Ministerio de la Protección Social
Dirección General de Calidad de Servicios
Convenio CTD de Cooperación Técnica No Reembolsable ATN/JF-7325-CO

Diagnóstico Situacional

Instituciones de Tratamiento, Rehabilitación y Reincorporación Social a Consumidores de SPA en Colombia

Informe de Resultados

Elaboró:

Inés Elvira Mejía Motta
-Investigadora Principal-

Bogotá D.C. Diciembre de 2004

✧

Agradecimientos

Queremos agradecer a todas las personas que colaboraron de una u otra forma en hacer posible la culminación exitosa de este estudio. De manera especial, a los asistentes de investigación y a los trabajadores de campo, que con su empeño y compromiso viajaron por sus ciudades y por las regiones más remotas del país, para recolectar la información que hizo posible este trabajo.

También queremos agradecer, a todas las entidades que abrieron sus puertas y compartieron generosamente su realidad, así como a los individuos que confiaron en nosotros, comprendieron que podían hacer un aporte valioso al mejoramiento de los servicios en el país y nos dejaron conocer un trozo importante de su experiencia de vida.

Equipo de investigación:

Inés Elvira Mejía Motta

Gustavo Isaza Ruiz

Antonio María Flórez

Asistentes de investigación:

Camila Patiño Rodríguez

Víctor Francisco García Borbón

Andrea Guerrero Zapata

Trabajo de campo por regiones:

Bogotá, centro del país y regiones periféricas:

Camila Patiño Rodríguez

Víctor Francisco García Borbón

Andrea Guerrero Zapata

Betty Del Río Murcia

Eliseo Ríos Del Valle

Diana Patricia Chacón Díaz

Diana Patricia Agudelo Arias

Antioquia y Chocó:

Ingrid Buriticá Londoño

Ana Cristina Alzate Restrepo

Marquín Manuel Macías

Natalia Grisales Ortega

Luisa Fernanda Sanabria Correa

Isabel Cristina Suárez Del Chiario

Eje Cafetero:

- Maria Elide Cárdenas Loaiza
- Ramón Elí Rubio León
- Bibiana Restrepo Liscano
- Luz Marina Velásquez Chalarcá
- Elsa María Velásquez Sánchez
- Hugo Armando Castro Cortés

Valle del Cauca y Cauca:

- Juliana Esquivel Castro
- Mónica Gordillo Díaz
- Magnolia Parra
- Johanna Niño Uribe

Santander y Norte de Santander:

- Marisol Jerez Jaimes
- Geovanis Ortega Cuello
- Johanna González Torres
- Nidia Judith Bautista

Costa Norte:

- Maria Adela Suárez Alzate
- Nelson Rafael De La Hoz

Digitación y procesamiento de datos:

SEI S.A. Servicios Especializados de Información

Resumen

Antecedentes y justificación:

El diagnóstico situacional de centros de tratamiento en drogadicción se llevó a cabo con el fin de actualizar el mapa de la oferta de servicios en el área, cuyo último inventario tuvo lugar en 1996 con el estudio realizado por la Fundación Universitaria Luis Amigó en asocio con la Dirección Nacional de Estupefacientes. Se pretendía además, obtener información que ofreciera insumos para el desarrollo de las condiciones de habilitación y registro de estas entidades en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) del Ministerio de la Protección Social.

Metas del estudio y marco metodológico:

El estudio tenía como objetivos: 1) realizar un censo institucional a escala nacional que permitiera confirmar la extensión de la oferta actual de servicios, 2) llevar a cabo en las instituciones censadas, un diagnóstico situacional que permitiera conocer las características de la oferta de servicios existente, así como sus necesidades, 3) a partir del diagnóstico situacional, establecer si la oferta se regía por estándares de calidad congruentes con el SOGC y con las recomendaciones de entidades internacionales basadas en la evidencia y consideradas hoy de "mejor práctica", 4) establecer la manera como los servicios respondían a las necesidades y expectativas de los usuarios de tratamientos, 5) y por último, se pretendía ofrecer un insumo basado en la evidencia que guiara la formulación de las condiciones de habilitación y registro de estas entidades.

Para dar respuesta a los objetivos planteados se llevó a cabo un estudio diagnóstico y descriptivo en 358 de las 368 entidades que fueron censadas. El censo se realizó a través de diversas estrategias con el fin de garantizar la mayor representatividad y el logro de un universo censal para el diagnóstico situacional. Se diseñaron cinco instrumentos para la recolección de la información con el fin de obtener un panorama completo de cada institución visitada, se utilizó la metodología de entrevista para la aplicación de las guías, que estuvo a cargo de trabajadores de campo, profesionales y entrenados para el efecto. Por institución se aplicó una entrevista al director, a un miembro del equipo terapéutico (preferiblemente el coordinador del área), a usuarios de los servicios para los cuales se realizó un muestreo aleatorio por institución, de acuerdo con el número de personas atendidas y disponibles y a ex usuarios de los servicios. El quinto instrumento era una guía de observación de aspectos de infraestructura y dotación de las sedes. Se entrevistaron 344 directores, 355 personas del área asistencial, 1.116 usuarios en tratamiento y 242 ex usuarios de los servicios. Se visitaron un total de 379 sedes, correspondientes a 358 programas.

Principales hallazgos:

Se observa un incremento importante de la oferta de servicios de tratamiento en el país en comparación con el inventario realizado en 1996. El mapa sin embargo, es similar al de ese entonces. La mayoría de los servicios los proveen entidades privadas y sin ánimo de lucro, en su mayoría bajo el modelo de comunidad terapéutica y la modalidad residencial. Se

observó un incremento importante de programas de teoterapia sin mayor estructura y soporte teórico-práctico, ocupando el segundo lugar de la oferta de servicios, también hubo incremento de modelos alternativos. Los servicios clínico-psicológicos, psiquiátricos con énfasis en salud mental y de 12 pasos, basados en los principios de Alcohólicos Anónimos, son minoritarios. Las entidades tipo IPS sólo representan el 15% de la oferta.

Si bien se encontraron centros de tratamiento en 23 departamentos, la distribución geográfica de los mismos, muestra concentración en Cundinamarca y Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca y Risaralda. En departamentos en los que la prevalencia de consumo es alta no hay mayor oferta ni diversidad en la existente, tal es el caso por ejemplo, de Nariño, Caldas, Quindío, Cauca y Boyacá. Se evidencia la necesidad de redistribuir la oferta, pues las listas de espera por insuficiencia de cupos son comunes tanto como la sobreoferta de cupos. Así mismo se observa la necesidad de redistribuir la oferta por estratos socio-económicos que hoy es extensa para los estratos bajos y limitada para los altos.

La oferta de servicios especializados para el manejo de sobredosis, síndrome de abstinencia, desintoxicación farmacológica, mantenimiento con medicamentos, reducción de daños y riesgos, es limitada en el país. También son limitados los servicios para mujeres y para grupos minoritarios.

La atención busca principalmente la abstinencia total, dejando poco espacio para alternativas que contemplen metas intermedias y que contribuyan a la reducción del impacto del consumo sobre la salud de consumidor y sobre la salud pública, cuando el objetivo que los consumidores persigan, no sea la abstinencia total o cuando no se encuentren del todo preparados para abandonar el consumo de forma inmediata.

Se observó que las acciones de promoción de los servicios son también limitadas y que las líneas de información y ayuda, así como las estrategias de promoción de los servicios y de la salud, en escenarios naturales de consumo, a través de operadores en calle es muy baja.

La oferta de servicios gratuitos no llega a una tercera parte. Esta se limita a la atención de poblaciones específicas como habitantes de la calle y menores en medida de protección o infractores de ley, a través de la contratación con entidades estatales. Los programas de teoterapia también ofrecen tratamientos gratuitos o a muy bajo costo, lo cual coexiste con la explotación productiva de los usuarios que se halló en el 20% de las entidades.

Las entidades expresan la necesidad de diversificar las fuentes de financiación y de encontrar mayor estabilidad financiera. Las dificultades de este orden están comprometiendo en muchos casos la calidad de los servicios, lo cual se observa en el tipo de recurso humano disponible (no profesional en muchos casos y sin formación específica en una importante proporción de entidades), la capacitación continuada, las condiciones laborales, la cobertura, la infraestructura, entre otros. La evaluación de la gestión se ve también seriamente comprometida, así como la implementación de sistemas básicos de información, presentes en menos de la mitad de las entidades.

Se evidencian deficiencias en la integralidad de la evaluación de los usuarios para establecer sus necesidades y definir planes de tratamiento, en la comprehensividad de los tratamientos al no ofrecer intervenciones fundamentales que podrían mejorar los resultados y reducir las deserciones y las recaídas (acciones en prevención de recaídas, farmacoterapia y atención a problemas de salud mental, muy comunes en los usuarios entrevistados). También se

observa que las alianzas interinstitucionales para ofrecer medios concretos de rehabilitación y reincorporación social están presentes en el 40% de los CAD, y las redes para la solución de problemas de vivienda y ocupación en apenas el 20%.

El perfil de los usuarios entrevistados muestra necesidades específicas en diversas áreas como salud física, salud mental, educación, empleo y situación legal. Así mismo, muestra patrones de consumo complejos y comportamientos de alto riesgo para la salud y en especial para la infección por VIH. A pesar de ello, la mayoría de entidades centra sus intervenciones en el desarrollo y fortalecimiento de valores.

Los usuarios en tratamiento expresan satisfacción con los tratamientos y consideran que han sido útiles en muchas áreas indagadas, por esto mismo continúan recibiendo asistencia, sin embargo, la medición de indicadores de calidad, el análisis de historias de tratamiento, la percepción de las instituciones sobre el éxito relativo de los tratamientos y el reporte de deserciones, mostraron que aún la mayoría de tratamientos en Colombia están distantes de ofrecer servicios congruentes con las recomendaciones internacionales, que con base en la evidencia de estudios controlados, han logrado establecer las características mínimas de un tratamiento eficaz.

Contenido

Introducción 1
1. Marco conceptual 3
1.1 Definiciones básicas 3
1.2 La evidencia acerca de los tratamientos para consumidores de SPA 8
1.3 El proceso de buscar ayuda cuando se es consumidor de SPA 12
1.4 Los estándares de calidad en los servicios de tratamiento 16
1.5 Otros predictores de enganche y tratamientos efectivos 22
2. Marco metodológico 25
2.1 Descripción general 25
2.2 Objetivos 26
2.3 Estrategias metodológicas para el censo institucional 27
2.4 Población 29
2.5 Instrumentos de recolección de información 32
2.6 Control de sesgos 36
2.7 Procesamiento y análisis de la información 37
2.8 Consideraciones éticas 39
3. Descripción de resultados 40
3.1 Censo institucional 40
3.2 Diagnóstico situacional de los CAD 46
3.2.1 Descripción de la oferta de servicios 46
3.2.2 Descripción de indicadores de calidad 68
Aspectos financieros y administrativos de los CAD 68
Aspectos organizacionales de los CAD, sistemas de evaluación y de información 74
Aspectos de calidad en el tratamiento y los servicios 89
Perfil del personal a cargo del área asistencial 89
Aspectos de acceso y disponibilidad de los tratamientos 94
Aspectos de enganche y evaluación 98
Grado en que los planes de tratamiento se ajustan a las necesidades individuales 105
Integralidad y comprehensividad en los tratamientos 107
Normatividad y manejo de situaciones de riesgo 119
Aspectos en torno a las recaídas 123
Confidencialidad de la información 126
Explicación de la problemática, valores y principios de los tratamientos 128
Aspectos de la infraestructura de los CAD 130
3.3 Perfil de los usuarios en tratamiento en los CAD 138
3.3.1 Tipo de usuarios entrevistados 138
3.3.2 Características socio-demográficas de los usuarios entrevistados 139
3.3.3 Historia de tratamiento de los usuarios 144
3.3.4 Carrera de consumo de los usuarios 147
3.3.5 Perfil de salud, comportamientos saludables y conductas de riesgo 153
3.3.6 Aspectos de motivación, escogencia e ingreso a tratamiento 159
3.3.7 Indicadores de satisfacción con el tratamiento actual 162

3.4 Situación de ex usuarios de los CAD 175
4. Discusión 181
4.1 La oferta de servicios a consumidores de SPA en Colombia 181
4.2 Indicadores de calidad en la provisión de los servicios 188
4.3 Aspectos de infraestructura de los CAD 201
4.4 Perfil y necesidades de los usuarios de los CAD 202
5. Conclusiones y recomendaciones 211
6. Referencias 216
7. Anexos.....218

Índice de tablas y figuras

Figura 1a y b. Distribución geográfica de CAD por departamento 42
Figura 2. Distribución de los CAD según naturaleza jurídica 46
Figura 3. Distribución de los CAD según carácter 46
Figura 4. Distribución de los CAD según tipo de constitución 48
Figura 5. Distribución de los CAD por modelo o enfoque primario de tratamiento 49
Figura 6. Distribución de los CAD según modalidades de tratamiento 52
Figura 7. Distribución de los CAD según problemáticas que atiende en adicciones 53
Figura 8. Distribución de los CAD según otras problemáticas que atiende en la actualidad 54
Figura 9. Distribución de los CAD según características socio-demográficas de la población objeto de los servicios 55
Figura 10. Posibilidad de cubrir los costos del tratamiento con trabajo en la institución 60
Figura 11. Distribución de los CAD según si ofrecen o no servicios específicos a los consumidores y sus familias 62
Figura 12. Objetivo primario de la intervención 63
Figura 13. Percepción de evolución de la demanda de servicios en los últimos dos años 64
Figura 14. Percepción de cambio en las necesidades de la población usuaria (MET) 65
Figura 15. Distribución de CAD según herramientas contables y verificación 70
Figura 16.Distribución de los CAD según estatutos reglamentarios y verificación 71
Figura 17. Distribución de los CAD según disponibilidad de recurso humano administrativo 72
Figura 18. Distribución de los CAD según realizan las siguientes actividades (MET) 75
Figura 19. Reporte de mecanismos de formulación de quejas y sugerencias 76
Figura 20. Distribución de los CAD según usan o no el VESPA 76
Figura 21. Distribución de los CAD según manejo de diversos registros 77
Figura 22. Distribución de los MET según su grado de satisfacción con la remuneración 78
Figura 23. Distribución de los MET según tiempo de dedicación a la institución 78
Figura 24. Distribución de los MET según rango salarial 79
Figura 25. Distribución de los CAD según rangos salariales profesionales vs no profesionales (área asistencial) 79
Figura 26. Distribución de los MET según disciplina en la que obtuvo título profesional 82
Figura 27. Distribución de los MET según tiempo de trabajo en el área de adicciones 83
Figura 28. Distribución de los MET según formación específica en el área de adicciones 83
Figura 29. Distribución de los MET según inducción recibida al ingreso 84
Figura 30. Distribución de los MET según capacitación o entrenamiento desde el ingreso....84
Figura 31. Distribución de los MET según percepción de rotación del personal asistencial 85
Figura 32. Razones de retiro de personal asistencial 86
Figura 33. Reporte de salida de personal asistencial desde el ingreso (usuarios) 86
Figura 34. Distribución de los MET según percepción de suficiencia de tiempo para el desarrollo de las actividades 87
Figura 35. Distribución de los MET según percepción de suficiencia de recursos para llevar a cabo las funciones 88
Figura 36. Distribución de los MET según percepción de participación en la toma de decisiones al interior del CAD 88
Figura 37. Distribución de los CAD según cuentan o no con ex consumidores rehabilitados dentro de su personal asistencial 92
Figura 38. Calificación de la calidad de los profesionales y no profesionales a cargo de la asistencia (usuarios) 93
Figura 39. Distribución de los CAD según manejan o no listas de espera 94

Figura 40. Momentos de recepción de nuevos usuarios (MET) 94
Figura 41. Distribución de las sedes según cuentan con trasporte público fácilmente disponible para entrar y salir 97
Figura 42. Calificación de la ubicación y acceso a las sedes (usuarios) 97
Figura 43. Distribución de los CAD según manejan o no contrato terapéutico escrito (MET) 98
Figura 44. Distribución de los usuarios según se sintieron bienvenidos en su ingreso por parte del personal asistencial 99
Figura 45. Distribución de los CAD según realizan o no evaluaciones específicas (MET) 101
Figura 46. Cómo se determina el estado de salud física de los usuarios 102
Figura 47. Cómo se determina el estado de salud mental de los usuarios 103
Figura 48. Distribución de los usuarios según recibieron o no inducción al tratamiento 103
Figura 49. Distribución de los CAD según manejan o no planes de tratamiento individualizados (Directores y MET) 105
Figura 50. Distribución de los usuarios según plan de tratamiento aplicado 106
Figura 51. Percepción de los usuarios sobre su nivel de participación en la definición del plan de tratamiento 107
Figura 52. Distribución de los usuarios según cuentan o no con un asesor o terapeuta 107
Figura 53. ¿Le dieron algún medicamento para aliviar el malestar físico de la abstinencia? 108
Figura 54. Medicamentos que se prescriben en la desintoxicación farmacológica 109
Figura 55. Cancelación de actividades terapéuticas (MET) 112
Figura 56. Reporte de uso de exámenes de detección de sustancias consumidas 113
Figura 57. Reporte de seguimiento posterior al tratamiento (MET) 114
Figura 58. Distribución de los CAD según recomiendan o no la asistencia a grupos de auto-apoyo 115
Figura 59. Distribución de los usuarios según han asistido a grupos de AA/NA desde que ingresaron a tratamiento 116
Figura 60. Percepción de los usuarios del manejo adecuado de incidentes por parte del personal asistencial 122
Figura 61. Permanencia de personal asistencial en las noches (directores) 122
Figura 62. Distribución de las sedes según zona de ubicación 123
Figura 63. Distribución de los CAD según reciben o no personas que han desertado del tratamiento en el pasado 124
Figura 64. ¿Están los usuarios en libertad de abandonar el tratamiento y la institución en cualquier momento? (MET) 125
Figura 65. La información sobre mí y mi caso se ha manejado confidencialmente... 127
Figura 66. Distribución de las sedes visitadas por tipo (N=379) 130
Figura 67. Distribución de las sedes según cuentan o no con baños para el personal y para usuarios externos 132
Figura 68. Distribución de los usuarios por modelo de tratamiento 138
Figura 69a. Distribución de los usuarios según género 139
Figura 69b. Distribución de los usuarios según grupo étnico 139
Figura 70. Distribución de los usuarios según tienen hijos menores de 18a. y si estos estaban bajo su responsabilidad al momento del ingreso a tratamiento 141
Figura 71. Distribución de los usuarios según habían recibido o no tratamientos previos al tratamiento actual, para abandonar o controlar el consumo de drogas 144
Figura 72. Distribución de los usuarios con tratamiento previo según modelo del actual tratamiento 144
Figura 73. Distribución de los usuarios según habían pasado previamente por tratamiento en la misma institución en la cual se encontraban 145
Figura 74. Distribución de los usuarios según el tiempo que llevaban en tratamiento al momento de la aplicación 146
Figura 75. Distribución de los usuarios según se han inyectado o no una droga alguna vez en su vida 148

Figura 76. Distribución de los usuarios según la frecuencia con la que bebieron alcohol durante los últimos 6 meses (n=1086) 150
Figura 77. Distribución de los usuarios según cantidad de alcohol consumido en un día típico en los últimos 6 meses (n=542) 150
Figura 78. Distribución de los usuarios según han bebido alcohol en el último mes (n=542) 151
Figura 79. Distribución de los usuarios según ha consumido o no alguna droga o sustancia ilícita en los últimos 6 meses 151
Figura 80. Distribución de los usuarios según ha consumido o no alguna droga o sustancia ilícita en el último mes 152
Figura 81. Distribución de los usuarios según número de hospitalizaciones en la vida 153
Figura 82. ¿Durante los últimos 12 meses estuvo hospitalizado(a) por problemas médicos? 153
Figura 83. ¿Cómo describiría su estado de salud actual? 154
Figura 84. Distribución de los usuarios según reporte de sobredosis 155
Figura 85. Distribución de los usuarios según han sido tratados por problemas psicológicos o emocionales 155
Figura 86. Distribución de los usuarios según han estado o no en la cárcel 157
Figura 87. Comportamientos de riesgo en la inyección 157
Figura 88. Reporte de inyección de drogas en los últimos 6 meses 158
Figura 89. ¿Qué droga o drogas se inyectó en los últimos 6 meses? 158
Figura 90. ¿Tuvo usted algún tipo de presión para ingresar a tratamiento? 160
Figura 91. ¿Durante su estadía en este tratamiento, alguna vez ha pensado en retirarse? 162
Figura 92. ¿Diría usted que la institución ha cumplido con las expectativas que usted tenía cuando ingresó? 166
Figura 93. Calificación de la calidad del tratamiento en general 166
Figura 94. Distribución de los usuarios según recomendarían el tratamiento a personas que quieran dejar el consumo de sustancias 167
Figura 95. ¿Desde que ingresó, en cuál de las siguientes áreas diría que ha sido más útil el tratamiento? 169
Figura 96. ¿Qué tan seguro(a) se siente de poder mantener los logros que obtuvo durante el tratamiento? 174
Figura 97. ¿Terminó usted su tratamiento? 176
Figura 98. ¿Con qué frecuencia ha utilizado condón con sus parejas sexuales durante los últimos 6 meses? 178

Tabla 1. Resumen de resultados del censo institucional 41
Tabla 2. Distribución de CAD por región de estudio 43
Tabla 3. Distribución de CAD por municipio 43
Tabla 4. Distribución de los CAD según naturaleza jurídica por departamento 47
Tabla 5. Estado frente al Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud 48
Tabla 6. Reporte de entidades ante las cuales se encuentran registrados los CAD 49
Tabla 7. Distribución de CAD por modelo o enfoque primario de tratamiento según dpto. 50
Tabla 8. Descripción de modelos alternativos utilizados en los CAD 51
Tabla 9. Descripción de "otros" modelos utilizados en los CAD 52
Tabla 10. Distribución de modelos de CAD según modalidad de servicios 53
Tabla 11. Distribución de tipo de CAD según problemáticas atendidas en adicciones 54
Tabla 12. Distribución de los CAD según número de personas que atiende en la actualidad por categoría 56
Tabla 13. Cupos disponibles según modalidad de servicios 56
Tabla 14. Personas atendidas según modalidad de servicios 57

Tabla 15. Distribución de los CAD según medios de promoción de los servicios 57
Tabla 16. Medios a través de los cuales se enteró de la existencia de la institución (usuarios) 58
Tabla 17. Costo mensual promedio del tratamiento según modalidad 58
Tabla 18. Descripción de otros costos 59
Tabla 19. Definición de costos del tratamiento 59
Tabla 20. Facilidades de pago 59
Tabla 21. Duración media de los tratamientos según modalidad y modelo 60
Tabla 22. Otras actividades desarrolladas por los CAD según departamento 61
Tabla 23. Otros objetivos perseguidos por el tratamiento 63
Tabla 24. Nuevas necesidades en la población usuaria de los servicios 65
Tabla 25.¿A su juicio, la institución logra los objetivos que se propone con…? 66
Tabla 26. ¿Qué debería cambiar en la institución para lograr más y mejores resultados? 66
Tabla 27. ¿Qué dificulta su trabajo en la institución? (MET) 67
Tabla 28. ¿Si estuviera en sus manos, qué cambiaría en la institución? (MET) 67
Tabla 29. Fuentes de recursos y financiación 68
Tabla 30. Distribución de los CAD por tipo según fuentes de recursos y porcentaje de aportes 68
Tabla 31. Medios a través de los cuales percibe los ingresos 69
Tabla 32. Otras fuentes de ingreso 69
Tabla 33. Distribución de los CAD por tipo según cuentan o no con herramientas contables 70
Tabla 34. Otro recurso humano administrativo 72
Tabla 35. Distribución de los CAD por tipo según cuentan con recurso humano administrativo..... 73
Tabla 36. Distribución de los CAD por naturaleza jurídica según cumplen o no con los estándares de suficiencia patrimonial 74
Tabla 37. Distribución de los CAD según llevan a cabo los siguientes procedimientos 74
Tabla 38. Entidades a las cuales se reporta el perfil de usuarios atendidos 77
Tabla 39. Distribución de los CAD según cuentan con formatos de registro de información y sistematización 77
Tabla 40. Distribución de los CAD según beneficios laborales 79
Tabla 41. Distribución de los CAD por modelo según requisitos de vinculación del personal asistencial .80
Tabla 42. Profesión del director del CAD 81
Tabla 43. Ultimo nivel educativo alcanzado por los MET según tipo de CAD 81
Tabla 44. Percepción de rotación por parte de los MET según modelo de tratamiento 85
Tabla 45. Razones por las que el tiempo no resulta suficiente (MET) 87
Tabla 46. ¿A su juicio cuáles son los aspectos más positivos de la institución? 89
Tabla 47. Distribución de los CAD según disponibilidad de recurso humano profesional en el área asistencial 89
Tabla 48. Otro recurso humano profesional en el área asistencial 90
Tabla 49. Distribución de los CAD por modelo según cuentan con personal profesional 90
Tabla 50. Distribución de los CAD por modelo según estudios de pos-grado en adicciones o afines 91
Tabla 51. Funciones que tienen a cargo los ex consumidores rehabilitados 92
Tabla 52. Percepción de los usuarios con respecto a la calidad de la atención ofrecida por el equipo terapéutico o asistencial 93
Tabla 53. Reporte de agilidad con la que el CAD atendió a los usuarios 95
Tabla 54. Razones por las cuales no entró a tratamiento de inmediato 95
Tabla 55. Requisitos que debe cumplir el usuario para ingresar a tratamiento 96
Tabla 56. Otros requisitos de ingreso 96
Tabla 57.¿Para llegar a la institución hay que tomar tres o más buses? 97
Tabla 58. Medios y procedimientos para la inducción de nuevos usuarios (CAD) 98
Tabla 59. Distribución de los CAD por modelo según quién tiene a cargo la evaluación inicial de los usuarios 99
Tabla 60. Otros a cargo de la evaluación inicial de los usuarios 99

Tabla 61. Características del proceso de evaluación inicial según modelo 100
Tabla 62. Aspectos que se especifican en la guía o formato de evaluación inicial 100
Tabla 63. Reporte por parte de los usuarios de las evaluaciones recibidas 102
Tabla 64. Reporte de aspectos tratados durante la inducción al tratamiento 104
Tabla 65. Percepción de los usuarios acerca de la suficiencia de la información recibida antes de ingresar a tratamiento 104
Tabla 66. Criterios que usan para la definición de modalidades a las cuales entrará el usuario 105
Tabla 67. Aspectos que contempla el plan de tratamiento individual (MET) 106
Tabla 68. Distribución de los usuarios por modelo, según recibieron o no medicamentos 108
Tabla 69. Otras ayudas para el tratamiento 109
Tabla 70. Actividades que se desarrollan en los procesos terapéuticos (MET) 110
Tabla 71. Actividades en las cuales participa en su proceso de tratamiento (usuarios) 111
Tabla 72. Otras actividades que se realizan 111
Tabla 73.Actividades que se cancelan con mayor frecuencia 112
Tabla 74. Razones por la que se cancelan las actividades 112
Tabla 75. Procedimientos para monitorear el progreso de los usuarios 113
Tabla 76. Reporte de seguimiento por modelo 114
Tabla 77. En qué consiste el seguimiento posterior al tratamiento (MET) 114
Tabla 78. Rol de la institución en el mantenimiento de los logros (directores) 115
Tabla 79. ¿Cómo se procede cuando un usuario evidencia algún problema de salud física? 116
Tabla 80. ¿Cómo se procede cuando un usuario evidencia algún problema de salud mental? 116
Tabla 81. ¿Cómo se procede si el usuario no tiene en qué ocuparse laboralmente? (MET) 117
Tabla 82. ¿Cómo se procede si el usuario no tiene en dónde vivir? (MET) 117
Tabla 83. ¿Cómo se procede si es menor de edad y no cuenta con apoyo familiar? (MET) 118
Tabla 84. ¿Qué criterios aplican para establecer que el usuario terminó su tratamiento exitosamente? (MET) 118
Tabla 85. Normas disciplinarias en las instituciones (directores) 119
Tabla 86. Procedimientos ante el incumplimiento de normas disciplinarias (directores) 120
Tabla 87. Controles que se siguen para evitar el consumo y el tráfico al interior de la institución (directores) 120
Tabla 88. Procedimientos ante la evidencia de tráfico o consumo al interior de la institución 120
Tabla 89. Reporte de ocurrencia de eventos por parte de MET y usuarios 121
Tabla 90. Reporte de NO ocurrencia de eventos por modelo 121
Tabla 91. Personal asistencial a cargo del cuidado nocturno en la institución 123
Tabla 92. Procedimientos que se siguen cuando un usuario ha recaído según modelo 123
Tabla 93. Factores que favorecen la deserción de la institución a juicio de los MET 124
Tabla 94. ¿Qué caracteriza a las personas que desertan del tratamiento? (MET) 125
Tabla 95. ¿Cómo se reserva la confidencialidad de los documentos que guardan información de los usuarios? (MET) 126
Tabla 96. ¿Quién puede tener acceso a los documentos que guardan información de los usuarios? (MET) 126
Tabla 97. ¿Cómo se procede cuando los familiares quieren saber detalles de la historia o proceso de los usuarios? 127
Tabla 98. ¿Cómo explica la institución la dependencia o la drogadicción? (directores) 128
Tabla 99. Valores que inculcan las instituciones en los usuarios (directores) 128
Tabla 100. ¿Cuáles son los principios que rigen el tratamiento en la institución? (MET) 129
Tabla101. ¿Cuál es su perspectiva teórica en el tratamiento de los usuarios? (MET) 129
Tabla102. ¿A su juicio, y basándose en su propia experiencia, qué es lo más difícil de trabajar con consumidores de drogas y alcohol? (MET) 130
Tabla 103. Distribución de las sedes según cuentan o no con redes básicas de servicios públicos 131
Tabla 104. Distribución de las sedes según cuentan o no con sanitarios, duchas y dormitorios

separados para hombres y mujeres 132
Tabla 105. Estado general de los baños, duchas, cocina, conservación y almacenamiento de alimentos, dormitorios 133
Tabla 106. Descripción por modelo según buen estado o condiciones adecuadas de los aspectos observados en las sedes 133
Tabla 107. Descripción del estado general de las sedes 134
Tabla 108. Aspectos de dotación de las sedes en la zona asistencial 134
Tabla 109. Aspectos de dotación de las sedes en la zona administrativa 135
Tabla 110. Otros insumos/aspectos disponibles en las sedes 135
Tabla 111. Manejo de medicamentos 135
Tabla 112. Dotación del área asistencial en entidades en las que se ofrece desintoxicación médica y/o manejo de urgencias por sobredosis 136
Tabla 113. Infraestructura disponible en el área asistencial 137
Tabla 114. Calificación de los usuarios acerca de diversos aspectos de las sedes 137
Tabla 115. Distribución de los usuarios según la fase/modalidad del tratamiento al que asisten 138
Tabla 116. Distribución de los usuarios por rangos de edad 139
Tabla 117. Distribución de los usuarios según estrato socio-económico familiar vs estrato socio-económico actual 140
Tabla 118. Distribución de los usuarios según estrato socio-económico 140
Tabla 119. Distribución de los usuarios según último nivel educativo alcanzado 140
Tabla 120. ¿A cargo de quién están sus hijos en este momento? 142
Tabla 121. Durante los últimos 6 meses ¿cuál ha sido su principal fuente de ingresos? 142
Tabla 122. Otra fuente ingresos en los últimos 6 meses 143
Tabla 123. Durante los últimos 6 meses ¿dónde ha vivido la mayor parte del tiempo? 143
Tabla 124. Otro lugar de vivienda en los últimos 6 meses 143
Tabla 125. Tratamientos previos en los que han estado los usuarios 145
Tabla 126. Aspectos que motivaron el retiro del tratamiento la última vez 146
Tabla 127. Otros motivos que motivaron el retiro del tratamiento 146
Tabla 128. Distribución de los usuarios según edad de inicio en el consumo de cigarrillo, alcohol, marihuana, otras drogas 147
Tabla 129. Cuál fue la "otra" droga que consumió por primera vez (no incluye cigarrillo, alcohol o marihuana) 147
Tabla 130. ¿Qué droga se inyectó esa primera vez? 148
Tabla 131. Distribución de los usuarios según drogas consumidas a lo largo de la vida, edad promedio de inicio y frecuencia de consumo 149
Tabla 132. Distribución de los usuarios según principal sustancia que fue motivo de ingreso a tratamiento 152
Tabla 133. Distribución de los usuarios de tratamiento según principal sustancia motivo de consulta (MET) 152
Tabla 134. ¿Cuándo fue la última vez que usted fue donde un médico? 154
Tabla 135. Distribución de los usuarios según se han realizado o no una prueba de detección del VIH, recepción de resultados y auto-reporte de sero-positividad 154
Tabla 136. ¿Alguna vez en su vida ha experimentado por más de un mes lo siguiente? 156
Tabla 137. Reporte de síntomas en los últimos 30 días según modelo de tratamiento 156
Tabla 138. Reporte de frecuencia de relaciones sexuales en los últimos 6 meses 159
Tabla 139. ¿Con qué frecuencia ha utilizado condón con sus parejas sexuales en los últimos 6 meses? 159
Tabla 140. ¿Quién le sugirió entrar a tratamiento esta vez? 159
Tabla 141. ¿Por qué decidió ingresar a este tratamiento y no a otro? 160
Tabla 142. Escala de motivación de ingreso a tratamiento por ítem 161
Tabla 143. Distribución por modelo según ha pensado en salirse del tratamiento 162
Tabla 144. ¿Por qué razones ha pensado en salirse o retirarse del tratamiento? 162

Tabla 145. Otras razones para haber pensado en salirse del tratamiento 163
Tabla 146. Número de compañeros que se han ido sin terminar tratamiento 163
Tabla 147. Número de compañeros que desertaron según tiempo que lleva el usuario en la institución .164
Tabla 148. Número de compañeros que desertaron del tratamiento según modelo de tratamiento 164
Tabla 149. Número de compañeros que han terminado exitosamente el tratamiento 164
Tabla 150. Número de compañeros que terminaron exitosamente el tratamiento según tiempo que lleva el usuario en la institución 165
Tabla 151. Número de compañeros que terminaron exitosamente el tratamiento según modelo de tratamiento 165
Tabla 152. Cumplimiento de expectativas por modelo de tratamiento 166
Tabla 153. ¿De todas las actividades que hacen parte de su tratamiento cuál disfruta más? 167
Tabla 154. ¿De todas las actividades que hacen parte de su tratamiento cuál disfruta menos? 168
Tabla 155. ¿De todas las actividades que hacen parte de su tratamiento cuáles cree que son más útiles para cumplir con sus metas? 168
Tabla 156. ¿Qué tan útiles han sido para usted los siguientes aspectos de su tratamiento? 170
Tabla 157. ¿Mientras estuvo en tratamiento, cuál de los siguientes aspectos trabajó con sus asesores o terapeutas? 170
Tabla 158. Aspectos trabajados durante el tratamiento según modelo de tratamiento 171
Tabla 159. Escala de indicadores de progreso y bienestar (usuarios) 172
Tabla 160. Aspectos que se tienen resueltos antes de salir de tratamiento 173
Tabla 161. Tiempo que lleva por fuera del tratamiento 175
Tabla 162. Tiempo de permanencia en tratamiento 175
Tabla 163. Tiempo de permanencia en tratamiento según modelo de tratamiento 175
Tabla 164. Durante los últimos 6 meses ¿cuál ha sido su principal fuente de ingresos? 176
Tabla 165. Otra fuente de ingresos en los últimos 6 meses 177
Tabla 166. Durante los últimos 6 meses ¿dónde ha vivido la mayor parte del tiempo? 177
Tabla 167. Distribución de los ex usuarios según drogas consumidas en los últimos 6 meses y frecuencia de consumo 178
Tabla 168. Escala de indicadores de progreso y bienestar (ex usuarios) 179
Tabla 169. Aspectos que tenía resueltos antes de salir de tratamiento 180

Introducción

Colombia, al igual que muchos otros países del mundo, enfrenta una dinámica cambiante en los patrones internos de consumo de sustancias psicoactivas (SPA). Los patrones identificados por los estudios epidemiológicos nacionales realizados desde mediados de la década de los 90, muestran variaciones importantes en aspectos como: la prevalencia e incidencia con una clara tendencia al aumento, la distribución geográfica del consumo con mayor concentración en áreas urbanas, la edad de inicio que tiende a ser cada vez más temprana, el género con una mayor proporción de mujeres activas en el consumo, y una mayor oferta y participación en el mercado de sustancias sintéticas y derivados del opio (Pérez y cols, 2002).

Dado el impacto que muchos de estos nuevos patrones tienen sobre la salud pública y la dinámica social, se plantea la necesidad de replantear la manera como tradicionalmente se ha venido respondiendo al problema del consumo y sus diversas expresiones.

La declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas, emitida en la sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas en junio de 1998, define por primera vez acuerdos esenciales sobre los principios y lineamientos que deben asumirse para tener resultados en materia de reducción de demanda de SPA. El primero y más fundamental es la necesidad de balancear, en el marco de una responsabilidad conjunta, las acciones y recursos destinados al control de la oferta con las acciones y recursos destinados al control de la demanda. El segundo, establece la necesidad de integrar los esfuerzos para ofrecer una amplia gama de intervenciones ajustadas a las necesidades de las personas, las familias y las comunidades, con el fin de promover la salud y el bienestar y reducir las consecuencias negativas del consumo de sustancias para los individuos y la sociedad. Este principio prevé la participación activa de la comunidad, el ajuste de las acciones a la realidad socio-cultural de los grupos objeto de las mismas y contribuir al desarrollo y mantenimiento de un entorno favorable.

De manera particular, y en lo que respecta al tratamiento, rehabilitación y reincorporación socio-laboral de las personas consumidoras y dependientes, se establece en dicha declaración la necesidad de intervenir tempranamente, tratar, asesorar, prevenir recaídas, hacer seguimiento (post-tratamiento) y facilitar la reinserción social a todos aquellos que así lo necesiten y el acceso a los servicios.

De la misma forma, el Decreto 2309 de 2002 mediante el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, define una serie de características a través de las cuales se podrá evaluar y mejorar la calidad de los servicios prestados a la población, ellos son: *acceso* (poder usar los servicios), *oportunidad* (obtener los servicios de manera oportuna), *seguridad* (ser tratado con procedimientos y modelos basados en la evidencia que minimicen el riesgo de sufrir eventos adversos como consecuencia de la atención), *pertinencia* (obtener el servicio que se requiere) y *continuidad.*

Tanto los principios de Naciones Unidas, como los del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, muestran la importancia de ofrecer opciones de tratamiento accesibles, oportunas, adecuadas y ajustadas a la realidad del consumo y sus consecuencias. Dicha realidad y

consecuencias, tienden a ser cada vez más demandantes para los proveedores de servicios de tratamiento, rehabilitación y reincorporación social a consumidores de SPA en el país.

Desde una perspectiva de salud pública, y tal como lo viene señalando la Organización Mundial de la Salud, existe evidencia cada vez más robusta del rol que juega el consumo de sustancias en las tasas de morbi-mortalidad a nivel mundial. El incremento en el consumo y los patrones de uso que conllevan un mayor potencial de daño para la salud son evidentes, a pesar de los enormes esfuerzos que se hacen por contrarrestar la oferta y la demanda de sustancias. Cada día se incrementa el número de individuos que desarrollan patrones de consumo dañinos y de dependencia, con la consecuente demanda de servicios de tratamiento.

La investigación que aquí se presenta, cuenta con dos antecedentes: el primero es el estudio realizado en 1996 por la Fundación Universitaria Luis Amigó (FUNLAM) en asocio con la Dirección Nacional de Estupefacientes sobre Modalidades de Tratamiento y Rehabilitación de Farmacodependientes en Colombia, y el segundo es el pilotaje realizado por el Programa Presidencial Rumbos en 1999 para una Evaluación de Centros de Tratamiento, del cual no se cuenta con resultados. Por lo tanto, desde 1996 se desconoce por completo la situación de la oferta de servicios en el área y qué tanto está respondiendo a las necesidades de los consumidores en el país.

El Convenio de Cooperación Técnica No Reembolsable ATN/JF-7325-CO planteaba la realización de una serie de productos, entre ellos el Diagnóstico Situacional de Centros de Tratamiento, Rehabilitación y Reincorporación Social a Drogadictos con el fin de obtener un panorama actualizado de la oferta de servicios y dar marco de referencia basado en la evidencia, tanto a la nueva normativa de estándares de habilitación, para los que de ahora en adelante se llamarán Centros de Atención en Drogadicción C.A.D., como para la Política Nacional de Reducción de Demanda de Sustancias Psicoactivas.

El presente informe describe los principales hallazgos obtenidos durante el Diagnóstico Situacional y pretende dar respuesta a los objetivos y preguntas que se establecieron durante su diseño.

En primera instancia, se pretendía tener un mapa actualizado de la oferta de servicios dirigidos a la población consumidora de SPA en el país, a través de un censo institucional y el diagnóstico de la situación de dichos servicios, teniendo en cuenta los principios definidos por Naciones Unidas, las características de calidad establecidas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Ministerio de la Protección Social y los estándares de servicios definidos por diversas entidades a nivel internacional. En segundo lugar, se pretendía saber en qué medida la oferta respondía a la extensión y naturaleza de la demanda de sustancias psicoactivas, de acuerdo con los resultados arrojados por los últimos estudios epidemiológicos de consumo a nivel nacional. También se buscaba armonizar la construcción de una normativa de funcionamiento y habilitación, con la realidad de la oferta para hacerla viable y congruente. Y por último, se pretendía ofrecer insumos, basados en la evidencia, para la construcción de la Política de Reducción de Demanda de Sustancias Psicoactivas, aspecto en el cual el aporte fue limitado, por la ejecución simultánea de los productos en el marco del Convenio.

1. Marco conceptual

1.1 Definiciones básicas

1.1.1 Tratamiento:

El término tratamiento ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud como una serie de actividades dirigidas a aquellas personas que presentan problemas asociados al consumo de alcohol y otras drogas, con el fin de mejorar sus condiciones de salud y su calidad de vida (WHO, 1996). El Departamento de Salud del Reino Unido lo define como un conjunto de intervenciones que buscan remediar un problema identificado y asociado al consumo de sustancias o una condición física, psicológica o social que afecta el bienestar de una persona consumidora (NTA, 2002). Para el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, el tratamiento es toda intervención que busque el abandono del consumo de drogas y el mantenimiento de un estilo de vida libre de las mismas, mientras logra un funcionamiento productivo dentro de la familia, el trabajo y la sociedad (NIDA, 2001).

Como se puede observar, la definición de tratamiento varía de acuerdo con el escenario desde el cual se defina y los objetivos últimos e ideales que se persigan. Por esto mismo, la FUNLAM, a pesar de definir el tratamiento como un término médico que se refiere "al cuidado o atención prestada a una persona (paciente) con el propósito de combatir, mejorar o prevenir una enfermedad, trastorno o lesión traumática" (p.9), también clarifica que el tratamiento puede ser "activo, profiláctico, causal o conservador" de acuerdo con el objetivo orientador, así como "empírico o racional" según su fundamentación y "farmacológico, quirúrgico o de apoyo" dependiendo de los medios que emplee (p.10) (FUNLAM/DNE, 1996).

De esta forma, un tratamiento para el consumo de sustancias psicoactivas puede considerarse como tal, cuando se encuentra estructurado, define una serie de metas específicas de acuerdo con un plan determinado y es evaluado de manera sistemática con el usuario (NTA, 2002).

Las metas del tratamiento pueden ser variadas: 1) cesar cualquier consumo de sustancias alteradoras del estado mental y anímico y aprender a vivir un estilo de vida libre de drogas; 2) controlar el consumo de la(s) sustancia(s) "problema" y mantener un patrón de consumo moderado; 3) desintoxicar y eliminar cualquier malestar físico asociado a la dependencia de una sustancia; 4) rehabilitar para facilitar la reincorporación social y laboral, la funcionalidad y productividad, así como llevar una vida satisfactoria libre del consumo de sustancias; 5)reducir los daños y riesgos sanitarios y sociales asociados al consumo de sustancias; 6)facilitar el cambio de conductas que entrañan daños para la salud por los patrones de consumo, hacia conductas menos lesivas y riesgosas; 7) asesorar a la familia del consumidor para que se ajuste y maneje de mejor manera a la realidad del consumo en un miembro de la familia, entre otros (Christo y Franey, 1998).

Así, el tratamiento puede definirse según las metas que persiga, que suelen ser de corto, mediano y largo plazo y según su objeto primario: el consumo mismo, el funcionamiento social, la productividad, la salud, la calidad de vida y el entorno social. Parece existir un consenso en el hecho de que el tratamiento ideal debe ser integral y perseguir un cambio en

el comportamiento del consumidor, para mejorar sus circunstancias de vida de forma sostenida.

En tal sentido la OMS (WHO, 1996) señala que el término tratamiento debería ser usado para definir el proceso que empieza cuando un consumidor entra en contacto con el servicio, y continúa en una serie de intervenciones sucesivas y sistemáticas hasta alcanzar el mejor nivel posible de salud y bienestar. Para ello, se requiere de un enfoque comprehensivo que incluye la detección del problema, la asistencia, el cuidado de la salud y la integración social de las personas que presentan problemas asociados al consumo de SPA. De igual forma, el tratamiento supone un trato humano y respetuoso, la protección del derecho del consumidor a vivir en su comunidad y a disfrutar de salud y bienestar. Por último, supone la protección del derecho a participar activamente en actividades educativas, sociales, culturales, recreativas, religiosas, productivas y políticas.

La naturaleza, el tipo, el enfoque y la modalidad del tratamiento son factores que no parecen tener mayor relevancia a la hora de lograr resultados sostenibles. De acuerdo con Naciones Unidas, el éxito de un tratamiento se basa en qué tanto logra ajustarse a las necesidades de los usuarios que acuden a él y a la calidad del servicio que provee en términos de flexibilidad, idoneidad y motivación del recurso humano asistencial y otros factores de retención y satisfacción de los usuarios (UN, 1996).

La diversidad de metas y objetivos se traducen también en variedad de enfoques de tratamiento, que han sido clasificados de acuerdo con los medios utilizados, la modalidad del servicio y la filosofía o enfoque. La clasificación según los medios utilizados establece: desintoxicación farmacológica con el uso de agonistas, antagonistas u otros fármacos (p.ej. tranquilizantes o antidepresivos), así como el mantenimiento de mediano o largo plazo con el uso de agonistas. Este tipo de tratamiento puede también variar dependiendo del objetivo último que persiga, sea este la abstinencia total con el control de los síntomas de retirada y la reducción progresiva de la dosis, o el mantenimiento controlado y supervisado para el logro de una vida funcional y productiva por períodos de tiempo variables. En la actualidad se reconoce que la desintoxicación en sí misma, es sólo la primera etapa de un largo proceso que requiere multiplicidad de intervenciones adicionales, si lo que el consumidor persigue es abstenerse por completo de consumir. Este enfoque es por lo general de corte médico y psiquiátrico.

Con respecto a la modalidad del servicio se encuentran los tratamientos residenciales, ambulatorios, de hospital día u hospital noche y extramural a través de acercamiento en calle o como recientemente se ha implementado, el traslado de servicios al lugar de residencia de los usuarios. Otras modalidades son mixtas o se limitan a la consulta externa. Por lo general, la modalidad residencial o de internado busca el logro de la abstinencia total, apartando al consumidor de su entorno cotidiano por períodos de tiempo variables. Sin embargo, la modalidad no resulta ser un aspecto que defina de manera precisa los tratamientos, en tanto que los diversos enfoques de tratamiento pueden ofrecer diferentes modalidades en la búsqueda de diversos objetivos.

Otro elemento de definición lo constituye la filosofía o el enfoque del tratamiento. Aquí se encuentran los tratamientos tipo comunidad terapéutica. Las comunidades terapéuticas en el pasado se definían como tratamientos residenciales de largo plazo, hoy en día han diversificado las alternativas de servicios y su duración. Se caracterizan principalmente por

utilizar la vida en "comunidad" como componente fundamental del tratamiento, tanto los residentes como el personal, resultan fundamentales en el desarrollo de una dinámica en la que el residente se ayuda a sí mismo y ayuda a los demás, a lograr metas de crecimiento personal. Cada miembro cumple un rol fundamental en la supervivencia y mantenimiento de la comunidad, se estimula una dinámica de presión de grupo "positiva" en la que lo negativo se revisa permanentemente y se fortalece el "aprendizaje experiencial" basado en el ensayo y el error, así, si se cometen errores se aprende de ellos y de esta forma se promueven cambios duraderos en el estilo de vida (NIDA, 2001; Kerr, 1986). Existen al menos tres tipos de comunidades terapéuticas, las tradicionales en inglés llamadas "concept houses", las de orientación comunitaria llamadas "community - oriented houses" y las de corte religioso. En las tres se comparten aspectos fundamentales como: la atmósfera comunal o terapéutica, las reuniones grupales, las tareas cotidianas compartidas y el estímulo para asumir cada vez más responsabilidades para consigo mismos y para con otros miembros de la comunidad (Toon y Lynch, 1994).

El modelo de comunidad terapéutica se expandió en los Estados Unidos en la década de los 60 a partir de "Synanon", primera versión fundada en 1958, e inspirada en parte en la filosofía de Alcohólicos Anónimos. Sin evaluación formal sobre los resultados, Synanon insistió en estar obteniendo grandes resultados y se definió a sí misma como un modelo de tratamiento, lo cual llevó a la creación de otras comunidades terapéuticas como Daytop Village en 1964 y Phoenix House en 1968. Manejadas casi en su totalidad por ex – consumidores rehabilitados y en ambientes residenciales por extensos períodos de tiempo, la comunidad terapéutica, ha venido renovando y profesionalizando cada vez más.

En el modelo de comunidad terapéutica, el consumo de drogas es concebido como un problema de comportamiento, en tal sentido, el tratamiento busca que la persona asuma la responsabilidad de una vida libre de drogas y aprenda a manejar adecuadamente su entorno y su vida relacional.

Otro enfoque de tratamiento se basa en la filosofía de los 12 pasos y 12 tradiciones de Alcohólicos y Narcómanos Anónimos, tradicionalmente aplicado en el marco de reuniones de grupos de auto-apoyo de personas que comparten un mismo problema. En países como los Estados Unidos estos grupos de auto-apoyo se han diversificado a todo tipo de problemas socialmente relevantes. Este enfoque se fundamenta en reunirse regularmente y apoyarse mutuamente para el logro y el mantenimiento de la abstinencia. Los grupos tienen una fundamentación espiritual, no confesional y manejan la premisa de admitir la condición de alcohólico o adicto y abolir por completo la posibilidad de un consumo moderado. El reto de mantenerse abstinente y la visualización de vivir una vida sin alcohol u otras drogas, se maneja bajo el precepto de "un día a la vez". La idea es enfocarse en mantenerse "limpio" por hoy y preocuparse por el día siguiente cuando llegue (Mc Murran, 1994).

Algunos tratamientos residenciales utilizan también un enfoque de 12 pasos modificado comúnmente denominado "Modelo Minnesota" que ofrece otras intervenciones complementarias al tratamiento, además del concepto de auto-apoyo, en particular alternativas de desintoxicación y deshabituación asistidas. Este modelo es comprehensivo, se orienta al logro de la abstinencia y cuenta con equipos multi-disciplinarios, retoma algunos aspectos del modelo de comunidad terapéutica como el concepto de "atmósfera terapéutica", rutinas y tareas cotidianas y el énfasis en construcción de valores y creencias positivas (Cook, 1988).

En el modelo de 12 pasos, el consumo de drogas se define como una enfermedad crónica y sin cura posible. En tal sentido el tratamiento plantea una recuperación y no una cura. El concepto de "enfermedad" se usa como metáfora que resulta necesaria para el funcionamiento adecuado y terapéutico del modelo, lo cual se resume en la frase de "una vez adicto, siempre adicto". Los usuarios se encuentran en recuperación, mejoran la capacidad de introspección y se comprometen con el cambio. Busca también el crecimiento espiritual, el reconocimiento de opciones y responsabilidades individuales y la aceptación de las relaciones con los otros. En este modelo el usuario es enteramente responsable de su recuperación y de aceptar la ayuda, de esta forma si bien se maneja el concepto de "enfermedad" el individuo sigue siendo responsable de su propia recuperación y de adoptar un nuevo estilo de vida (Cook, 1988).

Otros tratamientos se basan en intervenciones de tipo psicológico en las que se aplican también diversidad de enfoques, en particular el cognitivo-conductual y el de aprendizaje social con los cuales se busca cambiar las actitudes y creencias que llevaron a consumir y a mantener dicha conducta. Dentro de estos enfoques se encuentran las intervenciones motivacionales, entrenamiento en auto-control, entrenamiento en habilidades (sociales, resolución de problemas, manejo de emociones, etc.), prevención de recaídas (manejo de disparadores de consumo, modelamiento), modificación de estilos de vida, terapias aversivas (p.ej, naltrexona, disulfiram), exposición a claves ambientales, entre otros. Se pueden encontrar enfoques psicológicos con énfasis sistémico en el que la intervención familiar, cobra mayor importancia y el enfoque psicodinámico. Estas intervenciones se realizan por lo general en el marco de una psicoterapia individual, familiar o grupal.

El modelo psiquiátrico hace énfasis en la salud mental del sujeto, su enfoque primario es sanitario y se centra en la sustancia o sustancias consumidas como responsables primarias de la situación del consumidor. Se maneja el concepto de "enfermedad" y se centra en la estabilización del estado físico, a través de una desintoxicación, que por lo general se asiste con medicamentos de diferentes tipos. En algunos casos este modelo se complementa con intervenciones psicológicas como las mencionadas en el apartado previo.

De gran expansión en nuestro país se encuentra la teoterapia. Este enfoque basa sus intervenciones en creencias religiosas, en la lectura de la Biblia, en reflexiones grupales que denominan "devocionales" y en cultos religiosos. La mayoría de las instituciones que ofrecen este enfoque, se encuentran vinculadas a alguna iglesia cristiana y en nuestro país, complementan la atención con lo que se ha denominado la "terapia de ventas" con la cual buscan ofrecer una "terapia ocupacional" y una "reincorporación social" a consumidores de bajos recursos económicos. De acuerdo con la FUNLAM (1996) la recuperación se logra por el aumento de la fe cristiana y por convicción personal. La aplicación del modelo de teoterapia puede darse en conjunto con el de comunidad terapéutica.

Por último, se encuentran los enfoques alternativos en los cuales también se ofrece una gran diversidad de opciones de tratamiento. Estos van desde el uso de laxantes y eméticos naturales para la purga del cuerpo, la compensación con complementos nutricionales o con "sueroterapia", el yoga, la meditación, las cámaras hiperbáricas, la homeopatía, la acupuntura, el uso de algas, el yagé en tomas "terapéuticas", entre muchas otras aplicaciones terapéuticas.

Un último intento por clasificar los tratamientos, lo constituye el escenario en el cual se ofrecen, estos pueden ir desde instituciones especializadas, proveedores de servicios de salud en general, sistema de justicia criminal, lugar de trabajo, escenarios religiosos y escenarios educativos (WHO, 1996).

1.1.2 Rehabilitación:

La rehabilitación busca la adquisición o re-adquisición de habilidades nunca antes desarrolladas o perdidas durante la carrera de consumo. La evidencia muestra que si un consumidor dependiente desea abandonar su consumo y mantenerse abstinente, debe ir más allá de la desintoxicación, pues la dependencia a una o varias drogas supone, no sólo la alteración del equilibrio fisiológico del organismo, sino la alteración de los patrones relacionales, familiares y sociales. Esta realidad de vida que enfrenta la mayor parte de los consumidores dependientes, con carreras de consumo prolongadas, plantea la necesidad de ofrecer un soporte que no sólo considere aspectos indispensables como el manejo de la ansiedad, los disparadores de consumo y los aspectos del entorno que pueden llevar a una recaída, sino el apoyo con aspectos fundamentales del día a día como conseguir un trabajo, aprender un oficio, conseguir un lugar en dónde vivir y reconstruir la red de apoyo social (UN, 1997). La rehabilitación debería preparar integralmente al consumidor para llevar una vida independiente después de terminar su desintoxicación y su tratamiento inicial.

En este sentido, la rehabilitación buscaría restaurar los aspectos de tipo psicológico, vocacional, laboral, social y físico, permitiendo al ex –consumidor reconstruir un estilo de vida libre de consumo y reducir el riesgo de recaídas en el futuro.

1.1.3 Reincorporación social:

Los logros obtenidos durante el tratamiento y la rehabilitación se incorporan y cobran vigencia de manera concreta en la vida del ex -consumidor, durante la reincorporación social. La necesidad de reincorporar social o laboralmente a un consumidor, depende de la naturaleza misma del problema que le llevó a ingresar a un tratamiento en primera instancia, así como de las condiciones de vida previas al ingreso. La FUNLAM (1996) define la reinserción social en el marco de la filosofía "amigoniana" como una guía u orientación que se ofrece durante el retorno del ex – consumidor a su contexto social, familiar, laboral y/o académico "como miembro activo y productivo con obligaciones y derechos" (p. 29).

El alcance de las intervenciones durante la reincorporación social, laboral y familiar del ex – consumidor dependerá de las necesidades del mismo en cada una de las áreas. Sin embargo, la reincorporación socio-laboral debe facilitar los medios que viabilicen los cambios logrados durante el tratamiento y la rehabilitación, así como los medios para la realización de un proyecto de vida. Esta etapa del proceso de cambio, supone el trabajo coordinado de múltiples instancias e instituciones, la sensibilización de la familia, la comunidad y la sociedad en general, con el fin de contrarrestar las barreras que suelen encontrar los consumidores rehabilitados para reincorporarse activa y productivamente a su vida social.

1.1.4 Fases y etapas de los procesos:

Por lo general, los tratamientos y el proceso de rehabilitación se dan en fases o etapas, estas dependen del modelo de intervención y del tipo de institución que los ofrezca. El concepto de fases es más común al modelo de comunidad terapéutica, aunque también el modelo de 12 pasos plantea una serie de fases en el proceso. Las comunidades terapéuticas, suelen

definir una primera etapa comúnmente denominada de "acogida" o "pre-comunidad" durante la cual el usuario recibe una inducción a la vida en comunidad, conoce las reglas y las normas y cumple con una serie de objetivos iniciales. La segunda fase es la de tratamiento propiamente dicho, en la cual se concentran la mayor parte de las intervenciones con el fin de lograr cambios en la personalidad, en las actitudes, los comportamientos, los valores y el cumplimiento de normas. La última, denominada de "crecimiento intensivo" supone un mayor involucramiento con la familia y el entorno, así como la participación activa en los procesos de tratamiento de otros miembros de la comunidad. Esta última fase finaliza con el proceso de "desprendimiento" durante el cual el usuario empieza la realización de su proyecto de vida (FUNLAM, 1996).

Las fases y etapas no son exclusivas de un modelo de tratamiento en particular, sencillamente se organizan de acuerdo con un plan de tratamiento estructurado que plantea una serie de metas y objetivos, el logro de dichas metas y objetivos plantea el paso a una siguiente etapa. Esta estructuración de metas, objetivos y resultados depende de cada modelo.

1.2 La evidencia acerca de los tratamientos para consumidores de SPA

La evidencia acerca de la eficacia de los tratamientos en la reducción del consumo de drogas es extensa y en algún grado contradictoria. Durante los últimos años, se han llevado a cabo innumerables estudios que pretenden responder a la pregunta de si realmente los tratamientos funcionan. Muchos de los estudios realizados han utilizado modelos experimentales y han analizado diversos tipos de tratamiento para establecer una respuesta certera a esta pregunta. La realidad muestra que los niveles de éxito de las intervenciones suelen ser moderados. Diversos estudios longitudinales, entre ellos el realizado por Orford en 1985 (cit. por Mc Murran, 1994) señala que después de un seguimiento de 6 a 12 meses después de la intervención, solo un tercio de los usuarios en promedio muestra una mejoría. Otro estudio de gran trascendencia fue el realizado por Vaillant en 1995 (cit por Cameron y Franey, 1998) en el cual realizó un seguimiento de más de ocho años a una muestra de personas alcohólicas que acudían a un centro de tratamiento, en el que se ofrecía desintoxicación y otra serie de actividades terapéuticas. Después de un año, el 81% de los sujetos continuó con un patrón de consumo dependiente, pasados 8 años el 26% podía considerarse aún dependiente, el 29% había fallecido y sólo el 34% había mostrado una evolución favorable.

De acuerdo con Peele (1985) los trabajos de Vaillant desde 1983 soportan de manera contundente la idea de que por ejemplo, el tratamiento del alcoholismo basado en un modelo médico, o en uno de 12 pasos, no produce mejores resultados que los que produce el paso natural del tiempo. Es decir que las personas que se van a recuperar, lo harán después de ocho años de tratamiento o por sí mismas en el mismo período. También resalta que los estudios que intentan establecer si es posible un cambio en los patrones de consumo dependientes hacia consumos moderados (p.ej. Helzer y cols., 1985), han mostrado que solo un 1.6% de las personas lo logran, después de cinco u ocho años de haber recibido un tratamiento. Otros resultados mostraron que el 4.6% alternaron sus patrones de consumo entre la abstinencia y el consumo moderado, mientras el 12% continuó su consumo excesivo, el 18% logró consumir sin problemas aparentes y el otro 5% se abstuvo por completo.

Peele también retoma otro estudio realizado por Vaillant en 1983, en el cual después de 40 años de seguimiento a hombres dependientes al alcohol, que nunca acudieron a un tratamiento, se encontró que al final el 20% estaba bebiendo moderadamente, mientras el 34% se encontraba abstinente. Los resultados del grupo de comparación mostraron que aquellos que asistieron a reuniones de Alcohólicos Anónimos, eran más propensos a recaer que aquellos que se abstuvieron por sus propios medios.

Estos resultados llevaron a Vaillant a concluir que las fuerzas naturales tales como la enfermedad, el malestar físico, el trabajo y la familia tuvieron un mayor impacto en la recuperación de aquellos que lo hicieron. Y en este sentido señala que el mejor predictor de un tratamiento es, qué tanto el consumidor va a perder si no se recupera. Las personas que lograron una recuperación contaban con una red de apoyo social, entre otros factores que se mencionarán más adelante.

Peele, termina concluyendo que el tratamiento debe estar disponible siempre, para aquellos que así lo quieran y que más que un mayor número de tratamientos, lo que se requiere son tratamientos de calidad que ofrezcan un escenario terapéutico, que ofrezcan identidad y un convencimiento real de la necesidad de mantenerse en él (1985). Por el contrario Vaillant concluye que por ejemplo, los alcohólicos se recuperan no porque sean tratados, sino porque se sanan a sí mismos, y que el deber central es ofrecer atención médica de emergencia, refugio, desintoxicación y comprensión mientras el proceso de auto-sanación tiene lugar (1983).

Las conclusiones de estos, entre muchos otros estudios, han llevado a los críticos de los tratamientos a pensar que las intervenciones son inútiles, en tanto que como lo reitera Mc Murran (1994), dos terceras partes de los consumidores o no mejoran o lo hacen apenas por breves períodos de tiempo retornando de manera inevitable a los patrones de consumo previos. Sin embargo, esta misma autora señala que si se considera que sólo los casos más complejos piden ayuda, las tasas de éxito son mucho más relevantes de lo que pueden parecer a simple vista.

La realidad también muestra que muchos consumidores cambian sus hábitos sin ningún tipo de ayuda profesional. A este fenómeno se le ha llamado "remisión espontánea" y ha sido también ampliamente estudiado, se presume que los consumidores con patrones de uso abusivo o dependiente son de algún modo "inmaduros" y que el paso del tiempo lleva a una mayor madurez y por tanto a la abstinencia o al uso controlado (Yates, 1990; cit por Mc Murran, 1994). Resulta de gran relevancia el estudio de este fenómeno, en tanto que la evidencia ha mostrado que es mayor el número de personas que se recuperan por sus propios medios que por la asistencia a un tratamiento. La autora retoma un estudio hecho por Tuchfeld (1981) con 51 hombres y mujeres que reportaron haber tenido problemas de consumo y haberlos resuelto sin ninguna intervención formal, 40 ellos lograron abstenerse por completo y 11 alcanzaron un consumo moderado. Una de las razones para negarse a recibir ayuda formal, fue el evitar ser rotulados. Las razones para iniciar un cambio tuvieron que ver con aspectos como: haber estado enfermos, haber tenido un accidente, haber vivido alguna experiencia "extrema" como humillación, intento de suicidio en ellos mismos o en otras personas consumidoras, haber tenido una experiencia de conversión religiosa, problemas financieros, presión familiar, una muerte cercana como consecuencia del alcohol o las drogas, problemas legales e información acerca de las sustancias.

Biernacki (1986), realizó un estudio similar con heroinómanos, encontrando también que el cambio se asociaba con una resolución de cambio definitivo y con algún evento perturbador y negativo que lleva al consumidor a ver la vida de consumo y adicción desde un lente negativo. Sin embargo, este autor advierte que la decisión de cambio no necesariamente se ve acompañada de una clara línea de acción, en particular en casos en los que el consumo ha sido crónico y de largo plazo y ha implicado el deterioro de todo el entorno social del consumidor. En tal sentido, el cambio y el camino de la reparación siempre será mucho más sencillo para quien ha tenido y conserva algo, que para quien no ha tenido ni tiene nada. El proceso de cambio en estos casos de "remisión espontánea", supone un alejarse literal y simbólico de la droga misma y del mundo de la droga, una vez se superan los síntomas físicos de la retirada, se enfrenta el problema de ocupar el tiempo que antes ocupaban en conseguir, comprar y consumir la droga, cualquier alternativa resulta conveniente y se asume de manera "ferviente", al menos durante el primer año. En los primeros meses, la escena de drogas deja de ser tan familiar para la persona, los proveedores cambian de zona o van a la cárcel, etc. Luego se empiezan a compartir experiencias de vida con personas no consumidoras y la persona comprende que sí puede compartir "algo" con ellas, crean y refuerzan relaciones con otras personas que suponen cierto grado de seguridad, en contraste con la incertidumbre permanente del pasado. Se trabaja en un nuevo estilo de vida que se valora y no se desea amenazar. Más aún, si el problema que llevó al cambio amenazaba en algún sentido la seguridad o integridad física del ex – consumidor, se teme aún más regresar al mundo del consumo. Se asume un nuevo rol y una nueva identidad, ajenos a los roles e identidades del pasado.

Tuchfeld (1981; cit por Mc Murran, 1994) resume el proceso así: se reconoce el problema, se desvincula de las actividades sociales y de ocio vinculadas con el consumo y se modifica el auto-concepto de tal forma que la persona se valora y se siente competente.

Thom y colaboradores (1994) resumen en cuatro los factores predictores de un buen resultado en el mediano y largo plazo, además de la asistencia a grupos de AA. Lo primero es encontrar un sustituto a la dependencia (algo que puede ser haga tan compulsivamente como se consumía), lo segundo es experimentar experiencias aversivas relacionadas con el consumo y la drogas, algunas de estas se trabajan en los tratamientos (p.ej. disulfiram), lo otro es encontrar una nueva fuente de esperanza y auto-estima y por último, crear nuevas fuentes de apoyo o soporte social a través de actividad laboral o nuevas relaciones afectivas.

Muchos de todos estos procesos ocurren -sin duda- en los tratamientos tradicionales y se constituyen en áreas fundamentales de las intervenciones, sin embargo, se llama la atención sobre aspectos centrales como el hecho de que el rotular a las personas con problemas de consumo como "alcohólicas" o "adictas" puede ser contraproducente, si lo que se quiere es que ingrese a un proceso de tratamiento. En segundo lugar, se evidencia que los procesos de tomar la decisión, actuar y mantenerse en el cambio deben darse en ese orden. Si bien, puede pensarse que es necesaria la determinación de abandonar el consumo antes de hacerlo, es claro que se trata de un *proceso* más que de un evento puntual en el tiempo, tanto en los casos en los que se da un tratamiento, como en los casos en los que no (Mc Murran, 1994).

Otra evidencia es aquella que se concentra en las ventajas de los tratamientos. De acuerdo con Pickens y Fletcher (1989), la efectividad de los tratamientos también es ampliamente reconocida y ha sido demostrada en diversos estudios multi-céntricos y clínicos realizados

en la década de los 80 por autores como Sells, Hubbard, Newman y Whitehill, Mc Lellan y Bale entre otros. En ellos se logró demostrar un impacto positivo en indicadores como la reducción de índices de criminalidad y el mejoramiento en el funcionamiento social y ocupacional. Más recientemente, se han mostrado resultados importantes en el mejoramiento de las condiciones de salud de los consumidores, en la reducción del impacto de ciertos patrones de consumo en la salud pública y en la reducción de tasas de incidencia de VIH y hepatitis virales en esta población.

Entre 1979 y 1981 se llevó a cabo en los Estados Unidos un estudio evaluativo de seguimiento a más de 11.750 personas que ingresaron a tratamiento en 41 programas de diversa naturaleza. Dicho estudio replicó muchos de los resultados arrojados por trabajos anteriores, entre ellos la evidencia de la efectividad de los tratamientos en la reducción del consumo de SPA y la actividad criminal durante las intervenciones y posterior a ellas, así como la importancia del factor tiempo de estancia en el tratamiento en los resultados (Hubbard y cols., 1989; cit. por Pickens y Fletcher, 1989). De acuerdo con este mismo autor, cuando los beneficios del tratamiento se comparan con los costos de su provisión, estos últimos se recuperan durante el curso del tratamiento mismo, sin mencionar las ganancias posteriores al tratamiento.

Si bien existe evidencia que muestra que los tratamientos tienen un impacto limitado en términos de resultados frente al número de personas que acuden a él, también la evidencia muestra que en aquellos casos en los que el resultado es positivo, las ganancias superan los costos. Por esto mismo, los esfuerzos en décadas recientes se han centrado en el mejoramiento de la calidad de los tratamientos y en la definición de una serie de estándares que garantizan un mayor impacto y por consiguiente, una relación costo-beneficio más positiva. De hecho, la OMS (WHO, 1996) ha señalado que el fracaso en proveer tratamientos adecuados conlleva costos elevados para los servicios de salud y para la comunidad en general, pues un número importante de consumidores de SPA seguirán buscando ayuda y acudiendo a tratamientos que no necesariamente son los más indicados, ni los que ofrecen mejores resultados.

En tal sentido, la OMS insiste en que debe haber disponibilidad de tratamientos, pero estos deben ser de calidad, estar disponibles y ser accesibles. De tal forma se garantizaría que los recursos disponibles, que por lo general son escasos, se distribuyan de la mejor manera posible y en tratamientos que ofrecen una mejor relación costo-efectividad. La evidencia al respecto, es también muy amplia y se incorpora en estándares y recomendaciones de diversas agencias internacionales, aspecto que se trabajará más adelante y en mayor detalle.

Otra área importante de estudio se ha concentrado en los modelos de tratamiento específicos. Al respecto, y en relación con el consumo de alcohol, se ha encontrado que muchos modelos de tratamiento resultan efectivos en el corto y mediano plazo. Estos incluyen las terapias cognitivo-conductuales (Saunders y Allsop, 1991; cit por Franey y Thom, 1995), la reorganización social con terapia comunitaria de refuerzo, el uso supervisado del disulfiram y el Modelo Minnesota basado en los 12 pasos. Sin embargo, la evidencia no permite demostrar la superioridad de un modelo sobre otro. De igual forma, existen conclusiones limitadas en lo que respecta a la intensidad de los tratamientos y a las modalidades o escenarios en los cuales se ofrece (Franey y Thom, 1995).

No se ha logrado demostrar que los servicios residenciales o de internado sean superiores en resultado a los ambulatorios o a los extramurales, como tampoco que los servicios de mayor alcance en el tiempo sean superiores a una sola sesión de intervención breve. La realidad es que la investigación ha fracasado en determinar si el resultado de los tratamientos es más una función de las características individuales del usuario que del tratamiento mismo. No se han hallado predictores claros de resultado, con la única excepción de diagnósticos duales y psicopatología asociada. Es por esto mismo, que se ha dicho que los resultados de un tratamiento son producto de la interacción de diversidad de factores del usuario, el tratamiento y el ambiente. La única evidencia existente, permitiría decir que el contar con una red de soporte social permanente y el seguimiento o la asistencia a reuniones de AA producen un mejor pronóstico de resultados en el largo plazo que las características personales o las variables del tratamiento (Franey y Thom, 1995).

Un aspecto que ha cobrado importancia, es la necesidad de definir el tipo de usuario y su compatibilidad con uno u otro tipo de tratamiento, en tanto que no todos los tratamientos son adecuados a todos los tipos de consumidores. En congruencia con esto, la investigación se ha concentrado en establecer si los resultados de los tratamientos mejoran cuando se hace una evaluación sistemática de las características de los clientes y de acuerdo con los resultados, se ubican en el tipo de tratamiento más indicado. Aspectos como psicopatología, inestabilidad social y recursos psicológicos son dimensiones relevantes a la hora de evaluar la compatibilidad de un tratamiento con la situación del potencial usuario. Los resultados muestran que los resultados mejoran en diversas áreas de la vida de los sujetos, pero no necesariamente en los patrones de consumo (Franey y Thom, 1995).

Uno de los proyectos más grandes de este tipo fue el "MATCH", en este estudio multi-céntrico se comparó la evolución de más de 1700 usuarios de diversos modelos de tratamiento, habiendo sido seleccionados y ubicados en programas, con base en una serie de características (severidad del consumo de alcohol, daño cognitivo, compromiso psiquiátrico, nivel conceptual, género, preparación para el cambio, soporte social frente a continuar bebiendo o abstenerse, sociopatía y tipología del alcoholismo). Este proyecto mostró que los participantes mejoraron significativamente y de manera sostenida en el número de días de abstinencia y en la cantidad de alcohol consumida, y mostraron pocas diferencias en la variable tipo o modelo de tratamiento. Sin embargo, se observó que los usuarios ambulatorios de tratamientos de 12 pasos tendían a conservarse más abstinentes que aquellos pacientes ambulatorios de otros programas. Hubo también una reducción notoria en el uso de otras drogas, en niveles de depresión y minimización de problemas asociados, así como mejoría en la función hepática, logros que se mantuvieron durante los 12 meses siguientes de seguimiento, período en el que la mayor parte de las recaídas, suelen ocurrir.

Lo que los investigadores concluyen no sólo es la importancia de considerar las necesidades individuales a la hora de escoger el tratamiento adecuado para un usuario en particular, sino que muy probablemente, los resultados obtenidos fueron también producto de tratamientos de alta calidad (NIAAA, 1996).

1.3 El proceso de buscar ayuda cuando se es consumidor de SPA

Antes de entrar a definir los aspectos puntuales de un servicio de tratamiento de calidad, vale la pena revisar ciertos aspectos del proceso de cambio en el ámbito del consumo de

drogas, pues sólo comprendiendo a fondo la complejidad de ese proceso, es posible dar la dimensión justa a los hallazgos y recomendaciones para ofrecer tratamientos de calidad.

Una de las características más prominentes del fenómeno del consumo de sustancias es su dinamismo y permanente evolución. Esta realidad ha derivado en cambios permanentes en la provisión de servicios y en el interés por comprender más a fondo los aspectos propios del proceso de buscar ayuda, cuando se es consumidor de sustancias.

De acuerdo con Hartnoll (1992) se ha comprobado que sólo una pequeña proporción de la población en necesidad de ayuda, la busca y en tal sentido los servicios de tratamiento y rehabilitación no están logrando su propósito. De hecho, la proporción de consumidores que se encuentra en tratamiento representa apenas una muestra pequeña de la población de consumidores problemáticos y dependientes. También se ha establecido que es usual que entre el primer consumo problema y el primer contacto con un centro de atención pase mucho tiempo.

Son múltiples los factores involucrados en el proceso de búsqueda de ayuda y uso de servicios, pero ¿cuáles son esos determinantes individuales?, autores como Rosenstock (1966) y Becker (1979; los dos citados por Hartnoll, 1992) señalaban ya la importancia de los proceso cognitivos y marcaron la pauta para el desarrollo de modelos tan sonados como el de "creencias en salud" que establecen además la relevancia de factores como la motivación, el valor percibido en la prevención de la enfermedad y la actuación congruente con la eliminación del riesgo y la amenaza, así como la creencia de que el actuar en consecuencia va a contrarrestar la amenaza potencial. Otros autores han desarrollado modelos explicativos de corte más fenomenológico e interactivo como el de "enfermedad-acción" en el cual la acción frente a la enfermedad se da a través de un proceso de interpretación, influenciado por el conocimiento propio y de otros acerca de las teorías de la enfermedad y la acción apropiada para afrontarla a la misma.

En el campo del consumo de drogas son numerosas las preguntas que demandan respuesta: ¿acaso los consumidores que no entran en contacto con los servicios necesitan ayuda, o es que su consumo no resulta los suficientemente problemático o descontrolado en comparación con aquellos que sí buscan ayuda?, ¿si experimentan problemas porqué no piden ayuda?, ¿acaso no perciben el problema?, o ¿es que no desean recibir ayuda?. ¿Es posible que los servicios existentes no sean lo suficientemente relevantes y atractivos para ellos?, en consecuencia ¿por qué algunos sí buscan ayuda?, ¿qué desean y esperan obtener?, ¿qué determina el momento de buscar ayuda y cómo escogen el lugar al que llegan?. Todos estos cuestionamientos y la búsqueda de respuestas concretas han llevado, como se señaló antes, a ofrecer cada vez más y mejores alternativas de tratamiento a los consumidores de SPA. Uno de los aspectos más prioritarios fue la expansión del VIH/SIDA con lo cual los servicios han buscado atraer cada vez más usuarios y ofrecerles servicios más flexibles y humanos, no sólo para lograr la abstinencia si es eso lo que desea el usuario, sino para reducir los daños y los riesgos asociados al consumo en programas de baja exigencia (Hartnoll, 1992).

Existen tres tipos de hipótesis fundamentales que pretenden resolver los diferentes estudios, la primera se refiere a si el hecho de buscar ayuda se relaciona con la severidad del problema que se experimenta; la segunda indaga por características individuales, circunstancias ambientales y contextos socio-culturales y la tercera se centra en las características de la

oferta de servicios disponible, así como las políticas existentes y su influjo en los patrones de búsqueda de ayuda. Lo común a este tipo de hipótesis es la concepción del buscar ayuda como un proceso tanto cognitivo como comportamental. Dicha decisión parece estar mediada por percepciones e interpretaciones por parte de los consumidores y otros significativos en relación con el significado de consumir, sus consecuencias, así como el tipo y disponibilidad de alternativas para el futuro y el valor percibido (así como los costos potenciales) de buscar y pedir ayuda.

En referencia al primer tipo de hipótesis, se establece que quienes buscan ayuda tienen severos problemas asociados con dependencia, pérdida de control y dificultades en diferentes áreas de la vida. Además presentan alteraciones emocionales, ansiedad, problemas legales y financieros y conflictos relacionales y todo ello los lleva a pedir ayuda. Mientras unos estudios han mostrado que no existe diferencia en la severidad de los problemas reportados por quienes buscan ayuda y por quienes no lo hacen (p.ej. Rounsaville y Kleber, 1985; Hartnoll y Power, 1989 cit por Hartnoll, 1992), otros sí han encontrado diferencias (p. ej. Graeven y Graeven, 1983). Uno de los estudios que halló diferencias importantes, señala que los consumidores habituales se diferencian de los que buscan ayuda, en que generan más estrategias para controlar su consumo, gastan menos dinero de sus ingresos en drogas, cuentan con una actividad estable para su sostenimiento, evitan ser arrestados, en contraste con aquellos que sí buscan ayuda. Quienes buscan ayuda tienen con mayor frecuencia una pareja no consumidora y reportan mayor presión para abandonar el consumo, presentan un mayor reporte de problemas en los tres meses previos a la medición y refieren mayor preocupación y necesidad de ayuda. Sin embargo, como ya se revisó en la sección previa, quienes no buscan ayuda también presentan problemas, descontrol y preocupación por su consumo. En ese sentido lo que se concluye es que muchos consumidores pueden estar requiriendo ayuda, pero sencillamente no son alcanzados por los servicios existentes (Hatnoll, 1992).

El segundo grupo de hipótesis se refiere a la influencia relativa de factores individuales, ambientales y culturales, de los cuales se conoce menos, pero se insiste en su importancia. Por ejemplo, se ha encontrado que los consumidores jóvenes no encuentran atractivos los servicios existentes y que las alternativas informales y proactivas resultan ser más adecuadas. Lo mismo se ha encontrado con respecto a los servicios que ofrecen facilidades para resolver las necesidades femeninas y que resultan más atractivos para ellas. Factores individuales como ciertos rasgos de personalidad tendientes al neuroticismo y a la depresión se asocian más con la búsqueda de ayuda. En tal sentido se establece la importancia de generar servicios que puedan discernir las diferencias individuales, sociales y culturales, así como las necesidades particulares en cada caso (Mc Lellan y cols., 1980, 1983; cit por Hartnoll, 1992). Aún no es posible establecer la importancia relativa de los otros significativos en el proceso.

