



Secretaría de Programación para
la Prevención de la Drogadicción
y la Lucha contra el Narcotráfico
PRESIDENCIA DE LA NACIÓN



CONVENIO MARCO DE COOPERACIÓN SEDRONAR – ORGANIZACIÓN DE ESTADOS IBEROAMERICANOS

Estudio evaluativo de los tratamientos subsidiados por SEDRONAR

**Área de Investigaciones
Observatorio Argentino de Drogas**

Febrero 2011

**Secretario de Estado, SEDRONAR
Dr. José R. Granero**

**Coordinador Observatorio Argentino de Drogas
Diego Álvarez Rivero**

**Coordinadora Área de Investigaciones
Dirección de la investigación
Graciela Ahumada**

**Autoras
Violeta A. Ruiz
Josette Brawerman
Vanessa D'Alessandre**

Análisis institucional: Carmina Pavéz

**Trabajo de campo:
Sabrina Abran
Rafael Arias
Nélida Barber
Andrés Muñoz
Florencia Urosevich
Nadia Vivas**

**Entrevistas en profundidad:
Liliana Raggio**

Agradecimientos

Se agradece profundamente la colaboración brindada por el personal de las instituciones visitadas y por los pacientes que compartieron sus vivencias y situaciones personales sin los cuales el estudio difícilmente podría haberse realizado

Índice	¡Error! Marcador no definido.
Introducción.....	4
Capítulo 1. Marco conceptual y metodológico	6
1. A. Algunas consideraciones conceptuales.....	6
1. B. Objetivos del estudio.....	8
1. C. Metodología	9
Capítulo 2. El marco institucional de los tratamientos. La SEDRONAR y las instituciones prestadoras	13
2. A. La política de subsidios de la SEDRONAR	13
2. B. La perspectiva de las prestadoras respecto del subsidio.....	18
2. C. Los tratamientos	24
Capítulo 3. El perfil de las personas que acceden al subsidio	37
3. A. Perfil general al ingreso.....	37
3. B. Configuraciones recurrentes de los perfiles de los pacientes	46
Capítulo 4. La eficacia: el primer logro, completar el tratamiento	51
4. A. Las trayectorias “completas” de la cohorte.....	51
4. B. La voz de los pacientes y de los equipos tratantes.....	65
4. C. La relación entre el perfil de los pacientes y las trayectorias de tratamiento: una aproximación cuantitativa.....	84
Capítulo 5. La interrupción del tratamiento ¿contracara de la eficacia?	91
5. A. El abandono como parte del tratamiento	91
5. B. Los tratamientos interrumpidos en la cohorte de pacientes.....	92
5. C. Los tratamientos discontinuos en la cohorte de pacientes.....	102
Capítulo 6. La Eficacia: Un año después, el sostenimiento de los logros	106
6. A. La vida del consumo.....	107
6. B. La llegada al tratamiento	113
6. C. Las vivencias del proceso de tratamiento	119
6. D. Mirando hacia atrás: la evaluación del tratamiento	129
6. E. Presente y Futuro: ¿cómo sostienen los logros?	137
Capítulo 7. Reflexiones finales.....	147
7. A. Recapitulación de los principales hallazgos.....	147
7. B. Algunas orientaciones para el futuro	155
BIBLIOGRAFÍA.....	159
ANEXO 1.....	161
ANEXO 2.....	165

Introducción

El Observatorio Argentino de Drogas (OAD) tiene como propósito central la producción de conocimiento sobre el tráfico y uso indebido de sustancias psicoactivas, mediante la coordinación, recolección, producción, análisis y difusión de información. En relación con este objetivo, se llevó adelante el Proyecto “Evaluación de Programas de Tratamiento” para contar con información relevante que permitieran evaluar la eficacia y eficiencia de los diferentes tratamientos brindados a los pacientes por problemas de consumo, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas.

