

Caracterización del cliente en el Enfoque de Tratamiento Comunitario: Fundamentos metodológicos y pruebas

BARROS, R.¹ SERRANO P. I.¹ TUFRO, F.² CANAY, R.² CARROLI, M.² FELIX T. R.¹ MILANESE, E.¹

1 | Red América de Intervención en Situaciones de Sufrimiento Social/Red Americana de Intervenções em Situação de Sofrimento Social (RAISSS), Sorocaba, São Paulo, Brasil

2 | International Society of Substance Use Professionals (ISSUP) Argentina, Buenos Aires, Argentina

Citación | Barros, R., Serrano P. I., Tufro, F., Canay, R., Carroli, M., Felix T. R., & Milanese, E. (2021). Caracterización del cliente en el enfoque de Tratamiento Comunitario: Fundamentos metodológicos y evidencias. *Adiktologie*, Advance online publication. <https://doi.org/10.35198/01-2021-002-0003>

ANTECEDENTES: La identidad y la representación social de las personas vinculadas a las drogas dependen de su interacción con el sistema que recoge y analiza los datos críticos utilizados para describirla.

OBJETIVO: El objetivo de este estudio es comprobar si al adoptar un enfoque no institucional y no formal el perfil de los usuarios de drogas será diferente de que en los estudios formales convencionales.

MÉTODOS: Los datos se recogieron utilizando una herramienta de información y sistematización del tratamiento comunitario (Formulario de Primer Contacto - FCF).

Se sistematizó la información crítica de 6.090 casos.

Los datos fueron recolectados por los equipos que implementan el Tratamiento Comunitario en

Argentina: SEDRONAR (SDR) 2.680

casos (48,1% F, 50,3% M, y 0,3% T), en Colombia:

Consentidos (SNC) 2.096 casos (42,6% F, 56,7% M, y

0,7% T), y Viviendo (VIV) 1.382 casos (52,2% F, 46,7% T).

M, y 1,0% T). Se incluyen datos adicionales sobre 5.095 casos procedentes de Prochesta, Baraca y Smile (Bangladesh) para poner de relieve el impacto de los distintos entornos.

RESULTADOS: El perfil de los consumidores de drogas obtenido mediante un

El enfoque no formal basado en el **Tratamiento Comunitario** es diferente del que se obtiene con los procesos formales e institucionales.

CONCLUSIÓN: El

Tratamiento Comunitario, adoptando una doble estrategia (inclusión social y salud pública), permite que personas que, por edad, sexo, vulnerabilidades personales o comunitarias, no establecen ningún contacto con los servicios, entren en programas de tratamiento o apoyo. El perfil de los consumidores de drogas y sus comunidades que produce este enfoque permite orientar mejor las políticas y los proveedores de servicios.

Palabras clave | Tratamiento comunitario - Vulnerabilidad - Drogas - Demanda - Recursos comunitarios - Innovación

Autor correspondiente | Raquel Barros, Red América de Intervención en Situaciones de Sufrimiento Social/Red Americana de Intervenções em Situação de Sofrimento Social, Rua Newton Prado 256, 18020210 Sorocaba, São Paulo, Brasil.

raquel@institutoempodera.org.br

● 1 INTRODUCCIÓN Y FUNDAMENTOS TEÓRICOS

El desarrollo de las ciencias ha permitido aclarar que ningún sistema puede describirse al margen de la relación entre lo descrito y lo descriptor (Rovelli, 2021). Y si esto es cierto para las ciencias naturales, lo es aún más para las ciencias sociales (Ciesielska, Boström & Öhlander, 2018). Las propiedades de un sistema, en nuestro caso las personas vinculadas a las drogas, sólo describen la forma en que el sistema interactúa con otra cosa; sólo se refieren a las interacciones (Morin, 1986). La identidad y la representación social de las personas vinculadas a las drogas dependen de cómo interactúan con las metodologías y del perfil profesional de las personas que recogen y analizan los datos críticos utilizados para describirlas (Graham et al., 2008). Por lo general, los datos se recopilan mediante cuestionarios u observaciones estructuradas como la ASI, por ejemplo (Grahm y Padyab, 2020), en prisiones, escuelas, clínicas o comunidades abiertas (OEDT, 2017). Es sobre la base de estas pruebas que se establecen las políticas públicas (Ahumada et al., 2019; OID, 2019). Si se adopta un enfoque no institucional y no formal diferente, el perfil del usuario de drogas probablemente será diferente, como en el caso de otros estudios (Syed, 2015). De ser así, también habría esperar diferencias en las políticas y estrategias. El propósito de este documento es aportar algunos elementos para este debate.

El método no formal utilizado para sistematizar la información se basa en la metodología de Tratamiento Comunitario (TC) que opera en contextos abiertos en comunidades altamente vulnerables. El TC opera en calles, parques, jardines, campos de fútbol, aparcamientos, solares abandonados, edificios abandonados, casas particulares, etc., y sobre todo mediante un sistema de redes no formales y formales que conectan y organizan los recursos de la comunidad (Barros & Milanese, 2018; Milanese et al., 2018). El personal que opera los TC está formado por profesionales, no profesionales y miembros de la comunidad, lo que implica que el observador y lo observado, el describidor y lo descrito, están de alguna manera mezclados (OEDT, 1999). Los enfoques comunitarios, generalmente denominados "basados en la comunidad", no son nuevos (OMS, 2004); forman parte del conjunto estándar de herramientas en el ámbito de la salud pública, aunque su eficacia no siempre está claramente demostrada, ya que algunos, como Curtis et al. (2017), se centran más en contener las estrategias que en la comunidad como recurso, mientras que otros consideran este enfoque una estrategia prometedora (Bruce et al., 2002; Okolie et al., 2015). Lo que diferencia a la TC de los enfoques basados en la comunidad es la inclusión de recursos comunitarios a través de la participación de redes no formales.

La información utilizada en este documento se centra exclusivamente en lo que ocurre en el breve periodo (de una a cuatro semanas hasta un máximo de dos meses) del primer contacto entre un consumidor de drogas y un miembro del equipo o una red no formal de la comunidad. La forma en que se produce el primer contacto ayuda a definir lo que ocurrirá después.

Se considera que la motivación para el cambio es más

significativa cuando el individuo que establece el primer contacto es también el beneficiario del proceso (Groshkova, 2010; López Acosta, 2009; Riehman, Hser & Zeller, 2000). También se considera que,

si el primer contacto lo establece un miembro de la red subjetiva del cliente (un amigo), esto constituye un factor de protección en caso de abandono (Appel et al., 2004; Burk et al., 2012; Lutz et al., 2018; van Borkulo et al., 2015; Snippe et al., 2017; Rouquette et al., 2018).

● 2 MÉTODOS

La metodología se centra en dos aspectos: la recogida y el análisis de datos.

En cuanto a la recogida de datos, es el resultado del trabajo de equipos y redes no formales que operan en las comunidades. Por lo tanto, hay profesionales (médicos, psicólogos, educadores, trabajadores sociales, etc.) y miembros de la comunidad sin formación profesional específica, algunos de ellos consumidores de drogas. Todos utilizan una herramienta común, el **Formulario de Primer Contacto (FCF)**, que sirve para sistematizar la información recogida y registrada en un diario de campo. La información sistematizada con el FCF se coteja y valida durante las sesiones del personal.