Naciones Unidas (2003) resume las características individuales asociadas al éxito de los tratamientos en la existencia de una dependencia leve, la mínima existencia o inexistencia de síntomas psiquiátricos al momento de ser admitido en tratamiento, un interés y motivación que vaya más allá de desear o querer cambiar, estar empleado o ser económicamente independiente, contar con apoyo familiar y/o social que apoyen la decisión del consumidor de abstenerse de consumir. Estos aspectos se revisan más detalladamente en la sección 1.5 del presente informe.

El último grupo de hipótesis que se refiere a la naturaleza de la oferta existente, señala que aún no se ha logrado documentar el impacto de la accesibilidad como barrera para el proceso de buscar ayuda. Sin embargo, sí se ha establecido que programas más abiertos, con tiempos cortos de espera, confidenciales, no enjuiciadores y no amenazantes resultan de altísima importancia para estimular la demanda. Por otro lado, se han identificado ciertos temores expresados por quienes buscan ayuda, uno es el temor al fracaso y otro es el temor al control. La comparación con grupos de consumidores que no buscan ayuda muestra que el temor al fracaso no es un factor relevante en este grupo, mientras que el segundo sí fue más evidente. Así, mientras más de la mitad de los consumidores no tratados expresaron preocupación por ser reportados a las autoridades o por perder a sus hijos, sólo una pequeña proporción de quienes buscan ayuda lo expresaron. Lo que muestra la evidencia es la importancia de ofrecer servicios que llenen múltiples necesidades y que sean producto de una política que establezca la importancia de la flexibilidad y la diversidad de alternativas (Hartnoll, 1992).

Como ya se dijo, otros aspectos de relevancia a la hora de dar respuesta a las innumerables preguntas que surgen del proceso de solicitud de ayuda, son los cognitivos. El por qué muchos consumidores no piden ayuda ha sido explicado por muchos como un reflejo de falta de motivación o de negación. Sin embargo Hartnoll considera que estos conceptos no pueden explicar la no búsqueda de ayuda, para él es necesario mirar los procesos y eventos por los que está atravesando el consumidor y lo que significa esto en su día a día, antes de caer en explicaciones tautológicas y matizadas de juicio moral.

Davies y Miller (1979, 1981, 1983 citados por Hyams, 1996) ratifican la idea de que la motivación y la negación se constituyen en visiones estáticas que son más un producto de la relación que el consejero desarrolla con el potencial usuarios, que una condición propia del mismo. Para Miller la negación no puede ser vista como una condición inherente al consumidor, sino como un producto de la manera como los asesores deciden interactuar con los consumidores problema. Por esto mismo, resulta de gran relevancia investigar también las características de los asesores, quienes pueden no estar haciendo un ejercicio para inducir la motivación en los clientes. Este aspecto se trabaja con mayor profundidad en la sección 1.5 del presente informe.

De acuerdo con otros estudios, resulta de gran relevancia no sólo el percibir el problema como problema, sino la percepción del tipo de ayuda que se encuentra disponible y la percepción de qué tanto esa ayuda disponible va a ser realmente útil en contraste con el costo de pedir esa ayuda. La evidencia también ha mostrado que los consumidores rara vez conocen las alternativas de ayuda disponibles y existentes. Por otro lado, para los consumidores el valor percibido de la ayuda suele diferir mucho a la percepción que tienen al respecto los servicios mismos. En ese sentido, las experiencias pasadas y lo que saben de los servicios es altamente relevante, la imagen de los mismos influye en quién pide ayuda y cuándo lo hace (Hartnoll, 1992).

Por último, los servicios han empezado a reconocer que el tema de la motivación y el de la voluntad de cambio pueden ser ambiguos y confusos. En el pasado, la mayor parte de los servicios tenían una actitud de espera pasiva, a quienes realmente deseaban la ayuda. Hoy en día se hace necesario adoptar un enfoque más pragmático y proactivo, salir y buscar al consumidor e intervenir en donde está, ha sido la nueva estrategia. La expansión de los programas de acercamiento en calle refleja el impacto positivo que esto tiene, no sólo en la

promoción de los servicios, sino en la reducción de los daños y los riesgos asociados al consumo de sustancias. Por esto hoy las preguntas fundamentales son: ¿qué es lo que está mal con los servicios? Y ¿qué es lo que los usuarios realmente quieren y necesitan? (Hartnoll, 1992).

1.4 Los estándares de calidad en los servicios de tratamiento

En consonancia con la revisión hecha hasta el momento, Naciones Unidas (1997) concluye que el éxito o el fracaso del tratamiento depende de una variedad de factores internos y externos al sujeto.

Naciones Unidas (2003) también señala que los resultados de los estudios muestran la conveniencia de considerar la adicción como un trastorno crónico y recurrente. Si bien se sabe que no todos los casos de dependencia son crónicos y que muchas personas logran abandonar el consumo sin ningún tipo de tratamiento, muchas otras presentan recaídas recurrentes posteriores a los tratamientos y a lo largo de su vida. Hoy en día se reconoce que el consumo de drogas no se resuelve sólo informando, que los problemas derivados de consumir se constituyen en razones importantes para buscar tratamiento, que los tratamientos obligatorios y ofrecidos en el escenario de la justicia criminal muestran altísimas tasas de recaída y reincidencia (más del 70%) y que la desintoxicación que busca estabilizar físicamente al usuario y eliminar las drogas de su organismo, muestra también tasas de recaída tan altas como las de tratamientos obligatorios.

Con toda esta evidencia al alcance, se ha logrado establecer que los programas de tratamiento logran resultados y contribuyen positivamente al bienestar del consumidor, su familia, la comunidad y la sociedad en general. Sin duda alguna, es más costoso no tratar que tratar (Naciones Unidas, 2003).

No obstante, la evidencia también ha mostrado que hay ciertas intervenciones y factores que resultan ser más efectivos que otros en el logro de resultados. Tomar en consideración dichos aspectos amplía las posibilidades y alternativas de ayuda efectiva a los consumidores de drogas que así lo requieren.

El National Institute on Drug Abuse –NIDA- publicó en 1991 una monografía dedicada al mejoramiento de los tratamientos, en ella incluye la revisión del estado del arte de los estándares de calidad en los tratamientos, producto de un encuentro de expertos e investigadores en el área. Uno de los artículos escrito por Leukefeld, Pickens y Schuster resume los principales acuerdos respecto a las condiciones de mejoramiento de los servicios de tratamiento en diversos ámbitos, se mencionan aquí algunos:

1. Los programas requieren financiación, en tanto que la calidad de los tratamientos se ve con frecuencia comprometida por problemas de financieros que a su vez limitan la posibilidad de ofrecer apoyo técnico al equipo y costear la evaluación sistemática de los servicios para revisarlos e incrementar su efectividad. Las fuentes de financiación adicionales permitirían mejorar los aspectos administrativos, el entrenamiento al equipo, el mejoramiento de los salarios y condiciones laborales del equipo, el fortalecimiento de los sistemas de recolección de información, la evaluación de las actividades, las alternativas vocacionales, las mejoras en la planta física y la expansión de los servicios.

2. Se necesita más información y estudios que permitan caracterizar usuarios, programas y resultados. Dada la naturaleza crónica y recurrente de la dependencia, las evaluaciones de los tratamientos deben basarse no sólo en el desempeño del usuario durante el tratamiento, sino después de haberlo finalizado. Así mismo, deben implementarse sistemas de calidad que aseguren un mejoramiento permanente de los servicios.

3. La capacitación y el mejoramiento de las habilidades del equipo asistencial debe ser condición permanente en los servicios, más aún cuando la demanda de servicios es cada vez más compleja y requiere idoneidad en el manejo de aspectos como la co-morbilidad, la psicopatología, las enfermedades infecciosas, la farmacoterapia, entre otros. De la misma forma, los servicios deberían consolidar políticas de retención de miembros del equipo que muestran mayores resultados y efectividad en su gestión, con salarios apropiados y otros beneficios.

   Una vez el servicio logra mejorar estar condiciones, debería fortalecer y ampliar las actividades de acercamiento en calle y reclutar potenciales usuarios del tratamiento.

   En la misma línea, los servicios adecuados deberían ofrecer procesos de evaluación que permitan reconocer condiciones de co-morbilidad, así como otras condiciones que requerirían el manejo de psicopatologías asociadas o el uso de medicamentos bajo estándares profesionales, si no es posible su manejo al interior de la institución debería definir sistemas de remisión y orientación a otros servicios.

   La evidencia también ha mostrado que las intervenciones específicas en prevención de recaídas y el seguimiento sistemático y posterior al tratamiento reducen los índices de recaída, por lo cual se recomienda que los servicios implementen este tipo de estrategias. De la misma forma, se ha comprobado que los grupos de auto-ayuda son costo-efectivos en el mantenimiento de los logros obtenidos después de un tratamiento.

   El uso de sustancias psicotrópicas bajo supervisión médica ha mostrado también beneficios en muchos casos de dependencia, por lo cual se recomienda su uso en los casos en los que se evidencia esa necesidad. Así mismo, el uso apropiado de sustitutos como la metadona ha demostrado un impacto positivo en la reducción del consumo de sustancias ilícitas, reducción de deserción temprana de los procesos y mejor ajuste a las metas del tratamiento.

4. Es altamente recomendable consolidar alianzas y cooperación con otras entidades, en especial las de atención primaria en salud y servicios de salud mental, con ello se podrá garantizar un cuidado continuado e integral de condiciones que comprometen la salud mental y física de los usuarios.

5. Se recomienda también tomar en consideración y ser sensibles a las necesidades específicas de grupos minoritarios y de las mujeres.

6. Los servicios de tratamiento deben estimular el desarrollo de estudios clínicos e investigaciones, no sólo dirigidas a la evaluación de sus resultados, sino a la mayor comprensión del problema de la dependencia a las drogas.

De acuerdo con la NTA (2002) se han acordado también una serie de dominios fundamentales a la hora de ofrecer tratamientos de calidad que ofrezcan mayor efectividad. Todos y cada uno deben contemplarse como parte integral del mismo problema:

El primero tiene que ver con el uso de drogas y alcohol en sí mismo. En este dominio es fundamental conocer a fondo el tipo de droga o drogas usadas, la cantidad y la frecuencia con la que se usan, el patrón de uso, las vías de administración (oral, fumada, inhalada, aspirada, inyectada), así como la presencia de síntomas de dependencia.

Otro dominio es el estado de salud físico y psicológico del usuario, antecedentes como vivencia de trastornos psicológicos, ideación o intentos de suicidio, historia de abusos o traumas, depresión, co-morbilidad psiquiátrica, contacto con servicios de salud mental. Con respecto a la salud física, se debe indagar la existencia de problemas físicos, incluyendo problemas asociados al consumo mismo, embarazo, infecciones de transmisión sexual y/o sanguínea, conductas de riesgo, enfermedad hepática, abscesos, sobredosis e inhabilidades físicas crónicas.

Un tercer dominio es el de funcionamiento social, existencia de problemas con hijos, familia, pareja, violencia, empleo, problemas financieros. Y por último, la existencia de problemas legales incluyendo arrestos, multas, demandas, procesos pendientes, encarcelamiento, actividad criminal, entre otros.

Una vez se establece la situación del usuario en todos estos dominios se definen las necesidades más inmediatas y debería definirse un plan de acción integral para trabajar la solución en cada uno de esos dominios definiendo prioridades en un continuo jerarquizado. Las metas deberían centrarse primero en la reducción de los problemas sanitarios, sociales u otros vinculados directamente o indirectamente con el consumo de sustancias. En segundo lugar, deben reducirse las conductas que implican un riesgo para la salud del consumidor y de otros. Por último, se plantea la necesidad de comprometerse con la reducción del consumo, luego con la abstinencia de las drogas más problemáticos y por último la abstinencia total de sustancias psicoactivas (NTA, 2002).

Por otro lado, Goldsmith (1995), después de revisar múltiples investigaciones, ha definido los componentes centrales de todo tratamiento:

1. Primero están el enganche y la retención, unos de los factores más importantes en el proceso de tratamiento. Al respecto no está del todo claro si este aspecto depende del tratamiento o si son los usuarios con buen pronóstico los que se conservan en tratamiento. Otros estudios han mostrado que completar el programa muestra una asociación más positiva con resultados positivos que el número total de sesiones a las cuales se asiste.

   Una de las condiciones más comunes a la búsqueda de ayuda por parte de los consumidores, es la ambivalencia frente a la abstinencia y el cambio, esta realidad muestra la importancia de trabajar la motivación a través de técnicas como la entrevista motivacional, que buscan incrementar aspectos como la auto-conciencia.

   Dada la condición crónica de la dependencia, el tratamiento y la recuperación deben ser concebidos como procesos de largo plazo. La evidencia muestra que el tratamiento ambulatorio de duración mayor a tres meses (con o sin fase residencial) se asocia con mayores tasas de abstinencia. En este sentido es claro que los beneficios de un tratamiento aumentan con el tiempo, esto incrementa la posibilidad de encontrar soluciones a la diversidad de problemas que aquejan a los usuarios. Sin embargo, existe una evidencia aún más robusta que sustenta mejores resultados en tratamientos de al

menos un año en comunidades terapéuticas, en hospitalizaciones de mínimo 28 días e internamientos de mínimo 90 días. No obstante, también es claro que la efectividad no se da sólo por el tiempo que se permanezca en tratamiento, serán las necesidades específicas de los usuarios las que definirán el tiempo requerido.

El cuidado continuado es otro aspecto importante de la retención de usuarios, de la misma forma las llamadas telefónicas o las notas después de una inasistencia mejoran este aspecto.

Por último, los planes de tratamiento individualizados y negociados activamente con los usuarios se han asociado con mejor retención y resultados. Resulta recomendable el manejo de las crisis, el tratamiento adecuado de trastornos psiquiátricos asociados y las intervenciones sensibles a la diversidad social y cultural. Así mismo, se ha demostrado que el involucramiento de la familia y otros significativos en el tratamiento incrementan los índices de retención.

2. En segundo lugar los estudios han demostrado que el uso de intervenciones específicas para extinguir las ansias del consumo a través del manejo de disparadores y claves ambientales mejoran los resultados en el largo plazo. Estos aspectos, como ya se ha mencionado durante esta revisión, se trabajan en intervenciones para prevención de recaídas.

3. En tercer lugar se recomienda un enfoque comprehensivo que ofrezca al menos terapias individuales cuyo objetivo primario sea el logro de la abstinencia y una vez logrado se enfoquen en otros aspectos relevantes de la vida del sujeto. La terapia familiar y de pareja resulta esencial por cuanto se ha demostrado que estas intervenciones permiten corregir los patrones de relación disfuncionales y maladaptativos, que pueden disparar una recaída en cualquier momento. Las intervenciones grupales focalizadas en el desarrollo de habilidades sociales, patrones de afrontamiento, información acerca de las adicciones, dinámicas sociales y relacionales, han mostrado resultados importantes en la recuperación. La dinámica grupal permite proyectar todos estos aspectos al grupo y ofrecer retroalimentación en la resolución de conflictos, por medio de la identificación entre los miembros y la capacidad grupal de encontrar soluciones. Sin embargo, como se revisará más adelante, de acuerdo con Naciones Unidas (2003) algunas de estas intervenciones grupales no representan diferencias importantes en los resultados. También se recomienda la participación en grupos de 12 pasos, cuyos participantes han mostrado mejores resultados frente a personas que no acuden a ellos.

4. Por último, se encuentra la importancia de contar con un equipo profesional, calificado y motivado a cargo de la asistencia. A esto se añade la importancia de supervisar y apoyar la labor del terapeuta y ofrecer retroalimentación frente a los resultados.

   Al respecto, Naciones Unidas (2003) añade otras características de los terapeutas con mejores resultados, entre ellas contar con sólidas habilidades interpersonales, ser organizado en el trabajo, ver a los pacientes con frecuencia, remitir a otros especialistas cuando es necesario y definir una "alianza terapéutica" con el usuario.

De acuerdo con Naciones Unidas (2003) el tratamiento contemporáneo de las adicciones debe contar con una serie de componentes y cada uno de ellos cumplir con una serie de condiciones para el logro de resultados. En cada etapa de tratamiento se encuentra que hay

factores que pueden incidir en el logro de las metas que se establecen, estos son: el paciente y entorno del tratamiento, los métodos del tratamiento, la medicación para la desintoxicación y el tratamiento, la duración del tratamiento y el entorno de la atención.

1. La primera fase en la mayor parte de tratamientos para las adicciones suele ser la desintoxicación. Este término se ha usado tanto para referirse al tratamiento del síndrome de abstinencia producto de la neuroadaptación, como para describir el proceso de estabilización de la sintomatología física y emocional, no necesariamente asociadas a un típico síndrome de abstinencia. Sólo ciertos tipos de dependencia (nicotina, alcohol, opiáceos, barbitúricos y benzodiacepinas) requieren de una desintoxicación médica, y en algunos de estos casos la supervisión debería ser permanente en tanto que la retirada puede generar reacciones que amenacen la integridad física y la vida del consumidor, en particular el alcohol, los barbitúricos y las benzodiacepinas.

   Este proceso puede durar entre 3 y 5 días y podría prolongarse en casos de co-morbilidad psiquiátrica o médica y síndrome de abstinencia a sedantes. Por lo general, la desintoxicación con metadona muestra una duración media de 21 días, en ese período la evidencia muestra mayor éxito que cuando se extiende en el tiempo, siempre y cuando el objetivo perseguido sea la abstinencia.

   El objetivo de la desintoxicación es buscar el alivio de los síntomas agudos y reducir los riesgos de complicaciones médicas. Sin embargo, la desintoxicación debe buscar la motivación del usuario a ingresar a un proceso de tratamiento y rehabilitación.

   El éxito de esta etapa se puede establecer cuando el usuario ha logrado cierta estabilidad física y emocional que le permita el ingreso a un tratamiento, cuando no se han presentado complicaciones médicas y/o psiquiátricas y se ha logrado la incorporación en un proceso de tratamiento de mayor alcance.

2. La segunda etapa es la de tratamiento, rehabilitación y prevención de recaídas. El inicio de esta etapa sólo es recomendable en casos en los que ya no se presentan los efectos agudos del consumo reciente de sustancias. Esta etapa tiene como objetivo impedir que la persona retorne a un consumo que requiera de nuevo un proceso de desintoxicación, ayudar a controlar la necesidad de consumir a través de una abstinencia continuada y lograr un mejor funcionamiento físico y social a través de un nuevo estilo de vida. Como ya se ha revisado ampliamente, las alternativas para el logro de estos objetivos son diversas.

   El éxito del tratamiento se establece cuando el usuario muestra un bienestar físico y emocional que reduce el riesgo de recaída y cuando la intervención facilita y mantiene los resultados frente al control, reducción o abandono total del consumo; enseña y entrena en conductas que promueven los estilos de vida saludables y reduce los riesgos para la salud y la seguridad; promueve estilos de vida incompatibles con el consumo de sustancias.

   Los componentes principales de un tratamiento eficaz son resumidos por Naciones Unidas como: permanencia más prolongada en el tratamiento; oferta de incentivos y estímulos por asistencia y abstinencia (que incluso pueden ser financieros); contar con un consejero o terapeuta individual; contar con servicios especializados para el manejo

de problemas psiquiátricos, laborales y familiares; ofrecer medicación para aliviar las ansias de consumir y los síntomas psiquiátricos; y por último, participar en grupos de auto-ayuda después de la rehabilitación.

Por el contrario, la evidencia muestra que los talleres educativos sobre las drogas, las sesiones de terapia grupal, en especial las de "confrontación" (muy comunes al modelo de comunidad terapéutica), las sesiones de acupuntura y el entrenamiento en técnicas de relajación no han mostrado un impacto real en los resultados en el corto y largo plazo. No obstante, también se reconoce que estas intervenciones no han sido evaluadas ampliamente en el marco de estudios controlados.

Por último, se sigue insistiendo que si bien la modalidad de tratamiento ha mostrado que los servicios residenciales muestran mejores resultados, el gran problema es que presentan altas tasas de deserción, registrando hasta un 25% de abandono durante las dos primeras semanas y un 40% después de cuatro meses. En este sentido, se recomienda que en casos en los que la persona cuenta con una red de soporte social, se ubique en modalidad ambulatoria, para reservar los cupos de los tratamientos residenciales (por lo general escasos) a casos agudos y crónicos con pobres redes sociales o insertos en entornos problemáticos y conflictivos.

Por último, el NIDA (2001) ofrece también un resumen de los principios de un tratamiento efectivo y empieza por reiterar que no todo tratamiento es indicado para todas las personas, por ello se hace indispensable lograr una paridad entre las posibilidades que ofrece el tratamiento y las necesidades que tiene el usuario.

1. El tratamiento debe estar disponible y ser fácilmente accesible. Dada la común ambigüedad que experimentan los consumidores de sustancias, resulta esencial que cuando la persona refiere estar lista para ingresar a tratamiento, este esté disponible y presto a ofrecer la ayuda que se busca.
2. El tratamiento debe ser integral y no sólo concentrarse en el consumo mismo. Como se ha visto, los potenciales usuarios tienen necesidades en áreas psicológicas, sociales, vocacionales y legales. Los tratamientos deberían ofrecer una asesoría idónea en todas estas áreas para mejorar la efectividad en el mediano y en el largo plazo.
3. El plan de tratamiento debe ser particular y evaluado, si es necesario debe ajustarse de acuerdo con las necesidades. Los usuarios pueden requerir en ciertos momentos medicamentos, atención médica, asesoría o terapia familiar, rehabilitación vocacional y servicios sociales y legales.
4. La efectividad del tratamiento también depende del tiempo, el consenso al respecto es que la mejoría empieza a verse por lo general, después de tres meses, tiempo a partir del cual los resultados y los logros se aceleran y se consolidan. Dados los altos índices de deserción, es fundamental que los tratamientos implementen estrategias de retención de usuarios.
5. Las terapias de comportamiento individuales y/o grupales aseguran el trabajo sistemático en áreas como la motivación, el manejo de situaciones de consumo, el reemplazo de actividades, y las habilidades para resolver problemas. También garantizan un mejoramiento en las habilidades sociales y relacionales.

6. La farmacoterapia es un aspecto fundamental en muchos casos, especialmente si se combina con otras actividades terapéuticas. Ayuda a estabilizar la vida del usuario y a reducir el uso de sustancias ilícitas.
7. En los casos en los que se presenta un diagnóstico dual, se recomienda el tratamiento de las condiciones de forma integrada y simultánea.
8. La desintoxicación médica resulta insuficiente para el logro de resultados sostenidos, sin embargo, en algunos casos es una primera fase fundamental y necesaria previa al inicio de un tratamiento con objetivos de más largo alcance.
9. El tratamiento no necesariamente debe ser voluntario para ser efectivo. No se niega la importancia de la motivación para facilitar los procesos. Sin embargo, se ha comprobado también que las sanciones o los premios en el ámbito familiar, laboral, educativo o judicial pueden incrementar la demanda de servicios, la retención y por consiguiente los resultados.
10. El uso continuado de sustancias durante el tratamiento debe supervisarse de manera objetiva. Se recomienda el uso de exámenes de detección en orina u otros exámenes que desestimulen el uso continuado y permitan ofrecer una retroalimentación objetiva al plan de tratamiento y su ajuste.
11. Los tratamientos deben incorporar exámenes de detección de VIH, hepatitis virales (B/C), tuberculosis y otras infecciones, facilitar su manejo y ofrecer intervenciones que faciliten la reducción de conductas de riesgo para la salud del consumidor y la de otros.
12. Por último, la condición crónica de la dependencia muestra que la recaída es una situación común. En tal sentido, muchos usuarios requerirán más de un ciclo de tratamiento o la prolongación del apoyo en el tiempo hasta alcanzar los objetivos propuestos.

1.5 Otros predictores de enganche y tratamientos efectivos

Como ya se mencionó con anterioridad, se han establecido factores asociados con características de los usuarios que pueden incidir en los resultados y en la retención. Por un lado, se encuentra la gravedad de la dependencia en tanto que entre más crónico sea el patrón de consumo, mayor será el abandono del tratamiento y mayor la recaída después de terminado. También se menciona la gravedad de la co- morbilidad psiquiátrica, pues a mayor gravedad de síntomas al inicio del tratamiento, mayor será la deserción y los resultados negativos posteriores una vez terminado. Si bien la motivación como factor ha sido ampliamente cuestionada, se ha encontrado que quienes expresan un mayor interés por recibir ayuda obtienen mejores resultados y permanecen en el tratamiento por más tiempo (Naciones Unidas, 2003).

La condición de estar desempleado al momento de ingresar a tratamiento, ha mostrado una asociación con mayores índices de deserción y recaída, así como con otros problemas de salud y sociales. De la misma forma, el no contar con una red de soporte social o vivir crisis de inestabilidad familiar o conyugal pueden suponer el estancamiento de las metas del tratamiento o la dilución total de los logros obtenidos (Naciones Unidas, 2003).

Hyams y colaboradores (1996), realizaron también una extensa revisión para explicar los factores de retención y adherencia al tratamiento. Con respecto a los factores individuales

señalan que en general no han sido buenos predictores de enganche, pero que algunos han mostrado una mayor asociación con este aspecto que otros. Muestran mayor tendencia a la deserción temprana las personas con bajos recursos económicos, quienes son dependientes de campo, altamente sintomáticos, con fuerte aislamiento social y con pobre estabilidad social. Reiteran la severidad de los problemas asociados al consumo y la percepción de utilidad de un tratamiento para encontrar solución a los mismos, como predictores de enganche.

Tal como ya se mencionó, las características de los asesores que entran en contacto con los consumidores, resultan ser también altamente relevantes. Más allá de su habilidad e idoneidad, muchos investigadores han encontrado que un determinante del enganche es la calidad de la relación terapéutica que se establece con el cliente en la que el asesor tiene una mayor responsabilidad que el cliente mismo. Se ha trabajado en torno a la hipótesis de que la falta de adecuación en el rol desempeñado (basada en conocimiento, habilidad y experticia) y la falta de apoyo al rol (basada en supervisión y soporte adecuado) derivan en un desempeño inseguro, que a su vez genera un compromiso terapéutico débil. Este aspecto podría estar generando hostilidad frente al cliente, quien al desertar es interpretado como desmotivado. Estos aspectos justifican la insistencia en el entrenamiento, el apoyo y la supervisión permanentes de los equipos asistenciales (Hyams y cols., 1996).

De la misma forma, se ha encontrado que algunos asesores o terapeutas retienen más clientes que otros y al respecto la evidencia muestra que las habilidades interpersonales como la empatía, genuinidad, respeto y claridad se asocian más positivamente con resultados. Otros estudios han mostrado que la empatía era predictiva de los resultados positivos por un período de dos años (Miller y Baca, 1983 cit por Hyams y cols., 1996). Otro estudio de Miller y colaboradores (1993) comparó dos estilos de terapeutas hallando que a mayor confrontación en una segunda sesión, mayor el consumo de alcohol en el usuario un año después. Najavits y Weiss (1994) reiteran que independientemente de la formación y experiencia profesional de los asesores o terapeutas y de las características mismas del usuario, el factor más predictivo de efectividad es contar con buenas habilidades interpersonales.

El estudio realizado por Hyams y colaboradores en 1996 pretendía probar que a mayor satisfacción del cliente con la relación terapéutica, mayor probabilidad de ingresar y engancharse con el tratamiento. Aplicaron un cuestionario de satisfacción a 131 usuarios de un servicio y su medida de resultado fue el enganche, así como la elevación de la esperanza y el incremento de la conciencia y el conocimiento en el propio problema. Se logró comprobar que quienes expresaron mayor satisfacción con la relación terapéutica se enganchaban con mayor probabilidad que aquellos que referían una experiencia negativa. Los autores concluyeron que la esencia de las buenas entrevistas iniciales está en la capacidad de hacer sentir relajado al usuario, permitir la expresión abierta de sus sentimientos y de su situación de vida a un asesor que se muestra cálido, respetuoso, comprensivo, conocedor, interesado en trabajar con el cliente. Si bien el aspecto de percibir al asesor como una persona competente y conocedora del tema resulta importante, es aún más importante la combinación de estas características con aspectos de calidez y empatía, por lo tanto un usuario se encuentra dispuesto a continuar con una relación terapéutica no solo con una persona experta, sino con alguien con quien logra establecer una buena relación terapéutica.

Si bien la revisión llevada a cabo hace referencia a todo tipo de evidencia, en muchos casos contradictoria, se podría concluir que a pesar de las dificultades que entraña la demanda de tratamiento, el enganche efectivo, el proceso de cambio, el logro de resultados y su conservación en el tiempo, los tratamientos de calidad generan resultados que aportan en altísimo grado a la reducción de la demanda de sustancias y del impacto del consumo continuado y riesgoso en la salud de los consumidores y en la salud pública.

La medición de las características de calidad de los tratamientos resulta del todo compleja, si se tiene en cuenta la diversidad de los factores involucrados. La medición de efectividad de los tratamientos demanda diseños metodológicos que superan en alto grado el alcance del presente estudio. Sin embargo, la mayor parte de los factores que determinan un tratamiento de calidad, fueron incluidos dentro del Diagnóstico Situacional en una medida descriptiva, con el fin de establecer qué tanto los tratamientos disponibles en la actualidad en nuestro país, cumplen con los estándares definidos y revisados y así poder establecer qué tantos resultados pueden estar teniendo.

2. Marco metodológico

2.1 Descripción general

Tal como se mencionó en secciones previas, este estudio cuenta con limitados antecedentes empíricos. Se han realizado algunos estudios puntuales como el de la "Evaluación de recursos y resultados de los programas de tratamiento para problemas asociados con uso de psicoactivos" en el Valle de Aburrá entre 1999 y 2000 por Gómez y colaboradores, en el cual se buscó detallar los recursos humanos, logísticos y terapéuticos de 51 instituciones. En este estudio se utilizó el método de seguimiento de cortes dinámicos, con el fin de establecer la mejoría en diferentes áreas de intervención antes y después del tratamiento (período de seguimiento de 5 meses), y comparando estos resultados de acuerdo a los recursos disponibles en los programas estudiados. El resumen al cual se tuvo acceso, no ofrece resultados por cuanto se encontraba en proceso de análisis.

El segundo antecedente, citado por la Fundación Luis Amigó, corresponde al Directorio de Organizaciones Gubernamentales y No Gubernamentales que prestan Servicios en Farmacodependencia elaborado por Anders Kjellegrist en 1993 en el cual se registraron 115 instituciones con información básica como contar o no con personería jurídica y modalidades de tratamiento, en este estudio no se obtuvo información de usuarios.

Otro antecedente es el estudio realizado por la Fundación Luis Amigó en convenio con la Dirección Nacional de Estupefacientes en 1996, en el cual se realizó el inventario y visita a 204 instituciones y se encuestó a 606 usuarios de los servicios, con el fin de inventariar y describir los programas con fines selectivos y ofrecer información actualizada a personas y entidades interesadas. La intención de este estudio era seleccionar aplicando criterios de calidad y validez, las instituciones que pudieran ser registradas en un directorio que ofreciera información confiable y rigurosa.

Un último antecedente es el pilotaje realizado por el Programa Presidencial Rumbos entre 1999 y 2000, en el cual se pretendía llevar a cabo una evaluación de centros de tratamiento a nivel nacional. Lamentablemente tampoco se cuenta con los resultados de dicho pilotaje. Vale aclarar que este pilotaje constituye el antecedente más directo del presente estudio, en la medida en que la definición del Convenio de Cooperación Técnica No Reembolsable ATN/JF-7325-CO se realizó cuando el Programa Presidencial Rumbos aún existía y fue trasladado al Ministerio de La Protección Social, junto con otras funciones antes asignadas a dicho programa. Para el marco del presente estudio, se llevó a cabo el ajuste y complemento a algunos de los instrumentos piloteados durante la gestión descrita y se utilizó el inventario nacional realizado por Rumbos como base para el censo realizado en este Diagnóstico Situacional.

La limitación de los antecedentes descritos, en términos de dificultades de acceso a detalles metodológicos, resultados, recomendaciones y tiempos trascurridos, así como el nuevo marco normativo vigente, impidió que el estudio que aquí se presenta replicara de alguna forma alguna de los estudios mencionados. Por otro lado, los tiempos disponibles para su ejecución en el marco del Convenio y los recursos disponibles, impedían la realización de un diseño metodológico evaluativo de mayor alcance. En tal sentido, el presente estudio comparte las características exploratorias y descriptivas de sus antecesores y se limita a

describir la realidad de la oferta de servicios en 23 departamentos del país, en lo cuales fue posible detectar y confirmar la existencia de servicios a consumidores de sustancias psicoactivas.

Se trata de un diagnóstico situacional, en un intento por determinar qué tanto los servicios existentes cumplen con ciertas características de calidad (revisadas y descritas en la sección Marco Conceptual) y con las condiciones que define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Ministerio de la Protección Social. Para ello se llevó a cabo el censo institucional, la visita a las instituciones, la aplicación de una serie de instrumentos de medición a diferentes fuentes de información, el análisis y las conclusiones que aquí se presentan.

El diseño de este estudio se llevó a cabo con base en los resultados de un ejercicio de marco lógico en el cual se trabajó la justificación general del estudio, los cambios que se querían alcanzar a partir de los resultados, las prioridades del diagnóstico en términos de oferta, servicios y usuarios, los objetivos de implementación del diagnóstico y las preguntas a responder para cada uno de los objetivos planteados.

Los aspectos de justificación se centraron en el desconocimiento de la oferta de servicios en el territorio nacional en términos de extensión, diversidad, naturaleza, calidad, disponibilidad y acceso. Dado el desconocimiento del mapa de oferta en el país, era difícil establecer qué tanto los servicios estaban respondiendo a la extensión y naturaleza de la demanda de servicios. De igual forma, el desarrollo de una normativa de registro y habilitación a estos centros requería establecer con base en la evidencia, en qué estaba la oferta en términos de fortalezas y debilidades.

El diagnóstico pretende además contribuir a mejorar el acceso a información de calidad sobre la oferta que facilite la toma de decisiones adecuada para la remisión a tratamiento. Para ello se diseñó el Directorio Nacional de C.A.D. Centros de Atención en Drogadicción publicado en medio físico y electrónico y ofrece resultados que especifican las características de calidad de acuerdo con los diferentes modelos de tratamiento (y de acuerdo con la revisión de la literatura). La calificación de los servicios de tratamiento específicos excedían el alcance del presente diagnóstico, pero el directorio ofrece información detallada de cada programa visitado, información que puede ofrecer una idea objetiva de la situación de cada centro.

Durante el ejercicio del marco lógico se priorizó la indagación de aspectos sobre la oferta: extensión, ubicación, poblaciones objeto, naturaleza jurídica, características de funcionamiento, capacidad técnico- científica y capacidad técnico- administrativa. Los aspectos de los servicios priorizados fueron: características de los programas de tratamiento (enfoques, modelos, procedimientos éticos, integralidad, comprehensividad), cooperación y alianzas interinstitucionales. Y por último los aspectos de usuarios priorizados fueron: grado de satisfacción con la oferta de servicios en respuesta a múltiples necesidades.

2.2 Objetivos

1. Realizar un censo de programas de tratamiento a nivel nacional.
2. Realizar un diagnóstico situacional que permita conocer las características de los servicios existentes, así como sus necesidades.

3. A partir del diagnóstico situacional, establecer si la oferta se rige por estándares de calidad congruentes con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Ministerio de La Protección Social y con los estándares de calidad establecidos como "mejor práctica" en el campo del tratamiento, rehabilitación y reincorporación social de consumidores de SPA.
4. Establecer la manera como los servicios responden a las necesidades y expectativas de los usuarios.
5. Ofrecer un insumo que oriente, con base en la evidencia, la formulación de requisitos de habilitación, con el fin de integrar la oferta de servicios a población consumidora con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

En el presente informe se presentan los resultados correspondientes a los objetivos 1-4, por cuanto el quinto objetivo corresponde a otro producto del Convenio, en cuyo desarrollo se tomaron en consideración múltiples resultados del diagnóstico situacional.

2.3 Estrategias metodológicas para el censo institucional

La primera estrategia de planeación del diagnóstico situacional fue la definición del universo de estudio. Las instituciones que serían la fuente primaria de información, se caracterizan por su movilidad, inestabilidad y diversidad, en este sentido era indispensable actualizar la base de datos original realizada por el Programa Presidencial Rumbos en 1999. El universo de estudio fue censal y en tal sentido se requería confirmar el universo de estudio a través de la consulta a diversas fuentes y la implementación de numerosas estrategias.

En primer lugar, se revisó y depuró el listado institucional del Programa Presidencial Rumbos, dado que este incluía datos de grupos de auto-apoyo y otras instituciones que no cumplían con los criterios de inclusión (ver sección 2.4) para el presente estudio. El listado depurado fue enviado a todas y cada una de las secretarías de salud departamentales y a las secretarías de las capitales de departamento, en aquellas en las que no se listaban instituciones se envió un formato para su diligenciamiento. La estrategia consistió en el envío de comunicaciones dirigidas a los secretarios de salud, junto con los listados de las instituciones inventariadas incluyendo los siguientes datos: nombre de la institución, dirección, teléfonos, fax, correo electrónico y representante legal. Se instruía en la comunicación a confirmar los datos o a diligenciar los nuevos, la confirmación de la existencia de la institución y el diligenciamiento de los datos para nuevas instituciones que cumplieran con los criterios de inclusión. Se obtuvo información de la mayoría de las secretarías de salud consultadas, a excepción de cinco. En estos casos se hizo seguimiento telefónico a la comunicación enviada y no se logró finalmente obtener información.

De manera simultánea se envió comunicación a redes institucionales y a organizaciones que cuentan con un gran número de programas en el país, con el fin de obtener los listados detallados de programas activos en los diferentes departamentos. Se obtuvo respuesta del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, de la FECCOT (entidad que agremia la mayor cantidad de comunidades terapéuticas en Colombia), de Fundación La Luz, Hogares Claret, Hogares Crea, IDIPRON (Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud), UCPI (Unidad Coordinadora de Prevención Integral), Línea Amiga (servicio de la Gobernación de Antioquia que cuenta con un directorio institucional para el departamento), la Fundación Luis Amigó (entidad universitaria que trabaja en conjunto con las entidades

que aplican la filosofía amigoniana en todo el país) y los listados internos de la Dirección de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social.

Se publicó también un aviso de prensa en un diario de circulación nacional, convocando a los centros para que enviaran sus datos, con el fin de incluirlos en el diagnóstico y en la base para el Registro Nacional (hoy en proceso de implementación).

Se envió también comunicación a las principales cámaras de comercio del país solicitando la relación de instituciones, en cuyo registro de servicios apareciera la atención a consumidores de SPA y la rehabilitación.

La información obtenida a través de las diversas fuentes consultadas, fue articulada e incluida en el inventario depurado, incluyendo en él las observaciones sobre información incompleta o contradictoria para ser confirmada durante el proceso de verificación.

El listado fue verificado en su totalidad a través de contacto telefónico directo a las instituciones. Se diseñó un formato de verificación de información en el cual se incluían los datos básicos ya mencionados, pero también detalles del funcionamiento y estructuración de los programas. Dicho formato empezaba por confirmar si la institución ofrecía algún tipo de asistencia a población consumidora de sustancias, las instituciones que no cumplieron con este criterio se excluyeron del listado y del diagnóstico. Indagaba también por el tipo de servicios ofrecidos (desintoxicación por urgencias, tratamiento, rehabilitación, etc.), el número de programas, las poblaciones objeto de los mismos, el número de sedes y la confirmación de información básica para cada sede, así como la definición de la estructura del programa o programas en fases y el nombre de la persona responsable en cada programa. Del resultado de esta consulta inicial se establecía el criterio de codificación, este consistía en asignar un código único y consecutivo al programa o programas que ofrecía la institución.

En los casos en los que las instituciones no lograron ser contactadas por vía telefónica y se contaba con una dirección de correo, se envió una comunicación solicitando la confirmación de la información, esta estrategia permitió confirmar algunas instituciones adicionales.

Vale la pena mencionar que durante el ejercicio de confirmación telefónica, surgieron nuevas instituciones no incluidas en el inventario actualizado y que fueron referidas por las mismas instituciones contactadas. Esto mismo ocurrió durante las visitas de trabajo de campo.

Como resultado de este ejercicio, se realizó el listado de programación para el operativo de campo en cada uno de los departamentos en los que se logró confirmar la existencia de algún programa de atención en drogadicción.

Es necesario aclarar que aparte de los criterios de inclusión que se describirán a continuación, no se hizo ningún proceso de selección institucional, por lo tanto, este diagnóstico situacional puede considerarse ampliamente representativo de la oferta de servicios en el país. Es muy posible que, a pesar de la diversidad de fuentes consultadas para el censo y las estrategias implementadas, no se haya logrado detectar la existencia de la totalidad de los programas existentes en el país, pues como ya se mencionó se trata de instituciones con alta movilidad e inestabilidad y dada la inexistencia de una normativa que regule la prestación de estos servicios, proliferan con gran facilidad instituciones de baja complejidad y perfil, probablemente "invisibles" para la mayoría de fuentes posibles de información. Se espera que esta realidad se modifique con la implementación de las

Condiciones para la Habilitación de estas entidades y su registro en el sistema que en el corto y mediano plazo implementará el Ministerio de la Protección Social.

A pesar de ello, el universo de estudio puede considerarse censal, por cuanto un número limitado de diez instituciones correspondientes al 2.8% del total, no se incluyeron en el estudio por negativa institucional, imposibilidad de contacto posterior a la confirmación telefónica, cierre inminente, incumplimiento de la cita para la visita y no programación (en un caso la información llegó cuando el trabajo de campo en la zona ya había terminado, y en dos por dificultades claras de acceso y posible amenaza a la seguridad de los trabajadores de campo por tratarse de una zona de alta peligrosidad - Putumayo).

2.4 Población

El diagnóstico situacional definió como centro de tratamiento en drogadicción (CTD ó CAD) toda aquella institución (con estructura institucional), que ofreciera servicios de asistencia a población consumidora, independientemente de la presencia de otras problemáticas y que contara con una sede física para la prestación de los servicios. Por esta razón, ni el diagnóstico, ni el Directorio Nacional de Centros de Atención en Drogadicción C.A.D., incluyeron los grupos de auto-apoyo tipo Alcohólicos Anónimos (AA) o Narcómanos Anónimos (NA), ni los profesionales independientes que ofrecen atención en consulta a esta población.

La definición de estos criterios tan generales, llevó a incluir instituciones de diversa naturaleza tales como: instituciones de protección de menores en situación de alto riesgo, centros de reeducación de menores infractores de ley (en medio abierto y cerrado), comunidades terapéuticas en medio penitenciario, hogares de paso (con énfasis asistencial y de satisfacción de necesidades básicas), programas de reducción de daños y riesgos asociados al consumo, entidades que ofrecen tratamiento en consulta externa y en consultorio, entre otras. Es de aclarar que en el caso de las instituciones de protección y reeducación de menores, así como en los hogares de paso, sólo se visitó a aquellas que tuvieran algún tipo de intervención específica o integral a población consumidora (fueran los programas estructurados o no) y se excluyeron aquellas que remiten a otros programas a menores que presentan esta problemática.

También se incluyeron sólo algunas Empresas Sociales del Estado (ESE) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) (característica hasta el momento minoritaria para este tipo de servicios) que ofrecieran atención específica en desintoxicación aguda con la presencia de servicios de toxicología y especialistas en el tema, excluyendo así a cualquier otro servicio de urgencias. Este mismo criterio se aplicó para las instituciones que ofrecen servicios de salud mental, incluyendo sólo aquellas que tuvieran intervenciones específicas para consumidores de sustancias o manejo de diagnóstico dual.

El diagnóstico situacional se llevó a cabo a través de la consulta directa a diferentes fuentes de información. La fuente primaria de información fueron las instituciones mismas, el universo institucional es de altísima complejidad en términos de estructura, por ello el estudio debió definir una serie de criterios que permitieron clasificar las instituciones de acuerdo con su consonancia con el criterio de programa. Así, la unidad de análisis del estudio fueron los programas definidos de acuerdo con factores como: problemáticas atendidas, poblaciones atendidas y modalidades de servicio. Estos criterios fueron contrastados con el número de sedes en las cuales un programa ofrecía sus servicios.

El factor problemáticas atendidas se definió con base en las siguientes variables: drogadicción/farmacodependencia, alcoholismo, consumo experimental/incipiente, intoxicación o sobredosis (urgencias), recaídas, síndrome de abstinencia, otra. En la categoría otra se definieron problemáticas tales como: diagnóstico dual, ludopatía, marginación/exclusión social, VIH/SIDA asociado a consumo, tabaquismo y producción/microtráfico. Las instituciones que atendían alguna de estas problemáticas en programas específicos e independientes (fueran estos atendidos o no en sedes distintas), se definían como programas diferentes, independientemente de que su administración estuviera centralizada.

De la misma forma se consideraban programas aquellos que ofrecían sus servicios diferenciando características de la población atendida. Las variables consideradas fueron: hombres, mujeres, menores, adultos, trabajo o explotación sexual, habitantes de la calle, desmovilizados del conflicto armado, menores en medida de protección, menores infractores de ley, adultos sindicados, personas declaradas inimputables, consumidores portadores de VIH/SIDA y minorías étnicas. En este caso, algunas instituciones teniendo su administración centralizada, ofrecían programas diferenciales para ciertos grupos poblacionales y fueron entonces considerados como programas independientes.

La variable modalidad de servicios ofrecidos definía los programas de acuerdo con las siguientes variables: residencial/internado, ambulatorio, hospital día, hospital noche, consulta externa y modalidad mixta. En este caso las modalidades no guardan correspondencia con fases de un tratamiento, sino con el estilo de servicios ofrecidos por la institución en programas diferenciados. Este criterio se utilizó para determinar un programa, cuando la institución ofrecía tanto un programa residencial como un programa ambulatorio (o cualquier otra combinación de modalidad) a poblaciones diferentes y por lo general, en sedes diferentes.

La definición de acuerdo con estos criterios arrojó un universo de estudio de 358 programas, correspondientes a 283 instituciones u organizaciones, distribuidos en 23 de los 32 departamentos del país (incluyendo a Bogotá D.C. en Cundinamarca). Por razones de aplicación en campo, el número de guías aplicadas a los directores de centro, que deberían coincidir con el número de programas descrito, no coinciden y el N total es de 344. En 14 instituciones, la Guía 1 (ver sección instrumentos de recolección de información) se aplicó sólo en uno de los programas por cuanto existía sólo una fuente de información y la información resultaba tan idéntica que no resultaba conveniente duplicarla.

La segunda fuente de información consultada fue a miembros del equipo terapéutico o asistencial. El criterio de inclusión definido fue el de aplicar el instrumento a la persona que coordinara o conociera más a fondo el programa asistencial de la institución, que se encontrara vinculada a la misma y estuviera desempeñando alguna función en el área asistencial al momento de la aplicación. El N de aplicación para esta fuente (Guía 2 ver sección instrumentos de recolección de información) fue de 355, en tres casos no hubo fuente disponible para la aplicación, y en 48 de los 355 casos la fuente que respondió el formato correspondiente fue la misma que respondió el formato de Guía 1, es decir el director o delegado. En tales casos, y con el ánimo de no duplicar información, se procesaron sólo aquellos ítems que resultaban de relevancia para los resultados generales del estudio y que complementaban la caracterización general de la institución y del programa ofrecido.

La tercera fuente de información la constituía la observación realizada por el trabajador de campo a la sede o sedes físicas del programa visitado. El N total de sedes físicas visitadas fue de 379. El número de sedes excede en 21 el número de programas visitados porque muchas instituciones ofrecen fases del mismo programa de tratamiento en diferentes sedes físicas.

Otra fuente de información en el diagnóstico situacional fueron ex usuarios de los servicios de tratamiento. La selección de esta fuente de información planteó grandes limitaciones metodológicas que impiden el control de sesgos. El acceso a los datos de contacto de ex – usuarios de los servicios se obtuvo a través de las instituciones mismas, estos datos no estuvieron disponibles en todos los casos, en otros si bien se obtuvieron datos para el contacto, después de numerosos intentos fue imposible establecer contacto., en muchos casos los ex – usuarios entrevistados fueron personas que se encontraban aún vinculadas a la institución por seguimiento o por relación laboral. En tal sentido, los resultados derivados de esta fuente no pueden ser considerados representativos, porque la selección no fue aleatoria, tampoco se contó con un universo para el muestreo y porque es bastante probable que las personas que fueron finalmente entrevistadas, se encontraran en las mejores condiciones posibles para la medición de indicadores de resultados y bienestar.

A pesar de todo ello, el estudio intentó definir algunos criterios de inclusión en este caso: los sujetos deberían haber participado del proceso de tratamiento en la institución, haber terminado exitosa o anticipadamente el proceso y haber permanecido al menos seis meses en contacto con el tratamiento institucional, esto incluía usuarios que se encontraran ya en la fase de seguimiento post - tratamiento. El N total fue de 242 sujetos entrevistados, por lo tanto, en 116 casos correspondientes al 32% de los programas visitados, no se logró contactar a un ex usuario del servicio.

La última fuente consultada durante el diagnóstico situacional fueron usuarios que se encontraran en tratamiento. Si bien, se intentó que la selección de esta fuente se realizara de forma aleatoria, esto no fue posible en todos los casos, pues algunas instituciones definieron quiénes participarían en las entrevistas por razones de proceso, estado psicológico o disponibilidad de tiempo. Los criterios de inclusión en este caso fueron: estar en tratamiento en la institución por un período mínimo de un mes, tener antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas[1] y encontrarse en condiciones físicas y de conciencia acordes y adecuadas para llevar a cabo la entrevista.

En este caso se realizó un muestreo del total de usuarios que estuvieran en tratamiento al momento de la visita, los criterios de muestreo fueron tomados del Sistema de Evaluación de Propuestas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – Subdirección de Asesoría Territorial, sistema ampliamente piloteado y revisado por el instituto, para la definición de muestras de entrevista a usuarios de los servicios de los programas que tienen o que concursan para tener contratos con el ICBF en observación, protección, reeducación y

[1] Es de aclarar que dada la diversidad del universo institucional, algunas prestan servicios a personas que no necesariamente presentan o han presentado consumo de sustancias (p. ej. Protección, Reeducación de infractores de ley), y esa es la razón por la cual se incluyó éste como criterio de inclusión.

consumo de drogas. El N total de usuarios entrevistados fue de 1116, un total de 19 entrevistas se anularon y no se incluyeron en el procesamiento por no cumplir con alguno de los criterios de inclusión. De acuerdo con el número total de usuarios atendidos en todas las modalidades de tratamiento en los programas visitados que fue de 13.021, la muestra de usuarios fue del 8,6%. Discriminado por modalidad se llegó al 12,5% de los usuarios en programas residenciales, al 3,2% de los usuarios en programas ambulatorios, al 10% de los usuarios en hospital día y al 6,5% de los usuarios en hospital noche.

En 47 programas, correspondientes al 13% del total, no se logró entrevistar a ningún usuario, en la mayoría de los casos, porque al momento de la visita no se encontraba ninguno disponible (por estar en actividades por fuera de la institución o no tener actividades terapéuticas programadas ese día), en pocos casos porque se encontraban bajo efectos de algún medicamento o porque el programa no contaba con ningún consumidor en tratamiento al momento del diagnóstico.

2.5 Instrumentos de recolección de información

Para la realización del diagnóstico situacional se diseñaron cinco instrumentos (ver anexos), uno para cada una de las fuentes de información consultadas, con el fin de obtener una mirada complementaria de la misma realidad a través de los diferentes actores.

El diseño de los instrumentos se llevó a cabo considerando en todo momento los resultados del ejercicio de Marco Lógico ya mencionado, de esta forma, cada uno de los objetivos descritos se desagregó en categorías gruesas de información y en preguntas específicas, preguntas a las cuales el diagnóstico debería responder para cumplir con los objetivos planteados. De manera simultánea se realizó una extensa revisión de la literatura relevante, con el fin de incluir en el diagnóstico todos aquellos aspectos que definen un servicio de calidad en el área. Se tomó entonces cada una de las preguntas del Marco Lógico y el resultado de la revisión teórica y se diseñó uno a uno los ítems de cada instrumento.

El diseño de las preguntas tuvo en cuenta las reglas básicas de presentación estructura, contenidos y lenguaje. Así fueron incluyéndose y ajustándose los diferentes ítems, aquellos resultantes de la primera revisión, se analizaron en términos de la simetría, claridad y simplicidad., así como de la relevancia o irrelevancia de la información arrojada.

Los instrumentos fueron sometidos a revisiones y pruebas. La primera revisión se llevó a cabo en un ejercicio grupal de expertos en investigación, en el tema de consumo de drogas y en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Para la revisión inicial se diseñó un formato en el que se solicitaba a cada experto calificar cada una de las preguntas teniendo en cuenta 16 criterios, entre ellos: pertinencia, simpleza y universalidad de lenguaje, especificidad, claridad, posibles sesgos de aplicación o de interpretación, existencia de doble afirmación o negación, objeción a la pregunta. Así mismo, se consultó si las preguntas abiertas deberían cerrarse con categorías específicas y posibles, si las preguntas cerradas deberían abrirse o ameritaban revisión de las categorías por imprecisión, y si se detectaba algún problema de filtros y flujos lógicos entre preguntas.

Se hizo el análisis de los resultados del ejercicio y se incluyeron las modificaciones pertinentes. La segunda versión de instrumentos fue sometida de nuevo a consulta con el mismo grupo, agregando así otras modificaciones que incluyeron eliminación de preguntas, reordenamiento y ajuste a instrucciones.

La versión resultante de este ejercicio se aplicó en sesión simulada por parte del equipo investigador, surgiendo algunas ligeras observaciones. La última versión fue sometida a prueba de campo en dos instituciones de tratamiento, de esta aplicación se realizaron algunos ajustes leves, en particular en la sesión de recursos humanos y área financiera.

Cuatro de las cinco guías (No. 1, 2, 4 y 5) combinaron opciones de respuesta estandarizadas (cerradas) y no estandarizadas (abiertas). Estas mismas guías fueron aplicadas usando la metodología de entrevista con cada una de las fuentes a las cuales iba dirigida, y las respuestas eran diligenciadas en los formatos – guía, por parte de los trabajadores de campo. La Guía No. 1 se aplicó a los directores de las instituciones o a sus delegados, la Guía No. 2 se aplicó a un miembro del equipo terapéutico, la Guía No. 4 a un ex usuario del servicio (presencial o vía telefónica) y la Guía No. 5 se aplicó a usuarios del servicio. La Guía No. 3, fue un instrumento de observación de aspectos físicos de la sede en términos de infraestructura y dotación, diligenciada por los mismos trabajadores de campo en cada una de las sedes visitadas.

Guía No. 1: Director del Centro de Tratamiento (CTD). Esta guía se estructuró en seis secciones informativas.

- Sección A: Datos de la aplicación y de identificación del CTD. Contiene datos básicos de la institución, incluyendo fecha de fundación, razón social, NIT, certificado de existencia y representación legal, nombre del director, profesión del director, datos de dirección, ubicación, teléfono y fax, dirección electrónica y página WEB.
- Sección B: Información general de la entrevista y del CTD. Contiene datos de la persona entrevistada (el director y/o la persona delegada por la dirección), tiempo de vinculación. También contiene información sobre la constitución y tipo de entidad, disponibilidad de procesos administrativos y organizacionales y su verificación, fuentes y medios de financiación.
- Sección C: Descripción del servicio asistencial. Esta sección contiene la información relevante a medios promocionales del servicio, descripción de problemáticas y poblaciones atendidas, modelo o enfoque de tratamiento, modalidades, criterios de ubicación de usuarios en una u otra modalidad, cupos y número de personas atendidas por modalidad, datos de retención y deserción, costos y procedimientos de pago, contratación de cupos con el ICBF, percepción de evolución de demanda, otras actividades que desarrollan, objetivos de la intervención, manejo de listas de espera, requisitos de ingreso, planes de tratamiento, descripción de estrategias de mantenimiento y seguimiento, descripción de controles para evitar tráfico y consumo de sustancias al interior de la institución, procedimientos ante estos eventos, procedimientos ante la recaída, normas disciplinarias, valores que se inculcan, percepción de logros, necesidades percibidas, existencia de convenios o alianzas para rehabilitación y reincorporación social, vinculación a redes y/o agremiaciones, uso del VESPA (Sistema de Vigilancia Epidemiológica para SPA), reporte de perfiles de usuarios, explicación general de la problemática.
- Sección D: Recursos humanos y sistemas de evaluación. Descripción del recurso humano administrativo y asistencial, requisitos de ingreso para el equipo asistencial, perfil del personal profesional del área asistencial, rol asistencial del

personal religioso y de los ex consumidores rehabilitados, rangos salariales, beneficios laborales, personal a cargo del cuidado nocturno, existencia de registros para el cálculo de tasas de retención, deserción, recaída, reingreso, expulsión, existencia de aspectos de evaluación de gestión.

- Sección E: Información financiera. Fuente de datos financieros y fechas, cumplimiento de condiciones de suficiencia patrimonial y otros indicadores financieros como liquidez, solvencia y endeudamiento, presupuestos, gastos y estimativos de ingresos.
- Sección F: Observaciones de la aplicación, diligenciadas por parte del trabajador de campo acerca de detalles durante el desarrollo de la entrevista.

Guía No. 2: Miembro del equipo terapéutico. Esta guía se estructuró en cuatro secciones informativas.

- Sección A: Información general de la entrevistado y del entrevistado(a). Contiene información básica acerca del perfil de la fuente que responde, formación educativa y específica en el área de adicciones, tipo y tiempo de vinculación, función o cargo, tiempo de dedicación, grado de satisfacción con la remuneración económica, motivo de ingreso.
- Sección B: Descripción del servicio asistencial. Aspectos sobre movilidad y rotación del personal asistencial, dificultades en el trabajo con la población usuaria, existencia de intervenciones específicas, objetivo de la intervención, actividades que se desarrollan en el programa, planes de tratamiento, áreas que contempla el plan de tratamiento, monitoreo de progreso, necesidades para el mejoramiento de logros, criterios para la terminación del tratamiento, detalles del sistema de recepción de usuarios, aspectos de la deserción de usuarios, medios de información de actividades, cancelación de actividades, actividades de supervisión y mejoramiento de calidad de servicios, aspectos de relevancia sobre el manejo de las evaluaciones de caso y de historia clínica, manejo de confidencialidad, aspectos del seguimiento, perspectiva teórica para el manejo de la problemática, reporte de eventos al interior de la institución, percepción de cambio en necesidades de la población usuaria, perfil de consumo de la población usuaria.
- Sección C: Relación con la institución. Detalle de dedicación de tiempo, percepción de suficiencia de tiempo de dedicación, percepción de suficiencia de recursos disponibles para el cumplimiento de labores, percepción de aspectos positivos y negativos de la institución, percepción de aporte a la gestión institucional, descriptivo del programa de tratamiento.
- Sección D: Observaciones de la aplicación, diligenciadas por parte del trabajador de campo acerca de detalles durante el desarrollo de la entrevista.

Guía No. 3: Observación de condiciones de Infraestructura y Dotación: Esta guía se estructuró en dos secciones informativas.

- Sección Infraestructura: datos de ubicación de la sede, facilidad de acceso y disponibilidad de medios de trasporte, disponibilidad de servicios públicos básicos de acuerdo con el tipo de sede (residencial, ambulatoria, mixta), condiciones de

higiene de baños, cocina, condiciones de conservación de alimentos, condiciones de dormitorios, disponibilidad de espacios para el desarrollo de diversas actividades, condiciones de privacidad de consultorios, observaciones del estado general de la sede, manejo de medicamentos.

- Sección dotación: disponibilidad de diversos elementos en instituciones en las que se manejan urgencias toxicológicas, disponibilidad de botiquín de primeros auxilios, extintores al día, insumos para el área de administración, insumos básicos para restaurante, dormitorios y otros, disponibilidad de vigilancia policial o privada. Y observaciones generales de la sede visitada.

Guía No. 4: Ex usuario del servicio. Esta guía se estructuró en una única sección informativa.

Contiene datos socio-demográficos del entrevistado(a), tiempo de permanencia en la institución, tiempo trascurrido desde su salida del tratamiento, principal fuente de ingresos en los últimos 6 meses, lugar de vivienda en los últimos 6 meses, patrón de consumo de sustancias lícitas e ilícitas en los últimos 6 meses, uso de preservativo en las relaciones sexuales en los últimos 6 meses, escala de calidad de vida y bienestar, escala de medición de aspectos del proyecto de vida al momento de salir de la institución.

Guía No. 5: Usuario en tratamiento. Esta guía se estructuró en cuatro secciones informativas.

- Sección A: Datos socio-demográficos. Esta sección contiene información de referencia a datos socio-demográficos de los entrevistados, nivel educativo, hijos, principal fuente de ingresos en los últimos 6 meses, principal lugar de vivienda en los últimos 6 meses.

- Sección B: Historia de tratamiento y consumo. Historia de tratamientos previos para abandonar o controlar el consumo de sustancias, medio de conocimiento de la entidad a la que acude para tratamiento, diligencia en la atención. Patrón de consumo y carrera de consumo en términos de sustancias consumidas, edad de inicio y frecuencia de consumo, sustancia o sustancias motivo de consulta, obtención de apoyo farmacológico para el manejo del malestar físico, grado en que el ingreso a tratamiento fue voluntario, percepción de suficiencia de la información obtenida antes del ingreso, inducción, aplicación de procedimientos básicos, intención de abandono prematuro del tratamiento, reporte y percepción de retiro de otros usuarios, existencia de asesor o terapeuta a cargo del caso, existencia de plan de tratamiento, percepción de participación en el plan de tratamiento, pagos realizados, existencia de consumo en los últimos 6 meses, reporte de eventos al interior de la institución, estado de salud, uso de servicios médicos y de salud, historia de sobredosis, historia jurídica, historia de salud mental, comportamientos de riesgo asociados a la inyección de drogas y a la vida sexual, actividades terapéuticas a las que asiste, percepción de utilidad, medios a través de los que se informan las actividades, asistencia a grupos de auto-apoyo, percepción de calidad general del tratamiento y los servicios.

- Sección C: Guía de auto-diligenciamiento. Esta sección debía ser auto-diligenciada por el usuario. En este caso el trabajador de campo tenía instrucción de ofrecer asistencia en el momento en que el usuario tuviera dudas en el diligenciamiento o

de asistir la aplicación en casos de dificultad de lecto-escritura por parte del entrevistado. La sección contiene escalas de calidad de vida y bienestar, así como de satisfacción de necesidades básicas por parte de la institución, percepción de utilidad del tratamiento en diversas áreas de vida. En casos en los que el usuario estuviera por terminar su proceso de indagó por proyecto de vida y aspectos trabajados durante el proceso de tratamiento.

- Sección D: Observaciones de la aplicación, diligenciadas por parte del trabajador de campo acerca de detalles durante el desarrollo de la entrevista.

Los instrumentos deberían ser diligenciados en ambientes en los cuales se garantizara la comodidad y privacidad, no obstante, en algunas instituciones no se cuenta con espacios adecuados para el desarrollo de una entrevista y en tal sentido, las entrevistas fueron desarrolladas en espacios en los cuales no se contara con presencia de terceros, en especial en las entrevistas de usuarios y ex usuarios. Las entrevistas a directores y miembros del equipo terapéutico fueron aplicadas en muchos casos, con la presencia de más de una persona, por falta de familiaridad de la fuente primaria con los aspectos indagados.

Cada guía tuvo tiempos de aplicación variables, sin embargo, las entrevistas que más tiempo tomaron fueron la de los directores por la cantidad y diversidad de la información requerida y la de los usuarios, que tomaron en promedio entre una hora y 45 minutos para su diligenciamiento.

2.6 Control de sesgos

Con el fin de controlar la diversidad de sesgos posibles, se desarrollaron una serie de estrategias en cada etapa del proceso.

1. Diseño de instrumentos: como ya se describió ampliamente, la elaboración de los instrumentos tuvo una serie de pruebas con el fin de evitar los sesgos propios de las preguntas.
2. Sesgos de muestreo y selección: Con respecto a la fuente primaria de información, y como ya se describió el universo fue censal y en tal sentido, la inmensa mayoría de instituciones tuvieron la misma oportunidad de participar en este estudio. Los posibles sesgos derivados de no haber incluido al 100% de las instituciones existentes en el país fueron controlados utilizando la diversidad de fuentes y estrategias que se describieron ampliamente en la sección 2.3 del presente informe.

   Sin embargo, el control de sesgos para la selección de todos los ex usuarios entrevistados y de algunos usuarios fue compleja, por cuanto –aunque pocas- algunas instituciones fueron muy celosas en permitir la selección aleatoria de los usuarios y se entrevistaron aquellos que las instituciones determinaron. De la misma forma, la muestra de usuarios en tratamiento no se logró cumplir en todos los casos y en un importante número de instituciones (13%) no se tuvo acceso a la percepción y realidad de los usuarios por las razones descritas en la sección 2.4 del presente informe.
3. Sesgos en la información recolectada. Si bien los instrumentos del diagnóstico situacional incluyeron diversos aspectos de verificación, esta no fue posible en todos los casos, algunas instituciones no proveyeron los insumos requeridos en diversas secciones de la guías No. 1 y 2.

Todos y cada uno de los instrumentos diligenciados fueron sometidos a una revisión crítica y a una codificación previa a la digitación, los aspectos que no resultaban del todo claros fueron revisados con los trabajadores de campo.

4. Sesgos en el diligenciamiento. Con el fin de controlar al máximo los sesgos en el campo del diligenciamiento, se llevaron a cabo una serie de estrategias entre ellas la selección de los trabajadores de campo con la definición de criterios concretos como el ser profesional de la salud o de alguna disciplina de las ciencias sociales, haber tenido experiencia específica en el área de consumo y adicciones, estar familiarizado con las instituciones de tratamiento y haber tenido experiencia de trabajo de campo y diligenciamiento de instrumentos de alta complejidad. Así mismo, se llevaron a cabo entrenamientos de 32 horas en promedio cada uno, con todos los trabajadores de campo. Se diseñó una guía o instructivo de diligenciamiento cuya revisión y cumplimiento eran obligatorios. Se proveyó a los trabajadores de campo con tarjetas de comunicación para que en cualquier momento y ante cualquier duda pudieran entrar en contacto con los investigadores en Bogotá. De la misma forma se llevaron a cabo reuniones de supervisión periódicas con todos los equipos de trabajo de campo en las cuales se ofrecía retroalimentación sobre el diligenciamiento de los instrumentos y la calidad de la información recolectada.

2.7 Procesamiento y análisis de la información

El diseño de los programas de captura, la captura y el procesamiento de la información producida por el diagnóstico situacional, estuvo a cargo de Sistemas Especializados de Información S.E.I. S.A.

El diseño de los programas de captura para las cinco guías se inició con la herramienta Data Entry versión 4.0., no obstante, esta herramienta produjo una serie de problemas técnicos dañando algunos ítems, corrompiendo los archivos y enviando mensajes de error durante la digitación, esto llevó a desarrollar finalmente los programas en la herramienta ISSA (Sistema Integrado para el Análisis de Encuestas), un programa con módulos para desarrollar aplicaciones bajo DOS, que a su vez permite realizar los controles y las validaciones necesarios que garanticen la confiabilidad de la información.

Con el fin de confirmar la consistencia de los datos (revisar y analizar las respuestas para verificar la validez de las variables investigadas, la coherencia de sus relaciones entre preguntas y la integridad global de los datos) se llevó a cabo la revisión crítica y la depuración de la información. Esta verificación estuvo a cargo del equipo investigador del Ministerio de la Protección Social y se llevó a cabo revisando uno a uno los instrumentos diligenciados, corrigiendo, codificando las categorías "otro/otra" y confirmando los valores perdidos durante el diligenciamiento en conjunto con los trabajadores de campo. Este ejercicio buscó que los datos recolectados fueran tan representativos del universo como fuera posible, eliminando omisiones que podían ser reconstruidas, anotaciones inválidas y relaciones incoherentes.

En conjunto con la empresa a cargo del procesamiento, se diseñó una malla de validación para complementar y facilitar la validación de la información diligenciada en los instrumentos, en ella se tuvieron en cuenta las guías mismas y los instructivos de diligenciamiento. En la malla se registraron las consistencias entre las preguntas, las relaciones entre variables y los valores válidos de las preguntas. Dicha malla permitió

controlar la consistencia interna de la información entre preguntas y entre guías para una misma institución. Las relaciones existentes en las consistencias se determinaron mediante el uso de expresiones lógicas, matemáticas o de vínculos (menos, más, mayor, menor, igual, mayor o igual, menor o igual, y, o, entonces), las cuales se emplearon según la interrelación que se buscaba para la consistencia.

La información fue exportada a SPSS, se verificó que la información exportada mostraba correspondencia con la información en los formularios, se aplicaron programas de inconsistencias para verificar los filtros y saltos entre preguntas y se sacaron listados de inconsistencias en las dos etapas de ejecución y procesamiento: Bogotá y centro del país y resto del país. Los listados fueron contrastados con los formularios físicos, con el fin de establecer si el programa de validación arrojaba inconsistencias como datos correctos, si omitía inconsistencias o si había datos que se podían validar sin alterar la información de los formularios.

Otra etapa de revisión se llevó a cabo a través de las frecuencias simples en las cuales se verificaban los valores, la presencia de todas las categorías, los n de las preguntas y las tendencias arrojadas buscando también incoherencias en los patrones.

Para el caso de las preguntas abiertas, en la primera etapa (Bogotá y centro del país) se organizaron en tablas de Excel para las guías 1 y 2, se ordenaron las respuestas para cada pregunta, se analizaron las respuestas y se llevó a cabo un listado preliminar de cada una. Del análisis tipo de respuesta y las frecuencias se generaron las categorías, se asignaron códigos a las mismas y se codificaron las respuestas.

La codificación de las preguntas abiertas para la segunda etapa (resto del país y total país) se llevó a cabo utilizando la aplicación SMART (Servicios de Manejo Avanzado de Reportes Textuales) desarrollado por la empresa HMT para el análisis de encuestas con preguntas abiertas. La aplicación permite aplicar métodos estadísticos a grupos de respuestas catalogadas por tema o por intención.

A partir de la clasificación se llevó a cabo un análisis complementario para determinar cruces de respuestas entre grupos o el conjunto de respuestas más representativas.

En este caso, la información también fue depurada para reducir los errores de ortografía, redacción y digitación.

El análisis de muchos de los indicadores y variables se hizo a través de cruces entre el aspecto indagado y unidades de análisis que se consideraron más relevantes al tipo de variable o indicador indagado, estas unidades fueron: naturaleza jurídica de la institución (pública, privada o mixta), tipo de institución (ESE/IPS, ONG, fundación o entidad sin ánimo de lucro, otro) y modelo de tratamiento (comunidad terapéutica – CT, 12 pasos, teoterapia, psiquiátrico con énfasis en salud mental, clínico-psicológico, y otro que incluía terapias alternativas y otros enfoques). Es de anotar que para el efecto, se tomaron decisiones de categorización de la información y de las entidades, por cuanto muchas de las unidades descritas no eran excluyentes entre sí y para realizar el análisis, era necesario determinar cuál era el enfoque primario de cada entidad en cada caso. De la misma forma, las categorías "otro" correspondieron a aquellos tipos o enfoques que tuvieron menos representatividad en el universo institucional del presente estudio.

2.8 Consideraciones éticas

El diagnóstico situacional tuvo en cuenta la integridad de las fuentes de información en todo momento. En tal sentido, la participación en el diagnóstico por parte de las instituciones y de los usuarios y ex usuarios fue voluntaria. Se garantizó la custodia de la información con la provisión de carpetas y sobres a los trabajadores de campo. Los instrumentos de entrevista para ex usuarios y usuarios no contenían ninguna información que pudiera identificarlos, estos instrumentos fueron codificados en consecutivo y contenían el código institucional para establecer a cuál programa pertenecían, procedimiento que se repitió para todos los casos de la guías aplicadas a las diferentes fuentes, en cada centro visitado.

Se diseñó un formato de consentimiento informado (ver anexos) para los usuarios en tratamiento, en el cual se declaraba la naturaleza voluntaria de la participación, se explicaban las condiciones de la entrevista y se garantizaba el anonimato y la confidencialidad de la información recolectada frente a la institución y frente a cualquier otra instancia. El formato era entregado a cada usuario entrevistado, firmado con número de cédula por parte del trabajador de campo a cargo de la entrevista. Para el caso de las entrevistas a ex usuarios el procedimiento se hacía verbalmente, en la medida en que la mayor parte de las entrevistas se llevó a cabo vía telefónica.

3. Descripción de resultados

3.1 Censo institucional

La consulta a las diversas fuentes arrojó información de un total de 451 instituciones, la verificación telefónica y por otros medios permitió confirmar la existencia de 368 correspondientes al 81% de las instituciones en inventario. Las 83 instituciones restantes, habían desaparecido para el momento de la confirmación, o se tenían datos incompletos que incluso después del envío de comunicaciones por correo no pudieron ser contactadas, o habían cambiado de razón social, o estaban en proceso de cierre o reestructuración. En muchos casos, las instituciones no cumplían con los criterios de inclusión y por esto no fueron tenidas en cuenta dentro del diagnóstico situacional.

Como se mencionó en el marco metodológico, el total de instituciones visitadas fue de 358, es decir que el 2.8% del total de instituciones confirmadas (n=10), no fueron visitadas por las razones que se describen a continuación: una institución en Cali y otra en Bogotá rehusaron participar en el diagnóstico situacional, las dos instituciones ubicadas en Mocoa, Putumayo, no se visitaron por razones de acceso y seguridad para los trabajadores de campo, una institución en Tolima envió su información de contacto después de terminado el trabajo de campo, y en cuatro instituciones Risaralda y en una en el Valle del Cauca se hizo imposible el contacto posterior de la confirmación o no se cumplió la cita para la visita, no encontrándose presente la persona encargada y siendo infructuoso el contacto posterior después de numerosos intentos. Por último, la única institución ubicada en Sucre, Sincelejo, fue visitada pero se encontraba inoperante debido a saqueos y vandalismo.

En los departamentos de Amazonas, Casanare, Guainía, Guajira, Guaviare, Vaupés y Vichada, no se logró detectar la existencia de ningún centro de atención en drogadicción. Hubo presencia de CAD en 23 de los 32 departamentos del país y en 83 municipios, el 76.5% de estos (n=253) se encuentra ubicado en las capitales de los departamentos. La tabla 1 presenta el resumen de los resultados del censo institucional.

Con respecto a la distribución geográfica se encontró que la mayoría de los CAD (85% n=305) se encuentra ubicada en los departamentos de Antioquia (n=61), Atlántico (N=11), Bolívar (n=12), Caldas (n=21), Cundinamarca (n=19), Huila (n=13), Risaralda (n=34), Santander (n=14), Tolima (n=11), Valle del Cauca (n=31) y Bogotá D.C. (n=78). Las figuras 1a y 1b muestran la distribución de los CAD según departamento.

Una de las preguntas a responder dentro del censo institucional era si existía correspondencia entre la distribución de CAD, en relación con la prevalencia de consumo por ciudad, según los resultados de la última encuesta nacional disponible que corresponde al estudio realizado por el Programa Presidencial Rumbos en el año 2001. De acuerdo con la encuesta, las mayores prevalencias de vida para consumo global de sustancias lícitas (alcohol y cigarrillo) se obtuvieron en ciudades como Tunja, Manizales, Bogotá y Medellín.

Tabla 1. Resumen de resultados del censo institucional

	DEPARTAMENTO	En inventario	Confirmados y visitados	No visitados	Razón de no visita
1	Amazonas	0	0	0	
2	Antioquia	74	61	0	
3	Arauca	0	1	0	
4	Atlántico	26	11	0	
5	Bolívar	13	12	0	
6	Boyacá	9	3	0	
7	Caldas	18	21	0	
8	Caquetá	1	1	0	
9	Casanare	0	0	0	
10	Cauca	13	6	0	
11	Cesar	6	7	0	
12	Córdoba	6	2	0	
13	Cundinamarca	103	97	1	Rehusó
14	Chocó	2	1	0	
15	Guainía	0	0	0	
16	Guajira	2	0	0	
17	Guaviare	0	0	0	
18	Huila	9	13	0	
19	Magdalena	6	3	0	
20	Meta	6	5	0	
21	Nariño	4	7	0	
22	Norte de Santander	12	7	0	
23	Putumayo	2	0	2	Difícil acceso
24	Quindío	9	8	0	
25	Risaralda	35	34	4	Imposible contacto
26	San Andrés Isla	3	2	0	
27	Santander	20	14	0	
28	Sucre	1	0	0	Unica institución, en cierre
29	Tolima	14	11	1	No programada
30	Valle del Cauca	57	31	2	1 Rehusó - 1 Imposible contacto
31	Vaupés	0	0	0	
32	Vichada	0	0	0	
TOTAL		451	358	10	
			368		

Los indicadores conjuntos para consumo de sustancias ilícitas (marihuana, cocaína, heroína o éxtasis) mostró a Medellín como la ciudad con mayor consumo de al menos una de las sustancias, al arrojar una cifra muy superior al resto de ciudades capitales, a esta ciudad le siguen Manizales, Pereira y Armenia. La prevalencia de vida para el consumo de sustancias ilícitas para el país fue de 11.7. En general, las ciudades que muestran prevalencia de vida superior al porcentaje arrojado para el país son: Manizales (15,6), Bogotá (13,8), Medellín (21,4), Cali (14,7), Mocoa (12,4), Armenia (15,0), Pereira (15,5) y Popayán (12,7). Las ciudades que presentan prevalencia mayor al 10% corresponden a: Tunja (11,5) y Pasto (11,2). Esta distribución de prevalencia permitiría decir que se trata de ciudades en las cuales la demanda de servicios de tratamiento podría ser mayor y en este sentido la oferta debería mostrar cierta concordancia con la demanda potencial.

La distribución general de CAD parece responder a la demanda potencial en ciudades como Bogotá, Medellín, Pereira y Cali. A la luz del porcentaje de distribución de CAD, este no parece ser el caso para las ciudades de Manizales, Armenia, Popayán, Pasto y Tunja en las cuales si bien se cuenta con tratamientos, la cantidad disponible es reducida si se compara con la cantidad disponible en las primeras cuatro ciudades y sus departamentos.

Figura 1a. Distribución geográfica de CAD por departamento

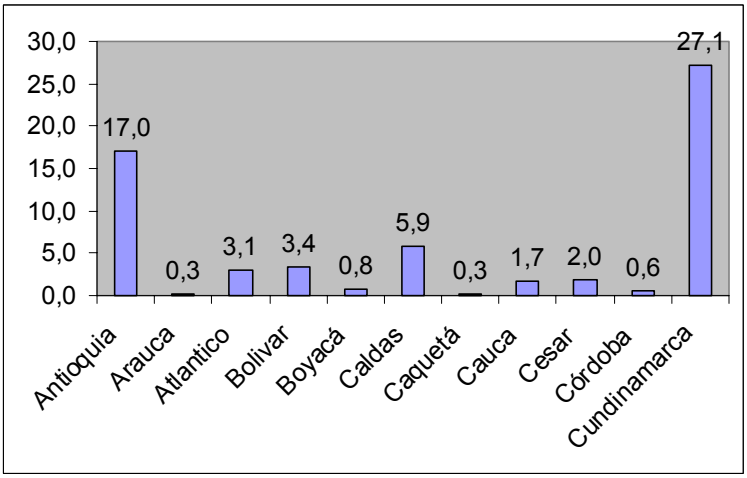
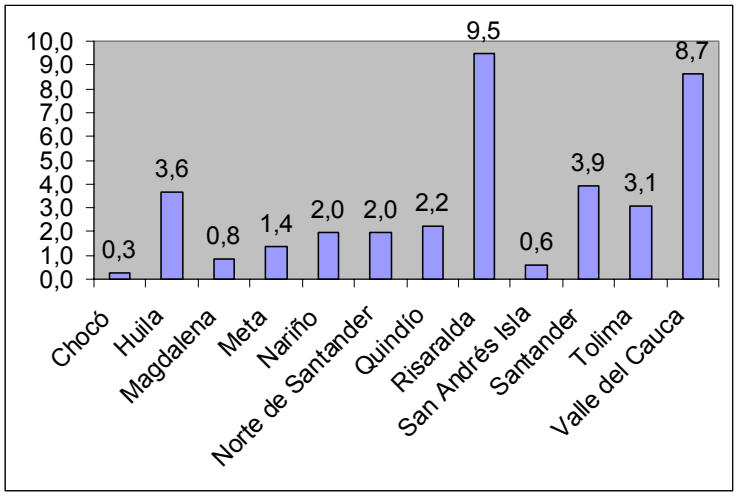


Figura 1b. Distribución geográfica de CAD por departamento



Si bien la distribución geográfica de los CAD se muestra por departamento, es de recordar que la mayor parte de los centros se concentra en las ciudades capitales, así, en el caso de Cundinamarca el 80% de las instituciones se encuentra en Bogotá, en Risaralda el 77% se ubica en Pereira, en el Valle del Cauca el 60% está en Cali, este patrón se repite en todas las ciudades tomadas para el análisis distribución vs. prevalencia de consumo. La única excepción es Antioquia, pues allí sólo el 50% se encuentra ubicado en Medellín. La tablas 2 y 3 muestran la distribución geográfica de los CAD por región y por municipio.