En el marco de este proyecto, en mayo del año 2008 se concluyó el diseño de una evaluación que se propuso relevar, sistematizar y analizar información pertinente y suficiente para detectar el grado de eficacia y de eficiencia de los tratamientos provistos a los pacientes subsidiados por la SEDRONAR en instituciones con convenio en el AMBA. El estudio se implementó en etapas sucesivas entre julio de 2008 y diciembre de 2010. La primera de ellas, concluida a fines del 2008, consistió en la construcción de una línea de base a partir de la cual se pudiera establecer comparaciones entre la situación de inicio de los pacientes y la resultante al finalizar los tratamientos. A lo largo del año 2009, se realizó el trabajo evaluativo propiamente dicho que permitió caracterizar los tratamientos realizados por una cohorte de pacientes durante un período de 16 meses desde el otorgamiento del subsidio, e identificar algunos aspectos específicos que incidieron en la modulación efectiva de las trayectorias. Asimismo, se recogió la voz de los profesionales de las instituciones tratantes y de pacientes en el tramo final de su tratamiento, sumando evidencia al abordaje que concibe al consumo abusivo de sustancias psicoactivas como una problemática crónica con posibilidad de rehabilitación, con una tasa anual de éxito relativamente baja. En esa etapa también se abordaron aspectos vinculados a la eficiencia operacional e institucional de los tratamientos subsidiados.

A partir de los resultados obtenidos, en el año 2010 se encararon dos nuevas aproximaciones a la temática. La primera, de corte cuantitativo, procuró avanzar en la comprensión de los atributos –personales, de consumo y atención- asociados a la culminación efectiva de las trayectorias. La segunda, de índole cualitativa, buscó profundizar mediante entrevistas en profundidad a pacientes que habían agotado el subsidio un año antes, en los factores que contribuyeron a superar las dificultades encontradas en las diferentes etapas transitadas e identificar aquellos que coadyuvaron a una reducción duradera de los síntomas después del tratamiento.

La presente publicación reúne los hallazgos de toda la investigación realizada centrándose en los aspectos vinculados a la eficacia de los tratamientos¹. Se organizó en 7 capítulos. En el primero, se desarrolla el marco conceptual que guió el estudio así como las distintas estrategias metodológicas utilizadas en cada una de las etapas.

El segundo aborda el marco institucional de los tratamientos es decir, las principales características de la política de subsidios de la SEDRONAR y su valoración desde la perspectiva del personal de las instituciones prestadoras así como elementos que permitan comprender la naturaleza de los tratamientos en particular sus objetivos y orientaciones básicas.

En el tercero, se caracteriza el perfil sociodemográfico y de consumo de la población beneficiaria al inicio de su tratamiento y se identifican algunas configuraciones recurrentes a partir de las variables consideradas en dicho perfil.

¹ Los documentos completos de cada etapa del estudio pueden consultarse en la página web del OAD: www.observatorio.gov.ar.

Los tres capítulos siguientes constituyen la parte nuclear del estudio por cuanto desarrollan los aspectos vinculados a la eficacia de los tratamientos. Los capítulos 4 y 5 la enfocan desde la perspectiva del tiempo de permanencia y condición de egreso de los pacientes. En un caso se abordan los casos que fueron “exitosos” por cuanto lograron culminar el período subsidiado, se profundiza en los factores asociados a su permanencia así como en los cambios en su salud y estado emocional y se identifican comportamientos diferenciados en el modo de transitar los tratamientos. En el otro, asumiendo la perspectiva de que las trayectorias están surcadas por discontinuidades, se abordan las características de los tratamientos interrumpidos así como los motivos más frecuentes de abandono. Por último, en el capítulo 6, la indagación se centra en el mantenimiento de los logros un año después. Se recuperan las vivencias y percepciones acerca del tratamiento, la historia de consumo, la situación actual y las perspectivas de futuro de un conjunto de ex pacientes a fin de ahondar en los factores que contribuyeron a superar las dificultades encontradas en las diferentes etapas transitadas durante y después del tratamiento.