La FCF fue creada en 1995 con la participación de siete organizaciones que trabajan en el ámbito de las drogas (prevención y tratamiento) en América Latina. Ha sido modificado en repetidas ocasiones hasta adoptar su aspecto actual. Puede situarse en la tradición de las herramientas de diagnóstico rápido (OEDT, 2018; Stimson et al., 2006).

Actualmente, la herramienta se centra en 13 temas: **datos generales, el contexto y la modalidad en la que se produce el primer contacto**, los datos básicos de la red subjetiva del cliente y quién establece el primer contacto, **la estructura familiar, la educación, el empleo, los contextos de vulnerabilidad, las demandas o peticiones, y las respuestas y los resultados del microproceso del primer contacto**. El FCF no es un cuestionario o un formulario de entrevista semi o estructurada, es una herramienta para sistematizar información clave recogida al compartir la vida cotidiana de la comunidad (Da Lima, Glóra & Barros da Silva, 2020; Ministerio De Justicia & UNODC, 2020).

En cuanto al análisis de los datos, el procedimiento se basa en la estadística descriptiva con pruebas de validez (Chi-cuadrado) en los casos en que es posible, ya que se trata de un estudio descriptivo. El propósito es comparar los tres grupos de datos (*SEDRONAR*, *Viviendo* y *Consentidos*) entre sí, y comparar los datos obtenidos con el método TC con los reportados en las estadísticas oficiales de los países donde se realiza el estudio (cuando estén disponibles). Los datos serán analizados por género, modalidad de primer contacto, edad, estructura familiar, ocupación, educación, condiciones generales de vulnerabilidad (alcohol y drogas, salud física y masculina, violencia, pobreza), análisis de demanda (económica, educacional, salud), análisis

de respuesta y resultados del primer contacto. Al final del estudio se realizará una comparación entre mujeres y hombres y la descripción de las principales características de las mujeres y los hombres (adultos), y de los adolescentes de ambos sexos. En algunos casos, se realizará un análisis bivariado.

● 3 RESULTADOS

Los datos presentados en esta sección proceden de 6.159 casos de tres grupos de TC: (a) *SEDRONAR*¹ (SDR; Gobierno de Argentina); (b) *Consentidos*² (CNS), una ONG de Bucaramanga; (c) *Vivien-do*³ (VIV), una ONG de Cali, Colombia.

En la última sección de este documento se utilizarán los datos de 5.095 casos procedentes de tres proyectos ejecutados en Bangladesh con la misma metodología: *Baraca* y *Prochesta* en Savar-Dhaka y *Smile* en Chittagong.

3.1 Género

En cuanto al género (*Tabla 1*), los datos no difieren significativamente de los encontrados en las estadísticas oficiales para la población en general (es decir, poblaciones no exclusivamente vulnerables); *Aroftentina*⁴: M 51,3% vs. F 48,7% ($\chi^2 = 0,12, p = .733$); *Colombia*⁵: F 51,4% vs. M 48,6% ($\chi^2 = 1,44, p = .229$ para SNC; $\chi^2 = 0,35, p = .555$ para IX). Una sistematización previa (2006-2007; Milanese, 2010) de 322 casos de cinco países de América Latina y el Caribe indicó que el 57,8% eran varones y el 41,3% mujeres. Según *SEDRONAR* (Argentina; *SEDRONAR*, 2019) considerando individuos vinculados a tratamiento institucional la relación hombre/mujer es de dos mujeres y ocho hombres de cada diez para consumo de marihuana y cocaína y de cuatro a seis de cada diez para alcohol. Considerando los datos de Colombia, las personas vinculadas a procesos de tratamiento son 26% mujeres, 71% hombres y 2% LGBTQ (ODC, 2017, pp. 55), mientras que los datos del CNS son 42,6% mujeres, 56,7% hombres y 0,7% LGBTQ y los del VIV 52,2% mujeres, 46,7% hombres y 1% LGBTQ.

Tabla 1 | Distribución de frecuencias y porcentajes de casos por sexo y grupo (SDR, VIV, CNS)

	Frecuencia	% Mujer	% Masculino	% LGBTQ
SDR	2 680	48.1	50.3	0.3
CNS	2 096	42.6	56.7	0.7
VIV	1 383	52.24	46.74	1.01
Total	6 159	47.85	51.48	0.67

1 | *SEDRONAR* (SDR): Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (<https://www.argentina.gob.ar/sedronar>).
2 | *Consentidos* (CNS): La Corporación para la Construcción de Sentido Humano, Social y Comunitario (Consentidos) comenzó en mayo de 2006 en Bucaramanga, Colombia (<https://www.corpconsentidos.org/contenido.php?idd=1>).
3 | *Viviendo* (VIV en Cali, Colombia) es una organización privada sin ánimo de lucro que promueve el desarrollo humano a través de la investigación, la formación, la capacitación institucional y la promoción (<http://corporacionviviendo.org/quienes-somos/>).
4 | *Aroftentina* (Aroftentina): Encuesta de Consumo de Drogas en Argentina (2006-2007) (Milanese, 2010).
5 | *Colombia* (Colombia): Encuesta de Consumo de Drogas en Colombia (2006-2007) (Milanese, 2010).

3.2 Primer contacto y motivación para el cambio

En este caso, la motivación para el cambio sugiere que si es el cliente quien establece el primer contacto, el abandono al final de este proceso será bajo.

La iniciativa de los clientes es prevalente y significativa (*Tabla 2*) ($\chi^2 = 10,77, p = .001$) en comparación con las demás opciones; la diferencia entre SDR y VIV es significativa ($\chi^2 = 14,95, p < .001$), al igual que la diferencia entre SDR y CNS, ($\chi^2 = 9,39, p = .002$) mientras que no hay diferencia significativa entre CNS y VIV ($\chi^2 = 0,69, p = .460$). El papel de los familiares no diferencia a los tres grupos, pero sí el de las instituciones: en este caso, la diferencia entre SDR y VIV, por un lado, y SDR y CNS, por otro, es significativa ($p = 0,017$).

Cuadro 2 | Actor que establece el primer contacto, distribución de porcentajes por grupo

¿Quién establece el primer contacto?				
	DEG %.	VIV	SISTEMA NERVIOSO CENTRAL %.	Media
El cliente	45.5	72.4	67	61.6
Familia	20	7.5	18.6	15.4
Un amigo	7.7	10.6	9.3	9.2
Una institución	23.4	9.5	1.9	11.6
Otros	3.4	0	3.2	2.2

Cuando es el cliente quien establece el primer contacto, continúa implementando un proceso de TC en el 56,6% de los casos, en el 46% si lo establece un amigo, en el 45% de los casos cuando lo establece un miembro de la familia de los padres, en el 23% un miembro de su propia familia y en el 44% un actor institucional. No hay diferencias significativas entre el cliente, o el amigo, o la propia familia del cliente o la familia de los padres del cliente, o la institución. La diferencia es significativa entre el cliente y su propia familia ($\chi^2 = 23,56, p < .001$), la familia del cliente y los amigos ($\chi^2 = 11,71, p < .001$), la familia del cliente y la institución ($\chi^2 = 9,90, p = .002$), y la familia paterna del cliente y su propia familia ($\chi^2 = 10,78, p = .001$).