Tabla 2. Distribución de CAD por región de estudio

		Total	%
Región de estudio	CENTRO (BOGOTA-C/MARCA)	91	26,5%
	CENTRO_RESTO	29	8,4%
	NORTE	32	9,3%
	OCCIDENTE	123	35,8%
	ORIENTE	21	6,1%
	PERIFERICOS	11	3,2%
	SUR-OCCIDENTE	37	10,8%
	Total	344	100,0%

Tabla 3. Distribución de CAD por municipio

		Total	%
Municipio/Distrito	ACACIAS	1	0,3%
	AGUACHICA	2	0,6%
	ANDES	1	0,3%
	ARANZAZU	1	0,3%
	ARAUCA	1	0,3%
	ARMENIA	7	2,0%
	BARANOA	1	0,3%
	BARBOSA	4	1,2%
	BARRANQUILLA	8	2,3%
	BELLO	5	1,5%
	BOGOTA	78	22,7%
	BUCARAMANGA	11	3,2%
	CAJICA	1	0,3%
	CALI	18	5,2%
	CANDELARIA	1	0,3%
	CARMEN DEL VIBOR	1	0,3%
	CARTAGENA	6	1,7%
	CARTAGO	4	1,2%
	CHACHAGUI	1	0,3%
	CHINCHINA	1	0,3%
	COPACABANA	2	0,6%
	COTA	3	0,9%
	CUCUTA	4	1,2%
	DAGUA	3	0,9%

Continuación tabla 3		Total	%
Municipio/Distrito	DAPA	1	0,3%
	DOSQUEBRADAS	5	1,5%
	DUITAMA	1	0,3%
	EL RETIRO	1	0,3%
	ENVIGADO	3	0,9%
	FILANDIA	1	0,3%
	FLORENCIA	1	0,3%
	FLORIDA BLANCA	1	0,3%
	FUNZA	1	0,3%
	GIRARDOT	1	0,3%
	GIRARDOTA	1	0,3%
	GUACARI	1	0,3%
	HONDA	1	0,3%
	IBAGUE	9	2,6%
	JAMUNDI	1	0,3%
	LA DORADA	1	0,3%
	LA ESTRELLA	1	0,3%
	LA VEGA	1	0,3%
	LEBRIJA	1	0,3%
	LERIDA	1	0,3%
	MALAMBO	1	0,3%
	MANIZALES	17	4,9%
	MARINILLA	1	0,3%
	MEDELLIN	29	8,4%
	MIRANDA	1	0,3%
	MONDOMO	1	0,3%
	MONTERIA	2	0,6%
	NEIVA	10	2,9%
	PALMIRA	1	0,3%
	PASTO	6	1,7%
	PEREIRA	27	7,8%
	PIEDECUESTA	1	0,3%
	PITALITO	1	0,3%
	POPAYAN	5	1,5%
	QUIBDO	1	0,3%
	RIONEGRO	2	0,6%
	SABANETA	1	0,3%
	SALAZAR DE LAS P	1	0,3%
	SAN ANDRES	1	0,3%
	SAN ANTONIO DE P	1	0,3%
	SAN CRISTOBAL	1	0,3%
	SAN LUIS	1	0,3%
	SAN PEDRO	2	0,6%
	SANTA FE	1	0,3%
	SANTA MARTA	3	0,9%
	SANTA ROSA	2	0,6%
	SANTANDERCITO	1	0,3%

Continuación tabla 3		Total	%
	SAN ANDRES	1	0,3%
	SANTO TOMAS	1	0,3%
	SASAIMA	2	0,6%
	SOACHA	1	0,3%
	TOCAIMA	1	0,3%
	TUNJA	2	0,6%
	TURBACO	3	0,9%
	URRAO	1	0,3%
	VALLEDUPAR	5	1,5%
	VILLA DEL ROSARI	2	0,6%
	VILLAVICENCIO	4	1,2%
	VILLETA	1	0,3%
	Total	344	100,0%

Como se puede observar en las tablas, la región de estudio con mayor número de CAD es la región occidental conformada por los departamentos de Antioquia, Chocó, Caldas, Risaralda y Quindío, seguida de la región centro que incluye los departamentos de Cundinamarca, Boyacá, Huila, Meta, Tolima y a Bogotá D.C. La región con menos concentración de CAD es la de periféricos que corresponde a los departamentos de Arauca, Caquetá, Nariño y San Andrés Isla. Las regiones restantes fueron distribuidas para el estudio así: norte incluye los departamentos de Atlántico, Bolívar, Magdalena, Cesar y Córdoba; sur – occidente corresponde a los departamentos de Valle del Cauca y Cauca; y la región oriente corresponde a los departamentos de Santander y Norte de Santander.

Es de anotar que si bien el resumen del censo presentado en la Tabla 1 refleja el número de centros efectivamente visitados, las figuras y tablas siguientes corresponden al N total de guías No. 1 aplicadas a directores de los centros, tal como se explicó en la sección 2.4 del presente informe.

3.2 Diagnóstico situacional de los CAD

3.2.1. Descripción de la oferta de servicios:

En esta sección se describen los resultados correspondientes al segundo objetivo del diagnóstico situacional e incluye la caracterización de las instituciones teniendo en cuenta una diversidad de factores centrados en el tipo de oferta existente en el país, así como la descripción de las poblaciones atendidas, las estrategias de promoción de los servicios, acceso y enganche de los usuarios, necesidades percibidas, entre otros.

Perfil de los CAD

Figura 2. Distribución de los CAD según naturaleza jurídica

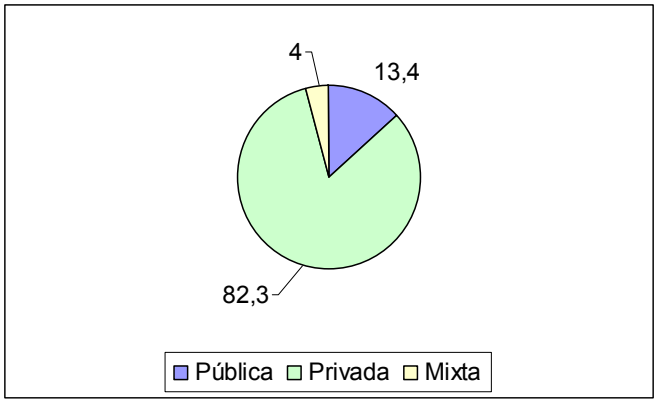
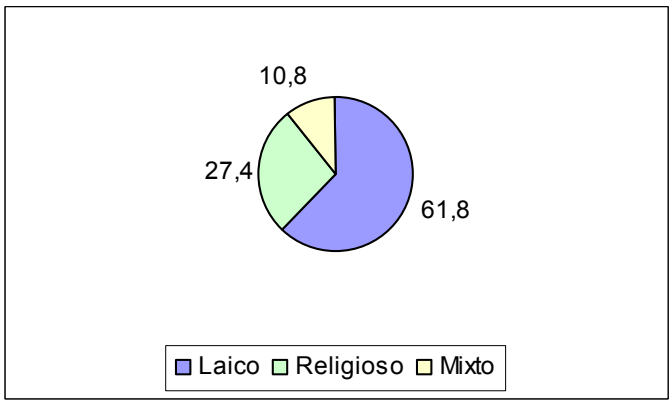


Figura 3. Distribución de los CAD según carácter



Las figuras 2 y 3 muestran que la mayoría de centros de atención en drogadicción son de naturaleza privada y laica. No obstante, una importante proporción de instituciones son de carácter religioso, aspecto que coincide con la extensa oferta de instituciones cuyo enfoque es la teoterapia, tal como se verá más adelante.

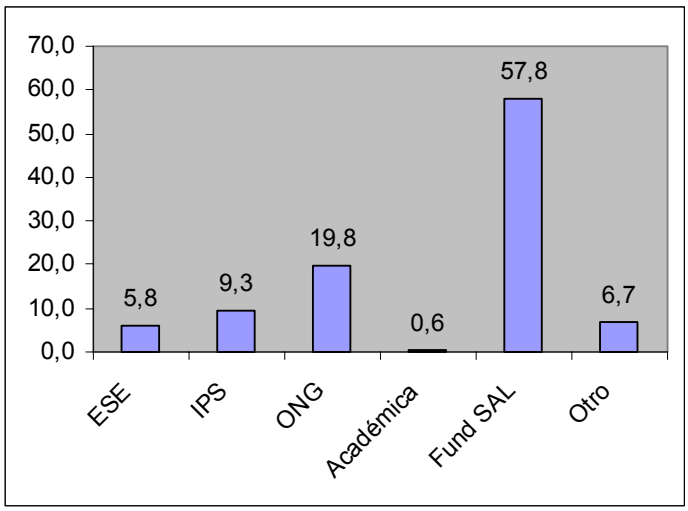
Tabla 4. Distribución de los CAD según naturaleza jurídica por departamento

		1 Pública		2 Privada		3 Mixta	
		Total	%	Total	%	Total	%
p2a15 Departamento	ANTIOQUIA	14	30,4%	43	15,2%	1	7,1%
	ARAUCA	0	0,0%	1	0,4%	0	0,0%
	ATLANTICO	2	4,3%	9	3,2%	0	0,0%
	BOLIVAR	2	4,3%	7	2,5%	0	0,0%
	BOYACA	1	2,2%	2	0,7%	0	0,0%
	CALDAS	2	4,3%	13	4,6%	6	42,9%
	CAQUETA	0	0,0%	1	0,4%	0	0,0%
	CAUCA	1	2,2%	6	2,1%	0	0,0%
	CESAR	0	0,0%	6	2,1%	1	7,1%
	CHOCO	0	0,0%	1	0,4%	0	0,0%
	CORDOBA	1	2,2%	1	0,4%	0	0,0%
	CUNDINAMARCA	6	13,0%	83	29,3%	2	14,3%
	HUILA	1	2,2%	9	3,2%	0	0,0%
	MAGDALENA	0	0,0%	3	1,1%	0	0,0%
	META	0	0,0%	4	1,4%	1	7,1%
	NARIÑO	1	2,2%	6	2,1%	0	0,0%
	NORTE DE SANTAND	1	2,2%	6	2,1%	0	0,0%
	QUINDIO	2	4,3%	5	1,8%	1	7,1%
	RISARALDA	7	15,2%	25	8,8%	2	14,3%
	SAN ANDRES	0	0,0%	2	0,7%	0	0,0%
	SANTANDER	0	0,0%	14	4,9%	0	0,0%
	TOLIMA	1	2,2%	10	3,5%	0	0,0%
	VALLE	4	8,7%	26	9,2%	0	0,0%
	Total	46	100,0%	283	100,0%	14	100,0%

Tal como se muestra en la tabla 4, la mayor proporción de entidades públicas se encuentra ubicada en el departamento de Antioquia, seguida de las que se ubican en Risaralda y Cundinamarca. En este último departamento se encuentra la mayor proporción de entidades privadas y a éste le sigue el departamento de Antioquia. Las entidades mixtas se encuentran principalmente en Caldas, en Cundinamarca y en Risaralda.

Si bien los datos no se muestran, la mitad de las Empresas Sociales del Estado se ubican en los departamentos de Antioquia y Cundinamarca (25% respectivamente), seguidos de Atlántico, Risaralda y Valle del Cauca (10% respectivamente). Las entidades tipo IPS se encuentran principalmente en Cundinamarca (25%), seguido de Risaralda (12.5%) y Valle del Cauca (12.5%). La mayor cantidad de ONG se ubica en Cundinamarca (30%) y Antioquia (19%). Cerca del 30% de las entidades sin ánimo de lucro se encuentran en Cundinamarca, el 17% en Antioquia y el 10% en el Valle del Cauca. La distribución global por tipo de constitución se observa en la figura 4.

Figura 4. Distribución de los CAD según tipo de constitución



Más de la mitad de las instituciones están constituidas como fundaciones o entidades sin ánimo de lucro, a ellas les siguen las organizaciones no gubernamentales y las instituciones prestadoras de servicios de salud. Cerca del 6% corresponden a Empresas Sociales del Estado, y una pequeña cantidad corresponden a sociedades limitadas, entidades dependientes de instituciones educativas y empresas unipersonales.

Tal como se observa en la tabla 5, el 88,5% de las instituciones de tipo IPS y ESE que corresponde a 52 de las instituciones, reporta estar habilitado e inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del Ministerio de la Protección Social, para cerca del 8% su proceso se encuentra en trámite y cerca del 4% no se encuentran aún habilitado.

Tabla 5. Estado frente al Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

	Frecuencia	Porcentaje
1 Sí	46	88,5
2 No	2	3,8
3 Está en trámite	4	7,7
Total	52	100,0

La tabla 6 muestra que la mayoría de las instituciones se encuentra registradas ante cámara de comercio, seguidas de las que reportan estar registradas ante las secretarías de salud y el ICBF. Un pequeño número de instituciones dice no estar registrado ante ninguna entidad. Es de aclarar que esta pregunta fue de libre en respuesta (abierta), en tal sentido es factible que a excepción de aquellas entidades que dijeron no estar registradas ante ninguna entidad, algunas instituciones omitieran la información de registro o inscripción ante entidades como la FECCOT o el ICBF en la medida en que las cifras que arroja este reporte no coinciden con las cifras arrojadas en algunas preguntas específicas que involucraron por ejemplo, a estas dos entidades.

Un total de 47 instituciones, correspondientes al 13,6% no cuenta con un Número de Identificación Tributaria (NIT).

Tabla 6. Reporte de entidades ante las cuales se encuentran registrados los CAD

	Frecuencia	Porcentaje
1 Secretaría de salud	74	21,5
2 FECCOT	8	2,3
3 Min. Protección Social	35	10,2
4 Cámara de comercio	183	53,2
5 ICBF	56	16,3
6 DIAN	44	12,8
7 Alcaldía	27	7,8
8 Red de Solidaridad Social	3	0,9
9 Superintendencia Nal. de Salud	3	0,9
10 Arquidiócesis	4	1,2
11 IDIPRON	5	1,5
12 ACJ	1	0,3
13 Gobernación	28	8,1
14 INPEC	2	0,6
15 Secretaría Jurídica del Valle	1	0,3
16 Ministerio de Educación / Secretaría de Educación	3	0,9
99 Ninguna	13	3,8

Características de los servicios ofrecidos por los CAD

Figura 5. Distribución de los CAD por modelo o enfoque primario de tratamiento

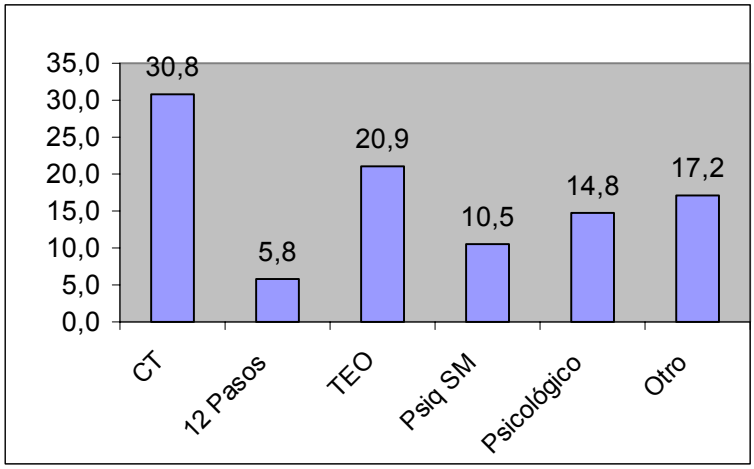


Tabla 7. Distribución de CAD por modelo o enfoque primario de tratamiento según dpto.

	1 Comunidad terapéutica		2 12 Pasos (Minessota)		3 Teoterapia		4 Psiquiátrico salud mental		5 Clínico - psicológico		6 Otro	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
ANTIOQUIA	16	15,1%	6	30,0%	12	16,7%	7	19,4%	6	11,8%	12	20,3%
ARAUCA	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,7%
ATLANTICO	2	1,9%	0	0,0%	4	5,6%	2	5,6%	1	2,0%	2	3,4%
BOLIVAR	3	2,8%	0	0,0%	2	2,8%	1	2,8%	1	2,0%	2	3,4%
BOYACA	2	1,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,0%	0	0,0%
CALDAS	8	7,5%	4	20,0%	2	2,8%	1	2,8%	4	7,8%	2	3,4%
CAQUETA	1	0,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
CAUCA	3	2,8%	0	0,0%	4	5,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
CESAR	4	3,8%	0	0,0%	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	2	3,4%
CHOCO	0	0,0%	0	0,0%	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
CORDOBA	1	0,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,7%
C/MARCA	27	25,5%	4	20,0%	20	27,8%	8	22,2%	16	31,4%	16	27,1%
HUILA	5	4,7%	0	0,0%	2	2,8%	0	0,0%	1	2,0%	2	3,4%
MAGDALENA	1	0,9%	0	0,0%	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,7%
META	3	2,8%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,8%	1	2,0%	0	0,0%
NARIÑO	3	2,8%	0	0,0%	0	0,0%	2	5,6%	1	2,0%	1	1,7%
NORTE DE SANTAND	2	1,9%	1	5,0%	0	0,0%	2	5,6%	0	0,0%	2	3,4%
QUINDIO	3	2,8%	0	0,0%	2	2,8%	0	0,0%	2	3,9%	1	1,7%
RISARALDA	11	10,4%	1	5,0%	5	6,9%	4	11,1%	4	7,8%	9	15,3%
SAN ANDRES	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,8%	1	2,0%	0	0,0%
SANTANDER	2	1,9%	2	10,0%	6	8,3%	0	0,0%	4	7,8%	0	0,0%
TOLIMA	3	2,8%	1	5,0%	1	1,4%	3	8,3%	2	3,9%	1	1,7%
VALLE	6	5,7%	1	5,0%	9	12,5%	4	11,1%	6	11,8%	4	6,8%
Total	106	100,0%	20	100,0%	72	100,0%	36	100,0%	51	100,0%	59	100,0%

El modelo de tratamiento más común en el país es la comunidad terapéutica, seguido del modelo de teoterapia, otros modelos (incluyen terapias alternativas y otros) y el modelo psicológico. El modelo psiquiátrico con énfasis en salud mental y el modelo de 12 pasos no parecen ser comunes en la oferta actual de tratamientos.

La mayor cantidad de comunidades terapéuticas se ubican en Cundinamarca, Antioquia y Risaralda. Así mismo, el modelo de 12 pasos parece concentrarse más en los dos departamentos inicialmente mencionados, en Caldas y en Santander. La teoterapia parece

ser más común en Cundinamarca, Antioquia y Valle del Cauca. La mayor parte de las entidades psiquiátricas se encuentran también distribuidas mayoritariamente en los dos primeros departamentos, seguidos de Risaralda y el Valle del Cauca. En similares proporciones se observa la distribución de los centros que aplican modelo psicológico. Los modelos alternativos parecen ser más comunes en los departamentos de Antioquia, Cundinamarca y Risaralda.

La categoría "otro" modelo arroja los datos que se muestran en la tabla 8 en la cual se observa que las terapias alternativas si bien se utilizan en algunas instituciones no son las más comunes. La homeopatía parece utilizarse como adyuvante en el tratamiento e incluye también el uso de plantas medicinales y esencias florales.

Tabla 8. Descripción de modelos alternativos utilizados en los CAD

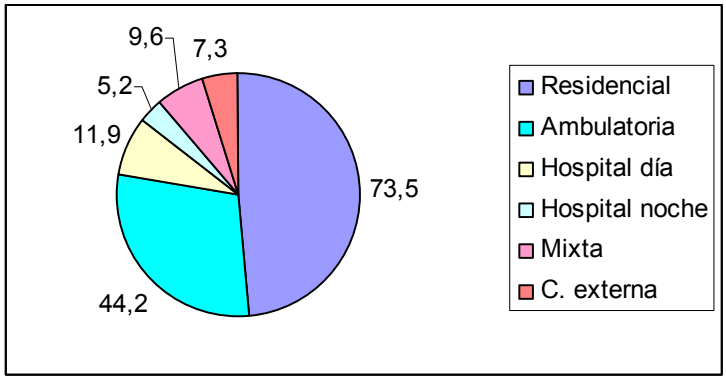
	Frecuencia	Porcentaje
Sofrología	1	4,8
Homeopatía	5	23,8
No terapéutico vivencial	2	9,5
Bioenergética	1	4,8
Reflexología	1	4,8
Reverting ó reverthing	2	9,5
Mnemoterapia	2	9,5
Acupuntura	1	4,8
Homotoxicología	2	9,5
Yoga, Reiki, meditación	2	9,5
Hipnosis	2	9,5
Total	21	100,0

Los resultados muestran una amplia diversidad de estrategias terapéuticas adicionales, que no podrían considerarse terapias alternativas y que se distancian de los modelos tradicionales de atención, tal como se muestra en la Tabla 9. Los más comunes son los modelos pedagógicos, humanistas, eclécticos y de filosofía desarrollada por la propia institución.

Tabla 9. Descripción de "otros" modelos utilizados en los CAD

	Frecuencia	Porcentaje
Humanista	18	17,6
Gestalt	3	2,9
Cámara hiperbárica	1	1,0
Logoterapia	5	4,9
Cristiano	1	1,0
Filosofía propia: *tomasina, saleciana, ecología humana, "teoterápica"*	12	11,8
Médico	5	4,9
Pedagógico/educativo/reeducativo	25	24,5
Inteligencia emocional	1	1,0
Rehabilitación productiva	3	2,9
Reducción del daño	3	2,9
Bio-psico-social	3	2,9
Dianética / Cienciología	1	1,0
Transpersonal	3	2,9
Ecléctico / multidisciplinario	16	15,7
Antropología estructural	1	1,0
Humano - científico	1	1,0
N Validos	102	100,0

Figura 6. Distribución de los CAD según modalidades de tratamiento



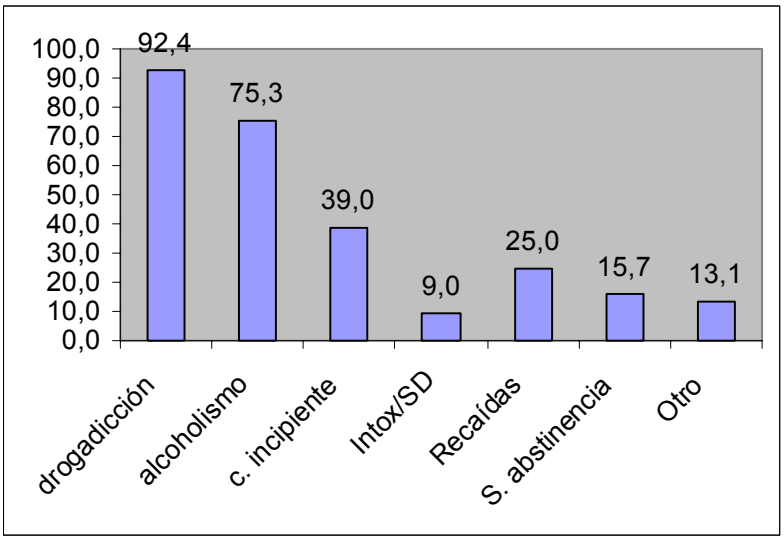
De acuerdo con los hallazgos, la oferta de servicios parece concentrarse en la modalidad residencial, pues si bien las categorías no fueron excluyentes, la mayor proporción de respuestas se encuentra en esta modalidad, seguida de la modalidad ambulatoria. En el 12% de las instituciones se ofrece la opción de hospital día, mientras que en sólo el 5% se ofrece hospital noche. En casi el 10% de las instituciones la modalidad de tratamiento es mixta, es decir que combina más de una modalidad en el mismo programa de tratamiento. La modalidad de consulta externa fue reportada por el 7% de las instituciones.

Tabla 10. Distribución de modelos de CAD según modalidad de servicios

	Residencial		Ambulatorio		Hospital día		Hospital noche		Mixto		Consulta externa	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
1 CT	92	36%	33	22%	6	15%	5	28%	6	18%	3	12%
2 12 Pasos	8	3%	11	7%	7	17%	5	28%	3	9%	6	24%
3 Teoterapia	64	25%	16	11%	1	2%	2	11%	5	15%	1	4%
4 Psiquiátrico	30	12%	27	18%	20	49%	2	11%	9	27%	11	44%
5 Clínico - psicológico	22	9%	35	23%	5	12%	1	6%	4	12%	2	8%
6 Otro	37	15%	30	20%	2	5%	3	17%	6	18%	2	8%
N validos	253		152		41		18		33		25	

La tabla 10 muestra que las comunidades terapéuticas hoy en día ofrecen gran diversidad de modalidades de servicio, no obstante siguen siendo las que concentran la mayor oferta de tratamientos residenciales y de hospital noche, a este modelo le siguen los CAD de teoterapia cuya modalidad principal es también la residencial. El modelo de 12 pasos se ofrece principalmente en modalidad hospital noche y en consulta externa. El modelo psiquiátrico con énfasis en salud mental es el que más concentra la oferta de tratamiento en modalidad hospital día.

Figura 7. Distribución de los CAD según problemáticas que atiende en adicciones



La mayoría de las instituciones visitadas (n=318) ofrece atención específica para el consumo de sustancias psicoactivas, en menor proporción se ofrece asistencia a población con problemas de alcoholismo (n= 259). La oferta de servicios para problemáticas como el consumo incipiente o experimental (n= 134) y recaídas (n= 86) es menor, si se compara con las dos problemáticas inicialmente mencionadas. De la misma forma, se observa que la oferta especializada para el manejo de intoxicaciones y sobredosis (n=31), así como para síndrome de abstinencia (n=54) es muy limitada en el país (figura 7).

Los resultados para la categoría "otra" problemática mostró que el *diagnóstico dual* se atiende en 33 instituciones en el país, mientras que la *ludopatía* se atiende en apenas 13 instituciones, la mayoría de las cuales se encuentra en Antioquia y en el Eje Cafetero. Dos entidades ofrecen atención integral a la problemática de la *marginación y/o exclusión social.*

La distribución que se muestra en la tabla 11 sugiere que la problemática de la drogadicción se trabaja más en las fundaciones sin ánimo de lucro, que el consumo experimental o incipiente se atiende más en las ONG y que las problemáticas que requieren de una atención especializada en salud efectivamente se atienden en mayor proporción en las entidades tipo IPS o ESE.

Tabla 11. Distribución de tipo de CAD según problemáticas atendidas en adicciones

	Tipo de Institución									
	1 IPS/ESE		2 ONG		3 Fundación Sin Animo de Lucro		4 Otro		Total	
Problemáticas que atiende	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Drogadicción/farmacodependencia	44	85%	58	85%	193	97%	23	92%	318	92%
Alcoholismo	39	75%	46	68%	156	78%	18	72%	259	75%
Consumo experimental o incipiente	19	37%	41	60%	65	33%	9	36%	134	39%
Intoxicación o sobredosis (urgencias)	26	50%	0	0%	3	2%	2	8%	31	9%
Recaídas	20	38%	14	21%	43	22%	9	36%	86	25%
Síndrome de abstinencia	28	54%	4	6%	19	10%	3	12%	54	16%
Otro problema	7	13%	15	22%	19	10%	4	16%	45	13%

Tal como se observa en la figura 8, cerca de dos terceras partes de las instituciones atienden en la actualidad el problema de la indigencia, mientras menos de la mitad ofrece servicios a personas trabajadoras sexuales o menores explotados sexualmente. La oferta de servicios a personas con problemas de desplazamiento forzado y conflictos con la ley es más limitada, así mismo es poca la oferta actual de servicios para consumidores portadores de VIH o con SIDA, problemática que según los resultados es atendida por un total de 68 entidades.

Figura 8. Distribución de los CAD según otras problemáticas que atiende en la actualidad

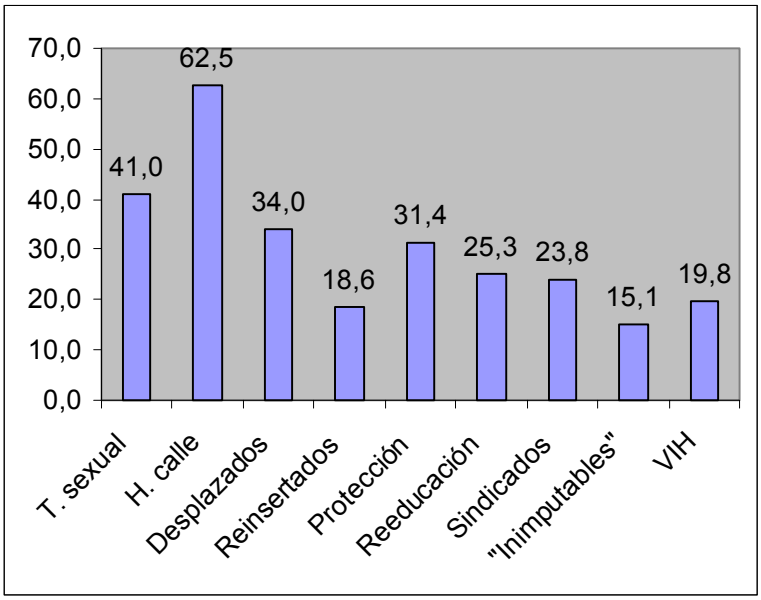
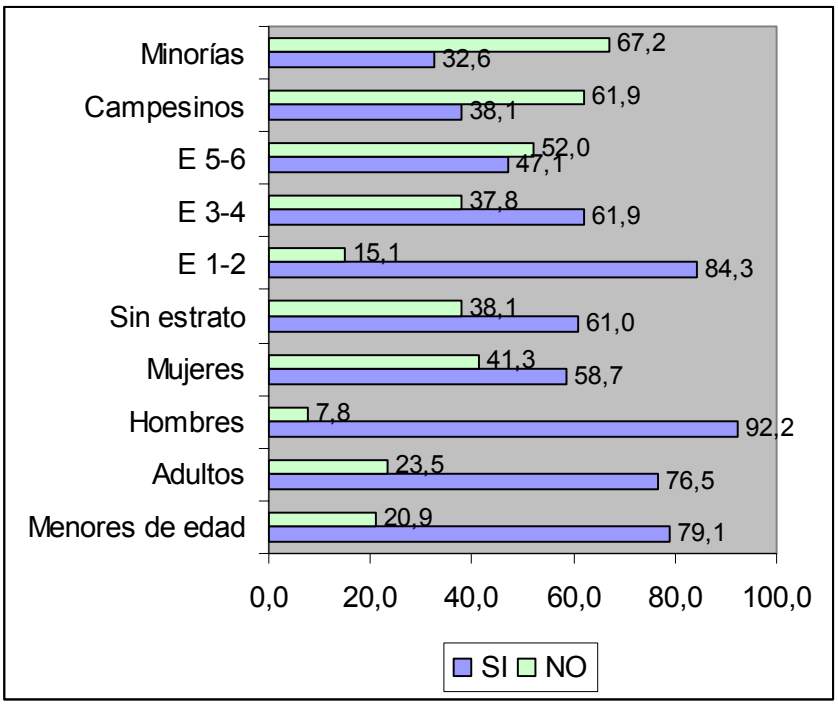


Figura 9. Distribución de los CAD según características socio-demográficas de la población objeto de los servicios



Con respecto al género, la figura 9 muestra una mayor concentración de oferta de servicios para hombres, pues apenas un poco más de las mitad de las instituciones dice atender mujeres, mientras el 41% no ofrece servicios a este grupo de población. Con respecto a la edad, se observa una oferta similar de servicios para menores de edad y para adultos, siendo alta en ambos casos. En relación con las características de estrato socio-económico se observa una mayor oferta de servicios para personas de estratos 1 y 2, seguida de la oferta para personas sin estrato o sin techo. Los estratos que parecen contar con menor oferta de servicios son los 5 y 6.

Cerca de una tercera parte de las instituciones dice atender poblaciones campesinas y minorías étnicas.

La tabla 12 muestra el total aproximado de usuarios en tratamiento al momento de la medición durante el diagnóstico situacional, según la categorización de los grupos poblacionales. Es de anotar que el número de usuarios en tratamiento por categoría no coincide porque los datos no estuvieron disponibles en todos los casos, sin embargo, el indicador más completo fue el de género. Este indicador de demanda muestra una mayor cantidad de hombres en los servicios de tratamiento, en contraste con el número de mujeres, mostrando que de cada 10 usuarios de los servicios 2 son mujeres y 8 son hombres. Con respecto a la categoría edad, se observa que si bien el número de adultos en tratamiento es superior al número de menores, este último es muy alto. Por último, la categoría estrato socio-económico muestra que en la actualidad, son las poblaciones de más bajos estratos socio-económicos las que utilizan los servicios. El número de campesinos y personas de minorías étnicas atendidas es muy bajo.

Tabla 12. Distribución de los CAD según número de personas que atiende en la actualidad por categoría

La institución atiende:			
características de la población usuaria de los servicios	N válidos	Si N	Si respondió "Si"
			C06 ¿Cuántos atiende en la actualidad?*
C05 Edad de los usuarios			Total
1 Menores de edad (<18 años)	344	272	5410
2 Adultos	344	263	6575
	TOTAL		11985
			C08 ¿Cuántos atiende en la actualidad?*
C07 Genero de los usuarios			Total
1 Hombres	344	317	10194
2 Mujeres	344	202	2580
	TOTAL		12774
			C10 ¿Cuántos atiende en la actualidad?*
C09 Estado socio-económico de los usuarios			Total
1 Personas sin estrato -sin techo-	341	210	3837
2 personas de estrato 1-2	342	290	6002
3 personas de estrato 3-4	343	213	1712
4 personas de estrato 5-6	341	162	409
5 campesinos	344	131	131
6 indígenas	343	112	25
	TOTAL		12116

* Estos datos son aproximados en la medida en que un importante número de instituciones no contaban con el dato exacto de usuarios por categoría, al momento de la visita.

Tabla 13. Cupos disponibles según modalidad de servicios

Modalidad	Instituciones	Suma de cupos	Media	Mínimo	Máximo
Residencial/cerrado/internado	252	12.436	49,3	1	500
Ambulatorio/abierto	90	5.415	60,2	2	1000
Hospital día	25	730	29,2	2	100
Hospital noche	14	592	42,3	2	200
Mixto	23	989	43	1	250
Consulta externa	7	196	28	5	100
Total		**20.358**			

La tabla 13 muestra el número de cupos distribuidos según la modalidad de servicios, la capacidad media de atención en modalidad residencial es de 50, un poco más alta es la capacidad de atención en modalidad ambulatoria.

Tabla 14. Personas atendidas según modalidad de servicios

Modalidad	Instituciones	Suma de usuarios	Media	Mínimo	Máximo
Residencial/cerrado/internado	255	7.195	28	0	296
Ambulatorio/abierto	148	4.227	29	0	960
Hospital día	39	332	9	0	70
Hospital noche	18	372	21	0	150
Mixto	35	721	21	0	250
Consulta externa	16	174	11	0	44
Total		13.021			

Al momento de la aplicación del diagnóstico un total de 13.000 consumidores se encontraban recibiendo tratamiento en el país, ocupando el 64% de los cupos disponibles.

Tabla 15. Distribución de los CAD según medios de promoción de los servicios

Medios	Frecuencia	Porcentaje
Publicidad en medios (TV, prensa, páginas amarillas, radio)	149	43%
Distribución de volantes informativos	115	33%
Operadores en la calle	57	17%
Alianzas o convenios con otras entidades	119	35%
Recomendación o remisión de otras entidades	199	58%
Líneas telefónicas de información y ayuda a la comunidad	49	14%
Remisión directa de instancia judicial o policial	120	35%
Petición directa de consumidores o sus familiares	212	62%
Recomendación de ex usuarios o familiares	248	72%
Otro medio	54	16%

De acuerdo con los resultados descritos en la tabla 15, la mayoría de los usuarios llega a los servicios de tratamiento por recomendación de otros usuarios o familias que conocen las instituciones, así mismo llegan más de manera directa o por remisión o recomendación de otras entidades. La publicidad y la distribución de volantes informativos se usan como medios de promoción en menos de la mitad de las instituciones, no obstante, llama la atención que el 76% (no se muestran los datos) cuenta con material promocional de los servicios y con portafolios de servicios. Las alianzas formales con otras entidades y la remisión directa a través de instancias judiciales son medios de recepción de usuarios para una tercera parte de los centros visitados. Estrategias ampliamente utilizadas a nivel internacional no son muy comunes en nuestro país, este es el caso de las líneas de atención telefónica a la comunidad y los operadores que hacen acercamiento en calle.

Tabla 16. Medios a través de los cuales se enteró de la existencia de la institución (usuarios)

	Frecuencia	Porcentaje
Publicidad en medios (TV, prensa, páginas amarillas, radio)	75	6,7
Distribución de volantes informativos	31	2,8
Operadores en la calle	50	4,5
Alianzas o convenios con otras entidades	31	2,8
Recomendación o remisión de otras entidades	219	19,6
Líneas telefónicas de información y ayuda a la comunidad	7	0,6
Recomendación de ex usuarios o familiares	561	50,3
Otro medio	218	19,5

La tabla 16 muestra los resultados aportados por el reporte de los usuarios de tratamientos, el cual confirma la percepción de las instituciones y en ella se muestra que efectivamente la mitad de los usuarios dijeron haber sabido de la existencia de la institución a través de otros usuarios o familiares, cerca del 20% llegó remitido por otras entidades y en igual proporción mencionaron otro medio. Los medios mencionados fueron: comisarías de familia, charlas o conferencias de prevención en empresas u otros escenarios, por el letrero institucional, por remisión de jueces o defensores, remisión de profesionales de la salud o salud mental, vecinos/amigos y a través de grupos de auto-apoyo.

Tabla 17. Costo mensual promedio del tratamiento según modalidad

	Instituciones	Media	Mínimo	Máximo
Residencial/cerrado/internado	251	485.421	0	6´536.500
Ambulatorio/abierto	147	210.669	0	1´900.000
Hospital día	40	612.763	0	2´100.000
Hospital noche	17	561.176	0	3´300.000
Mixto	32	1´084.851	0	6´180.000
Consulta externa	24	459.546	0	4´500.000
Costo de matrícula del tratamiento para el usuario	25	104.960	900	500.000

Tal como se muestra en la tabla 17, los costos de los tratamientos por modalidad muestran diversas oscilaciones. Las matrículas iniciales fueron reportadas por un pequeño número de instituciones. Los tratamientos residenciales en el país cuestan cerca de medio millón de pesos mensuales, mientras que los tratamientos mixtos, ofrecidos en la mayoría de los casos por entidades privadas a estratos altos, muestran un costo promedio superior al millón de pesos. La modalidad de tratamiento más económica para el usuario es, de acuerdo con los resultados, la ambulatoria.

En el 32% de las instituciones que corresponde a un total de 110 ofrece tratamiento gratuito, lo cual muestra cierta correspondencia con el porcentaje de entidades que realiza contratación de servicios con entidades públicas (43% n = 148) y con las que dijeron tener contratación de cupos con el ICBF (27% n=93) (no se muestran los datos).

En 120 de las instituciones que corresponden al 35% del total hay algunos costos adicionales que el usuario debe cancelar. La tabla 18 muestra la distribución de conceptos

para costos adicionales. La mayoría de los pagos adicionales son por medicamentos, exámenes de laboratorio y por consultas médicas adicionales que pueda requerir el usuario.

Tabla 18. Descripción de otros costos

Concepto	Frecuencia	Porcentaje
Medicamentos	35	29,2
Exámenes de laboratorio, Pruebas Toxicológicas	25	20,8
Consulta Médica Inicial	6	5,0
Consulta Médica Adicional	20	16,7
Implementos de Aseo Personal, Dotación, Lavandería	11	9,2
Talleres, sesiones adicionales	5	4,2
Materiales, Bibliografía, Uniformes, Transporte, Mercado, etc.	11	9,2
Otros	3	2,5
Co-pagos	4	3,3
Total	120	100,0

Tabla 19. Definición de costos del tratamiento

	Frecuencia	Porcentaje
1 Iguales para todos los usuarios (sin excepción)	46	13,4
2 Establecidos según la condición socio-económica	163	47,4
3 Establecidos de acuerdo con otros criterios	25	7,3
9 No aplica	110	32,0
Total	344	100,0

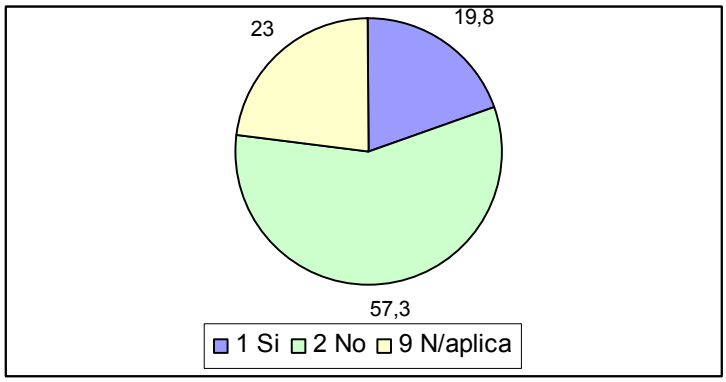
De acuerdo con la tabla 19, la mayoría de las instituciones cuyos servicios tienen algún costo, definen las tarifas de acuerdo con la condición socio-económica de los usuarios y sus familias, es limitado el número de instituciones que no consideran este factor. Otros criterios mencionados para la definición de los costos fueron: según la severidad de la patología, la condición de afiliación a EPS o pago particular, el tipo de adicción, la condición de tener o no familia y según estratificación por SISBEN.

Tabla 20. Facilidades de pago

	Frecuencia	Porcentaje
Cuotas, abonos, plazos, letras, financiación, tarjetas de crédito	156	45,3
Becas	9	2,6
El costo lo asume una entidad: DABS, ICBF, IDIPRON, Alcaldía	85	24,7
Combinación de varias facilidades	30	8,7
Participación en actividades de la institución, pago en especie	27	7,8
Otro	1	0,3
Ninguna	16	4,7
Total	324	100,0

La Tabla 20 muestra que cerca de la mitad de las instituciones mencionan como facilidad los plazos, los abonos o algún otro tipo de financiación por parte de la misma entidad. Las becas fueron mencionadas por un número limitado de entidades. Marginal también fue el número de instituciones que dijeron no ofrecer ninguna facilidad de pago.

Figura 10. Posibilidad de cubrir los costos del tratamiento con trabajo en la institución



Si bien en la mayor parte de las instituciones no es posible cubrir los costos del tratamiento con actividad productiva, en un porcentaje no del todo bajo (n=68) sí es posible (figura 10). Vale la pena retomar aquí un aspecto que se mirará con mayor detalle más adelante y es que en 68 instituciones se perciben recursos por otros conceptos, y en la mayoría de los casos estos conceptos corresponden al producto del trabajo de los usuarios estando en la institución (p. ej. producción de bolsas de basura, productos de aseo, artesanías, etc., luego vendidos por los usuarios, por lo general, en calle).

Tabla 21. Duración media de los tratamientos según modalidad y modelo

	Residencial	Ambulatorio	Hospital día	Hospital noche	Mixto	Consulta externa
	Media	Media	Media	Media	Media	Media
1 CT	42,6	38,3	29,0	28	84,8	20,0
2 12 Pasos	29,7	26,6	18,9	38,5	120,0	23,7
3 Teoterapia	51,9	24,9	48,0	38	44,8	.
4 Psiquiátrico	9,6	31,5	16,8	4	57,4	32,0
5 Clínico – psicológico	45,5	32,7	20,0	28	25,3	12,0
6 Otro	47,2	31,9	12,0	38	29,8	.
Total	41,8	32,3	20,3	29,6	58,1	25,7

De acuerdo con los resultados que se observan en la tabla 21, los tratamientos mixtos bajo el modelo de 12 pasos son los de mayor duración llegando hasta los dos años y medio. Duraciones similares se encuentran los tratamientos residenciales bajo el modelo de comunidad terapéutica, teoterapia, clínico-psicológico y otro. Los tratamientos ambulatorios de mayor duración se registran en el modelo de comunidad terapéutica, en el resto de los modelos la duración media es muy similar. El modelo de teoterapia ofrece la modalidad de hospital día más larga, y el modelo de 12 pasos la modalidad de hospital noche más larga. Es importante aclarar que en muchas de las entidades que ofrecen tratamiento siguiendo la filosofía de los 12 pasos de AA/NA, el seguimiento y el plan de soporte es indefinido, tal como lo es la asistencia a los grupos de auto-apoyo. La condición

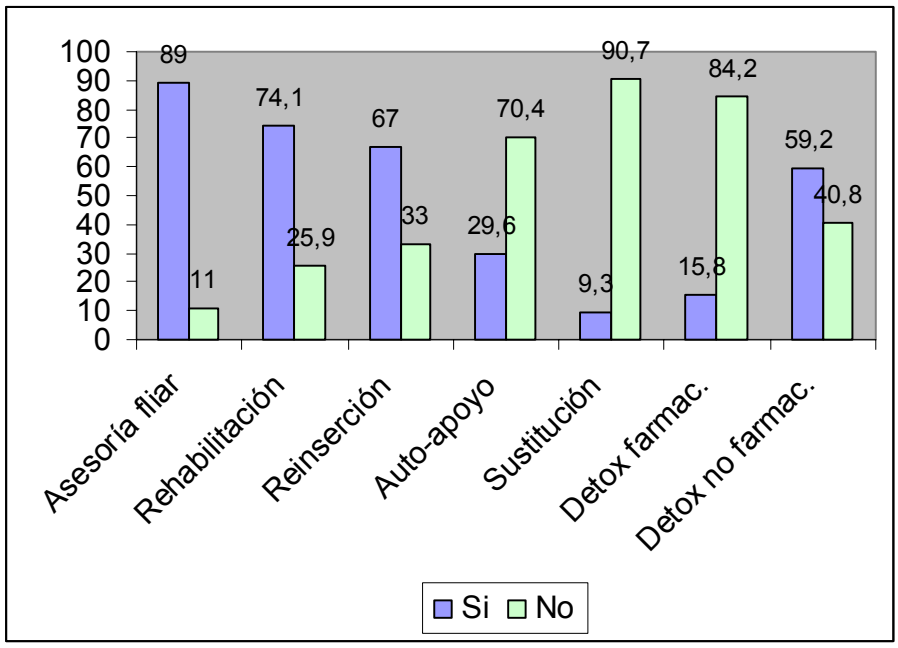
indefinida del tratamiento también se encontró en muchas instituciones de protección de menores, hogares de paso y programas de reducción de daños. Por último, se observa que la modalidad residencial/hospitalaria de tipo psiquiátrico con énfasis en salud mental ofrece un tratamiento de duración media algo superior a los dos meses.

Tabla 22. Otras actividades desarrolladas por los CAD según departamento

	Prevención primaria		Investigación o estudios en adicciones		Asesoría en VIH/SIDA		Grupos de auto-apoyo		Reducción de daños	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Cundinamarca Btá DC	52	23%	32	30%	21	29%	33	32%	23	24%
Boyacá Tunja	3	1%	0	0%	0	0%	1	1%	1	1%
Huila Neiva	9	4%	2	2%	2	3%	2	2%	2	2%
Tolima Ibagué	9	4%	5	5%	4	5%	1	1%	1	1%
Meta Villavicencio	5	2%	3	3%	1	1%	1	1%	1	1%
Valle del Cauca Cali	18	8%	7	7%	2	3%	11	11%	5	5%
Cauca Popayán	4	2%	4	4%	1	1%	3	3%	1	1%
Santander B/manga	7	3%	3	3%	3	4%	3	3%	4	4%
Norte de S/der Cúcuta	5	2%	1	1%	0	0%	0	0%	4	4%
Atlántico Barranquilla	9	4%	3	3%	1	1%	4	4%	1	1%
Bolívar Cartagena	6	3%	2	2%	3	4%	3	3%	3	3%
Magdalena Santa Marta	1	0%	1	1%	1	1%	0	0%	1	1%
Cesar Valledupar	6	3%	1	1%	4	5%	1	1%	4	4%
Córdoba Montería	1	0%	0	0%	1	1%	1	1%	0	0%
Antioquia Medellín	46	20%	23	21%	16	22%	24	23%	18	19%
Chocó Quibdo	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Caldas Manizales	12	5%	4	4%	4	5%	5	5%	6	6%
Risaralda Pereira	16	7%	10	9%	7	10%	9	9%	15	16%
Quindío Armenia	6	3%	2	2%	0	0%	1	1%	3	3%
Arauca	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Caquetá Florencia	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
Nariño Pasto	6	3%	3	3%	0	0%	0	0%	2	2%
San Andrés	1	0%	1	1%	2	3%	0	0%	0	0%
N válidos	225		107		73		103		96	

Se observa que además de las actividades de tratamiento, rehabilitación y reincorporación social a consumidores, el 65% de las instituciones desarrolla actividades de prevención primaria a la comunidad, el 31% realiza estudios o investigaciones en el área de las adicciones, el 21% ofrece asesoría en VIH/SIDA, cerca del 30% ofrece el servicio de grupos de auto-apoyo y el 28% desarrolla actividades de reducción de daños y riesgos y servicios de promoción de la salud a consumidores en escenarios de calle. Las actividades de prevención, de asesoría en VIH/SIDA y reducción de daños se concentran en las instituciones de Cundinamarca y Antioquia, los estudios también muestran mayor concentración en estos dos departamentos y en Risaralda.

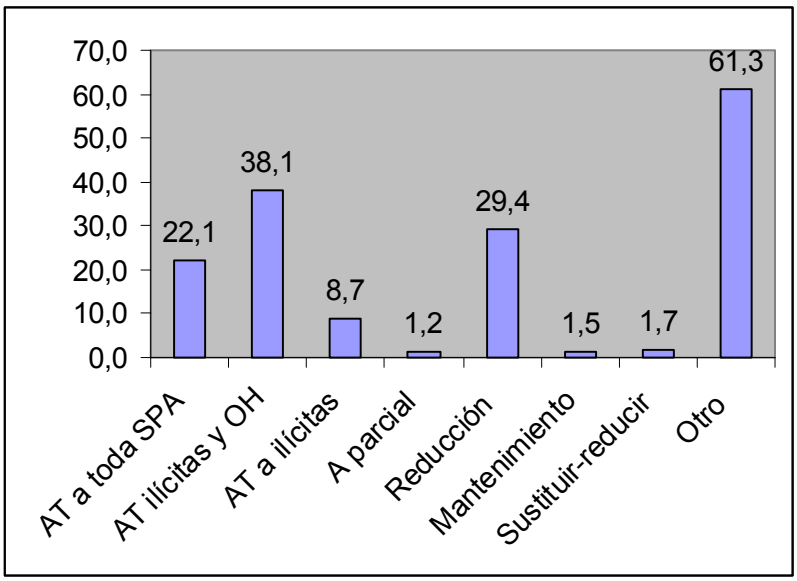
Figura 11. Distribución de los CAD según si ofrecen o no servicios específicos a los consumidores y sus familias



Tal como se observa en la figura 11 la mayoría de las instituciones ofrece algún tipo de asesoría a los familiares de consumidores, así mismo más de dos terceras partes dicen ofrecer servicios de rehabilitación y de reinserción socio-laboral a los usuarios que acuden a sus tratamientos. Sin embargo, al respecto vale la pena señalar que sólo un 41% de las instituciones que corresponde a un total de 142 (no se muestran los datos), sí cuenta con alianzas o convenios específicos con otras instituciones para facilitar la rehabilitación y la reincorporación socio-laboral de los usuarios, por lo tanto en cerca del 34% de los centros que dicen ofrecer estos servicios no parecen contar con medios interinstitucionales claros para el desarrollo de estas actividades.

Se observa también que la oferta de servicios de desintoxicación farmacológica y de sustitución es muy limitada, más de la mitad sin embargo, ofrece opciones para la deshabituación con el manejo de dietas, actividades físicas y otras estrategias no farmacológicas. Llama también la atención que menos de una tercera parte de las instituciones ofrece la actividad de grupos de auto-apoyo (tipo AA/NA) en el tratamiento de los usuarios.

Figura 12. Objetivo primario de la intervención



Más de la mitad de las instituciones buscan la abstinencia total a sustancias psicoactivas y al alcohol como resultado de sus tratamientos. Sin embargo, cerca de una tercera parte busca la reducción de consumo y los daños asociados al mismo y no necesariamente la abstinencia total. En porcentajes marginales, las instituciones buscan otras metas intermedias a través del mantenimiento con sustitutos farmacológicos como la metadona o su uso para la reducción gradual de las dosis. Más de la mitad de las instituciones define otros objetivos para sus intervenciones, estos se muestran en detalle en la tabla 23.

Tabla 23. Otros objetivos perseguidos por el tratamiento

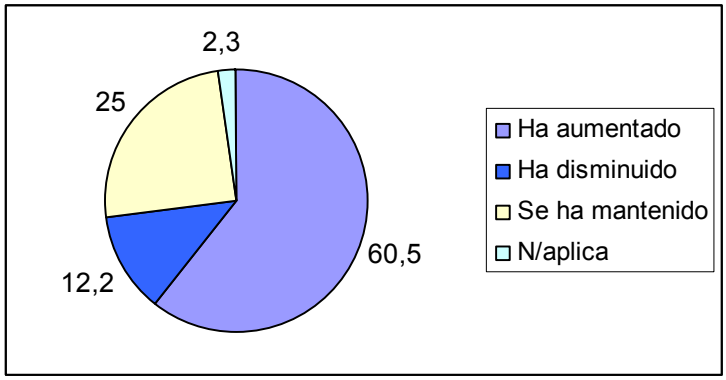
	Frecuencia	Porcentaje
Mejorar la calidad de vida	33	12,7
Vida sana libre de SPA	10	3,9
Cumplir medida judicial	5	1,9
Mejorar nivel de adaptación	13	5,0
Encontrar sentido de vida	2	0,8
Rehabilitar/resocializar/restaurar a la persona	51	19,7
Prevenir recaídas	3	1,2
Mejorar la auto-estima	2	0,8
Mejorar auto-cuidado	1	0,4
Reconstruir núcleo familiar	4	1,5
Desintoxicar	7	2,7
Reintegración/reinserción/reeducación	46	17,8
Estabilidad familiar y emocional	7	2,7
Reincorporación/capacitación laboral	14	5,4
Atención integral	6	2,3
Conciencia de situación legal	3	1,2
Nuevo proyecto/estilo de vida	19	7,3
Recuperar la dignidad	4	1,5

Continuación tabla 23	Frecuencia	Porcentaje
Inculcar valores	3	1,2
Recuperar la salud	2	0,8
Satisfacer necesidades básicas	1	0,4
Conciencia de enfermedad	7	2,7
Crecimiento espiritual	10	3,9
Deshabituación	2	0,8
Motivar/comprometer en proceso terapéutico	2	0,8
Fortalecer factores protectores	2	0,8
Total	259	100

Los objetivos adicionales que se persiguen con mayor frecuencia se refieren a la restauración personal en diversas áreas, haciendo énfasis en la rehabilitación y reincorporación socio-laboral del individuo. Así mismo, se observa que muchas instituciones persiguen la renovación o estructuración de un nuevo proyecto de vida, y un mejor nivel de adaptación.

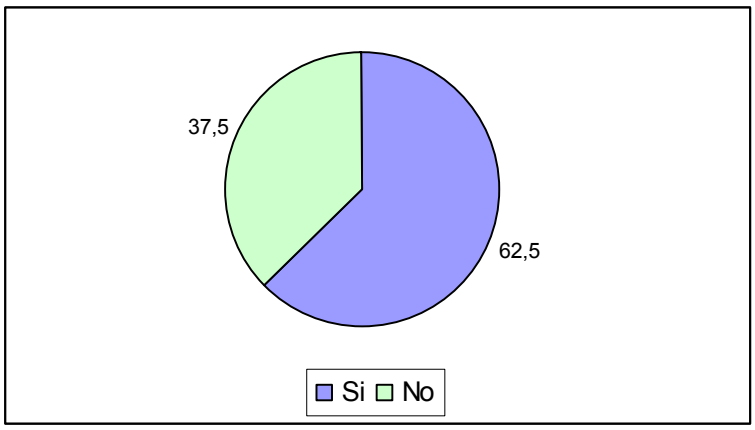
Evolución de demanda y análisis de necesidades de la oferta y la demanda

Figura 13. Percepción de evolución de la demanda de servicios en los últimos dos años



La mayoría de las instituciones percibe un aumento en la demanda de servicios por parte de los consumidores de sustancias, no obstante una cuarta parte considera que la demanda es la misma que ha existido en los dos últimos años y en el 12% se percibe incluso una reducción. En el 2,3% de los casos el ítem no aplicaba dado que la institución estaba recientemente fundada.

Figura 14. Percepción de cambio en las necesidades de la población usuaria (MET)



Cerca de dos terceras partes de los miembros del equipo terapéutico (MET) que respondieron la entrevista (N=355) percibe cambios en las necesidades de la población usuaria de los servicios de tratamiento. Los aspectos en los cuales dichas necesidades han cambiado se describen en detalle en la tabla 24.

Tabla 24. Nuevas necesidades en la población usuaria de los servicios

	Frecuencia	Porcentaje
Más jóvenes	43	19,4
Más educación/capacitación	30	13,5
Más mujeres	7	3,2
Más factores de riesgo	13	5,9
Poco apoyo afectivo	32	14,4
Más y mejor oferta de tratamiento	11	5,0
Mayor consumo de SPA sintéticas	10	4,5
Sustancias nuevas en el mercado	36	16,2
Mayor especialización (desintoxicación, manejo médico)	13	5,9
Mayor deterioro físico	15	6,8
Facilitar vinculación laboral	7	3,2

La selección de las necesidades más reportadas muestra que los consumidores que ingresan a tratamiento son cada vez más jóvenes, así mismo se percibe que los usuarios cuentan con poco apoyo afectivo y requieren de mayores intervenciones educativas y vocacionales. También se observa cierta preocupación por las nuevas dinámicas del mercado interno de sustancias que plantean retos para los tratamientos tales como el éxtasis y la heroína. Por esto mismo algunos miembros del equipo terapéutico sienten que la oferta debería ser más especializada y ofrecer intervenciones médicas en los casos en los que así se requiera. También se percibe la necesidad de ofrecer más intervenciones para mujeres y para contrarrestar los factores de riesgo que se perciben cada vez más expandidos y potentes.

Tabla 25.¿A su juicio, la institución logra los objetivos que se propone con…?

	Directores	MET
	Porcentaje	Porcentaje
1 Todos los usuarios que acuden a ella (100%)	6,7	4,2
2 La mayoría de los usuarios que acuden a ella (>60%)	43,6	47,6
3 Muchos de los usuarios que acuden a ella (40-60%)	28,9	27,0
4 Algunos de los usuarios que acuden a ella (<39%)	20,7	21,2
Total	100	100

De acuerdo con las cifras que se muestran en la tabla 25, cerca de la mitad de los directores de instituciones y de miembros del equipo terapéutico entrevistados, consideran que sus instituciones logran los objetivos que se proponen con la mayoría de los usuarios que atienden, porcentajes marginales piensan que las intervenciones son completamente exitosas y la otra mitad se distribuye entre quienes piensan que el logro es parcial. Como se puede observar la percepción de acuerdo con las fuentes es coincidente, por cuanto las variaciones no resultan significativas.

Tabla 26. ¿Qué debería cambiar en la institución para lograr más y mejores resultados? (aspectos del personal, infraestructura, financiación, tratamiento, etc.) (Directores)

	Frecuencia	Porcentaje
Más y/o mejores recursos humanos	46	14,5
Proporcionar empleo o actividades al usuario	11	3,5
Mayor compromiso del usuario y/o de la familia	20	6,3
Seguimiento al paciente, ofrecer más y mejor atención	15	4,7
Selección del paciente	5	1,6
Recursos económicos	78	24,5
Recursos físicos y de infraestructura	68	21,4
Crear, reforzar redes de apoyo, convenios con otras instituciones	8	2,5
Mejorar el tratamiento, el enfoque	12	3,8
Aspectos relacionados con cobertura de POS, juzgados, ICBF	3	0,9
Ampliar cobertura	4	1,3
Nada	12	3,8
Otros	36	11,3
Total	318	100

De acuerdo con los resultados descritos en la tabla 26, cerca de la mitad de los directores de las instituciones consideran que el mejoramiento de los logros dependería de un mejoramiento en los recursos físicos, económicos y de infraestructura, en menor medida se menciona el mejoramiento del recurso humano asistencial, del tratamiento mismo, de las condiciones de seguimiento. Otros consideran que los factores dependen más de las condiciones en las que llegan los usuarios a las instituciones, de una apropiada evaluación, del compromiso y la motivación.

Tabla 27. ¿Qué dificulta su trabajo en la institución? (MET)

	Frecuencia	Porcentaje
No se cumplen las programaciones	7	2,3
Falta de o poco tiempo	28	9,2
No tener equipos, materiales didácticos, materiales para las actividades	47	15,5
No tener recursos económicos	70	23,0
Falta de o insuficiente infraestructura	28	9,2
Mucho trabajo	11	3,6
Los pacientes: impredecibles, inestables, agresivos, etc.	17	5,6
Falta de recursos humanos	29	9,5
Más capacitación	6	2,0
La labor o gestión de otras entidades o instancias	10	3,3
Aspectos administrativos	9	3,0
Poco apoyo de las familias	7	2,3
Discrepancias dentro del equipo terapéutico o diferencias de criterio	5	1,6
Otros	30	9,9
Total	304	100,0

De los 355 miembros del equipo terapéutico entrevistados, 304 (85%) consideran que hay algunos aspectos que dificultan su gestión en la institución, la tabla 27 muestra de nuevo que la falta de recursos económicos puede estar complicando la gestión institucional, lo cual se agrega a aquellos que opinan que no cuentan con todos los medios que requerirían para desarrollar su trabajo en mejores condiciones de insumos e infraestructura. Llama la atención que un porcentaje muy marginal considera que la falta de capacitación estaría afectando su gestión, en segundo lugar se menciona insuficiencia de recurso humano.

Tabla 28. ¿Si estuviera en sus manos, qué cambiaría en la institución? (MET)

	Frecuencia	Porcentaje
Más y/o mejores recursos humanos	78	17,6
Proporcionar empleo o actividades al usuario	1	0,2
Seguimiento al paciente, más atención, mejor atención	13	2,9
Selección del paciente	1	0,2
Recursos económicos	43	9,7
Recursos físicos y de infraestructura	134	30,3
Crear, reforzar redes de apoyo, convenios con otras instituciones	10	2,3
Mejorar el tratamiento, el enfoque	46	10,4
Aspectos relacionados con cobertura de POS, juzgados, ICBF	5	1,1
Ampliar cobertura	12	2,7
Nada	47	10,6
Otros	52	11,8
Total	442	100,0

La tabla 28 reitera los resultados previamente descritos en la tabla 26 por parte de los directores de las instituciones. Se observa en este caso que los recursos físicos de insumos e infraestructura resultan ser quizás el mayor obstáculo para mejorar la gestión asistencial, así mismo los recursos humanos y los recursos económicos. Por último, se reitera en algunos casos, la necesidad de mejorar o modificar el enfoque y/o el tratamiento mismo.

3.2.2. Descripción de indicadores de calidad:

Esta sección muestra los resultados correspondientes al tercer objetivo del diagnóstico situacional, en el cual se pretende establecer en qué medida la oferta aplica criterios de calidad en diversas áreas: administrativa y organizacional, recursos humanos asistenciales, infraestructura, sistemas de evaluación y monitoreo de la gestión, tratamiento y asistencia.

Aspectos financieros y administrativos de los CAD

Tabla 29. Fuentes de recursos y financiación

Fuentes	1 Si		2 No		0 Missing	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Oficial / pública	143	41,6	201	58,4	0	0
Privada	86	25,0	258	75,0	0	0
Internacional	35	10,2	308	89,5	1	,3
Recursos propios (rendimientos financieros, alquileres, etc.)	70	20,3	273	79,4	1	,3

La tabla 29 muestra que cerca de la mitad de las instituciones percibe recursos públicos, si se retoma la distribución de la naturaleza jurídica de estas entidades, muchas de ellas son privadas; una cuarta parte de estas recibe recursos del sector privado, muchas se auto-sostienen con recursos propios y muy pocas reciben financiación internacional.

Tabla 30. Distribución de los CAD por tipo según fuentes de recursos y porcentaje de aportes

Oficial/pública	< 20%		20-50%		51-80%		≤ 100%		Total	
	Total	% de fila	Total	% de fila	Total	% de fila	Total	% de fila	Total	% de fila
1 IPS/ESE	2	6%	6	19%	11	35%	12	39%	31	100%
2 ONG	3	8%	5	13%	10	25%	22	55%	40	100%
3 Fundación Sin Animo de Lucro	2	4%	8	15%	16	30%	27	51%	53	100%
4 Otro	0	0%	1	6%	0	0%	16	94%	17	100%
Total	7	5%	20	14%	37	26%	77	55%	141	100%

Dada que la mayor cantidad de aportes se obtiene de fuentes oficiales o públicas se muestra la tabla 30 en la cual se discrimina la distribución de los porcentajes de aportes de este tipo según el tipo de institución. Los resultados sugieren que las entidades de otro tipo (sociedades limitadas, entidades académicas y empresas unipersonales) obtienen cerca del 100% de sus recursos de fuentes públicas, esto ocurre también en más de la mitad de las ONG y de las fundaciones sin ánimo de lucro. También resulta interesante que en más de la mitad de los casos, cuando las entidades reciben recursos públicos, estos sustentan financieramente a las entidades casi en su totalidad.

Tabla 31. Medios a través de los cuales percibe los ingresos

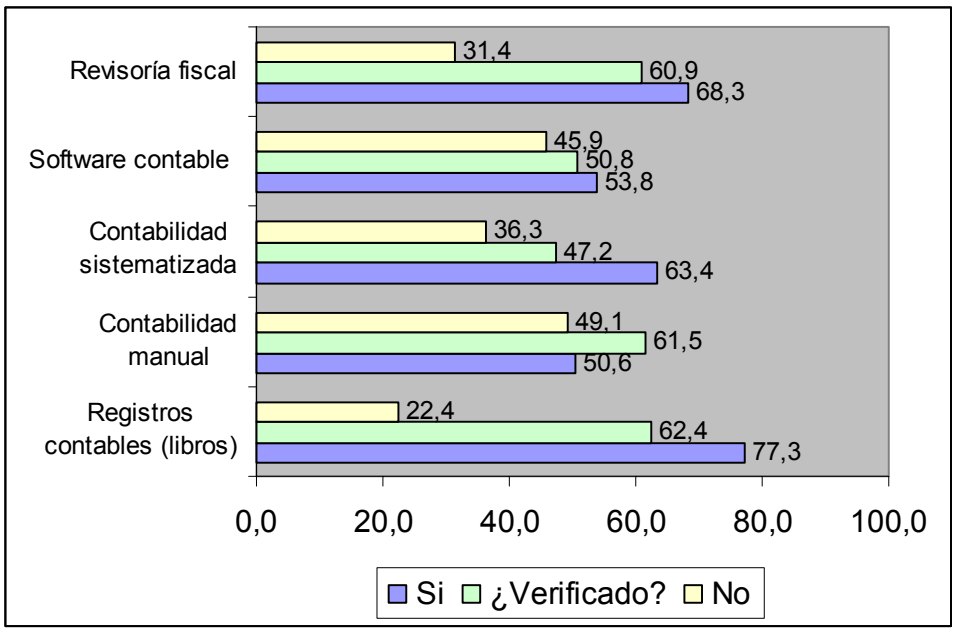
	1 Si		2 No		0 Missing	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Venta de servicios a particulares	215	62,5	128	37,2	1	,3
Venta de servicios a entidades públicas (contratación de cupos)	148	43,0	195	56,7	1	,3
Venta de servicios a entidades privadas (convenios)	70	20,3	270	78,5	4	1,2
Proyectos (capacitaciones, seminarios, etc)	106	30,8	234	68,0	4	1,2
Transferencias	17	4,9	321	93,3	6	1,7
Donaciones	187	54,4	155	45,1	2	,6
Otro ingreso	73	21,2	267	77,6	4	1,2

Cerca de dos terceras partes de las instituciones reciben recursos por la venta de servicios a particulares y cerca de la mitad vende sus servicios a entidades públicas a través de cupos o provisión de servicios contratados por gobernaciones, alcaldías u otras entidades públicas. La segunda fuente de recursos después de la venta de servicios a particulares, son las donaciones y otros ingresos que corresponden en su mayoría a actividades productivas paralelas a las actividades terapéuticas realizadas, por lo general, por los mismos usuarios de los servicios (ver tabla 32). Llama la atención que menos de una tercera parte de estas entidades percibe recursos del desarrollo de proyectos de diversa índole.

Tabla 32. Otras fuentes de ingreso

	Frecuencia	Porcentaje
Planes de prevención /talleres / charlas	3	4,1
Venta de libros /publicaciones	4	5,5
Actividad productiva de usuarios	15	20,5
Rifas / eventos comunitarios /bazares	7	9,6
Recursos de la alcaldía	2	2,7
Fábrica de productos	9	12,3
Diezmos	3	4,1
Venta de bolsas de basura / productos de aseo	7	9,6
Aporte de socios, alquileres	6	8,2
Venta de bonos	3	4,1
Venta de productos no perecederos	14	19,2
N Válidos	73	100,0

Figura 15. Distribución de CAD según herramientas contables y verificación



Nota: El porcentaje de verificación se calcula sobre el total de las entidades que dijeron contar con el aspecto indagado.

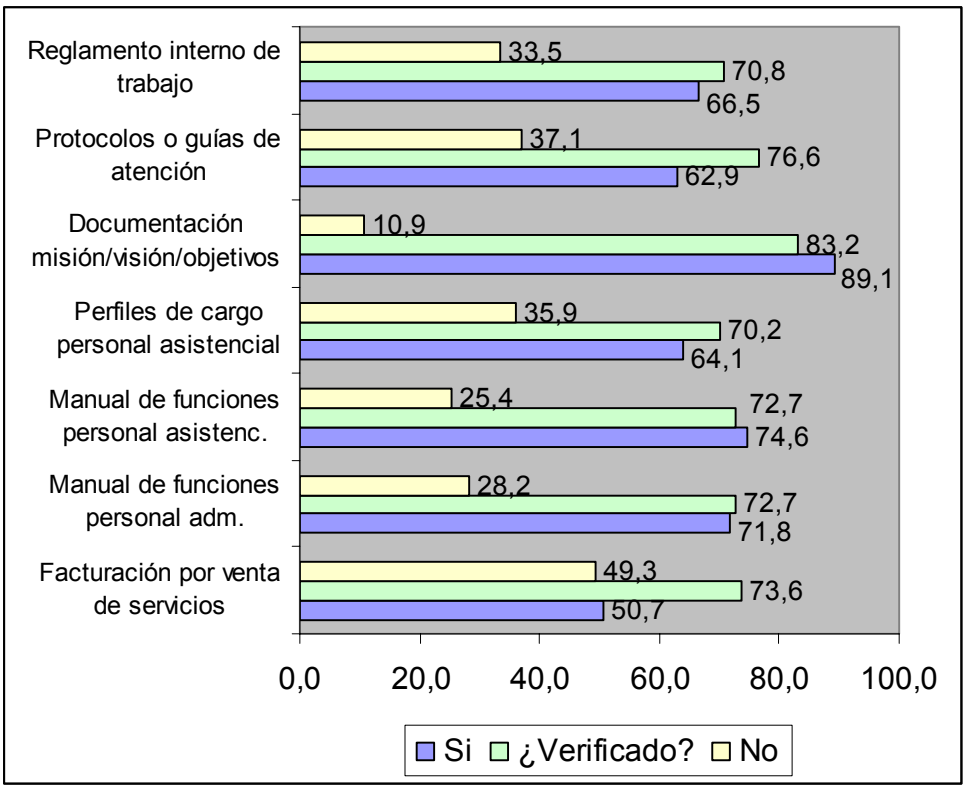
La mayor parte de las instituciones visitadas dijo contar con registros contables, pero en cerca del 40% de estos casos, la información no pudo ser verificada por los trabajadores de campo. Así mismo, la mayoría de los CAD cuentan con revisoría fiscal, aspecto verificado en un 61%, la mitad de las instituciones cuenta con contabilidad manual, mientras que un poco más de la mitad tiene al menos un programa contable.

Tabla 33. Distribución de los CAD por tipo según cuentan o no con herramientas contables

	1 IPS/ESE		2 ONG		3 Fundación Sin Animo de Lucro		4 Otro	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Registros contables (libros)	48	92%	55	82%	146	73%	17	68%
Contabilidad manual	19	37%	37	55%	107	54%	11	44%
Contabilidad sistematizada	47	90%	47	70%	109	55%	15	60%
Software contable (programa de sistema contable)	43	83%	38	57%	89	45%	15	60%
Revisoría fiscal	38	73%	51	76%	131	66%	15	60%

La situación de registros contables parece estar mejor en las entidades tipo ESE/IPS que en otro tipo de entidades, la contabilidad manual es más común en las entidades sin ánimo de lucro y en las ONG, la contabilidad sistematizada es utilizada en mayor medida en las entidades tipo ESE/IPS, al igual que parecen disponer más de software contable.

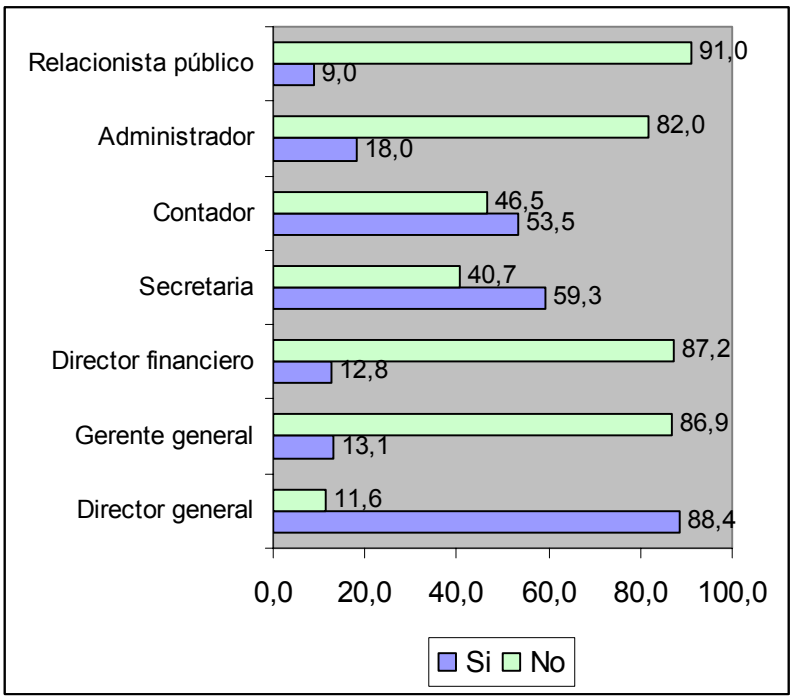
Figura 16.Distribución de los CAD según estatutos reglamentarios y verificación



Nota: El porcentaje de verificación se calcula sobre el total de las entidades que dijeron contar con el aspecto indagado.

La figura 16 muestra que cerca de la mitad de las entidades no cuenta con sistema de facturación para la venta de servicios, si se considera que el 62% (tabla 31) recibe recursos de la venta de servicios a particulares, se podría establecer que cerca del 13% de las entidades no cuenta en realidad con sistema de facturación, pues en las restantes, este aspecto no aplicaría. Alrededor de una cuarta parte de las instituciones no cuenta con manuales de funciones para su personal, y más de una tercera parte no cuenta con perfiles de cargo establecidos para el recurso humano asistencial. Una tercera parte tampoco cuenta con reglamento interno de trabajo, mientras que la gran mayoría sí tiene documentados los objetivos institucionales, su misión y su visión. La mayoría de las instituciones que dijeron contar con cada uno de los aspectos indagados, permitieron verificar su existencia.

Figura 17. Distribución de los CAD según disponibilidad de recurso humano administrativo



La figura 17 muestra que la mayoría de las entidades cuenta al menos con un director general, sin embargo, llama la atención que cerca del 12% no cuenta con alguien que dirija la institución. Más de la mitad cuenta con secretaria y con contador, no obstante gerentes, directores administrativos y financieros no son comunes en estas entidades. Si bien los datos no se muestran, en alrededor de una tercera parte de las instituciones que dijeron contar con este personal administrativo, no se encuentran vinculados laboralmente a la institución por cuanto sus servicios son voluntarios: director 34%, gerente 22%, director financiero 20%, secretaria 20%, contador 27%, administrador 14%.

Tabla 34. Otro recurso humano administrativo

	Frecuencia	Porcentaje
Asistente/auxiliar contable	55	27,1
Asistente de dirección	12	5,9
Revisor fiscal	46	22,7
Servicios generales	39	19,2
Abogado	12	5,9
Coordinador	19	9,4
Director científico	20	9,9
N válido	203	100,0

Tabla 35. Distribución de los CAD por tipo según cuentan con recurso humano administrativo

	1 IPS/ESE		2 ONG		3 Fundación Sin Animo de Lucro		4 Otro		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Director general	39	81%	55	92%	187	96%	23	96%	304	88,4%
Gerente general	21	44%	7	11%	16	8%	1	4%	45	13,1%
Director financiero	16	33%	7	12%	18	9%	3	13%	44	12,8%
Secretaria	39	80%	38	60%	112	58%	15	63%	204	59,3%
Contador	41	85%	30	50%	109	56%	4	17%	184	53,5%
Administrador	19	39%	10	17%	30	16%	3	13%	62	18%
Relacionista público o mercaderista	7	15%	4	7%	18	9%	2	8%	31	9%

Tal como se observa en la tabla 35 las entidades tipo ESE/IPS fueron las que mencionaron en menor proporción la existencia de directores generales y las que en mayor medida cuentan con gerentes generales, administradores, directores financieros y contadores.

Tal como lo define la resolución 1439 de 2002 los estándares de suficiencia patrimonial son las condiciones que definen la estabilidad financiera de las entidades, así como su competitividad, liquidez y cumplimiento de las obligaciones en el corto plazo. Esta se refieren a una serie de indicadores: 1) indicador de patrimonio, que el patrimonio neto se encuentre por encima del 50% del capital social, capital fiscal o aportes sociales, 2)indicador de obligaciones mercantiles, en caso de incumplimiento de estas obligaciones por un período mayor a 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente, 3) indicador de obligaciones laborales, en caso de incumplimiento de estas obligaciones por un período mayor a 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Otros indicadores definidos fueron: 4) liquidez definido como el resultado de dividir el total activo corriente sobre el total pasivo corriente siendo este mayor o igual a 2 y 5) el indicador de solvencia como el resultado de dividir el total activo sobre el total pasivo siendo este mayor o igual a 2.

Los resultados que se observan en la tabla 36 muestran que más de la mitad de las entidades no aportaron todos los datos que permitieran calcular el primer indicador de patrimonio, de aquellas que sí aportaron los datos, se observa que en un porcentaje marginal este estándar no se cumple en las entidades privadas. Con respecto al segundo y tercer indicador se encuentra que la inmensa mayoría no proveyó datos que permitieran calcular el cumplimiento de estos estándares. Esto mismo ocurrió con los indicadores restantes.

La naturaleza y calidad de la información recolectada en el área financiera no es adecuada para sacar conclusiones representativas al respecto. De hecho un total de 167 instituciones que corresponden al 48,5% del total, no proveyeron los balances generales ni las declaraciones de renta de los cuales podrían haberse extractado las cifras para el cálculo de estos indicadores. De la misma forma un total de 162 instituciones (47%) no dieron los datos de presupuesto para el año 2004: en el 18% no lo dieron, en el 28% no existe porque sencillamente no hacen ejercicio contable y en el 53% porque no lo tenían disponible al momento de la visita en la mayoría de los casos porque los contadores no lo tenían listo o porque la información estaba centralizada en alguna otra entidad, o porque el ejercicio no

existía discriminado para el programa en particular. Esto impidió también sacar los indicadores presupuestales.

