estos jóvenes, partiendo del hecho que el 75.6% tiene un progenitor o ambos consumidores de SPA; y ellos harán parte del medio a donde vuelve después de su proceso. Esto debe quedar registrado de igual manera en las historias individuales de cada uno de los pacientes.
10. Siguiendo los estándares de calidad propuestos para las comunidades terapéuticas, el área académica debe ser uno de los pilares de la rehabilitación, al igual que la integralidad e intervención familiar y el proyecto de vida, lo que permitirá una mejor restitución de derechos.



## REFERENCIAS

1. United Nations Office on drugs and crime. World Drug Report 2010
2. Department of Health (England) and the devolved administrations. Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management. Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive. London, 2007
3. Pérez A. Transiciones en el consumo de drogas en Colombia. Corporación Nuevos Rumbos. Bogotá, 2007.
4. Cote M, Leal-Rojas E; Prieto E y Vargas D. Relación entre el consumo crónico de sustancias psicoactivas y alteraciones neurocomportamentales en farmacodependientes en rehabilitación en Comunidades Terapéuticas (FECCOT), Bogotá, Cundinamarca 2006 - 2007. (Investigación Original) Rev.Fac.Med 2008 (56) 4 pp. 338-352
5. Pérez A, Scoppetta O. Consumo de alcohol en menores de 18 años en Colombia: 2008 un estudio con jóvenes escolarizados de 12 a 17 años en 7 capitales de departamento y dos municipios pequeños. Corporación Nuevos Rumbos. 2008.
6. Ministerio de la Protección Social y Dirección Nacional de Estupefacientes. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008. Editora Guadalupe, 2009.
7. Naciones Unidas, Oficina Contra la Droga y el Delito. Abuso de Drogas: Tratamiento y Rehabilitación. Naciones Unidas. 2003.

8. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders Second Edition. 2006.
9. National Institute for Health & Clinical Excellence. Drug Misuse Psychosocial interventions National Clinical Practice Guideline Number 51. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists. 2008.
10. Ministerio de la Protección Social. Actualización de la Guía Práctica de Atención Integral en Farmacodependencia. 2004.
11. U.S. Department of Health and Human Services. Detoxification and Substance Abuse Treatment. 2006.
12. NIDA. Enfoques para el tratamiento de la drogadicción. NIDA. 2009.
13. Staines G, Kosanke N, Magura S, Bali P, Foote J, Deluca A. Convergent Validity of the ASAM Patient Placement Criteria Using a Standardized Computer Algorithm. The Haworth Press, Inc. 2003; Digital Object Identifier: 10.1300/J069v22S01\_05.
14. Bunt G, Muehlbach B, Moed C. The Therapeutic Community: An International Perspective. Substance Abuse. 2008;29(3).
15. Smith LA, Gates S, Foxcroft D. Therapeutic communities for substance related disorder (Review). The Cochrane Collaboration. 2008.
16. Center for Substance Abuse Prevention. Guide to science bases practices. 2001.

17. Fernández-Montalvo J, López Goñi J, Illescas C, Landa N and Lorea I. Evaluation of a Therapeutic Community Treatment Program: A Long-Term Follow-up Study in Spain. *Substance Use & Misuse*.43:1362–77.
18. Nonato R. La Comunidad Terapéutica, Un Horizonte de Vida. Congregación de Religiosos Terciarios Capuchinos, Comunidad Terapéutica San Gregorio. 2006.
19. Ministerio de Salud. Resolución No 008430. 1993.
20. Ruiz V y Londoño N. Caracterización Psicosocial de la Población Consumidora de SPA, en Proceso de Rehabilitación Vinculada a la Comunidad Terapéutica FFARO del Departamento del Quindío. *Revista Electrónica de Psicología Social Poiesis* (19), 2010.