Parece que una iniciativa personal y directa y que la tome un actor institucional o amigos o la familia de los padres del cliente son las más eficaces para la continuidad de la relación.

3.3 Edad

El cuadro 3 presenta la distribución por edades. La diferencia para el tres instituciones es significativa para SDR y CNS ($\chi^2 = 8,88, p = .003$), en el caso de CNS y VIV ($\chi^2 = 4,75, p = .029$) pero no en el caso de VIV y SDR ($\chi^2 = 0,70, p = .402$).

Cuando se comparan los datos de CT con las cifras oficiales, destaca que para SDR CT, el 59,6% de las personas tienen entre 0 y 25 años, mientras que los datos reportados en el Boletín de la SEDRONAR no superan el 28,9% (SEDRONAR, 2020).

Tabla 3 | Distribución de los grupos de edad (%) por institución

Distribución por edad y organización				
	% 0 a 10	% 11 a 25	% 26 a 40	% > 40
SDR	7.5	52.1	22	18.4
VIV	8.4	47.8	24.6	19.2
CNS	14.1	26.7	30.5	28.7
Media	10	42.2	25.7	22.1

En Colombia, la Encuesta Nacional (Gobierno de Colombia, 2020) no tiene cifras por debajo de los 11 años y la prevalencia de vida de consumo de drogas para el grupo de 12 a 24 años es de 19,3% y es de 44,7% para el grupo de más de 24 años. Si se comparan estas cifras con las de CNS y VIV, se aprecia una diferencia significativa. Siempre refiriéndonos al SDR (datos de la FCF), el 23,1% de las personas tienen una vulnerabilidad vinculada al alcohol y las drogas, pero si se considera el tramo de edad entre 0 y 23 años, el porcentaje es del 59,9%.

3.4 Estructura familiar

Las observaciones se centran principalmente en las condiciones de soltería, unión libre o matrimonio (Tabla 4).

Cuadro 4 | Estructura familiar: distribución de porcentajes por instituciones y grupos de edad

Estructura familiar				
	SDR	VIV	CNS	Media
Único	64.4	71.3	53	62.9
Unión libre	13.2	17.7	35.8	22.2
Casado	11	5.5	4.2	6.9
Otros	11.4	5.5	7	8

De 17 a 23 años	Estructura familiar 17-23 años			
	SDR	VIV	CNS	Media
Único	85.4	85.6	49.4	73.5
Unión libre	11.5	12	48.7	24.1

24-37	Estructura familiar edad 24-37			
	SDR	VIV	CNS	Media
Único	54.5	51.8	44.5	50.3
Unión libre	28.2	35.6	46.3	36.7

La condición principal es ser soltero para todos los grupos. El cuadro 4 ilustra la relación entre la edad y la estructura familiar. La tendencia es que a mayor edad disminuye el porcentaje de solteros y aumenta el de uniones libres.

3.5 Educación y empleo

La educación y el empleo son las últimas características utilizadas para ilustrar las condiciones básicas de los tres grupos y lo que los diferencia (Tabla 5).

Cuadro 5 | Educación y empleo, distribución de porcentajes por grupos

Educación y empleo				
	DEG %.	VIV	SISTEMA NERVIOS O CENTRAL %.	% Media
Sin nivel primario	23.8	9	46.5	26.4
Nivel primario completo	61.3	32.5	39.7	44.5
Empleado	41	59.4	23.8	41.4

El porcentaje de casos que han completado el nivel primario es significativamente diferente para SDR y CNS ($\chi^2 = 11,94, p = .001$), Para VIV y CNS ($\chi^2 = 11,86, p = .001$), pero no para SDR y VIV ($\chi^2 = 0,57, p = .449$).

Cotejando estas cifras con los datos nacionales: Argentina (SDR) tiene una tasa de finalización del 97,1% para el nivel primario, con una tasa de repitencia del 2,1% y una tasa de abandono del 0,8% (Ministerio de Educación de la Nación Argentina, 2017), mientras que los datos obtenidos con la FCF muestran que el 23,8% no ha completado el nivel primario.

En cuanto a la escuela secundaria, en el curso básico Argentina tiene un 80% de finalización, con una tasa de abandono del 8,4%, y en el curso orientado tiene una tasa de abandono del 14,5% y una tasa de asistencia del 85,97%.⁶ Datos más recientes (2018) dan una tasa de finalización de la escuela secundaria del 60,7% a nivel nacional (Centro de Estudios de la Educación Argentina, 2018, pp. 6). En los datos de la FCF, SDR tiene 23,8% de personas con secundario incompleto y 6,6% con secundario completo.

3.6 Empleo

Para el INDEC (INDEC, 2019), los ocupados representan el 83,9% (6,9% son subocupados no demandantes y 18,3% son subocupados demandantes) y el 10,6% son desocupados. Los datos de FCF para SDR muestran 41% de ocupados, los de VIV 59,4% (8,6% tienen un empleo formal, 35,7% se dedican a una actividad no formal) (la tasa de desempleo para Colombia en 2018 fue 9,7% y la de ocupados 57,8%; Ministerio del Trabajo). Cuando se comparan los datos del INDEC y del DEG, se observa que la diferencia entre ellos es significativa ($\chi^2 = 8,28, p < .001$). Para los mismos parámetros, la diferencia entre SDR y VIV también es significativa ($\chi^2 = 6.67, p = .009$).

3.7 Condiciones de vulnerabilidad

La información bruta sobre los clientes se recoge mediante un diario de campo y, a partir de ahí, se sistematiza mediante una tabla de 34 ítems incluidos en el FCF.

En total (*Tabla 6*), se han registrado 7.222 condiciones de vulnerabilidad (una media de 2,7 por caso); ninguna vulnerabilidad para el 10,9%, 34% sólo una, 28,3% dos o tres, 19,6% cuatro o cinco, 12,8% más de cinco. El contexto de las vulnerabilidades va más allá del problema de la droga y ayuda a comprender cómo la droga está relacionada con otros aspectos de la vida cotidiana.

Cuadro 6 | Distribución de vulnerabilidades por grupo y medias

Vulnerabilidades (% de casos)				
	DEG %.	VIV	SISTEM A NERVIO SO CENTRA L %.	% Media
Drogas y alcohol	28.3	39.2	35.5	34.3
Salud mental, drogas y alcohol	59.9	96.7	50	68.9
Violencia (general)	30.4	85.7	13.1	43.1
Violencia de género	18.8	13.5	2.1	11.5
Violencia comunitaria	19.78	70.1	2.2	30.7
Pobreza	47	86	89	74
Salud (física)	5	4	12.3	7.1

Existen diferencias significativas entre los contextos localógicos de los tres grupos. La correlación entre los datos de SDR y CNS es de $r = 0,374$, entre SDR y VIV es de $r = 0,131$, y entre VIV y CNS es de $r = -0,109$. Las diferencias más significativas entre los tres grupos se refieren a los siguientes elementos: violencia intracomunitaria, pobreza extrema, formación y educación, organización y planificación, redes interinstitucionales (dificultades procedentes de las instituciones), problemas de relación, problemas de comportamiento y apoyo financiero.

La cifra de drogas y alcohol no es tan alta como se esperaba y las diferencias entre los grupos no son significativas.

