

COMUNIDAD TERAPEUTICA EN ADICCIONES *

Por MARTIN NIZAMA-VALLADOLID **, CECILIA ADRIANZEN ***,
ISABEL NIETO *** y YOLANDA SANEZ ****

RESUMEN

Se efectúa un análisis crítico acerca de las llamadas comunidades terapéuticas. Luego de revisar los conceptos básicos de la enfermedad adictiva, se visualiza la problemática de las adicciones en el Perú y los modelos de afronte actualmente en boga. Seguidamente, se examina lo que es una comunidad terapéutica profesionalizada y cómo funcionan las comunidades terapéuticas no profesionalizadas en el país. En relación a estas últimas se enfatiza su manejo terapéutico empírico, los aspectos éticos, los cuestionamientos que se le hacen y el marco legal existente. Se concluye con la propuesta de una necesaria profesionalización y conducción médica de este modelo de tratamiento en el campo de las adicciones.

SUMMARY

It carries out a critical analyses about something told therapeutic communities. Then, we revise the basic ideas of the addiction illness, it shows the problematic of the addictions in Peru and confrontation model in fashion nowadays. Following, we search about a profesional therapeutic community and how it's performance of the non-professional therapeutic community in our country. About the least, we emphasize its empirical therapeutic management, ethical aspects, the controversy about it and the actual legal frame. Finally, we propose that it's necessary the profesionalize and the medical handling of this treatments model into the fiel of the drugs.

PALABRAS-CLAVE: Comunidad terapéutica, farmacodependencia, modelos de tratamiento.

KEY WORDS: Therapeutic community, drug dependence. treatment model.

-
- * Ponencia en el Simposio "Comunidad Terapéutica en Farmacodependencia", realizado por la Asociación Psiquiátrica Peruana el 24 de febrero de 1995, Lima.
 - ** Jefe del Departamento de Farmacodependencia, INSM "H. Delgado-H. Noguchi".
 - *** Médicos residentes, INSM "H. Delgado-H. Noguchi", UNMSM.
 - **** Psicóloga, Departamento de Farmacodependencia, INSM "H. Delgado-H. Noguchi".

INTRODUCCION

Desde 1956 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la dependencia de sustancias psicoactivas es una enfermedad de curso crónico, por presentar las siguientes características mórbidas conocidas: etiopatogenia, base biológica, fenomenología clínica e historia natural

Definición de la OMS

La CIE-10 de 1992 define la dependencia de drogas como sigue: *FIX. 2*; Síndrome de dependencia: se trata de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.²⁰

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si en algún momento, en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:²⁰

a. Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.

b. Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo o para controlar la cantidad consumida.

c. Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduce o cesa, cuando se confirma por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

d. Tolerancia: se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, existen individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).

e. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.

f. Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tales como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia. Debe investigarse a fondo si la persona que consume la sustancia es conciente, o puede llegar a serlo, acerca la naturaleza y gravedad de los perjuicios.

También se ha descrito como una característica esencial la reducción pro-

gresiva de las distintas formas de consumo de la sustancia o alcohol (por ejemplo, tendencia a ingerir bebidas alcohólicas entre semana y los fines de semana al margen de las normas sociales aceptadas para un consumo adecuado de alcohol). Una característica esencial del síndrome de dependencia es que deben estar presentes el consumo de una sustancia o el deseo de consumirla. La conciencia subjetiva de la compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancia. Este requisito diagnóstico excluye a los enfermos quirúrgicos que reciben opiáceos para alivio del dolor y que pueden presentar síntomas de un estado de abstinencia a opiáceos cuando no se les proporciona la sustancia, pero que no tienen deseo de continuar tomando la misma.

El síndrome de dependencia puede presentarse a una sustancia específica (por ejemplo tabaco y diazepam), para una clase de sustancias (por ejemplo opiáceos) o para un espectro más amplio de sustancias diferentes (como en el caso de los individuos que sienten la compulsión a consumir por lo general cualquier tipo de sustancias disponibles y en los que se presenta inquietud, agitación o síntomas somáticos de un estado de abstinencia, al verse privados de las sustancias). Incluye: alcoholismo crónico, dipsomanía y adicción a fármacos.