El trabajo concluye con una recapitulación de los principales hallazgos del estudio y con algunas sugerencias para encarar en el futuro la temática abordada.

En la convicción de que es posible mejorar los programas de asistencia y de este modo, dar una respuesta más precisa a quienes solicitan y necesitan la ayuda del Estado, se espera haber contribuido a una cuestión compleja y controvertida.

Capítulo 1. Marco conceptual y metodológico

1. A. Algunas consideraciones conceptuales

En el contexto de políticas públicas evaluar el logro o resultado de las actividades o acciones relacionadas con bienes o servicios dirigidos a la población, implica necesariamente referirse al desempeño de las acciones vinculadas a la función de administración interna del sector público o programa de gobierno. La evaluación de los logros puede ordenarse según diferentes conceptualizaciones y metodologías no existiendo una única clasificación.

Una distinción relevante a esta evaluación en particular se basa en los aspectos o facetas de los programas (en este caso tratamientos orientados a la rehabilitación del abuso de drogas) que se quieren evaluar, poniendo el acento en los contenidos. Desde esta perspectiva, existen diversas tipologías pero en general responden a tres grandes criterios clasificatorios:

1. se basa en las *etapas* del ciclo de un programa diferenciando los aspectos vinculados a su *diseño y conceptualización*, y aquellos vinculados a su *desarrollo o implementación*.
2. alude a los principales componentes de los programas siendo la clasificación más difundida la de evaluaciones de insumos, procesos y productos; de estructura, procesos y resultados o efectos; de procesos y de impacto.
3. pone el acento en ciertos atributos de los programas o de sus componentes: la pertinencia, la idoneidad o suficiencia², la eficacia, la efectividad, el rendimiento, la rentabilidad, la productividad, la eficiencia, etc., conceptos que no siempre son unívocos pero que cuentan con algún consenso, al menos en cuanto a su significado general.

Dado que esta evaluación trata de conocer la eficacia de los tratamientos subsidiados por SEDRONAR, se ampliarán a continuación únicamente los conceptos relacionados con ella.

En términos muy generales la *eficacia o efectividad* se refiere a la capacidad de un programa para alcanzar los objetivos programados, que no son sino la expresión de los resultados buscados.

Como pueden lograrse una multiplicidad de resultados (expresados en objetivos de distinto nivel de especificidad), la evaluación de la eficacia o efectividad suele enfatizar sus fines últimos en términos de las soluciones a los problemas sociales o del mejoramiento de la situación del grupo humano al que van dirigidos.

En relación con esta evaluación en particular, si se entiende por eficacia de los tratamientos la capacidad de alcanzar los resultados buscados, es necesario comenzar por algunas consideraciones acerca de los objetivos que éstos persiguen. Según el informe del Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización

² La *pertinencia* se refiere a la adecuación de un programa o proyecto (o de alguno de sus componentes) para satisfacer necesidades y demandas o para resolver la situación - problema que le dio origen. En otros términos, se refiere a la adecuación de la formulación al "estado del arte" en la respectiva rama del saber.

La *idoneidad o suficiencia* se refiere a la capacidad de un programa o proyecto (o más específicamente de sus componentes) para contribuir a los objetivos y metas programadas. Así, suele hablarse de idoneidad de las actividades, suficiencia de los recursos, etc.

Internacional de Drogas (UN, Oficina contra la Droga y el Delito, 2003, pág. 29), “todas las formas de tratamiento de la toxicomanía orientadas a la rehabilitación tienen los mismos cuatro objetivos, independientemente del entorno, la modalidad, la filosofía o los métodos de rehabilitación de que se trate. Los objetivos son:

1. Mantener la mejoría fisiológica y emocional iniciada durante la desintoxicación y estabilización para prevenir la necesidad de una nueva desintoxicación
2. Propiciar y mantener la reducción de alcohol y de drogas (la mayoría de los programas de rehabilitación tienen por objeto la abstinencia total)
3. Enseñar, modelar y apoyar comportamientos encaminados a mejorar la salud personal y la función social y a reducir los riesgos que el abuso de drogas conlleva para la salud y la seguridad públicas
4. Enseñar y propiciar modificaciones del comportamiento y del estilo de vida que sean incompatibles con el abuso de sustancias.”