A pesar de las diferencias percibidas entre los grupos para el alcohol y las drogas, éstas no son estadísticamente significativas: la diferencia entre SDR y CNS no es significativa ($\chi^2 = 1,19, p = .275$); la diferencia entre SDR y VIV no es significativa ($\chi^2 = 2,66, p = .103$); la diferencia entre VIV y CNS no es significativa ($\chi^2 = 0,29, p = .589$).

Si se tiene en cuenta una variable compleja de salud mental (que incluye comportamiento antisocial, problemas psiquiátricos, de comportamiento y de relación, violencia doméstica, violencia sexual, vida en la calle, problemas legales y escolares, exclusión grave, violencia intracomunitaria, redes interinstitucionales, crisis psicológica,

tráfico de personas, falta de trabajo, problemas familiares, problemas sexuales, otras adicciones, desplazamiento, migración, estigma derivado de la identidad sexual, discapacidad, violencia institucional, violencia autoinfligida), la vulnerabilidad aumenta significativamente.

En el caso de los SDR, el 73% de los casos que tienen problemas con las drogas también tienen problemas de salud mental, mientras que el 35,6% de las personas con problemas relacionados con la salud mental tienen problemas con las drogas y el alcohol. La salud mental caracteriza sobre todo a los grupos de edad: 10-16 y 17-23 años, especialmente con problemas de comportamiento y relacionales. Cruzando el consumo de drogas y alcohol con el sexo, el 40,5% son hombres y el 15,9% mujeres. Para las vulnerabilidades de salud mental, la diferencia entre hombres y mujeres no es significativa: 58,2% M y 61,9% F.

La violencia caracteriza a los diferentes territorios en los que se aplica la TC; el contexto de la VIV es significativamente diferente si se compara con la RDS y el SNC. También se observa que los problemas de salud mental están relacionados con problemas de violencia en el 50% de los casos de SDR, mientras que todos los problemas de violencia están relacionados con problemas de salud mental. La interrelación entre violencia y salud mental es fuerte, aunque no se ha establecido la relación causa-efecto. Se ha observado que el 41,6% de los casos de violencia también están relacionados con problemas de drogas o alcohol.

La pobreza y la vida económica son los factores de vulnerabilidad más fuertes. Las franjas de edad más expuestas son de 9 a 16 años (40%), de 17 a 23 años (53,7%) y de 24 a 30 años (56,4%). Si se tiene en cuenta el sexo, las diferencias entre grupos no son significativas: la distribución global por sexos es del 53% para las mujeres y del 47% para los hombres.

Las condiciones de vulnerabilidad relacionadas con la salud si se comparan con la pobreza o la violencia no son significativas, como tampoco lo es el sexo (F 54,9%, M 42,9%).

3.8 Demandas de los clientes

Las demandas de los clientes se refieren a las peticiones de los clientes en el momento del primer contacto (*Tabla 7*). Las demandas son la expresión directa de los clientes sistematizada mediante una tabla FCF compuesta por 25 indicadores.

Cuadro 7 | Distribución porcentual de las demandas y peticiones de los clientes por grupo

Demandas y peticiones de los clientes				
	DEG %.	VIV	CNS%.	Media
Asesoramiento y orientación	53	66.7	13.3	44
Formación y educación	30.3	55.6	6	31
Información	28.5	76.5	62	56
Integración comunitaria	28.3	39.4	1.4	23
Apoyo financiero	12.8	31	23	22

Incluidos todos los casos, se registraron 19.318 solicitudes (DEG 7.222, VIV 6.919, CNS 5.177) con una media general de 3,31 solicitudes por caso (DEG 2,7, CNS 2,5 y VIV 5,0). Las más significativas son asesoramiento y orientación, formación y educación, formación, integración en la comunidad y apoyo financiero.

Si nos fijamos en las cifras del SDR, el 22,3% de todas las solicitudes se centran en necesidades económicas, el 10% en salud física y el 4% en orientación/formación/escolarización.

TC. La interrupción del contacto al final de la fase de primer contacto se produce en el 5,3% de los casos. El cliente mantiene el contacto en el 30,5% de los casos, el 10% inicia un programa de TC, el 28,9% se incluye en un programa de calle y participa en él.

3.9 Relación entre la vulnerabilidad y las exigencias del cliente

Esta sección se centra en la relación entre las observaciones y la evaluación del personal y las demandas, peticiones o quejas de los clientes (*Tabla 8*). Esta coincidencia suele ser necesaria para establecer una sólida alianza de tratamiento. La coincidencia en el ámbito de la salud física es escasa; aumenta en el componente económico y es muy fuerte en el educativo.

Cuadro 8 | Distribución de los porcentajes de coincidencia entre la evaluación de la vulnerabilidad del personal y las demandas y solicitudes de los clientes

Coincidencia entre la evaluación del personal y las demandas de los clientes				
	% DEG	% VIV	% SNC	Media
Salud física	22	25	5.8	17.6
Economía	49	39.2	47.2	45.1
Educación	66.7	73.4	100	80

3.10 Respuestas

Las respuestas describen el conjunto de acciones que el personal y las redes operativas ponen en marcha inmediatamente después de que el cliente exprese su demanda.

Globalmente, los tres grupos (CNS, VIV, SDR) han aplicado 13.482 respuestas inmediatas (SDR 6.098, CNS 3.082, y VIV 4.302) con una media de 2,27 para SDR, 1,8 para CNS y 3,11 para VIV. El proceso de primer contacto parece ser un microproceso de intensa actividad.

Si consideramos el área de orientación e información (información, asesoramiento y orientación, orientaciones específicas), que son las actividades principales del trabajo de calle, se observa que en el caso del SDR esto ocurre en el 74,7% de los casos y en el caso del VIV en el 99,1% y del CNS en el 86,3%. Por otra parte, el 42,1% están relacionadas con actividades más complejas como la escucha inmediata o el acompañamiento (VIV 46,7%, CNS 7,8%). Por último, el 50,8% de las respuestas (VIV), el 28,8% (CNS) y el 49,7% (SDR) están relacionadas con actividades que pueden considerarse CT: escucha inmediata, gestión de crisis, acompañamiento, atención médica, higiene y ropa limpia, o alojamiento nocturno o diurno.

3.11 Resultados del proceso de primer contacto

Uno de los resultados esperados del proceso de primer contacto es que los clientes mantengan el contacto o entren en

y actividades comunitarias, y el 4,5% son efectivamente derivados a otros servicios. También se observa que concertar una cita da un resultado satisfactorio (sobre todo gracias al trabajo de calle); el 72,9% acude efectivamente a la cita. En un *seguimiento realizado* al cabo de un año y cuatro meses (intervalo medio), el 47,9% de las personas contactadas siguen activas en el proceso CT⁷ y entre las personas no contactadas algunas han concluido adecuadamente su programa y otras han sido dirigidas hacia otros servicios más adecuados.

3.12 Perfiles

En los párrafos siguientes se describen algunas características

grupos: mujeres, hombres, adolescentes y adultos.