Tabla 36. Distribución de los CAD por naturaleza jurídica según cumplen o no con los estándares de suficiencia patrimonial

		Naturaleza jurídica de la institución							
		1 Pública		2 Privada		3 Mixta		Total	
		Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
E02_In1 Cumple con la regla de decisión para el indicador 1?	N/datos	28	60,9%	171	60,4%	10	71,4%	209	60,9%
	No	0	0,0%	7	2,5%	0	0,0%	7	2,0%
	Si	18	39,1%	105	37,1%	4	28,6%	127	37,0%
	Total	46	100,0%	283	100,0%	14	100,0%	343	100,0%
E02_In2 Cumple con la regla de decisión para el indicador 2?	N/datos	40	87,0%	258	91,2%	13	92,9%	311	90,7%
	No	4	8,7%	12	4,2%	0	0,0%	16	4,7%
	Si	2	4,3%	13	4,6%	1	7,1%	16	4,7%
	Total	46	100,0%	283	100,0%	14	100,0%	343	100,0%
E02_In3 Cumple con la regla de decisión para el indicador 3?	N/datos	40	87,0%	273	96,5%	14	100,0%	327	95,3%
	No	1	2,2%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,3%
	Si	5	10,9%	10	3,5%	0	0,0%	15	4,4%
	Total	46	100,0%	283	100,0%	14	100,0%	343	1

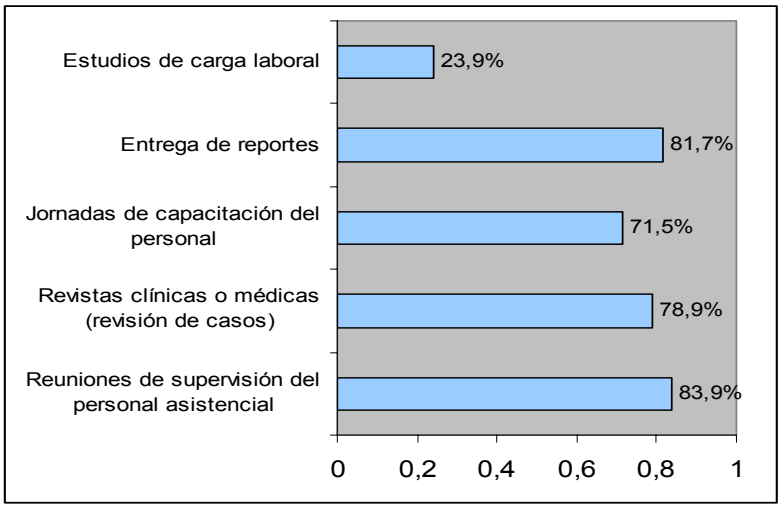
Aspectos organizacionales de los CAD, sistemas de evaluación de la gestión y sistemas de información

Tabla 37. Distribución de los CAD según llevan a cabo los siguientes procedimientos

	N validos	Si		No	
		FREC.	%	FREC.	%
Estudios de carga de trabajo o carga laboral	340	83	24%	257	76%
Programa de salud ocupacional	340	152	45%	188	55%
Reportes de actividades del personal (mínimo c/6 meses)	339	234	69%	105	31%
Programas de mejoramiento de calidad	338	187	55%	151	45%
Programas de capacitación, entrenamiento y actualización del personal asistencial y terapéutico	340	249	73%	91	27%
Sistemas de auditoria interna	340	197	58%	143	42%
Sistemas de auditoria externa	339	149	44%	190	56%
Sistemas de supervisión de personal	340	212	62%	228	38%
Estudios de clima organizacional	340	127	37%	213	63%
Sistemas de evaluación del desempeño	340	192	56%	148	44%
Estudios o programas de evaluación de impacto o resultados de la labor asistencial	339	150	44%	189	56%
Formatos de registro de actividades terapéuticas	339	264	78%	75	22%
Sistematización periódica de formatos de registro de actividades terapéuticas	340	163	48%	177	52%

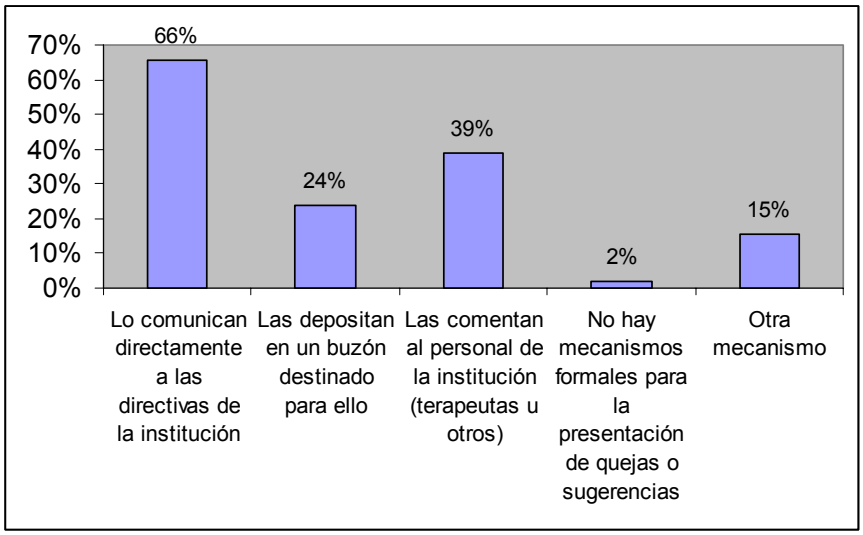
El procedimiento que menos se lleva a cabo en estas entidades son los estudios de carga laboral, seguido por los estudios de clima organizacional y los sistemas de auditoria externa. Los procedimientos más comunes son la elaboración de reportes de gestión por parte del personal, los programas de capacitación para el personal y los sistemas de supervisión. En el área asistencial si bien se observa que la mayoría de las instituciones manejan formatos de registro de las actividades, menos de la mitad sistematizan regularmente estos registros. También llama la atención que menos de la mitad de las entidades implementan sistemas de evaluación del impacto de su gestión asistencial, mientras que un poco más de la mitad ha implementado sistemas de mejoramiento de la calidad.

Figura 18. Distribución de los CAD según realizan las siguientes actividades (MET)



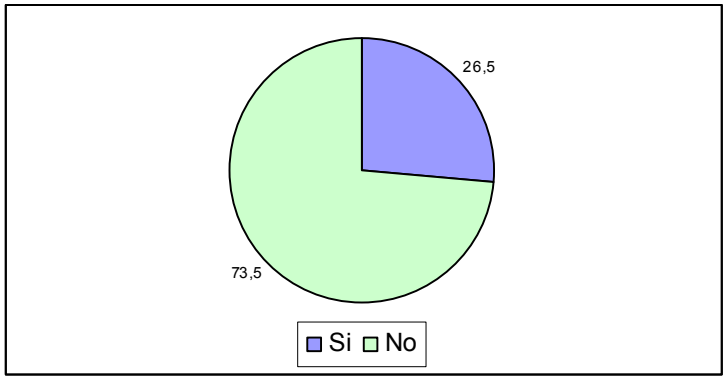
La figura 18 muestra los reportes dados por los miembros del equipo terapéutico acerca de su participación en algunas de las actividades descritas durante los seis meses previos a la entrevista. Como se observa la mayoría de los entrevistados han participado de reuniones de supervisión, o en revistas clínicas, o han entregado reportes de su gestión. En menor proporción han participado de actividades de capacitación y en muy baja proporción han sido partícipes de estudios de carga laboral, tal como lo señalaban los mismos directores de las instituciones (tabla 37).

Figura 19. Reporte de mecanismos de formulación de quejas y sugerencias



Como se observa en la figura 19 son muy pocas las entidades que no tienen un mecanismo formal para la formulación de quejas y sugerencias, en la mayoría el sistema es la formulación directa a los directores de las instituciones, seguido del reporte al personal institucional, el uso de buzones solo se aplica en cerca de una cuarta parte de las instituciones.

Figura 20. Distribución de los CAD según usan o no el VESPA



El sistema de vigilancia epidemiológica del uso indebido de sustancias psicoactivas VESPA, ofrece una serie de herramientas no sólo para la evaluación de aspectos fundamentales del consumo sino para la vigilancia, registro y reporte del perfil de los consumidores a las secretarías de salud y otras instancias. Como se puede observar en la figura 20, apenas un poco más de una cuarta parte de las instituciones hacen uso de este sistema.

Tabla 38. Entidades a las cuales se reporta el perfil de usuarios atendidos

	Frecuencia	Porcentaje
1 La Dirección Nacional de Estupefacientes	8	2,3
2 La Secretaría de Salud	67	19,6
3 No se reporta a ninguna entidad	199	58,2
4 Se reporta a otra instancia	68	19,9
Total	342	100,0

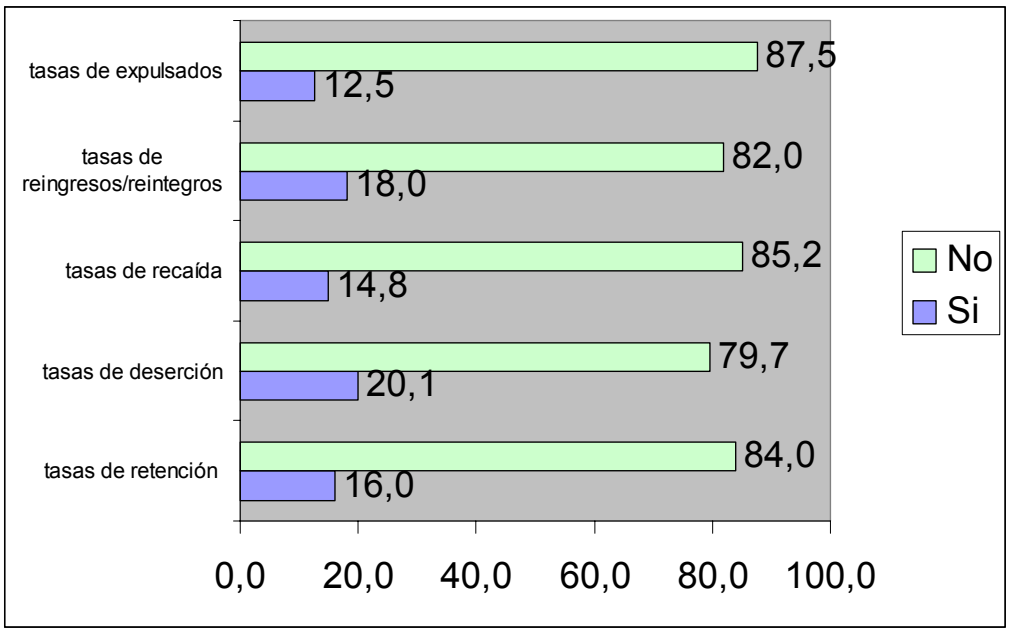
Como se observa en la tabla 38, más de la mitad de las instituciones no reporta a ninguna entidad el perfil de los usuarios que atiende, cerca del 20% (respectivamente) lo reporta a las secretarías de salud o a otras instancias tales como: ICBF, hospitales, alcaldías, instancias judiciales, EPS, Fondo Nacional de Estupefacientes e INPEC.

Tabla 39. Distribución de los CAD según cuentan con formatos de registro de información y sistematización

	Si	No
Formato de evaluación inicial	87,3	12,7
Formato de historia clínica	77,5	22,5
¿Se sistematizan?	30	70

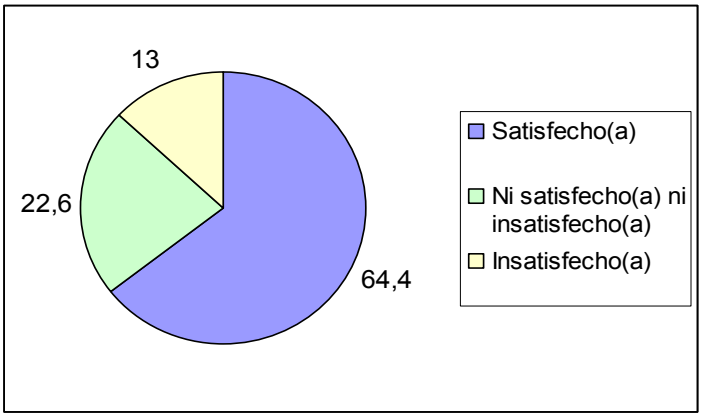
Si bien la mayoría de las instituciones ha desarrollado un formato para la evaluación inicial y para el registro de evolución clínica de los usuarios, apenas un 30% de ellas los ingresan a una base de datos para su sistematización.

Figura 21. Distribución de los CAD según manejo de diversos registros



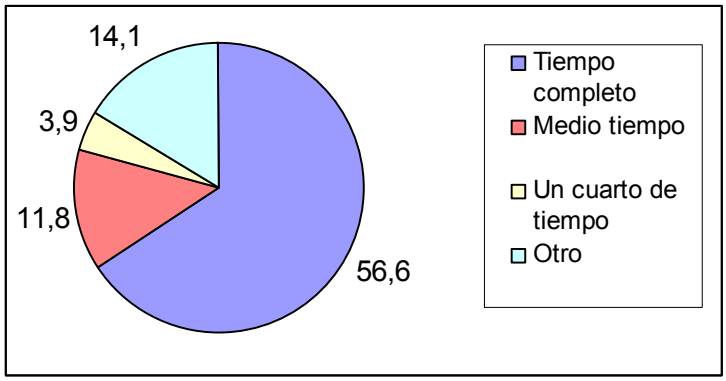
La figura 21 muestra que el manejo de registros para el cálculo de tasas o índices de retención, deserción, recaída, reingresos y expulsiones se hace en muy pocas instituciones.

Figura 22. Distribución de los MET según su grado de satisfacción con la remuneración



Como se puede observar en la figura 22, cerca de dos terceras parte de los miembros del equipo terapéutico que respondieron la entrevista (N=355) reportaron encontrarse satisfechos con la remuneración que reciben por su trabajo en la institución. Vale la pena aclarar que 68 de ellos, correspondientes al 19%, no reciben ninguna remuneración dado que su vinculación es voluntaria.

Figura 23. Distribución de los MET según tiempo de dedicación a la institución



La mayor parte de quienes respondieron la guía No. 2 dedican tiempo completo a su trabajo en la institución, el resto se distribuye entre quienes dedican al trabajo medio tiempo u otras dedicaciones entre ellas: 48 horas/semanas, 60-70 horas/semana, 6 horas diarias, 52-54 horas/semana y 2-3 horas/semana.

De acuerdo con los resultados que se muestran en la figura 24, más de la mitad de los miembros del equipo terapéutico recibe entre 1 y 2 salarios mínimos mensuales, cerca de una tercera parte recibe entre 3 y 4 y en el 16% de los casos la remuneración es mayor a 4 salarios mínimos. En este aspecto vale aclarar que la remuneración se indagó independientemente del tiempo de dedicación, por esto los datos se registran en términos de rango salarial.

Figura 24. Distribución de los MET según rango salarial

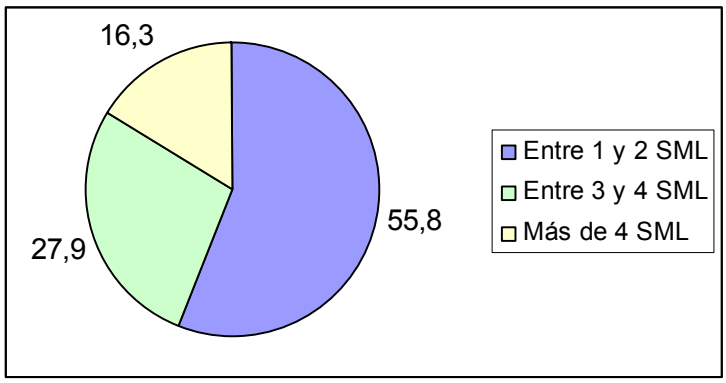
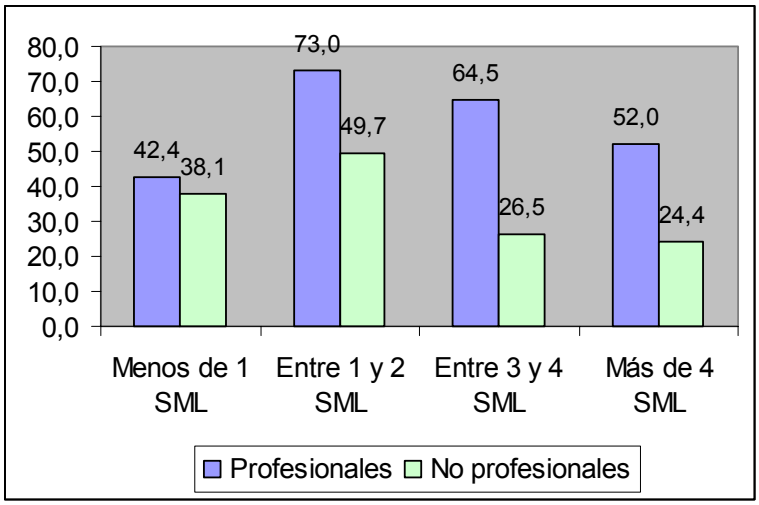


Figura 25. Distribución de los CAD según rangos salariales profesionales vs no profesionales (área asistencial)



La información suministrada por los directores de las instituciones, confirma que la mayoría de los profesionales vinculados a estas entidades se encuentran recibiendo remuneraciones entre 1 y 2 salarios mínimos legales, sin embargo, llama la atención que cerca de la mitad cuenta con profesionales vinculados por menos de un salario mínimo legal siendo incluso mayor esta proporción a la de no profesionales.

Tabla 40. Distribución de los CAD según beneficios laborales

	Profesionales (n=252)		No profesionales (n=182)	
	Si	No	Si	No
Caja de compensación familiar	62,7	37,0	48,9	51,1
EPS (Plan Obligatorio de Salud)	90,1	9,5	62,1	39
ARP	79,4	20,6	0	0
Fondo de pensiones	81,3	18,7	61,5	39,6
Fondo de cesantías	67,1	32,9	52,7	48,4
Otro beneficio	7,9	88,9	6,04	95,1

Nota: los porcentajes se calculan sobre los N válidos y descritos

Como se observa en la tabla 40 en más de una tercera parte de los casos, los profesionales vinculados a las instituciones no cuentan con el beneficio de afiliación a una caja de compensación familiar, en una tercera parte no cuentan con fondo de cesantías. Los beneficios parecen menores para el caso de los no profesionales que cumplen alguna función en el área asistencial, pues estos porcentajes se acercan a la mitad. Otros beneficios adicionales a los establecidos por ley no son comunes, aunque algunas instituciones los ofrecen a sus trabajadores, entre ellos: bonificaciones por desempeño, bonificaciones anuales, bono por ser profesional, auxilio de trasporte, capacitaciones, seguros funerarios y seguros de vida.

Si bien los datos no se muestran, los resultados del tipo de vinculación de los miembros del equipo terapéutico muestran que apenas el 40.8% cuenta con un contrato laboral, mientras que la tercera parte (33%) cuenta con contrato de prestación de servicios y el 26% restante tiene otro tipo de vinculación: voluntario, socio, bonificación o ser residente de la misma entidad.

Tabla 41. Distribución de los CAD por modelo según requisitos de vinculación del personal asistencial

	CT		12 Pasos		Teoterapia		Psiquiátrico		Clínico - psicológico		Otro		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Título profesional	47	44%	11	55%	11	15%	26	72%	35	69%	25	42%	155	45%
Título profesional en área específica (salud mental, reeducación, etc.)	22	21%	4	20%	2	3%	20	56%	13	25%	13	22%	74	22%
Estudios de pos-grado en área específica (adicciones, salud mental)	6	6%	2	10%	0	0%	7	19%	3	6%	3	5%	21	6%
Experiencia específica en adicciones	56	53%	8	40%	12	17%	11	31%	25	49%	14	24%	126	37%
Haber terminado su proceso de rehabilitación exitosamente	35	33%	11	55%	28	39%	3	8%	3	6%	4	7%	84	24%
Tener voluntad de trabajo y servicio	47	44%	8	40%	63	88%	11	31%	17	33%	31	53%	177	51%
Otro	42	40%	7	35%	15	21%	9	25%	14	27%	24	41%	111	32%

La tabla 41 muestra que más que una formación específica en el área de adicciones, para las instituciones es más importante tener voluntad de servicio y tener alguna formación profesional. El análisis según los modelos de tratamiento muestra que para las comunidades terapéuticas es más importante haber tenido experiencia específica de trabajo en el área, para los programas de 12 pasos es tan importante tener título profesional como haber terminado el proceso de rehabilitación exitosamente, para las entidades de teoterapia resulta esencial tener voluntad de servicio, para el modelo psiquiátrico es más relevante la formación profesional y específica en el área, así como para el modelo clínico-psicológico para el cual es también importante la experiencia específica en el área.

Según se observa en la tabla 42 los perfiles de los directores son muy variables y no muestran un patrón específico, en mayor proporción se encuentra que no tienen ninguna

formación profesional, seguidos de quienes tienen formación en psicología, de quienes son pastores o misioneros y de los sacerdotes. Otra importante proporción cuenta con diversas formaciones.

Tabla 42. Profesión del director del CAD

	Frecuencia	Porcentaje
Sacerdote con formación específica	29	8,4
Psicólogo(a)	39	11,3
Terapeuta/ operador de CT	7	2,0
Contador	5	1,5
Licenciado(a) en pedagogía reeducativa	22	6,4
Médico psiquiatra	23	6,7
Médico general	17	4,9
Comunicador social	5	1,5
Trabajador social	14	4,1
Publicista	2	0,6
Licenciado en pedagogía/psicopedagogía	11	3,2
No tiene ninguna profesión	54	15,7
Pastor /misionero	31	9,0
Administrador de empresas	12	3,5
Abogado	12	3,5
Sin ninguna educación formal	9	2,6
Otra	52	15,1
Total	344	100,0

Tabla 43. Ultimo nivel educativo alcanzado por los MET según tipo de CAD

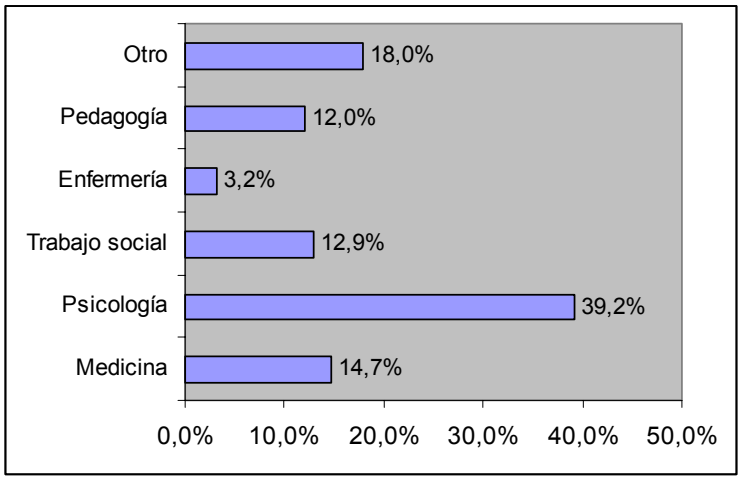
Ultimo grado alcanzado	Estado	1 IPS/ESE		2 ONG		3 Fundación Sin Animo de Lucro		4 Otro		Total	
		Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Primaria	Completa	0	0,0%	1	50,0%	6	85,7%	1	100,0%	8	80,0%
	Incompleta	0	0,0%	1	50,0%	1	14,3%	0	0,0%	2	20,0%
	N validos	0		2		7		1		10	
Secundaria	Completa	1	100,0%	4	80,0%	17	50,0%	2	66,7%	24	55,8%
	Incompleta	0	0,0%	1	20,0%	17	50,0%	1	33,3%	19	44,2%
	N validos	1		5		34		3		43	
Técnica	Completa	1	100,0%	3	50,0%	12	80,0%	0	0,0%	16	72,7%
	Incompleta	0	0,0%	3	50,0%	3	20,0%	0	0,0%	6	27,3%
	N validos	1		6		15		0		22	
Universitaria	Completa	13	86,7%	31	93,9%	58	79,5%	8	80,0%	110	84,0%
	Incompleta	2	13,3%	2	6,1%	15	20,5%	2	20,0%	21	16,0%
	N validos	15		33		73		10		131	
Especialización	Completa	26	100,0%	9	90,0%	24	82,8%	9	90,0%	68	90,7%
	Incompleta	0	0,0%	1	10,0%	5	17,2%	1	10,0%	7	9,3%
	N validos	26		10		29		10		75	

Continuación Tabla 43…

Ultimo grado alcanzado	Estado	1 IPS/ESE		2 ONG		3 Fundación Sin Animo de Lucro		4 Otro		Total	
		Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Maestría o magister	Completa	4	80,0%	2	100,0%	3	100,0%	0	0,0%	9	90,0%
	Incompleta	1	20,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	10,0%
	N validos	5		2		3		0		10	
Doctorado	Completa	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	1	50,0%
	Incompleta	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	1	50,0%
	N validos	0		0		2		0		2	
N validos	Completa	45	93,8%	50	86,2%	121	74,2%	20	83,3%	236	80,5%
	Incompleta	3	6,3%	8	13,8%	42	25,8%	4	16,7%	57	19,5%
	N validos	48		58		163		24		293	

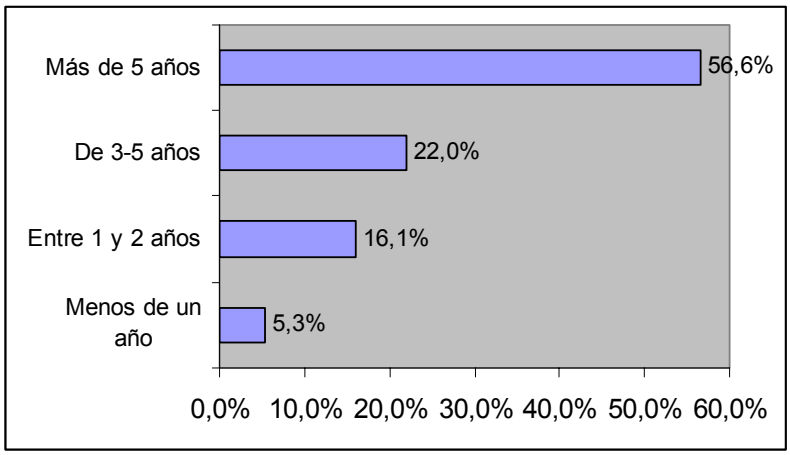
Tal como se puede observar en la tabla 43 la mayoría de los miembros del equipo terapéutico que respondieron la entrevista (n=110) cuentan con formación profesional completa, seguidos de quienes cuentan con algún tipo de especialización (n=68), sin embargo, llama la atención de 48 de ellos llegaron sólo al nivel de formación secundaria y muy pocos superaron el nivel de maestría o doctorado. El personal con menor nivel de formación se distribuye más en las fundaciones sin ánimo de lucro, sin embargo, en estas mismas entidades se encuentra también la mayor proporción de personal profesional, así como también en las ONG. Los niveles superiores de formación se concentran más en las entidades tipo ESE/IPS y en las fundaciones sin ánimo de lucro.

Figura 26. Distribución de los MET según disciplina en la que obtuvo título profesional



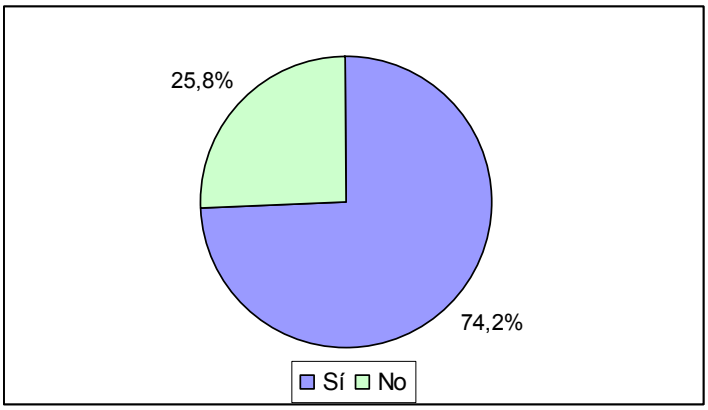
La figura 26 muestra que de los 217 miembros del equipo terapéutico que contaban con algún tipo de formación profesional o superior, más de una tercera parte tenía formación en psicología, seguidos de quienes tenían otro tipo de formación y quienes tenían formación en medicina. Se observa también que la formación en trabajo social y pedagogía fueron más comúnmente reportadas que la formación en enfermería.

Figura 27. Distribución de los MET según tiempo de trabajo en el área de adicciones



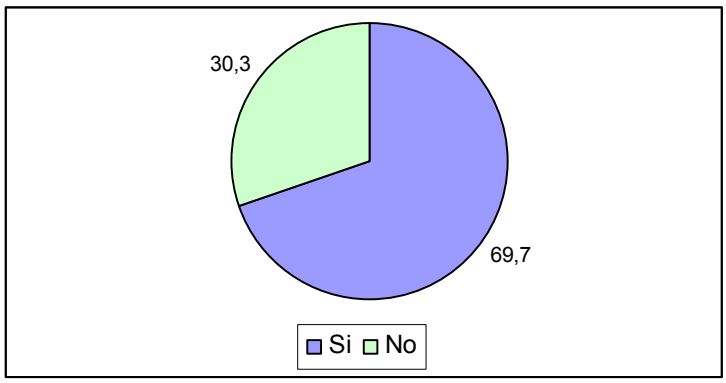
La figura 27 muestra que más de la mitad de los miembros del equipo terapéutico cuyas respuestas fueron consideradas en el análisis (n=307, los n restantes corresponden a fuente duplicada de la guía No. 1 tal como se describió en la sección de metodología) superaban los cinco años de experiencia en el área de adicciones, sin embargo llama la atención que más del 20% contaba con experiencias menores a dos años, en lo que vale la pena considerar que cerca del 60% (no se muestran los datos) de ellos(as) cumplía la función de coordinación del área asistencial.

Figura 28. Distribución de los MET según formación específica en el área de adicciones



Como se observa en la figura 28 una cuarta parte de quienes respondieron la guía No. 2 no había recibido formación específica en el área de adicciones, lo cual contrasta llamativamente con el 37% de las entidades que mencionaron este aspecto, como requisito de ingreso al área asistencial (tabla 41).

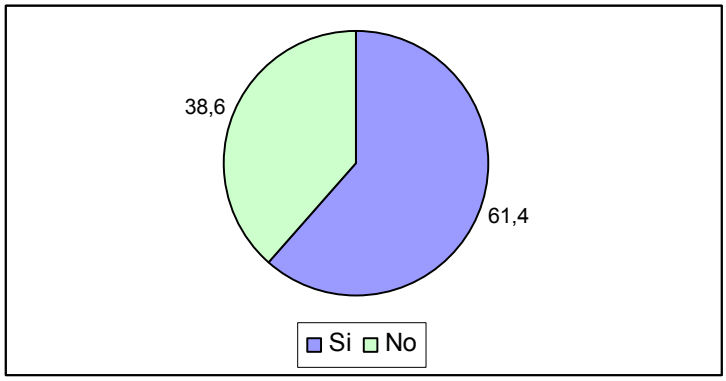
Figura 29. Distribución de los MET según inducción recibida al ingreso



Tal como se muestra en la figura 29 una importante proporción de los miembros del equipo terapéutico no recibió ningún tipo de inducción cuando ingresó a la institución. Al respecto vale la pena aclarar que el cálculo se realizó sobre el n válido para este caso (307) pues en lo casos restantes se trataba de fuente duplicada con la guía No. 1, y muchos de los directores son los mismos fundadores de las instituciones, por lo cual el ítem no aplica.

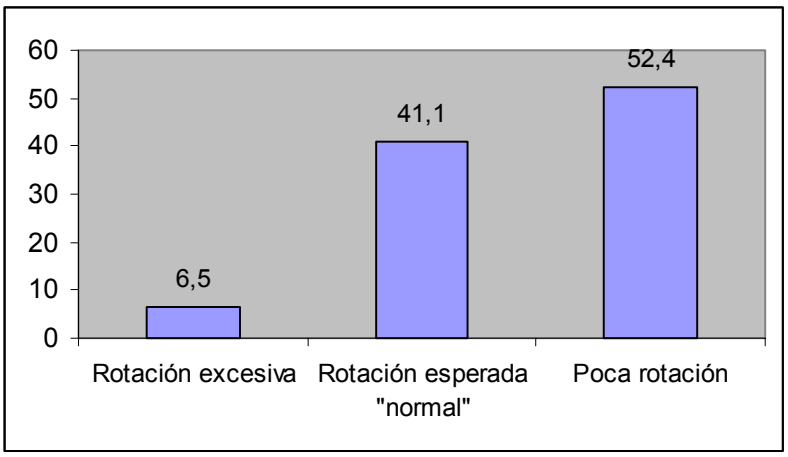
La inducción inicial es más común en las entidades tipo ONG (86%), en la entidades de otro tipo (75%) y en las entidades tipo ESE/IPS (69%), mientras que en las entidades sin ánimo de lucro este aspecto de menciona en el 64% de los casos. Así mismo, es más común en las entidades que aplican modelo de comunidad terapéutica (75%), seguidas de las de modelo psiquiátrico (74%) y clínic-psicológico (71%), en las de modelo de teoterapia este aspecto se menciona en el 60% de los casos.

Figura 30. Distribución de los MET según capacitación o entrenamiento desde el ingreso



La figura 30 muestra que más de la mitad de los miembros del equipo terapéutico había recibido algún tipo de capacitación o entrenamiento por parte de la institución desde su ingreso (diferente a la inducción). En este aspecto se encuentra en el análisis por modelo que la capacitación continuada es más común en las entidades con modelo primario clínico. Psicológico (75%) y en las comunidades terapéuticas (72%), se ofrece en un poco más de la mitad de los modelos restantes y en el 40% de las entidades de modelo teoterapéutico.

Figura 31. Distribución de los MET según percepción de rotación del personal asistencial



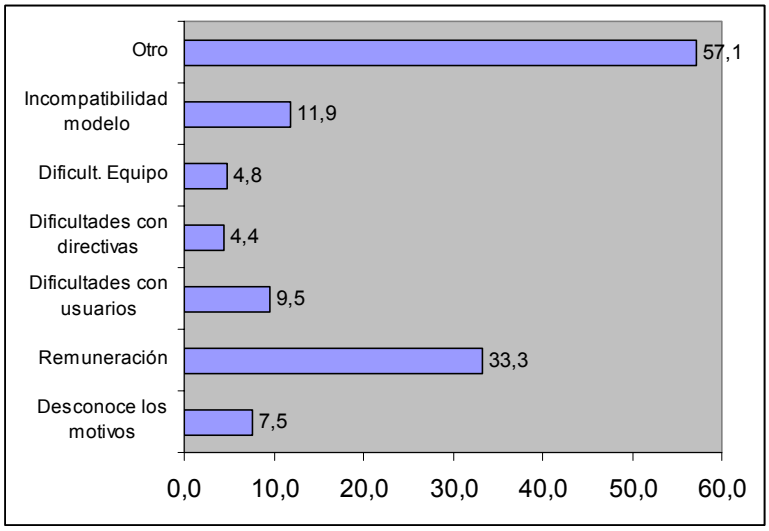
Tal como se observa en la figura 31, los miembros del equipo terapéutico consideran en general que la rotación del personal asistencial es baja o esperada (n=355).

Tabla 44. Percepción de rotación por parte de los MET según modelo de tratamiento

	CT		12 Pasos		Teoterapia		Psiquiátrico		Clínico - psicológico		Otro		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Tiene una rotación excesiva	9	8,5	1	5,0	4	5,6	1	2,9	3	5,8	3	5,1	21	6,1
Tiene una rotación esperada o "normal"	44	41,5	6	30,0	26	36,6	20	57,1	22	42,3	24	40,7	142	41,4
Tiene poca rotación	53	50,0	13	65,0	41	57,7	14	40,0	27	51,9	32	54,2	180	52,5
N válidos	**106**		**20**		**71**		**35**		**52**		**59**		**343**	

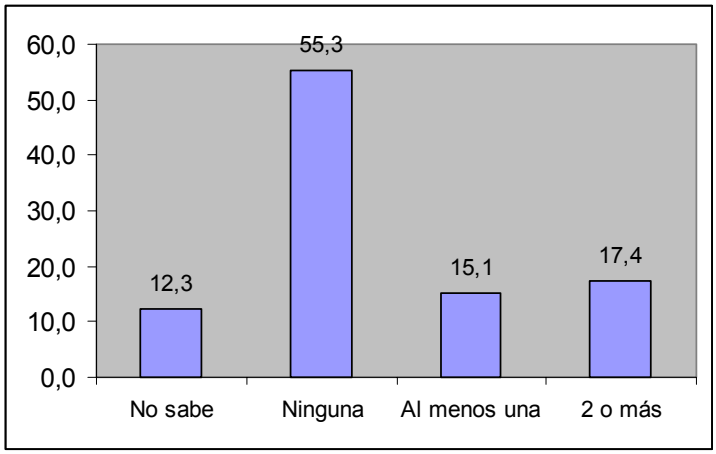
El análisis en cruce con modelo de tratamiento (n=343, 1 valor perdido) muestra que se percibe más rotación en las comunidades terapéuticas y menor rotación en los programas de 12 pasos, seguidos del modelo de teoterapia.

Figura 32. Razones de retiro de personal asistencial



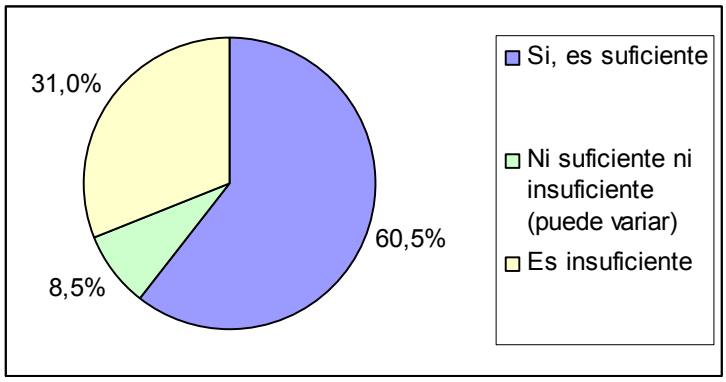
La figura 32 muestra los resultados sobre un n=252 que corresponde al número de miembros del equipo terapéutico que señalaron el retiro de al menos una persona en el equipo terapéutico, desde su ingreso a la institución. Una tercera parte de ellos menciona que las razones de retiro respondieron a asuntos de remuneración económica y el 12% por incompatibilidad con la filosofía o enfoque institucional. Más de la mitad mencionó otros motivos entre ellos: fatiga y desgaste, baja tolerancia a la frustración, bajo rendimiento, otra oportunidad laboral, traslado de lugar de vivienda, dificultades personales, traslado a otra institución de la misma organización, lejanía de la institución, negligencia o mal manejo ético y reestructuración administrativa.

Figura 33. Reporte de salida de personal asistencial desde el ingreso (usuarios)



De acuerdo con más de la mitad de los usuarios en tratamiento (N=1116) durante su tiempo de estancia en tratamiento no ha salido ninguna persona del equipo terapéutico o asistencial, y en cerca de una tercera parte de los casos se registra la salida de al menos una persona.

Figura 34. Distribución de los MET según percepción de suficiencia de tiempo para el desarrollo de las actividades



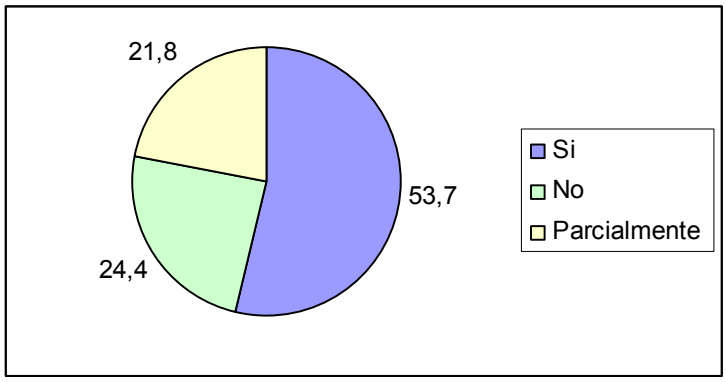
En cerca de una tercera parte de los casos, los miembros del equipo terapéutico (n=307) consideran que el tiempo del que disponen es insuficiente para el desarrollo adecuado de todas las funciones que tienen a cargo, sin embargo, más de la mitad muestra satisfacción con este aspecto. El análisis de este aspecto en cruce por modelo no arrojó mayores diferencias, sin embargo, la percepción de insuficiencia parece concentrarse un poco más en las entidades que manejan el modelo de teoterapia.

Tabla 45. Razones por las que el tiempo no resulta suficiente (MET)

	Frecuencia	Porcentaje
Tengo demasiadas responsabilidades a cargo	74	60,7
Las actividades no se planifican con tiempo	5	4,1
Hay muy poco personal disponible	28	23
Otra razón	31	25,4

Tal como se observa en la tabla 45 la principal razón por la que el tiempo no es suficiente para el desarrollo de las actividades es la sobre carga de responsabilidades, así como la percepción de que el recurso humano disponible es insuficiente. Otras razones mencionadas fueron: la insuficiencia de tiempo en función de la demanda de servicios, el hecho de que la población demanda mucho tiempo de atención, la existencia de otro trabajo o las demandas de instituciones con las cuales se contrata, que exigen el cumplimiento de cronogramas.

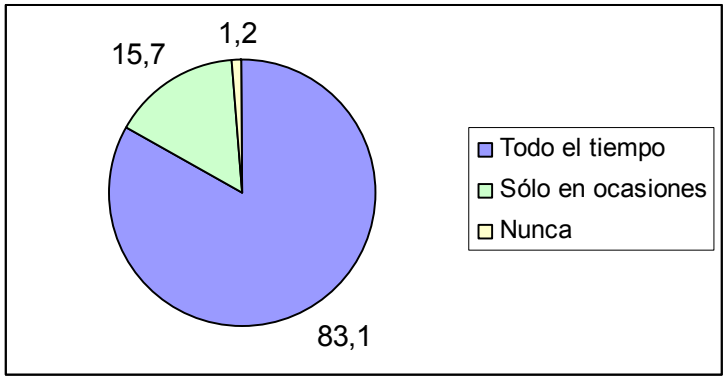
Figura 35. Distribución de los MET según percepción de suficiencia de recursos para llevar a cabo las funciones



Como muestra la figura 35 más de la mitad de los miembros del equipo terapéutico (n=307) considera que él/ella y el resto del equipo asistencial sí cuentan con todos los recursos necesarios para llevar a cabo sus funciones, no obstante, cerca de una cuarta parte opina que los recursos son insuficientes y en el 22% de los casos los recursos con los que cuentan ayudan parcialmente en la gestión.

El análisis por modelo arroja que es en las entidades de teoterapia en las que se percibe en mayor medida la insuficiencia de los recursos (40%), seguidas de las entidades de 12 pasos (25%), de las comunidades terapéuticas (22%), de las de modelo clínico-psicológico (20%), y por último se encuentran las entidades con énfasis psiquiátrico (16%).

Figura 36. Distribución de los MET según percepción de participación en la toma de decisiones al interior del CAD



La gran mayoría de los miembros del equipo terapéutico considera que tiene voz y voto en las decisiones que se toman en su institución, en el 16% de los casos dicha participación es parcial, pero existe.

Tabla 46. ¿A su juicio cuáles son los aspectos más positivos de la institución?

	Frecuencia	Porcentaje
El recurso humano	92	17,3
El servicio	75	14,1
Compromiso, respeto, lealtad, honestidad	59	11,1
Trabajo en equipo, equipo interdisciplinario	57	10,7
Los programas, las terapias, los tratamientos	52	9,8
El enfoque, la filosofía	49	9,2
Recursos, materiales, físicos e infraestructura	31	5,8
El ambiente	26	4,9
Aspectos religiosos, espirituales	23	4,3
La responsabilidad	9	1,7
La disciplina	8	1,5
Otros	50	9,4
Total	531	100,0

Como se observa en la tabla 46 para muchos de los miembros del equipo terapéutico (n=307) lo más positivo de su institución es el recurso humano con el que cuenta, a este le sigue quienes consideran que lo mejor es el servicio que se ofrece a los usuarios, así mismo están quienes opinan de forma positiva sobre los valores que se manejan al interior de la institución y la interdisciplinariedad del trabajo.

Aspectos de calidad en el tratamiento y los servicios

PERFIL DEL PERSONAL A CARGO DEL AREA ASISTENCIAL

Tabla 47. Distribución de los CAD según disponibilidad de recurso humano profesional en el área asistencial

	Si		No		¿Voluntario?*		¿Practicante?*	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Medicina general	162	47,1	182	52,9	36	22,2%	8	4,9
Psiquiatría	105	30,5	239	69,5	20	19,0%	4	3,8
Otra medicina especializada	37	10,8	307	89,2	10	27,0%	2	5,4
Jefe de enfermería	63	18,3	281	81,7	7	11,1%	3	4,8
Auxiliar de enfermería	89	25,9	255	74,1	9	10,1%	4	4,5
Psicología	275	79,9	69	20,1	54	19,6%	48	17,5
Trabajo social	177	51,5	167	48,5	18	10,2%	17	9,6
Terapia ocupacional	112	32,6	232	67,4	14	12,5%	11	9,8
Nutrición y dietética	117	34,0	227	66	10	8,5%	2	1,7
Pedagogía general	63	18,3	281	81,7	12	19,0%	1	1,6
Pedagogía reeducativa	112	32,6	232	67,4	18	16,1%	5	4,5
Sacerdote	92	26,7	252	73,3	64	69,6%	0	0,0
Otro	202	58,7	142	41,3	72	35,6%	0	0,0

*Nota: estos porcentajes se calculan sobre el denominador de los que dijeron contar con ese recurso humano en particular, detallado en la primera columna.

Como se observa en la tabla 47, cerca del 80% de las entidades cuenta al menos con un psicólogo en el área asistencial, en segundo lugar se encuentra el registro de disponibilidad de otro personal profesional, seguido de trabajo social y medicina general. Personal de psiquiatría se encuentra disponible solo en el 30% de las instituciones, aunque en cerca de la mitad se dispone de personal de enfermería (jefes + auxiliares). Personal de terapia ocupacional se registra en apenas la tercera parte de los CAD, al igual que el de pedagogía reeducativa, siendo un poco mayor el porcentaje de disponibilidad de personal de nutrición y dietética. Es mayor la disponibilidad de sacerdotes que de otros médicos especializados.

Se muestra también que la mayor proporción de practicantes se ubica en el personal de psicología registrado, seguido de practicantes de terapia ocupacional y de trabajo social. El personal que mayor registros muestra en la modalidad de vinculación "voluntario" son los sacerdotes, los médicos generales, los psiquiatras y los psicólogos.

La categoría "otro" arrojó los siguientes resultados:

Tabla 48. Otro recurso humano profesional en el área asistencial

	Frecuencia	Porcentaje
Licenciado en educación física	16	12,3
Pastor	34	26,2
Odontólogo	31	23,8
Licenciado en otras áreas	19	14,6
Técnico en diversas áreas	15	11,5
Prof. En familia /desarrollo familiar	15	11,5
Total	130	100,0

Más de una cuarta parte de las instituciones cuenta con pastores como parte de su personal asistencial, así mismo algunas cuentan con odontólogos, licenciados en diversas áreas pedagógicas y licenciados en educación física (tabla 48).

Tabla 49. Distribución de los CAD por modelo según cuentan con personal profesional

Sí cuenta con personal de:	CT		12 Pasos		Teoterapia		Psiquiátrico		Clínico - psicológico		Otro	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Medicina general	56	53%	7	35%	17	24%	26	72%	30	59%	26	45%
Psiquiatría	29	27%	6	30%	5	7%	36	100%	17	33%	12	20%
Otra Medicina especializada	11	10%	2	10%	1	1%	10	28%	4	8%	9	15%
Jefe de Enfermería	8	8%	2	10%	5	7%	31	86%	8	16%	9	15%
Auxiliar de Enfermería	19	18%	5	25%	5	7%	34	94%	10	20%	16	28%
Psicología	97	92%	14	70%	33	46%	35	97%	49	96%	47	80%
Trabajo social	70	66%	2	10%	12	17%	22	61%	36	71%	35	59%
Terapia ocupacional	29	27%	5	25%	8	11%	32	89%	20	39%	18	31%
Nutrición y Dietética	41	39%	1	5%	7	10%	16	44%	26	51%	26	44%
Pedagogía general	20	19%	1	5%	7	10%	1	3%	17	33%	17	29%
Pedagogía Reeducativa	50	48%	4	20%	12	17%	1	3%	22	43%	23	39%
Sacerdotes	49	47%	4	20%	5	7%	8	22%	11	22%	15	25%
Operadores en la calle	9	9%	1	5%	8	12%	0	0%	7	14%	10	17%
Ex-consumidores rehab.	80	76%	18	90%	60	83%	4	11%	13	25%	20	34%

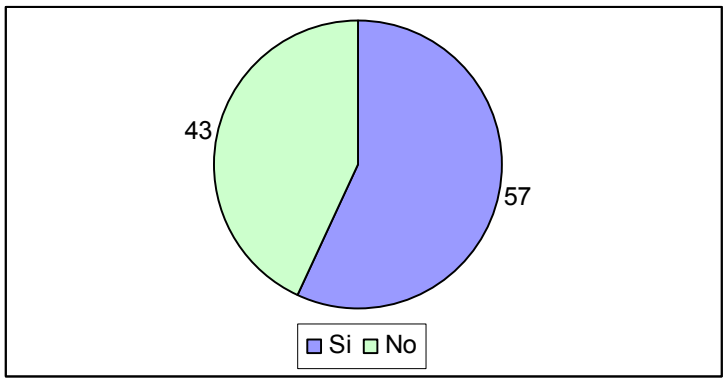
La tabla 49 muestra que el personal de medicina se encuentra en mayor proporción en los programas psiquiátricos y clínico-psicológicos, así como el personal de psiquiatría. El personal de enfermería está más disponible en los programas con énfasis en salud mental, así mismo, llama la atención que los psicólogos fueron reportados en mayor medida en los programas psiquiátricos y en menos de la mitad de los programas de teoterapia. La terapia ocupacional se concentra también en los programas psiquiátricos. El personal de pedagogía se observa más en las comunidades terapéuticas y en los programas clínico-psicológicos. Por último, resulta interesante observar que la mayoría de los ex consumidores rehabilitados se ubican en los programas de 12 pasos y en los de teoterapia, más que en las comunidades terapéuticas.

Tabla 50. Distribución de los CAD por modelo según estudios de pos-grado en adicciones o afines

			CT	12 Pasos	Teoterapia	Psiquiátrico	Clínico - psicológico	Otro	Total
	N		%	%	%	%	%	%	%
Medicina general o especializada	105	1 Si	**10%**	**20%**	**3%**	**11%**	**20%**	**16%**	**12%**
		9 N/A	42%	50%	75%	28%	37%	50%	48%
Psiquiatría	103	1 Si	**19%**	**25%**	**4%**	**58%**	**18%**	**7%**	**18%**
		9 N/A	70%	65%	93%	3%	67%	79%	68%
Enfermería	103	1 Si	**2%**	**5%**	**0%**	**6%**	**6%**	**4%**	**3%**
		9 N/A	73%	70%	87%	6%	73%	70%	68%
Psicología	102	1 Si	**34%**	**40%**	**11%**	**17%**	**37%**	**28%**	**27%**
		9 N/A	7%	35%	54%	6%	6%	21%	20%
Trabajo social	104	1 Si	**15%**	**0%**	**3%**	**17%**	**22%**	**11%**	**12%**
		9 N/A	32%	85%	84%	39%	31%	41%	48%
Terapia ocupacional	103	1 Si	**4%**	**0%**	**0%**	**6%**	**0%**	**2%**	**2%**
		9 N/A	69%	70%	89%	14%	61%	68%	66%
Pedagogía	103	1 Si	**17%**	**5%**	**6%**	**3%**	**24%**	**12%**	**13%**
		9 N/A	41%	70%	79%	94%	43%	44%	57%
Sacerdote	99	1 Si	**18%**	**6%**	**1%**	**3%**	**6%**	**4%**	**8%**
		9 N/A	53%	72%	90%	76%	78%	68%	70%
Otro 1	103	1 Si	**6%**	**5%**	**6%**	**6%**	**6%**	**4%**	**5%**
		9 N/A	35%	74%	39%	50%	40%	46%	42%
Otro 2	100	1 Si	**3%**	**0%**	**1%**	**3%**	**2%**	**2%**	**2%**
		9 N/A	66%	95%	83%	70%	73%	70%	73%

Según se observa en la tabla 50, los profesionales que en mayor medida cuentan con estudios de pos-grado en el área de adicciones o afines son los psicólogos, seguidos de los psiquiatras, los médicos y los trabajadores sociales. Los modelos que concentran más profesionales con estudios de pos-grado son las comunidades terapéuticas y los programas de 12 pasos, en su personal de psicología, mientras que el modelo que menos profesionales registra con esta condición es el de teoterapia.

Figura 37. Distribución de los CAD según cuentan o no con ex consumidores rehabilitados dentro de su personal asistencial



La figura 37 muestra que más de la mitad de los CAD tiene ex consumidores rehabilitados dentro de su equipo asistencial o terapéutico.

Tabla 51. Funciones que tienen a cargo los ex consumidores rehabilitados

	Frecuencia	Porcentaje
1 Pedagogos, educadores	16	8,5
2 Consejería, asesoría, tutorías, acompañamiento, guía espiritual	75	39,9
3 Servicios religiosos	4	2,1
4 Terapeutas	72	38,3
5 Otros aspectos operativos	21	11,2
Total	188	100,0

Como se observa en la tabla 51, los ex consumidores rehabilitados cumplen principalmente funciones terapéuticas y de asesoría directa con los usuarios, las funciones educativas y de otros aspectos operativos de las instituciones no son comúnmente desarrolladas por estas personas.

Como se puede observar en la figura 38, cerca de la mitad de los usuarios entrevistados (N=1116) considera que los profesionales a cargo de la asistencia son excelentes y una proporción similar considera que son buenos, en proporción similar consideran que los no profesionales ofrecen también una atención de buena calidad.

Figura 38. Calificación de la calidad de los profesionales y no profesionales a cargo de la asistencia (usuarios)

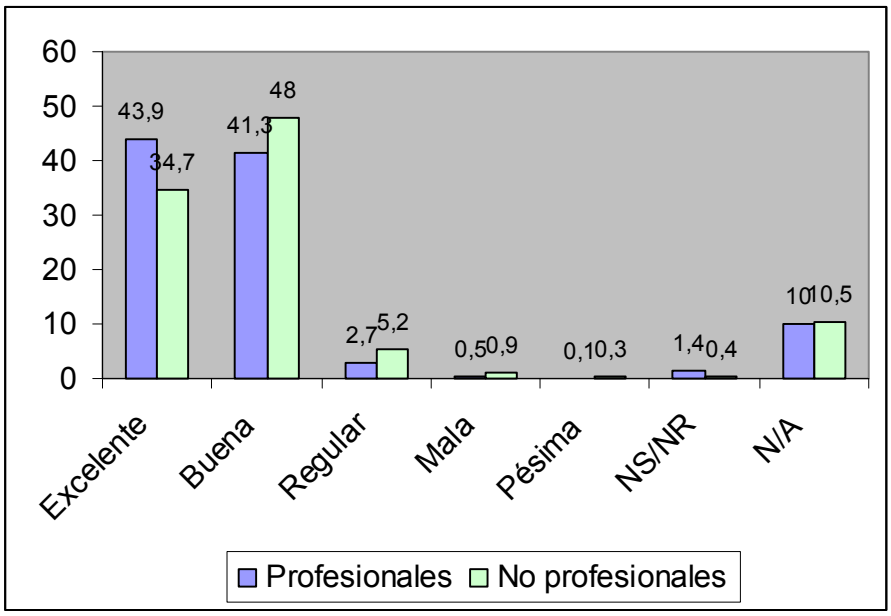


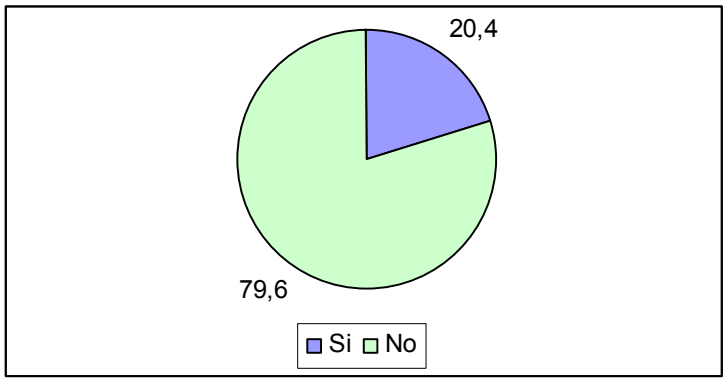
Tabla 52. Percepción de los usuarios con respecto a la calidad de la atención ofrecida por el equipo terapéutico o asistencial

	Siempre	Con frecuencia	Rara vez	Nunca	N/A	Missing	Total
Tratan de entender mis problemas	73,0%	21,0%	4,2%	1,4%	,0%	,4%	100,0%
La información y los consejos que me dan son muy útiles	78,9%	17,4%	2,5%	,9%	,0%	,3%	100,0%
El equipo asistencial me ayudó a sentirme mejor físicamente cuando me estaba desintoxicando	67,7%	17,3%	5,7%	4,8%	3,2%	1,2%	100,0%
Me he sentido a gusto con el trato que me da el equipo asistencial y terapéutico	75,5%	18,5%	3,9%	1,6%	,0%	,4%	100,0%
Cuando lo he necesitado he podido hablar con alguna persona del equipo terapéutico durante el día	73,6%	17,7%	6,2%	2,2%	,0%	,4%	100,0%
Cuando lo he necesitado he podido hablar con alguna persona del equipo terapéutico durante los fines de semana o en la noche	56,5%	18,5%	11,5%	13,0%	,0%	,5%	100,0%
He recibido un trato digno y respetuoso de todo el personal	81,8%	14,1%	3,0%	,8%	,0%	,4%	100,0%

Los resultados que se muestran en la tabla 52 sugieren que la mayor parte de los usuarios entrevistados considera positiva y útil la atención recibida por el equipo asistencial de su institución. No obstante, se resalta que al parecer las alternativas para el manejo del malestar físico y la disponibilidad permanente del equipo, no son condiciones usuales a todos los tratamientos.

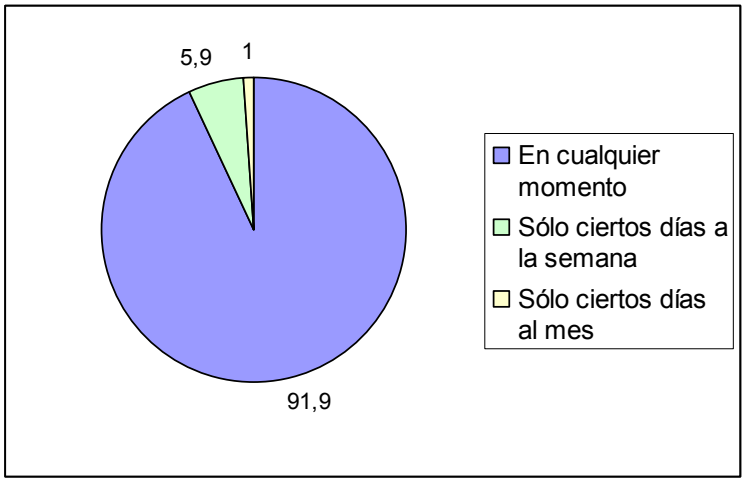
ASPECTOS DE ACCESO Y DISPONIBILIDAD DE LOS TRATAMIENTOS

Figura 39. Distribución de los CAD según manejan o no listas de espera



Como se puede observar en la figura 39, la gran mayoría de las instituciones no han manejado listas de espera para el ingreso a tratamiento, sin embargo un número importante de ellas (n= 70) ha tenido insuficiencia de cupos y no ha podido responder a la demanda inmediatamente. Estas esperas son por lo general de pocas semanas, pero en algunos casos llegan hasta 6 meses y un año. En el 53% de los casos en los que se funciona con listas de espera, se ofrece algún tipo de intervención: psicoterapia, inducción al programa, asistencia en hogares de paso, grupos de auto-apoyo, contactos telefónicos, entrevista motivacional y asistencia a culto religioso, en los casos restantes, no se ofrece ningún tipo de intervención.

Figura 40. Momentos de recepción de nuevos usuarios (MET)



La figura 40 muestra que independientemente de las listas de espera, cuando aplican, la gran mayoría de las instituciones reciben usuarios en cualquier momento y en muy pocos casos el ingreso está supeditado a ciertos días a la semana o al mes.

Tabla 53. Reporte de agilidad con la que el CAD atendió a los usuarios

	Frecuencia	Porcentaje
De inmediato e ingresó de inmediato	1007	90,2
Tuvo que esperar entre 2-3 días para ingresar	40	3,6
Tuvo que esperar más de una semana para ingresar	30	2,7
Tuvo que esperar entre 2 semanas y un mes para ingresar	19	1,7
Tuvo que esperar más de un mes para ingresar	18	1,6
No responde	2	0,2
Total	1116	100,0

Tal como lo confirman los mismos usuarios, los tratamientos estuvieron disponibles de inmediato, para la mayoría de ellos, en porcentajes marginales se presentaron esperas de hasta cuatro semanas y las esperas superiores fueron registradas en 18 casos.

Tabla 54. Razones por las cuales no entró a tratamiento de inmediato

	Frecuencia	Porcentaje
La institución sólo recibe ciertos días a la semana o al mes	7	6,5
No había cupo y estuvo en lista de espera	30	28,0
No tenía el dinero necesario disponible	8	7,5
No cumplía con ciertos requisitos	21	19,6
Otra razón	41	38,3
Total	107	100,0

En los casos en los que el ingreso no fue inmediato, las razones reportadas por los usuarios fueron la falta de cupos al momento de la decisión, el no cumplimiento de ciertos requisitos tales como: no haber completado una fase previa en el programa, no estar afiliado a una EPS, no contar aún con el permiso escolar/laboral y no haberse realizado exámenes médicos. En un caso llamó la atención la respuesta "no ser lo suficientemente femenina". En cerca del 40% de los casos se registraron otras razones, las de mayor reporte fueron: no haber completado la documentación necesaria (n=14), no haber completado la "prueba de compromiso" o pre-comunidad (n=5) y desconoce las razones (n=7).

En el 59% de los casos, los usuarios dijeron haber recibido algún tipo de intervención durante el tiempo de espera.

Tabla 55. Requisitos que debe cumplir el usuario para ingresar a tratamiento

	Frecuencia	Porcentaje
Que quiera voluntariamente ingresar al tratamiento	230	67
Mostrar suficiente motivación y voluntad de cambio	95	28
Comprometerse a parar cualquier consumo de forma inmediata	36	10
Contar con el aval/autorización o consentimiento de la familia	65	19
Garantizar la participación activa de la familia durante el proceso	86	25
Pagar los costos del tratamiento	69	20
Pasar el proceso de pre-comunidad/prueba/o cualquier otro ciclo previo	18	5
Ser evaluado por los profesionales de salud mental	29	8
Asistir a un examen médico	46	13
No tener ningún trastorno de salud mental o emocional	45	13
Estar afiliado(a) a una EPS o al SISBEN	48	14
Ningún requisito	10	3
Otro requisito	148	43

La tabla 55 muestra que para más de dos terceras partes de las instituciones es requisito el querer voluntariamente empezar el proceso, también resulta importante para más de una cuarta parte de las instituciones mostrar suficiente motivación y voluntad de cambio, así como contar con la participación activa de la familia durante el proceso. Pagar los costos del tratamiento es requisito explícito en el 20% de los CAD, así como estar afiliado al SGSSS en el 14%. En un 13% de los casos es requisito acudir a un examen médico y no tener ningún trastorno de salud mental asociado. Sólo en un 3% de las entidades el ingreso está libre de requisitos. Para el 43% hay otros requisitos, los más representativos en número se presentan en la tabla 56 y se refieren principalmente a requisitos de edad, y a contar con una orden judicial.

Tabla 56. Otros requisitos de ingreso

	Frecuencia	Porcentaje
Tener acudiente	7	4,7
Orden judicial	22	14,9
Ser menor de edad	28	18,9
Estar en condición de calle	11	7,4
Ser mayor de edad	11	7,4
Regirse al manual de convivencia	7	4,7

La figura 41 muestra que la mayoría de las instituciones cuenta con sedes (N=379) a las cuales es posible llegar fácilmente con el uso de trasporte público. Esta condición se cumple en el 94% de las sedes ambulatorias (N= 73), en el 82% de las sedes residenciales (N= 213) y en el 98% de las sedes mixtas (N= 88). Sin embargo, 44 de las sedes se encuentran en lugares en los que es realmente difícil el acceso, incluso en vehículo particular.

Figura 41. Distribución de las sedes según cuentan con trasporte público fácilmente disponible para entrar y salir

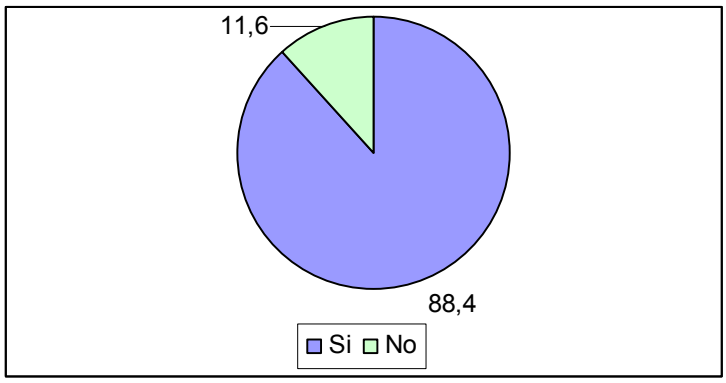
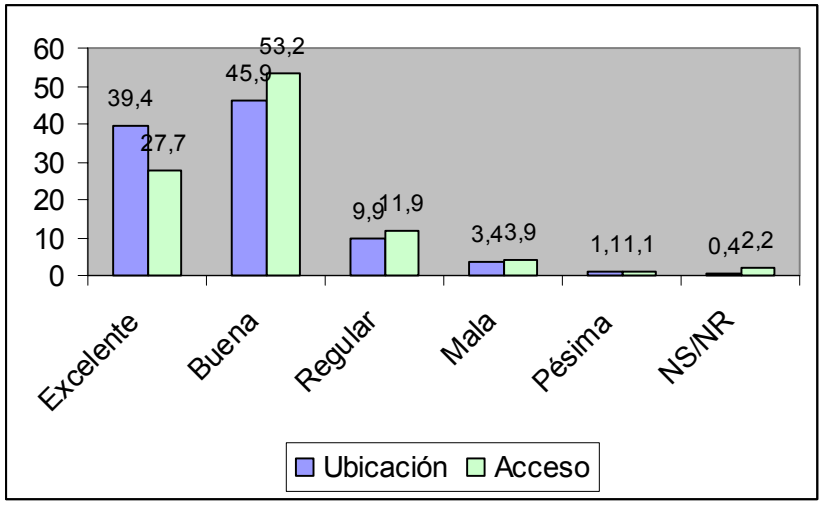


Tabla 57.¿Para llegar a la institución hay que tomar tres o más buses?

	Frecuencia "Si"	Porcentaje
Sede ambulatoria	2	2,7
Sede residencial	29	13,6
Sede mixta	5	5,7
Total	36	9,5

Como se observa en la tabla 57 en cerca del 10% de las sedes se requiere tomar tres o más buses de trasporte público para poder llegar, esta condición es más común a las sedes residenciales y mixtas.

Figura 42. Calificación de la ubicación y acceso a las sedes (usuarios)



Los resultados hasta ahora descritos se confirman con la percepción de los usuarios con respecto a la ubicación y al acceso de las sedes a través de trasporte público. Se observa en la figura 42 que para cerca del 40% de los usuarios (N=1116) la ubicación de las instituciones es excelente y para cerca del 46% es buena, los medios de acceso son buenos

para más de la mitad de ellos y para una cuarta parte son excelentes. Para el 12% los medios de acceso son regulares, así como para el 10% en el caso de la ubicación.

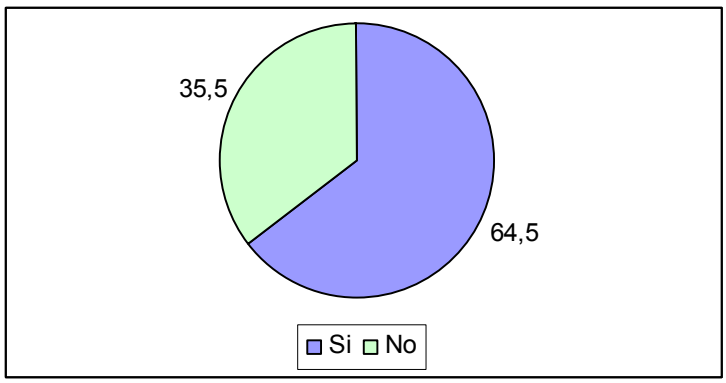
PROCESOS DE ENGANCHE Y EVALUACION

Tabla 58. Medios y procedimientos para la inducción de nuevos usuarios (CAD)

	Frecuencia	Porcentaje
Video de inducción	12	3,4
Documento escrito	42	11,8
Reunión con usuarios ya en tratamiento	84	23,7
Reunión con usuarios nuevos y sus familiares	63	17,7
Reunión/charla con terapeuta/asesor que se hará cargo del caso	175	49,3
Reunión de usuario y familiares con equipo terapéutico y asistencial	98	27,6
Otro	40	11,3

La inducción inicial al tratamiento se realiza en más de la mitad de los casos involucrando al asesor o terapeuta que se hará cargo del caso, en más de una cuarta parte de los casos este procedimiento ocurre involucrando a la familia y a todo el equipo terapéutico con el que el usuario tendrá algún contacto. Otros usuarios ya en tratamiento hacen parte de la inducción en cerca del 24% de las instituciones. Procedimientos menos personalizados no son comunes, aunque en cerca del 12% de los casos se menciona el documento escrito.

Figura 43. Distribución de los CAD según manejan o no contrato terapéutico escrito (MET)



Como se observa en la figura 43, más de la tercera parte de las instituciones no maneja contrato terapéutico escrito con los usuarios.

Como se observa en la figura 44, la gran mayoría de los usuarios se sintió bienvenido al momento de ingresar a la institución, en muy bajos porcentajes esta percepción inicial no fue del todo positiva.

Figura 44. Distribución de los usuarios según se sintieron bienvenidos en su ingreso por parte del personal asistencial

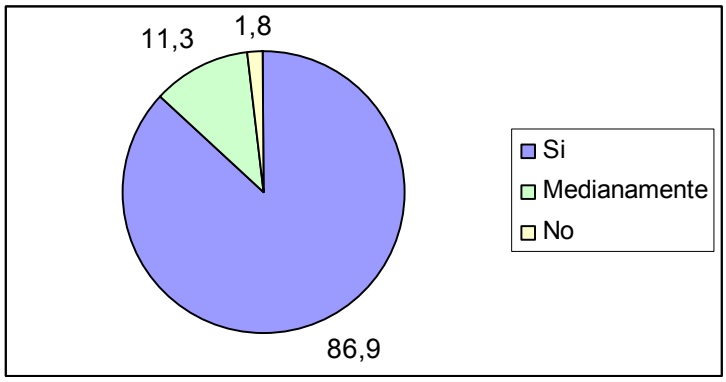


Tabla 59. Distribución de los CAD por modelo según quién tiene a cargo la evaluación inicial de los usuarios

	CT		12 Pasos		Teoterapia		Psiquiátrico		Clínico - psicológico		Otro		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
El terapeuta o asesor que se hará cargo del caso	27	25,5	5	25,0	14	19,7	9	25,7	14	26,9	8	13,6	77	22,4
El director	18	17,0	11	55,0	31	43,7	8	22,9	4	7,7	8	13,6	80	23,3
La persona del equipo asistencial que esté disponible	19	17,9	2	10,0	13	18,3	6	17,1	12	23,1	21	35,6	73	21,3
Otro	42	39,6	2	10,0	13	18,3	12	34,3	22	42,3	22	37,3	113	32,9
N validos	106		20		71		35		52		59		343	

En similares proporciones la tabla 59 muestra que la evaluación inicial la realiza el asesor que se hará cargo del caso, el director o cualquier otro miembro del equipo terapéutico. En cerca de una tercera parte de los casos este procedimiento inicial esta a cargo de los funcionarios que se describen en la tabla 60.

Tabla 60. Otros a cargo de la evaluación inicial de los usuarios

	Frecuencia	Porcentaje
Director /subdirector clínico	4	3,5
Trabajo social	20	17,1
Profesionales de cada área	32	27,4
Psicólogo(a)	18	15,4
Psiquiatra de turno	9	7,7
Coordinador del programa	11	9,4
Operador rehabilitado	15	2,6
Otros	7	14,7
No hacen evaluación inicial	5	4,3

Tabla 61. Características del proceso de evaluación inicial según modelo

	CT		12 Pasos		Teoterapia		Psiquiátrico		Clínico – psicológico		Otro		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Es la evaluación un proceso Individual	86	81,1	16	80,0	60	84,5	27	77,1	42	80,8	50	84,7	281	81,9
Es la evaluación un proceso Grupal	12	11,3	1	5,0	1	1,4	0	0,0	1	1,9	4	6,8	19	5,5
Es la evaluación un proceso Familiar	19	17,9	1	5,0	3	4,2	4	11,4	10	19,2	10	16,9	47	13,7
Es la evaluación un proceso de usuario y familia (reunidos)	41	38,7	6	30,0	22	31,0	17	48,6	22	42,3	15	25,4	123	35,9

En la mayor parte de las instituciones y sin variaciones notorias por modelo, el proceso de evaluación inicial es un proceso individual. En el 36% de los casos involucra también a la familia. La evaluación grupal de los casos se realiza en el 5% de las instituciones y en especial en las comunidades terapéuticas.

Si bien los datos no se muestran en el 44% de las entidades la evaluación es de apenas una sesión, en el 15% la evaluación ocurre durante toda la primera semana y en el 8% que corresponde a 28 entidades el proceso de evolución es permanente.

Tabla 62. Aspectos que se especifican en la guía o formato de evaluación inicial

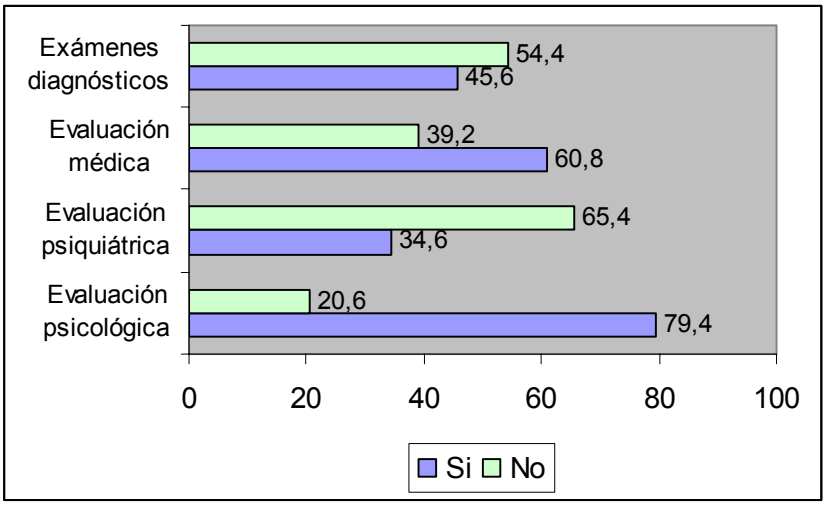
	Porcentaje
01 Drogas que ha usado a lo largo de la vida	71,1
02 Edad de inicio en el consumo para cada droga usada	62,6
03 Vías de administración de las drogas consumidas (oral, fumada, inhalada, aspirada, inyectada, etc.)	42,8
04 Frecuencia y cantidad de consumo al momento del ingreso (especificado por drogas)	55,7
05 Circunstancias en las que se presenta el consumo al momento del ingreso (sólo, en grupo, en calle, en casa, etc.)	47,8
06 Tratamientos previos para abandonar el consumo	64,4
07 Experiencias en tratamientos previos	49,2
08 Motivos de deserción de tratamientos previos	66,2
09 Historia de recaídas	32,9
10 Motivos, circunstancias y disparadores de recaídas	31,9
11 Factores que incidieron en el inicio del consumo	51,3
12 Situación laboral al momento del ingreso	67,1
13 Historia laboral	50,6
14 Situación académica al momento del ingreso	70
15 Historia académica	57,2
16 Situación familiar al momento del ingreso	72,1
17 Historia de intereses y actividades previas al consumo	45,7
18 Intereses y actividades al momento del ingreso	51,9

Continuación tabla 62…

	Porcentaje
19 Situación judicial o antecedentes judiciales	74,6
20 Prioridades o necesidades expresadas por el usuario	45,8
21 Expectativas del usuario frente al tratamiento	50,4
22 Grado o nivel de motivación para ingresar y mantenerse en el tratamiento	48,9
23 Metas del tratamiento a nivel individual	70,6
24 Metas del tratamiento a nivel familiar	48,4
25 Metas del tratamiento a nivel laboral/social	44,5
26 Recomendaciones y observaciones de quien evalúa	41,8

Como se observa en la tabla 62 y para el caso de las entidades que permitieron verificar un formato cuando contaban con él (82.3%), se observa que si bien hay aspectos que se indagan sistemáticamente en la mayor parte de las instituciones, hay otros que se indagan en menos de la mitad de los casos: vías de administración de las drogas, circunstancias de consumo, historia de tratamientos previos, historia de intereses previos al consumo, prioridades y expectativas expresadas por el usuario, grado de motivación y metas específicas del tratamiento en diversos aspectos de vida. Los aspectos que se indagan en apenas una tercera parte de los casos son los aspectos asociados con las recaídas.

Figura 45. Distribución de los CAD según realizan o no evaluaciones específicas (MET)



La figura 45 muestra que el 20% de las instituciones no realiza evaluación psicológica (porcentaje que coincide con el número de instituciones que no cuenta con personal de psicología en su equipo asistencial, tabla 47), sin embargo es este el procedimiento que más se realiza. La evaluación psiquiátrica y de salud mental se lleva a cabo sólo en un poco más de la tercera parte de las entidades, siendo un poco más común la evaluación médica. Así mismo, en cerca de la mitad de las instituciones se realizan exámenes de laboratorio para la detección de enfermedades de transmisión sanguínea (VIH, hepatitis, etc.) y otras infecciones.

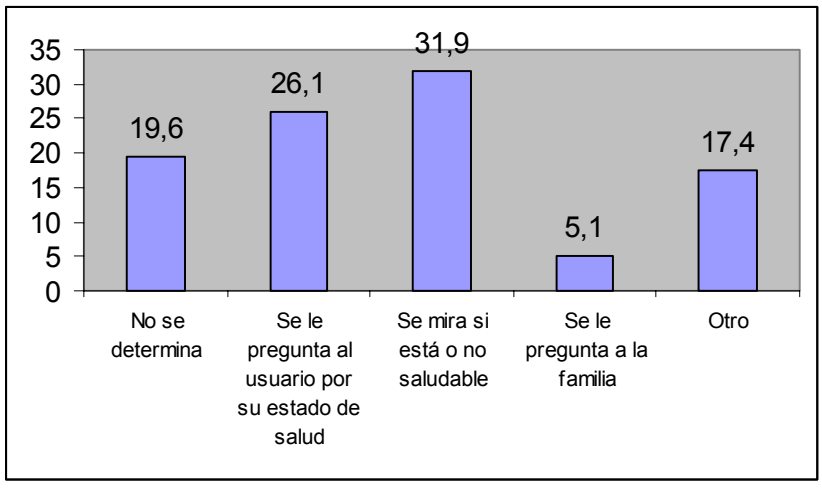
Tabla 63. Reporte por parte de los usuarios de las evaluaciones recibidas

	Si	No	N/A	NS/NR
Tuvo una evaluación médica	54,4%	45,3%	,0%	,4%
Tuvo consulta con un psiquiatra	19,0%	80,3%	,0%	,7%
Tuvo consulta con un psicológo	66,8%	33,1%	,0%	,2%
Habló con un trabajador(a) social	50,3%	48,8%	,0%	,9%
Hubo una evaluación familiar? (con la familia presente)	53,0%	35,2%	10,8%	1,0%
Hubo una evaluación con el acudiente? (si no tiene familia)	4,9%	8,2%	86,6%	,4%
Le hicieron algún examen de sangre	21,2%	77,6%	,0%	1,2%

A diferencia de lo registrado en la figura 45, producto de lo reportado por los miembros del equipo terapéutico, los usuarios reportan haber participado en menor medida en estos procedimientos. Se observan diferencias importantes en especial en las evaluaciones médicas y psiquiátricas, así como en los exámenes de laboratorio.

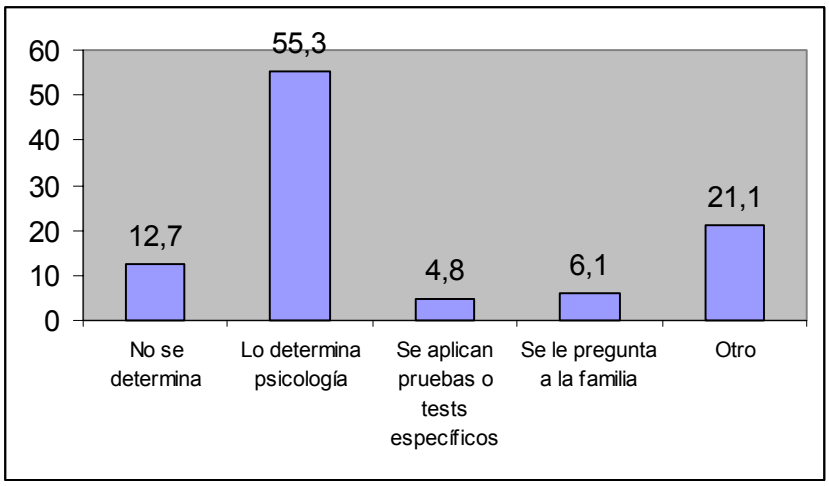
Para el 21% de usuarios que fueron sometidos a exámenes diagnósticos (n= 237) se encontró que el examen más común fue el de VIH/SIDA (30%), seguido de las serologías y exámenes de azúcar y triglicéridos (20% respectivamente). No tan comunes fueron los exámenes toxicológicos (8%), embarazo (7%), RH (6%), hepatitis (3%) y plaquetas (2%). Una cuarta parte de los usuarios (25%) desconoce de qué tipo fueron los exámenes practicados.