El diagnóstico del síndrome de dependencia se puede especificar más con los siguientes códigos de cinco caracteres: 20

Flx.20: En la actualidad en abstinencia

Flx.21: En la actualidad en abstinencia en un medio protegido (hospital, comunidad terapéutica, pri-

sión, etc).

Flx.22: En la actualidad en un régimen clínico de mantenimiento o sustitución supervisado (por ejemplo, con metadona, con chicles o parches de nicotina) (dependencia controlada).

Flx.23: En la actualidad en abstinencia con tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes (por ejemplo disulfiram o naltrexona).

Flx.24: Con consumo actual de la sustancia (dependencia activa).

Flx.25: Con consumo continuo.

Flx.26: Con consumo episódico (dipsomanía).

Fenomenología clínica

A través del curso de su historia natural, las adicciones mayormente presentan los siguientes síndromes clínicos: dependencia, inconsciencia de enfermedad, amotivacional, psicopatización, deterioro somático, psicosis tóxica aguda, psicosis tóxica crónica y deterioro de la personalidad.

Etiología multicausal

Hay consenso entre los investigadores acerca de la multicausalidad del fenómeno adictivo. Así, generalmente se aceptan los siguientes factores etiológicos: ambientales, socioeconómicos y culturales, familiares, psíquicos, orgánicos, genéticos y farmacológicos.

PROBLEMATICA DE LAS ADICCIONES EN EL PERU

Desde 1970, el consumo indiscriminado de drogas legales e ilegales en nuestro medio constituye un grave pro-

tendida demanda, lo que a su vez representa un drástico incremento de la necesidad de servicios asistenciales para el tratamiento, rehabilitación y seguimiento de las adicciones. En la actualidad, se estima que entre adictos encubiertos y manifiestos, habrían en el país entre 600 a 800 mil adictos a drogas convencionales e ilegales: fármacos, PBC, marihuana, cocaína e inhalables. Mayormente, hay prevalencia de policonsumo. Paralelamente, la ausencia de apoyo gubernamental y financiero indican el repliegue del Estado en el frente del problema *versus* la proliferación indiscriminada de las autodenominadas "Comunidades Terapéuticas" (CT), "Centros de Autoayuda" o "Casas de Reposo", a partir de 1988. Aquí, cabe señalar que los grupos de autoayuda, Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos, realizan un encomiable trabajo de soporte que es reconocido ampliamente. Sin embargo, esta valiosa ayuda debe ser un complemento del tratamiento especializado, sin sustituirlo.

Entretanto, el Colegio Médico del Perú (CMP), el 25 de agosto de 1988, el 17 de agosto de 1992, el 14 de junio de 1994 y el 6 de setiembre 1994, se pronunció en relación a la CT y objetó la desidia del Ministerio de Salud (MINSA) por no controlar, supervisar ni evaluar a las Comunidades Terapéuticas No Profesionalizadas (CTNP). Igualmente, en febrero del presente año, el CMP ha hecho conocer al gobierno su desacuerdo con el Artículo 1, ítem 8.6.7 del Decreto Supremo N° 06-94-SA; el cual establece que los Centros de Atención para Adictos "bajo cualquier modalidad terapéutica...deberán tener el asesoramiento y apoyo de un Médico Cirujano"; demandando a la vez que se respete la respon-

sabilidad del médico como principal agente terapéutico y conductor del equipo polivalente de salud dentro de las CT.^{1,6,7} En consecuencia, desde el comienzo del problema, la Orden médica del Perú hizo conocer su preocupación por la proliferación indiscriminada de CTNP que actúan en el área de las adicciones. En la actualidad son más de 200 las CT que han sido abiertas en el país, sin ningún control; las mismas que albergan a más de 5000 enfermos entre adictos y otro tipo de pacientes psiquiátricos, sin ningún problema de adicción, mayormente atendidos en condiciones asilares y a menudo sometidos a maltratos medievales.^{2,24,25} Asimismo, el 20 de julio de 1994 la Asociación Psiquiátrica Peruana emitió un pronunciamiento público en torno a las CTNP, a propósito del estallido del escándalo del Proyecto "Paz y Bien del Perú", solicitando un órgano controlador que norme la apertura y funcionamiento de las mismas de acuerdo con los marcos jurídicos ya establecidos por el MINSA para entidades de esta naturaleza.³ De otro lado, las múltiples denuncias públicas contra el denominado Proyecto "Paz y Bien del Perú", que se iniciaron el 24 de junio de 1994, son sólo la punta del *iceberg* de lo que sucede al interior de muchas de esas entidades; las mismas que frecuentemente cobran onerosas cuotas de ingreso y mensualidades en dólares americanos a las que eufemísticamente denominan "donaciones"; evadiendo de esta manera sus obligaciones tributarias con el país. Sólo recientemente el Estado ha comenzado a producir una indefinida e indecisa normatividad reguladora de las llamadas "Comunidades Terapéuticas".^{13,23} En este sentido, ha causado desaliento y reprobación la dación de la Ley N° 26320 referida a los procesos por