3.12.1 Mujeres

Las mujeres establecen el primer contacto a través de una unidad de calle o un centro de bajo umbral; establecen el contacto por sí mismas y a través de otras instituciones que operan en la misma comunidad. Las mujeres son mayoritariamente solteras (52%), casadas (15,5%) o en unión libre (17,9%); 14% con nivel de estudios primarios incompletos, 16% con sólo primarios completos, 23,8% con secundarios incompletos, 7,4% con secundarios completos y 10,5% con consumo de alcohol. En comparación con los hombres, las mujeres presentan sólo la mitad de comportamientos antisociales y problemas de conducta. Las mujeres necesitan significativamente más apoyo financiero que los hombres, tienen menos problemas escolares que ellos, significativamente más problemas burocráticos, más necesidades de formación y educación y más necesidad de organización y planificación. Tienen más problemas familiares, consumen significativamente menos marihuana, pasta base y cocaína, están significativamente más preocupadas por la violencia de género, están al mismo nivel que los hombres en tranquilizantes y estimulantes, y no son significativamente diferentes en cuanto a la gravedad de su vulnerabilidad; las mujeres mantienen menos contacto con el programa (36,7%) en comparación con los hombres (41,4%).

3.12.2 Mujeres de 0 a 18 años

Establecen el primer contacto principalmente en un centro de bajo umbral (en el 43% de los casos) y a través de un nodo de la red operativa; el contacto lo establece directamente el cliente (54,3%) o es una derivación de otra institución (24,3%); el 47,9% de ellos vive en una familia nuclear y el resto en familias con diversas configuraciones; el 20,2% de ellos tiene estudios primarios incompletos y el 43,2% tiene estudios secundarios incompletos. 2% tienen secundaria incompleta, 68,7% estudian y 10,5% trabajan; 59,2% tienen vulnerabilidades relacionadas con salud mental, 24% con drogas y alcohol, 12,4% con violencia intracomunitaria y

18,8% con violencia familiar; 16% piden ayuda por razones económicas, 5% por razones de salud y 72,7% piden ayuda por razones asociadas a la necesidad de capacitación y orientación.

7 | En un *seguimiento realizado* con tres equipos de tres proyectos diferentes que trabajan en Bangladesh (Baraca en Savar-Dhaka. Prochesta en Savar, y Smile en Chittagong) utilizando el mismo enfoque (TC) de 5095 casos estudiados el 72,6% de los casos mantienen el contacto con el equipo o las redes operativas después de un intervalo similar (67,0% Baraca, 86,6% Prochesta, 74,3% Smile).

3.12.3 Hombres

Los hombres establecen el primer contacto principalmente a través de una unidad de calle o un centro de bajo umbral (en el 89% de los casos a través de miembros del personal o de la comunidad). En el 93% de los casos, el primer contacto se establece en un contexto no institucional (en la calle, en casa de su pareja, en el 93% de los casos a través de miembros del personal o de la comunidad). Establecen el contacto preferentemente por sí mismos o a través de otra institución; son mayoritariamente solteros (77,8%) o en estado de unión libre (10,4%). En cuanto a su nivel de estudios, el 17,4% tienen estudios primarios incompletos, el 15% primarios completos, el 29,7% secundarios incompletos y el 5,8% secundarios completos, y el 28,6% abusan del alcohol. En comparación con las mujeres, el porcentaje de hombres relacionados con conductas antisociales o problemas de conducta es el doble.

3.12.4 Varones de 0 a 18 años

La mayoría establece el primer contacto a través de un centro de bajo umbral (45,5%) o una unidad de calle (21,4%), o un nodo de la red operativa (16,5%). En el 10,7% de los casos, el primer contacto lo establece un amigo, en el 20,2% un miembro de la familia de los padres y en el 43,3% el propio cliente. El 54% vive con la familia nuclear y el porcentaje restante en familias de distinta configuración; el 43,7% tiene estudios secundarios incompletos y el 15,0% primarios incompletos y el 87,5% cursa actualmente estudios primarios o secundarios; el 5% tiene una ocupación productiva (trabajo formal o no formal); el 15% está vinculado con drogas y alcohol, el 60% con vulnerabilidades en el área de la salud mental (principalmente problemas de conducta), el 30% con problemas de violencia, y el 20% con violencia de género y familiar; el 17,5% pide ayuda en relación a aspectos económicos, el 6,4% por razones de salud física, y el 75,3% por asesoramiento y formación.

● 4 DISCUSIÓN

CT intenta establecer contacto especialmente con clientes que nunca han tenido contacto con ningún servicio o institución (los nuevos contactos representan el 72,3%) y contener los abandonos del contacto o el tratamiento. El proceso de primer contacto con CT, que puede durar tres o cuatro semanas, tiene una tasa de abandono del 5,3% y después de 16 meses la tasa ronda el 52%, incluidas las personas que han abandonado el tratamiento pero que siguen en contacto con las unidades de calle. Palmer et al. (2009) indican que en tratamiento en régimen de internamiento la tasa de abandono antes de los tres meses puede ser del 50% o más, mientras que Wessel-Andersson et al. (2018), estudiando tratamientos de larga y corta duración, encuentran una tasa de abandono del 26%- 66%, Brorson et al. (2013) encuentran una tasa de abandono del 21,5%-43% en desintoxicación y del 32%-67,7% en tratamiento de sustitución. En cuanto al TC, entre las personas que permanecen en contacto sin participar activamente en actividades de TC, el 36,2% pertenece a los grupos de edad de 9 a 16 años (13,7%) y de 17 a 23 años (10,3%). Para las demás edades, las diferencias no son significativas. Esto

ayuda a ver que si el enfoque de la TC es capaz de establecer contactos con los niños y los adolescentes, lo que es difícil para un enfoque institucional (SEDRONAR, 2020), todavía hay dificultades para conseguir que entren en un proceso de rehabilitación.

La edad no está asociada con el abandono del contacto: El 10% de los casos inician un proceso de tratamiento; el 7,6% de ellos pertenecen al grupo de edad de 9-23 años. Los casos incluidos en las actividades de extensión son el 33,7%; el 12,9% pertenecen al grupo de edad de 9 a 16 años y el 10,3% al de 17 a 23 años. Estas cifras ilustran que, para el enfoque de la TC, el concepto de abandono debe redefinirse, ya que abandonar el tratamiento no significa abandonar la relación. Estos resultados coinciden con la investigación de Brorson et al. (2013).

Una de las preguntas se refiere a la relación entre la gravedad de la vulnerabilidad y el mantenimiento o el abandono del contacto. Los datos muestran que la gravedad de la vulnerabilidad no está significativamente asociada con el abandono. Ninguno de los factores de vulnerabilidad, considerados por separado, se asocia con la permanencia en TC. La permanencia no depende ni de la suma de solicitudes ni de las solicitudes consideradas por separado. Estos resultados no son congruentes con la investigación de Şimşec et al. (2019), donde la gravedad de la adicción, por ejemplo, es uno de los determinantes del abandono. La solicitud de "formación y educación" parece facilitar (pero esto no es estadísticamente significativo) la permanencia en el programa, al igual que el hecho de que durante el proceso de primer contacto el cliente haya sido "acompañado personalmente" para conseguir algunos servicios. Ser hombre o mujer no influye en la permanencia en el TC. Comparar estos resultados con otros estudios no es fácil porque estos factores de contexto no se incluyen en sus estudios; esto es cierto para la revisión de Brorson et al. (2013), el estudio de Palmer et al. (2009) y el de Wessel Anderson et al. (2018).