Ello implica por lo tanto el logro de cambios en las actitudes y comportamientos de las personas bajo tratamiento relativas a sus pautas de consumo, como primera condición, así como modificaciones de su estilo de vida.

En el mismo trabajo, al analizar los componentes de un **tratamiento eficaz**, la variable temporal adquiere una importancia primordial. En efecto la *“...duración del tratamiento es la variable que indica más claramente los efectos beneficiosos de éste. Por lo general, las modalidades de tratamiento que tienen una mayor duración recomendada obtienen mejores resultados, del mismo modo que los pacientes que continúan en tratamiento durante más tiempo, independientemente de la modalidad de éste.”* (UN, Oficina contra la Droga y el Delito, 2003, Pág. iii).

Esta afirmación surge de las evidencias según las cuales los pacientes que terminan el tratamiento obtienen mejores resultados -en términos de los objetivos planteados- que los que abandonan prematuramente. De allí se concluye que *“los beneficios obtenidos aumentan con el tiempo que se permanece en el programa y ese factor es una medida sustitutiva bastante fiable del éxito de la mayoría de los tratamientos”*. Del mismo modo otros estudios muestran evidencias de que cuanto menor es la duración del tratamiento, mayor es la posibilidad de recaídas. (Kornblit, 2004)

Por otra parte, es necesario aclarar que generalmente las evaluaciones de los resultados se llevan a cabo de 6 a 12 meses después del alta por cuanto se espera una reducción duradera de los síntomas una vez concluido el tratamiento. Desde esta perspectiva “las recaídas en el consumo de drogas y alcohol una vez que cesa el tratamiento de la adicción se suelen considerar una prueba del fracaso del tratamiento”. Teniendo en cuenta las elevadas tasas de recaída, el mismo estudio de Naciones Unidas sugiere que *“en el estado actual de los conocimientos, es mejor considerar la adicción un trastorno crónico recurrente.”* Pretender que “mediante una combinación finita de medicación, asesoramiento, terapia, servicios sociales y/o sistemas de apoyo social” se logrará la modificación y eliminación de las causas que llevan a la adicción y la obtención de beneficios duraderos parece poco realista. Como en el caso de otras enfermedades crónicas, una expectativa más realista sería *“que los tratamientos actualmente disponibles no corregirán la esencia del problema de forma permanente, únicamente reducirán el número de síntomas y aliviarán su gravedad y mejorarán la función personal, siempre y cuando el paciente participe en el programa.”* (UN, Oficina contra la Droga y el Delito, 2003, pág. iv)

Además de una permanencia prolongada, la mayoría de los estudios plantean una serie de **factores asociados** a un tratamiento eficaz y diferencian aquellos vinculados a características de las personas de los relacionados con atributos de los tratamientos y del tipo de institución.

En relación con las características personales, se destacan especialmente:

- La disposición y motivación inicial. Si bien el supuesto es que este aspecto es fundamental en cuanto a la participación sostenida en el tratamiento, *“la mayoría de los pacientes que hacen abuso de sustancias se someten al tratamiento como resultado de una combinación de factores de motivación interna y presiones familiares.”*(UN, Oficina contra la Droga y el Delito, 2003 pág. iv)
- Los estímulos para mantenerse dentro del tratamiento, en particular el grado de apoyo familiar y social (tanto desde el punto de vista de apoyar la abstinencia como de participar en los tratamientos grupales de personas que sufren problemas similares).