Figura 46. Cómo se determina el estado de salud física de los usuarios



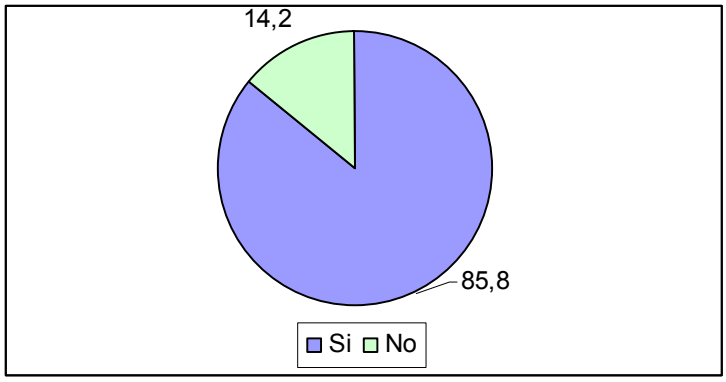
La figura 46 muestra los resultados correspondientes a los casos en los que las instituciones no realizan evaluación médica. En más de la mitad de los casos, el estado de salud física se determina haciendo un juicio subjetivo o preguntándole al usuario cómo se siente, en cerca del 20% de los casos el estado de salud físico no se determina. Otras medidas para determinarla son los reportes médicos con los que llega el usuario, remisión a consulta médica por petición del usuario, evaluación realizada por el psiquiatra, por enfermería o por nutrición y dietética.

Figura 47. Cómo se determina el estado de salud mental de los usuarios



La figura 47 muestra los resultados correspondientes a los casos en los que las instituciones no realizan evaluación psiquiátrica. En más de la mitad de los casos, el estado de salud mental lo determina psicología. En el 21% de las instituciones se determina a través de entrevistas con no profesionales, o con medicina o se "observa" si está o no saludable en este aspecto.

Figura 48. Distribución de los usuarios según recibieron o no inducción al tratamiento



La figura 48 muestra que la gran mayoría de los usuarios tuvo una inducción al tratamiento.

La tabla 64 muestra que en los casos en los que hubo inducción a tratamiento, la información en la cual se hace mayor énfasis es en la normativa interna de la institución, seguida del papel que cumpliría el usuario en su propia recuperación y de qué pasaría si la persona resolvía abandonar el tratamiento. La información que menos se registró fue la duración de las fases del programa, aspectos acerca de la evaluación del caso y la forma como la familia se vería involucrada en el proceso.

Tabla 64. Reporte de aspectos tratados durante la inducción al tratamiento

	Sí		No		N/A		Total	
Cómo iba a ser evaluado su caso	717	74,9%	240	25,1%	0	,0%	957	100,0%
Cómo pasaría usted de una fase a otra del proceso	761	79,5%	196	20,5%	0	,0%	957	100,0%
Cuánto iba a durar el tratamiento	792	82,8%	165	17,2%	0	,0%	957	100,0%
Cuánto iba a durar cada fase del proceso	686	71,7%	271	28,3%	0	,0%	957	100,0%
Las normas que debería cumplir dentro de la institución	941	98,3%	16	1,7%	0	,0%	957	100,0%
Qué pasaría si usted incumplía alguna norma	918	95,9%	39	4,1%	0	,0%	957	100,0%
Cuál era la filosofía o modelo de tratamiento	835	87,3%	122	12,7%	0	,0%	957	100,0%
Qué pasaría si usted recaía en el consumo	853	89,1%	104	10,9%	0	,0%	957	100,0%
Qué pasaría si usted decidía abandonar el tratamiento	874	91,3%	83	8,7%	0	,0%	957	100,0%
Cuál era su papel en su propia recuperación	894	93,4%	63	6,6%	0	,0%	957	100,0%
Cómo manejarían la información sobre su caso (confidencialidad)	783	81,8%	174	18,2%	0	,0%	957	100,0%
Cómo participaría su familia o pareja en el tratamiento	728	76,1%	141	14,7%	88	9,2%	957	100,0%

Tabla 65. Percepción de los usuarios acerca de la suficiencia de la información recibida antes de ingresar a tratamiento

	Frecuencia	Porcentaje
Sí me dio suficiente información	794	71,1
Me dio algo de información, pero no todos los detalles	119	10,7
No me dio suficiente información	118	10,6
No me dio ninguna información	85	7,6
Total	1116	100,0

La mayoría de los usuarios considera que la institución a la cual entró, le ofreció suficiente información acerca del tratamiento, sin embargo, en el 18% de los casos los usuarios percibieron que la información fue del todo insuficiente.

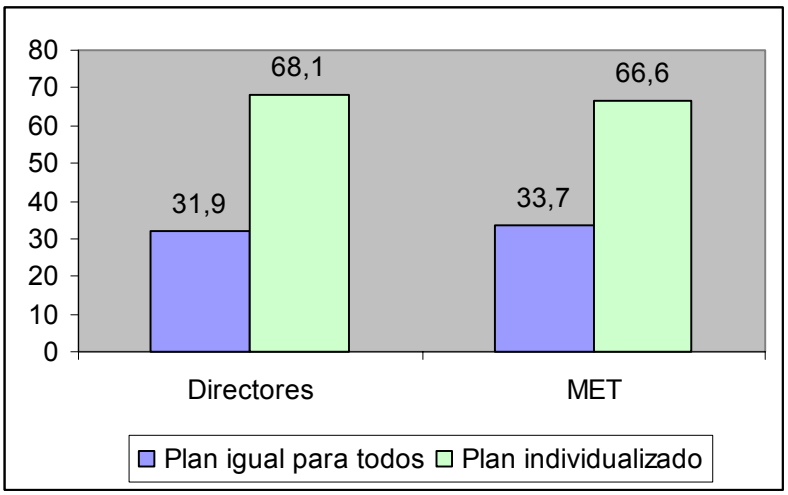
La tabla 66 muestra que de las 105 entidades (30%) que ofrecen más de una modalidad de tratamiento, más de dos terceras partes definen el tratamiento a seguir, a partir de los resultados de la evaluación inicial, un poco más de la mitad tiene en cuenta la severidad de la adicción. Las condiciones de vida del consumidor, en términos de estabilidad y soporte de la red social se consideran en algunas de las instituciones como criterios para la definición del programa más indicado. Llama la atención que en el 17% de los casos el criterio que se aplica es económico.

Tabla 66. Criterios que usan para la definición de modalidades a las cuales entrará el usuario

	Frecuencia	Porcentaje
Según resultados evaluación inicial	68	64,8
Según severidad de adicción	58	55,2
Según posibilidades económicas	18	17,1
Estabilidad laboral/escolar/habitacional	24	22,9
Inestabilidad laboral/escolar/habitacional	3	2,8
Buen soporte social/familiar	19	18,1
Pobre soporte social/familiar	5	4,7
Otro	15	14,3

GRADO EN QUE LOS PLANES DE TRATAMIENTO SE AJUSTAN A LAS NECESIDADES INDIVIDUALES

Figura 49. Distribución de los CAD según manejan o no planes de tratamiento individualizados (Directores y MET)



Los resultados muestran coincidencias entre las fuentes, salvo ligeras diferencias y señalan que en dos terceras partes de las instituciones se manejan planes de tratamiento ajustados a las necesidades particulares de los usuarios, mientras que en las restantes el tratamiento es igual para todos los usuarios independientemente de sus condiciones particulares.

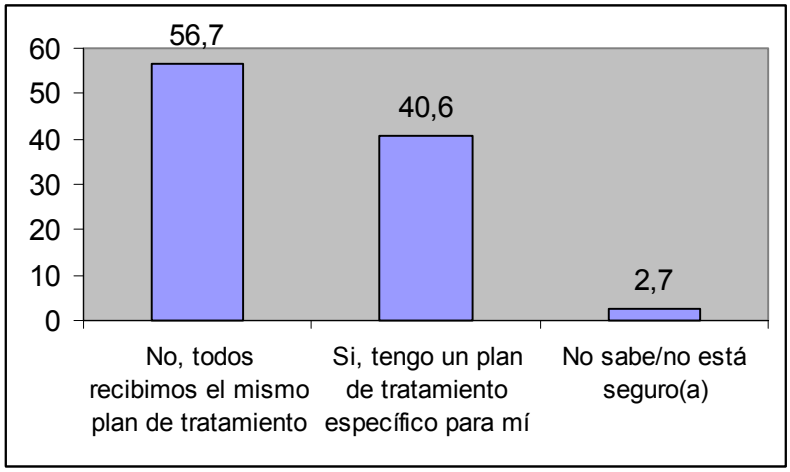
El análisis por modelo muestra algunas diferencias relevantes, pues apenas en el 37% de los programas de teoterapia y en el 42% de los programas de 12 pasos, los planes de tratamiento son individuales, en contraste esta condición se da en el 81% de las comunidades terapéuticas, en el 83% de los programas psiquiátricos y en el 80% de los programas clínico-psicológicos.

Tabla 67. Aspectos que contempla el plan de tratamiento individual (MET)

	Frecuencia	Porcentaje
La severidad de la adicción	69	29,1%
La severidad y nivel de compromiso de diferentes áreas de la vida del usuario	115	48,5%
Las necesidades inmediatas del usuario (de acuerdo con criterio profesional)	127	53,6%
Las prioridades que exprese el usuario (expectativas)	66	27,8%
Otra área	39	16,5%

Los porcentajes se calculan sobre 237 miembros del equipo terapéutico que dijeron aplicar planes de tratamiento individualizados. Se encuentra que el criterio profesional prima en más de la mitad de los casos, así como la severidad de la problemática y nivel de compromiso de la vida del sujeto. Llama la atención que apenas en el 28% de los casos se consideran las expectativas de los usuarios y en el 30% la severidad de la adicción misma. Otras áreas que se contemplan son: el proyecto de vida (5%), aspectos comportamentales (5%), visión integral de la problemática (68%), dinámica familiar (12%) y personalidad (7%) (n=39).

Figura 50. Distribución de los usuarios según plan de tratamiento aplicado



Resulta interesante observar que a pesar de lo que señalan los directores y los MET (figura 49), más de la mitad de los usuarios considera que recibe el mismo plan de tratamiento que sus compañeros de programa y apenas el 40% considera que el plan que sigue contempla sus necesidades individuales.

Sin embargo, la figura 51 muestra que un poco más de la mitad de los usuarios sentía que había podido participar "mucho" en la definición de su plan de tratamiento, mientras que el 19% consideró que no pudo aportar "nada" en él.

Figura 51. Percepción de los usuarios sobre su nivel de participación en la definición del plan de tratamiento

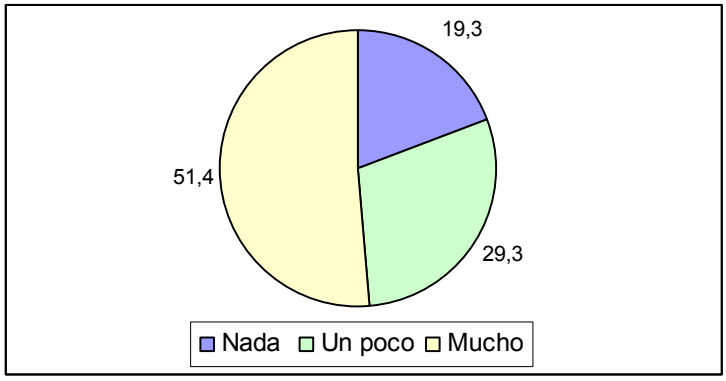
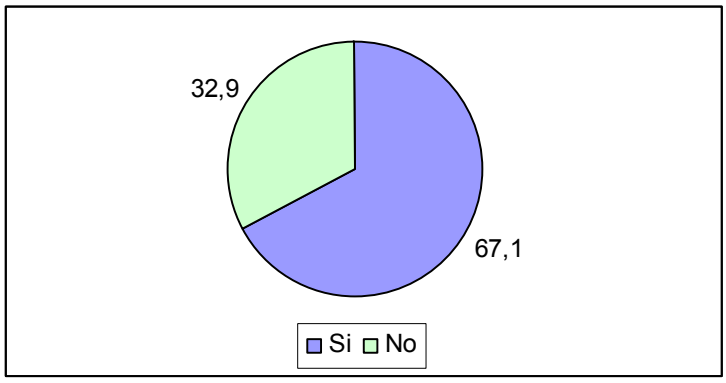


Figura 52. Distribución de los usuarios según cuentan o no con un asesor o terapeuta



Como se observa en la figura 52 cerca de una tercera parte de los usuarios dijo no contar con un terapeuta o asesor que esté a cargo de su caso y de su seguimiento.

INTEGRALIDAD Y COMPREHENSIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS

Como ya se describió en secciones previas de este documento, los procesos de evaluación no se realizan de forma sistemática en todas las instituciones, así mismo se encontró que la desintoxicación farmacológica es una alternativa que se ofrece en sólo cerca del 16% de las entidades y que en el 60% de ellas se ofrece algún tipo de alternativa de desintoxicación no farmacológica (figura 11). En esta sección se revisan aspectos complementarios a estos resultados.

De acuerdo con los resultados que se muestran en la figura 53, en un bajo porcentaje de los casos en los que se presentaba malestar físico, los usuarios recibieron algún medicamento que les hiciera más manejables los síntomas, en el 65% de los casos esto no ocurrió.

Figura 53. ¿Le dieron algún medicamento para aliviar el malestar físico de la abstinencia?

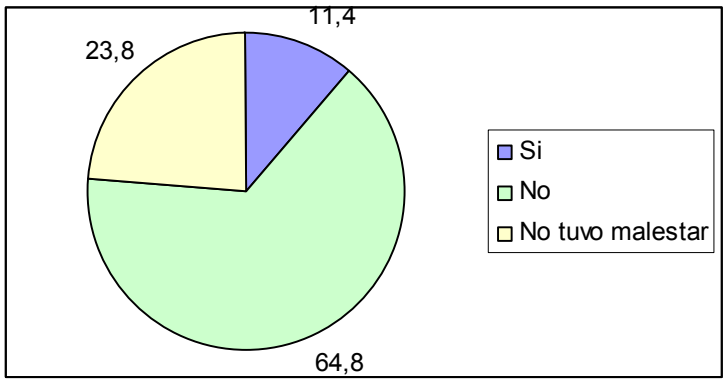


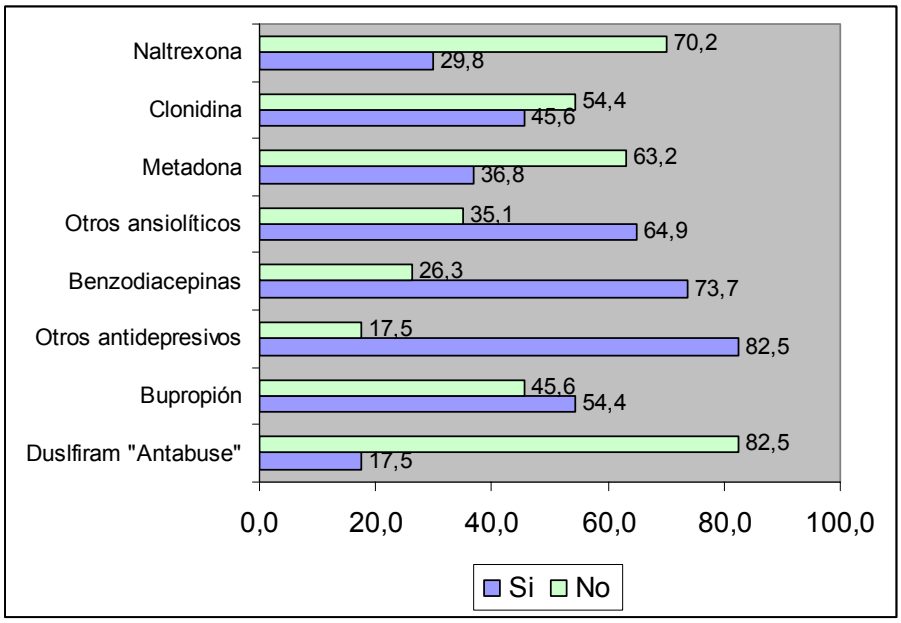
Tabla 68. Distribución de los usuarios por modelo, según recibieron o no medicamentos

	CT	12 Pasos	Teoterapia	Psiquiátrico	Clínico - psicológico	Otro
Si	7,0%	16,4%	5,4%	50,9%	19,9%	6,7%
No	72,4%	60,0%	64,9%	36,8%	52,3%	72,1%
No tuvo malestar	20,6%	23,6%	29,7%	12,3%	27,8%	21,2%

Tal como se describe en la tabla 68, el manejo de medicamentos para tratar el síndrome de abstinencia fue reportado con mayor frecuencia por los usuarios de los programas psiquiátricos. Se observa que en los programas clínico-psicológicos y en los de 12 pasos se hizo mayor uso de medicamentos que en las comunidades terapéuticas y en los programas de teoterapia. También llama la atención que al parecer los usuarios de los programas que hacen énfasis en salud mental son los que con mayor frecuencia reportan malestar físico y que los que buscan los programas de teoterapia son los que menos malestar físico reportan.

Los usuarios que recibieron algún tipo de medicamento (11%) mencionaron haber sido tratados con antipsicóticos (16,5%), antidepresivos (14%), benzodiacepinas (12%), otros ansiolíticos y anti-convulsivantes (4% respectivamente), valeriana y metadona (2,4% respectivamente), medicamentos homeopáticos (1,6%). El 32% no recuerda los medicamentos con los cuales se le trató.

Figura 54. Medicamentos que se prescriben en la desintoxicación farmacológica



Los porcentajes fueron calculados sobre las 57 entidades que dijeron realizar desintoxicación farmacológica. La figura 54 muestra que los medicamentos más frecuentemente utilizados son los antidepresivos, seguidos por los ansiolíticos tipo benzodiacepinas y otros ansiolíticos (no benzodiacepinas). El bupropión fue registrado en más de la mitad de los casos, mientras que la metadona en el 37%, la sustancia menos usada es el disulfiram. Los antidepresivos se utilizan tanto para adicción a depresores como para estimulantes, al igual que los ansiolíticos que también se prescriben para adicción a opiáceos y a marihuana. La clonidina se prescribe en casos de adicciones a alcohol, estimulantes y opiáceos, así como la naltrexona.

En el 33% de las instituciones se utiliza otro tipo de ayudas para la deshabituación, éstas se muestras en la tabla 69.

Tabla 69. Otras ayudas para el tratamiento

	Frecuencia	Porcentaje
Complejo B	47	40,5
Suplementos nutricionales	39	33,6
Vitaminas en general	41	35,3
Homeopáticos	5	4,3
Acido fólico/balproico	5	4,3

Tabla 70. Actividades que se desarrollan en los procesos terapéuticos (MET)

	Si	No	Frecuencia semanal		
			Una vez	2-3 veces	4-6 veces
Terapia o asesoría individual	93,8	6,2	27	25,1	3,7
Terapia grupal (no grupo de auto-apoyo)	83,4	16,6	17,5	18,9	5,6
Terapia familiar	82,3	17,7	36,1	19,9	1,1
Terapia de pareja	52,4	47,6	16,9	2,8	0,3
Talleres o actividades pedagógicas para manejo de emociones	72,4	27,6	22,3	15,5	4,2
Talleres de habilidades sociales	71	29	23,1	16,6	2,8
Talleres de desarrollo personal (auto-estima, etc)	79,4	20,6	25,4	18,9	2,8
Terapia cognitivo-conductual para prevención de recaídas, control o manejo de disparadores (nivel individual)	58,3	41,7	22,8	9	1,7
Talleres de prevención de recaídas (nivel grupal)	63,9	36,1	20,8	2	11,3
Talleres para manejo del tiempo libre	64,2	35,8	20,6	14,9	2,8
Actividades físicas/deportivas/recreativas	85,1	14,9	19,7	19,2	4,8
Actividades de nivelación académica	41,1	58,9	8,5	7,6	2,8
Actividades vocacionales y/o terapia ocupacional	83,1	16,9	11,5	14,4	5,9
Talleres de promoción de la salud y estilos de vida saludable (reducción de conductas de riesgo)	67,3	32,7	22,3	8,7	2
Talleres o intervenciones para proyecto de vida	72,4	27,6	23,7	15,2	2,5

La tabla 70 muestra las actividades y la frecuencia semanal con la que se desarrollan de acuerdo con los miembros del equipo terapéutico. La terapia o asesoría individual es la actividad más común a los programas, seguida de las actividades físicas y/o deportivas, de la terapia de grupo y de las actividades vocacionales. No obstante, llama la atención la poca frecuencia con la que se registra el desarrollo de actividades como la terapia de pareja y las actividades puntuales para la prevención de recaídas, para el manejo de emociones, para el desarrollo de proyecto de vida y para la promoción de estilos de vida saludable con el fin de reducir conductas de riesgo. También resulta relevante que en el 27% de los casos la asesoría individual se realiza una sola vez por semana.

Tal como se observa en la tabla 71, se encuentran variaciones importantes entre los registros de actividades dados por los miembros del equipo terapéutico y por los usuarios en tratamiento. Hay coincidencias en los registros para terapia de grupo, actividades físicas y actividades vocacionales, pero se presentan diferencias importantes en el reporte de participación en asesoría individual, y en actividades de talleres para el desarrollo de habilidades específicas o el manejo de situaciones que pueden desencadenar recaídas, lo que reitera que se realizan con poca frecuencia o de forma no sistemática.

Sin embargo, los usuarios reportaron el desarrollo de una gran diversidad de actividades que arrojó un listado de 61 actividades que no encajan en las que se presentan ya en las tablas. Las de mayor frecuencia de reporte se presentan en la tabla 72.

Tabla 71. Actividades en las cuales participa en su proceso de tratamiento (usuarios)

	Si	No	N/A
Terapia o asesoría individual	83,5	16,5	--
Terapia grupal (no grupo de auto-apoyo)	82,9	17,1	--
Terapia familiar	50,8	49,2	12,8
Terapia de pareja	8,2	91,8	51,4
Talleres o actividades pedagógicas para manejo de emociones	64	36	--
Talleres de habilidades sociales	59,8	40,2	--
Talleres de desarrollo personal (auto-estima, etc)	73,4	26,6	--
Terapia cognitivo-conductual para prevención de recaídas, control o manejo de disparadores (nivel individual)	45,4	54,6	--
Talleres de prevención de recaída (nivel grupal)	58,3	41,7	--
Talleres para manejo del tiempo libre	51,6	48,4	--
Actividades físicas/deportivas/recreativas	85,7	14,3	--
Actividades de nivelación académica	28,9	71,1	--
Actividades vocacionales y/o terapia ocupacional	83,8	16,2	--
Talleres de promoción de la salud y estilos de vida saludable (reducción de conductas de riesgo)	46,8	53,2	--
Talleres o intervenciones para proyecto de vida	60	40	--
Otro	88,2	11,8	--

Tabla 72. Otras actividades que se realizan

	Frecuencia	Porcentaje
Grupo de confrontación	96	14,8
Grupo de auto-apoyo	44	6,8
Lectura bíblica	87	13,4
Culto religioso	71	10,9
Talleres espirituales	156	24,0
Act. Domésticas	102	15,7
Meditación/relajación	34	5,2
Venta ambulante	60	9,2
Registros parciales	650	100,0

Como se observa en la figura 55, en cerca de la mitad de las instituciones se reporta cancelación de actividades terapéuticas previamente programadas, aspecto también reportado por el 48% de los usuarios. Esto ocurre más frecuentemente en las comunidades terapéuticas (68%), en los programas de teoterapia (58%) y en los de enfoque clínico-psicológico (52%). Las actividades que se cancelan con mayor frecuencia son las actividades pedagógicas, otras actividades y las sesiones de terapia grupal.

Figura 55. Cancelación de actividades terapéuticas (MET)

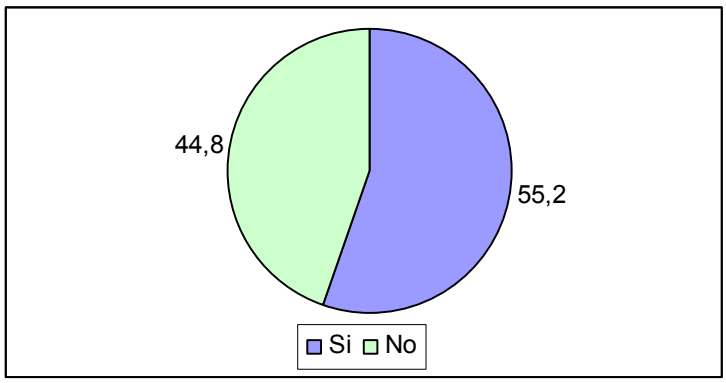


Tabla 73.Actividades que se cancelan con mayor frecuencia

	Frecuencia	Porcentaje
Las sesiones de terapia o asesoría individual	25	12,8
Las sesiones de terapia grupal	36	18,4
Las sesiones de terapia familiar	5	2,6
Los talleres o actividades pedagógicas	64	32,7
Otras	66	33,7
Total	196	100,0

Tabla 74. Razones por la que se cancelan las actividades

	Frecuencia	Porcentaje
Falta de asistencia de los usuarios	13	8,2
Ausencia de personas a cargo	28	17,6
Se programan otras actividades en el mismo horario	79	49,7
Otra	83	52,2

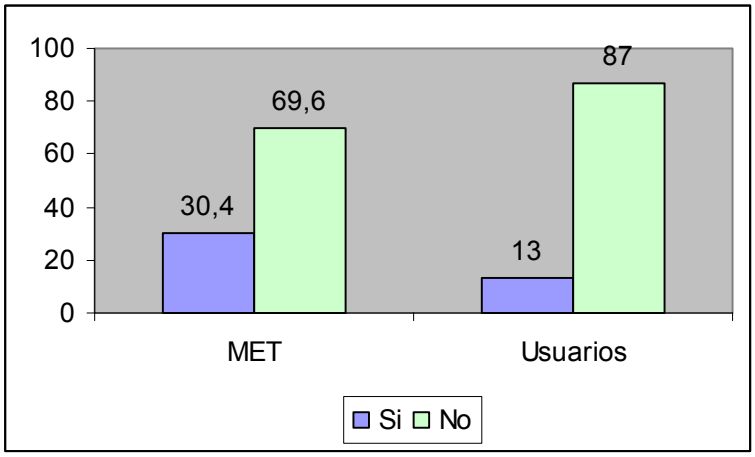
La programación simultánea de actividades es una de las principales razones por las cuales se cancelan actividades programadas, a esta le siguen otras razones, especialmente "urgencias institucionales" o razones de fuerza mayor (53%), sobre-posición de tiempos entre actividades (7%), por "faltas a normas disciplinarias (3,4%) y por bajo rendimiento o compromiso de los usuarios (2,5%) (n=66).

La tabla 75 muestra que el monitoreo de progreso se realiza a través de la observación directa de los usuarios, de las reuniones de equipo y del seguimiento periódico del cumplimiento de metas. Medidas como la aplicación de exámenes de detección de sustancias no son comunes, sin embargo, llama la atención que el registro de estos exámenes es mayor cuando se pregunta puntualmente por ellos como se observa en la figura 56.

Tabla 75. Procedimientos para monitorear el progreso de los usuarios

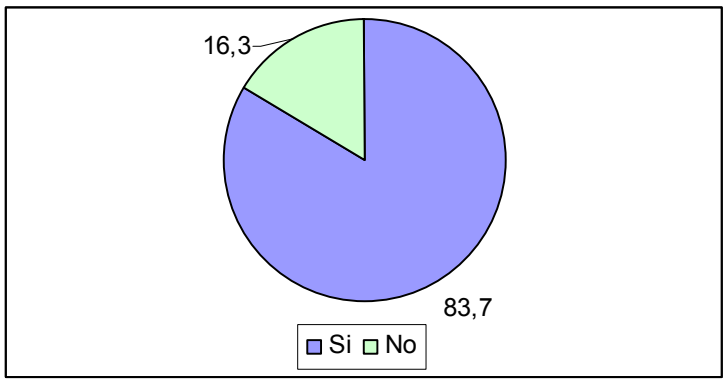
	Frecuencia	Porcentaje
Evaluaciones de casos	29	6,6
Evaluaciones multidisciplinarias	30	6,9
Seguimiento terapéutico	16	3,7
Reuniones de equipo clínico	84	19,2
Sesiones individuales de evaluación, seguimiento individual	49	11,2
Auto-evaluación	14	3,2
Seguimiento periódico al cumplimiento de metas, evaluaciones por resultados	79	18,1
Supervisión, control, observaciones	103	23,6
Exámenes de detección de sustancias	6	1,4
Evoluciones después de cada intervención	1	0,2
Otros	23	5,3
No se hace	3	0,7
Total	437	100,0

Figura 56. Reporte de uso de exámenes de detección de sustancias consumidas



De acuerdo con el 30% de los miembros del equipo terapéutico, sus instituciones sí hacen uso de exámenes de detección de sustancias, esto mismo es reportado por el 13% de los usuarios entrevistados.

Figura 57. Reporte de seguimiento posterior al tratamiento (MET)



De acuerdo con la gran mayoría de los MET, sus instituciones realizan alguna actividad de seguimiento posterior a la terminación del programa.

Tabla 76. Reporte de seguimiento por modelo

	Frecuencia	Porcentaje
CT	93	87%
12 Pasos	15	75%
Teoterapia	58	81%
Psiquiátrico	25	71%
Clínico – psicológico	47	90%
Otro	48	81%
Total	286	83%

El seguimiento como actividad sistemática, parece más común a los programas de tipo clínico- psicológico y a las comunidades terapéuticas, los programas en los que el seguimiento se registra en menor medida son los de 12 pasos y los psiquiátricos.

Tabla 77. En qué consiste el seguimiento posterior al tratamiento (MET)

	Frecuencia	Porcentaje
Grupos de apoyo, grupos de autoayuda, grupos cerrados y abiertos	68	13,3
Valoraciones, consulta externa, terapias de control	65	12,7
Reuniones o asistencia a actividades periódicas	102	20,0
Seguimiento al usuario, a su familia	51	10,0
Vinculación a la entidad como voluntario, conferencista, líder	1	0,2
Visitas domiciliarias, trabajo social	74	14,5
Seguimiento telefónico	118	23,1
Otros	31	6,1
No se hace seguimiento	1	0,2
Total	511	100,0

El seguimiento telefónico es la estrategia más común para realizar seguimiento a los usuarios, seguida de la asistencia periódica a diversas actividades. Llama la atención la baja

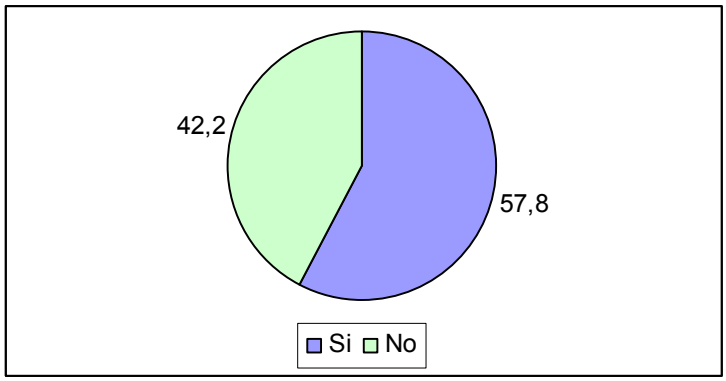
frecuencia con la que se mencionan los grupos de apoyo como estrategia de seguimiento a mediano y largo plazo, pero también resulta interesante que algunas entidades tienen como procedimiento la visita domiciliaria.

Tabla 78. Rol de la institución en el mantenimiento de los logros (directores)

	Frecuencia	Porcentaje
Grupos de apoyo, grupos de autoayuda, grupos cerrados y abiertos	85	16,4
Valoraciones, consulta externa, terapias de control	48	9,2
Reuniones o asistencia a actividades periódicas	73	14,1
Seguimiento al usuario, a su familia	98	18,9
Vinculación a la entidad como voluntario, conferencista, líder	38	7,3
Visitas domiciliarias, trabajo social	55	10,6
Seguimiento telefónico	85	16,4
Otro	5	1,0
No se hace seguimiento	32	6,2
Total	519	100,0

La pregunta a los directores indagaba por el rol institucional en el mantenimiento de los logros y no directamente por actividades de seguimiento. Se presentan sin embargo, algunas variaciones con respecto a las respuestas dadas por los MET.

Figura 58. Distribución de los CAD según recomiendan o no la asistencia a grupos de auto-apoyo AA/NA



Cerca de la mitad de las instituciones no recomienda a sus usuarios la asistencia periódica a grupos de auto-apoyo. Similar distribución se encontró para la recomendación a las familias de asistir a grupos de Al-anon y Al-ateen (Si 44,5%; No 55,5%).

La figura 59 muestra que sólo el 15% de los usuarios en tratamiento han asistido a grupos de auto-ayuda durante su proceso, como complemento a las actividades terapéuticas.

Figura 59. Distribución de los usuarios según han asistido a grupos de AA/NA desde que ingresaron a tratamiento

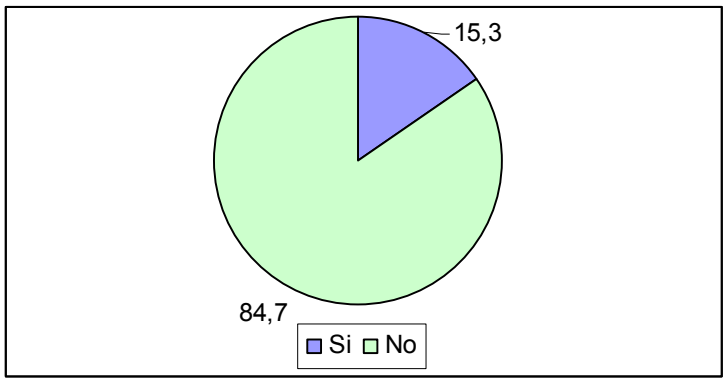


Tabla 79. ¿Cómo se procede cuando un usuario evidencia algún problema de salud física?

	Frecuencia	Porcentaje
No puede continuar en la institución	21	5,9
Se remite a tratamiento médico por cuenta del usuario/familia	81	22,8
Se remite a la EPS a la que se encuentra afiliado(a)	98	27,6
A través de convenios o alianzas interinstitucionales	75	21,1
Otro	80	22,5
Total	355	100,0

Como se observa en la tabla 79, en cerca del 28% de los casos si un usuario tiene algún problema físico se remite a su EPS para ser atendido allí, en el 23% se delega a la familia la búsqueda de una solución y en el 21% sí se recurre a alianzas institucionales para buscar el mejor manejo a la situación. El 22% restante reportó otras estrategias, entre ellas el manejo interno (cuando cuentan con médico, 62%), la auto-medicación o las droguerías (2%) y la "sanación" en el culto religioso (1,3%) (en los programas de teoterapia).

Tabla 80. ¿Cómo se procede cuando un usuario evidencia algún problema de salud mental?

	Frecuencia	Porcentaje
No puede continuar en la institución	32	9,0
Se remite a tratamiento psiquiátrico por cuenta del usuario/familia	85	24,0
Se remite a la EPS a la que se encuentra afiliado(a)	42	11,9
A través de convenios o alianzas interinstitucionales	74	20,9
Continúa en tratamiento pero recibe atención especializada en la institución	75	21,2
Otro	47	13,2
Total	355	100,0

El manejo de los trastornos de salud mental es similar al descrito para salud física, en este caso, el manejo al interior de la institución es más común.

Tabla 81. ¿Cómo se procede si el usuario no tiene en qué ocuparse laboralmente? (MET)

	Frecuencia	Porcentaje
No hacen nada	57	15,6
La institución los ayuda a buscar trabajo	31	8,5
La institución busca o tiene alianzas con entidades que ofrecen soporte	73	19,9
No se recibe este tipo de usuarios, no se maneja este tipo de institución	11	3,0
Trabajan en la institución o esta les brinda elementos para que puedan trabajar	86	23,5
La misma persona debe buscar trabajo	18	4,9
Son menores de edad	14	3,8
La familia se encarga	22	6,0
Se remite a otra institución	19	5,2
Otro	35	9,6
Total	366	100,0

Una vez los usuarios están preparados para terminar el tratamiento y no tienen en qué ocuparse laboralmente, en muchos casos las entidades les ofrecen trabajo en la misma institución, en otros buscan soporte a través de otras entidades u organizaciones y en un porcentaje –aunque bajo- importante, las entidades no ofrecen medios para encontrar solución al problema.

Tabla 82. ¿Cómo se procede si el usuario no tiene en dónde vivir? (MET)

	Frecuencia	Porcentaje
No se hace nada	26	7,3
Debe tener un acudiente o soporte familiar	36	10,1
Es un requisito tener donde vivir, no se reciben	38	10,6
Permanece en la institución hasta que consiga donde vivir	52	14,5
Puede seguir viviendo en la institución	71	19,8
Se remite a un hogar de paso, hogar sustituto, u otras instituciones	75	20,9
No se han presentado casos	12	3,4
Otras	48	13,4
Total	358	100,0

En los casos en los que el usuario está listo para terminar tratamiento y no tiene en dónde vivir, las instituciones buscan la cooperación interinstitucional en mayor medida, en cerca del 20% de los casos se le permite seguir viviendo en la institución. No obstante, en el 20% el tener dónde vivir es requisito de ingreso al tratamiento.

Tabla 83. ¿Cómo se procede si es menor de edad y no cuenta con apoyo familiar? (MET)

	Frecuencia	Porcentaje
Debe tener un acudiente o soporte familiar	77	21,2
Es un requisito tener donde vivir	3	0,8
No se reciben	71	19,6
Permanece en la institución hasta que consiga donde vivir	34	9,3
Se remite a un hogar de paso, hogar sustituto, instituciones	120	33,1
No se hace nada	6	1,7
No se han presentado casos	19	5,2
Otras	33	9,1
Total	363	100,0

Si se trata de un menor de edad que no cuenta con soporte familiar, en la mayoría de los casos no se recibe, si la entidad no es entidad de protección de menores, en otros casos se busca cooperación interinstitucional, o el menor permanece en la entidad hasta que se logre resolver su situación.

Tabla 84. ¿Qué criterios aplican para establecer que el usuario terminó su tratamiento exitosamente? (MET)

	CT		12 Pasos		Teoterapia		Psiquiátrico		Clínico - psicológico		Otro		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Cuando ha logrado la abstinencia total por un período de tiempo mínimo	19	20,2	4	25,0	12	21,8	3	9,7	8	17,8	6	11,1	52	17,6
Cuando ha terminado el tratamiento de acuerdo con el tiempo establecido	19	20,2	7	43,8	10	18,2	6	19,4	6	13,3	10	18,5	58	19,7
Cuando la familia reporta mejoría en el usuario	17	18,1	4	25,0	8	14,5	7	22,6	11	24,4	6	11,1	53	18,0
Cuando el terapeuta a cargo considera que el usuario está preparado para terminar	24	25,5	7	43,8	13	23,6	12	38,7	4	8,9	11	20,4	71	24,1
Cuando el usuario cumple con los objetivos definidos en su plan de tratamiento	72	76,6	8	50,0	25	45,5	12	38,7	29	64,4	23	42,6	169	57,3
Cuando el usuario reestablece su rol laboral o académico	26	27,7	2	12,5	13	23,6	5	16,1	9	20,0	14	25,9	69	23,4
Cuando el usuario se desintoxica y ya no tiene síndrome de abstinencia	4	4,3	1	6,3	0	0,0	9	29,0	0	0,0	4	7,4	18	6,1
Otro criterio	26	27,7	3	18,8	21	38,2	6	19,4	17	37,8	20	37,0	93	31,5

En un poco más de la mitad de las entidades la finalización exitosa del tratamiento se determina con base en el cumplimiento de las metas del plan de tratamiento, el segundo

criterio más usado es el profesional. Llama la atención que en menos de una cuarta parte de las entidades el criterio es el efectivo reestablecimiento del rol laboral o académico del usuario y menos aún el tiempo mínimo de abstinencia. Así mismo, en el 20% de las entidades el tratamiento termina cuando el tiempo establecido para él, termina.

NORMATIVIDAD Y MANEJO DE SITUACIONES DE RIESGO

Tabla 85. Normas disciplinarias en las instituciones (directores)

	Frecuencia	Porcentaje
No prestarse cosas ni negociar	16	1,4
No agresiones físicas y/o verbales	192	16,8
Convivencia, respeto a los compañeros, aceptación, tolerancia	92	8,1
No consumo de sustancias psicoactivas	255	22,3
No consumo de alcohol	11	1,0
No consumo de cigarrillo adentro de la institución	20	1,8
No tener relaciones afectivas ni sexuales con los compañeros	109	9,6
Respetar los horarios	70	6,1
No portar dinero ni objetos de valor	10	0,9
No portar armas	80	7,0
No robar	58	5,1
Obediencia, actividades obligatorias, respeto por el reglamento	95	8,3
Aseo, presentación personal	27	2,4
Colaborar en las labores de aseo de la institución, colabora	15	1,3
No visitar los cuartos de otros pacientes	3	0,3
Honestidad	10	0,9
No utilizar jergas o lenguajes de la calle	23	2,0
Otro	55	4,8
Total	1.141	100,0

Como se observa en la tabla 85, las normas disciplinarias de mayor relevancia para las instituciones son las restricciones del consumo al interior de las sedes y por fuera en algunos casos, así mismo resulta importante el control de las agresiones de todo tipo entre usuarios y de los usuarios hacia las personas del equipo asistencial o funcionarios en general, también es importante para los CAD restringir las relaciones afectivas y/o sexuales entre los usuarios.

Como se ve en la tabla 86, las instituciones suelen manejar el incumplimiento de las normas disciplinarias con herramientas terapéuticas u con "ayudas" que en la mayoría de los casos consisten en la pérdida de "privilegios" y sanciones disciplinarias. También se maneja con confrontación y reflexión y en cerca del 20% de los casos el usuario se expulsa definitivamente de la institución o se suspende temporalmente.

Tabla 86. Procedimientos ante el incumplimiento de normas disciplinarias (directores)

	Frecuencia	Porcentaje
Sanciones disciplinarias, pérdida de privilegios, Restricciones: visitas, comidas, música, etc. "ayudas terapéuticas"	114	22,5
Manejo terapéutico	118	23,3
Expulsión	84	16,6
Suspensión	14	2,8
Amonestación verbal, llamado de atención	40	7,9
Confrontación individual, diálogo, reflexión	100	19,7
Cambio de institución	10	2,0
De acuerdo al manual de convivencia o al conducto regular	13	2,6
Otro	14	2,8
Total	507	100,0

Tabla 87. Controles que se siguen para evitar el consumo y el tráfico al interior de la institución (directores)

	Frecuencia	Porcentaje
No hay controles	17	3,3
Requisas	249	48,8
Supervisión del personal, guardia permanente	110	21,6
Exámenes de detección de sustancias	33	6,5
Sensibilización, concientización, manual de convivencia	56	11
Combinación de varios controles	31	6,1
Otro	14	2,7
Total	510	100,0

En cerca de la mitad de los casos, las entidades manejan las requisas como procedimiento de control de disponibilidad de sustancias al interior de las mismas, algunas también ofrecen supervisión permanente por parte del personal e intentan concientizar a los usuarios.

Tabla 88. Procedimientos ante la evidencia de tráfico o consumo al interior de la institución

	Frecuencia	Porcentaje
Expulsión, retiro del programa, cancelación	96	27,5
Suspensión por un período de tiempo	13	3,7
Diálogo con el usuario	135	38,7
Restricciones en: salidas, comidas, pérdida de privilegios	53	15,2
Amonestación, decomiso de la droga	24	6,9
Otros	28	8,0
Total	349	100,0

Si bien en el 31% de las instituciones (n=107) no se reportó la ocurrencia de este tipo de eventos, en la mayoría sí han ocurrido y el manejo más usual ha sido el diálogo con el

usuario o usuarios involucrados, en segundo lugar se ha recurrido a la expulsión o a la suspensión temporal.

Tabla 89. Reporte de ocurrencia de eventos por parte de MET y usuarios

	Fuente	Nunca	Pocas veces al año	< 1 vez al mes	1-3 veces al mes	1-3 veces por semana	Casi diario
Robos o pérdida de bienes materiales	MET	**27,0**	42,0	10,4	10,4	8,2	2,0
	US	**44,1**	17,9	12,5	12,0	8,5	3,9
Peleas o agresión física entre usuarios	MET	**46,8**	29,9	9,0	7,3	5,6	1,4
	US	**56,5**	14,3	9,1	7,7	8,6	2,9
Agresiones verbales entre usuarios	MET	**21,1**	23,1	11,8	13,8	17,7	12,4
	US	**31,5**	14,2	9,4	10,8	14,3	18,5
Problemas entre usuarios y personal asistencial	MET	**53,3**	31,5	8,2	3,4	2,8	0,8
	US	**71,0**	11,8	5,9	4,9	3,1	1,9
Problemas entre personal asistencial (incluye operadores)	MET	**83,3**	14,1	2,3	0,3	0,0	0,0
	US	**90,9**	2,3	2,2	1,3	0,8	0,2
Tráfico de drogas al interior de la institución	MET	**67,9**	25,4	4,8	1,7	0,3	0,0
	US	**79,7**	9,1	5,3	2,8	1,2	0,8
Consumo de drogas al interior de la institución	MET	**58,0**	33,0	7,0	2,0	0,0	0,0
	US	**75,3**	12,5	5,8	3,0	1,4	0,6

El reporte de incidentes por parte de las dos fuentes indagadas muestra en general coincidencias, sin embargo resulta llamativo que en aspectos que involucran directamente la participación de los usuarios, el reporte por parte de los mismos es menor, ese el caso de robos, agresiones verbales, problemas entre usuarios, tráfico y consumo al interior de la institución. Los incidentes que se registran con mayor frecuencia son las agresiones entre usuarios. En general se observa que la ocurrencia de este tipo de incidentes es baja en frecuencia.

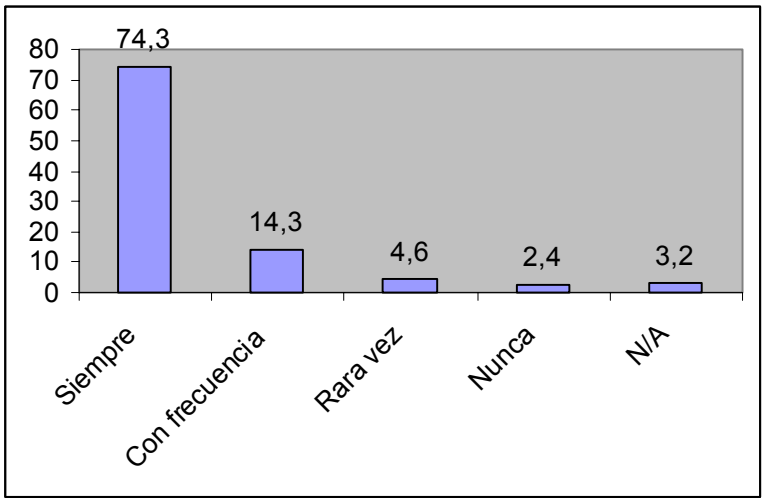
Tabla 90. Reporte de NO ocurrencia de eventos por modelo

Nunca	Robos	Agresiones Físicas (us)	Agresiones verbales (us)	Problemas (us + MET)	Problemas (MET)	Tráfico	Consumo
	%	%	%	%	%	%	%
CT	21	43,4	17	56	85	64	50
12 Pasos	50	65	25	45	75	60	65
Teoterapia	11	52	17	53	86	69	62
Psiquiátrico	48	48	26	51	83	68	60
Clínico-psicológico	44	50	38	52	76	73	67

El análisis por modelo muestra que los robos son más comunes en las entidades de teoterapia, seguidas de las comunidades terapéuticas y que en estas mismas entidades son también comunes las agresiones verbales entre usuarios; así mismo se observa que en las comunidades terapéuticas son más comunes las agresiones físicas entre usuarios y el consumo interno. Los problemas entre usuarios y personal asistencial se presentan más comúnmente en los programas de 12 Pasos, así como los problemas entre miembros del equipo asistencial. El tráfico de sustancias se registra en mayor medida en los programas de

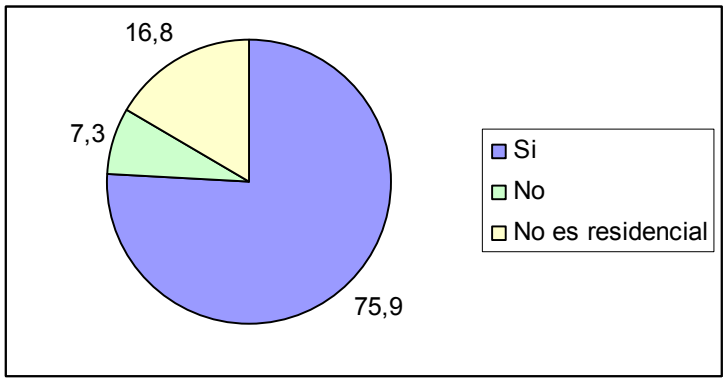
12 pasos y en las comunidades terapéuticas y en menor medida en los programas clínico-psicológicos. Al respecto es importante tener en cuenta las modalidades de tratamiento dominantes para cada modelo.

Figura 60. Percepción de los usuarios del manejo adecuado de incidentes por parte del personal asistencial



De acuerdo con los usuarios, en la mayoría de los casos en los que han ocurrido incidentes como peleas y conflictos las personas del equipo asistencial han hecho un manejo que consideran adecuado.

Figura 61. Permanencia de personal asistencial en las noches (directores)



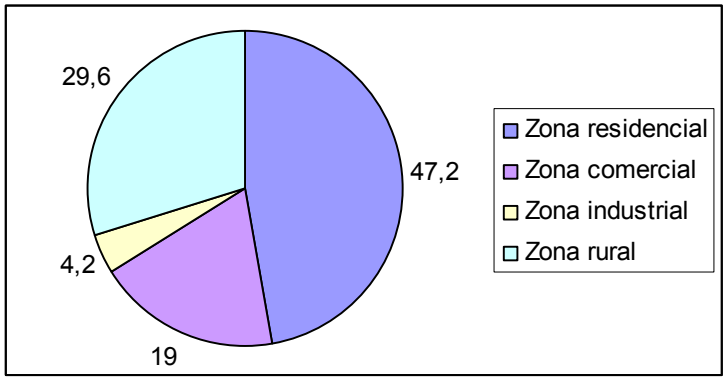
La figura 61 muestra que en los casos en los que el ítem aplica, el 76% de las instituciones deja a cargo de miembros del área asistencial el cuidado nocturno y de fines de semana. En el 7% de los casos el personal a cargo no pertenece al área asistencial.

Como se observa en la tabla 91, en una importante cantidad de instituciones el cuidado nocturno se encuentra a cargo de personas que han salido o están saliendo de un proceso de tratamiento, en segundo lugar se encuentra a cargo de personal de enfermería, seguido de los mismos directores, estos últimos casos se tratan de programas de teoterapia en los que el director, que es pastor, vive junto con su familia en la institución.

Tabla 91. Personal asistencial a cargo del cuidado nocturno en la institución

	Frecuencia	Porcentaje
Operadores, educadores, líderes rehabilitados / reeducados	91	28
Personal de enfermería	49	14,8
Directores	31	9,4
Médicos	22	6,7

Figura 62. Distribución de las sedes según zona de ubicación



La figura 62 muestra que un 19% de las sedes se encuentran ubicadas en zona comercial y cerca de un 5% se encuentran en zona industrial. La distribución por tipo de sedes mostró que el 48% de las sedes ambulatorias y el 34% de las sedes mixtas se encuentran ubicadas en zonas comerciales, mientras que el 31% de ellas respectivamente, se ubica en zonas industriales. En tales casos se indagó a los trabajadores de campo sobre la probabilidad de que hubiera oferta de sustancias ilícitas en los alrededores, los resultados muestran que en el 60% de las sedes que cumplen con este criterio, esto se presenta. De estas el 32,7% son sedes ambulatorias, el 47,7% son sedes residenciales y el 19, 6% son sedes mixtas.

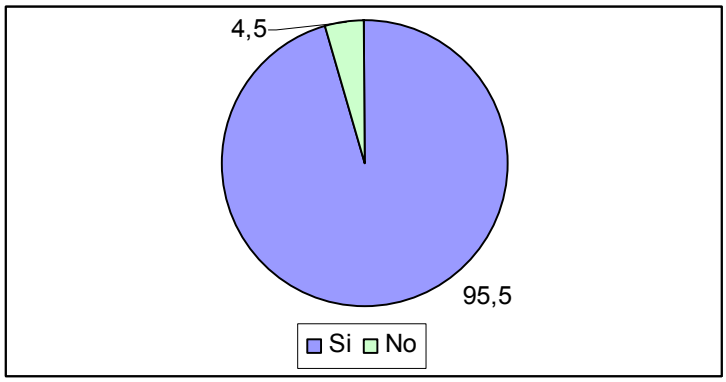
ASPECTOS EN TORNO A LAS RECAIDAS

Tabla 92. Procedimientos que se siguen cuando un usuario ha recaído según modelo

	CT		12 Pasos		Teoterapia		Psiquiátrico		Clínico - psicológico		Otro		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Se discute con el terapeuta a cargo para revisar el proceso	72	68%	10	50%	23	32%	26	72%	36	71%	34	58%	201	58%
Se llama a la familia para redefinir compromisos con el usuario	22	21%	5	25%	9	13%	7	19%	11	22%	9	15%	63	18%
Se "expulsa" al usuario de la institución	5	5%	4	20%	4	6%	2	6%	1	2%	1	2%	17	5%
El usuario "entra en prueba", si vuelve a ocurrir se "expulsa"	14	13%	3	15%	23	32%	0	0%	3	6%	5	8%	48	14%
Se "reinicia" el proceso (vuelve a ciclos previos)	42	40%	10	50%	23	32%	11	31%	17	33%	16	27%	119	35%
Se sigue otro procedimiento	32	30%	5	25%	29	40%	8	22%	14	27%	21	36%	109	32%

Como se observa en la tabla 92, lo común en más de la mitad de los casos es que ante una recaída se revise el proceso de tratamiento, pero en más de una tercera parte el proceso de "reinicia"; en general, en muy pocos casos el usuario es "expulsado". Es en los programas de 12 pasos en los que es este último procedimiento es más común, los procesos de "prueba" se registran en mayor medida en los programas de teoterapia. Así mismo, el retorno a ciclos previos del tratamiento, se observa más en los programas de 12 pasos y en las comunidades terapéuticas. La revisión del proceso se realiza en mayor medida en los programas psiquiátricos y clínico-psicológicos, seguidos de las comunidades terapéuticas.

Figura 63. Distribución de los CAD según reciben o no personas que han desertado del tratamiento en el pasado



Como se observa, la gran mayoría de las instituciones sí reintegran personas que han desertado del tratamiento en el pasado.

Tabla 93. Factores que favorecen la deserción de la institución a juicio de los MET

	Frecuencia	Porcentaje
No se han presentado casos de deserción	12	2,7
La ansiedad, compulsión por el consumo	86	19,6
Poca o pobre conciencia de situación	36	8,2
Falta de compromiso, baja motivación	56	12,8
Creer que ya están curados, no necesitan más ayuda, falsa expectativa	21	4,8
La familia	36	8,2
No estar acostumbrados al encierro	20	4,6
El no acomodarse a las reglas, a las normas, al reglamento	41	9,3
El ambiente, las presiones del grupo familiar o de las "amistades"	22	5,0
Aspectos económicos	18	4,1
Logran reincorporarse a su familia o trabajo o consiguen trabajo	6	1,4
La misma enfermedad	5	1,1
Otros	63	14,4
Total	439	100,0

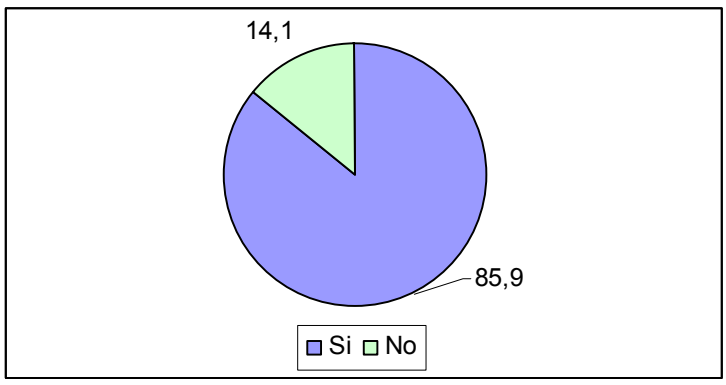
De acuerdo con los miembros del equipo terapéutico entrevistados, la principal razón por la cual los usuarios desertan tempranamente es la ansiedad de consumir, seguida de la "falta de compromiso" con los procesos y de la incapacidad para seguir la normativa institucional.

Tabla 94. ¿Qué caracteriza a las personas que desertan del tratamiento? (MET)

	Frecuencia	Porcentaje
No hay deserciones	12	2,6
Poca conciencia	18	3,9
Negación del problema	23	4,9
Falta de compromiso, baja motivación	60	12,9
Alto o prolongado consumo	21	4,5
Ansiedad	32	6,9
Rebeldía	53	11,4
Arrogancia, prepotencia	5	1,1
Agresividad	15	3,2
Debilidad de los vínculos familiares, poco apoyo de la familia	62	13,3
Temor, miedo	9	1,9
Situación económica	11	2,4
Delitos, carrera delictiva	14	3,0
Inestabilidad emocional, trastornos de la personalidad	63	13,5
Poca tolerancia	24	5,2
Razones de edad (muy jóvenes, por ejemplo) y/o de género	29	6,2
Aspectos familiares	5	1,1
Falsas expectativas	7	1,5
Otro	3	0,6
Total	466	100,0

De acuerdo con los MET, son diversas las características de las personas que suelen desertar, en primer lugar se encuentran los aspectos que involucran la motivación y la conciencia de la necesidad de cambio, luego la inestabilidad emocional, seguida de la ausencia de soporte socio-familiar y la "rebeldía".

Figura 64. ¿Están los usuarios en libertad de abandonar el tratamiento y la institución en cualquier momento? (MET)



Como se muestra en la figura 64 en el 14% de las entidades, los usuarios no están en libertad de abandonar el tratamiento en cualquier momento. La razones mencionadas fueron: por estar bajo medida judicial (52%), por estar en medida de protección (26%), por tener un trastorno de salud mental (10%), por requerir autorización del acudiente y/o de la familia (8%) y por ser menor de edad (6%).

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION

Tabla 95. ¿Cómo se reserva la confidencialidad de los documentos que guardan información de los usuarios? (MET)

	Frecuencia	Porcentaje
Están bajo llave	185	51,8
En archivos sin llave, bajo vigilancia de una persona específica	146	40,9
En un sistema por computador	10	2,8
No hay documentos que contengan información	10	2,8
En otro sitio diferente a la institución	6	1,7
Total	357	100,0

En algo más de la mitad de las entidades, la documentación de los usuarios se guarda bajo llave y en el 41% se restringe el acceso a través de una persona a cargo de custodiar la documentación.

Tabla 96. ¿Quién puede tener acceso a los documentos que guardan información de los usuarios? (MET)

	Frecuencia	Porcentaje
Las directivas	73	20,6
Sólo el terapeuta o asesor a cargo del caso	43	12,1
Cualquier persona del equipo asistencial y terapéutico	212	59,7
Otro	27	7,6
Total	348	100

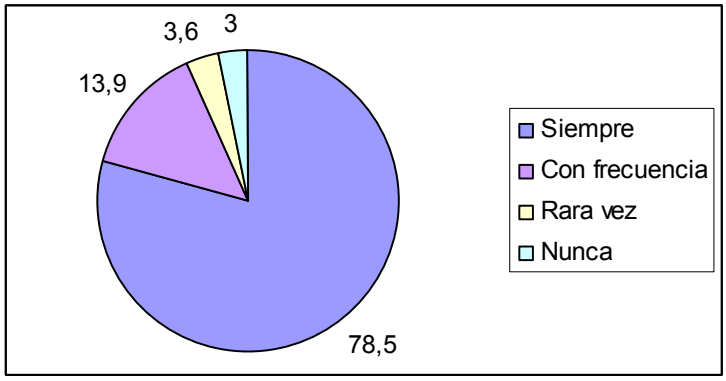
En el 60% de las entidades, el acceso a la documentación es irrestricto a cualquier persona del equipo terapéutico, en cerca del 21% las directivas también tienen acceso a ésta.

Como muestra la tabla 97, en cerca de la mitad de las entidades, el manejo más común de esta situación se hace a través del trabajo directo con los familiares y el asesor a cargo, la presencia del usuario en este tipo de reuniones sólo se registra en el 19% de los casos, en el 17% de los casos la entidad sólo da la información que autorice el usuario.

Tabla 97. ¿Cómo se procede cuando los familiares quieren saber detalles de la historia o proceso de los usuarios?

	CT		12 Pasos		Teoterapia		Psiquiátrico		Clínico - psicológico		Otro		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Se reúnen los familiares con el terapeuta/asesor a cargo	35	33,0	9	45,0	36	50,7	15	42,9	22	42,3	26	44,1	143	41,7
Se reúnen los familiares con el terapeuta y el usuario	23	21,7	1	5,0	16	22,5	5	14,3	7	13,5	13	22,0	65	19,0
Se trabaja en la terapia familiar junto con el usuario	12	11,3	1	5,0	4	5,6	2	5,7	3	5,8	1	1,7	23	6,7
No se les da sino la información que autorice el usuario	17	16,0	4	20,0	10	14,1	8	22,9	8	15,4	11	18,6	58	16,9
Se motiva al usuario a que hable abiertamente con sus familiares	6	5,7%	1	5,0%	4	5,6%	3	8,6%	3	5,8%	4	6,8%	21	6,1%
Otro	13	12,3%	4	20,0%	1	1,4%	2	5,7%	9	17,3%	4	6,8%	33	9,6%

Figura 65. La información sobre mí y mi caso se ha manejado confidencialmente…



De acuerdo con el 78% de los usuarios, las entidades han hecho un manejo confidencial de su información siempre, sin embargo, cerca del 20% de los usuarios percibe que la confidencialidad no se ha reservado en todos los casos.

Explicación de la problemática, valores y principios de los tratamientos

Tabla 98. ¿Cómo explica la institución la dependencia o la drogadicción? (directores)

	Directores		MET	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Es una enfermedad	78	17,4	70	17,2
Es un trastorno psico-social, un problema conductual	59	13,2	64	15,7
Es un problema multifactorial	97	21,7	92	22,6
Es un asunto derivado de problemas sociales, carencias afectivas	136	30,4	94	23,1
Es un producto de la oferta y el narcotráfico	8	1,8	1	0,2
Explicación religiosa	16	3,6	5	1,2
Es un mecanismo de huída, un escape	31	6,9	44	10,8
Otros	23	5,1	37	9,1
Total	448	100,0	407	100,0

Con ligeras variaciones, directores y miembros del equipo terapéutico opinan que la dependencia a las drogas es producto de factores de riesgo social y afectivo y/o un problema multifactorial. Mientras el 17% en ambas fuentes consultadas considera que se trata de una enfermedad, el 16% considera que se trata de un trastorno de conducta y/o psico-social. Llama la atención que el personal asistencial se inclina más a pensar el consumo como un mecanismo de huída o escape que los mismos directores.

Tabla 99. Valores que inculcan las instituciones en los usuarios (directores)

	Frecuencia	Porcentaje
Respeto	207	16,0
Honestidad, honradez, sinceridad, transparencia	176	13,6
Responsabilidad	128	9,9
Solidaridad	98	7,6
Amor	85	6,6
Tolerancia / comprensión	82	6,3
Amor a sí mismo	76	5,9
Temor y/o amor a Dios	62	4,8
Valores morales y cristianos	57	4,4
Autonomía	41	3,2
Compromiso	37	2,9
Conciencia	15	1,2
Voluntad	18	1,4
Superación	18	1,4
Búsqueda de la verdad	9	0,7
Etica	7	0,5
Bondad, ternura	5	0,4
Saber escuchar	2	0,2
Eficiencia	1	0,1
Otro	167	12,9
Total	1.291	100,0

Como se observa en la tabla 99, las entidades hacen mayor énfasis en el fortalecimiento de valores sociales y relacionales, antes que en valores individuales y personales. Estos últimos buscan la autonomía, el compromiso y la voluntad de cambio y la auto-superación.

Tabla 100. ¿Cuáles son los principios que rigen el tratamiento en la institución? (MET)

	Frecuencia	Porcentaje
Enfoques basados en valores como honestidad, responsabilidad, etc.	114	25,7
Enfoque religioso	78	17,6
Enfoque humanista	37	8,3
Principios teórico - científicos	33	7,4
Enfoque espiritual	32	7,2
Enfoque terapéutico, comunidad terapéutica	19	4,3
12 pasos de AA	12	2,7
Cognitivo conductual	10	2,3
Enfoque bio-psico-social	10	2,3
Enfoque *amigoniano*	8	1,8
Sistémico	7	1,6
Logoterapia	1	0,2
Otros	83	18,7
Total	444	100,0

Los principios de tipo religioso, teórico o filosófico de los tratamientos enfatizan en mayor medida en los valores antes descritos, en segundo lugar están los principios religiosos y la filosofía humanista.

Tabla101. ¿Cuál es su perspectiva teórica en el tratamiento de los usuarios? (MET)

	Frecuencia	Porcentaje
Cognitivo-conductual	69	19,5
Teológica	58	16,4
Psico dinámica (Psicoanalítica)	34	9,6
Sistémica	34	9,6
12 pasos	14	4,0
Gestalt	5	1,4
Transpersonal	3	,8
Ninguna específica	30	8,5
Otra	107	30,2
Total	354	100,0

La orientación teórica más mencionada por el personal asistencial fue la cognitivo-conductual (de mayor presencia en las comunidades terapéuticas y en los programas clínico-psicológicos), seguida de la teológica (en su totalidad en las entidades de teoterapia), la psico-dinámica (igual de común en las comunidades terapéuticas, los programas psiquiátricos y los clínico-psicológicos) y la sistémica (principalmente en las comunidades terapéuticas y en programas clínico-psicológicos).

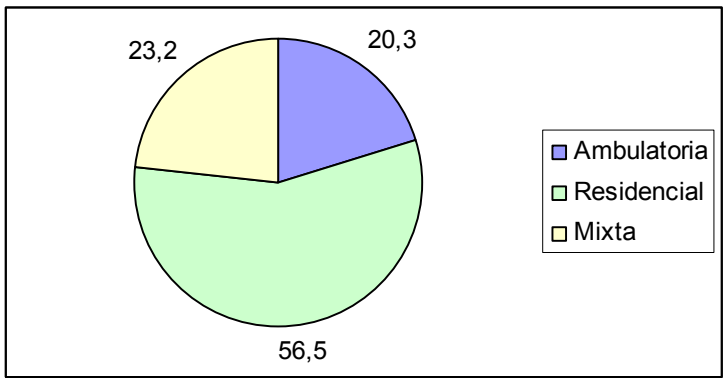
Tabla102. ¿A su juicio, y basándose en su propia experiencia, qué es lo más difícil de trabajar con consumidores de drogas y alcohol? (MET)

	Frecuencia	Porcentaje
Inestabilidad emocional, manipulación	76	19,1
No aceptar que se tiene un problema, falta de conciencia	67	16,8
Falta de compromiso de la familia	51	12,8
Falta de compromiso personal, de interés, madurez	48	12,1
El logro de la abstinencia, las recaídas	48	12,1
Factores sociales externos	24	6,0
Aceptar límites y normas	7	1,8
Ninguna	5	1,3
Otros	72	18,1
Total	398	100,0

Para una mayor proporción de miembros del equipo terapéutico, lo que supone un mayor reto en el trabajo con los consumidores es su inestabilidad emocional y su tendencia a la manipulación, en segundo lugar estaría la "negación" del problema. Llama la atención que para algunos, la falta de compromiso familiar supone también dificultades, para una proporción similar, el mayor reto está en el logro de la abstinencia y en la prevención de recaídas.

Aspectos de la infraestructura de los CAD

Figura 66. Distribución de las sedes visitadas por tipo (N=379)



Como lo muestra la figura 66, más de la mitad de las sedes visitadas fueron de tipo residencial (n= 214), seguidas de las sedes mixtas (residencial + ambulatoria, n=88)) y de las sedes ambulatorias (n= 77).

La tabla 103 muestra que la mayor parte de las sedes cuenta con las redes básicas de servicios públicos, las sedes que pertenecen a programas de 12 pasos y a programas psiquiátricos con énfasis en salud mental, así como las IPS y programas de otro tipo, son las que presentan la mejor infraestructura en servicios públicos.

Tabla 103. Distribución de las sedes según cuentan o no con redes básicas de servicios públicos

ABASTECIMIENTO DE AGUA	GENERAL		POR MODELO						POR TIPO			
	Total	%	CT	12 P.	TEO	SM	C. Psic.	Otro	IPS	ONG	FSAL	Otro
Acueducto corriente	335	88,4	82,9	94,7	85,0	100	87,3	93,4	100	77,8	87,7	96,0
Fuente superficial, pozo (sin tratamiento)	16	4,2	7,2	0	8.8	0	1,8	0	0	6,9	5,2	0
Fuente superficial, planta (sin tratamiento)	26	6,9	9,9	5,3	3,8	0	10,9	6,6	0	15,3	6,2	4,0
N/dato	2	0,5	0	0	2,5	0	0	0	0	0	0,9	0
Total	379	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
DISPOSICION DE EXCRETAS												
Alcantarillado	329	86,8	81,1	100	78,8	94,4	92,7	95,1	93,3	81,9	85,3	96,0
Pozo séptico (subterráneo)	45	11,9	18,9	0	16,3	2,8	7,3	4,9	1,9	16,7	13,3	4,0
Sistema de letrinas	2	0.5	0	0	2,5	0	0	0	0	1,4	0,5	0
N/dato	3	0.8	0	0	2,5	2,8	0	0	1,9	0	0,9	0
Total	379	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
MANEJO DE DESECHOS												
Servicio de recolección	343	90,5	91,0	100	80,0	97,2	94,5	93,4	96,3	88,9	89,1	96,0
Relleno sanitario	16	4,2	5,4	0	10,0	0	1,8	1,6	0	4,2	5,7	4,0
Se queman	14	3,7	1,8	0	6,3	2,8	1,8	4,9	3,7	5,6	2,8	0
Se desechan en campo abierto (terreno, río, etc,)	5	1,3	0,9	0	3,8	0	1,8	0	0	1,4	1,9	0
N/dato	1	0,3	0,9	0	0	0	0	0	0	0	0,5	0
Total	379	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Los datos que se muestran en la tabla 104, sugieren que en alrededor del 79% de las entidades en las que la condición que se indaga aplica (sanitarios n= 127, duchas n=124 y dormitorios n= 119) por que la entidad sí atiende hombres y mujeres, o porque la entidad cuenta con modalidad residencial o mixta, se cuenta con sanitarios, duchas o dormitorios para hombres y para mujeres.

El análisis por modelo muestra que la condición de sanitarios separados se cumple más en los programas psiquiátricos y en las comunidades terapéuticas, seguidos de otros modelos o modelos alternativos y menos en los modelos de tratamientos restantes con muy pocas variaciones. Este mismo patrón se encuentra para la condición de duchas separadas y de dormitorios separados.

La figura 67 muestra que la mayor parte de las entidades cuenta con baños para el uso exclusivo del personal y en cerca del 40% con baños para los usuarios externos (familiares, visitantes, etc.)

Tabla 104. Distribución de las sedes según cuentan o no con sanitarios, duchas y dormitorios separados para hombres y mujeres

SANITARIOS SEPARADOS (N =361)	SI		NO		NO APLICA	
	Total	%	Total	%	Total	%
CT	24	6,6	7	1,9	80	22,2
12 Pasos	9	2,5	3	0,8	7	1,9
Teoterapia	10	2,7	4	1,1	65	18,0
Psiquiátrico	31	8,6	3	0,8	2	0,6
Clínico Psicológico	8	2,2	3	0,8	44	12,2
Otro	17	4,7	8	2,2	36	10,0
Total	99	27,4	28	7,8	234	64,8
DUCHAS SEPARADAS (N=354)						
CT	24	6,8	6	1,7	80	22,6
12 Pasos	9	2,5	3	0,8	7	2,0
Teoterapia	8	2,3	5	1,4	66	18,6
Psiquiátrico	30	8,5	3	0,8	2	0,6
Clínico Psicológico	8	2,3	3	0,8	40	11,3
Otro	20	5,6	5	1,4	35	9,9
Total	99	28,0	25	7,1	230	65,0
DORMITORIOS SEPARADOS (n = 361)						
CT	26	7,2	3	0,8	82	22,7
12 Pasos	8	2,2	4	1,1	7	1,9
Teoterapia	10	2,8	3	0,8	67	18,6
Psiquiátrico	28	7,8	5	1,4	3	0,8
Clínico Psicológico	7	1,9	3	0,8	44	12,2
Otro	16	4,4	6	1,7	39	10,8
Total	95	26,3	24	6,6	242	67,0

Figura 67. Distribución de las sedes según cuentan o no con baños para el personal y para usuarios externos

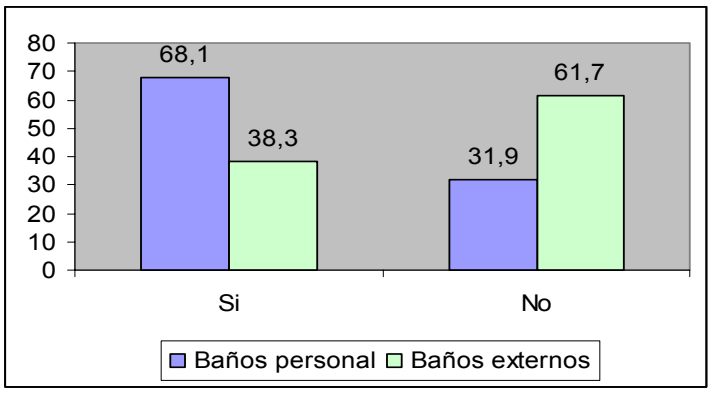


Tabla 105. Estado general de los baños, duchas, cocina, conservación y almacenamiento de alimentos, dormitorios

SANITARIOS	Si	No	Total N=379
Sucios	10	90	100
Tapados	0,5	99,5	100
Desportillados, rotos	11,6	88,4	100
Sistema de agua defectuoso/inoperante	3,4	96,6	100
En buen estado general	**78,1**	**21,9**	**100**
DUCHAS	n=302		
Sucias	8,3	91,7	79,6
Llaves rotas /incompletas	11,6	88,4	79,6
Tubos rotos /inexistentes	7,3	92,7	79,6
Piso agrietado	12,6	87,4	79,6
En buen estado general	**80,8**	**19,2**	79,6
HIGIENE DE COCINA	n=347		
Piso, estantes y mesas sucias	8,9	91,1	91,5
Presencia de basura o desperdicios	4,0	96	91,5
Presencia de roedores, insectos u otros animales	5,2	94,8	91,5
Olores desagradables o fuertes	3,5	96,5	91,5
Alimentos visiblemente dañados o descompuestos	5,2	94,8	91,5
Buenas condiciones de higiene en general	**84,7**	**15,3**	91,5
ALMACENAMIENTO DE ALIMENTOS	n=347		
Hay alimentos junto a elementos de limpieza/tóxicos	3,2	96,8	91,5
Hay alimentos a menos de un metro de la basura	2,9	97,1	91,5
Hay alimentos expuestos al sol o al aire libre	4,3	95,7	91,5
Hay perecederos por fuera de neveras /congeladores	3,2	96,8	91,5
Las condiciones de conservación de alimentos parecen adecuadas	**82,4**	**17,6**	91,5
Las condiciones de almacenamiento de alimentos parecen adecuadas	**87,9**	**12,1**	91,5
DORMITORIOS	n=314		
Cuentan los dormitorios con ventanas que se puedan abrir	74,8	25,2	82,8
Las camas están a menos de un metro y medio una de otra	54,1	45,9	82,8

Los resultados que se presentan en la tabla 105 muestran que las condiciones de higiene y de infraestructura física son adecuadas para la gran mayoría de instituciones. Para el cálculo de porcentajes se tuvo en cuenta los casos en los que no aplica, sin embargo, es importante anotar que se presentaron algunas entidades que aún siendo sedes ambulatorias, contaban con cocina y con dormitorios, por esto los valores válidos varían. La columna de la derecha muestra el porcentaje del n válido descrito, con respecto al número total de sedes.

Tabla 106. Descripción por modelo según buen estado o condiciones adecuadas de los aspectos observados en las sedes

	Sanitarios	Duchas	Cocina	Conservación de alimentos	Almacenamiento de alimentos	Ventilación	Espacio entre camas
CT	80,2	76,6	84,7	79,3	91,0	73,9	70,3
12 Pasos	68,4	63,2	84,2	73,7	84,2	63,2	52,6
Teoterapia	63,8	52,5	60,0	72,5	67,5	62,5	36,2
Psiquiátrico	86,1	86,1	83,3	77,8	80,6	63,9	36,1
Clínico- psicológico	96,4	47,3	76,4	67,3	74,5	40,0	25,4
Otro	75,4	60,7	82,0	77,0	78,7	50,8	32,8

El análisis de las condiciones más adecuadas por modelo muestra que la calidad de los diversos aspectos varía entre modelos, sin embargo, las comunidades terapéuticas muestran en general las mejores condiciones. Con respecto a los sanitarios se encuentra que las mejores condiciones se encuentran en los programas clínico-psicológicos, seguidos de los psiquiátricos y las comunidades terapéuticas, en este aspecto los programas de teoterapia parecen estar en peores condiciones. Similar situación se encuentra en el estado de las duchas. Las condiciones de higiene de las cocinas son similares en las CT, los programas de 12 pasos y los psiquiátricos y son inadecuadas en los programas de teoterapia y en los clínico –psicológicos. La conservación de alimentos es muy similar en todos, mostrando condiciones desfavorables en los programas de teoterapia y en los clínico-psicológicos. Los aspectos de ventilación se presentan también en menor medida en estos últimos y en otros modelos de tratamiento. Las condiciones de espacio mínimo entre camas, se cumplen más en las comunidades terapéuticas que en los otros programas.

Tabla 107. Descripción del estado general de las sedes

	Si	No
¿Goteras en el techo?	8,0	92,0
¿Grietas en las paredes?	19,8	80,2
¿Grietas en el techo?	13,2	86,8
¿Grietas en el piso?	15,9	84,1
¿Ventanas incompletas o vidrios rotos?	11,4	88,6
¿Presencia de humedad con olor y notoria?	12,2	87,8
¿Piso irregular con obstáculos?	15,1	84,9
¿Ventilación inapropiada?	11,4	88,6
¿Iluminación deficiente?	13,2	86,8

Las condiciones de la mayoría de las sedes parecen apropiadas, las condiciones que se encontraron con mayor frecuencia fueron la de presencia de grietas en paredes, grietas en el piso y pisos irregulares o con obstáculos, sin embargo en el 13% de las sedes en promedio, las condiciones de mantenimiento y seguridad para usuarios y funcionarios no parecen ser las mejores.

Tabla 108. Aspectos de dotación de las sedes en la zona asistencial

	Si	No	No aplica
Comedor dotado con mesas, sillas, vajillas y cubiertos	82,6	8,4	9,0
Habitaciones con juegos de cama (sabana, cobija, almohada)	76,0	7,4	16,6
Toallas para cada usuario	65,7	17,7	16,6
Habitaciones con espacios para guardar objetos personales (armario, baúl, locker)	74,7	8,6	16.6
Material pedagógico (cartillas, rotafolios)	62,8	33,5	3,7
Tableros o papelógrafos	68,9	28,5	2,6
Carteleras informativas	78,6	19,3	2,1
Biblioteca	43,8	53,6	2,6

Tabla 109. Aspectos de dotación de las sedes en la zona administrativa

	Si	No	No aplica
Escritorios	87,6	3,7	8,7
Sillas	87,9	3,4	8,7
Archivadores	82,1	8,9	8,7
Máquina de escribir	37,9	52,6	8,7
Computador(es)	66,6	24,7	8,7
Fax	50,0	40,0	8,7

Como se observa en las tablas 108 y 109, la mayor parte de las instituciones cuentan con una dotación adecuada para los servicios que ofrecen, los materiales pedagógicos sin embargo, no parecen estar disponibles en sino en un poco más de la mitad de las entidades, así como las bibliotecas sólo disponibles en el 44% de las sedes. Esto mismo se observa en el área administrativa, estando menos disponibles el fax y los computadores, que otros insumos. Podría decirse que alrededor del 22% de las entidades tienen problemas de dotación básica.

Tabla 110. Otros insumos/aspectos disponibles en las sedes

	Si	No
Botiquín de primeros auxilios	76,3	23,7
Extintores de incendio a la vista y en diferentes áreas de la institución	48,5	51,5
Extintores con revisión reciente (un año o menos al momento de la visita)	87,0	13,0
Vigilancia policial	8,2	91,8
Vigilancia privada	23,7	76,3

Si bien un número importante de entidades registra no contar con botiquín de primeros auxilios, vale la pena señalar que el 23.2% de las sedes pertenece a entidades que ofrecen desintoxicación farmacológica y manejo de urgencias, corresponden a entidades de tipo ESE/IPS, para la cuales este ítem no aplica. Llama sin embargo la atención, que en más de la mitad de las entidades no se cuenta con extintores de incendio, al menos que estuvieran a la vista de los trabajadores de campo, y que en el 13% de los casos en los que sí había extintores, su revisión se encontraba vencida. La vigilancia no es un aspecto común en estas entidades.