El primer contacto, el FCF, y la información que proporciona, pretenden reforzar el proceso de integración con la comunidad, aumentando el capital social y de conocimiento. Esto ha dado lugar a una información que difiere, en ciertos aspectos, de la información general, especialmente en lo que respecta al sexo, la edad, el empleo, la educación, etc. Por un lado, esto puede poner en duda la validez de la información producida pero, por otro, puede constituir una primera mirada hacia un mundo que no había sido observado de esta manera antes, una especie de camino intermedio entre la información producida por profesionales con sus herramientas y la producida por equipos de actores comunitarios no formales, donde la herramienta es la relación que se construye en la vida cotidiana. Este aspecto está relacionado con la cuestión de la validez de los datos: por un lado, hay información que se basa en la validez de las herramientas de los investigadores que tendrían entre sus objetivos evitar los riesgos derivados de la relación con la fuente de la información; por otro lado, hay información que sería imposible obtener sin una relación directa, frecuente y personal con la fuente de la información. También sabemos que las personas toman sus decisiones en función de cómo cada una de ellas percibe y elabora la realidad y no siempre en función de cómo es la realidad, y puede ocurrir que las herramientas de búsqueda sean "formalmente correctas" pero la información recogida a través de ellas sea el resultado de la relación entre el informador y la herramienta, o el investigador.

En cuanto a los 6.190 casos utilizados (11.185 si se incluyen los casos de Bangladesh), parece que son muy similares a la población general, aunque en realidad se trate de poblaciones específicas y muy vulnerables.

Este resultado puede explicarse por dos de las características de la metodología CT. Hemos visto que casi el 53% de los contactos se establecen entre las 14.00 y las 20.00 horas y el 3% de los contactos se establecen después de esa hora. Esto indica una modalidad de trabajo que se adapta a los ritmos de la comunidad. Por otra parte, el 56,7% de los contactos se establecen en el contexto del trabajo de calle y comunitario. Estas dos cifras, unidas, sugieren que el enfoque CT podría ser uno de los elementos que explican el diferente perfil de esta población si se compara con otras. Un dato que puede apoyar este punto de vista procede de Bangladesh. Uno de los tres proyectos está implantado dentro de una comunidad terapéutica residencial que también cuenta con un equipo de calle, mientras que los otros dos trabajan exclusivamente con una modalidad de comunidad abierta. El primero (Baraca) tiene una población de 80,9% de hombres y 19,1% de mujeres y de los otros dos Prochesta 63,5% de hombres y 36,5% de mujeres y Smile 58,9% de hombres y 41,1% de mujeres, recordando el hecho de que las comunidades Ben gali son de cultura islámica, por lo que el contacto con las mujeres es significativamente más difícil y menos frecuente; no obstante, el trabajo comunitario basado en redes informales puede hacer que lo invisibilizado emerja. En cuanto a los contextos de vulnerabilidad, uno de los elementos centrales es la situación laboral de las personas contactadas. En este caso la diferencia entre las condiciones de vulnerabilidad y la población en general es significativamente diferente para Colombia o Argentina e indica un campo de acción política prioritario.

Por lo que respecta al alcohol y las drogas en particular, existen diferencias entre los tres grupos de datos; sin embargo, no son significativas. Desde el punto de vista estadístico, los tres grupos de datos (CNS, SDR y VIV) reflejan condiciones de vulnerabilidad similares. En el caso del SDR, también se ha observado que existe una diferencia significativa entre los datos producidos por este enfoque y los datos oficiales: El SDR registra un mayor porcentaje de mujeres en comparación con las cifras oficiales. Esto puede depender del enfoque comunitario de la TC, que intenta adoptar simultáneamente ópticas de integración social y de salud pública, modificando así la prestación y accesibilidad de los servicios. La doble perspectiva (integración comunitaria y salud pública) de este enfoque supone un cambio profundo en las estrategias de trabajo. Entre ellas, los entornos físicos donde se producen los primeros contactos (el 62% de los contactos se producen en espacios no formales) y quiénes son las personas que establecen el contacto (no sólo el personal, sino también los actores comunitarios, vinculados al personal a través de un complejo sistema de redes), así como los horarios de trabajo.

La TC también parece facilitar la iniciativa personal y directa del cliente (45,5% en el caso de la SDR, 66,9% en el de la CNS y 72,4% en el de la VIV), lo que refuerza la importancia de la motivación individual para seguir el proceso (el 56,6% permanece en el proceso al cabo de un año, mientras que este porcentaje es del 23% cuando el contacto lo establece un miembro de su propia familia). El SDR, si se compara con el VIV y el CNS, también muestra una diferencia significativa para los contactos establecidos por otras instituciones (23,4%); quizás esto se deba al hecho de que en este caso el TC es una política estatal. También se observa que la derivación por otro actor de la política estatal se asocia con una permanencia de la

persona en CT del 44%. Este complejo marco de primer contacto probablemente también explica por qué (datos del SDR) la población de 0 a 17 años representa el 34,5% en lugar del 2,6% indicado en el Boletín Oficial del Observatorio (main-stream information).

Las condiciones de vulnerabilidad diferencian los territorios de SDR de los de VIV y CNS. De hecho, los datos ponen de manifiesto la existencia de una red de vulnerabilidades en la que el consumo de drogas encuentra su sentido. Los ejes relacional-familiar-comunitario y económico son los factores fundantes sobre los que se construye el consumo de drogas y alcohol. La importancia de la "violencia" que, en el caso de los SDR, es sobre todo la violencia de género, no es sorprendente. En un seguimiento realizado con una herramienta del CT (Sistema de Evaluación de Resultados) en un periodo medio de seis meses tras el primer contacto que asegura una mejor comprensión, se ha observado que para el SDR, los casos de violencia dentro de la familia alcanzan hasta el 65,4%, y el 92,8% está asociado al indicador de vivir en una comunidad de alto riesgo.

También se ha observado que las demandas o peticiones formuladas expresivamente por las personas que solicitan alguna forma de asistencia se centran principalmente (74% de los casos) en la cuestión del asesoramiento, la formación y la educación, mientras que las peticiones de apoyo económico, a pesar de la alta frecuencia de casos que presentan este tipo de vulnerabilidad, cuentan con un 22%, y un 10% en el caso de la salud física. Estos elementos nos permiten pensar que fue una estrategia acertada del TC articular un enfoque que combinara la salud pública con la integración social.

● 5 CONCLUSIONES

El objetivo de este estudio era poner de relieve si el perfil de las personas que consumen drogas en contextos de alta vulnerabilidad cambia si se adoptan procesos de observación relacional y no formal, en lugar de las herramientas y los entornos habituales de la investigación clínica. Las modalidades del primer contacto, los diferentes escenarios donde se produce, los actores, etc. ponen de manifiesto las intensas interconexiones y sinergias entre los actores comunitarios no formales y los actores de las entidades de la sociedad civil organizada y las instituciones gubernamentales. Entre las consecuencias de la adopción de esta metodología se encuentra la forma de establecer una alianza con la comunidad y, a través de esta alianza, modificar la tipología de los servicios, los entornos comunitarios en los que opera el personal y las relaciones que mantienen con toda la comunidad. El acceso al mundo no formal no es sólo una forma de "bajar el umbral de acceso", sino también de construir un acceso que antes no existía.