delito de tráfico ilícito de drogas; esta norma legal establece que "se considera pequeña cantidad de droga hasta cien gramos de pasta básica de cocaína y derivados ilícitos, veinticinco gramos de clorhidrato de cocaína, doscientos gramos de marihuana y veinte gramos de derivados de marihuana".¹⁷ Es previsible que estas "pequeñas cantidades" sólo contribuirán a alentar la microcomercialización y por ende el consumo.

El manejo es integral, multimodal e interdisciplinario

En el manejo de la enfermedad adictiva existen diversos enfoques con sus respectivos modelos de afronte preventivo-terapéutico. Actualmente los modelos de uso más extendidos son: modelo biológico, sistémico, de aprendizaje, biopsicosocial, familiar de enfoque ecológico, comunidad terapéutica, moral, social e integrativo. Ninguno de estos modelos es la panacea, ni se ha demostrado estadísticamente o con resultados a largo plazo, supremacía de alguno de ellos. Es más, todos los modelos registran elevadas tasas de deserción, recaídas y de fracaso terapéutico que no pocas veces se encubren.^{8,14}

En consecuencia, es correcto aceptar la naturaleza controversial, compleja, laboriosa y aún riesgosa del tratamiento del adicto, lo cual es hartamente conocido por la comunidad científica involucrada en este quehacer, mas no así por la población general. En tal sentido, es anéctico sorprender a la colectividad con resultados distorsionados, creándole expectativas falsas.

COMUNIDAD TERAPEUTICA

El término "comunidad terapéutica" fue introducido en 1953 por el psiquiatra inglés Maxwell JONES, quien inició la

creación de las CT en Inglaterra. Luego éstas se desarrollaron en los Estados Unidos de Norteamérica. En la actualidad se han extendido en todo el mundo, siendo las más grandes la comunidad de *Daytop Village* en Norteamérica y *Uomo* en Italia. En Latinoamérica se encuentran en franca expansión.^{14,15}

Definición

Es "...una nueva orientación de la terapéutica psiquiátrica aplicada al conjunto total de la sociedad hospitalaria, como telón terapéutico de fondo, en el que la estructura social del pabellón u hospital y sus integrantes (pacientes, médicos, personal, etc.) es organizada de tal forma que todas las relaciones interpersonales que en ellas se den y todas las actividades que el paciente pueda en ella desarrollar, sean utilizadas terapéuticamente como experiencias, sino correctivas y modificadoras de su comportamiento distorsionado, por lo menos favorecedoras de nuevo aprendizaje y de maduración".^{15,21}

Objetivos

1. Estimular las relaciones interpersonales: ayudar al paciente a abrirse al mundo y experimentar relaciones humanas catalizadoras de maduración emocional; y al mismo tiempo, según señala Maxwell JONES, el paciente logra concientizar el efecto que su modo anormal de interrelación produce en la comunidad y las respuestas emocionales y actitudinales que provocan en los miembros. De esta manera, las vías para el aprendizaje de patrones más normales de conducta están abiertas.

2. Énfasis en la comunicación normal.

3. Aprendizaje de nuevos patrones de conducta.

4. Participación de responsabilidades con los pacientes: darle la mayor responsabilidad compatible con su capacidad.

5. Redefinición de roles: el equipo psiquiátrico ya no es el que da tratamiento con órdenes inobjetables, ni el paciente el ser que pasivamente espera su curación.

La CT representa una organización democrática que funciona en un ambiente estructurado con límites definidos, tanto morales como éticos. El objetivo principal es promover el crecimiento personal y lograr la integración social del adicto.^{5,21}

Existen dos percepciones contrapuestas acerca de lo que es una CT:^{14,15}

1. Percepción interna: La CT se autopercebe como una organización democrática que crea un ambiente para rehabilitar sujetos socialmente válidos.