En relación con los factores institucionales, se contabilizan además del tiempo de permanencia:

- La calidad del entorno terapéutico (en particular la construcción de una relación terapéutica positiva, y la existencia de un plan de tratamiento seguido y conocido por el paciente para que sepa que esperar del tratamiento)
- El acceso a servicios especializados para tratar problemas psiquiátricos, laborales y familiares.

En síntesis, el estudio mencionado sostiene que “los trabajos de investigación han demostrado de forma concluyente que, para los que padecen graves formas de dependencia, los mejores tratamientos de que se dispone:

- Son tratamientos continuados como los de otras dolencias crónicas
- Son capaces de abordar los múltiples problemas que constituyen un riesgo para la recaída, como son los síntomas físicos y la inestabilidad social
- Están bien integrados en la sociedad para permitir un fácil acceso a efectos de seguimiento y prevención de recaídas.” (UN, Oficina contra la Droga y el Delito, 2003 pág. iii)

1. B. Objetivos del estudio

A la luz de las consideraciones anteriores, el estudio tuvo tres etapas en las que se utilizaron distintas estrategias y técnicas. Los objetivos se detallan de acuerdo a cada una de esas etapas.

A partir de la información disponible en los registros de la SEDRONAR, se buscó:

- Establecer la eficacia de los tratamientos a partir de articular la situación de egreso (interrupción o finalización) y su duración efectiva.
- Identificar aquellos factores, personales e institucionales, asociados a los casos de pacientes que lograron completar el tratamiento

- Identificar aquellos factores, personales e institucionales, asociados a los casos de interrupción del tratamiento.
- Analizar algunos atributos de las personas/pacientes, de los tratamientos y de las instituciones tratantes según tiempo de permanencia en el tratamiento.
- Cuantificar y dimensionar la intensidad de estas asociaciones y su probabilidad de ocurrencia.

A partir de la indagación realizada en 27 instituciones tratantes se trató de:

- Analizar los objetivos de los tratamientos y los marcos conceptuales que los orientan desde la perspectiva del personal.
- Identificar algunos de los logros alcanzados en un grupo de individuos que transitan por la finalización de su tratamiento (cambios en pautas de consumo, perspectivas de sostenimiento de los logros, mejoras en las relaciones familiares, mejoras en la autoestima entre otros)
- Identificar aspectos del tratamiento que concitan adhesión (satisfacción de los pacientes) y aspectos que incidieron en el abandono de tratamientos previos, entendiendo que la adhesión al tratamiento, como en otras enfermedades crónicas, constituye una variable fundamental para asegurar la permanencia en éste.

Finalmente a partir de un estudio en profundidad a una submuestra de pacientes, un año después de la conclusión de su tratamiento, se buscó:

- Profundizar en los factores que contribuyeron a superar las dificultades encontradas en las diferentes etapas transitadas e identificar aquellos que coadyuvaron a una reducción duradera de los síntomas después del tratamiento.

1. C. Metodología³

Para encarar estos objetivos, se utilizaron distintas estrategias metodológicas. Ello significó una complementación de abordajes cuantitativos y cualitativos a fin de obtener por una parte información que permitiera construir datos susceptibles de ser tomados como tendencias. Por la otra, para profundizar en las opiniones y percepciones de los pacientes y de otros actores significativos involucrados en los tratamientos, tanto en la SEDRONAR como en las instituciones acerca de factores asociados a la calidad de atención, a los resultados obtenidos, a los obstáculos encontrados y a la satisfacción de los pacientes.

Ello implicó entonces la aplicación de diferentes técnicas y fuentes para evaluar los mismos fenómenos o aspectos de la realidad. Se trianguló la información, tratando de obtener síntesis y complementación metodológica. Con ello se procuró lograr mayor confiabilidad en la información obtenida y mayor entendimiento de los fenómenos bajo estudio, así como reducir los sesgos propios de cada técnica y observador/ evaluador además de la validación de las apreciaciones.