Comparando las cifras oficiales con las elaboradas dentro del enfoque CT, parece que estas últimas intentan ir más allá que las encuestas oficiales centradas en los tipos de población. Al haber elegido la "comunidad" como tema y contexto de la investigación-acción, fue posible obtener información que describe un contexto de forma más interconectada, destacando las sinergias entre los

factores eco- nómicos, la convivencia civil, los derechos humanos, la salud, la educación y la integración social.

En cuanto a la validez y limitación de la información producida mediante la evaluación rápida, los datos recogidos se refieren obviamente sólo a las comunidades con las que se recogieron, por lo que en el futuro deberían realizarse estudios transversales.

En cuanto a las implicaciones de unir la información de la TC con la obtenida con otros enfoques más formales, la modalidad de la TC puede utilizarse para proporcionar información adicional para el establecimiento general.

tística y también para mejorar y validar la modalidad de TC. Ambas podrían ser complementarias.

En cuanto a las limitaciones del estudio, la primera es que, al tratarse de una investigación descriptiva basada en casos procedentes de contextos sociales, culturales y geográficos diferentes, los datos estadísticos no explican ese tipo de complejidad y cómo funciona dentro de cada una de las comunidades. En este caso, son necesarias más investigaciones que integren perspectivas antropológicas y sociológicas. La segunda depende del hecho de que se trata de una investigación descriptiva; los estudios transversales deberían ser el siguiente paso. La tercera es que los resultados de la TC están siendo estudiados con la Universidad Federal de São Paulo y ese estudio proporcionará algunas pistas sobre lo que funciona y lo que no y si algunas hipótesis de este estudio encontrarán una respuesta clara. La cuarta limitación consiste en reunir a instituciones profesionales y no profesionales y a miembros de la comunidad en una búsqueda de acciones: la complejidad de las variables y la forma en que influyen en el proceso de TC y en la información utilizada en este estudio deberían investigarse más a fondo.

En cuanto a las implicaciones para las políticas, abordar la cuestión de las drogas sin abordar la cuestión de la exclusión social en todas sus formas (laboral, educativa, de apoyo a la sociedad civil y a los derechos) es limitado. Adoptar una estrategia de integración social basada en el desarrollo sostenible de las comunidades parece ser una sugerencia que se desprende de esta experiencia y de estas cifras. Aunque se trata de una presentación limitada de los datos, sugiere que la TC podría ser una opción prometedora para las políticas basadas en los recursos comunitarios, pero se necesita mucha más investigación.

Contribución de los autores:

BR, CR y ME se encargaron de la dirección general y la coordinación del estudio. SPI se encargó del tratamiento de los datos y FTR de la comunicación y la logística. TF y CM realizaron el trabajo de campo. Todos los autores contribuyeron al artículo emergente y aprobaron la versión final del manuscrito.

Declaración de intereses:

Ninguna.

REFERENCIAS

Ahumada G., Araneda J. C., Clarke P., Cumsille F., & Hynes M. (2019). *Informe sobre el consumo de drogas en las Américas, 2019 [Report on Drug Use in the Americas, 2019]*. OEA-CICAD. <http://www.cicad.oas.org/Main/ssMain/HTML%20REPORT%20DRUG%202019/mobile/index.html>

Appel, P. W., Ellison, A. A., Jansky, H. K., & Oldak, R. (2004). *Barriers to Enrollment in Drug Abuse Treatment and Suggestions for Reducing Them: Opinions of Drug Injecting Street Outreach Clients and Other System Stakeholders*. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30 (1), 129-153. <https://doi.org/10.1081/ADA-120029870>

Barros, R., & Milanese, E. (2018). *Processos, eixos e estruturas do tratamento comunitario [Procesos, ejes y estructuras del tratamiento comunitario]*. Senad/MJ. https://drive.google.com/file/d/1mygWRnUjOvEI9WzBi_XlfzXCAbWsdMBq/view?usp=sharing

Brorson, H. H., Espen, A., Rand, K., & Duckert, F. (2013). Abandono del tratamiento de adicciones: Una revisión sistémica de los factores de riesgo. *Clinical Psychology Review*, 33 (8), 1010-1024. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.007>

Bruce, M. L., Smith, W. M., Hoagwood, K., & Wells, K. B. (2002). Intervenciones basadas en la comunidad. *Mental Health Services Research*, 4 (4), 2005. <https://doi.org/10.1023/A:1020912531637>

Burk, W. J., Van Der Vorst, K., Kerr, M., & Stattin, H. (2012). El consumo de alcohol y la dinámica de la amistad: Selection and socialization in early, middle and late adolescent peer networks. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73 (1), 89-98. <https://doi.org/10.15288/jsad.2012.73.89>

Centro de Estudios de la Educación Argentina. (2018). *Graduación secundaria escasa y desigual [Low and uneven secondary graduation]*. CEA Universidad

de Belgrano. <https://1library.co/document/y6jwop4q-graduacion-secundaria-escasa-y-desigual.html>

Ciesielska, M., Boström, K., & Öhlander, M. (2018). Métodos de observación. En M. Ciesielska & D. Jemielniak (Eds.). *Métodos cualitativos en estudios de organización*. Palgrave Macmillan.

Curtis, A., Coomber, K., Droste, N., Hyder, S., Palmer, D., & Miller, P. G. (2017). Efectividad de las intervenciones basadas en la comunidad para reducir el daño relacionado con el alcohol en dos sitios metropolitanos y dos regionales en Victoria, Australia. *Drug and Alcohol Review*, 36 (3), 359-368. <https://doi.org/10.1111/dar.12501>

Da Lima, Glória M., & Barros da Silva, R. E. (2020). *Tratamiento comunitario. Experiências de um paradigma de transformação social [Tratamiento comunitario. Experiências de un paradigma de transformación social]*. Teknopolitic, Universidade de Brasilia, Observatorio de Saúde Mental.

Ministerio de Educación de la Nación Argentina. (2017). *Sistema educativo nacional. Informe estadístico*. Dirección Nacional de Información y Estadística Educativa. <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL005536.pdf>

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (1999). *Trabajo de proximidad entre consumidores de drogas en Europa: Concepts, practice, terminology*. OEDT. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/134/Insight2_189079.pdf

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2017). *Boletín estadístico*. OEDT. https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2017_en

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2018). *Manual del Trendspotter. Un manual para la evaluación rápida de*

tendencias relacionadas con los medicamentos. OEDT.

<https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/10233/2018-trendspotter-manual.pdf>

Gobierno de Colombia. (2020). *Encuesta nacional de consumo de sustancias psicoactivas (ENCSPA). Resultados 2019 [Encuesta nacional de consumo de sustancias psicoactivas. Resultados 2019]*. DANE, Gobierno de Colombia. <https://bit.ly/3z9ywwr>

Grahn, R., y Padyab, M. (2020). La predictibilidad del instrumento de evaluación de la justicia penal del Índice de Gravedad de la Adicción y el encarcelamiento futuro:

Un estudio de registro sueco con una muestra nacional de adultos con consumo de riesgo de sustancias. *Drug and Alcohol Dependence*, 217, 108396. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108396>

Groshkova, T. (2010). Motivation in substance misuse treatment.