2. Percepción externa: Para la opinión pública la CT es una posibilidad de excluir y controlar sujetos problemáticos.

Formas

Existen dos formas de comunidad terapéutica: comunidad terapéutica profesional y comunidad terapéutica no profesional.

COMUNIDAD TERAPEUTICA PROFESIONAL

Forma de comunidad que presenta las siguientes características:^{7,26} organización democrática, sustento científico,

programa terapéutico a largo plazo, equipo interdisciplinario de salud, trato humanístico al enfermo, protección de los derechos humanos del adicto, confidencialidad de la identidad del enfermo, ecología salubre libre de drogas legales e ilegales, posibilidad de retirarse del programa en cualquier momento, sin ningún tipo de maltrato físico o psicológico, cuidado médico ejercido por profesionales calificados y derecho a recibir atención médica adecuada, y evaluación objetiva de resultados a largo plazo.

COMUNIDAD TERAPEUTICA NO PROFESIONAL

A continuación, se efectúa una breve reseña de la problemática de la CTNP en el Perú. También se deslindan los aspectos médicos, éticos y legales. Finalmente, se formulan algunas propuestas y/o alternativas de solución.^{23,26}

Aspectos médicos

La CTNP desconoce que, independientemente del modelo teórico de abordaje, el manejo terapéutico del adicto es médico, integral, interdisciplinario y multimodal. Asimismo, que requiere programas de largo plazo con objetivos definidos, seguimiento sistemático, y evaluación objetiva de resultados.

Aspectos éticos

Ética es la ciencia que busca razones últimas y universales para adecuar la conducta humana al bien del universo. El bien para cualquier ser, es el poder desarrollar sus potencialidades o virtualidades: bueno es aquello que pro-

mueve su perfeccionamiento y malo es lo contrario. La ética también es necesaria para la sociedad. Esta es un conglomerado de personas que se unen para vivir en comunidad con fines comunes, inalcanzables si no hay una ética. Los principales normas éticas son:

1. Todo ser humano es autónomo e inviolable.

2. Todo ser humano tiene iguales derechos.

3. Ningún ser humano tiene derecho a hacer daño a otro sin necesidad: *primun non nocere*.

El médico debe tener un firme criterio ético para defender los nobles ideales de la medicina en bien del enfermo y de la sociedad. La actuación del médico no puede ser ni individualista, es decir buscar sólo el bien individual, ni socialista en el sentido de pretender sólo el bien social.²⁸

Se ha encontrado en las CTNP investigadas las siguientes trasgresiones éticas y sanitarias:^{2,3,24,25}

1. Actitud antimédica en relación a la terapia farmacológica y se basa en las siguientes falacias: "el médico sustituye una droga por otra", "sólo un adicto cura otro adicto" y "la condición de ex-adicto es un aval para ser terapeuta."

2. Violación de los derechos humanos: trasgresión flagrante de los principios de la Declaración de Helsinki, de Hawai, de Caracas y Declaración de los Derechos del Paciente de la Asociación Médica Mundial. En nuestro medio han sido denunciados públicamente hechos como delito de secuestro, encadenamiento, tortura física y otros maltratos.

3. Comorbilidad: los líderes de la CTNP evidencian desinformación elemental, desconocen que el 100 por ciento

de los adictos presentan inmadurez profunda de la personalidad y otros trastornos del carácter; alrededor del 60 por ciento de los adictos son portadores de esquizofrenia, trastornos del afecto, trastorno orgánico-cerebral, etc.; y que existe gran prevalencia de enfermedades somáticas como tuberculosis, desnutrición, SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual entre los adictos.

4. Ejercicio ilegal de la medicina ya que al interior de las CTNP se realiza procedimientos terapéuticos empíricos, se explota a egresados y bachilleres sin calificación académica en el área de las adicciones y se alienta el intrusismo profesional.

5. Delitos contra la fe pública: las CTNP frecuentemente se caracterizan por ofrecer una cura mágica, breve y fácil; encubren la elevada prevalencia de recidivas y manipulan la fe mística y la credulidad.

6. Régimen asilar: ya que se hace convivir en el mismo lugar y en condiciones de asilo¹⁶ a adictos con pacientes psiquiátricos sin problema de adicción, v.gr. psicosis, retardo mental, enfermedades infecto-contagiosas entre otras.