El **objeto de análisis** fueron los tratamientos subsidiados de los pacientes que reciben atención en instituciones del área metropolitana (AMBA) que tienen convenio con la SEDRONAR.

³ Para mayores detalles del proceso metodológico ver Anexo 1: Precisiones Metodológicas

Las **técnicas de relevamiento** de información utilizadas fueron:

- Análisis de información relevante para el estudio, disponible en los legajos de los pacientes.
- Entrevistas semi estructuradas a personal de la Dirección Nacional de Asistencia de la SEDRONAR
- Entrevistas semi estructuradas a personal de una muestra de centros de tratamiento
- Encuestas a pacientes en la última etapa del tratamiento
- Entrevistas en profundidad a ex pacientes un año después de la culminación del tratamiento subsidiado
- Observación in situ en las instituciones de tratamiento

Los instrumentos elaborados para los relevamientos de información primaria fueron:

- Encuesta a pacientes
- Ficha de resultados
- Entrevista a directores
- Entrevista a profesionales/ técnicos / operadores.
- Guía de observación institucional.
- Guía de entrevista en profundidad a ex pacientes

En relación con los pacientes se trabajó en tres etapas con información de 3 niveles realizando para cada uno una **aproximación metodológica** específica:

- *Análisis de la trayectoria de tratamiento de una cohorte de pacientes derivados a instituciones del AMBA:* Entre fines de 2009 y principios de 2009 se procesaron y combinaron dos fuentes de datos. La primera fue la información disponible en los legajos de la SEDRONAR en relación con la situación inicial de todos los pacientes que ingresaron entre el 1º de junio 2006 y 30 de junio de 2008 para construir su perfil sociodemográfico y de consumo de sustancias. Ello permitió obtener datos sobre un conjunto de 955 pacientes que realizaron sus tratamientos en 52 instituciones del AMBA. La segunda fuente consistió en la construcción de una base de datos a partir de la información digitalizada de los ingresos y egresos de las instituciones de tratamiento realizada por el Área Subsidios. En este caso, el propósito fue identificar el tiempo de permanencia real de cada uno de los pacientes a los cuales se les otorgó el subsidio en ese período, y proveer la información necesaria para realizar un análisis de cohorte con el fin de caracterizar con la mayor precisión posible las particularidades de las trayectorias de los pacientes subsidiados dentro de las instituciones de asistencia.

Para este análisis longitudinal se consideró a los pacientes con información sobre al menos dieciséis meses (un año de subsidio más eventuales prorrogas) desde el inicio de su tratamiento. Ello significó trabajar con los 760 casos que ingresaron entre junio de 2006 y enero de 2008. Los pacientes ingresados posteriormente se excluyeron de la base de datos por no estar en igualdad de oportunidades para analizar su trayectoria dentro del sistema.

A partir de la articulación de ambas fuentes de información se consolidó una única base de datos con el registro de los movimientos de los pacientes en tratamiento que permitió el análisis combinado del perfil sociodemográfico y de consumo y de las trayectorias de tratamiento de este grupo de pacientes

- *Pacientes en los últimos tramos de su tratamiento:* Entre la cohorte de pacientes, se rastreó a partir de mayo de 2009 un grupo de los que estaban en la etapa final de su tratamiento. De los 224 que se encontraban en esta situación, se logró ubicar y encuestar a 108 pacientes atendidos en tratamiento en 27 instituciones prestadoras del área en las que se entrevistó a directivos, técnicos y profesionales tratantes sumando 90 entrevistas en profundidad y una guía de observación. Por otra parte se encuestaron 14 pacientes más que ya habían finalizado sus tratamientos subsidiados y estaban en la etapa de reinserción social, transitando el programa SER⁴ en la SEDRONAR, sumando de este modo un total de 122 encuestas.