Tabla 111. Manejo de medicamentos

	Si	No
¿Cuenta con un espacio exclusivo para almacenar los medicamentos?	94,0	6,0
¿Está el espacio cerrado bajo llave?	96,4	3,6
¿Hay alguna planilla de control de acceso a los medicamentos?	86,9	13,1
¿Cuenta la institución con inventario de medicamentos?	88,1	11,9
¿Está el espacio de almacenamiento bien ventilado?	84,5	15,5
¿Está el espacio de almacenamiento libre de luz solar?	96,4	3,6
¿Está el espacio de almacenamiento libre de fuentes de calor?	95,2	4,8
¿Cuenta con personal capacitado para el manejo de medicamentos?	88,2	11,8

De las sedes en las cuales se manejan medicamentos de control especial (n=84), en dos los usuarios se hacen cargo de sus medicamentos, en el resto se observa que el 6% no cuenta con un espacio especial para su almacenamiento, que en cerca del 4% no están bajo llave y que en porcentajes similares el lugar de almacenamiento no cuenta con condiciones ambientales para su adecuada conservación. Planillas de control no se manejan en el 13% de las sedes, 12% no se cuenta con inventario y tampoco con personal entrenado en el manejo de medicamentos.

Se observa en la tabla 112 que en las 44 sedes en las cuales se hace un manejo hospitalario de la problemática de la adicción y condiciones asociadas, se cuenta con la dotación mínima y básica como con un centro de control médico, área específica para el uso de elementos de aseo y con tensiómetro y fonendoscopio. Los elementos con los que menos se dispone son: áreas de lavado y desinfección de enseres contaminados, facilidades para movilizarse en silla de ruedas, sistema de monitoreo de pacientes hospitalizados, electrocardiógrafo, succionador, bombas de infusión de medicamentos por goteo, glucómetro, sillas de ruedas y equipos para inmovilización y sujeción mecánica de pacientes. Llama la atención que en el 9% de estas sedes no se cuenta con protocolos para el manejo de urgencias.

Tabla 112. Dotación del área asistencial en entidades en las que se ofrece desintoxicación médica y/o manejo de urgencias por sobredosis

	Si	No
01 Centro de control médico y de enfermería	100	0
02 Salas de internación para pacientes	86,4	13,6
03 Baños exclusivos para pacientes hospitalizados	90.9	9,1
04 Areas de lavado y desinfección de enseres contaminados	77,3	22,7
05 Area para el uso y almacenamiento de elementos de aseo	100	0
06 Depósito para almacenamiento de residuos hospitalarios y biológicos	90,9	9,1
07 Bolsas de color rojo para depositar los residuos biológicos	95,5	4,5
08 Pisos y paredes en baldosa que permite asepsia (higiene)	86,4	13,6
09 Facilidades para movilizarse en silla de ruedas (rampas, ascensores si es edificio de 3 pisos o más, etc.)	68,2	31,8
10 Sistemas de monitoreo de pacientes hospitalizados (timbre, chequeo periódico, etc.)	81,8	18,2
11 Oxígeno disponible en salas de internación	88,4	11,6
12 Equipo básico de reanimación	93,0	7,0
13 Electrocardiógrafo	69,8	30,2
14 Succionador	79,1	20,9
15 Bombas de infusión de medicamentos por goteo	59,1	40,9
16 Glucómetro	76,7	23,3
17 Tensiómetro y fonendoscopio	100	0
18 Camas hospitalarias	83,7	16,3
19 Camillas	88,4	11,6
20 Sillas de ruedas	81,4	18,6
21 Equipo para inmovilización y sujeción mecánica de pacientes	81,4	18,6
22 Guías o protocolos para el manejo de urgencias	90,9	9,1
23 Inventario de insumos médicos	97,7	2,3

Tabla 113. Infraestructura disponible en el área asistencial

	Si	No	No aplica
Salón de reuniones o aulas apropiadas para talleres/terapias de grupo	78,4	18,5	3,2
Espacios para actividades recreativas (sala de TV, juegos, estares)	78,2	21,3	0,3
Espacios para actividades físicas (gimnasio, zonas verdes, etc.)	48,8	50,9	0,3
Espacios para actividades deportivas (canchas, piscina, etc.)	38,0	61,7	0,3
Espacios para terapia ocupacional / talleres vocacionales	70,7	29,0	0,3
Consultorios o espacios privados para las terapias individuales	68,3	31,7	0
Están todos los consultorios apropiadamente aislados del ruido	49,1	24,3	26,6
Espacios en los que los residentes puedan tener momentos de privacidad	51,5	30,9	17,7

Como muestra la tabla 113, las sedes visitadas cuentan en mayor medida con salas de reuniones para el desarrollo de trabajos grupales y con espacios para actividades recreativas. En menor medida se encuentran espacios para actividades vocacionales y consultorios o espacios apropiados para el trabajo individual con los usuarios. Se observan también dificultades con el aislamiento de los consultorios y disponibilidad de espacios para la privacidad de los residentes en un poco más de la mitad de las sedes.

El análisis por modelo mostró que las instituciones con la infraestructura asistencial básica más completa son las de énfasis psiquiátrico (91% con aulas, espacios para talleres y 100% con consultorios, el 91% de los cuales garantiza la privacidad). A estas le siguen las comunidades terapéuticas (90% con aulas, 81% con espacios para talleres, 74% con consultorios, 57% de los cuales están apropiadamente aislados). Los modelos de 12 pasos y las entidades de teoterapia arrojaron los siguientes resultados respectivamente: Aulas 68% y 63%, espacios para talleres 58% y 67%, consultorios 31% y 32%, aislamiento sonoro 31% y 17%.

Tabla 114. Calificación de los usuarios acerca de diversos aspectos de las sedes

	Excelente	Buena	Regular	Mala	Pésima	NS/NR	No Aplica
El vecindario de la institución	24,3	52,7	9,6	5,1	1,8	4,3	2,2
La calidad de la comida (Residente)	34,6	44,8	10,2	1,7	0,3	0,2	8,2
La calidad de los dormitorios (Residente)	28,2	50,3	5,7	1,0	0,4	0	14,4
La calidad de los baños	25,7	58,2	10,6	3,3	1,3	0,2	0,7
Las condiciones de higiene y aseo general	36,2	56,0	6,5	0,8	0,3	0	0,2
La calidad de los consultorios	21,2	47,1	6,8	1,0	0,2	1,3	22,4
La calidad de los espacios para terapias de grupo y/o talleres	29,3	55,6	8,5	0,9	0,4	0,4	4,8
La calidad de los espacios para recreación y/o deportes	21,8	37,3	9,1	3,4	1,3	1,0	26,0

La mayor parte de los usuarios entrevistados, considera que la mayoría de los aspectos indagados son excelentes o buenos. Sin embargo, se expresa un poco de insatisfacción con la calidad de la comida, la calidad de los baños y la calidad de los espacios para recreación y deportes. Como se evidencia también un importante número de usuarios reportó que en las sedes en las cuales los atienden, no hay consultorios para terapia individual y no hay espacios para la recreación o la actividad física.

3.3 Perfil de los usuarios en tratamiento en los CAD

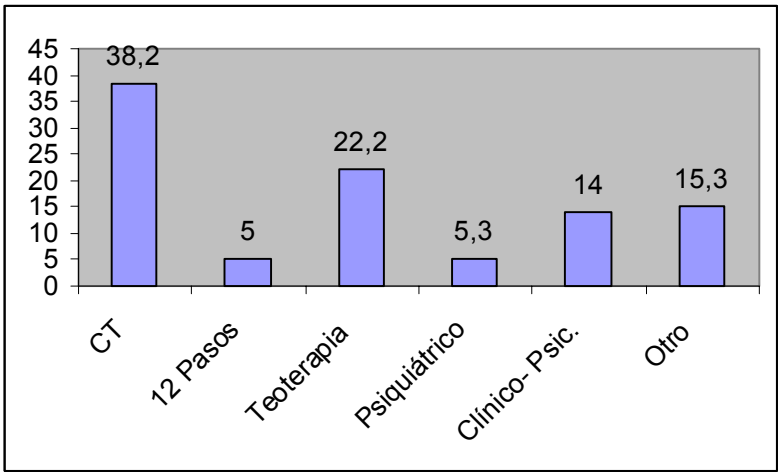
3.3.1. Tipo de usuarios entrevistados:

Tabla 115. Distribución de los usuarios según la fase/modalidad del tratamiento al que asisten

	Total	Porcentaje
Residente	900	80,6
Ambulatorio	136	12,2
Consulta externa	1	0,1
Seguimiento/Reinserción	4	0,4
Acogida/inicio (sólo usuario de permanencia de + de 3 semanas)	4	0,4
Hospital día	33	3
Hospital noche	24	2,2
Desintoxicación (hospitalaria)	2	0,2
N/dato	12	1,1
Total	1116	100

La gran mayoría de usuarios entrevistados correspondió a residentes de los programas, seguidos de los que asistían a programas ambulatorios, hospital día y hospital noche. Las personas en seguimiento, acogida o inicio, asistían en modalidad ambulatoria y los de desintoxicación se encontraban hospitalizados.

Figura 68. Distribución de los usuarios por modelo de tratamiento



Como muestra la figura 68, la mayor proporción de usuarios pertenecía a comunidades terapéuticas, seguidos de los que asistían a programas de teoterapia, en similar proporción hubo participación de usuarios de otros modelos de tratamiento (terapias alternativas y otros) y de programas clínico-psicológicos, fue menor la participación de usuarios para los modelos de 12 pasos y psiquiátricos. Todo ello, guarda también correspondencia con la

participación de los modelos de tratamiento en el mapa general de la oferta de servicios a población consumidora.

3.3.2. Características socio-demográficas de los usuarios entrevistados:

Figura 69a. Distribución de los usuarios según género

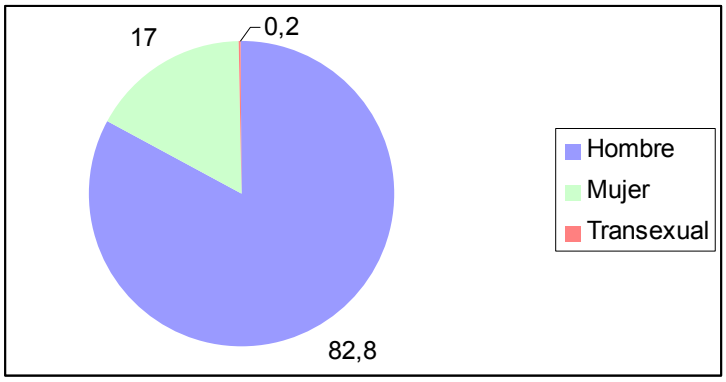


Figura 69b. Distribución de los usuarios según grupo étnico

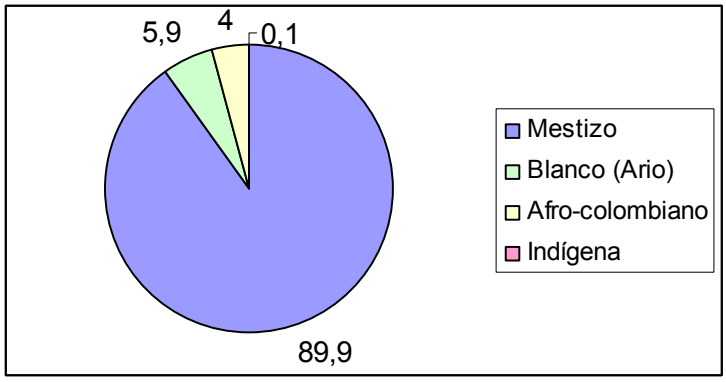


Tabla 116. Distribución de los usuarios por rangos de edad

	Frecuencia	Porcentaje
12-14 años	65	5,8
15-17 años	308	27,6
18-20 años	122	10,9
21-24 años	148	13,3
25-30 años	134	12
31-35 años	92	8,2
36-40 años	84	7,5
41-45 años	79	7,1
> 46 años	84	7,5
Total	1116	100

Tabla 117. Distribución de los usuarios según estrato socio-económico familiar vs estrato socio-económico actual

Estrato familiar			Estrato actual	
	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje
Sin estrato –sin techo-	20	1,8	169	15,1
Estrato urbano 1-2	577	51,7	528	47,3
Estrato urbano 3-4	383	34,3	336	30,1
Estrato urbano 5-6	84	7,5	64	5,7
Campesino	9	0,8	2	0,2
Indígena	1	0,1	1	0,1
No nació o creció en una familia	17	1,5	--	--
Rehúsa contestar	25	2,2	16	1,4

Tabla 118. Distribución de los usuarios según estrato socio-económico

	Total	Porcentaje
Soltero(a)	861	77,2
Casado(a)	81	7,3
Unión libre o de hecho	98	8,8
Separado(a) o divorciado(a)	67	6,0
Viudo(a)	9	0,8

Tabla 119. Distribución de los usuarios según último nivel educativo alcanzado

	1 Completa		2 Incompleta		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%
Primaria	110	35,3%	131	16,9%	243	22,3%
Secundaria	118	37,8%	518	66,7%	636	58,3%
Técnica	35	11,2%	27	3,5%	62	5,7%
Universitaria	35	11,2%	98	12,6%	133	12,2%
Especialización	11	3,5%	1	,1%	12	1,1%
Maestría o magíster	3	1,0%	1	,1%	4	,4%
Doctorado	0	,0%	1	,1%	1	,1%
N válidos	312		777		1091	

De acuerdo con los resultados descritos en las figuras 69a y 69b y las tablas 116, 117 y 118 la mayoría de los usuarios en tratamiento entrevistados fueron hombres (82,8%) y el 17% restante fueron mujeres, sólo dos transexuales se entrevistaron en el estudio. De ellos, la mayoría eran mestizos y el 10% se distribuyó entre blancos-arios, afro-colombianos y un solo indígena.

El 27% de los usuarios eran jóvenes entre los 15 y los 17 años, el 15% mayores de edad entre los 18 y los 24 años de edad, el 42% restante estaba por encima de los 24 años. El promedio de edad fue de 26 años (mínima 12 y máxima 64).

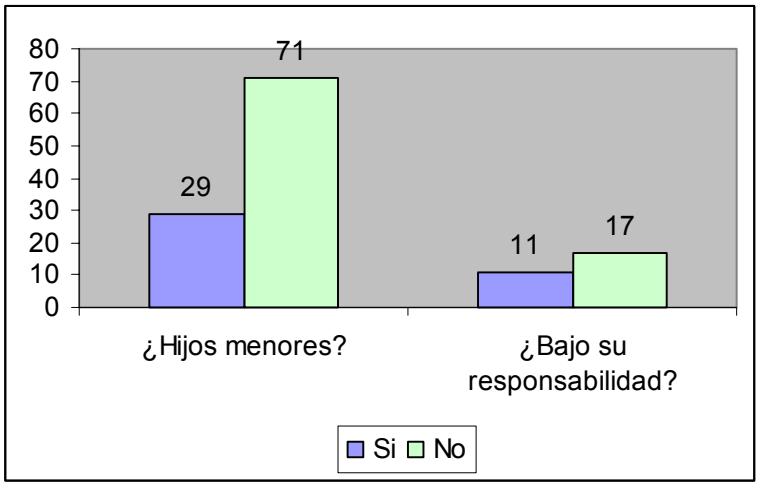
Con respecto al estrato socio-económico se encontró que la mayoría de los participantes pertenecía a los estratos 1 y 2, seguidos de los estratos 3 y 4 y las personas sin techo. Las personas de estrato 5 y 6 representaron apenas el 5.7% de la muestra. Resulta interesante la evolución por estrato según el registrado para la familia de origen y el estrato actual de los consumidores en tratamiento, pues se observa un deterioro en las condiciones de vida, por ejemplo, apenas el 1,2% de los usuarios dijo que su familia de origen no tenía techo y en la actualidad el 15% de ellos se encuentra en esa situación, así mismo, el 7,5% de ellos dijo haber crecido en una familia de estrato 5 o 6 y en la actualidad el 5,7% conserva esa situación, evoluciones similares se observan en los estratos socio-económicos restantes.

El análisis por modelo arrojó que un mayor número de personas sin estrato o sin techo acudía a los programas de enfoque alternativo u otro enfoque (40%), a teoterapia (25%) y a comunidades terapéuticas (20,4%). El 36% de las personas de estratos 1 y 2 asistía a comunidades terapéuticas, el 23% a teoterapia y el 18,5% a programas clínico-psicológicos, mientras que sólo el 3,4% estaba en los programas de 12 pasos. Los usuarios de estratos 3 y 4 se distribuyeron así: 48,5% en comunidades terapéuticas, 35% en programas de teoterapia, 28% en programas clínico-psicológicos y el 6% en programas de 12 pasos. Por último, los usuarios de estratos 5 y 6 asistían en un 37,5% a las comunidades terapéuticas, en un 17% a los programas de 12 pasos y en un 15% a programas con énfasis psiquiátrico.

En relación al estado civil, la gran mayoría de los usuarios eran solteros al momento de la entrevista, el 16% contaba con una unión formal o de hecho y el 6% estaba separado.

La situación educativa de los usuarios muestra que si bien más de la mitad había llegado a secundaria, ésta estaba incompleta, mientras el 38% ya era bachiller, lo cual debe ser visto a la luz de los rangos de edad de mayor participación en la muestra. El 11% respectivamente, tenía formación técnica o universitaria completa y el 35% sólo contaba con formación primaria completa.

Figura 70. Distribución de los usuarios según tienen hijos menores de 18a. y si estos estaban bajo su responsabilidad al momento del ingreso a tratamiento



La figura 70 muestra que el 29% de los usuarios tenía hijos menores de 18 años al momento de ingresar a tratamiento y que en el 11% de esos casos, los hijos estaban bajo la

responsabilidad del mismo usuario. El 16,4% de ellos tenía un hijo, el 10,8% entre 2 y 3, el 1,2% entre 4 y 5 y el 0,4% 6 o más hijos.

Tabla 120. ¿A cargo de quién están sus hijos en este momento?

	Frecuencia	Porcentaje
Cónyuge o pareja estable (padre/madre biológica)	117	36,1
Abuelos u otros familiares (incluye pareja de usuario)	81	25,0
Amigos, conocidos o vecinos	1	0,3
El mismo usuario (por estar en tratamiento ambulatorio y hospital día/noche)	9	2,8
Una institución conseguida por el mismo usuario o su familia	5	1,5
Otro	111	34,2
N válidos	324	100

En un poco más de la tercera parte de los casos, los hijos reportados se encontraban a cargo del cónyuge o pareja estable del usuario(a) (padre o madre biológica) al momento de la entrevista, en una cuarta parte estaban a cargo de otros familiares o pareja (no padre o madre biológica. En la categoría otro se encontró que en el 93,7% de los casos los hijos estaban a cargo del padre/madre biológica con quien el usuario(a) no tenía ya una relación formal. Una categoría existente que no mostró registros fue la opción de que el hijo o hijos estuvieran en la misma institución de tratamiento o en otra institución que tuviera convenio con esa entidad.

Tabla 121. Durante los últimos 6 meses ¿cuál ha sido su principal fuente de ingresos?

	Frecuencia	Porcentaje
Empleo con salario estable (medio tiempo/tiempo completo)	57	5,1
Trabajo temporal (pago semanal/diario sin contrato formal)	76	6,8
Trabajo en negocio familiar	24	2,2
Ingresos familiares o de pareja	276	24,7
Independiente (actividades por venta de bienes o servicios)	66	5,9
Limosna o "retaco"	35	3,1
Venta ambulante (en calle, buses) "rebusque"	69	6,2
Venta de drogas o jibareo "cruces"	12	1,1
Trabajo sexual o sexo comercial	14	1,3
Robo, hurto u otra actividad por fuera de la ley	86	7,7
Otro	399	35,8
Rehúsa contestar	2	0,2
Total	1116	100,0

Cerca de una cuarta parte de los usuarios, percibió ingresos de la familia en los seis meses previos a la entrevista, las categoría pre-establecidas arrojaron en general porcentajes bajos. La categoría "otro" arrojó los resultados que se muestran en la tabla 122.

Tabla 122. Otra fuente ingresos en los últimos 6 meses

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno por internamiento en la institución	342	85,7
Reciclaje	4	1,0
Ahorros	2	0,5
Pensión	11	2,8
Remuneración por trabajo en la institución	42	10,5
Limosna de funcionarios de la institución	1	0,3
N Válidos	399	100,0

La mayoría de los usuarios que respondieron otra fuente de ingresos, no recibe ingresos por estar internado en el CAD durante el período indagado, el 10% recibe remuneración por parte de la entidad en la que recibe tratamiento.

Tabla 123. Durante los últimos 6 meses ¿dónde ha vivido la mayor parte del tiempo?

	Frecuencia	Porcentaje
Casa o apartamento propio o de pareja	29	2,6
Casa o apartamento rentado por usuario o su pareja	60	5,4
Casa o apartamento de padres, familiares o amigos	323	28,9
Pieza por días en hoteles o residencias	51	4,5
Dirección no fija (calle, parques, etc)	105	9,4
Institución de tratamiento de drogas	488	43,7
Cárcel o prisión	18	1,6
Otro	41	3,7
Rehúsa contestar	1	0,1
Total	1116	100,0

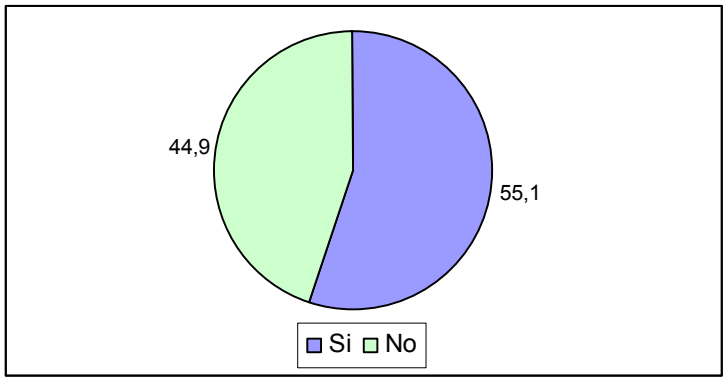
La tabla 123 muestra que el 29% de los usuarios vivía en casa de algún familiar durante los 6 meses previos a la entrevista, mientras que cerca de la mitad había estado viviendo en la misma entidad en la que recibía tratamiento. De acuerdo con la tabla 124 otros usuarios han vivido también en entidades de atención de otro tipo, incluidas en el diagnóstico.

Tabla 124. Otro lugar de vivienda en los últimos 6 meses

	Frecuencia	Porcentaje
Institución para menores infractores de ley	26	63,4
Institución de protección de menores	8	2,4
Hogar de paso / transitorio	5	12,2
Finca de patrones	1	19,5
Batallón	1	2,4
N Válidos	41	100,0

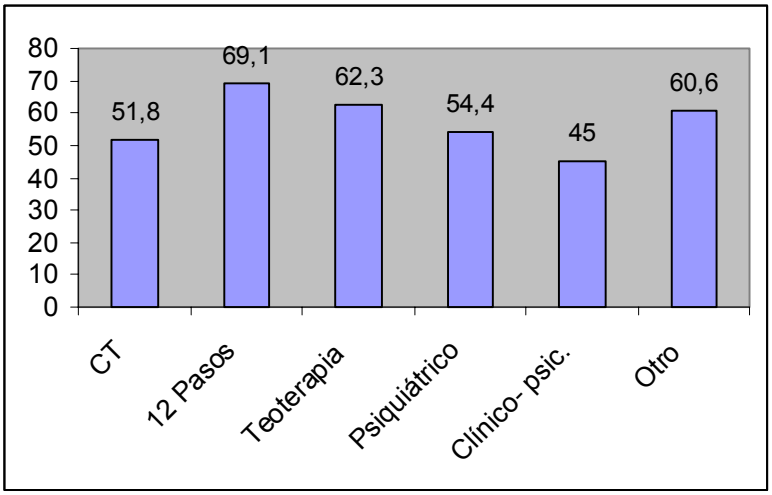
3.3.3. Historia de tratamiento de los usuarios:

Figura 71. Distribución de los usuarios según habían recibido o no tratamientos previos al tratamiento actual, para abandonar o controlar el consumo de drogas



Como lo muestra la figura 71 más de la mitad de los usuarios entrevistados, ya habían estado en algún tipo de tratamiento antes de ingresar al actual al momento de la aplicación. Para el 45% restante, esa era la primera vez.

Figura 72. Distribución de los usuarios con tratamiento previo según modelo del actual tratamiento



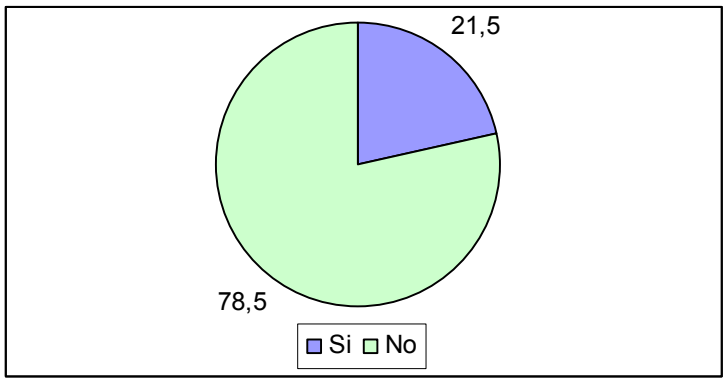
El análisis por modelo muestra que la mayor proporción de usuarios que ya habían intentando al menos un tratamiento en el pasado, se encuentra en la actualidad en un programa de 12 pasos, a estos le siguen los que se encuentran en un programa de teoterapia y en programas que ofrecen otros enfoques y terapias alternativas. Reincidentes se encuentran en menor proporción en los programas clínico-psicológicos, comunidades terapéuticas y psiquiátricos con énfasis en salud mental.

Tabla 125. Tratamientos previos en los que han estado los usuarios

Tipos de tratamiento en los que ha estado: (n = 615)	Total	Ambulatorio Hospital Día	Internado Residencial
Asesoría específica para abandonar consumo (clínica, hospital, centro de tratamiento especializado) no incluye asesoría con psicólogo o psiquiatra	21,5	5,0	16,4
Grupos de autoayuda (AA, NA) – Alcohólicos Anónimos o Narcómanos Anónimos	15,0	12,0	2,9
Curación "tradicional" o alternativa (no médica)	2,6	1,6	1,0
Mantenimiento con Metadona sin intención de reducir la dosis	0,2	0,2	0,0
Desintoxicación con Metadona para manejo de síntomas de abstinencia o retirada (reducción gradual)	1,3	0,0	1,3
Desintoxicación con medicamentos como Naltrexona, Lofexidina y reducción gradual para manejo de síntomas de abstinencia o retirada	1,6	0,7	1,0
Desintoxicación con otros medicamentos	5,4	1,0	4,4
Desintoxicación asistida sin medicamentos (ayuda de amigos, familiares, etc)	6,7	2,1	4,6
Comunidad terapéutica	44,4	2,6	41,8
Psicoterapia, asesoría con psicólogo/psiquiatra	19,3	19,3	
Teoterapia	28,1	2,8	25,4
Grupo de soporte religioso	6,7	3,3	3,4

La tabla 125 muestra que cerca de la mitad de los usuarios estuvo alguna vez en una comunidad terapéutica en modalidad residencial, el siguiente tratamiento previo más mencionado fue el internamiento en algún otro programa especializado, seguido de la teoterapia residencial y la psicoterapia ambulatoria con psicólogo o psiquiatra. Se menciona en muy baja frecuencia la desintoxicación farmacológica como alternativa previa de tratamiento (independientemente del objetivo último), lo cual puede estar asociado más a la baja oferta de estas alternativas en el país, que al éxito relativo de este estilo de tratamiento.

Figura 73. Distribución de los usuarios según habían pasado previamente por tratamiento en la misma institución en la cual se encontraban



Como se observa, si bien la mayoría de los usuarios no había estado en la institución en el pasado, un porcentaje nada bajo sí había intentado previamente tratarse en la misma institución en la que se encontraban durante el diagnóstico situacional. Si bien los datos no se muestran la mayoría de estos usuarios había salido del tratamiento durante los últimos cuatro años: 6% en el año 2.000, 7% en el año 2.001, 17% en el año 2.002, 38% en el año 2.003 y el 23% en el mismo año en que se desarrolló este estudio.

Tabla 126. Aspectos que motivaron el retiro del tratamiento la última vez

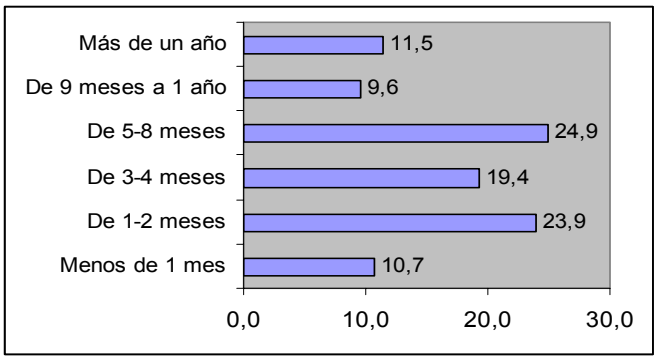
	Frecuencia	Porcentaje
Recayó o volvió a consumir	67	27,7
Desertó o huyó por desagrado o inconformidad con el tratamiento	30	12,4
No se sentía preparado(a) para el tratamiento en ese momento	21	8,7
No pudo pagar los costos del tratamiento	3	1,2
Tuvo problemas con otros usuarios o con personas del equipo asistencial	12	5,0
Otro motivo	109	45,0

Si bien cerca de la mitad de los usuarios que desertaron, se retiró del tratamiento por otros motivos, una importante proporción lo hizo porque recayó en el consumo, seguida de quienes sentían inconformidad con aspectos del tratamiento. Otros motivos se describen en la tabla 127.

Tabla 127. Otros motivos que motivaron el retiro del tratamiento

	Frecuencia	Porcentaje
Terminó el tratamiento /ciclo o fase	53	48,6
Quería ver a la familia	11	10,1
Consiguió un trabajo	7	6,4
Ya se sentía preparado para salir	14	12,8
Policía internó en correccional de menores	2	1,8
Presión familiar / falta de apoyo familiar	4	3,7
Ingresó a otro tratamiento	2	1,8
Tuvo problemas personales	12	11,0
No le gustó la terapia de "ventas"	1	0,9
Se trasladó de ciudad	1	0,9
Carga académica	1	0,9
Cierre del CAD	1	0,9
N Válido	109	100,0

Figura 74. Distribución de los usuarios según el tiempo que llevaban en tratamiento al momento de la aplicación



Como muestra la figura 74, una quinta parte de los usuarios llevaba entre 5 y 8 meses en el tratamiento actual, el 24% llevaba entre 1 y 2 meses y cerca del 20% llevaba entre 3 y 4 meses. En menores proporciones están quienes llevaban más de ocho meses o menos de un mes (mínimo tres semanas).

3.3.4. Carrera de consumo de los usuarios:

Tabla 128. Distribución de los usuarios según edad de inicio en el consumo de cigarrillo, alcohol, marihuana, otras drogas

	CIGARRILLO		ALCOHOL		MARIHUANA		OTRAS DROGAS	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<12 años	357	32,0	400	35,8	176	15,8	120	10,8
12-14 años	402	36,0	403	36,1	408	36,6	336	30,1
15-17 años	204	18,3	199	17,8	275	24,6	298	26,7
18-20 años	55	4,9	61	5,5	91	8,2	136	12,2
21-24 años	15	1,3	7	0,6	30	2,7	55	4,9
25-30 años	8	0,7	4	0,4	16	1,4	38	3,4
31-35 años	3	0,3	3	0,3	2	0,2	9	0,8
36-40 años	2	0,2	2	0,2	1	0,1	14	1,3
No recuerda	11	1,0	7	0,6	8	0,7	5	0,4
Nunca ha consumido	59	5,3	30	2,7	109	9,8	105	9,4
Total	1116	100,0	1116	100,0	1116	100,0	1116	100,0

Como muestra la tabla 128, la sustancia que muestra una edad de inicio más temprana es el alcohol, seguida por el cigarrillo y la marihuana. Las sustancias de inicio más tardío son las que cayeron en la categoría "otras". Las edades promedio de inicio fueron para cigarrillo 12 años (min. 11 y max. 40), para alcohol 12 años (min.11 y max. 35), para marihuana 13 años (min. 11 y max. 41), para "otras sustancias" 14 años (min.11 y max.54).

Tabla 129. Cuál fue la "otra" droga que consumió por primera vez (no incluye cigarrillo, alcohol o marihuana)

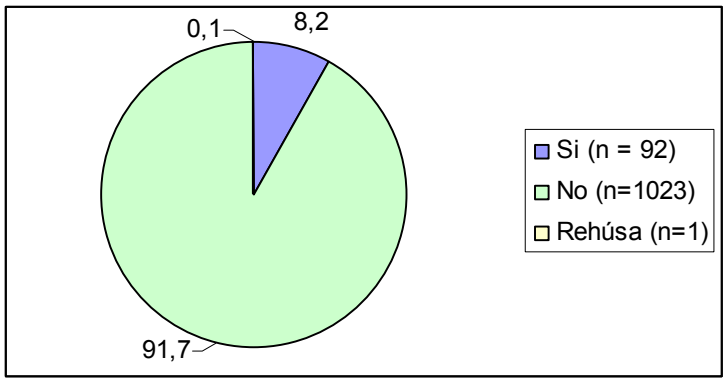
	Frecuencia	Porcentaje
Cocaína	385	38,1
Basuco	306	30,3
Inhalables	159	15,7
Benzodiacepinas / otros tranquilizantes	95	9,4
Alucinógenos	28	2,8
Éxtasis	15	1,5
Heroína mezclada con otras drogas	7	0,7
Antidepresivos	1	0,1
Heroína, morfina, otros opiáceos	1	0,1
Cacao sabanero	1	0,1
Hashish	1	0,1

Continuación tabla 129…

	Frecuencia	Porcentaje
Valium + cocaína inyectados	1	0,1
Opio	1	0,1
Alcohol + cocaína inyectados	1	0,1
No recuerda	9	0,9
N válidos	1011	100,0

Como muestra la tabla 129, de los usuarios que habían consumido sustancias diferentes a las que se explicitan, el 38% empezó su carrera de consumo de sustancias "duras" e ilícitas o controladas con cocaína, seguidos de quienes iniciaron con basuco y con inhalables, en cuarto lugar se encuentran quienes iniciaron con tranquilizantes.

Figura 75. Distribución de los usuarios según se han inyectado o no una droga alguna vez en su vida



Como se observa en la figura 75, la gran mayoría de los usuarios en tratamiento, nunca se había inyectado una sustancia.

Tabla 130. ¿Qué droga se inyectó esa primera vez?

	Frecuencia	Porcentaje
Heroína u otros opiáceos	53	57,6
Cocaína	16	17,4
Alcohol etílico	5	5,4
Tranquilizantes	3	3,3
Heroína mezclada con otras drogas	3	3,3
Basuco	1	1,1
Éxtasis	1	1,1
Marihuana	1	1,1
Ketamina	1	1,1
Akinetón	1	1,1
Valium + cocaína	1	1,1
Aceite de marihuana	1	1,1

Continuación tabla 130…

	Frecuencia	Porcentaje
Alcohol + cocaína	1	1,1
Sosegón (pentazocina analgésico – narcótico)	1	1,1
Algafán (propoxifeno, opiáceo sintético)	1	1,1
No sabe	2	2,2
Total	92	100

De aquellos que dijeron haberse inyectado, más de la mitad inició con heroína, el 17% con cocaína y el 5% con alcohol, los restantes experimentaron con gran diversidad de sustancias, muchas de ellas típicamente no inyectables. Al respecto, vale la pena mencionar que sólo el 36% de estas personas había probado la sustancia por otras vías antes de inyectársela, pero el 64% restante estaba experimentando por primera vez con la droga inyectada y con la inyección misma.

Con respecto a la edad, se encontró que el 6,5% se inyectó la primera vez, antes de cumplir los 12 años de edad, el 16,3% lo hizo entre los 12 y los 14 años, el 33,7% lo hizo entro los 15 y los 17 años y el 24% entre los 18 y los 10 años. El 2% lo hizo después de los 32 años. El promedio de edad de inicio en esta práctica fue de 18 años (min. 9 y max. 49).

Tabla 131. Distribución de los usuarios según drogas consumidas a lo largo de la vida, edad promedio de inicio y frecuencia de consumo

	¿Usada?		Edad de inicio	Si respondió "SI" *¿Con qué frecuencia durante el año de mayor consumo?*							
	SI	NO		< 1 vez/mes	1-3 veces/mes	1 vez/semana	2-3 veces/semana	4-6 veces/semana	1 vez/día	2-3 veces/día	4 o más veces/día
Cocaína	72,6	27,4	17,13	14,8	7,4	11,4	8,5	2,7	4,2	6,9	16,6
Basuco	63,0	37,0	18,34	6,5	1,5	3,5	3,9	1,4	4,0	7,3	34,1
Tranquilizantes o sedantes	49,6	50,4	16,42	11,0	4,5	8,9	6,4	2,0	4,1	5,1	7,3
Antidepresivos	11,4	88,6	18,26	2,4	1,0	1,3	1,3	0,4	2,2	1,1	1,9
Inhalables	42,4	57,6	15,66	10,2	3,3	3,8	3,5	1,2	2,5	5,1	12,7
Heroína, morfina, otros	11,1	88,9	18,39	5,8	1,3	0,4	0,6	0,4	0,4	0,4	1,4
Heroína mezclada con otras drogas	3,7	96,3	18,39	1,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0	0,9
Anfetaminas / metanfetaminas	4,1	95,9	17,65	1,5	0,3	0,7	0,4	0,2	0,4	0,4	0,1
Éxtasis / otras drogas sintéticas	18,3	81,7	17,86	8,1	2,4	3,7	2,4	0,1	0,4	0,7	0,4
Alucinógenos	29,7	70,3	17,09	16,3	4,4	3,2	2,1	0,3	0,5	1,3	1,4
Otra	74,5	25,4	15,48	4,6	1,6	4,9	7,8	3,9	6,7	12,2	31,6

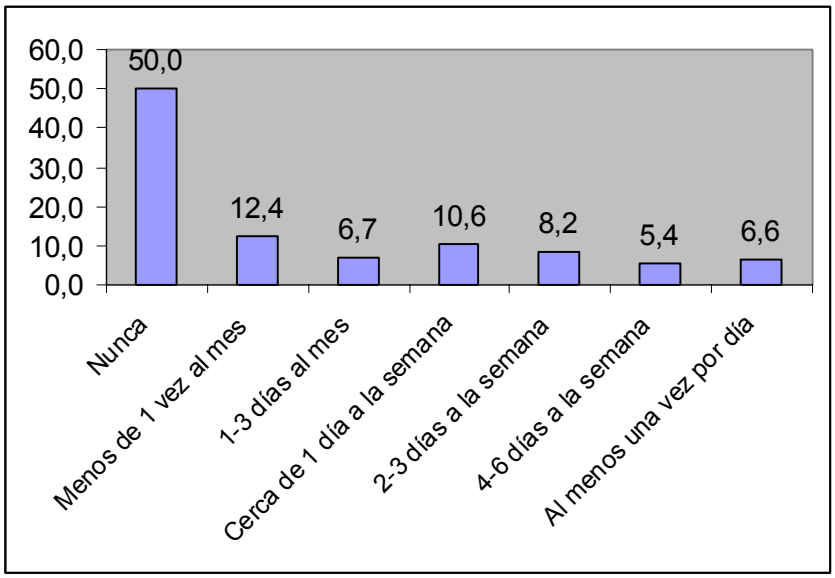
La tabla 131 resume la historia de consumo de otras drogas en los consumidores entrevistados y muestra que después del conglomerado de "otras" sustancias, la cocaína fue la primera sustancia de consumo en toda la muestra, seguida por el basuco, en más de la mitad y los tranquilizantes en cerca de la mitad de los usuarios. En cuarto lugar se encuentran los inhalables. Llama la atención que el éxtasis y otras drogas sintéticas se registra en el 18% de la muestra y que en 14,8% de los casos se menciona el consumo al

menos una vez en la vida de heroína o heroína mezclada con otras drogas (n=165), en 56 de los casos, esta sustancia se consumió por vías distintas a la inyección.

Las sustancias que muestran la edad promedio de inicio más temprana son "otras sustancias", los inhalables y los tranquilizantes. La heroína y el basuco se empezaron a consumir un poco más tarde en esta muestra de usuarios.

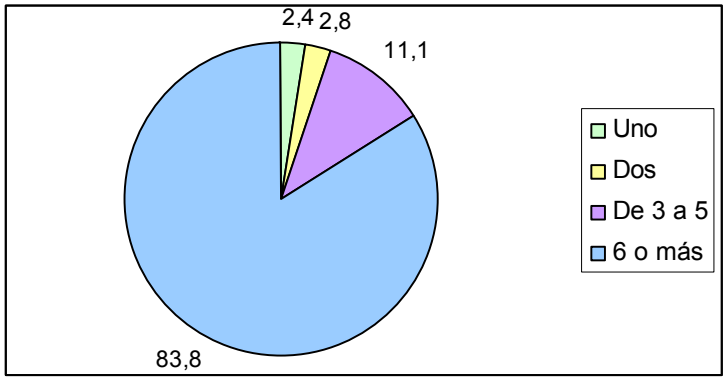
Las sustancias que muestran una mayor frecuencia de uso fueron en su orden: basuco, cocaína e inhalables.

Figura 76. Distribución de los usuarios según la frecuencia con la que bebieron alcohol durante los últimos 6 meses (n=1086)



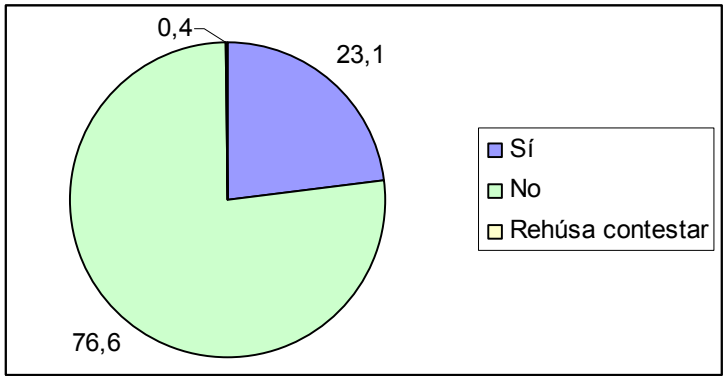
La figura 76 muestra que la mitad de los usuarios en tratamiento, que sí habían consumido alcohol alguna vez en su vida, no bebieron durante los 6 meses previos a la aplicación. En el 20% de los casos la frecuencia de consumo reportada fue relativamente alta.

Figura 77. Distribución de los usuarios según cantidad de alcohol consumido en un día típico en los últimos 6 meses (n=542)



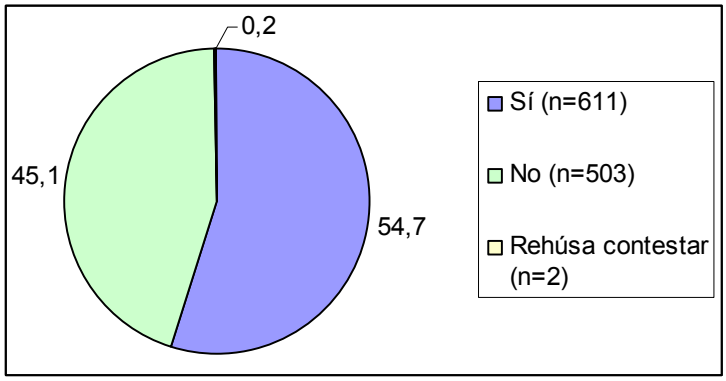
Entre los usuarios que dijeron haber consumido alcohol en los últimos 6 meses, se observa que la gran mayoría bebía en un día típico, una cantidad superior a seis medidas de alcohol y el 11% entre 3 y 5.

Figura 78. Distribución de los usuarios según han bebido alcohol en el último mes (n=542)



La figura 78 muestra que el 23% de los usuarios bebió alcohol durante el mes previo a la aplicación de la entrevista. De estos, el 16,3% se trataba de usuarios residentes y el 49,5% estaba en un programa ambulatorio. El 15% se encontraba en una comunidad terapéutica, el 19% en un programa de 12 pasos, el 10% en un programa de teoterapia, el 62% acudía a un programa de énfasis psiquiátrico y el 31% acudía a un programa clínico – psicológico (estos porcentajes son entre categorías del mismo tipo, es decir entre tipo de usuario y entre tipo de modelo).

Figura 79. Distribución de los usuarios según ha consumido o no alguna droga o sustancia ilícita en los últimos 6 meses



Como se observa en las figuras 79 y 80, más de la mitad de los usuarios en tratamiento sí había consumido alguna sustancia ilícita durante los 6 meses previos a la aplicación de la entrevista. De estos, el 29% continuaba haciéndolo durante el mes previo a la indagación. El análisis por tipo de usuario mostró que el 23% era residente y a pesar de ello consumió en el último mes, el 60,7% acudía a un programa ambulatorio y el 65.2% asistía a un programa de hospital/día. Con respecto al modelo, se encontró que el 44% asistía a un programa psiquiátrico, el 45,2% acudía a "otros" programas, el 40% a programas clínico-psicológicos y alrededor del 20% -respectivamente- a los programas de comunidad terapéutica, 12 pasos

y teoterapia (estos porcentajes son entre categorías del mismo tipo, es decir entre tipo de usuario y entre tipo de modelo).

Figura 80. Distribución de los usuarios según ha consumido o no alguna droga o sustancia ilícita en el último mes

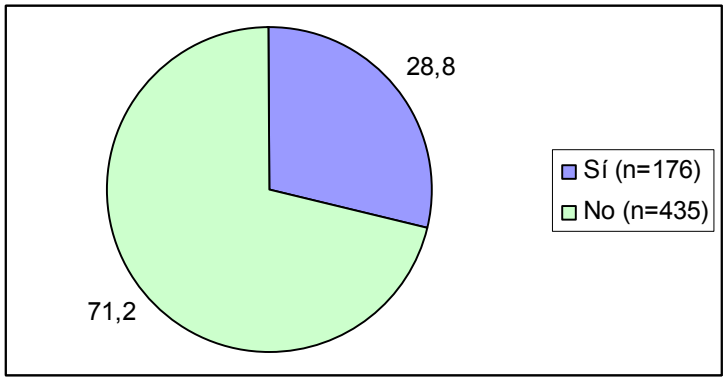


Tabla 132. Distribución de los usuarios según principal sustancia que fue motivo de ingreso a tratamiento

	Frecuencia	Porcentaje
Basuco (incluye "patraseado")	542	29,6
Marihuana	437	23,9
Alcohol	311	17,0
Cocaína	231	12,6
Inhalables	148	8,1
Tranquilizantes	79	4,3
Tabaco	24	1,3
Heroína / otros opiáceos	26	1,5
Otra	36	2,0
Total	1832	100,0

Cerca del 30% de los usuarios entró a tratamiento buscando abstenerse o controlar el consumo de basuco, la segunda sustancia registrada es la marihuana, seguida del alcohol y la cocaína.

Tabla 133. Distribución de los usuarios de tratamiento según principal sustancia motivo de consulta (MET)

	Frecuencia	Porcentaje
Alcohol	349	98,3%
Tabaco	348	98,0%
Marihuana	332	93,5%
Cocaína	282	79,4%
Basuco	199	56,1%
Benzodiacepinas y otros sedantes	126	35,5%
Neurolépticos antidepresivos	68	19,2%
Inhalables	43	12,1%
Heroína, morfina, otros	29	8,2%

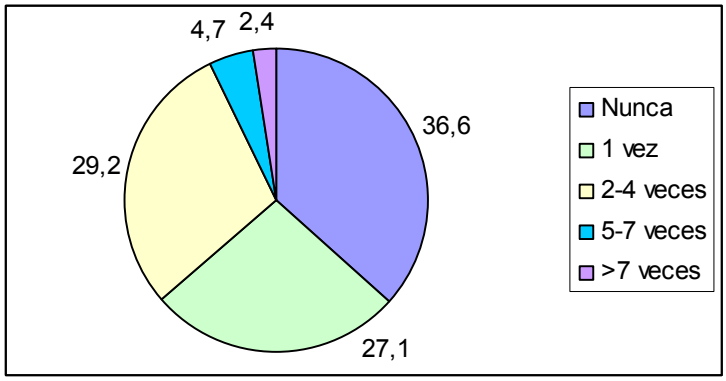
Continuación tabla 133…

	Frecuencia	Porcentaje
Anfetaminas y metanfetaminas	16	4,5%
Policonsumo	15	4,2%
Extasis y otros drogas sintéticas o de diseño	11	3,1%
Alucinógenos (hongos, ácidos, yagé, etc.)	6	1,7%
Otra	11	3,0%

De acuerdo con los miembros del equipo terapéutica la principal sustancia motivo de consulta en sus entidades es el alcohol, seguido del tabaco, la marihuana y la cocaína. El basuco siendo la primera sustancia mencionada por los usuarios, fue mencionada en un poco más de la mitad de los MET. Sin embargo, sustancias como la heroína fueron mencionadas en mayor medida por esta fuente.

3.3.5. Perfil de salud, comportamientos saludables y conductas de riesgo para la salud:

Figura 81. Distribución de los usuarios según número de hospitalizaciones en la vida



La figura 81 muestra que si bien un 36% de los usuarios nunca ha estado hospitalizado y el 27% ha tenido sólo una hospitalización, el otro 36% ha tenido diversas hospitalizaciones en su vida. La figura 82 muestra que de los 705 usuarios que alguna vez estuvieron hospitalizados, el 23.3% tuvo alguna hospitalización durante los 12 meses previos a la aplicación de la entrevista.

Figura 82. ¿Durante los últimos 12 meses estuvo hospitalizado(a) por problemas médicos?

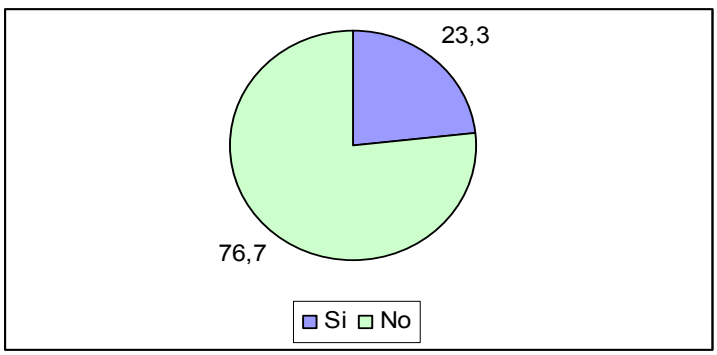
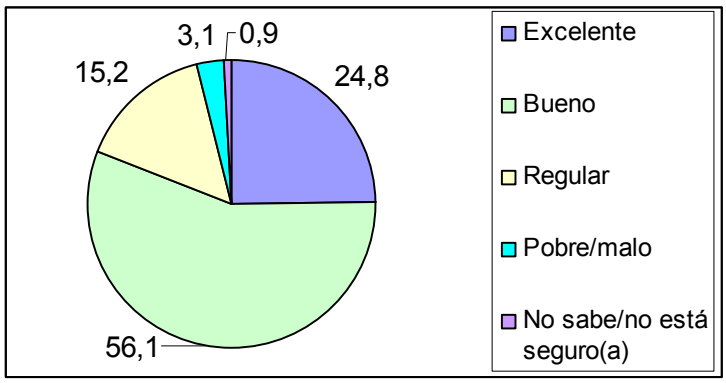


Figura 83. ¿Cómo describiría su estado de salud actual?



La percepción de la gran mayoría de los usuarios entrevistados es que su estado de salud actual es bueno o excelente, mientras el 18% considera que tiene problemas de salud.

Tabla 134. ¿Cuándo fue la última vez que usted fue donde un médico?

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	24	2,2
Durante los últimos 6 meses	707	63,4
Hace más de 6 meses, durante el último año	141	12,6
Hace más de un año, en los últimos dos años	100	9,0
Hace más de dos años	144	12,9
Total	1116	100,0

Como se observa en la tabla 134, la utilización de servicios de salud es relativamente alta en esta población, pues cerca de dos terceras partes de la población entrevistada reportó haber estado en el médico en los seis meses previos a la realización de la entrevista. Es muy probable que parte de estas consultas, se hayan dado en el marco del tratamiento mismo.

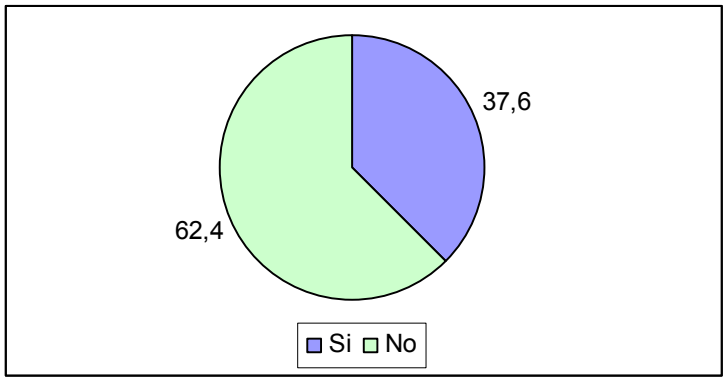
Tabla 135. Distribución de los usuarios según se han realizado o no una prueba de detección del VIH, recepción de resultados y auto-reporte de sero-positividad

	Si		No		Rehúsa contestar	
¿Alguna vez se realizó una prueba de VIH?	389	34,9	724	64,9	3	0,3
¿Alguna vez recibió el resultado de alguna? (n=389)	349	89,7	40	10,3	0	0
¿Alguna vez obtuvo un resultado positivo? (n=349)	9	2,6	340	97,4	0	0

Los resultados muestran que apenas el 35% de la muestra de usuarios se había realizado alguna vez en la vida una prueba de VIH, de estos el 10% nunca reclamó el resultado o no lo conoció y de los que conocieron el resultado nueve usuarios que corresponden al 0,8% de la muestra total de usuarios, reportó haber recibido alguna vez un resultado que sugería que habían entrado en contacto con el VIH. Llama la atención que apenas el 46% de las personas que reclamaron el resultado, recibió una asesoría posterior a la entrega de los resultados.

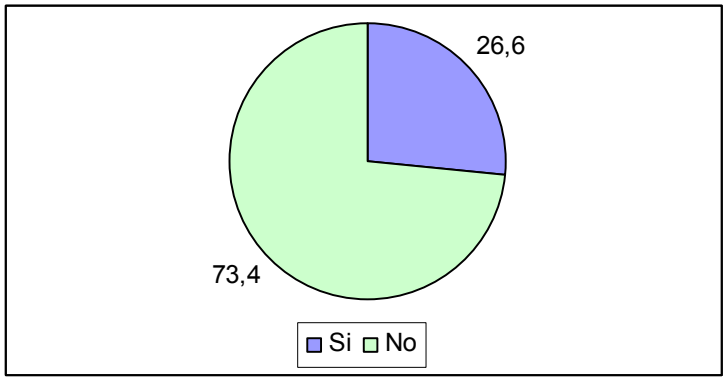
De los 389 entrevistados que se realizaron alguna vez una prueba de VIH, 52 correspondientes al 13%, se habían inyectado una droga alguna vez en la vida; todos a excepción de uno, recibieron el resultado y ninguna de las personas que reportaron una condición de sero-positividad correspondía a personas que se hubieran inyectado alguna vez una sustancia.

Figura 84. Distribución de los usuarios según reporte de sobredosis



Cerca del 38% de los usuarios entrevistados dijeron haber sufrido alguna vez una sobredosis por drogas, hasta el punto de perder la conciencia. En el 37% de estos casos, el evento ocurrió una sola vez, en el 25% dos veces, en el 19% entre 3 y 5 veces y en el 19% restante más de 5 veces. El 56% de los usuarios que vivieron un episodio de sobredosis, dijo nunca haber recibido asistencia médica como resultado del evento.

Figura 85. Distribución de los usuarios según han sido tratados por problemas psicológicos o emocionales



La pregunta hacía referencia a haber sido tratado alguna vez en la vida por problemas de salud mental, no asociados al consumo de sustancias psicoactivas ni a sus efectos. La figura muestra que un poco más de la cuarta parte de la muestra de usuarios, sí había sido tratada en alguna oportunidad por un problema de esta naturaleza.

El análisis por modelo mostró que entre quienes se encontraban en programas psiquiátricos y en programas de 12 pasos, el 40% (respectivamente) reportó haber requerido atención especializada en salud mental, frente al 32% de quienes estaban en comunidades terapéuticas, el 22% de quienes acudían a programas clínico-psicológicos, y el 17% de

quienes estaban en programas de teoterapia. En los "otros" programas, el 33% de los usuarios reportaron haber vivido esta situación.

Tabla 136. ¿Alguna vez en su vida ha experimentado por más de un mes lo siguiente?

	SI	NO	Si respondió "SI" *¿Ha tenido éste síntoma en los últimos 30 días?*	
			SI	NO
Depresión grave	39,6	60,4	44,3	55,7
Angustia o tensión grave	37,1	62,9	55,1	44,9
Alucinaciones	12,9	87,1	30,6	69,4
Problemas para entender, concentrarse, memorizar o recordar	44,7	55,3	69,5	30,5
Problemas para controlar conductas violentas	32,4	67,6	43,9	56,1
Pensamientos serios de quitarse la vida	41,1	58,9	22,9	77,1
¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	34,4	65,6	11,2	88,8
¿Ha tomado alguna medicación formulada para un problema psicológico?	13,8	86,2	40,9	59,1

Si bien el 26% de los usuarios entrevistados dijo haber requerido algún tipo de atención por sus problemas psicológicos o emocionales, porcentajes cercanos a 40 dijeron haber experimentado por períodos superiores a un mes, síntomas de depresión y angustia que calificaron "graves". Algo más de una tercera parte había hecho algún intento de suicidio, mientras que en el 41% de los casos se reportó ideación suicida. Las dificultades de concentración y memoria se registraron en cerca de la mitad de la muestra, así como dificultades en el control de conductas violentas en el 32%. Un porcentaje relativamente bajo dijo haber tenido alguna prescripción médica para el manejo de los problemas psicológicos reportados.

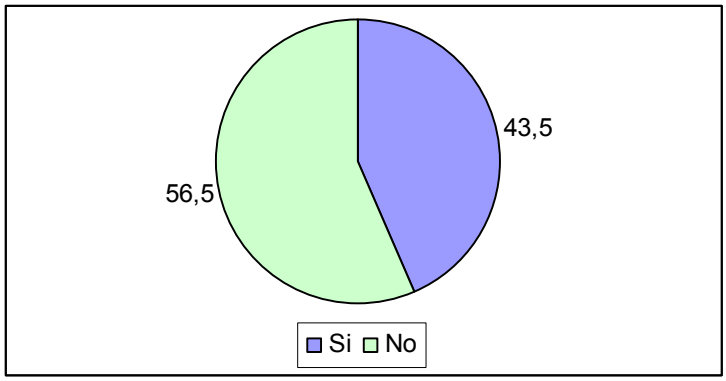
De aquellos que reportaron haber sufrido alguno de los síntomas indagados, cerca del 70% continuaba teniendo problemas de concentración y memoria durante el mes previo a la entrevista, más de la mitad sufría de sentimientos de angustia y tensión y cerca de la mitad decía sentirse "gravemente" deprimido o tener problemas para controlar sus conductas violentas. El 30% decía haber tenido alucinaciones. Llama la atención que la proporción de reporte de medicación para el tratamiento de síntomas emocionales, afectivos, cognitivos o conductuales llegó al 40% de los usuarios en tratamiento, en el 60% restante no se registró.

Tabla 137. Reporte de síntomas en los últimos 30 días según modelo de tratamiento

	CT		12 pasos		Teoterapia		Psiquiátrico		Clínico-psicológico		Otro	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Depresión	42,0	58,0	19,2	80,8	31,5	68,5	70,6	29,4	52,8	47,2	51,9	48,1
Angustia o tensión	51,7	48,3	44,8	55,2	43,0	57,0	74,2	25,8	68,1	31,9	62,1	37,9
Alucinaciones	27,8	72,2	40,0	60,0	16,7	83,3	63,6	36,4	42,9	57,1	35,0	65,0
Problemas conc. /memoria	67,7	32,3	57,7	42,3	63,0	37,0	79,3	20,7	75,8	24,2	75,3	24,7
Control violencia	43,7	56,3	60,0	40,0	30,6	69,4	62,5	37,5	52,2	47,8	49,1	50,9
Ideas suicidas	24,6	75,4	13,0	87,0	11,0	89,0	52,0	48,0	28,8	71,2	27,3	72,7
Intento de suicidio	7,0	93,0	4,0	96,0	9,2	90,8	40,9	59,1	17,4	82,6	13,6	86,4
Ha tomado medicación	35,9	64,1	37,5	62,5	10,5	89,5	87,0	13,0	50,0	50,0	28,6	71,4

Como se observa en la tabla 137, los usuarios que se encontraban en tratamiento en los programas psiquiátricos reportaron en mayor medida los síntomas indagados durante el último mes, seguidos de quienes acudían a programas clínico-psicológicos y a otros programas. En proporciones similares se encuentran los asistentes a programas tipo comunidad terapéutica y 12 pasos, por último se encuentran quienes acudían a teoterapia. La prescripción de medicación se observa en el 87% de los casos atendidos en programas con énfasis en salud mental, frente al 10% de los atendidos en programas de teoterapia.

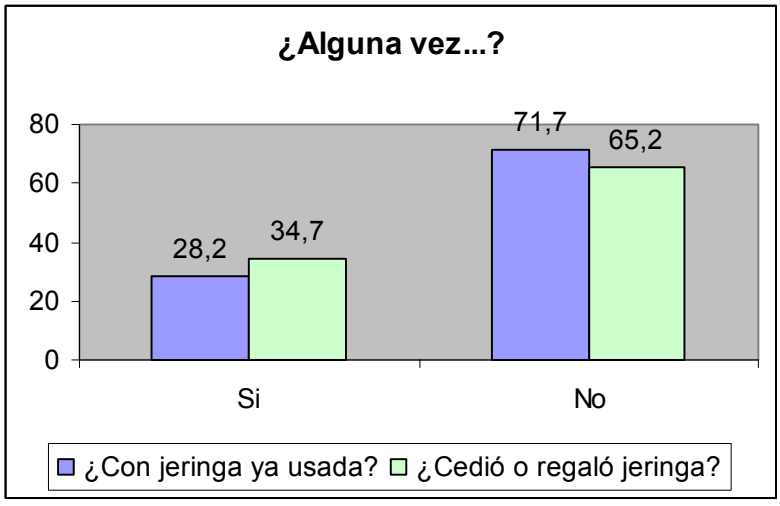
Figura 86. Distribución de los usuarios según han estado o no en la cárcel



La figura 86 muestra que cerca de la mitad de los usuarios entrevistados, había estado alguna vez en la cárcel (la pregunta no incluía detenciones menores de 12 o 24 horas). Entre quienes estuvieron en la cárcel, el 45% dijo haber estado alguna vez por ley 30, el 54% por otros delitos y el 1,2% rehusó contestar la pregunta.

El 17% del total de la muestra dijo tener procesos pendientes con la justicia, el 81% dijo que no y el 1,6% creía que no, pero no estaba seguro.

Figura 87. Comportamientos de riesgo en la inyección



Entre los 92 usuarios que dijeron haberse inyectado alguna vez en la vida, se encontró que mientras el 28% se había inyectado alguna vez en la vida con una jeringa previamente

utilizada por otra persona, el 35% había cedido su equipo de inyección a otra persona para que se inyectara con él.

Figura 88. Reporte de inyección de drogas en los últimos 6 meses

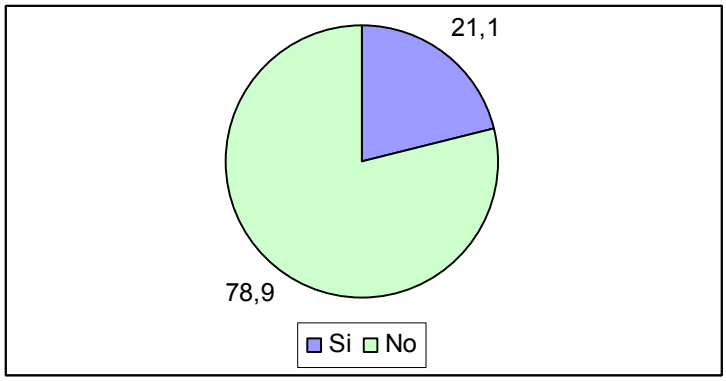
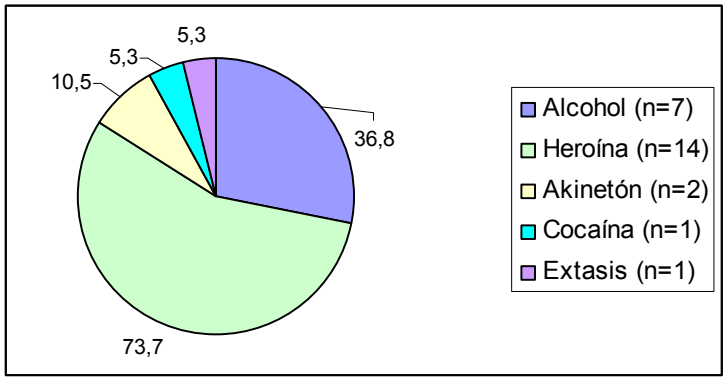


Figura 89. ¿Qué droga o drogas se inyectó en los últimos 6 meses?



Un total de 19 usuarios dijeron haberse inyectado alguna sustancia durante los 6 meses previos a la entrevista, entre ellos la sustancia más reportadas fueron la heroína y el alcohol.

Entre los inyectores que dijeron haberse inyectado con equipo usado y haberse inyectado en los últimos seis meses (n=5), cuatro de ellos se inyectaron con una jeringa previamente utilizada por otra persona, y los cinco dijeron haber compartido recipientes, soluciones de drogas (mezclas) o filtros con otra persona mientras se estaban inyectando en algún momento de los seis meses previos a la entrevista.

Como muestra la tabla 138, el 42% de los usuarios en tratamiento dijo no haber tenido ningún tipo de contacto sexual (vaginal, anal u oral) con otras personas, en los seis meses previos a la aplicación de la entrevista.

Tabla 138. Reporte de frecuencia de relaciones sexuales en los últimos 6 meses

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	472	42,3
Menos de 1 vez al mes	221	19,8
1-3 días al mes	135	12,1
Cerca de 1 día a la semana	103	9,2
2-3 días a la semana	115	10,3
4-6 días a la semana	34	3,0
Al menos una vez por día	30	2,7
Rehúsa contestar	6	0,5
Total	1116	100,0

Tabla 139. ¿Con qué frecuencia ha utilizado condón con sus parejas sexuales en los últimos 6 meses?

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	293	45,9
Ocasionalmente (1-25%)	93	14,6
La mitad del tiempo (26-74%)	27	4,2
La mayoría del tiempo (75-99%)	51	8,0
Todo el tiempo (100%)	175	27,4
Total	639	100,0

Entre el 57% de los entrevistados que mencionaron haber tenido alguna actividad sexual en el período indagado se encontró que cerca de la mitad nunca usó condón con sus parejas sexuales, el 14% lo hizo apenas ocasionalmente y el 35% lo hizo todo el tiempo o la mayoría del tiempo.

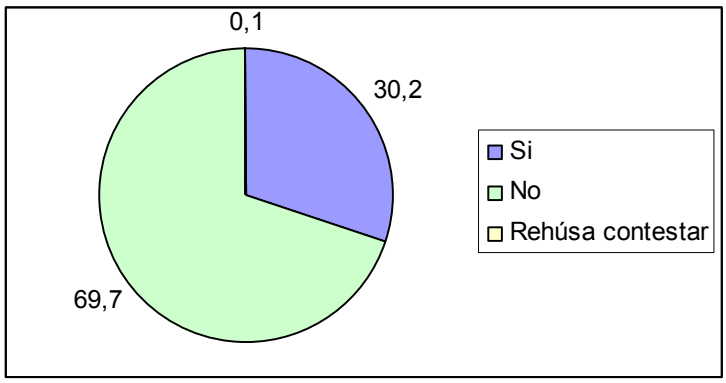
3.3.6. Aspectos de la motivación, escogencia e ingreso a tratamiento:

Tabla 140. ¿Quién le sugirió entrar a tratamiento esta vez?

	Frecuencia	Porcentaje
Nadie, fue iniciativa propia	513	46,0
Mi familia	304	27,2
Mi pareja	25	2,2
Alguien en el lugar de trabajo	14	1,3
Alguien en el lugar de estudio (colegio, escuela, universidad)	17	1,5
Una instancia judicial o la policía	146	13,1
Otro	168	15,1

La tabla 140 muestra que en cerca de la mitad de los casos, los usuarios ingresaron a tratamiento por propia iniciativa, en el 27% se ingresó a tratamiento por sugerencia de la familia y en el 13% de los casos los usuarios llegaron a la institución por estar en medida judicial, en medida de protección o por haber cometido alguna infracción de ley.

Figura 90. ¿Tuvo usted algún tipo de presión para ingresar a tratamiento?



Tal como lo muestra la figura 90, el 30% de los usuarios sintió algún tipo de presión para ingresar al tratamiento en el cual se encuentra. Y a la luz de los resultados que se muestran en la tabla 140, el 11% de los consumidores que dijeron haber recibido la sugerencia de ingresar a través de algún tercero (no incluye instancia judicial o policía), no interpretaron dicha sugerencia como una presión.

Tabla 141. ¿Por qué decidió ingresar a este tratamiento y no a otro?

	CT	12 Pasos	Teoterapia	Psiquiátrico	Clínico-psicológico	Otro	Total por fila	
	% de fila	% de fila	% de fila	% de fila	% de fila	% de fila	Frecuencia	Porcentaje
No hay más instituciones en el lugar (pueblo, ciudad, región)	1,9	0	0,4	1,8	2,0	4,2	20	1,8
Le queda cerca al lugar donde vive	2,4	1,8	2,9	3,5	1,3	4,8	30	2,7
Era la única que podía pagar	3,4	5,5	4,6	5,3	2,6	4,8	43	3,9
Por buenas recomendaciones	46,7	56,4	46,0	45,6	44,4	44,8	527	47,2
Otros tratamientos no le han servido en el pasado	4,6	16,4	9,2	7,0	2,0	4,8	66	5,9
Obligación (de instituciones o familia)	26,6	12,7	10,9	14,0	38,4	22,4	251	22,5
Otro	23,7	32,7	36,4	29,8	17,9	30,9	305	27,3

De acuerdo con los resultados descritos en la tabla 141, más de la mitad de los usuarios decidieron ingresar a las instituciones en las que estaban por buenas recomendaciones, y un porcentaje importante por obligación, en el 22% de los casos los usuarios lo hicieron buscando mayor efectividad en el tratamiento. Razones de disponibilidad, acceso y costos fueron mencionadas por pocos usuarios.

El análisis por modelo muestra que las buenas recomendaciones fueron mencionadas en mayor proporción entre los usuarios que se encontraban en tratamiento en los programas de 12 pasos y en muy similares porcentajes por los usuarios en los otros programas. También llama la atención que la búsqueda de efectividad fue mencionada en mayor medida por quienes estaban en los programas de 12 pasos y en teoterapia. Los usuarios "obligados"

se presentaron más en los programas clínico-psicológicos, en las comunidades terapéuticas y en "otros" programas.

Tabla 142. Escala de motivación de ingreso a tratamiento por ítem

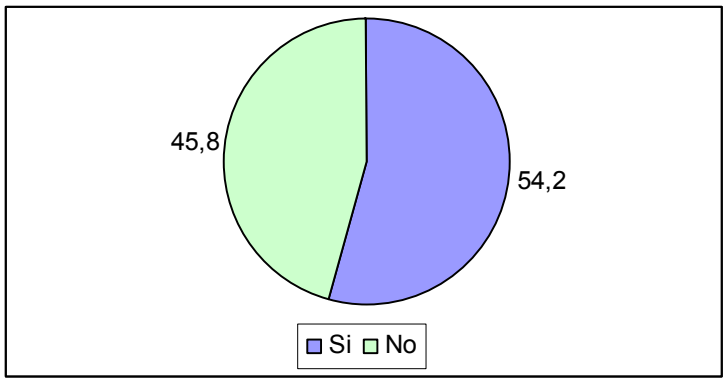
	De acuerdo	Medianamente de acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	N/dato
Entré en tratamiento porque me interesaba obtener ayuda	82,2	7,3	4,8	5,2	0,4
Entré en tratamiento porque quiero probar cómo se vive sin drogas	72,0	11,1	8,5	7,9	0,4
Entré en tratamiento porque ni mi familia ni mis conocidos aprueban que yo consuma	56,6	13,5	14,4	13,5	1,9
Estar en tratamiento evita que me castiguen y que me reprochen por mi comportamiento	42,2	13,9	21,6	21,2	1,2
Decidí ingresar a tratamiento porque no me sentiré bien hasta que no tenga mi consumo bajo control	63,4	10,0	12,2	13,7	0,6
Entré a tratamiento porque no tengo más opción	51,3	10,9	19,8	17,3	0,7
Entré a tratamiento porque otros me presionaron a hacerlo	17,8	8,9	28,0	44,3	1,1
Entré a tratamiento porque me obligaron a hacerlo	14,9	6,9	28,2	48,9	1,2
Entré a tratamiento porque si sigo consumiendo no podré hacer lo que quiero hacer	77,0	9,1	6,5	6,6	0,7
Entré a tratamiento porque de verdad quiero hacer cambios en mi vida	89,0	5,0	2,3	2,8	0,9
Entré a tratamiento porque me avergüenza lo que estaba haciendo con mi vida	73,6	12,2	7,6	5,4	1,2
Entré a tratamiento porque quiero demostrarle a todos que sí puedo cambiar	72,8	10,6	8,5	7,1	1,0
Entré a tratamiento porque estaba teniendo problemas de seguridad en la calle	46,5	13,4	20,1	19,4	0,6
Entré a tratamiento porque ya no tenía en dónde vivir	24,5	7,6	27,9	38,6	1,4
Entré a tratamiento porque yo así lo decidí	77,4	7,5	6,1	7,9	1,1
Entré a tratamiento porque las drogas me estaban generando demasiados problemas	79,0	10,0	5,0	5,4	0,6
Entré a tratamiento para que la gente me respete y me acepte de nuevo	63,1	14,9	10,7	10,4	0,9

Esta escala de auto-diligenciamiento se aplicó con el fin de establecer el grado de motivación que existía en los usuarios y las razones que los llevaron a ingresar a tratamiento. Como se ha venido observando, los resultados muestran que una importante proporción de usuarios se encontraba con buen nivel de motivación en su ingreso y no sintió presión para tomar la decisión de empezar un tratamiento. Los resultados de esta escala reiteran estos resultados y muestran que la mayoría de los ítems que reflejan un alto nivel de motivación, fueron los que mayores porcentajes arrojaron. De esta forma se encontró que el 82% de estos usuarios sentía interés por obtener ayuda, el 72% quería probar un nuevo estilo de vida libre de drogas, el 63% porque quería tener su consumo bajo control para mejorar su estado anímico, el 77% porque el consumo iba en contra de su proyecto de vida, el 89% porque en realidad deseaba hacer cambios en su vida, el 73% por vergüenza, el 77% porque así lo decidió y el 79% porque el consumo le estaba generando "demasiados problemas".

Se observa también que la presión externa contó en algunos casos, pero no fue necesariamente la única y principal razón por la cual se encontraban en tratamiento. De esta forma, alrededor de la mitad lo hizo porque la familia y los otros conocidos reprobaban el comportamiento. En el 63% de los casos de total acuerdo se mencionó el interés por reparar el respeto y la aceptación perdidos en la red de soporte social. Llama la atención que en el 46% de los casos se ingresó a tratamiento porque se estaban teniendo problemas de seguridad en la calle y en el 24% porque ya no se tenía en dónde vivir.

3.3.7. Indicadores de satisfacción con el tratamiento actual:

Figura 91. ¿Durante su estadía en este tratamiento, alguna vez ha pensado en retirarse?



La figura 91 muestra que más de la mitad de los usuarios entrevistados había pensado en salirse tempranamente del tratamiento en alguna oportunidad.

Tabla 143. Distribución por modelo según ha pensado en salirse del tratamiento

	CT		12 Pasos		Teoterapia		Psiquiátrico		Clínico - psicológico		Otro	
Sí	269	65,1%	24	43,6%	130	54,4%	27	47,4%	70	46,4%	64	38,8%
No	144	34,9%	31	56,4%	109	45,6%	30	52,6%	81	53,6%	101	61,2%
Rehúsa contestar	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%

La tabla 143 sugiere que los usuarios que se encontraban en comunidades terapéuticas fueron quienes en mayor proporción, pensaron en retirarse tempranamente del proceso, a estos le siguen quienes acudían a teoterapia. Los otros modelos muestran distribuciones muy similares.

Tabla 144. ¿Por qué razones ha pensado en salirse o retirarse del tratamiento?

	Frecuencia	Porcentaje
Porque dejar el consumo es muy duro o difícil	191	31,6%
Porque no me gusta estar encerrado(a)	186	30,7%
Porque hay cosas que no me gustan de la institución	43	7,1%
Porque hay cosas que no me gustan del equipo asistencial o terapéutico	33	5,5%
Otra razón	268	44,3%

Para el 31% de los usuarios que dijeron haber contemplado la posibilidad de retirarse, la razón fue la dificultad misma de abandonar el consumo de sustancias, seguidos de quienes expresaron desagrado por el encierro. Sin embargo, cerca de la mitad dio otras razones que arrojaron un listado de 33, las de mayor frecuencia de registro se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 145. Otras razones para haber pensado en salirse del tratamiento

	Frecuencia	Porcentaje
Porque quiero estar con familia/pareja	68	23,3
Necesidad de retomar actividades cotidianas	37	12,7
Aburrimiento con rutina diaria	35	12,0
Tratamiento exigente /difícil	28	9,6
Problemas con compañeros	26	8,9
Demasiadas normas / muy rígidas	20	6,8
Calamidad doméstica / enfermedad	11	3,8
Siento que ya no lo necesito	9	3,1
Por presión familiar	9	3,1

El análisis por modelo mostró que quienes señalaron una percepción negativa de aspectos de la institución se encuentran en mayor distribución en los programas de 12 pasos (12%), seguidos de quienes acudían a otros programas (9,4%), a teoterapia (8,5%) y a comunidades terapéuticas. Los menores registros se encontraron en los programas clínico-psicológicos (4,3%) y psiquiátricos (3,7%).

Con respecto a la insatisfacción con el equipo asistencial se encontró también una mayor distribución en los programas de 12 pasos (8,3%), seguidos de los programas de teoterapia (7%), el programa que mostró menor distribución en este aspecto fue el psiquiátrico.

Tabla 146. Número de compañeros que se han ido sin terminar tratamiento

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	97	8,7
1-2	137	12,3
3-10	406	36,4
11-20	116	10,4
21-50	78	7,0
Más de 50	35	3,1
No sabe	247	22,1
Total	1116	100,0

Como se observa en la tabla 146, más de la mitad de los usuarios mencionaron la deserción de un número importante de compañeros, el 8% dijo que ningún compañero se ha ido anticipadamente del tratamiento y el 22% dijo no saber.

Como se observa en la tabla 147, la mayoría de las deserciones ocurrieron en corto período de estancia en tratamiento, no obstante, el rango de 3-10 compañeros que desertaron, se observa en alta distribución en los diferentes períodos de estancia en tratamiento.

Tabla 147. Número de compañeros que desertaron según tiempo que lleva el usuario en la institución

	Menos de 1 mes	De 1-2 meses	De 3-4 meses	De 5-8 meses	De 9 meses a 1 año	Más de un año
	%	%	%	%	%	%
Ninguno	40,9	12,9	7,4	5,5	2,8	2,8
1-2	21,5	27,6	15,9	7,3	4,2	8,5
3-10	30,1	45,3	55,6	50,9	39,4	43,7
11-20	3,2	8,9	11,1	18,2	26,8	18,3
21-50	4,3	4,4	7,4	12,7	16,9	14,1
Más de 50	0,0	0,9	2,6	5,5	9,9	12,7

Tabla 148. Número de compañeros que desertaron del tratamiento según modelo de tratamiento

	CT	12 Pasos	Teoterapia	Psiquiátrico	Clínico - psicológico	Otro
Ninguno	6,1	12,2	5,0	37,8	23,9	15,9
1-2	14,1	39,0	10,6	21,6	17,7	18,7
3-10	46,7	24,4	51,1	35,1	51,3	42,1
11-20	17,1	12,2	15,6	5,4	7,1	8,4
21-50	12,2	4,9	10,6	,0	,0	11,2
Más de 50	3,9	7,3	7,2	,0	,0	3,7

De acuerdo con los resultados que se muestran en la tabla 148, el modelo que parece mostrar mayor retención de usuarios es el psiquiátrico, seguido del clínico-psicológico. En tercer lugar se encuentran los 12 pasos y en similares proporciones los modelos de comunidad terapéutica y teoterapia. Las mayores deserciones se registran en mayor proporción en las comunidades terapéuticas y en los de teoterapia sin diferencias notorias, también en similares proporciones y en segundo lugar se encuentran los programas clínico – psicológicos y los programas de "otro" tipo. Los programas de 12 pasos y los psiquiátricos registran en menor proporción el número alto de deserciones.