7. Pobre salubridad ambiental: al interior de las CTNP se ha comprobado hacinamiento, insalubridad de los ambientes y deficiente higiene personal.

8. Motivación lucrativa: en el área administrativa de las CTNP se ha encontrado desmedida captación de donaciones nacionales e internacionales, cobro de "donaciones" y mensualidades onerosas en moneda extranjera, evasión de impuestos y ausencia de libros de contabilidad formales.

9. Comportamiento anético: en el seno de las CTNP frecuentemente se observa violencia institucionalizada,

conducción psicopática, encubrimiento de información, doble moral, consumo de tabaco, alcohol, etc.

10. Fenómeno de endosamiento: debido a profundos sentimientos de culpa no resueltos, los familiares tienden a actuar de forma punitiva o a evadir el problema, liberándose del paciente de la forma más rápida y expeditiva posible. La CTNP aprovecha esta patología familiar y alienta el propósito de la familia de evadir su responsabilidad con el enfermo, endosándolo al régimen custodial de la CTNP.

CUESTIONAMIENTOS A LA COMUNIDAD TERAPEUTICA NO PROFESIONALIZADA

Desde la perspectiva científica la CTNP es objeto de los siguientes cuestionamientos:

1. Ausencia de marco teórico o vaguedad conceptual.
2. Pretensión de ser una acabada metodología específica.
3. Escasez de autocrítica.
4. Dogmatismo, fanatismo o sectarismo.
5. Sobre-explotación de la fe y la credulidad.
6. Contradicción entre su retórica y su praxis.
7. Trasfondo mercantilista.
8. Imagen seudohumanitaria.
9. Esencia custodial.

MARCO LEGAL

Constitución Política del Perú de 1993

Artículo 9: El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación.

Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud?

Reglamento General de establecimientos de salud del subsector no público

Aprobado por Decreto Supremo N° 023-87-SA del 21 de mayo de 1987; en su Capítulo I, Art. 4 manda lo siguiente: El Ministerio de Salud es el ente rector del sector, es el organismo competente del Estado con atribución para autorizar el funcionamiento de los establecimientos de Salud del Sub-Sector No Público y realizar sobre ellos acciones de supervisión, control y asesoramiento.¹⁰ En el Capítulo II, Art. 8 8.6.1 Centro de Apoyo Médico, señala: son los establecimientos de salud que bajo la denominación de centro de recuperación y/o reposo reciben a pacientes en período de convalecencia que requieren rehabilitación, reciben a enfermos crónicos o supuestamente sanos que por razones de edad u otros motivos requieren control o cuidados especiales. El Director responsable debe ser médico.¹⁰

Decreto Supremo N° 06-94-SA, del 14 de diciembre de 1994

El artículo 2 establece: sin perjuicio de las sanciones establecidas en el Reglamento en mención la autoridad de Salud procederá de inmediato a clausurar los Centros de Atención para Adictos, cualquiera que fuere la denominación con que funcionen, en los casos siguientes:¹³ cuando no estuvieran autorizados, y cuando violen algún Derecho Fundamental de la Persona.

Cabe acotar que generalmente en la CTNP se incumple la Ley N° 25357 que establece la prohibición de fumar en espacios cerrados de uso público.¹²

PROPUESTA

En sociedades escasamente organizadas y un tanto anómicas como la nuestra, es altamente riesgoso para la Salud Pública del país, tolerar la proliferación indiscriminada de la CTNP. En tal sentido, urge la profesionalización y el más riguroso control sanitario de esas organizaciones por parte del MINSA. A fin de normarlas definitivamente, se requiere que dichas instituciones cumplan con los siguientes requisitos mínimos para su funcionamiento:

1. Tener licencia de autorización sanitaria para su apertura y funcionamiento extendido por el MINSA y renovable cada dos años.

2. Tener un Director Médico Psiquiatra: por las características de las adicciones y por ser una condición médica, se requiere que toda CT sea dirigida por un psiquiatra especializado en adicciones; y en los lugares donde no hubiera estos especialistas, por un médico general previamente capacitado en un estamento oficial.