Se trató, por una parte, de profundizar el conocimiento del perfil de estos pacientes considerados como “exitosos” en función de la dimensión temporal del tratamiento así como los cambios operados en sus percepciones y actitudes frente al consumo de drogas y a su situación personal y por otro lado conocer las características relevantes de los tratamientos que transitaron y las instituciones que los atendieron.

- *Pacientes un año después de su tratamiento:* en la segunda mitad del 2010, se trató de localizar a una parte de los 122 pacientes anteriormente encuestados para tomar contacto con al menos 20 de ellos que hubieran finalizado por lo menos un año antes el tratamiento subsidiado. En función de los objetivos planteados, se definió un abordaje cualitativo centrado en la utilización de la técnica de entrevista y se optó por entrevistas individuales y en profundidad.

Estas entrevistas cumplieron con el propósito de triangular la información ya obtenida en las etapas anteriores ampliando el conocimiento acerca de las características de las personas en tratamiento, así como relevando singularidades respecto de aquellas que lograron completarlo. Además se ahondó en sus motivaciones y percepciones sobre cuestiones asociadas al consumo, al tratamiento, y a sus estrategias actuales y futuras para sostener sus logros.

Las **dimensiones y variables** utilizadas para el análisis de las trayectorias de tratamiento de pacientes 2006/2008 subsidiados por la SEDRONAR fueron:

Institucional: Categoría de la institución

Tratamiento: Modalidad de atención al ingreso – Días de permanencia – Condición de egreso

Paciente: Edad de inicio en el consumo – Droga de inicio - Tipología de sustancias consumidas – Tratamientos previos

Persona: Edad – Sexo - Nivel de instrucción

Se construyeron los siguientes **indicadores**:

Tiempo de permanencia: Es la cantidad total de días que el paciente estuvo bajo tratamiento. Se excluyen los períodos de tiempo entre abandonos y reingresos al sistema.

Tasa de deserción: Es el cociente entre los pacientes ingresados en un período dado que no completaron al menos 365 días de tratamiento por abandono, expulsión, fuga o suspensión del tratamiento y el total de los pacientes ingresados durante el mismo período, por cien.

⁴ Programa de Reinserción Social de la SEDRONAR: funciona como complemento del tratamiento de los pacientes que han terminado su subsidio y están en situación de ser dados de alta

Tasa de tratamientos completos: Es el cociente entre los pacientes que ingresaron al sistema en un período dado y cuyo último movimiento fue fin de subsidio, fin de tratamiento y el total de los pacientes ingresados durante el mismo período, por cien.

Tasa de tratamientos completos continuos: Es el cociente entre los pacientes que ingresaron al sistema en un período dado y cuyo último movimiento fue fin de subsidio, fin de tratamiento en 365 días corridos desde la fecha de ingreso y el total de los pacientes ingresados durante el mismo período, por cien.

Tasa de extensión de subsidios: Es el cociente entre los pacientes que ingresaron al sistema en un período dado y cuyo último movimiento fue fin de subsidio, fin de tratamiento en un tiempo superior a los 365 días corridos desde la fecha de ingreso y el total de los pacientes ingresados durante el mismo período, por cien.

Tasa de tratamientos discontinuos: Es el cociente entre los pacientes que ingresaron al sistema en un período dado e interrumpieron su tratamiento al menos una vez para luego retomarlos y el total de los pacientes ingresados durante el mismo período, por cien.

Por otra parte para el análisis de los cambios en los pacientes en los últimos tramos de su tratamiento se utilizaron los siguientes indicadores:

Adherencia al tratamiento: Valora, desde la perspectiva de los pacientes, la calidad del entorno terapéutico y la construcción de un vínculo positivo. Se tuvieron en cuenta la suficiencia del tiempo de tratamiento y las reglas del mismo, la adecuación de los servicios, la valoración de la psicoterapia y de la ayuda recibida, así como la relación con los compañeros. Se expresa en porcentaje.