Addiction Research & Theory, 18 (5), 494-510.

<https://doi.org/10.3109/16066350903362875>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina.

(2019, 21 de febrero). Censo 2010. <https://redatam.indec.gob.ar>

López Acosta, C. (2009). La decisión de entrar a un tratamiento de adicciones:

Motivación propia e influencia de terceros [The decision to enter an addiction treatment: Motivación propia e influencia de terceros]. *Terapia Psicológica*, 22 (1), 119-127. <http://doi.org/10.4067/S0718-48082009000100012>

Lutz, W., Schwartz, B., Hofmann, S., Fisher, A. J., Husen, K., & Rubel, J. (2018).

Uso del análisis de redes para la predicción del abandono del tratamiento en pacientes con trastornos del estado de ánimo y de ansiedad: Un estudio metodológico de prueba de concepto. *Scientific Reports*, 8. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-25953-0>

Milanese, E., da Silva, E. A., Santoro, L., Nogueira dos Santos, R., Santana Santos, J. C., Cruz, R. d., . . . Lopes de Souza, T. (2018). Tratamiento Comunitario (TC). Una experiência de formação na ação [Tratamiento Comunitario (TC). Una experiencia de formación en acción].

En A. R. Noto, D. Polverini Locatelli, E. A. Da Silva, E. Sátiro Opaleye, T. De Castro Amato, A. Nagamine Bonadio (Eds.), *Formação profissional em álcool e outras drogas: possibilidades e desafios da construção coletiva [Formación profesional en alcohol y otras drogas: posibilidades e desafios de la construcción colectiva]* (pp. 139). UNIFESP.

http://www.cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/formacao_profissional_em_alcool_e_outras_drogas_posibilidades_e_desafios_da_construcao_coletiva_unifesp.pdf

Ministerio de Justicia y ONUDD. (2020). *Guía conceptual, metodológica y operativa para el fortalecimiento de los dispositivos comunitarios: Un desafío para la inclusión social [Conceptual, methodological and operational guide for strengthening community devices: Un desafío para la inclusión social.]* Ministerio de Justicia, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito Colombia, UNODC.

Morin, E. (1986). *La méthode 3. La connaissance de la connaissance [El método 3. El conocimiento del conocimiento]*. Seuil.

Observatorio Interamericano sobre Drogas. (2019) Indicadores estandarizados para redes nacionales de información sobre drogas en América Latina [Standardized indicators for national drug information networks in Latin America]. OEA-CICAD.

Okolie, C., Evans, B., John, A., Moore, C., Russell, D., & Snooks, H. (2015).

Intervenciones basadas en la comunidad para prevenir la sobredosis mortal por drogas ilegales: Un protocolo de revisión sistemática. *BMJ Open*, 5, e008981. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008981>

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [Mental Health Action Plan 2013-2020]*. OMS. <https://bit.ly/3nL9xO6>

Palmer, R. S., Murphy, M. K., Piselli, A., & Ball, S. A. (2009). Substance abuse treatment drop-out from client and clinician perspectives. *Substance Use & Misuse*, 44 (7), 1021-1038. <https://doi.org/10.1080/10826080802495237>

Riehman, K., Hser, Y., & Zeller, M. (2000). Gender differences in how intimate partners influence drug treatment motivation. *Journal of Drug Issues*, 30 (4), 823-838. <https://doi.org/10.1177/002204260003000409>

Rouquette, A., Pignault, J.-B., Fried, E. I., Orri, M., Falissard, B., Kossakowski, J., Vitaro, F., Tremblay, R., Cote, S. M., & Borsboom, D. (2018). Estructura de

la red de síntomas emocionales y conductuales en niñas de primaria asociación con trastornos de ansiedad y depresión en la adolescencia y adultez temprana.

A Network Analysis. *JAMA Psychiatry*, 75 (11), 1073-1181.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.2119>

Rovelli, C. (2021). Tutto è relazione. *Internazionale - The New*

Scientist, 60-63. Secretaría de Políticas integrales sobre Drogas de

la Nación Argentina. (2019).

Observatorio Argentino de Drogas. Tratado el día 2019.

<http://www.observatorio.gov.ar>

Secretaría de Políticas integrales sobre Drogas de la Nación

Argentina. (2020). *Sexto Estudio nacional de consumo de*

sustancias psicoactivas y motivos de Consulta en guardias de

urgencia de hospitales públicos en Argentina. Año 2019 [Sexto

estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas y motivos

de Consulta en guardias de urgencia de hospitales públicos en

Argentina]. SEDRONAR. <https://bit.ly/3kjyduK>

Şimşec, M., Dinç, M., & Kültegin, Ö. (2019). Determinantes de las

tasas de abandono del tratamiento de adicciones en un centro de

asesoramiento de adicciones: Un estudio transversal. *Psiquiatría y*

psicofarmacología clínica, 29 (4), 446-54. <https://doi.org/10.1080/24750573.2018.1505283>

Snippe, E., Viechtbauer, W., Geshwind, N., Klippel, Stimson, G. V.,

Fitch, C., Des Jarlais, D. P., Perlis, T., Oppenheimer, E., & Rhodes, T.

(2006). Estudios de evaluación y respuesta rápidas al consumo de

drogas inyectables: Knowledge gain, capacity building, and

intervention development in multisite study. *American Journal of*

Public Health, 96 (2), 288-295.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.2003.035899>

Syed, M. (2015). Aportaciones teóricas y metodológicas de la

psicología narrativa a la investigación de la identidad étnica. En

C. Santos, & A. Umaña-Taylor. *Estudiando la identidad étnica:*

Methodological and conceptual approaches across disciplines

(pp. 27-54). Asociación Americana de Psicología.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2008).

Tratamiento de la drogodependencia: Tratamiento basado en la

comunidad. UNODC Treatnet.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2012).

Actividades alternativas para la prevención del uso de drogas.

UNODC. <https://bit.ly/3hJuWml>

van Borkulo, C., Boschloo, L., Borsboom, D., & Penninx, B. (2015).

Asociación de la estructura de la red de síntomas con el curso de

la depresión corregida. *JAMA Psychiatry*, 72 (12), 1219-1226.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2079>

Wessel Andersson, H., Steinsbekk, A., Walderhaug, E., Otterholt, E., & Nordfjæ,

T. (2018). Predictores de abandono del tratamiento hospitalario por

consumo de sustancias: Un estudio prospectivo de cohortes.

Investigación y tratamiento del consumo de sustancias, 12, 1-10.

<https://doi.org/10.1177/1178221818760551>

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Evidence for*

action: Effectiveness of community-based outreach in

preventing HIV/AIDS among injecting drug users. OMS.

[https://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/](https://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/evidenceforactioncommunityfinal.pdf)

[evidenceforactioncommunityfinal.pdf](https://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/evidenceforactioncommunityfinal.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Salud mental, derechos*

humanos y normas de atención. Evaluación de la calidad de la

atención institucional para adultos con discapacidad psicosocial e

intelectual en la Región Europea de la OMS. OMS.

[https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0017/373202/mental-](https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0017/373202/mental-health-programme-eng.pdf)

[health-programme-eng.pdf](https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0017/373202/mental-health-programme-eng.pdf)