Tabla 149. Número de compañeros que han terminado exitosamente el tratamiento

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	255	22,8
1	88	7,9
2-4	229	20,5
5-10	199	17,8
11-20	81	7,3
21-50	37	3,3
Más de 50	9	0,8
No sabe	218	19,5
Total	1116	100,0

La tabla 149 muestra que si bien el 23% de los usuarios reportó que ningún compañero ha terminado exitosamente su tratamiento durante su estancia en él, más de la mitad registró la culminación exitosa de un número importante de usuarios, el 20% no supo decir cuántas personas habían terminado el tratamiento con el logro de sus metas.

Tabla 150. Número de compañeros que terminaron exitosamente el tratamiento según tiempo que lleva el usuario en la institución

	Menos de 1 mes	De 1-2 meses	De 3-4 meses	De 5-8 meses	De 9 meses a 1 año	Más de un año
	%	%	%	%	%	%
Ninguno	46,1	40,9	27,3	17,8	13,3	21,7
1	6,7	14,2	12,8	7,8	5,3	4,3
2-4	22,5	20,9	29,4	26,5	33,3	22,8
5-10	20,2	14,2	18,2	29,6	29,3	27,2
11-20	3,4	7,1	7,0	12,6	12,0	12,0
21-50	1,1	2,2	2,7	4,8	6,7	10,9
Más de 50	,0	,4	2,7	,9	,0	1,1
No sabe	46,1	40,9	27,3	17,8	13,3	21,7

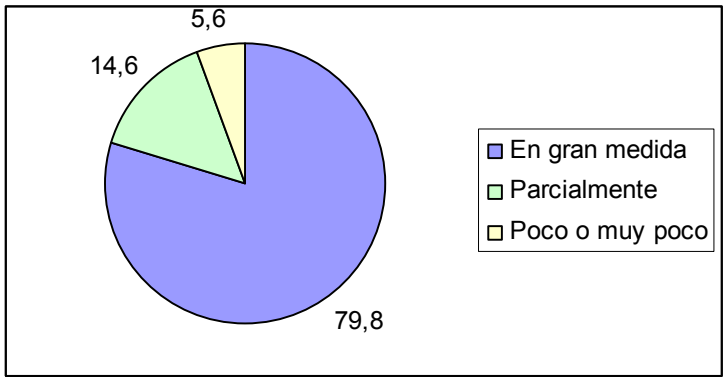
Llama la atención que en el 21% de los casos incluso después de un año de tratamiento, los usuarios no han sabido de ningún compañero(a) que hubiera terminado exitosamente el tratamiento. No obstante, el registro de terminaciones exitosas se distribuye indistintamente de acuerdo con el tiempo de estancia en tratamiento del usuario.

Tabla 151. Número de compañeros que terminaron exitosamente el tratamiento según modelo de tratamiento

	CT	12 Pasos	Teoterapia	Psiquiátrico	Clínico - psicológico	Otro
Ninguno	25,1	20,0	39,9	30,6	20,7	28,3
1	6,7	17,8	14,9	11,1	13,5	4,4
2-4	26,7	24,4	22,3	41,7	27,0	21,2
5-10	25,6	28,9	14,9	16,7	19,8	25,7
11-20	10,1	6,7	7,4	,0	10,8	9,7
21-50	4,5	2,2	,5	,0	8,1	7,1
Más de 50	1,3	,0	,0	,0	,0	3,5

La tabla 151 sugiere que el programa que registra menor éxito inmediato, a juzgar por la percepción de los usuarios, es el de teoterapia, seguido del psiquiátrico y el de comunidad terapéutica. Con respecto al mayor número de registros de éxito, se encontró que en similar proporción las comunidades terapéuticas y los programas de otro tipo y alternativos, están por encima y que con muy poca diferencia les siguen los programas clínico-psicológicos y los de 12 pasos. Los programas que registraron un menor número de terminaciones exitosas correspondieron a los de teoterapia y a los psiquiátricos.

Figura 92. ¿Diría usted que la institución ha cumplido con las expectativas que usted tenía cuando ingresó?



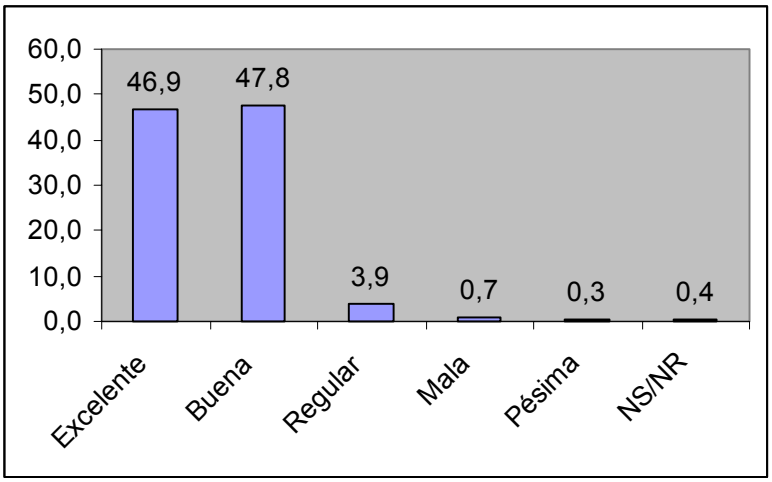
Como se observa en la figura 92, el 80% de los usuarios considera que la entidad en la que se encuentra, ha cumplido en gran medida con las expectativas que tenía cuando ingresó. Una situación diferente se refleja en el 20% restante.

Tabla 152. Cumplimiento de expectativas por modelo de tratamiento

	CT	12 Pasos	Teoterapia	Psiquiátrico	Clínico - psicológico	Otro
En gran medida	78,2	89,1	80,7	75,4	76,8	83,6
Parcialmente	15,0	10,9	14,3	21,1	14,6	12,7
Poco o muy poco	6,8	,0	5,0	3,5	8,6	3,6

Las diferencias que se registran por modelo muestran que los programas de 12 pasos han cumplido en mayor medida las expectativas de los usuarios, seguidos de otros modelos de tratamiento y de los programas de teoterapia. En similares y menores proporciones se encuentran las comunidades terapéuticas, los programas psiquiátricos y los clínico-psicológicos.

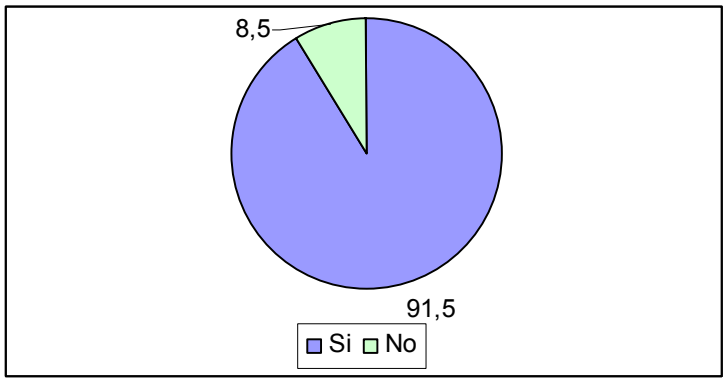
Figura 93. Calificación de la calidad del tratamiento en general



Como se observa en la figura 93, la inmensa mayoría de los usuarios considera que el tratamiento que recibe es excelente o bueno. Esta percepción es contraria en muy pocos casos.

El análisis por modelo mostró que el conglomerado de respuestas "excelente y bueno" se distribuyó en un 97% dentro de quienes estaban asistiendo a "otro" modelo de tratamiento, el 96,5% (respectivamente) entre quienes eran atendidos en modelos de 12 pasos y psiquiátricos, el 95% entre quienes estaban en comunidades terapéuticas y el 92% (respectivamente) entre quienes asistían a teoterapia y a programas clínico-psicológicos.

Figura 94. Distribución de los usuarios según recomendarían el tratamiento a personas que quieran dejar el consumo de sustancias



En consonancia con todos los resultados que se han descrito hasta el momento, la gran mayoría de usuarios recomendaría el tratamiento que está recibiendo a otras personas en su misma situación.

Tabla 153. ¿De todas las actividades que hacen parte de su tratamiento cuál disfruta más?

	Porcentaje	Frecuencia
Actividades vocacionales y/o terapia ocupacional	293	26,3
Actividades físicas / deportivas /recreativas	250	22,4
Terapia grupal	158	14,2
Terapia o asesoría individual	98	8,8
Círculos terapéuticos / talleres espirituales	59	5,3
Lectura / discusión bíblica	35	3,1
Actividades de nivelación académica	33	3,0
Talleres de desarrollo personal (auto-estima, etc.)	22	2,0
Venta ambulante en calle	20	1,8
Talleres o intervenciones para proyecto de vida	19	1,7
Predicaciones / culto religioso	15	1,3
Talleres o actividades pedagógicas para manejo de emociones	15	1,3
Talleres de prevención de recaída	12	1,1
Todas las disfruta	58	5,2
No disfruta de ninguna	17	1,5

Tabla 154. ¿De todas las actividades que hacen parte de su tratamiento cuál disfruta menos?

	Porcentaje	Frecuencia
Actividades vocacionales y/o terapia ocupacional	132	11,8
Terapia grupal	101	9,1
Actividades físicas / deportivas /recreativas	83	7,4
Responsabilidades domésticas	52	4,7
Grupo o encuentro de confrontación	45	4,0
Terapia o asesoría individual	40	3,6
Círculos terapéuticos / talleres espirituales	17	1,5
Actividades de nivelación académica	16	1,4
Talleres o actividades pedagógicas para manejo de emociones	15	1,3
Venta ambulante en calle	13	1,2
Todas las actividades	18	1,6

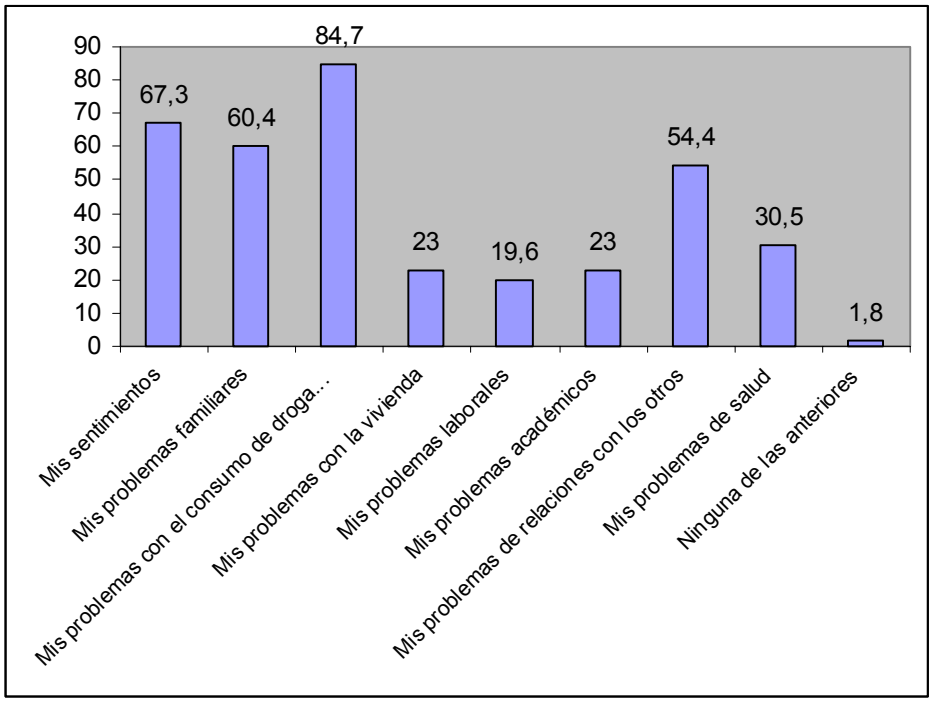
Las tablas 153 y 154 muestran el listado de actividades que a juicio de los entrevistados son más o menos satisfactorias, la distribución muestra que son muchas más la actividades que se disfrutan que las que no. Si bien para el 26% de los usuarios las actividades vocacionales son las más satisfactorias, para el 12% son precisamente estas mismas actividades las que menos disfruta. Las actividades físicas y recreativas se disfrutan en mayor medida, así como la terapia grupal, sin embargo, estas dos últimas actividades también se muestran en mayores proporciones en el listado de menos satisfactorias.

Tabla 155. ¿De todas las actividades que hacen parte de su tratamiento cuáles cree que son más útiles para cumplir con sus metas?

	Frecuencia	Porcentaje
Terapia o asesoría individual	355	31,8
Terapia grupal	334	29,9
Actividades vocacionales y/o terapia ocupacional	292	26,2
Círculos terapéuticos / talleres espirituales	104	9,3
Actividades físicas / deportivas /recreativas	124	11,1
Talleres o intervenciones para proyecto de vida	68	6,1
Talleres de desarrollo personal (auto-estima, etc.)	65	5,8
Actividades de nivelación académica	65	5,8
Lectura / discusión bíblica	55	4,9
Grupo o encuentro de confrontación	47	4,2
Terapia familiar	46	4,1
Talleres de prevención de recaída	44	3,9
Talleres o actividades pedagógicas para manejo de emociones	41	3,7
Predicaciones / culto religioso	39	3,5
Talleres de habilidades sociales	32	2,9
Grupos de auto-apoyo AA / NA	24	2,2
Venta ambulante en calle	21	1,9
Talleres de promoción de la salud y estilos de vida saludables (reducción de conductas de riesgo)	15	1,3
Terapia / consejería espiritual	14	1,3
Todas	46	4,1
Ninguna	15	1,3

El panorama de percepción de utilidad de las actividades, muestra que definitivamente, e independientemente de que se disfruten o no, la terapia individual, la terapia grupal y las actividades vocacionales o de terapia ocupacional son las que los usuarios consideran más útiles para el logro de sus metas.

Figura 95. ¿Desde que ingresó, en cuál de las siguientes áreas diría que ha sido más útil el tratamiento?



De acuerdo con los usuarios, el tratamiento que reciben les ha sido más útil en los que respecta a sus metas de consumo, después de éstas se percibe que ha sido útil en la comprensión y manejo de sentimientos, problemas familiares y problemas relacionales. Sin embargo, llama la atención que en los problemas cotidianos de áreas fundamentales de la vida la frecuencia de respuesta es baja, no obstante, es positivo que para el 30% el tratamiento ha sido útil en la solución de problemas de salud si se retoma que apenas el 20% de la muestra de usuarios no consideraba que su salud estuviera bien.

Como se ha visto en secciones previas de esta descripción de resultados, hay aspectos fundamentales de un tratamiento que no se hacen en algunas instituciones, resultados que se reiteran en esta tabla, entre ellos la evaluación inicial, las terapias o asesorías individuales, el trabajo en prevención de recaídas, monitoreo de progreso y promoción de la salud. De acuerdo con los usuarios (tabla 156), el aspecto más útil del tratamiento ha sido saber cómo cuidar la salud y evitar riesgos, en similares proporciones, se consideran también útiles las terapias individuales y grupales, el fortalecer recursos individuales, la definición de metas de consumo y el monitoreo de progreso. Menos útiles se consideran los aspectos de prevención de recaídas, las tareas individuales, las evaluaciones y las lecturas espirituales.

Tabla 156. ¿Qué tan útiles han sido para usted los siguientes aspectos de su tratamiento?

	No se hace	Muy útil	Útil	Sin comentarios	Nada útil
La evaluación inicial de mi caso	14,3	38,5	34,3	9,3	1,3
Las terapias individuales	11,0	54,9	28,3	4,6	1,2
Las terapias grupales	9,6	52,6	30,3	6,1	1,3
Las lecturas (de biblia u otros libros espirituales)	23,3	41,0	21,3	11,4	3,0
Las tareas para desarrollar a solas	15,7	39,4	36,6	6,6	1,6
La identificación de disparadores de consumo, sus consecuencias, evaluar alternativas y hacer planes de acción	18,5	44,2	27,5	7,9	1,8
El énfasis en hacerlo yo mismo(a), usando mis propios recursos y fortalezas	6,6	51,6	33,1	6,4	2,2
Definir metas concretas acerca de mi consumo	8,0	53,5	32,6	4,8	1,1
Revisión y seguimiento a mi progreso	8,6	49,6	33,9	7,0	,8
Saber cómo cuidar mi salud y evitar riesgos	6,9	54,7	33,7	3,6	1,0

Tabla 157. ¿Mientras estuvo en tratamiento, cuál de los siguientes aspectos trabajó con sus asesores o terapeutas?

n=177	Si	No
Manejo de estados emocionales negativos (ira, tristeza, ansiedad)	89,3	10,7
Manejo de estados físicos negativos (dolor, angustia, malestar)	79,7	20,3
Manejo de estados de estados de ánimo positivos (alegría, emoción)	88,7	11,3
Auto-control	93,2	6,8
Identificación de situaciones que disparan las ganas de consumir	88,1	11,9
Manejo de situaciones que disparan las ganas de consumir	88,1	11,9
Manejo asertivo de situaciones de presión para consumir	85,3	14,7
Manejo de conflictos con otras personas	89,8	10,2
Manejo de conflictos familiares	85,9	14,1
Manejo de problemas o situaciones difíciles en la vida	87,0	13,0

La tabla 157 muestra el manejo de aspectos que se asocian con el riesgo de recaídas de manera más puntual. Esta pregunta se hizo sólo a quienes estaban por terminar su tratamiento (n=177). Se observa que la mayoría de los aspectos fueron trabajados en algún momento del tratamiento con los usuarios, sin embargo, el manejo de sentimientos físicos negativos pareció ser menor que el resto de aspectos indagados y aspectos del auto-control fueron los que más se trabajaron. No obstante, llama la atención que en promedio, en el 12% de estos casos, no se trabajaron aspectos fundamentales para la prevención de recaídas durante el tratamiento.

Tabla 158. Aspectos trabajados durante el tratamiento según modelo de tratamiento

	CT	12 Pasos	Teoterapia	Psiquiátrico	Clínico - psicológico	Otro
Manejo de estados emocionales negativos (ira, tristeza, ansiedad)	94,7	72,7	65,0	100,0	100,0	77,8
Manejo de estados físicos negativos (dolor, angustia, malestar)	88,2	72,7	50,0	85,7	84,0	66,7
Manejo de estados de estados de ánimo positivos (alegría, emoción)	94,7	72,7	75,0	100,0	92,0	77,8
Auto-control	97,4	81,8	90,0	92,9	96,0	85,2
Identificación de situaciones que disparan las ganas de consumir	92,1	90,9	75,0	71,4	100,0	85,2
Manejo de situaciones que disparan las ganas de consumir	93,4	90,9	80,0	57,1	100,0	85,2
Manejo asertivo de situaciones de presión para consumir	92,1	90,9	75,0	57,1	96,0	77,8
Manejo de conflictos con otras personas	92,1	90,9	85,0	71,4	96,0	92,6
Manejo de conflictos familiares	93,4	90,9	55,0	78,6	92,0	88,9
Manejo de problemas o situaciones difíciles en la vida	94,7	81,8	80,0	64,3	92,0	81,5

Los resultados generales y promediados muestran que los usuarios que asistían a programas clínico-psicológicos (94.8%) y a comunidades terapéuticas (93%) fueron quienes en mayor medida dijeron haber trabajado los diferentes aspectos indagados, en segundo lugar se encuentran quienes asistían a programas de 12 pasos (83.6%) y a "otros" programas (81,9%), y en último lugar se encuentran los programas psiquiátricos (77.8%) y los de teoterapia (73%). Los programas de 12 pasos muestran un menor manejo de aspectos emocionales y físicos asociados al consumo, también llama la atención la baja frecuencia con la que aspectos físicos y conflictos familiares se manejan en los programas de teoterapia.

Tabla 159. Escala de indicadores de progreso y bienestar (usuarios)
-Período indagado: últimas dos semanas-

	En lo absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo	N/A
01 ¿Qué tanto el dolor físico le impide hacer lo que necesita hacer?	68,4	17,2	6,9	4,8	2,2	,0
02 ¿Qué tanto necesita tratamiento médico para poder funcionar en su vida cotidiana?	63,0	16,7	7,9	9,3	2,5	,0
03 ¿Qué tanto disfruta de la vida?	3,4	8,1	14,3	35,7	38,3	,0
04 ¿Qué tanto siente que su vida tiene sentido?	2,5	6,1	9,3	32,5	48,8	,0
05 ¿Qué tanto logra concentrarse?	2,5	18,4	25,7	36,4	16,3	,0
06 ¿Qué tan seguro(a) se siente en su día a día?	1,7	8,4	18,2	45,6	25,3	,0
07 ¿Qué tan saludable cree que es el ambiente en el que vive?	3,9	6,5	15,1	38,9	35,2	,0
08 ¿Siente que tiene suficiente energía para el día a día?	2,4	8,1	14,3	44,0	30,7	,0
09 ¿Acepta su apariencia personal?	2,0	4,9	10,3	43,3	38,8	,0
10 ¿Tiene suficiente dinero para satisfacer sus necesidades?	36,0	21,6	25,9	9,3	4,6	1,6
11 ¿Tiene oportunidad de tener tiempo libre y pasar ratos de ocio?	11,4	22,9	29,6	26,3	9,3	,0

En general:	Muy buena	Buena	Ni buena ni mala	Mala	Muy mala
12 ¿Cómo califica su calidad de vida actual?	30,7	46,5	14,4	2,1	,5

	Muy satisfecho	Satisfecho	Ni satisfecho Ni insatisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho
13 ¿Qué tan satisfecho(a) está con la manera como está durmiendo?	39,7	42,1	8,8	7,1	2,2
14 ¿Qué tan satisfecho(a) está con la forma como hace sus actividades cotidianas?	33,0	53,5	9,2	3,1	1,0
15 ¿Qué tan satisfecho(a) está con su capacidad para trabajar?	37,7	45,9	9,2	3,4	,7
16 ¿Qué tan satisfecho(a) está con usted mismo(a)?	45,6	41,6	8,6	2,9	,9
17 ¿Qué tan satisfecho(a) está con sus relaciones con las otras personas?	31,4	47,3	14,8	5,1	1,3
18 ¿Qué tan satisfecho(a) está con sus relaciones con su familia?	37,0	31,7	14,1	10,6	4,8
19 ¿Qué tan satisfecho(a) está con su vida sexual o íntima?	19,3	32,6	23,9	12,6	6,9
20 ¿Qué tan satisfecho(a) está con el apoyo que recibe de sus amigos?	25,0	39,0	19,4	10,3	5,3
21 ¿Qué tan satisfecho(a) está con las condiciones del espacio en el que vive?	33,1	50,4	9,3	4,5	2,1
22 ¿Qué tan satisfecho(a) está con el acceso que tiene a servicios de salud?	25,0	42,1	16,5	10,3	5,4
23 ¿Qué tan satisfecho(a) está con su situación laboral?	16,2	25,7	23,3	18,6	9,0

El análisis de esta escala de satisfacción muestra que si bien el panorama de bienestar y satisfacción general de estos usuarios es positivo para la mayoría de ellos y ellas, algunos aspectos en particular no muestran el mejor balance. Este es el caso de un poco más del 30% que considera que el dolor físico le impide hacer lo que necesita y que necesita tratamiento médico para funcionar en su vida cotidiana, y un poco menos del 30% que no se siente del todo seguro en su día a día, que considera que el ambiente en el que vive no es del todo saludable y que siente que no cuenta con suficiente energía para el día a día. Así mismo está que cerca de la mitad no logra concentrarse como quisiera y que cerca de dos terceras parte no cuenta con tiempo libre ni ratos de ocio.

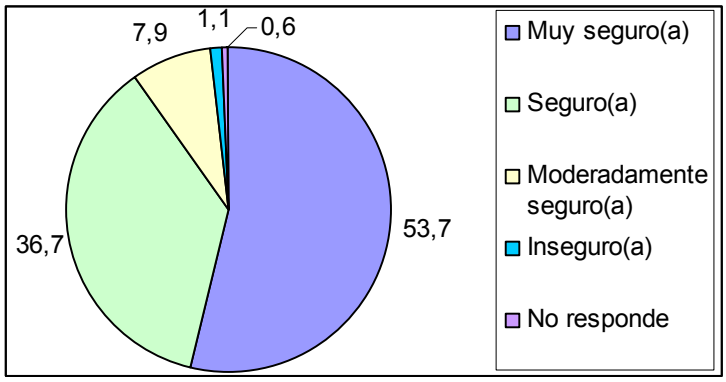
El 23% consideraba que su calidad de vida al momento de la entrevista, no era la mejor. En alrededor del 15% de los casos se reportan dificultades de sueño, capacidad para desarrollar actividades cotidianas y/o para trabajar, insatisfacción personal e insatisfacción con las condiciones que tiene en el espacio en el que se vive. En el 31% de los casos hay insatisfacción con las relaciones familiares y en el 21% insatisfacción relacional e interpersonal. Así mismo, en el 36% de los casos no se percibe suficiente apoyo de la red de soporte social (amigos) y en alrededor de la mitad de los casos, hay insatisfacción en la vida sexual y en la vida laboral.

Tabla 160. Aspectos que se tienen resueltos antes de salir de tratamiento

n = 177	SI	
	Frecuencia	Porcentaje
¿Sabe en dónde va a vivir?	143	80,8
¿Va a seguir estudiando?	128	88,3
¿Sabe en qué va a trabajar?	102	64,6
¿Sabe en dónde va a trabajar?	82	51,3
¿Seguirá con su terapia o asesoría individual?	154	87,0
¿Seguirá con su terapia familiar?	101	78,3
¿Seguirá con su terapia de pareja?	36	58,1
¿Si recayera en el consumo podría volver a la institución?	153	86,4
¿Si recayera en el consumo volvería a la institución?	145	81,9
¿Asistirá a reuniones de Alcohólicos Anónimos?	92	52,0
¿Asistirá a reuniones de Narcómanos Anónimos?	97	54,8

Entre los usuarios entrevistados que estaban por terminar su tratamiento y en los casos en los que los ítems aplicaban, se encuentra que la mayoría de quienes estaban estudiando antes, van a seguir haciéndolo cuando salgan, y que la mayoría también continuará recibiendo su asesoría individual. No obstante, cerca del 20% no sabe en dónde vivirá, el 35% no sabe en qué trabajará, cerca de la mitad no sabe en dónde trabajará, y no asistirá a reuniones de grupos de auto-apoyo. Resulta interesante que cerca del 14% considera que no podría volver a la institución si recayera, mientras que el 18% sí lo haría si esto ocurriera.

Figura 96. ¿Qué tan seguro(a) se siente de poder mantener los logros que obtuvo durante el tratamiento?



La mayoría de los usuarios refiere sentirse seguro(a) de poder mantener los logros que obtuvo durante el tratamiento, dicha seguridad es relativa en el 8% de los casos.

3.4 Situación de ex usuarios de los CAD

La muestra de 242 ex usuarios finalmente entrevistados, estuvo constituida por 190 hombres (78.5%) y 52 mujeres (21,5%). El promedio de edad fue de 31 años (min. 13 y max. 70). La mayoría de los ex usuarios entrevistados había estado en una comunidad terapéutica (n=86), los restantes en programas de teoterapia (n=58), en "otros" programas (n=30), en programas psiquiátricos (n=25), en clínico-psicológicos (n=28) y en programas de 12 pasos (n=15)

Tabla 161. Tiempo que lleva por fuera del tratamiento

	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 mes	14	5,8
1-2 meses	22	9,1
De 3-4 meses	10	4,1
De 5-8 meses	47	19,4
De 9 meses a 1 año	23	9,5
Más de un año	114	47,1
No hay dato preciso	12	5,0
Total	242	100,0

Como se observa en la tabla 161, cerca de la mitad de los ex usuarios entrevistados llevaba cinco o más meses por fuera de tratamiento y la otra mitad llevaba más de un año.

Tabla 162. Tiempo de permanencia en tratamiento

	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 mes	7	2,9
1-2 meses	23	9,5
De 3-4 meses	13	5,4
De 5-8 meses	42	17,4
De 9 meses a 1 año	67	27,7
Más de un año	90	37,2
Total	242	100.0

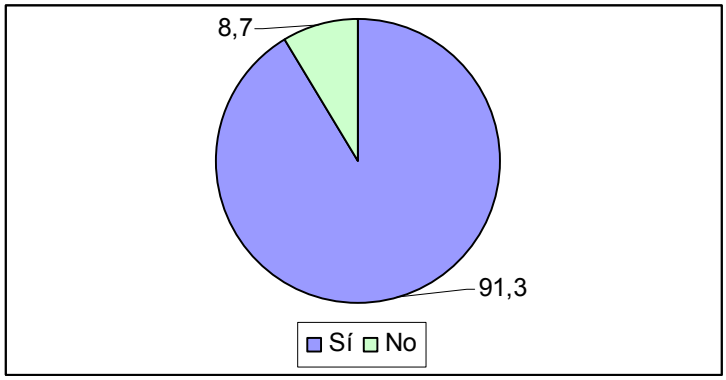
Tabla 163. Tiempo de permanencia en tratamiento según modelo de tratamiento

	CT	12 Pasos	Teoterapia	Psiquiátrico	Clínico - psicológico	Otro
Menos de 1 mes	0,0	0,0	0,0	20,0	0,0	6,7
1-2 meses	1,2	33,3	1,8	40,0	15,4	3,3
De 3-4 meses	3,7	13,3	8,9	4,0	7,7	0,0
De 5-8 meses	14,6	26,7	17,9	16,0	19,2	23,3
De 9 meses a 1 año	36,6	6,7	33,9	12,0	19,2	23,3
Más de un año	43,9	20,0	37,5	8,0	38,5	43,3

Las tablas 162 y 163 muestran que hubo incluso ex usuarios que permanecieron en tratamiento hasta menos de un mes, pero que la mayoría de los usuarios permanecieron al menos cinco meses y que el 37% estuvo incluso más de un año en la entidad.

El análisis por modelo muestra que los ex usuarios entrevistados que permanecieron más tiempo en tratamiento, asistían a comunidades terapéuticas seguidos de quienes asistían a programas de teoterapia y a clínico psicológicos.

Figura 97. ¿Terminó usted su tratamiento?



La gran mayoría de los ex usuarios terminaron su tratamiento, mientras que cerca del 9% se habría retirado antes de terminarlo.

Tabla 164. Durante los últimos 6 meses ¿cuál ha sido su principal fuente de ingresos?

	Frecuencia	Porcentaje
Empleo con salario estable (medio tiempo/tiempo completo)	39	16,1
Trabajo temporal (pago semanal/diario sin contrato formal)	29	12,0
Trabajo en negocio familiar	19	7,9
Ingresos familiares o de pareja	63	26,0
Independiente (actividades por venta de bienes o servicios)	38	15,7
Limosna o "retaco"	2	0,8
Venta ambulante (en calle, buses) "rebusque"	11	4,5
Venta de drogas o jibareo "cruces"	0	0
Trabajo sexual o sexo comercial	0	0
Robo, hurto u otra actividad por fuera de la ley	0	0
Otro	40	16,5
Rehúsa contestar	1	0,4
Total	242	100

Si bien el 36% de los ex usuarios tenía al momento de la entrevista una actividad laboral definida y en algún sentido formal, y cerca del 16% era trabajador independiente, la otra mitad de los usuarios no, pues el 26% seguía siendo dependiente económicamente de la familia (aspecto en el que hay que tener en cuenta que si bien los datos no se muestran, el 40% de la muestra era menor de 24 años). El 22% restante se distribuye entre quienes estaban en una actividad que supone un alto riesgo de recaída por los escenarios y circunstancias en las que se desempeñan y entre quienes tenían otra actividad, éstas se describen en la siguiente tabla.

Tabla 165. Otra fuente de ingresos en los últimos 6 meses

	Frecuencia	Porcentaje
Pensión	7	17,5
Vive en y de la institución	24	60,0
Beca de la Organización Internacional de Migraciones	2	5,0
De la caridad	2	5,0
Trabaja en la institución	5	12,5
N válido	40	100,0

Tabla 166. Durante los últimos 6 meses ¿dónde ha vivido la mayor parte del tiempo?

	Frecuencia	Porcentaje
Casa o apartamento propio o de pareja	26	10,7
Casa o apartamento rentado por usuario o su pareja	34	14,0
Casa o apartamento de padres, familiares o amigos	109	45,0
Pieza por días en hoteles o residencias	4	1,7
Dirección no fija (calle, parques, etc)	0	0
Institución de tratamiento de drogas	59	24,4
Cárcel o prisión	1	0,4
Otro	9	3,7
Rehúsa contestar	0	0
Total	242	100,0

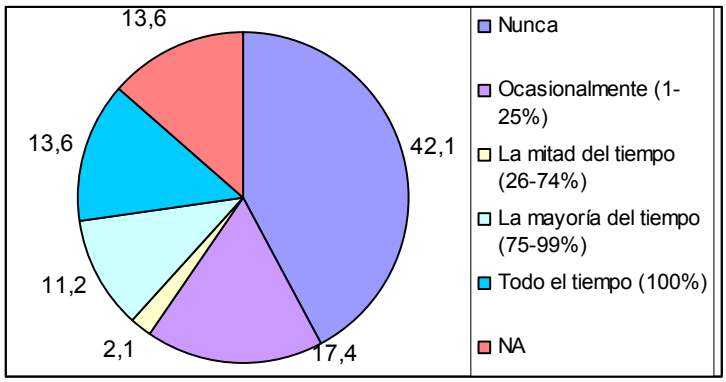
Los resultados que se presentan en la tabla 166 muestran que mientras cerca de la mitad de la muestra estaba viviendo con familiares o amigos, cerca de una cuarta parte habitaba aún en la institución en la cual recibió tratamiento y el 24% se encontraba en un lugar propio o rentado. En muy pocos casos se encontraron ex usuarios viviendo en escenarios que implican un alto riesgo de recaída.

Como se observa en la tabla 167, se registra consumo de sustancias lícitas siendo cercano a la mitad el consumo de tabaco y cercano a una cuarta parte el de licor. El consumo de ilícitas se registra en bajos porcentajes, siendo mayor el consumo de marihuana y entre el 3 y el 2% el resto de sustancias. Las únicas drogas que no registraron ningún consumo fueron heroína y anfetaminas o metanfetaminas. La frecuencia de consumo de sustancias ilícitas de una vez por semana o más fue reportada por un sujeto en cada caso, y por dos en el caso de la marihuana. La frecuencia de consumo de alcohol también fue baja.

Tabla 167. Distribución de los ex usuarios según drogas consumidas en los últimos 6 meses y frecuencia de consumo

	¿Usada?		Si respondió "SI" *¿Con qué frecuencia en los últimos 6 meses?*							
	SI	NO	<1 vez/mes	1-3 veces/mes	1 vez/semana	2-3 veces/semana	4-6 veces/semana	1 vez/día	2-3 veces/día	4 o más veces/día
Alcohol	23,1	76,9	7,9	5,8	2,9	0,8	0,0	0,4	0,8	0,8
Cigarrillo	42,1	57,9	1,2	1,2	2,1	2,1	2,5	6,2	7,4	16,5
Marihuana	6,6	93,4	0,8	2,5	0,4	0,8	0,0	0,4	0,4	0,4
Cocaína	2,9	97,1	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,4	0,4	0,4
Basuco	2,1	97,9	1,7	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tranquilizantes o sedantes	2,5	97,5	0,0	0,8	0,4	0,4	0,0	0,0	0,0	0,8
Antidepresivas	1,7	98,3	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0
Inhalables	1,2	98,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,4	0,4
Heroína, morfina, otros	0	100,0	--	--	--	--	--	--	--	--
Anfetaminas y metanfetaminas	0	100,0	--	--	--	--	--	--	--	--
Éxtasis y otras drogas sintéticas o de diseño	0,8	99,2	0,4	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Alucinógenos	0,8	99,2	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4
Otra	0,4	99,6								

Figura 98. ¿Con qué frecuencia ha utilizado condón con sus parejas sexuales durante los últimos 6 meses?



Como se observa en la figura 98, mientras el 13% no tuvo relaciones sexuales durante los últimos 6 meses, entre quienes sí tuvieron se observa que el 60% o no usó condón o lo usó ocasionalmente y apenas una cuarta parte de los sujetos lo usó la mayoría del tiempo o todo el tiempo.

Tabla 168. Escala de indicadores de progreso y bienestar (ex usuarios)
-Período indagado: últimas dos semanas-

En general:	Muy buena	Buena	Ni buena ni mala	Mala	Muy mala
¿Cómo califica su calidad de vida actual?	47,5	45,5%	6,6%	0,4%	0,0%

	En lo absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
¿Qué tanto necesita tratamiento médico para poder funcionar en su vida cotidiana?	75,2	9,9	7,9	6,2	0,8
¿Qué tanto disfruta de la vida?	1,7	4,6	13,7	38,2	41,9
¿Qué tanto siente que su vida tiene sentido?	1,7	2,9	5.4	39,4	50,6
¿Qué tanto logra concentrarse?	1,2	11,2	20,2	51,7	15,7
¿Qué tan seguro(a) se siente en su día a día?	0,8	5,4	14,1	56,0	23,7
¿Qué tan saludable cree que es el ambiente en el que vive?	1,2	6,6	17,4	49,2	25,6
¿Siente que tiene suficiente energía para el día a día?	0,4	1,2	8,7	58.5	31,1
¿Acepta su apariencia personal?	0,4	2,9	6,2	62,7	27,8
¿Tiene suficiente dinero para satisfacer sus necesidades?	11,2	24,9	41,9	17.8	4,1
¿Tiene oportunidad de tener tiempo libre y pasar ratos de ocio?	2,1	17,4	31,8	41,7	7.0

	Muy satisfecho	Satisfecho	Ni satisfecho Ni insatisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho
¿Qué tan satisfecho(a) está con la manera como está durmiendo?	31,8	52,1	7,0	9,1	0,0
¿Qué tan satisfecho(a) está con la forma como hace sus actividades cotidianas?	32,6	57,9	5,8	3,3	0,4
¿Qué tan satisfecho(a) está con su capacidad para trabajar?	37,7	51,9	5,4	4,6	0,4
¿Qué tan satisfecho(a) está con usted mismo(a)?	43,0	47,1	7,0	2,9	0.0
¿Qué tan satisfecho(a) está con sus relaciones con las otras personas?	31,0	52,5	11,6	4,5	0,4
¿Qué tan satisfecho(a) está con sus relaciones con su familia?	31,4	39,7	16,5	10,3	2,1
¿Qué tan satisfecho(a) está con su vida sexual o íntima?	21,8	50,9	17,1	9,4	0,9
¿Qué tan satisfecho(a) está con el apoyo que recibe de sus amigos?	24,8	44,6	20,2	8,3	2,1
¿Qué tan satisfecho(a) está con las condiciones del espacio en el que vive?	26,4	54,1	11,6	7,4	0,4
¿Qué tan satisfecho(a) está con el acceso que tiene a servicios de salud?	19,4	50,8	13,2	10,7	5,8
¿Qué tan satisfecho(a) está con su situación laboral?	18,1	39,2	21,9	15,6	5,1

Los resultados de esta escala muestran que en el caso de los ex usuarios de los servicios entrevistados, también existe en general un panorama favorable, sin embargo, se observa que algunos aspectos se encuentran mejor que otros. El 15% por ejemplo, necesita tratamiento médico para funcionar en su vida, el 20% no disfruta del todo de la vida, el 10%

no considera que su vida tenga del todo sentido y el 16% no cuenta con suficiente energía para funcionar en su día a día. Cerca del 30% no se siente seguro, piensa que el ambiente en el que vive no es lo suficientemente saludable, similares resultados a los registrados en los usuarios en tratamiento. Apenas el 20% considera que cuenta con el dinero suficiente para la satisfacción de sus necesidades y sólo un poco más de la mitad tiene tiempo libre y de ocio.

Se observa también que entre el 10 y el 15% aún tiene dificultades para dormir, no se siente del todo satisfecho con la forma como se desempeña cotidianamente, con su capacidad para trabajar y consigo mismos(as) en general. Se observa un mejor panorama en estos en lo que respecta a las relaciones interpersonales, sin embargo, un 30% refiere poca satisfacción con sus relaciones familiares. Mejora también un poco la satisfacción con la vida sexual, mostrando un 30% que no se encuentra bien en este aspecto, así mismo, en esta misma proporción se percibe poco o pobre apoyo de la red de amigos, dificultades para acceder a servicios de salud y en cerca de la mitad insatisfacción con la situación laboral. Un 20% no se encuentra a gusto en el espacio en el que vive.

Tabla 169. Aspectos que tenía resueltos antes de salir de tratamiento

	SI	
	Frecuencia	Porcentaje
¿Tenía en dónde vivir?	190	78,8
¿Entró a estudiar?	92	38,0
¿Sabía en qué iba a trabajar?	120	49,6
¿Entró a trabajar?	161	66,5
¿Continuó con su terapia o asesoría individual?	176	72,7
¿Continuó con su terapia familiar?	89	36,9
¿Continuó con su terapia de pareja?	35	14,6
¿Si lo necesitara podría volver a tratamiento a la institución?	222	91,7
¿Si lo necesitara volvería a la institución?	219	90,9
¿Asiste actualmente a reuniones de Alcohólicos Anónimos?	36	14,9
¿ Asiste actualmente a reuniones de Narcómanos Anónimos?	28	11,6

Entre los ex usuarios entrevistados y en los casos en los que los ítems aplicaban, se encontró que el 21% no sabía en dónde viviría, una importante proporción no sabía en qué trabajaría; aunque un poco más de la mitad sí entró a trabajar, cerca de una cuarta parte no continuó con terapia o asesoría individual, cerca de la mitad no continuó con la asesoría familiar que venía recibiendo. También se observa que la gran mayoría volvería a tratamiento a la institución si lo necesitara, porque además percibe que sí podría hacerlo. No obstante, llama la atención que en porcentajes muy bajos los ex usuarios de los servicios buscan un soporte continuado en grupos de auto-apoyo.

4. Discusión

El Diagnóstico Situacional de Centros de Atención en Drogadicción (CAD) se estructuró en respuesta a la necesidad de actualizar el mapa de la oferta de servicios a la población consumidora de sustancias psicoactivas en el país. Esta actualización del mapa de la oferta debería no sólo considerar la extensión de la misma y su distribución geográfica a través de un censo institucional, sino ofrecer herramientas de análisis que permitieran establecer la calidad de la oferta y la manera como estaba respondiendo a las características de la demanda de servicios por parte de las poblaciones afectadas.

La necesidad de establecer aspectos de la calidad de los servicios y su adecuación a las características de la demanda actual y potencial, junto con la imposibilidad de realizar un estudio de carácter evaluativo acerca de los resultados y su efectividad, llevó a definir numerosos indicadores y estrategias de medición que dieran una idea – al menos indirecta – del impacto relativo de los tratamientos en los usuarios de los mismos. En tal sentido, y si bien la descripción de la oferta que se llevó a cabo puede considerarse representativa de la realidad de la misma en el país, los resultados referentes a los logros de los tratamientos sobrepasan el alcance del presente estudio, en tanto que no se trató de un estudio de evaluación de resultados. Un estudio de tal naturaleza hubiera querido establecer los cambios de los usuarios a través del tiempo y la atribución de los mismos a las intervenciones recibidas, con el uso de metodologías controladas o experimentales de altísima complejidad.

El presente estudio pretendió indagar aspectos de necesidades, procesos y satisfacción de clientes, así mismo, pretendió establecer aspectos de bienestar y progreso de los usuarios de los tratamientos, considerando en todo momento que dichas mediciones y sus resultados no necesariamente serían producto de las intervenciones de los tratamientos y los diferentes modelos, sino que en ellos podrían estar incidiendo otra multiplicidad de factores externos o internos a los individuos y a sus propios procesos.

Esta discusión de resultados se estructura con base en cuatro bloques de información: aspectos de la oferta, indicadores de calidad, infraestructura institucional, perfil y necesidades de usuarios de los tratamientos y situación de ex usuarios de los servicios.

4.1 La oferta de servicios a consumidores de SPA en Colombia

El censo institucional y el análisis de la información sobre la caracterización de los centros de asistencia en drogadicción (CAD) en el país, muestran que la oferta es diversa y que si bien es posible encontrar CADs en 23 de los 32 departamentos del país, cerca de la mitad de los centros se concentra en Bogotá D.C., y resto de Cundinamarca, Antioquia, Eje Cafetero (Caldas, Risaralda, Quindío) y Valle del Cauca. Esta realidad, junto con el análisis de prevalencia de vida de consumo de sustancias ilícitas por ciudades capitales (encuesta del año 2001 del Programa Presidencial Rumbos), permite concluir que efectivamente la oferta en términos de extensión, responde a la demanda potencial de estas cuatro zonas del país, pues es en ellas en las que también se concentra la mayor prevalencia de consumo. No obstante, también es evidente que en ciudades en las que dicha prevalencia de vida es alta, la oferta de servicios es muy baja, este es el caso de departamentos como Cauca, Nariño y Boyacá.

Si bien el número de instituciones aumentó en un 43%, con respecto al inventario institucional realizado por la Fundación Universitaria Luis Amigó (Funlam) en 1996, la caracterización de las instituciones muestra que el mapa de la oferta de tratamientos, sigue siendo similar al descrito en dicho estudio. Con respecto a la naturaleza jurídica por ejemplo, se halló que el número de entidades públicas si bien era superior al actual, también era minoritario (26% en ese entonces, 13% hoy), las entidades privadas representaban el 66% y hoy representan el 82%, las entidades mixtas correspondían al 7% y hoy corresponden al 4%. Esto muestra un aumento significativo de la participación del sector privado en la provisión de servicios a esta población, y como se planteaba en ese entonces, una diversificación en la oferta.

En referencia a la distribución geográfica, se encuentran también ciertas similitudes en tanto que en dicho estudio más de la mitad de las entidades se ubicaban en los departamentos de Cundinamarca, Antioquia y Valle del Cauca, como ya se mencionó, la distribución actual muestra una mayor expansión en otros departamentos, pero las distribuciones para estos departamentos siguen siendo similares: Cundinamarca: 1996 25%, hoy 27%, Antioquia: 1996 19%, hoy 17%, Valle del Cauca: 1996 13%, hoy 9%.

En la actualidad, la mayor proporción de entidades públicas se ubica en Antioquia, Risaralda y Cundinamarca, las entidades privadas muestran una mayor distribución en Cundinamarca y en Antioquia. También en estos dos departamentos se encuentra la mitad de las Empresas Sociales del Estado (25% respectivamente), seguidos de Atlántico, Risaralda y Valle del Cauca (10% respectivamente). El 25% de las IPS se ubica en Cundinamarca, mientras que el otro 25% se distribuye proporcionalmente entre Risaralda y Valle del Cauca. No obstante, la realidad mostró que cerca del 60% de las entidades que hoy existen son fundaciones sin ánimo de lucro y el 20% son ONG, mientras que apenas el 15% de ellas son ESE o IPS. Estos resultados reflejan que el 85% de las entidades que ofrecen servicios a población consumidora, deberán ajustarse a las nuevas condiciones de habilitación y registro que expedirá en los próximos meses el Ministerio de la Protección Social y a ellas se agregan las IPS (4%) que aún hoy, no se encuentran en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

A partir de allí, las secretarías de salud departamentales y distritales tendrán la responsabilidad de registrar y controlar a todas las entidades que independientemente de su naturaleza jurídica y enfoque de tratamiento, declaren la prestación de servicios de salud a población consumidora de sustancias psicoactivas en el país. Si bien, intentos de esta naturaleza se han hecho en el pasado, la realidad es que en el país cualquier persona que deseara abrir un CAD podía hacerlo y no existía, hasta el momento, un marco normativo claro que definiera las condiciones mínimas de funcionamiento para estas entidades ni conductos regulares de vigilancia y control para las mismas. Tan claro es este panorama, que el diagnóstico mostró que incluso muchas de ellas no cuentan con un NIT (13.6%) y que el 4% no se encuentra registrado ante ninguna entidad. El reporte de registro arrojó un listado de 16 entidades o instancias diferentes ante las cuales estos CAD se encuentran "oficializados". Cierta unificación de criterios, sería claramente conveniente para el mejoramiento de la calidad de los servicios que hoy se ofrecen a los consumidores de sustancias en el país y para aclarar el mapa de oferta que hasta ahora, es confuso.

El mapa actualizado de la oferta también mostró que la mitad de los programas disponibles en el país, se distribuyen entre las comunidades terapéuticas (31%) y los tratamientos de

teoterapia (21%). La otra mitad son programas clínico-psicológicos, alternativos u otros, los programas psiquiátricos con énfasis en salud mental sólo representan el 10% y programas de 12 pasos el 6%. En comparación con los resultados del inventario realizado en 1996 por la Funlam, se encuentra que la proporción de comunidades terapéuticas es hoy mayor (1996, 22,6%) y que los programas de teoterapia han aumentado de manera significativa (1996, 9,4%). Así mismo, se observa una reducción en los programas de 12 pasos que en ese entonces correspondían al 14% y hoy son el 6%. También se observa un incremento en los enfoques alternativos dado que en el diagnóstico situacional, un total de 21 entidades se ubican en esta categoría, mientras que en 1996 sólo se identificó una.

La modalidad residencial de tratamiento es la más común en el país (73.5%), seguida de la modalidad ambulatoria (44.2%), otras modalidades (hospital día, hospital noche, consulta externa y mixta) son menos comunes en los CAD. Es de anotar que muchas entidades ofrecen diversas modalidades de tratamiento, por lo que estas categorías no son excluyentes. Los resultados en cruce con modelo de tratamiento, muestran que las comunidades terapéuticas ofrecen hoy en día diversidad de modalidades, sin embargo siguen siendo las que concentran la mayor oferta de tratamientos residenciales y de hospital noche. Los programas de teoterapia son principalmente residenciales, los de 12 pasos se ofrecen en modalidad de consulta externa y hospital noche y los programas psiquiátricos concentran la mayor oferta de la modalidad hospital día.

Al respecto, no es posible sacar mayores conclusiones en tanto que la evidencia científica no tiene mucho que decir en relación con las ventajas de un modelo de tratamiento frente a otro o de la conveniencia de una modalidad de tratamiento frente a otra. Se reconoce la efectividad de ciertas intervenciones específicas (cognitivo-conductuales, por ejemplo) y de modelos como el de 12 pasos de AA, ajustado en el Modelo Minnesota; sin embargo, la investigación ha fracasado en determinar si los resultados positivos de un tratamiento se dan en función de las características del usuario o del tratamiento mismo o de una combinación entre ambos (Franey y Thom, 1995; UN 1996). Por consiguiente, es posible concluir que la amplia oferta de comunidades terapéuticas es positiva, en tanto que se trata de un modelo tradicional, ampliamente probado y sustentado en una filosofía y en un tratamiento estructurado, que la baja oferta de modelos de 12 pasos es negativa por la misma razón y que la amplia oferta y permanente proliferación de programas de teoterapia es compleja, en tanto que de este estilo de tratamientos no existe evidencia alguna y tampoco literatura que permita establecer la estructuración teórica y práctica de los mismos.

En relación con las modalidades tampoco es posible concluir, pues la literatura señala que una intervención breve ofrecida en el momento justo puede tener el mismo impacto de un internamiento por largo tiempo o de un tratamiento ambulatorio (Franey y Thom, 1995). También Naciones Unidas (2003) establece que si bien los tratamientos residenciales muestran mejores resultados, al mismo tiempo registran tasas de deserción que llegan hasta el 25% en las primeras semanas y hasta el 40% pasados los cuatro meses. Pero lo que sí es claro es que los factores que inciden en la efectividad de los tratamientos trascienden en gran medida los enfoques y modalidades, tal como se verá más adelante y como se revisó en el marco conceptual de este diagnóstico situacional.

La evidencia de una mayor oferta de tratamientos y modalidades que buscan principalmente la abstinencia, junto con el hecho de que más de la mitad de los CAD también la busca

explícitamente como objetivo último del tratamiento, dejaría entrever que en Colombia las alternativas como la reducción del consumo, el consumo controlado o el mantenimiento con sustitutos farmacológicos son limitadas. No obstante, llama la atención que cerca del 30% de los CAD parece reconocer las dificultades de lograr la abstinencia total a través de los tratamientos (aspecto ampliamente revisado en el marco conceptual) y lo que busca es reducir el consumo actual o mejorar la calidad de vida del consumidor (13% del 61% que mencionó "otro" objetivo). Sin embargo, los objetivos explícitos del mantenimiento y de la sustitución fueron mencionados por menos del 2% de estas entidades.

La evidencia ha mostrado que el área de tratamiento debe ser lo suficientemente amplia como para dar respuesta a la gran diversidad de consumidores que existen, a sus necesidades y expectativas y que el número de consumidores que efectivamente busca tratamiento es muy bajo, si se compara con el número de consumidores activos sin contacto con los servicios. Es por ello, que los resultados de este aspecto de la oferta podrían estar mostrando que los servicios existentes en Colombia sólo están ofreciendo respuestas a un número limitado de consumidores y que otros, que podrían beneficiarse de programas que plantearan metas intermedias u otros objetivos como la reducción de daños y riesgos, no encuentran mayores alternativas de ayuda.

Este último aspecto podría estarse reflejando también en la percepción de éxito que plantearon tanto los directores, como los miembros del equipo terapéutico entrevistados, pues en apenas el 5% de los casos (en promedio) se percibe que el tratamiento que se ofrece es exitoso para "todos" los usuarios que ingresan, mientras que en cerca de la mitad se reconoce que el éxito es parcial.

Son muy pocos los CAD que busquen atraer más usuarios ofreciéndoles servicios flexibles y programas de baja exigencia con el ánimo de reducir el impacto directo que tiene el consumo en la salud pública y en problemas concretos como el VIH/SIDA y otras enfermedades infecciosas, no sólo asociados a patrones de consumo como la inyección, sino a conductas de riesgo sexual, tan comunes en la población consumidora como en la población general. De acuerdo con Hartnoll (1992), este aspecto es de altísima relevancia en la mejora de la oferta y lo reitera la NTA (2002) al señalar que las metas deberían estar centradas en principio, en la reducción de los problemas sanitarios y sociales, en segundo lugar en el cambio de conductas que implican un riesgo para la salud del consumidor y de otros y por último, en la reducción del consumo.

Se observó también que la oferta de servicios se concentra en la búsqueda de soluciones a los problemas de dependencia a sustancias ilícitas y lícitas como el alcohol. No obstante, la oferta a problemáticas como el consumo experimental o incipiente, las recaídas, el síndrome de abstinencia y las sobredosis o intoxicaciones es limitada en el país. Si bien no existe en la literatura ninguna referencia a este respecto, es evidente que resultaría altamente conveniente que las entidades abrieran alternativas de trabajo con personas que apenas inician su carrera de consumo, por el impacto que esto tendría en la reducción de la demanda, a través de intervenciones de prevención secundaria y en la reducción de daños y riesgos comúnmente asociados con el consumo continuado de sustancias psicoactivas.

Por otro lado, y si bien los patrones de consumo en el país no muestran aún un incremento importante de uso de sustancias como la heroína, sí se detecta un consumo importante de medicamentos controlados, especialmente tranquilizantes que se mezclan con otros

depresores del sistema nervioso central (alcohol p.ej.) y de policonsumo, en los estudios nacionales realizados en el país y en el mismo perfil de usuarios descrito en el marco de este diagnóstico situacional. Así mismo, la inyección de sustancias aún no es una práctica expandida, pero ya existe evidencia que muestra que es un patrón de consumo usado por muchos consumidores en Bogotá (Mejía, 2003) y que no es inusual en consumidores que se encuentran en tratamiento en diversas ciudades del país (VESPA y diagnóstico situacional). Dados estos patrones de consumo, algunos aún incipientes pero en expansión, resulta preocupante la bajísima oferta de servicios especializados en el manejo de situaciones de intoxicación aguda y de desintoxicación farmacológica en el país. También es baja la oferta de alternativas de tratamientos para trastornos emergentes como la ludopatía o el juego compulsivo.

Con respecto a otras problemáticas comúnmente asociadas con el consumo, se encontró que la oferta es amplia para personas en situación de calle (indigencia) y un poco menor para trabajo y explotación sexual. La oferta es baja para personas con problemas de desplazamiento forzado y conflictos con la ley, así como para consumidores portadores de VIH o con SIDA.

La oferta de servicios es mayor para hombres que para mujeres, lo cual concuerda con las cifras de prevalencia de consumo que han mostrado siempre una mayor proporción de hombres consumidores en contraste con el número de mujeres. No obstante, son pocas las entidades que ofrecen servicios exclusivos a las mujeres y a juzgar por la evolución de los patrones de consumo y la evidencia descrita en la literatura acerca de la necesidad de ofrecer servicios con perspectiva de género, resultaría conveniente ampliar la oferta para este grupo de población, considerando en todo momento sus necesidades particulares. Esto mismo aplicaría para grupos minoritarios, para los cuales la oferta de servicios es también limitada.

Los resultados mostraron que la mayor parte de la oferta de servicios se concentra en estratos bajos y medios, y que menos de la mitad de las entidades ofrece atención a población de estratos 5 y 6. Por supuesto, son estas entidades las que ofrecen los tratamientos de mayor costo para el usuario. Dado que los estudios nacionales no contemplan la variable estrato socio-económico, quedaría para futuros esfuerzos investigativos preguntarse si la oferta muestra una relación con la demanda real y potencial, o si son las personas de estratos bajos y medios quienes tienden a utilizar en mayor medida los servicios disponibles en contraste con los estratos altos.

La oferta para menores de edad y adultos es similar y alta en ambos casos.

De acuerdo con los miembros del equipo terapéutico que fueron entrevistados, los consumidores que ingresan a tratamiento además de ser cada vez más jóvenes, cuentan con poco apoyo de su red social inmediata, y requieren de mayores intervenciones educativas y vocacionales. También expresan preocupación por las nuevas dinámicas del mercado interno de sustancias (éxtasis, heroína) que plantean grandes retos para los servicios en oferta. Por esto mismo confirman lo discutido y es que sienten que la oferta debería ser más especializada y ofrecer intervenciones médicas en los casos en los que se requiere. También perciben la necesidad de ofrecer más alternativas de tratamiento para mujeres y para contrarrestar los factores de riesgo que se perciben cada vez más expandidos y potentes.

La población usuaria de los servicios en la actualidad, muestra una distribución similar al tipo de oferta, en este sentido hoy hay en los tratamientos 2 mujeres por cada 8 hombres.

La cifra de hombres supera los 10.000 y la cifra de mujeres no llega a las 2.600. 6.000 de estas personas son de estratos 1 y 2 y 3.800 se encontraban en situación de calle al momento de ingresar a tratamiento. En contraste, las personas de estratos 5 y 6 apenas superan las 400. Con respecto a la edad, se encontró que si bien el número de adultos es mayor y supera los 6.500, el número de menores en tratamiento es de 5.400 (cifras aproximadas). Este último dato concuerda con la percepción de los miembros del equipo terapéutico sobre un claro incremento en el número de personas jóvenes que ingresan a tratamiento.

El análisis de la capacidad de atención de las instituciones con respecto al número de personas atendidas, muestra que en la actualidad el 64% del total de cupos se encuentra en uso, pues el número de personas en diversas modalidades de tratamiento es de 13.000 y el número de cupos es cercano a los 20.400. En general, esto permitiría decir que la oferta de servicios es suficiente frente a la demanda actual e incluso habría sobreoferta de cupos, pero es necesario recordar que los servicios no se encuentran distribuidos equitativamente en todas las zonas del país. Lo que se necesitaría entonces, sería una redistribución de los servicios y una ampliación y diversificación de las metas que se persiguen con la atención a esta población.

Otro aspecto que, de acuerdo con la revisión de la literatura es complejo, es la promoción y divulgación de los servicios existentes. Hartnoll (1992) decía que la percepción por parte de los consumidores del tipo y diversidad de ayuda disponible, es un aspecto de gran relevancia a la hora de buscar ayuda. No sólo en el campo de la demanda de sustancias, sino en otros campos, se reconoce ampliamente que los servicios sociales, comunitarios y de salud deben hacer grandes esfuerzos por divulgarse. El diagnóstico situacional mostró que el medio primario de promoción de estas entidades son otros usuarios o sus familias, seguido de la recomendación o remisión de otras entidades. Sin embargo, estrategias publicitarias, de distribución de volantes informativos y de acercamiento directo a consumidores en sus ambientes naturales, no son usuales en la mayoría de los CAD del país.

La evidencia al respecto muestra que los servicios deben adoptar un enfoque menos pasivo si quieren realmente cumplir con su función social. Como se verá más adelante, el tema de la motivación sigue siendo aún muy importante en el ingreso a tratamiento, de esta forma los CAD esperan a que el consumidor llegue y "muestre" suficiente voluntad de cambio y compromiso para poder ingresar, si bien este es uno de los aspectos que, de acuerdo con la literatura es predictor de enganche, hoy en día se reconoce que la aproximación directa al consumidor y la intervención en el medio en el cual se encuentra, tiene un impacto positivo no sólo en la promoción efectiva de los servicios, sino en la reducción del impacto del consumo sobre la salud pública (Hartnoll, 1992). A pesar de ello, resulta interesante que el 60% de los CAD percibe un aumento en la demanda de servicios en los últimos dos años, mientras el 25% percibe que se mantiene igual y el 12% percibe incluso que ha disminuido.

Los costos de los tratamientos pueden ser también una fuerte barrera para el acceso efectivo. El diagnóstico muestra que la oferta de servicios gratuitos llega al 32%, la mayoría de ellos porque contrata con entidades públicas como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, con alcaldías y con gobernaciones. La oferta de estos servicios se limita en la mayoría de los casos a menores infractores de ley, en condiciones de riesgo o en medida de protección, a personas en conflicto con la justicia y a habitantes de la calle. Si bien los costos medios no son altos, sí resultan demasiado altos para la media de ingresos en el

país, por ejemplo el costo promedio de los servicios residenciales supera en un 35% el salario mínimo mensual vigente para Colombia en el año 2004 y el del servicio ambulatorio cuesta el 33% de la misma unidad de medida.

También resultó llamativo el que el 20% de estas entidades reconoce el pago de los servicios a través del trabajo de los usuarios en actividades de diversa índole, y que el 19% percibe recursos de la actividad productiva de los usuarios en la fabricación o venta de diversos elementos. Si bien, para muchas de estas entidades ésta es una facilidad de pago y constituye un esfuerzo de "reinserción socio-laboral" o de terapia vocacional y ocupacional, es importante reconocer que ninguna ofrece un estatus laboral al usuario por su trabajo y tampoco ofrece las garantías de ley que cualquier otra "empresa" debe reconocer, más aún cuando la mayoría de estas labores se realizan en calle.

La duración media de los tratamientos supera ampliamente el mínimo recomendado por estándares internacionales, el diagnóstico mostró que los tratamientos residenciales tienen una duración promedio de 41.8 semanas y los tratamientos ambulatorios, un promedio de 32.3 semanas. Los tratamientos de mayor duración fueron los de 12 pasos con modalidad mixta (hasta dos años y medio) y los de más corta duración, algo superior a los dos meses, fueron los psiquiátricos con énfasis en salud mental.

La mayoría de los CAD ofrece algún tipo de asistencia o asesoría a las familias de los consumidores y dos terceras partes realizan acciones concretas en rehabilitación y reincorporación social y laboral, No obstante, un número importante de entidades se limitan a realizar acciones de tratamiento, desintoxicación y deshabituación que, de acuerdo con la literatura, no tendrían un buen pronóstico en tanto que no estarían ofreciendo la integralidad que se requiere para mejorar los resultados en el mediano y en el largo plazo. Al respecto vale la pena también retomar que sólo el 41% de estas entidades cuenta con la cooperación interinstitucional y con las alianzas necesarias para rehabilitar y reincorporar efectivamente a los usuarios a su vida socio-familiar y laboral o vocacional. En este sentido, y retomando lo resumido por el NIDA (1991) mucho menos de la mitad de las entidades consideran hoy la importancia de consolidar alianzas interinstitucionales, así como la importancia de incentivar las investigaciones en el área, como se verá en breve.

Otras actividades desarrolladas por estas entidades son la prevención primaria a la comunidad registrada en el 65% de los casos, estudios e investigaciones en el área de adicciones en el 31%, grupos de auto-apoyo en el 30%, asesoría en VIH/SIDA en el 21%, y acciones de reducción de daños y promoción de la salud en escenarios de calle en el 20% de los CAD. Tanto la prevención primaria, como la asesoría en VIH/SIDA como los estudios, se concentran en mayor medida en Bogotá y Cundinamarca, Antioquia y Risaralda.

El análisis de necesidades arrojado por el diagnóstico muestra que las necesidades más sentidas por los CAD son las fuentes de financiación, en tal sentido más de la mitad considera que el mejoramiento en los resultados dependería de un mejoramiento en los recursos físicos, económicos y de infraestructura. Aunque en menor grado, también consideran que se requiere mejorar la idoneidad del recurso humano disponible, el tratamiento mismo y las condiciones de seguimiento a los casos, una vez terminan el ciclo básico del tratamiento. Otros atribuyen la falta de resultados a factores que dependen más de las condiciones de motivación y compromiso de los usuarios y de la evaluación de los casos.

Todos estos aspectos han sido ampliamente discutidos por la literatura revisada como fundamentales a la hora de mejorar la calidad de los tratamientos y por consiguiente, los resultados de los mismos.

4.2 Indicadores de calidad en la provisión de los servicios

La estabilidad financiera de estas entidades es compleja, por esta razón y si bien este aspecto no se encuentra documentado, la experiencia indica que muchos CAD desaparecen después de algún tiempo por no ser viables ni sostenibles desde el punto de vista financiero. Para el NIDA (1991), los programas requieren financiación, en tanto que la calidad de los tratamientos se ve con frecuencia comprometida por problemas de financieros que a su vez limitan la posibilidad de ofrecer apoyo técnico al equipo y costear la evaluación sistemática de los servicios para revisarlos e incrementar su efectividad. Si los programas contaran con suficientes fuentes de financiación podrían mejorar los aspectos administrativos, el entrenamiento al equipo, los salarios y condiciones laborales del equipo, fortalecer los sistemas de recolección de información, la evaluación de las actividades, las alternativas vocacionales, la planta física y podrían expandir la cobertura de los servicios.

El diagnóstico situacional mostró que mientras el 41% de estas entidades cuenta con una fuente de financiación pública, el 59% restante no. No obstante, vale la pena mencionar que en el estudio realizado por la Funlam en 1996 este porcentaje era apenas del 20%, lo cual muestra que si bien la mayoría de las entidades son de naturaleza privada, muchas de ellas cuentan hoy con financiación del Estado y esto hace viable su funcionamiento. El análisis de cruce por tipo de entidad permite señalar que más de la mitad de las ONG y entidades sin ánimo de lucro, así como la inmensa mayoría de las entidades de tipo sociedades limitadas, entidades académicas y empresas unipersonales se sostienen casi en su totalidad de los recursos públicos.

Con respecto al estudio antecedente, se encontró que mientras en 1996 el 18% de los CAD se sostenían gracias a la venta de servicios a particulares, en la actualidad es el 62%. El 43% vende hoy servicios a entidades públicas, el 20% a entidades privadas, el 31% desarrolla proyectos y el 54% se sostiene también por donaciones. En el 21% de los CAD se obtienen recursos de alguna actividad productiva en la que por lo general participan los usuarios.

La realidad descrita muestra que las fuentes de financiación en alrededor del 60% de los casos no suponen mayor estabilidad, pues el 62% depende de la demanda y pago directo de los usuarios, en otros casos las fuentes de ingreso dependen de la contratación y del desarrollo de proyectos, fuentes que no necesariamente se mantienen en el tiempo, lo mismo ocurre con las donaciones. En tal sentido, la estabilidad financiera de la mayor parte de estas entidades es limitada.

Los resultados que arroja el análisis de las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera sugieren que en las pocas entidades en las cuales se obtuvo la información requerida, los estándares se cumplen en alrededor del 12% de los casos, aspecto que no puede considerarse representativo porque la calidad de la información fue muy pobre y el número de casos para el análisis fue muy limitado. Con respecto a las condiciones técnico-administrativas de los CAD se encontró que el 23% de las entidades no cuenta con registros contables, el 32% no cuenta con revisoría fiscal y el 7% no cuenta con certificado de existencia y representación legal. Esto llevaría a concluir que en muchas de estas entidades no se cuenta con herramientas que les permitan establecer qué tan estables y competitivas

son desde el punto de vista financiero, incumpliendo así también las normas contables vigentes.

En relación a los estatutos reglamentarios se encontró que si bien el 90% de las entidades cuenta con documentación en la que se describen la misión y visión institucionales, el 13% no cuenta con sistema de facturación de los servicios que vende, el 25% no cuenta con manuales de funciones para el personal y más de una tercera parte no cuenta con perfiles de cargo establecidos para el recurso humano asistencial, y tampoco con reglamento interno de trabajo.

Desde el punto de vista del personal del área administrativa llama la atención que el 12% no cuenta con un director o alguien que represente la institución, el 46% no cuenta con contador, el 41% no cuenta con una secretaria, y la gran mayoría no cuenta con ni con gerentes, ni con administradores, ni con directores financieros. También es relevante que alrededor de una tercera parte de las entidades que dijeron contar con personal administrativo mínimo, este es voluntario, es decir que no tiene ninguna vinculación laboral con la entidad.

Las condiciones organizacionales mostraron también que no son comunes los estudios de carga laboral, ni los de clima organizacional ni los sistemas de auditoria interna/externa. Por tanto, para mucho más de la mitad de los CAD es difícil saber de manera sistemática las condiciones en las que se encuentra su recurso humano y para cerca de la mitad en qué condiciones se encuentra su organización y qué se debería mejorar. De hecho, sólo en el 55% de las entidades se cuenta con programas de mejoramiento de calidad.

Si bien son más comunes los sistemas de supervisión de personal y la entrega de reportes de gestión, apenas el 56% tiene sistemas de evaluación de desempeño. Así mismo, se encuentra que en el 27% no se cuenta con programas de capacitación y actualización del personal. De hecho el reporte de los miembros del equipo terapéutico señala que en el 30% de los casos no se recibió una inducción al programa y que entre el 30 y el 40% no había participado en ningún tipo de capacitación o actualización desde el ingreso a la institución, ni durante los seis meses previos a la aplicación de la entrevista.

Los sistemas de información y de evaluación de la gestión mostraron que aunque la mayoría de las entidades manejan formatos de registro de las actividades asistenciales y de otra información, en menos de la mitad de los casos esta información se sistematiza, así mismo, menos de la mitad maneja sistemas de evaluación de impacto de su gestión asistencial. Se encontró también que el 13% no cuenta con un formato o guía para la evaluación inicial de los usuarios, el 22% no cuenta con un formato de registro de evolución y en las entidades en las que sí se tiene, apenas el 30% sistematiza la información en una base de datos. De la misma forma se encontró que el 58% no reporta el perfil de los usuarios que atiende a ninguna entidad. También sorprendió que la inmensa mayoría de estas entidades no maneja registros de retención, deserción, recaídas, reingresos y expulsiones, pues sin ellos es virtualmente imposible establecer los resultados de su gestión asistencial.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Sustancias Psicoactivas (VESPA) implementado en el país desde hace algunos años, con el fin de vigilar el perfil de los usuarios que ingresan a tratamiento a través de las secretarías de salud y otras entidades, se maneja de manera sistemática en sólo el 26% de los CAD. Este sistema ofrece además una serie de

herramientas de evaluación de aspectos fundamentales como vías de administración de las sustancias, salud mental, salud emocional y riesgo de alcoholismo, entre otras.

Si bien fueron muy pocas las entidades que dijeron no tener implementado ningún sistema para la formulación de quejas y sugerencias, apenas un 24% cuenta por ejemplo con un buzón para ello, en los casos restantes el procedimiento es comentarlo directamente al director de la entidad (66%) o a algún miembro del equipo terapéutico (39%).

El análisis del perfil del recurso humano asistencial mostró que de hecho para las entidades es mucho más importante tener voluntad de servicio (51%) y alguna formación profesional (45%) antes que tener formación específica en el área de adicciones (37%). Sin embargo, la importancia de la formación específica en el área se mencionó en mayor medida en las comunidades terapéuticas, en los programas con énfasis en salud mental y en los clínico-psicológicos. La terminación exitosa de un proceso de rehabilitación fue un requisito mencionado en el 24% de los CAD visitados, lo cual contrasta con el 53% de entidades que cuenta con ex consumidores rehabilitados como parte de su equipo asistencial. Es relevante también mencionar que cerca del 16% de los directores de estos centros no cuenta con formación profesional, cerca del 3% no cuenta con ninguna educación formal y el 37% cuenta con formaciones completamente distantes a las ciencias sociales o las áreas de la salud, entre ellos se encuentran los pastores o misioneros (9%).

Esta situación se observa también reflejada en el perfil de los miembros del equipo terapéutico entrevistados, pues el 30% no contaba con ninguna formación profesional y del 70% restante que contaba con formación profesional completa o superior, el 18% se había formado en disciplinas distintas a la medicina, psicología, trabajo social, enfermería o pedagogía. Así mismo, el 21% tenía una experiencia menor a dos años y el 26% nunca había recibido formación específica en el área.

Las condiciones laborales muestran que si bien apenas el 13% de las personas del equipo asistencial entrevistadas refieren insatisfacción con la remuneración, la mayoría de ellos(as) se encuentra recibiendo remuneraciones entre 1 y 2 salarios mínimos y cerca de la mitad de los CAD tiene profesionales vinculados por menos de un salario mínimo, siendo incluso mayor esta proporción a la de los no profesionales vinculados. También se encontró que alrededor de una tercera parte de los profesionales no cuenta con el beneficio de afiliación a una caja de compensación familiar, ni un fondo de cesantías. La vinculación de estas personas es laboral y de planta en el 41% de los casos, en el 33% es por prestación de servicios y en el 26% restante son voluntarios, "socios", reciben bonificaciones o residen en la institución y por ello dicen no recibir remuneración. De hecho, cerca del 20% (n=68) no recibe ninguna remuneración económica por su gestión en la institución.

A pesar de todas las condiciones descritas, se encontró que las personas del equipo asistencial participantes perciben que la rotación general del personal del área es baja o "normal" y sólo en el 6.5% de los casos se considera "excesiva", de hecho se encontró que en el 55% de los casos no hubo reporte de personas que hubieran salido desde el ingreso a la institución. Dicha rotación parece ser mayor en las comunidades terapéuticas y menor en los programas de 12 pasos y en los de teoterapia. En una tercera parte de los casos, la rotación se atribuye a la remuneración económica, en el 12% a incompatibilidad con el modelo de tratamiento o con la filosofía institucional y en el 10% a dificultades con los usuarios.

Cerca de una tercera parte de estas personas considera que el tiempo del que dispone para desarrollar su gestión es insuficiente, mientras que más de la mitad muestra satisfacción en este aspecto. Si bien no se encontraron mayores diferencias por modelo, la insatisfacción relativa con el factor en referencia parece concentrarse un poco más en los programas de teoterapia. En los casos en los que se percibe insuficiencia de tiempo, la razón primaria es la carga de trabajo por diversas actividades a cargo y en el 23% de los casos se menciona escasez de recurso humano. Aunque más de la mitad de las personas entrevistadas opina que cuenta con todos los recursos necesarios para llevar a cabo su labor, la otra mitad percibe insuficiencia. Esto se observa en el 40% de las entidades de teoterapia, en el 25% de los programas de 12 pasos, en el 22% de las comunidades terapéuticas, en el 20% de los CAD clínico-psicológicos y en el 16% de los psiquiátricos.

Se indagó por la percepción de participación en la toma de decisiones al interior de la institución y al respecto se encontró que el 83% considera que sí tiene voz y voto en dichas decisiones y en el 16% si bien la participación es parcial, existe.

Por último, los miembros del equipo terapéutico entrevistados consideran que lo mejor en sus instituciones es el recurso humano con el que cuentan, seguido del servicio que se presta a los usuarios, el compromiso y el trabajo en equipo.

Es posible concluir entonces que aunque en una importante proporción de los CAD visitados se presentan condiciones que a primera vista no son las más adecuadas, la satisfacción general del recurso humano asistencial es positiva en muchos de los aspectos indagados. No obstante, y de acuerdo con lo señalado por Naciones Unidas (1996) es importante no descuidar la motivación del recurso humano, pues si bien la apreciación de estos aspectos es subjetiva, la medición objetiva muestra que las condiciones laborales y de bienestar del cliente interno están lejos de ser adecuadas en muchos de los CAD. Este es un aspecto que podría estar afectando la calidad del servicio, así como la retención y satisfacción de los mismos usuarios. Como lo señala el NIDA (1991), los servicios deberían consolidar políticas de retención de miembros del equipo que muestran mayores resultados y efectividad en su gestión, con salarios apropiados y otros beneficios.

En la misma línea, la idoneidad del recurso humano asistencial es de fundamental relevancia en el cumplimiento de los objetivos, más aún cuando la demanda de servicios es cada vez más compleja, como lo señala el NIDA (1991). Es necesario contar con un equipo asistencial capaz de manejar adecuadamente situaciones de co-morbilidad, psicopatología asociada, enfermedades infecciosas, farmacoterapia, entre muchos otros aspectos.

Al respecto y aunque ya se mencionó parcialmente el perfil del recurso humano asistencial, se encontró también que si bien el 80% de las entidades cuenta al menos con un psicólogo en su equipo asistencial, apenas el 30% cuenta con psiquiatra, el 57% cuenta con personal médico y el 44% con personal de enfermería. Personal de terapia ocupacional se registra en una tercera parte de los CAD, al igual que el personal de pedagogía reeducativa, siendo un poco mayor el porcentaje de disponibilidad para el personal de nutrición y dietética (39%). El personal de medicina, psiquiatría y enfermería se concentra más en los programas clínico-psicológicos y psiquiátricos. También se encontró que los psicólogos se distribuyen en mayores proporciones en los programas psiquiátricos, mientras que se registran en menos de la mitad de los programas de teoterapia. Así mismo, la terapia ocupacional está más disponible en los programas psiquiátricos. Resulta interesante que los ex consumidores

rehabilitados son hoy en día más comunes en los programas de 12 pasos y en los de teoterapia que en las comunidades terapéuticas, lo cual confirma su tendencia reciente a la profesionalización y a la modificación de los estándares tradicionales de tratamiento. Estas personas cumplen por lo general, funciones terapéuticas y de asesoría directa a los usuarios en tratamiento.

Los programas que concentran un mayor número de profesionales con estudios de pos-grado en el área, son las comunidades terapéuticas y los programas de 12 pasos en su personal de psicología, mientras que el modelo que registra menos profesionales con esta condición es el de teoterapia. No obstante, es importante señalar que en alrededor del 70% de los casos, los profesionales disponibles no cuentan con formación de pos-grado en el área, y son los psicólogos los que más registran esta condición.

A pesar de la aparente escasez de recurso humano asistencial idóneo en muchas de estas entidades, llama poderosamente la atención que para la inmensa mayoría de los usuarios entrevistados (N=1116), la calidad de las personas a cargo de su atención (sean estos profesionales o no) es excelente o buena. Así mismo, la mayoría de ellos y ellas considera positiva y útil la atención recibida por el equipo asistencial de su CAD. Lo único que se resalta como una condición ausente en muchas de estas entidades, es la ayuda para aliviar el malestar físico asociado a la retirada de las sustancias y la disponibilidad de personas del equipo en las noches o los fines de semana (según reporte de usuarios).

Esta situación podría estar reflejando lo que Hyams y colaboradores señalaban a partir de su estudio en 1996, y es que si bien el aspecto de percibir al asesor como una persona competente y conocedora del tema resulta importante, es aún más importante la combinación de estas características con aspectos de calidez y empatía, Los resultados que se describen señalan que la gran mayoría de los usuarios se había sentido tratada digna y respetuosamente y que el 87% se sintió bienvenido al momento de ingresar a tratamiento. Esto estaría mostrando habilidades interpersonales que se han desarrollado y que han sobrepasado aspectos como la formación y la experiencia en estos tratamientos y el porqué en la mayoría de las instituciones resulta de mayor relevancia la voluntad de trabajo y servicio, que la formación misma, a la hora de escoger el recurso humano asistencial.

La retención de los usuarios y los resultados se han visto positivamente asociados a factores como la empatía, genuinidad, respeto y claridad (Miller y Baca, 1983, Miller, 1993, citados por Hyams y cols., 1996), estos estudios reiteran que independientemente de la formación y experiencia profesional de los asesores o terapeutas y de las características mismas del usuario, el factor más predictivo de efectividad es que las personas a cargo, cuenten con buenas habilidades interpersonales. También señalan que a mayor satisfacción del cliente con la relación terapéutica, mayor probabilidad de ingresar y engancharse con el tratamiento. Por tanto, las condiciones de calidez, respeto, comprensión, conocimiento e interés son tan importantes como la experticia, en tanto que se está en mejor disposición de trabajar y cooperar con una persona experta, con quien además se logra establecer una buena relación terapéutica. En este sentido, podría decirse que en los CAD ya se cuenta con una importante condición de calidad, y que podría mejorarse la condición de idoneidad para el manejo de situaciones específicas que no son poco comunes entre los usuarios que ingresan a tratamiento, tal como se verá más adelante.