3. Disponer de un programa de intervención a largo plazo en el tratamiento, rehabilitación y seguimiento aprobado por el organismo técnico competente del MINSA. El mencionado programa deberá tener objetivos claros a corto, mediano y largo plazo; así como definir los criterios de inclusión y exclusión.

4. Tener un archivo sistemático de historias clínicas elaboradas por el médico especialista.

5. Poseer un *staff* profesional interdisciplinario de planta con permanencia continua en el establecimiento, con turnos previamente programados. Debe estar constituido por médico psiquiatra, enfermera, psicólogo, trabajadora social, terapeuta físico y terapeuta ocupacional, principalmente.

6. Tener control, supervisión y evaluación anual *in situ* por parte de representantes técnicos del MINSA.

7. El área administrativa de toda CT debe ser manejada por personal capacitado y no por pacientes en recuperación o falsos "ex-adictos". Ello debido a la ausencia, en nuestro medio de un sistema de salud que califique en forma fehaciente la condición de abstinencia real y la remisión de la adicción; igualmente, por la alta probabilidad de recaída (riesgo de manejo de dinero) y a la conducta psicopática encubierta, común en estos enfermos.

8. El ingreso del paciente a una CT deberá ser por orden médica y con autorización escrita de un familiar responsable, quien debe firmar un compromiso de participación en la rehabilitación del paciente. De este modo se proteja al enfermo del riesgo de secuestro y malos tratos.

9. Todo paciente que ingrese a una CT debe tener una evaluación médica completa, incluyendo los exámenes auxiliares de rutina: hemograma, hemoglobina, hematocrito, glicemia, pruebas de función hepática, pruebas de función renal, HIV (ELISA), VDRL o RPR, examen de orina, detección de metabolitos de drogas, EEG, ECG y radiografía de tórax. Asimismo, debe tener las siguientes evaluaciones interdisciplinarias: evaluación psicológica completa, evaluación social y de terapia física.

10. No debe recibirse pacientes con patología psiquiátrica asociada, excepto si se cuenta con un psiquiatra de planta.

11. En ninguna CT deberá permitirse el internamiento de pacientes con patología psiquiátrica pura o pacientes con problemas médicos o sociales no vinculados a la adicción. Asimismo, bajo ninguna circunstancia se permitirá el cuidado de pacientes adictos y menos aún de niños con problemas mentales de cualquier índole, por adictos en recuperación.

12. No se debe aceptar el ingreso de adolescentes, a menos que se garantice su separación en grupos del mismo rango etéreo.

13. Se evitará que los pacientes utilicen la institución para evadir la ley, para lo cual deberá existir un formato de compromiso familiar donde se estipule que la CT queda en facultad de dar alta inmediata si se comprueba que el sujeto es evasor o trasgresor de la ley.

RESUME

Un analyse critique des appelés communautés thérapeutiques pour les toxicomanes est fait. Après révision des conceptions de base sur l'abus des drogues, une visualisation du problème au Pérou et les modèles pour lui faire face est fait. La façon de travailler des communautés professionnelles et non professionnelles est examiné. Pour ses dernières, il est remarqué l'approximation thérapeutique empirique, les aspects d'éthique les critiques faites et le cadre juridique existant. Il est proposé leur professionnalisation et direction médicale.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Verfasser untersuchten die sogenannten therapeutischen Gemeinschaften. Man hatte in Peru professionelle und nichtprofessionelle Gruppen gefunden. An letztere stellt man ethische, rechtliche und therapeutische Fragen. Man empfiehlt nur professionelle therapeutische Gruppen in der Behandlung von Abhängigkeiten.

BIBLIOGRAFIA

1. AGENCIA PARA EL DESARROLLO INTERNACIONAL (1994): "Respuesta al Pronunciamento del Colegio Médico del Perú sobre las Comunidades Terapéuticas No Profesionales", Lima.- 2. ALIPAZAGA, P. *et al.* (1994): "Informe. Visitas de Fiscalización a Cinco Centros Terapéuticos de Prevención y Rehabilitación de Drogas en Chiclayo".- 3. ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA PERUANA (1994): "Pronunciamento sobre las Comunidades Terapéuticas No Profesionalizadas", Lima.- 4. BOLETIN OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS (1992): *Vol. 1 N° 1*. Lima.- 5. BOLETIN OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE

COMUNIDADES TERAPÉUTICAS (1993): "Principios básicos de la Comunidad Terapéutica". *Vol. 2 N° 1*, Lima.- 6. COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ, CONSEJO NACIONAL (1994): "Pronunciamento sobre Comunidades Terapéuticas No Profesionalizadas", Lima.- 7. COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ, COMITÉ DE PREVENCIÓN DEL USO DE DROGAS (1995): "Requisitos mínimos para las Comunidades Terapéuticas", Lima.- 8. COMAS, A. (1991): "El desarrollo de la Comunidad Terapéutica Profesional: La función de la evaluación". *Quinta Conferencia Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas*, 26-29 Julio. Cartagena de Indias.- 9. CONSTITUCIÓN Po-

- PERÚ (1993): Artículo 9. Congreso Constituyente Democrático. Lima.- 10. DECRETO SUPREMO N° 023-37-SA. (26-05-1987): Reglamento General de Establecimientos de Salud del Sub-Sector No Público. *Diario Oficial El Peruano*, Pág.: 54693-54707. Lima.- 11. DECRETO SUPREMO N° 076-93-PCM (14-10-1993): Unificación de los registros sectoriales de instituciones privadas sin fines de lucro, receptoras de donaciones de carácter asistencial. *Diario oficial El Peruano*; pág. 1182226. Lima.- 12. DECRETO SUPREMO N° 083-93-PCM (26-11-93): Reglamento de la Ley N° 25357, que establece la prohibición de fumar en espacios cerrados de uso público. *Diario oficial El Peruano*; pág 119199, Lima.- 13. DECRETO SUPREMO N° 06-94-SA (14-12-1994): Adición de ítem a artículo del Reglamento General de Establecimiento de Salud del Sub-Sector No Público. *Diario oficial El Peruano*, pág 127949, Lima.- 14. JIMENEZ, J. (1995): "La Comunidad Terapéutica en farmaco-dependencia ¿Modelo de atención o modelo terapéutico? *Revista de CASAMEN*, año I, N° 3, vol. I: 36-41.- 15. JONES, M. (1962): "Therapeutic Communities", en *Social Psychiatry in the community, in hospital and in prisons*. Chales C. Thomas Publisher, Springfield. Illinois. USA.- 16. LEVAV, I., RESTREPO, H. & GUERRA DE MACEDO, C. (1993): "La reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina: una nueva política para los servicios de salud mental", *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 39(4): 285-293.- 17. LEY N° 26320 (02-06-1994): Normas referidas a los procesos por delito de tráfico ilícito de drogas. *Diario oficial El Peruano*, pág.: 123714. Lima.- 18. MINISTERIO DE SALUD (1991): Plan Nacional de Salud Mental. Lima-Perú.- 19. NIZAMA, M., CACHAY, C., ANGELES, V. & SAAVEDRA, A. (1991): "Pronunciamiento de los médicos del Departamento de Farmacodependencia del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" sobre el problema de la farmacodependencia en el Perú", Lima.- 20. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1992): *The ICD-10 Classification of mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, Ginebra.- 21. PERALES, A. (1971): "Comunidad Terapéutica en el Perú". Primer Simposio Psiquiátrico Nacional Lima.- 22. PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA FISCALIZACIÓN INTERNACIONAL DE DROGAS (1994): "Respuesta al Pronunciamiento del Colegio Médico del Perú sobre Comunidades Terapéuticas No Profesionales", Lima.- 23. RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 325-94-Sa/DM (10-08-1994): "Constitución de Comisión encargada de estudiar la problemática de las Comunidades Terapéuticas", pág 125201. Lima.- 24. SAAVEDRA, A. (25-07-1994): "Informe para la Comisión de Salud Congreso sobre el caso Paz y Bien", Lima.- 25. SAAVEDRA, A. (1995): Informe de visitas a las Comunidades Terapéuticas "Despertar" y "Ayudémonos", 28-26 Enero, Lima.- 26. SAAVEDRA, A. (18-01-1995): Proyecto de Reglamento para Informe del Departamento de Farmacodependencia Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", Lima.- 27. Seminario Taller (1992): "Las Comunidades Terapéuticas: Alcances-implicancias en el proceso de recuperación del consumidor de drogas", del 22 al 25 Octubre, Lima.- 28. VELEZ CORREA, A. (1987): *Ética Médica*. Editorial: Servigráficas LTDA. Medellín.