De acuerdo con el Decreto 2309 de 2002 y con los estándares internacionales basados en la evidencia, las condiciones de acceso y oportunidad de los servicios son fundamentales en la oferta de servicios de calidad. Por ejemplo, Hartnoll en 1992 argumentaba que los programas más abiertos y con tiempos cortos de espera tienden a estimular la demanda. En la misma línea el NIDA (2001) insistía en la importancia de garantizar tratamientos disponibles y fáciles de acceder, pues es común la ambigüedad de los consumidores frente a la necesidad de cambio y por ello, resulta esencial que cuando uno de ellos(as) refiere estar listo(a) para ingresar a un tratamiento, este esté disponible y presto a ofrecer la ayuda que se está buscando.

El diagnóstico situacional evidenció que aunque la mayor parte de los CAD no maneja listas de espera (80%), aún existe un 20% que sí lo hace. Estas esperas son por lo general, de pocas semanas, pero pueden llegar en algunos casos hasta 6 meses y un año. Sólo en el 53% de las entidades en las que hay insuficiencia de cupos para responder a la demanda de manera inmediata, se realiza algún tipo de intervención en el entretanto, por ejemplo: psicoterapia, inducción al programa, asistencia en hogares de paso, grupos de auto-apoyo, contactos telefónicos, entrevista motivacional y asistencia a culto religioso. También se logró establecer que en el 92% de los casos, e independientemente de las listas de espera cuando aplican, estas entidades reciben usuarios en cualquier momento, son pocos los casos en los que el ingreso está supeditado a ciertos días a la semana o al mes. Esto se confirma con el reporte del 90% de los usuarios entrevistados que dijeron haber sido atendidos y haber ingresado de inmediato cuando estuvieron dispuestos a pedir ayuda. Cuando se registraron esperas, los usuarios señalaron razones como insuficiencia de cupos en un 28%, no cumplir con ciertos requisitos en un 20% y otras razones en un 38% de los casos. En el 59% de estos casos los usuarios recibieron algún tipo de intervención durante su tiempo de espera.

Con respecto a los requisitos de ingreso se evidenció que en más de dos terceras partes de estas entidades es requisito el querer voluntariamente empezar el proceso, llama la atención que para un poco más de una cuarta parte, es esencial mostrar suficiente motivación y voluntad de cambio, también es importante para una proporción similar, garantizar la participación activa de la familia en el proceso. Pagar los costos es requisito explícito en el 20%, así como estar afiliado a una EPS en el 14%. Sólo en un 3% de los CAD el ingreso está libre de cualquier requisito. Con respecto al primer aspecto, se ha comprobado que el tratamiento no necesariamente debe ser voluntario, para ser efectivo, de hecho se ha encontrado que la presión de algún tipo, mejora la retención y los resultados que se obtienen (NIDA, 2001).

Vale también la pena señalar que si bien la motivación ha sido un factor altamente cuestionado por muchos autores como un predictor de éxito en el proceso, precisamente porque en buena parte dependería de la habilidad de los terapeutas o asesores estimularla y porque existen técnicas terapéuticas de comprobado éxito que pueden modificar positivamente este aspecto, también resulta claro que como lo señala Naciones Unidas (2003), quienes expresan un mayor interés por recibir ayuda, obtienen mejores resultados y permanecen en el tratamiento por más tiempo. Este factor también ha mostrado una interesante vinculación con la calidad de los asesores, de acuerdo con Davies y Miller (1979, 1981, 1983 citados por Hyams, 1996), la motivación y la posible negación son más un producto de la relación asesor-usuario que una condición estática e inherente al

consumidor. Para estos autores la negación es producto de la manera como los asesores deciden interactuar con los consumidores "problema" y quizás no están haciendo un ejercicio para inducir la motivación necesaria. Para Hyams y cols. (1996), existe una hipótesis que establece que la falta de adecuación en el rol desempeñado (basada en conocimiento, habilidad y experticia) y la falta de apoyo al rol (basada en supervisión y soporte adecuado por parte de la entidad) derivan en un desempeño inseguro, que a su vez genera un compromiso terapéutico débil. Este aspecto podría estar generando hostilidad frente al cliente, quien al desertar o no engancharse, es interpretado como "desmotivado". Estos aspectos justifican la insistencia en el entrenamiento, el apoyo y la supervisión permanentes de los equipos asistenciales.

La condición de acceso físico mostró que es posible llegar a la mayoría de las sedes (88%) con el uso de trasporte público y que éste está fácilmente disponible en el 94% de las sedes ambulatorias, el 82% de las sedes residenciales y el 98% de las sedes mixtas. Sin embargo, 44 de estas sedes se encuentran ubicadas en lugares en los que el acceso es realmente difícil, incluso en vehículo particular. De igual forma, en el 10% de los casos es necesario tomar hasta tres buses para poder llegar desde el centro urbano más cercano, siendo esta una condición más común a las sedes residenciales y mixtas. El 96% de los usuarios considera que la ubicación y el acceso son "buenos o excelentes", alrededor del 10% considera que son "regulares" y cerca del 5% piensa que son "malos o pésimos".

Todo ello llevaría a concluir que aunque la mayor parte de los CAD cuenta con condiciones de acceso y disponibilidad adecuadas y que en general la atención es oportuna, aún hay entidades que podrían mejorar estas condiciones.

Un aspecto que resulta fundamental en el campo del tratamiento del consumo es la evaluación. Se trata del primer paso en el proceso de tratamiento y recuperación y debería servir de herramienta para el desarrollo estructurado de un plan de tratamiento específico y de las metas y logros que se desean alcanzar con respecto al consumo y las diferentes áreas de la vida del sujeto (UNDCP, 1998). La evaluación es un proceso de aprendizaje acerca de la historia del usuario y su familia y no es posible esperar éxito en un tratamiento si se desconocen aspectos fundamentales de la vida de ese sujeto al cual se pretende ayudar. También resulta crítica para determinar cuál es el tratamiento más adecuado a ese usuario en particular y para reconocer los cambios que se requieren en el estilo de vida, con el fin de alcanzar las metas pre-establecidas.

Como se revisó en el marco conceptual, otro aspecto que podría incidir en la calidad del tratamiento es la compatibilidad del cliente con el tipo de tratamiento, esto porque no todos los programas se ajustan a las necesidades de todos los usuarios. Existe evidencia que muestra que los resultados mejoran cuando se hace una evaluación sistemática de las características y necesidades de los usuarios y de acuerdo con ello, se ubican en el tratamiento más ajustado, de particular relevancia aspectos como psicopatología asociada, inestabilidad social y recursos personales, deberían tenerse en cuenta para establecer la compatibilidad del tratamiento que se ofrece al usuario (Franey y Thom, 1995; NIAAA, 1996).

Los resultados del diagnóstico en aspectos de enganche y evaluación muestran que en la mayoría de los CAD existe algún tipo de evaluación inicial, sin embargo en cinco de ellos no se hace ningún proceso evaluativo. La inducción a tratamiento es también común a la

mayoría de CAD y está a cargo, en más de la mitad de ellos, del asesor o terapeuta que se hará cargo del caso y en más de una cuarta parte, involucra también a la familia y a todo el equipo terapéutico con el cual el usuario tendrá contacto. No obstante, en algunas entidades (12%) se manejan procedimientos menos personalizados como el dar un documento escrito.

El contrato terapéutico que define las reglas y normas y describe claramente tanto lo que el usuario como la institución pueden esperar, se maneja en el 64% de estas entidades. La evaluación inicial está a cargo del asesor que atenderá el caso en el 22% de los CAD, el director realiza esta evaluación en el 23% de ellos, quien esté disponible del equipo en el 21% y los profesionales de cada área en el 27% (del 33% que respondieron "otro"). En el 82% de estas entidades el proceso de evaluación es individual, en el 36% involucra también a la familia, en cerca del 14% es sólo con la familia y en el 5% se trata de un proceso grupal, este último más común en las comunidades terapéuticas. Esta evaluación es de apenas una sesión en el 44% de los CAD, en el 15% ocurre durante toda la primera semana y en 28 de estas entidades se trata de un proceso permanente.

El análisis de los formatos o guías de evaluación disponibles mostró que si bien hay aspectos básicos que se indagan en la mayoría de estas entidades, aspectos como: vías de administración de las drogas, circunstancias de consumo, historia de tratamientos previos, historia de intereses previos al consumo, prioridades y expectativas expresadas por los usuarios, grado de motivación y metas específicas del tratamiento en diversas áreas de vida se explicitan en menos de la mitad de los casos. Así mismo, en apenas una tercera parte se explicitan aspectos asociados con las recaídas.

Así mismo, se halló que en 20% de los CAD no se hace una evaluación psicológica, en el 65% no se hace evaluación psiquiátrica o de salud mental, en el 40% no se hace evaluación médica y en el 54% no se hacen exámenes diagnósticos (VIH, hepatitis, etc.). Los usuarios confirmaron estos datos al registrar que el 33% no tuvo evaluación psicológica, el 80% no tuvo evaluación por salud mental, el 45% no tuvo evolución médica y el 35% no tuvo evaluación familiar. En sólo el 21% se realizaron exámenes diagnósticos, el 30% de VIH y el 3% de hepatitis viral. Al respecto el NIDA (2001) recomienda que estos exámenes se realicen de forma sistemática y en todos los tratamientos, con el fin de facilitar su manejo y ofrecer intervenciones que reduzcan conductas de riesgo para la salud del consumidor y la de otros.

En los casos en los que no existe una evaluación médica, el 19% de las entidades sencillamente no determina el estado de salud. En el 32% "se mira" si está o no saludable y en el 26% se le pregunta al usuario "cómo se siente". Con respecto a la salud mental y en los casos en los que no hay evaluación por psiquiatría, el 55% lo determina a través de psicología, el 13% no lo determina, el 5% aplica pruebas psicológicas y el 6% lo indaga a través de la familia.

Ante la evidencia de algún problema en cualquiera de las áreas indagadas, se encontró que en más de la mitad de los casos, las entidades no ofrecen mayores soluciones, dado que apenas en el 21% de los casos se cuenta con alianzas o convenios interinstitucionales que les permiten remitir los usuarios con problemas de salud física o con problemas de salud mental a atención especializada. El manejo interno cuando se cuenta con un médico, se realiza en el 62% de los CAD y cuando se cuenta con un psiquiatra se realiza en el 21% de

los casos. Al respecto se retoma lo que el NIDA señala (2001) y es que es altamente recomendable consolidar alianzas y cooperación con otras entidades, en especial las de atención primaria en salud y servicios de salud mental, para garantizar un cuidado continuado e integral de condiciones que comprometen la salud mental y física de los usuarios.

Todos estos resultados resultan preocupantes si se miran a la luz de la literatura revisada, pues muestran que un número importante de entidades está descuidando áreas de la vida y la salud de los usuarios que, no sólo podrían orientar de una manera más ajustada los tratamientos, sino que podrían estar interviniendo en aspectos que interfieren claramente con el pronóstico del tratamiento y con los resultados. En particular, se observa que la salud mental y física de los usuarios no se considera esencial en muchos CAD, ni en la planeación de un plan de tratamiento, ni en la búsqueda de soluciones a las necesidades particulares de quienes acuden a sus tratamientos. De hecho, resulta relevante retomar aquí los resultados en los que para el 17% de estas entidades, por ejemplo, la modalidad del tratamiento que se ajusta al usuario se define a través de su capacidad de pago. Así mismo, se halló que en alrededor del 32% de estas entidades no se manejan planes de tratamiento individualizados, es decir que existe un programa de tratamiento con unas metas establecidas que se aplica por igual a todos los usuarios que ingresan, sin considerar necesidades individuales. Esta última situación es más común a los programas de teoterapia y a los de 12 pasos.

Al respecto, el 40% de los usuarios percibe que tiene un plan de tratamiento definido para su caso, mientras que el 60% restante no, y mientras el 51% percibe que tuvo "mucha" participación en la definición de su programa de tratamiento, la otra mitad siente que pudo participar entre "poco" y "nada". También sorprende que el 33% de los usuarios no tenga un asesor o terapeuta que esté a cargo de su caso y de su seguimiento. De nuevo vale la pena preguntarse qué tanto los tratamientos consideran las necesidades particulares de los usuarios, pues se insiste con base en la evidencia, que los planes de tratamiento deben ser particulares y evaluados y de ser necesario deben ajustarse; como lo señala el NIDA (2001), los usuarios pueden requerir en cualquier momento medicamentos, atención médica, asesoría o terapia familiar, rehabilitación vocacional y servicios sociales y legales.

La integralidad y comprehensividad de los tratamientos son características centrales en un tratamiento ideal y efectivo, de acuerdo con el NIDA centrarse de manera exclusiva en el consumo podría descuidar necesidades en áreas psicológicas, sociales, vocacionales y legales que resultan fundamentales a la hora de mantener los resultados. De la misma forma, Naciones Unidas (2003) indica que el éxito del tratamiento se establece cuando el usuario muestra un bienestar físico y emocional que reduce el riesgo de recaída y cuando la intervención facilita y mantiene los resultados frente al control, reducción o abandono total del consumo; enseña y entrena en conductas que promueven los estilos de vida saludables y reduce los riesgos para la salud y la seguridad; promueve estilos de vida incompatibles con el consumo de sustancias. Un tratamiento eficaz contempla entre otras cosas la disponibilidad de asesores o terapeutas individuales, servicios especializados para el manejo de problemas psiquiátricos, laborales y familiares, medicación para aliviar las ansias de consumir y los síntomas psiquiátricos y la participación en grupos de auto-ayuda después de la rehabilitación. Por el contrario, la evidencia ha mostrado que los talleres educativos sobre las drogas, las sesiones de terapia grupal, en especial las de "confrontación" (muy comunes al modelo de comunidad terapéutica), las sesiones de acupuntura y el

entrenamiento en técnicas de relajación no han mostrado un impacto real en los resultados en el corto y largo plazo. No obstante, también se reconoce que estas intervenciones no han sido evaluadas ampliamente en el marco de estudios controlados.

Al respecto, el diagnóstico situacional halló que la desintoxicación farmacológica se ofrece en apenas el 16% de estas entidades, mientras que en el 60% se ofrece algún otro tipo de alternativa para la desintoxicación no farmacológica. De hecho el 65% de los usuarios que dijeron haber tenido malestar físico asociado a la retirada de las sustancias consumidas no recibió ningún tipo de ayuda farmacológica para aliviarlo. Esta situación es más común a las comunidades terapéuticas y a los programas de teoterapia, sin embargo resulta interesante que los usuarios de estos últimos programas registraron también en menor medida, malestar físico, en contraste con los usuarios de otros programas de tratamiento. Cuando se utiliza farmacoterapia esta se basa en la prescripción de antidepresivos, benzodiacepinas y otros ansiolíticos. No obstante, el 16% de los usuarios dijo haber sido tratado con antipsicóticos e incluso con anti-convulsivantes (4%). La metadona fue registrada en apenas el 2.4% de los usuarios en tratamiento, a pesar de que el 37% de las entidades dice hacer uso de ella, por supuesto, el número de personas que reportaron estar en tratamiento por heroína u otros opiáceos fue muy bajo como se describirá más adelante. Otros medicamentos de amplio uso a nivel internacional y con comprobado éxito se mencionaron en menor frecuencia, estos son: naltrexona 30%, clonidina 46% y disulfiram o "antabuse" 17%. Las ayudas homeopáticas se registraron en el 4% de estas entidades.

Como lo señala la literatura revisada, el inicio de la etapa de tratamiento y rehabilitación sólo es recomendable cuando ya no se presentan los efectos agudos del consumo reciente de sustancias. Esta etapa tiene como objetivo impedir que la persona retorne a un consumo que requiera de nuevo un proceso de desintoxicación, ayudar a controlar la necesidad de consumir a través de una abstinencia continuada y lograr un mejor funcionamiento físico y social a través de un nuevo estilo de vida (Naciones Unidas, 2003). Los resultados descritos muestran que en la gran mayoría de las entidades, la primera etapa de desintoxicación no se surte, y si bien el perfil de los usuarios que ingresan a tratamiento muestra una baja prevalencia de consumo de opiáceos, el consumo de alcohol y benzodicepinas, para los cuales es altamente recomendable la desintoxicación médica, es muy común.

Actividades básicas como la terapia individual, la terapia grupal y la terapia familiar no se llevan a cabo en algunas de estas entidades, la primera en el 6% y las dos últimas en el 16-17%. En las entidades en la que sí existe terapia individual, el 27% dice realizarla sólo una vez por semana. Llama la atención que entre el 36 y el 41% de estas entidades no se realizan actividades fundamentales y puntuales para la prevención de recaídas, en 27% no se hacen actividades para el manejo de emociones ni para proyecto de vida, en el 32% no se llevan a cabo actividades o talleres para la promoción de estilos de vida saludables y para la reducción de conductas de riesgo. El 17% no ofrece servicios de terapia ocupacional o actividades vocacionales, el 15% no ofrece actividades físicas. El 16% de los usuarios entrevistados no asiste a terapia individual o grupal, cerca del 50% no recibe terapia familiar, el 54% no trabaja aspectos de recaída en su asesoría individual, el 42% tampoco lo ha hecho a nivel grupal y el 53% no ha recibido ninguna intervención de promoción de la salud y reducción de riesgos.

También se encontró que en más de la mitad de estas entidades se cancelan con cierta frecuencia actividades ya programadas, en el 13% de los casos se trata de las terapias

individuales, mientras que en el 32% se trata de las actividades pedagógicas. La principal razón por la que esto ocurre, es la programación simultánea de actividades, en el 17% se registra la ausencia de las personas a cargo.

El monitoreo de progreso y el seguimiento posterior una vez terminado el ciclo básico de tratamiento, son factores que permiten obtener una retroalimentación sistemática de la evolución del usuario y del logro de las metas que se definieron en el programa o plan de tratamiento. De acuerdo con el NIDA, este monitoreo debe ser objetivo y por ello recomienda el uso de exámenes de detección en orina u otros exámenes que desestimulen el uso continuado y permitan ofrecer una retroalimentación objetiva al plan de tratamiento. Al respecto se encontró que las medidas de monitoreo en los CAD se centran en la observación directa de los usuarios, en las reuniones de equipo y en la revisión periódica de cumplimiento de metas, los exámenes de detección fueron registrados en el 30% de las entidades y reportados sólo por el 13% de los usuarios entrevistados.

En el 16% de las entidades no se lleva a cabo un seguimiento a los usuarios una vez terminan su ciclo de tratamiento, este es más común en los programas con énfasis clínico psicológico (90%) y en las comunidades terapéuticas (87%) y menos común en los programas psiquiátricos (71%) y en los de 12 pasos (75%). Ahora bien, este seguimiento se realiza por teléfono en el 23% de los casos y en el 20% consiste en asistencia periódica a diversas actividades, sólo en el 13% de los CAD se ofrece asistencia a grupos de auto-apoyo. Llama la atención que en el 14% se llevan a cabo visitas domiciliarias para el efecto.

La asistencia continuada a grupos de auto-apoyo durante y después del tratamiento ha mostrado que incrementa el logro y el mantenimiento de los cambios en el mediano y en el largo plazo (NIDA, 1991, 2001; Naciones Unidas, 2003), sin embargo, como se observa en los resultados descritos en la mitad de las entidades esta estrategia no se contempla, así mismo apenas el 15% de los usuarios entrevistados dijo haber participado de estas actividades buscando un complemento a su programa de tratamiento y apenas el 13% de los ex usuarios de los tratamientos que fueron entrevistados.

Si bien el consumo de sustancias ha sido reconocido como una condición crónica y recurrente, haciendo de la recaída una situación común, hay ciertos factores que disparan más fácilmente la reincidencia en el consumo, se trata de condiciones que no permiten que el usuario que ha salido de un tratamiento, reestablezca efectivamente su rol en la sociedad y pueda estructurar un estilo de vida libre de drogas. Estos factores pueden ser la incapacidad de encontrar un trabajo, de reanudar el rol de estudiante, de encontrar un soporte real en la red de apoyo o de encontrar en dónde vivir. El diagnóstico encontró que si bien los CAD reconocen ampliamente la importancia de ser activos en la búsqueda de medios para resolver estas situaciones con los usuarios, en el 15% si la persona no tiene en qué ocuparse, no se hace nada y en apenas el 20% se cuenta con alianzas interinstitucionales que ofrecen los medios para encontrar una solución concreta al problema, mientras que el 23% ofrece la "solución" ocupando al ex usuario en actividades institucionales. Si la situación es de no tener vivienda, se encontró que en el 7% de los CAD no se hace nada, en el 21% se remite por ejemplo, a un hogar de paso y el 34% se les permite seguir viviendo en la entidad. De hecho llama la atención que en menos de una cuarta parte de las entidades visitadas, se considera que el tratamiento ha terminado exitosamente cuando el usuario ha reestablecido su rol laboral o académico, y apenas el 17% tiene en cuenta un tiempo mínimo de abstinencia. Por supuesto, en poco más de la

mitad la finalización exitosa del tratamiento se determina con base en el cumplimiento de las metas del plan de tratamiento.

Ante las recaídas, las entidades suelen revisar el proceso para establecer lo que puede estar fallando o qué habría que reforzar (58%), pero en el 35% el proceso se "reinicia" y retorna a ciclos previos. Aún hay entidades que no parecen reconocer la recaída como un aspecto común y esperado en todo proceso de recuperación, de hecho el 5% de los CAD expulsa al usuario si recae y en el 14% "entra en prueba", si vuelve a ocurrir se recurre a la expulsión. Si bien las comunidades terapéuticas funcionan bajo un modelo que considera el consumo como un problema de comportamiento y en ese marco podría pensarse la recaída como una reincidencia en un patrón "no deseable" e incluso como una falta disciplinaria, los resultados de cruce por modelo mostraron que por el contrario, es en los modelos de 12 pasos en los que se utiliza el concepto de "enfermedad" y se reconoce ampliamente el consumo como condición crónica, en los que es más usual la "expulsión". La "prueba" es más común a los programas de teoterapia.

Apenas el 4% de estas entidades se niega a reintegrar en tratamiento a personas que hubieran desertado en el pasado.

Son una diversidad de factores los que, de acuerdo con los CAD, explicarían la deserción temprana de sus tratamientos, no obstante, llama la atención que la deserción se atribuye en mayor medida a aspectos que podrían cambiar, si las entidades hicieran ajustes recomendados a ciertos aspectos de sus programas, entre ellos las "ansias" por consumir, la "falta de compromiso" con los procesos, la "inestabilidad emocional", la incapacidad para seguir la norma institucional y la "rebeldía". Estrategias como el uso de medicamentos, la aplicación de técnicas terapéuticas motivacionales, de prevención de recaídas y la flexibilidad en las normas, podrían contrarrestar al menos en parte, estos factores que facilitan la deserción temprana.

En referencia a la normativa institucional, se entiende que hace parte de una estrategia que pretende garantizar la seguridad y la estabilidad de los usuarios al interior de los CAD. En tal sentido, las normas de mayor relevancia para estas entidades son las restricciones del consumo en las instalaciones, el control de agresiones de todo tipo entre usuarios y de ellos hacia los funcionarios, así como la restricción de las relaciones afectivas y/o sexuales entre los usuarios. El incumplimiento de las normas se maneja por lo general, con herramientas terapéuticas o "ayudas" que en la mayoría de los casos, consisten en la pérdida de "privilegios" y en sanciones disciplinarias, aunque en el 20% de los casos el usuario se expulsa o se suspende temporalmente. Sin embargo, se encontró que las requisas sistemáticas para controlar la disponibilidad de sustancias al interior de las sedes, se utilizan en cerca de la mitad de los casos, el 22% implementa la supervisión permanente de parte del personal y el 11% intenta controlar este aspecto "concientizando" a los usuarios. Si bien en el 31% de estas instituciones no se han presentado este tipo de incidentes, en la mayoría sí ha habido tráfico y consumo y el manejo más usual ha sido el diálogo con los usuarios involucrados y en segundo lugar, se ha recurrido a la expulsión.

La exploración de ocurrencia de eventos se realizó a través de las fuentes consultadas y se encontró que tanto las personas del equipo asistencial, como los usuarios entrevistados coinciden en que incidentes como robos, agresiones, problemas entre usuarios o entre ellos y el personal, o entre el mismo personal, el consumo y el tráfico, ocurren, pero no con

mucha frecuencia. No obstante, fue llamativo el que el reporte de los usuarios en aspectos en los que ellos serían directamente responsables, fue menor al registrado por el equipo asistencial. Por modelo se encontró que los robos y los problemas y agresiones entre usuarios son más frecuentes en los programas de teoterapia y en las comunidades terapéuticas, en éstas últimas también se registraron con mayor frecuencia agresiones físicas entre usuarios y consumo interno. Los problemas que involucran usuarios y personal, así como entre el mismo personal, son más comunes en los programas de 12 pasos. Este último aspecto es interesante, por cuanto los programas de 12 pasos fueron los que registraron la mayor presencia de ex consumidores en sus equipos asistenciales. Es en este sentido que resulta de la mayor relevancia ofrecer un soporte y supervisión permanente a estas personas, pues aunque su presencia en los tratamientos es de utilidad terapéutica, al igual que el resto de personas que alguna vez han consumido, están en riesgo de recaer y podrían tener dificultades para el manejo apropiado de situaciones cotidianas como las que se presentan en estas instituciones.

Es en ese mismo sentido que los hallazgos con respecto a la supervisión y cuidado nocturno de los programas residenciales también alerta, pues si bien en el 76% de las entidades los residentes quedan a cargo de alguna persona del equipo asistencial, en el 7% esto no ocurre. Así mismo se encontró que en el 28% de las entidades residenciales, el cuidado nocturno está a cargo de personas que han salido de un proceso terapéutico o que se encuentran en los últimos ciclos de tratamiento. En apenas el 15% se trata de personal de enfermería y en cerca del 7% se trata de médicos.

La ubicación de las sedes puede también incidir en las recaídas y en el consumo continuado de sustancias durante el tratamiento por la disponibilidad y oferta que pueda existir en los alrededores. Se encontró que aunque la gran mayoría de las sedes se encuentran ubicadas en zonas residenciales o rurales, el 19% se encuentra en zonas comerciales y el 4,2% en zonas industriales. En el 60% de los casos en los que la ubicación es en zona comercial o industrial, de acuerdo con los trabajadores de campo, es bastante probable que haya oferta de sustancias ilícitas. Esto está ocurriendo en cerca del 33% de las sedes ambulatorias, en el 48% de las sedes residenciales y en el 20% de las sedes mixtas.

Estos resultados permitirían decir que aunque las entidades han definido una serie de normas que, en principio, garantizarían la seguridad al interior de estas entidades, en muchos casos, las estrategias de control no son las más efectivas e incluso suponen un alto riesgo para los usuarios y para los funcionarios.

Los aspectos de confidencialidad son críticos también en la retención de los usuarios y en la calidad de los tratamientos. En este sentido se encontró que la mayoría de los CAD han definido sistemas de custodia de información que consisten en archivos bajo llave o tener a una persona a cargo de la misma. Así mismo, en la mayoría de los casos, sólo las personas del equipo terapéutico pueden tener acceso a esta información. A pesar de ello, cerca del 20% de los usuarios entrevistados considera que la confidencialidad no se ha reservado en todos los casos.

Uno de los aspectos indagados durante el diagnóstico tuvo que ver con la conceptualización de las entidades del problema del consumo, así como los valores que inculcaban a los usuarios, ello con el fin de establecer qué tanto las entidades se ceñían a los modelos de tratamiento que decían ofrecer y qué priorizaban durante las intervenciones.

Al respecto se encontró que la conceptualización del problema es diversa, apenas el 17% opina que se trata de una enfermedad, mientras que el 61% lo explica como un trastorno o problema psico-social, social o multifactorial. El personal asistencial entrevistado se inclinó a pensar que se trata de un mecanismo de escape o huída de la realidad.

En total congruencia con estas explicaciones los CAD inculcan por encima de todo, valores sociales y relacionales antes que valores individuales o personales que busquen la autonomía, el compromiso, la voluntad de cambio o la auto-superación. El cuidado de la salud o el auto-cuidado, no fueron mencionados como valor en ningún programa. Estos resultados se reiteran con el hecho de que el 26% de las entidades tienen un enfoque basado en los valores en general, el 18% tiene un enfoque religioso, el 8% un enfoque humanista. Los principios teórico-científicos, cognitivo-conductuales, bio-psico-sociales fueron mencionados por porcentajes muy marginales.

También resulta interesante, que para el personal asistencial entrevistado resulta más retante el manejo de la inestabilidad emocional y de la "manipulación" de los usuarios, así como la negación, antes que el logro de la abstinencia o la prevención de las recaídas. Llama la atención que para algunos, lo más complejo de manejar es la falta de compromiso familiar.

4.3 Aspectos de infraestructura de los CAD

Las sedes visitadas se distribuyen en 56% residenciales, 23.2% mixtas (ambulatorias + residenciales) y 20,3% ambulatorias. Se encontró que la mayoría de las sedes cuenta con redes básicas de servicios públicos, mostrando una mejor situación en este sentido los programas de 12 pasos, los programas psiquiátricos, las ESE/IPS y los programas de "otro tipo" que incluyen los modelos alternativos. En el 79% de las sedes en las que se atiende población masculina y femenina y que ofrecen servicios residenciales se cuenta con sanitarios, duchas y dormitorios separados, condición que se observa mejor en los programas psiquiátricos y en las comunidades terapéuticas.

En referencia a las condiciones de higiene, conservación y almacenamiento de alimentos y estado general de baños y cocinas, se encontró que son adecuadas en la gran mayoría de las instituciones. El análisis por modelo reflejó mejores condiciones generales en las comunidades terapéuticas. Los programas de teoterapia muestran más deficiencias en los baños, así como en las cocinas y en las condiciones de conservación de alimentos, esto último se vio también con mayores deficiencias en los programas clínico-psicológicos. De igual forma, las comunidades terapéuticas parecen presentar menores condiciones de hacinamiento en las habitaciones.

Salvo en un 13% de sedes en las que las condiciones de seguridad de las construcciones parecen inadecuadas, las entidades restantes presentan en general, buenas condiciones de mantenimiento y de construcción en los inmuebles. La dotación básica también presentó resultados favorables a la mayoría de las sedes. No obstante, llama la atención que en más de la mitad no se observaron extintores de incendio y que en el 13% en los que sí se observaron, la fecha de revisión superaba el período de un año.

La disponibilidad de materiales pedagógicos y bibliotecas se observó en alrededor de la mitad de las sedes visitadas.

En los CAD en los que se reporta manejo de medicamentos de control especial (n=84), se encontró que en dos, son los usuarios quienes se encargan de administrar sus propios medicamentos, en el resto se observa que el 6% no cuenta con un espacio especial para su almacenamiento, que en cerca del 4% no se encuentran bajo llave y que en porcentajes similares el lugar de almacenamiento no cuenta con condiciones ambientales para su adecuada conservación. No se manejan planillas de control en el 13% de las sedes y en el 12% no se cuenta con inventarios ni con personal entrenado en el manejo de medicamentos.

En las 44 sedes en las cuales se hace un manejo hospitalario de la problemática de la adicción y condiciones asociadas, se cuenta con la dotación mínima y básica como con un centro de control médico, área específica para el uso de elementos de aseo, con tensiómetro y fonendoscopio. Los elementos con los que menos se dispone son: áreas de lavado y desinfección de enseres contaminados, facilidades para movilizarse en silla de ruedas, sistema de monitoreo de pacientes hospitalizados, electrocardiógrafo, succionador, bombas de infusión de medicamentos por goteo, glucómetro, sillas de ruedas y equipos para inmovilización y sujeción mecánica de pacientes. Llama la atención que en el 9% de estas sedes, no se cuenta con protocolos para el manejo de urgencias.

En cerca del 80% de las sedes se cuenta con aulas o salones para el desarrollo de actividades grupales, así como con espacios recreativos, en el 70% se dispone de espacios para las actividades vocacionales. Sin embargo, en el 32% de las sedes no se dispone de espacios adecuados para terapias o asesorías individuales, en un poco más de la mitad de las sedes en las que sí existen consultorios, se observaron dificultades con el aislamiento sonoro. Las mejores condiciones de infraestructura asistencial básica se observaron en los programas psiquiátricos, seguidos con algo de distancia, de las comunidades terapéuticas.

En general se observó que los usuarios expresan satisfacción con diferentes aspectos de las sedes, no obstante hay insatisfacción con la calidad de la comida, la calidad de los baños y la calidad de los espacios para recreación y actividades físicas, en algunos casos.

4.4 Perfil y necesidades de los usuarios de los CAD

El 82,8% de los usuarios participantes en el estudio fueron hombres, el 17% mujeres y dos fueron transexuales. De ellos, la mayoría eran mestizos y el 10% restante se distribuyó en minorías étnicas. El promedio de edad fue de 26 años.

Cerca de la mitad de ellos(as) pertenecía a los estratos 1 y 2, seguidos de quienes pertenecían a los estratos 3 y 4 y las personas que se encontraban en situación de calle al ingreso del tratamiento o en el momento de la entrevista. Vale la pena mencionar que en muchos casos se observó un deterioro en las condiciones de vida con respecto al estrato socio-económico referido para la familia de origen, por ejemplo el 15% de quienes estaban en una condición de calle contrastó con el 1,2% de quienes señalaron una familia de origen que vivía en esta misma condición.

Estos perfiles muestran que en el 62% de los casos, los usuarios viven difíciles condiciones económicas y probablemente situaciones de inestabilidad y aislamiento social, dado que además la gran mayoría de ellos(as) eran solteros(as). Esto podría estar incidiendo en las tasas de retención de los tratamientos, en tanto que la evidencia ha mostrado que estas

condiciones, junto con otras características de los usuarios, correlacionan positivamente con una mayor tendencia a la deserción temprana de los tratamientos (Hyams y cols. 1996).

La situación educativa arrojó que aunque la mayoría había alcanzado la educación secundaria, pero estaba incompleta, el 38% era bachiller, mientras que el 35% sólo contaba con educación primaria completa y apenas el 11% había alcanzado niveles de educación superior. El 29% tenía hijos menores de 18 años que en 11% de los casos, estaban bajo su responsabilidad. Cerca de una cuarta parte de los entrevistados, se había sostenido de ingresos familiares durante los 6 meses previos a la aplicación de la entrevista, entre el 5 y 6% contaba con un empleo, tenía una actividad económica independiente y legal, mientras que el 6% había vivido del trabajo informal y el 3% de la caridad ajena, en cerca del 8% de los casos se había vivido de alguna actividad ilícita. Una importante proporción de usuarios no recibía ingresos por estar internado en la entidad en la que recibe tratamiento y un 10% recibía remuneración por el trabajo que realizaba en la institución.

Esta realidad de vida de la mayoría de los usuarios entrevistados, evidencia la necesidad de que los tratamientos ofrezcan reales alternativas de desarrollo ocupacional y vocacional y que faciliten los medios para viabilizar una reincorporación a la vida social y familiar, si se quiere reducir el número de usuarios que recae y el que reingresa a tratamiento. Pues se encontró que el 55% (n=614) de los usuarios entrevistados, ya había intentado en alguna oportunidad abandonar su consumo a través de un tratamiento y, por supuesto, había fracasado.

El análisis de este aspecto por modelo mostró que la mayoría de quienes ya habían intentado al menos un tratamiento en el pasado, están hoy en un programa de 12 pasos, seguidos de quienes están en programas de teoterapia y en programas que ofrecen modelos de tratamiento alternativos y no tradicionales. Lo cual también es preocupante, si se tiene en cuenta que es precisamente en estos modelos de tratamiento, especialmente en los de teoterapia, en los que se halló un menor manejo de aspectos que garantizan el éxito en los tratamientos y que ya fueron ampliamente analizados. Reincidentes se encontraron en menores proporciones en los programas clínico-psicológicos, en las comunidades terapéuticas y en los psiquiátricos.

En la historia de tratamientos se encontró que cerca de la mitad de los reincidentes habían estado alguna vez en una comunidad terapéutica en modalidad residencial, seguidos de quienes habían estado internos en algún centro de tratamiento especializado (diferente a una comunidad terapéutica), en un programa de teoterapia residencial y en terapia o psicoterapia con psicólogos o psiquiatras. En muy baja frecuencia se mencionó la desintoxicación farmacológica (independiente de su objetivo último), lo cual puede estar asociado más a la baja oferta de estas alternativas en el país, que al éxito relativo de este estilo de tratamiento, pues como se revisó en la literatura el alcance de este tipo de intervenciones, cuando se dan sin estrategias terapéuticas complementarias, es muy limitado.

Resulta llamativo que si bien el 78% de las personas que han reincidido no habían estado en el pasado en la entidad en que recibe tratamiento en la actualidad, el 21% ya había pasado por esa misma entidad en algún momento de los últimos cuatro años, el 38% en el año inmediatamente anterior y el 23% en el año 2004. El 27% de quienes ya habían estado en ese mismo tratamiento dijo haberse retirado por recaída y el 12% por desagrado o

inconformidad con el tratamiento, cerca del 9% porque no se sentía preparado para el tratamiento en ese momento, el 45% mencionó otros motivos. La mitad de quienes mencionaron otros motivos se retiró porque ya había terminado su tratamiento "exitosamente".

La carrera de consumo empezó en la mayoría de los casos con alcohol y cigarrillo en promedio a los 12 años, siguiendo con marihuana en promedio a los 13 años y con otras sustancias a la edad media de 14 años. En el 38% de los casos la primera droga "dura" e ilícita después de la marihuana fue la cocaína, en el 30% fue el basuco en el 16% los inhalables, en el 10% las bezodiacepinas, en el 3% los alucinógenos, en 1,5% el éxtasis y en el 0,8% la heroína, otros se iniciaron con otra diversidad de sustancias. El 8,2% de estos usuarios (n=92) se había inyectado al menos una vez en su vida una droga, el 57,6% de ellos lo había hecho por primera vez con heroína, el 3% con heroína en mezcla con otras sustancias, el 17% con cocaína, el 5,4% con alcohol etílico y el 3,3% con tranquilizantes, otra variedad de sustancias se utilizaron en la experimentación inicial de esta práctica, que en promedio se dio por primera vez a los 18 años, mostrando que incluso en un caso se inició a los 9 años y que en otro se hizo a los 49 años.

La historia de consumo de otras drogas mostró que después del conglomerado de "otras sustancias" que no incluyen las de mayor consumo en el país, la sustancia de mayor consumo fue la cocaína (72%), seguida por el basuco (63%), por las benzodiacepinas (50%) y por los inhalables (42%). El consumo de éxtasis se registró en el 18% de la muestra y el de heroína en cerca del 15% (n=165), en 56 de estos casos, la sustancia se consumió por vías distintas a la inyección. Con respecto a la sustancia que fue principal motivo de consulta, se encontró que el basuco estuvo en primer lugar (30%), seguido de la marihuana (24%), el alcohol (17%), la cocaína (13%), los inhalables (8%), los tranquilizantes (4%) y la heroína (1,5%). La percepción de las personas del equipo entrevistadas, difiere un poco de este patrón, pues mencionan principalmente el alcohol, seguido del tabaco, la marihuana, la cocaína, el basuco, las benzodiacepinas y los antidepresivos, la heroína fue mencionada por el 8,2% y el policonsumo por el 4,2%.

La mitad de los usuarios en tratamiento, dijo no haber consumido alcohol en los 6 meses previos a la aplicación de la entrevista, en la otra mitad se presentó consumo y en el 20% de estos casos, la frecuencia y las cantidades reportadas fueron relativamente altas. Al respecto vale la pena aclarar que el 46% de los usuarios se encontraba en tratamiento desde hacía al menos 5 meses, por lo que estos resultados muestran que el consumo que se registra es mucho más probable en personas que aún no habían entrado a tratamiento o que habían entrado recientemente. No obstante, es interesante que el 50% de las personas que reportaron un consumo reciente de alcohol se encontraran en tratamientos ambulatorios.

El registro de consumo de otras sustancias fue del 54,7% durante el mismo período de tiempo indagado, el 29% lo reportó durante el mes previo a la entrevista. En este caso, el 11% llevaba menos de un mes en tratamiento y el 24% entre 1 y 2 meses. Por lo tanto, es también probable que este consumo registrado correspondiera a los últimos consumos ocurridos, previos al ingreso. No obstante, es interesante observar que 23% se trataba de usuarios residentes, el 60% asistía a un programa ambulatorio y el 65% a un programa de hospital día. Entre los usuarios que reportaron consumo en el último mes, el 44% correspondía a usuarios de programas psiquiátricos, el 45% acudía a "otros" programas, el

40% pertenecía a programas clínico-psicológicos y el 20% (respectivamente) eran usuarios de comunidades terapéuticas, 12 pasos y teoterapia[2].

Si bien el 36% de los usuarios nunca había estado hospitalizado y el 27% reportó una sola hospitalización en la vida, el otro 36% había estado en esta situación en más de dos oportunidades. En el 23% de estos casos, la última hospitalización había ocurrido en los 12 meses previos a la aplicación de la entrevista. A pesar de ello, se encontró que la gran mayoría de los usuarios percibe que su estado de salud es "excelente" o "bueno". Sin embargo, el 18% reporta tener problemas de salud. Se observa que la utilización de servicios de salud es relativamente alta en esta muestra, dado que dos terceras partes de ellos(as) habían sido vistos por un médico al menos una vez, en los 6 meses anteriores a la entrevista. Es muy probable que parte de estas consultas, hubieran tenido lugar en el marco de los tratamientos en curso.

De acuerdo con los resultados, el 65% de estos usuarios nunca se realizó una prueba de detección del VIH y entre el 35% que sí lo hizo, el 10% nunca reclamó los resultados. El 0,8% que corresponde a 9 usuarios, reportó ser seropositivo. Sólo en el 46% de los casos en los que se reclamó un resultado se obtuvo una asesoría que permitiera comprender las implicaciones de los resultados. El 13% de las personas que se hicieron un examen de detección para VIH se había inyectado alguna vez una sustancia, todos a excepción de uno conocieron su resultado y ninguno de los 9 portadores del virus corresponde a inyectores de sustancias.

El 38% de la muestra reportó haber vivido alguna vez una sobredosis hasta el punto de perder la conciencia, en el 37% el evento ocurrió sólo una vez, en el 25% dos veces y en el porcentaje restante tres veces o más. En el 56% de los casos, las sobredosis se manejaron sin ningún tipo de ayuda médica.

El perfil de salud mental arrojó que el 26% de la muestra de usuarios había sido tratado alguna vez, por algún problema psicológico o emocional que no estuvo vinculado directamente al consumo de sustancias. El 40% de quienes estaban en programas psiquiátricos y la misma proporción de quienes estaban en programas de 12 pasos dijeron haber requerido atención especializada en salud mental en algún punto de su vida, esto se registró en el 32% de quienes estaban en comunidades terapéuticas, el 22% de quienes eran tratados en programas clínico-psicológicos y el 17% de quienes estaba en teoterapia. No obstante, alrededor del 40% de las personas entrevistadas señalaron haber vivido, por períodos superiores a un mes, síntomas afectivos y de ansiedad que calificaron "graves", algo más de la tercera parte había hecho algún intento de suicidio y en el 41% se reportó ideación suicida. Mientras en el 32% se refirieron problemas para el control de conductas violentas, en cerca de la mitad se habían tenido problemas de concentración y memoria, la prescripción médica para el manejo de este tipo de síntomas se reportó en el 14% de los casos.

Entre quienes reportaron estos síntomas, el 70% continuaba con problemas de concentración y memoria durante el mes previo a la entrevista, más de la mitad tenía sentimientos de angustia y tensión, cerca de la mitad se sentía "gravemente" deprimida y

[2] Estos porcentajes se calculan entre categorías del mismo tipo, es decir entre categorías de usuarios y entre categorías de modelos de tratamiento.

tenía problemas para controlar conductas violentas. El 30% decía haber tenido alucinaciones. La medicación para el manejo de estos síntomas se reportó en el 40% de los casos y en el 60% restante no.

Más de la mitad de la muestra había estado alguna vez en la cárcel (no incluía detenciones menores), el 45% de ellos por Ley 30 y el 54% por otros delitos. Mientras el 17% decía tener aún procesos pendientes con la justicia y cerca del 2% no conocía su situación legal.

Todos estos resultados contrastan de manera importante con las características de los programas, pues evidencian que una gran cantidad de usuarios efectivamente tiene carreras de consumo que podrían considerarse crónicas, problemas legales, de salud física, mental y emocional que ameritarían un trabajo más sistemático y permanente de áreas especializadas como la salud mental. A la luz del perfil de usuarios podría decirse que la oferta de tratamientos que cuentan con todas las condiciones requeridas para ofrecer un cuidado integral, especializado e idóneo en todas las áreas, es limitada y que la mayoría de los usuarios encuentra alternativas de tratamiento que no ofrecen todas las medidas que requerirían para trabajar de manera integral, la diversidad de problemáticas que aquí se evidencia. En la misma línea, también resulta preocupante que si bien existe una evidencia robusta que indica que la co-morbilidad psiquiátrica es un indicador de pobres resultados, y que es altamente recomendable su evaluación temprana y su trabajo integral en todos los momentos del tratamiento, esta condición es ajena a más de la mitad de las entidades.

Así mismo, se encontró que si bien el hecho de estar en programas residenciales inhibe e impide, por razones lógicas, la práctica de comportamientos de riesgo para la salud en la vida sexual y en las prácticas de consumo, muchos de los consumidores refieren comportamientos de alto riesgo en los 6 meses previos a la aplicación de la entrevista, lo cual también muestra la importancia de reforzar las acciones en promoción de la salud y reducción de conductas de riesgo en estos tratamientos, que como se observó son escasas.

El análisis de aspectos de motivación y satisfacción con los tratamientos, reconoce que presenta limitaciones en la medida en que la mayoría de la muestra se trata de personas que no se encuentran en los tratamientos en contra de su voluntad, salvo aquellos(as) que se encuentran en programas de protección, de reeducación o programas anexos a penitenciarías. El sólo hecho de permanecer en tratamiento indica que existe satisfacción con el tratamiento y que de alguna forma, las expectativas que se tenían al ingreso se están cumpliendo, de lo contrario, la persona ya no estaría en el tratamiento.

No obstante, resulta interesante observar algunos aspectos que podrían estar confirmando lo revisado en la literatura, sobre factores de enganche y retención. Por ejemplo, el 46% dijo haber entrado a tratamiento por propia iniciativa, el 27% lo hizo por sugerencia de su familia, el 13% está por remisión directa de instancia judicial o de policía. Esto confirma lo que la literatura señala acerca de la importancia de la motivación y voluntad de cambio y la percepción de un soporte a la decisión de cambio por parte de la red de apoyo inmediata, tanto en el enganche, como en el mantenimiento en el tratamiento.

De igual forma, se confirma que la percepción de utilidad del tratamiento así como las experiencias pasadas y lo que saben de los tratamientos son altamente relevantes al ahora de pedir ayuda (Hartnoll, 1992). El diagnóstico situacional mostró que más de la mitad de los usuarios decidieron entrar al tratamiento en el que están y no a otro, por buenas recomendaciones, el 22% lo hizo buscando mayor efectividad en el tratamiento actual. Los

usuarios en tratamiento en programas de 12 pasos mencionaron en mayor medida las buenas recomendaciones, así mismo la búsqueda de mayor efectividad se mencionó más en los 12 pasos y en los programas de teoterapia.

La escala aplicada para indagar el grado de motivación al ingreso a tratamiento mostró que la gran mayoría de los usuarios se encontraba altamente motivada, deseaba realmente obtener ayuda a su problema y encontrar alternativas de vida ajenas al consumo de sustancias. Si bien la presión externa contó en algunos casos, esta no fue la única ni la principal razón por la que se encontraban en tratamiento. Alrededor de la mitad lo hizo porque la familia y otros cercanos reprobaban el consumo y el 63% señaló la necesidad de reparar el respeto y la aceptación de otros que se habían perdido por el consumo.

Sin embargo, la mitad de la muestra había pensado en salirse del tratamiento en alguna oportunidad, en mayor proporción quienes se encontraban en comunidades terapéuticas, seguidos de quienes estaban en programas de teoterapia. Para el 31,6% la razón fue la dificultad misma de abandonar el consumo y para el 31% el desagrado con el "encierro". Aspectos de insatisfacción con el tratamiento (incluye equipo asistencial) se mencionaron en el 12% de los casos, con mayor registro en los programas de 12 pasos y menor registro en los programas clínico-psicológicos y psiquiátricos. De acuerdo con más de la mitad de los usuarios, tres o más compañeros habían desertado del tratamiento durante su permanencia en la institución (muchos en cortos períodos de tiempo), y en apenas el 9% de los casos no se reportó ninguna deserción. El análisis mostró que el modelo que parece tener una mayor retención de usuarios es el psiquiátrico, seguido del clínico-psicológico. El mayor registro de deserciones se obtuvo en las comunidades terapéuticas y en los programas de teoterapia, sin diferencias importantes.

No obstante, la mitad también sabía de al menos un compañero que hubiera terminado el tratamiento exitosamente durante su estancia en él. Sin embargo, el 21% de usuarios que llevaba un año o más de tratamiento, no sabía de ningún caso de culminación exitosa. A juzgar por la percepción de los usuarios, el programa que registra menor éxito es el de teoterapia, seguido del psiquiátrico y el de comunidad terapéutica. El mayor número de registros de éxito se observaron en similares proporciones en las comunidades terapéuticas y en los modelos alternativos o de otro tipo, con leves diferencias les siguen los clínico-psicológicos y los de 12 pasos. El menor número de terminaciones exitosas se encontró en los modelos teoterapéuticos y psiquiátricos.

El 80% de los usuarios considera que el CAD en el que recibe atención, ha cumplido "en gran medida" con las expectativas que tenía cuando ingresó, una situación diferente se refleja en el 20% restante. El análisis por modelo mostró que hay más usuarios satisfechos en los programas de 12 pasos, en los alternativos y en los de teoterapia, que en los otros. De igual forma, el 95% de la muestra opina que el tratamiento que recibe es "excelente" o "bueno", percepciones contrarias se encontraron en pocos casos. La percepción de calidad por modelo se encontró en el 97% de los usuarios que asisten a programas con modelos alternativos, programas de 12 pasos y psiquiátricos (respectivamente), el 95% de usuarios de comunidades terapéuticas y el 92% de quienes acudían a teoterapia y a programas clínico-psicológicos (respectivamente). Por esto mismo, el 91% de estos usuarios recomendaría el tratamiento que recibe a otros usuarios en su misma situación.

Con respecto a la actividades puntuales que hacen parte de sus programas de tratamiento, se encontró que si bien muchas actividades producen gran satisfacción, los usuarios reconocen que las terapias individuales, las terapias grupales y las actividades vocacionales o de terapia ocupacional, son las que resultan de mayor utilidad para el cumplimiento de las metas que se trazaron con el tratamiento.

El 85% de los usuarios opina que el tratamiento ha sido útil principalmente en la búsqueda de soluciones a los problemas del consumo de SPA, el 67% en la comprensión y manejo de sentimientos, el 60% en la resolución de problemas o conflictos con la dinámica familiar y el 54% en los problemas o conflictos relacionales. En menor medida se percibe utilidad en la resolución de aspectos fundamentales como los problemas de salud (30%), sin embargo, esto es positivo, en la medida en que apenas el 20% de la muestra consideró tener problemas de salud. En alrededor del 20% se han encontrado respuestas a los problemas con la vivienda, a los problemas laborales y a los problemas académicos. El 2% opina que el tratamiento no ha sido de utilidad en ninguna de las áreas mencionadas.

El diagnóstico exploró qué tanto quienes estaban por terminar su tratamiento (n=177), habían trabajado aspectos fundamentales en la prevención de recaídas: manejo de estados emocionales negativos, estados de ánimo positivos, estados físicos negativos, auto-control, identificación de situaciones de riesgo y disparadores de recaída, manejo adecuado de las mismas, manejo asertivo de la presión, manejo de conflictos con otros y con familia y manejo de problemas o situaciones difíciles en la vida. Los resultados mostraron que la mayor parte de los aspectos indagados fueron trabajados en algún punto del tratamiento, sin embargo, se observó que el aspecto que más se trabajó fue el auto-control (93%) y el que menos se trabajó fue el manejo de estados físicos negativos (dolor, malestar). Sin embargo, también se observó que en promedio, en el 12% de estos casos, no se trabajaron aspectos fundamentales para la prevención de recaídas durante el tratamiento.

Estos factores de crítica importancia se observaron en el 95% de los programas clínico-psicológicos y en el 93% de las comunidades terapéuticas. En los programas de 12 pasos se registraron en el 84% y en "otros" programas en el 82%. Los programas en los que hubo un menor registro fueron los psiquiátricos (78%) y los de teoterapia (73%).

La escala auto-diligenciada para medir aspectos de progreso, bienestar y satisfacción en las dos semanas previas a la aplicación, mostró resultados generales positivos, que reiteran muchos de los aspectos hasta aquí descritos, sin embargo, hay algunas áreas de vida que no muestran el mejor balance. Este es el caso de cerca de una tercera parte que considera que el dolor físico le impide hacer lo que necesita y que requeriría tratamiento médico para funcionar adecuadamente en su vida cotidiana, que no se siente seguro(a) en su día a día, que considera que el ambiente en el que vive no es del todo saludable y que no cuenta con suficiente energía para funcionar en su día a día. Para el 23% su calidad de vida no era la mejor al momento de la entrevista, para el 15% había dificultades de sueño, incapacidad para desarrollar actividades y trabajar, insatisfacción personal e insatisfacción con las condiciones del espacio en el que vive. En el 31% hay insatisfacción con las relaciones familiares, el 21% esta insatisfacción se refiere a las relaciones con amigos y conocidos. El 36% no percibe suficiente soporte de su red social inmediata y en alrededor de la mitad de los casos hay insatisfacción con la vida sexual y laboral.

Quienes tenían proyectado salir del tratamiento en el corto plazo y estaban estudiando, lo seguirán haciendo cuando salgan en la mayoría de los casos, así mismo continuarán con su asesoría individual. No obstante, cerca del 20% no sabe en dónde vivirá, el 35% no sabe en qué trabajará, cerca de la mitad no sabe en dónde trabajará y tampoco tiene planeado asistir a reuniones de grupos de auto-apoyo. Resulta relevante el que el 14% considera que no podría volver a la institución si recayera, mientras que el 18% sí lo haría si esto ocurriera. La gran mayoría de estos usuarios a punto de terminar su proceso, refiere seguridad de poder mantener los logros obtenidos durante el tratamiento, esto no ocurre en el 8% de los casos.

Resulta comprensible que en porcentajes bajos se refiera insatisfacción con una serie de aspectos, dado que porcentajes similares correspondían a personas que llevaban corto tiempo en el tratamiento. El análisis de aspectos en aquellos usuarios que estaban por terminar su tratamiento sugiere que si bien muchos de ellos(as) contaban con condiciones adecuadas para su salida, muchos otros no tenían resueltos aún ciertos aspectos que podrían facilitar el mantenimiento de los resultados y la consolidación de un nuevo estilo de vida libre de SPA. De igual forma, se confirma que apenas en la mitad de estos casos se buscará un soporte continuado con la asistencia a grupos de auto-ayuda. Por lo tanto, y a pesar de que la gran mayoría expresa optimismo por su futuro, éste es realmente incierto en muchos casos.

El diagnóstico situacional quiso aproximarse a la realidad de algunos ex usuarios de los servicios, reconociendo en ello también las limitaciones por el sesgo inherente a la escogencia, dado que la fuente de acceso e identificación fueron las instituciones mismas. La muestra estuvo conformada por 190 hombres (78,5%) y 52 mujeres (21,5%), con una edad promedio de 31 años. La mayor proporción de ex usuarios había estado en comunidades terapéuticas y la menor en programas de 12 pasos. La mitad de la muestra se distribuyó entre quienes llevaban menos de un año por fuera de tratamiento y la otra mitad llevaba más de un año. Hubo usuarios que permanecieron poco tiempo en tratamiento, aunque la mayoría estuvo al menos cinco meses en el programa, el 91% de ellos terminó su proceso y el 9% se retiró antes.

Se encontró que si bien el 36% de los ex usuarios tenía al momento de la entrevista una actividad laboral definida y cerca del 16% era trabajador independiente, la otra mitad se distribuyó entre quienes seguían siendo económicamente dependientes de su familia (26%, teniendo en cuenta que el 40% era menor de 24 años) y el otro 5% obtenía sus ingresos de actividades altamente riesgosas para la recaída (p.ej. limosna y venta ambulante). 29 de estos sujetos subsistía gracias a la institución porque en ella vivían o en ella trabajaban, de hecho, 59 de ellos(a) dijeron estar aún viviendo en la institución. Cerca de la mitad vivía con familiares o amigos, el 24% estaba en un lugar propio o rentado y en pocos casos se registraron escenarios de vivienda que podrían disparar una recaída en cualquier momento.

En los 6 meses previos a la entrevista se registró consumo de tabaco en cerca de la mitad y consumo de alcohol en cerca de una cuarta parte. En el 6% de los casos se registró consumo de marihuana y en alrededor del 2 y 3% consumo de otras sustancias como cocaína, basuco, tranquilizantes, etc. Las únicas sustancias que no registraron consumo alguno fueron heroína y anfetaminas. No obstante, las frecuencias de consumo de una o más veces por semana, para el caso de las sustancias ilícitas, se registraron en un caso para cada categoría de frecuencia, el consumo de alcohol también registró bajas frecuencias.

El 13% de estas personas no había tenido actividad sexual en los últimos 6 meses, sin embargo, entre quienes reportaron haber tenido el 42% dijo "nunca" haber utilizado condón con sus parejas sexuales y el 17% haberlo hecho "ocasionalmente". Sólo una cuarta parte usó condón la mayoría del tiempo o todo el tiempo.

La misma escala para medir aspectos de bienestar y satisfacción en las dos semanas previas a la aplicación, se administró en el marco de la entrevista y mostró también un panorama general favorable. No obstante, el 15% dijo necesitar tratamiento médico para funcionar en su vida, el 20% no disfruta del todo de la vida, el 10% no considera que su vida tenga sentido y el 16% refiere sentirse con insuficiente energía. Cerca del 30% refiere sentimientos de inseguridad y ambientes de vivienda poco saludables. Apenas el 20% cuenta con suficientes recursos económicos para satisfacer sus necesidades básicas y sólo un poco más de la mitad dispone de tiempo libre y de ratos de ocio.

Entre el 10 y el 15% aún presenta dificultades para dormir y no expresa satisfacción con el desempeño en la vida cotidiana ni en el trabajo, ni consigo mismo(a). Si bien hay mayor satisfacción con las relaciones interpersonales en ellos(as), en comparación con los usuarios aún en tratamiento, el 30% aún presenta dificultades en sus relaciones familiares e insatisfacción con su vida sexual, así como dificultades para acceder a servicios de salud. Sólo el 20% se encuentra a gusto en el espacio en el que vive.

Al momento de salir de tratamiento el 21% no sabía en dónde viviría, una importante proporción no sabía en qué trabajaría y aunque un poco más de la mitad sí entró a trabajar, cerca de una cuarta parte no continuó con terapia o asesoría individual y cerca de la mitad no continuó con la asesoría familiar que venía recibiendo. También se observa que la gran mayoría volvería a tratamiento a la institución si lo necesitara, porque además percibe que sí podría hacerlo.

Esta descripción de resultados muestra que si bien el consumo de sustancias es bajo, aún se presenta en estos ex usuarios, quienes a pesar de mostrar indicadores de calidad de vida positivos, registran también dificultades en aspectos que de no ser resueltos podrían disparar una recaída general en cualquier momento. De la misma forma, y si bien todos estos usuarios conservan cierto contacto con las instituciones, el apoyo continuado y sistemático no se refleja en estos resultados, más aún si se tiene en cuenta que cerca de la mitad llevaba relativamente poco tiempo por fuera de tratamiento. Así mismo, en muchos casos estas personas siguen teniendo comportamientos de alto riesgo, a pesar de haber pasado ya por un programa de tratamiento que debería garantizar un cambio en áreas diferentes, tan fundamentales como el consumo mismo.

5. Conclusiones y recomendaciones

- El censo institucional arrojó un total de 368 entidades, de las cuales fue posible visitar 358 (97%), mostrando un incremento del 43% con respecto al inventario llevado a cabo en 1996. Estas entidades se encuentran distribuidas en 23 de los 32 departamentos del país, no obstante, la mayoría de ellas se concentra en departamentos como Cundinamarca[3], Antioquia, la zona del Eje Cafetero y Valle del Cauca, departamentos en los que se presentan altas prevalencias de consumo de sustancias y en los que hay una clara respuesta a la demanda potencial de servicios. Otros departamentos con altas tasas de prevalencia[4], cuentan con un número limitado de centros de atención en drogadicción, por lo que los usuarios potenciales no cuentan con mayores alternativas para escoger.

- Los tratamientos disponibles son en su mayoría privados y ofrecidos por entidades sin ánimo de lucro y ONG. La participación de entidades públicas e instituciones prestadoras de servicios de salud es baja en el mapa general de la oferta. No obstante, resulta relevante señalar que alrededor del 40% de los CAD reciben recursos del Estado a través de la contratación de servicios. Este es el caso de más de la mitad de las entidades sin ánimo de lucro y de las ONG.

- Hay una gran diversidad de alternativas de tratamiento, sin embargo sigue siendo mayoritaria la oferta de comunidades terapéuticas y de tratamientos residenciales, se observa también un incremento importante de programas de teoterapia con respecto al inventario de 1996. Esto último es preocupante si se tiene en cuenta que este modelo de tratamiento no cuenta con mayor sustento teórico ni estructuración práctica u operativa. La mayoritaria oferta de tratamientos residenciales es positiva en cuanto que la evidencia muestra buenos resultados, pero también es la modalidad con mayores tasas de deserción. La baja oferta de modelos de 12 pasos (6%) genera un vacío importante por cuanto es uno de los modelos con mayor evidencia de resultados a nivel internacional.

  Las IPS sólo representan el 15% de la oferta, haciendo que el 85% de los CAD del país deban ajustarse a las nuevas condiciones de habilitación y registro que serán expedidas en los próximos meses por el Ministerio de la Protección Social, con lo cual se espera regular la oferta y proveer un marco de legalidad, vigilancia y control funcional, a través de las secretarías de salud departamentales y distritales. La intención es buscar cierta unificación de criterios en el funcionamiento de estas entidades, propender por el mejoramiento de la calidad de los servicios a la población consumidora y clarificar el mapa de la oferta.

  También se observa un vacío importante en la oferta de servicios especializados en el manejo de problemáticas como las sobredosis o el síndrome de abstinencia, concentrándose en su mayoría en Antioquia, Cundinamarca, Risaralda y Valle del Cauca. La farmacoterapia como estrategia de comprobado éxito cuando se ofrece en programas

[3] Incluye Bogotá D.C.

[4] Por ejemplo: Boyacá, Nariño y Cauca. Vale aclarar que si bien la zona del Eje Cafetero en conjunto aglomera un número importante de CAD, estos se ubican en su mayoría en Risaralda. Los departamentos de Quindío y Caldas que tienen tasas de prevalencia altas, cuentan con un número limitado de entidades.

integrales con intervenciones complementarias y los programas con énfasis en salud mental, no llegan al 20% del total de la oferta.

- El objetivo primario sigue siendo la abstinencia total, pero las dificultades que entraña el éxito, ha llevado a un número muy importante de entidades a pensar en la reducción del consumo como meta más alcanzable. No obstante, alternativas de comprobado éxito en la minimización del impacto del consumo en la salud, tales como la reducción de daños y el mantenimiento con medicamentos, son marginales en la oferta actual. Se sabe que no todos los tratamientos son indicados para todos los consumidores y no todos responden de igual forma a sus necesidades y expectativas. Por lo tanto, flexibilizar los programas, ampliar las alternativas de tratamientos, ofrecer la posibilidad de alcanzar metas intermedias centradas en la calidad de vida y en la salud y no sólo en el consumo mismo, sería muy conveniente, pues si bien en la actualidad muchos consumidores encuentran respuestas a lo que buscan, otros que podrían también beneficiarse no encuentran reales alternativas. Quizás por esto mismo, el éxito reportado por las entidades es parcial y las tasas de deserción temprana siguen siendo altas.

  Los resultados de estudios controlados han llevado a consolidar una evidencia que hace recomendar insistentemente a las agencias internacionales que la reducción de los problemas sanitarios y sociales de los consumidores debe ser prioridad. También son pocas las entidades que ofrecen intervenciones para el manejo del consumo incipiente o experimental, fundamental en la reducción de la demanda de sustancias. El mapa de la oferta refleja también fuertes vacíos en el manejo profesional e idóneo de potenciales problemas derivados de patrones de consumo emergentes como la inyección de drogas y el uso de heroína y otros ya consolidados como el abuso de tranquilizantes.

- Es recomendable también ampliar la oferta para grupos de población con necesidades especiales como son las mujeres y los grupos minoritarios. Se observa la necesidad de horizontalizar la oferta por estratos socio-económicos, concentrada hoy en estratos bajos y limitada en altos, así como ajustar los servicios a las necesidades de los jóvenes cuya demanda, tanto de sustancias psicoactivas como de servicios, es cada vez mayor.

- Se evidencia también la necesidad de una redistribución de la oferta, pues si bien se encontró sobreoferta de cupos, ésta coexiste llamativamente con listas de espera y escasez de servicios en zonas en las que son altamente requeridos. Esto afecta aspectos fundamentales de la provisión de servicios de calidad como son el acceso, la disponibilidad y la oportunidad de la atención.

- También se requiere reforzar las acciones de divulgación y promoción de los servicios disponibles, por cuanto el medio primario de acceso y conocimiento hoy, es la recomendación de usuarios, familiares y entidades. El Directorio Nacional de CAD, pretende mejorar este panorama, sin embargo, es evidente que se requieren medios como líneas de atención e información a la comunidad y acciones de acercamiento a los consumidores en sus ambientes naturales, de comprobado éxito en la reducción del impacto del consumo continuado y riesgoso en la salud y en la promoción efectiva de los servicios, a través de operadores en calle calificados. En la actualidad, estas estrategias se utilizan en un número muy limitado de entidades.

- La oferta de servicios gratuitos apenas supera el 30% y se limita a ciertas poblaciones con problemáticas muy específicas. En los otros casos, son los tratamientos de teoterapia los

que ofrecen alternativas gratuitas o de muy bajo costo a los consumidores, sin embargo se encontró que esto estimula la explotación productiva de los usuarios de los servicios, hallada en alrededor del 20% de los CAD en los que se incentiva el desarrollo de actividades de alto riesgo, sin garantías laborales ni beneficios. Los costos actuales de los tratamientos son elevados para la media de ingresos en el país.

- Se encontró también que si bien dos terceras partes de las entidades dicen realizar acciones concretas en rehabilitación y reincorporación social, menos de la mitad cuenta con medios concretos para llevarlas a cabo, por ejemplo alianzas interinstitucionales.

- Una necesidad sentida es la dificultad de encontrar fuentes de financiación que garanticen mayor estabilidad en la oferta, pues la experiencia muestra que muchas de estas entidades cierran por ser inviables desde el punto de vista financiero. La evidencia es clara en señalar que la insuficiencia financiera compromete la calidad de los tratamientos en aspectos como infraestructura, capacidad técnica, capacitación continuada, condiciones laborales, cobertura y evaluación de la gestión. Si bien se encontró que el recurso humano asistencial expresa satisfacción con sus condiciones laborales y que la rotación es relativamente baja, el diagnóstico mostró que las condiciones no son las mejores en muchos de los indicadores explorados. Al respecto, vale la pena retomar que la calidad de los servicios, el enganche y la retención de los usuarios dependen en gran medida de la motivación del equipo humano y de la capacidad de las entidades en retener a aquellos miembros del equipo que muestran mejores calidades y resultados.

  Hay que tener en cuenta que en la minoría de las entidades se cuenta con recurso humano de alto perfil, con formación específica en el área de las adicciones y que en alrededor del 30% se evidenciaron claras deficiencias en la cualificación del equipo a cargo de la atención. De hecho, mientras el 80% cuenta al menos con un psicólogo, el 70% no cuenta con psiquiatra, un poco más de la mitad cuenta con al menos un médico y el 44% cuenta con personal de enfermería. Terapeutas ocupacionales se registraron sólo en el 25% de estas entidades.

  La evidencia es también clara en señalar que la idoneidad del recurso humano es tan importante como la calidad humana, al parecer éste último aspecto es mucho más relevante en los centros de tratamiento en el país. Sin embargo, la disponibilidad de recurso humano calificado y entrenado en el área, permitiría el adecuado manejo de condiciones comunes a los consumidores (p.ej. problemas de salud mental) y de barreras de acceso como son la motivación y la "voluntad de cambio", mencionadas como requisitos de ingreso por buena parte de los CAD. Si bien no se cuestiona la importancia de estos factores en el enganche y la retención de los usuarios, hoy se sabe que muchas técnicas terapéuticas pueden revertir los bajos niveles de motivación y que un poco de presión externa para pedir ayuda, puede también mejorar la retención y los resultados en el largo plazo.

- A ello se suma que un número importante de CAD presenta deficiencias en su funcionamiento organizacional y que menos de la mitad evalúa los resultados de su gestión, desconociendo si está o no cumpliendo con su función social, pues fueron también evidentes las deficiencias en sistemas de información básicos. El 58% no reporta el perfil de los usuarios que atiende a ninguna entidad y el 70% no hace uso del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de SPA – VESPA -.

- También fue evidente que en menos de la mitad de las entidades se lleva a cabo un proceso de evaluación estructurado e integral (en el 20% no hay evaluación psicológica, en el 65% no hay evaluación por psiquiatría, en el 40% no hay evaluación médica y en el 54% no se utilizan exámenes diagnósticos). Esto facilitaría la detección de aspectos que requerirían atención y que si no se tratan adecuadamente, podrían comprometer las metas que se trazan en los programas de tratamiento. Se reitera aquí la necesidad de establecer alianzas con otras instituciones que permitan la atención primaria en salud y los servicios de salud mental, pues como se observó su existencia apenas supera el 20%.

- La satisfacción de los usuarios entrevistados con la calidad y utilidad de los tratamientos es en general positiva y es precisamente por ello que continúan aún en sus tratamientos, pues en la mayoría de los casos se trata de personas que ingresaron voluntariamente. No obstante, es claro también que sus planes de tratamiento, cuando existen (el 60% no cuenta con un plan específico para su caso y el 32% de entidades no definen planes individualizados), no están debidamente orientados a la luz de las dificultades en los procesos de evaluación descritos y tampoco plantean respuestas a todas las posibles necesidades que puedan tener.

- La integralidad y comprehensividad de los tratamientos, son también características altamente recomendables cuando se quiere ofrecer tratamientos eficaces, estos incluyen trabajos en las áreas psicológica, social, vocacional, de salud, de salud mental y legal. Así como la medicación en los casos en los que se requiere, el seguimiento y la asistencia a grupos de auto-apoyo. Al respecto se encontró que las actividades altamente indicadas para prevenir recaídas se ofrecen en menos de la mitad de los CAD, las actividades de promoción de la salud, estilos de vida saludables y minimización de riesgos son limitadas, la desintoxicación farmacológica o el uso de medicamentos está disponible en sólo el 16% de las entidades y el seguimiento post-tratamiento no se realiza en el 16%. La asistencia a grupos de auto-apoyo durante y después del tratamiento sólo se registró en cerca del 15% de los casos. En este sentido, si bien muchas entidades ofrecen tratamientos que podrían considerarse integrales, la oferta en general carece de esta condición indispensable.

- La redes de soporte para la solución de problemas de vivienda y de ocupación se limitan al 20% de los CAD y llama la atención que una importante cantidad "resuelve" estas dificultades ocupando o dejando vivir al usuario en la misma entidad. Esta situación no permite que la persona reanude su vida y su rol por fuera de la institución.

- Si bien el manejo de las recaídas es adecuado en la mayoría de las entidades, aún existe un 20% que recurre a la expulsión o a procesos de prueba cuando ocurren. Los factores a los cuales se atribuyen las deserciones tempranas de los tratamientos, que en la mayoría de casos se deben a una recaída, serían manejables con el uso de medicamentos ("ansias" de consumir), la implementación de técnicas terapéuticas (falta de motivación, compromiso, inestabilidad emocional) y la flexibilización de algunas normas ("rebeldía") y con ello reducir la deserción temprana. Por supuesto, es altamente recomendable implementar en todos los programas, técnicas de prevención de recaídas (hoy más comunes en las comunidades terapéuticas y en los programas clínico-psicológicos), dado que se reconoce que el consumo es una entidad crónica y recurrente y que las recaídas se presentarán si la persona no cuenta con suficientes herramientas, recursos y habilidades que le permitan minimizar su incidencia.

- El perfil de los usuarios mostró condiciones comunes a la mayoría que ameritan reforzar el manejo de aspectos que inciden en la deserción temprana (desempleo, falta de educación, pobreza, cronicidad de consumo, alteraciones en la salud mental, entre otros). Así mismo se encontró que más de la mitad son reincidentes y buscan por segunda o tercera vez un tratamiento que sí les funcione. Si bien muchas de las personas que ya había intentado al menos un tratamiento en el pasado está hoy en un programa de 12 pasos, también se encontró que la mayoría busca efectividad en los programas de teoterapia que fueron los que en general mostraron menores marcaciones en los indicadores de calidad, lo cual, por supuesto, es preocupante. Así mismo, se observó que la mayoría de reincidentes había pasado por una comunidad terapéutica o por un centro de tratamiento especializado (psiquiátrico o psicológico), lo que muestra que aún cuando estos modelos tuvieron mejores marcaciones en los indicadores de calidad, deberán mejorar muchos de los aspectos planteados en estas conclusiones.

- Así mismo, se encontró que más de la cuarta parte de los usuarios habían sido tratados en el pasado por problemas de salud mental, el 40% de estos están hoy en programas cuyo énfasis es la salud mental, el otro 60% no. Se halló también que un poco menos de la mitad de los usuarios presenta síntomas que ameritarían una evaluación más profunda e integral y más integral. Se evidenció que los comportamientos de riesgo sexual son muy comunes y que cuando hay inyección de drogas, se corren riesgos que podrían prevenirse con información.

- Los controles internos que garantizan la seguridad y estabilidad de los usuarios se encuentran en muchos casos a cargo de "líderes" aun en tratamiento y de ex consumidores rehabilitados. Al respecto se recomienda implementar sistemas de supervisión y apoyo para estas personas, que al igual que los usuarios, están en riesgo de recaer en cualquier momento. También es recomendable reforzar las medidas de control para evitar el tráfico y el consumo de sustancias al interior de estas entidades, medidas más objetivas como el uso de exámenes de detección de orina, podrían ayudar a mejorar el monitoreo de los usuarios. Así mismo, se recomienda revisar la ubicación de algunas sedes, en especial el 20% de sedes ambulatorias y mixtas inmersas en ambientes de alta disponibilidad de sustancias.

- Si bien el énfasis en valores es positivo, se recomienda que las entidades prioricen también otras metas y valores de tratamiento, que tengan que ver con la calidad de vida y con la salud de los usuarios.

- La infraestructura de los CAD mostró en general buenas condiciones, las mejores se encuentran en las comunidades terapéuticas, en los programas psiquiátricos y en las IPS. Los programas de teoterapia y los clínico – psicológicos deberían revisar la manipulación y la conservación de los alimentos, así como las condiciones de baños y cocinas, en las que se encontraron mayores deficiencias. En general, se encontró escasez o inexistencia de extintores de incendio y poca disponibilidad de consultorios apropiados (al respecto las mejores condiciones se registraron en los programas clínico- psicológicos y psiquiátricos).

  Se recomienda también la revisión del manejo de medicamentos de control, pues alrededor del 10% de los CAD que hacen uso de ellos, no cuentan con condiciones mínimas y básicas para su adecuado control y conservación.

6. Referencias

Biernacki, P. (1986). *Pathways from heroin addiction: recovery without treatment.* Filadelfia: Temple University Press.

Cameron, D. y Franey, C. (1998). *Drinking and drug using careers. Unit 6.* Publicación de Universidad de Londres: Imperial College of Science, Technology and Medicine.

Christo, G. y Franey, C. (1998). *Cognitive behavioral interventions for relapse prevention. Unit 10.* Publicación de Universidad de Londres: Imperial College of Science, Technology and Medicine.

Cook, C. (1988). *The Minnesota model: part 1, part 2.* British Journal of Addictions, 83, 625-634.

Franey, C. y Thom, B. (1995). *The effectiveness of alcohol interventions.* Executive Summary Series, Centre for Research on Drugs and Health Beahavior.

FUNLAM – DNE (1996-1997). *Modalidades de tratamiento y rehabilitación de farmacodependientes en Colombia.* Bogotá: Ed. Carrera 7ª.

Goldsmith, J. (1995). *Components of successful treatment programs.*

Hartnoll, R. (1992). *Research and the help seeking process.* British Journal of Addictions 3/3, 429-437.

Hyams, G. y colaboradores (1996). *Engagement in alcohol treatment: the client´s experience of, and satisfaction with, the assessment interview.* Addiction Research, 4/2, 105-123.

Keer, D.H. (1986). *Therapeutic community: a codified concept.* En: De Leon G. & Ziegenfluss, J. (eds) Therapeutic communities for addictions. Pp 58-62.

Leukefeld, C., Pickens, R. y Schuster, Ch. (1991). *Improving drug abuse treatment: recommendations for research and practice.* NIDA 1991, Research Monograph Series, 106.

Mc Murran, M. (1994). *The psychology of addiction.* Gran Bretaña: Burgess Science Press.

Mejía, I.E. (2003). *La inyección de drogas en Bogotá: una realidad oculta. Un reporte sobre resultados locales en el marco del Estudio Mundial sobre Uso de Drogas Inyectadas y Riesgos para la Salud, OMS Fase II.* Presidencia de la República / OMS. Bogotá: Agora editores.

Ministerio de La Protección Social (2002). *Decreto 2309: Definición del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.* www.minproteccionsocial.gov.co.

Naciones Unidas (2003). *Por qué intervenir en el tratamiento del abuso de drogas: documento de debate para la formulación de políticas.* Nueva York: Publicación de la Oficina contra la droga y el delito.

Naciones Unidas (2003). *Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: análisis de las pruebas científicas.* Nueva York: Publicación de la Oficina contra la droga y el delito.

NIAAA – National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIH (1996). *NIAAA Reports Project MATCH: main findings.* NIH News Release.

NIDA – National Institute on Drug Abuse (2001). *Principios de tratamientos para la drogadicción: una guía basada en investigaciones.* NIH Publication No. 01-4180(S)

NTA – National Treatment Agency (2002). *Models of care for treatment of adult drug misusers: Part 2 full reference report.* Londres: Department of Health/ National Treatment Agency.

Peele, S. (1985). *What treatment for addiction can do and what it can´t; what treatment for addiction should do and what it shouldn´t.* Journal of Substance Abuse Treatment, 2, 225-229.

Pérez, A., Scoppetta, O. y Peña, P. (2002). *La juventud y las drogas.* Programa Rumbos. Bogotá: Libros de Cambio, Alfaomega.

Pickens, R.W. y Fletcher, B. W. (1989). *Overview of treatment issues.* NIDA 1991, Research Monograph Series, 106.

Programa Presidencial Rumbos (2002). *Juventud y consumo de sustancias psicoactivas: resultados de la encuesta nacional de 2001 en jóvenes escolarizados de 10 a 24 años.*

Thom, B., Franey, C. y colaboradores (1994). *Predictors of long-term treatment outcome.* En Alcohol Treatment Since 1983: a review of the research literature. Pp 51-55.

Toon P. y Lynch. R. (1994). *Changes in therapeutic communities in the UK.* En Heroin Addiction and Drug Policy – The British System. Strang J. & Gossop M. (eds). Oxford Uniersity Press. Pp 231-239.

UN, United Nations (1997). *World drug report.* USA: Oxford University Press.

UN, United Nations; Economic and Social Council (1996). *Principles and practice of primary and secondary prevention in demand reduction programmes.* E/CN.7/1996/6. Publicación de Naciones Unidas.

UNDCP (1998). *Drug counsellor´s handbook: a practical guide for everyday use.* Kenya: UNDCP.

United Nations (2003). *Hablemos de Drogas. Reducción de la demanda de drogas: principios rectores.* Folleto editado por el Programa para la Descentralización del Plan Nacional de Control de Drogas Convenio UNODC-DNE: AD/COL/99/C81

Vaillant G.E., Clark, W. Cyrus, C. y colaboradores (1983). *Prospective study of alcoholism treatment: eight year follow up.* The American Journal of Medicine, 75, 455-463.

WHO - World Health Organization (1996). *Costs and effects of treatment for psychoactive substance use disorders: a framework for evaluation.* WHO/PSA/96.18.

7. Anexos

INSTRUMENTOS DEL DIAGNOSTICO SITUACIONAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSO DE INSTITUCIONES VISITADAS