Apreciación del equipo tratante: Alude a la opinión de los pacientes en relación el acceso a equipos especializados para tratar sus problemas y la capacidad de estos equipos de comprenderlos. Se expresa en porcentaje.

Cambios percibidos: Se refiere a la percepción de los pacientes en relación con mejoras en su salud física y su estado emocional, cambios positivos en la relación con su familia y mejoras en su autoestima. Se expresa en porcentaje.

Perspectivas de mantener los logros: Alude a la opinión de los profesionales a cargo sobre las posibilidades de los pacientes que completaron su tratamiento de sostener lo logrado en el futuro. Se expresa en porcentaje.

Capítulo 2. El marco institucional de los tratamientos. La SEDRONAR y las instituciones prestadoras

Este capítulo describe las principales características de la política de subsidios de la SEDRONAR y su valoración desde la perspectiva del personal de las instituciones prestadoras. También apunta a aportar elementos suministrados por este personal que permitan comprender la naturaleza de los tratamientos en particular sus objetivos y orientaciones básicas.

2. A. La política de subsidios de la SEDRONAR

La Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico -SEDRONAR- es el organismo responsable de coordinar las políticas nacionales de lucha contra las drogas y las adicciones. Se encuentra organizada en dos subsecretarías: la Subsecretaría de Planificación, Prevención y Asistencia con competencias en la reducción de la demanda de drogas y la Subsecretaría Técnica de Planeamiento y Control del Narcotráfico con competencias en la reducción de la oferta de drogas⁵.

Las líneas de acción de la Subsecretaría de Planificación, Prevención y Asistencia están claramente diferenciadas entre las actividades asistenciales y la prevención. Las primeras están a cargo de la Dirección Nacional de Asistencia y la segunda de la Dirección Nacional de Prevención y Capacitación.

La Dirección Nacional de Asistencia (DNA) es la responsable –entre otras acciones- de ejecutar, supervisar y coordinar los programas y planes de carácter nacional previstos por las políticas nacionales en el "Plan Federal de Prevención de la Droga dependencia y de Control del Tráfico Ilícito de Drogas", referentes a la orientación, tratamiento, rehabilitación, reinserción y acción social en el campo del uso indebido de drogas en todo el ámbito del país, con la cooperación y búsqueda del consenso con organismos gubernamentales y no gubernamentales.

En el marco del Programa de Atención a Personas con dependencia a las Drogas de la Dirección Nacional de Asistencia (DNA), la SEDRONAR financia tratamientos asistenciales a personas mayores de 21 años⁶, de escasos recursos y sin cobertura explícita de salud que asisten voluntariamente así como a personas derivadas judicialmente en cumplimiento de la Ley N° 23.737 que reúnan esos requisitos. Para ello las deriva a un establecimiento asistencial de atención especializada en la problemática de drogadicción.

El subsidio o “Ayuda Social a Personas” financia el tratamiento del beneficiario. El monto expresa el valor del día de tratamiento según la modalidad de atención y clasificación de la institución acorde al nivel de complejidad asistencial y es establecido y actualizado periódicamente por Resolución.

Una vez otorgado, el subsidio cubre un mínimo de 30 días, no pudiendo superar 12 meses de financiamiento. En caso de producirse abandono del tratamiento, es posible renovar más adelante la prestación por el tiempo no utilizado. Excepcionalmente, la Secretaría puede otorgar prórrogas de hasta 3 meses previa evaluación técnica del paciente. La SEDRONAR transfiere el subsidio mensualmente y en forma directa a las instituciones prestadoras. De este modo, la ejecución de los subsidios se realiza a través de las instituciones quienes son responsables de la administración del dinero (y

⁵ Decreto PE 1256/2007- Estructura Organizativa. Allí se detallan los objetivos de ambas subsecretarías.

⁶ A partir de la actual gestión la edad mínima para la atención se ha extendido hasta los 18 años.

por este motivo, auditadas periódicamente) destinado a financiar los tratamientos de los pacientes.

La selección de las instituciones se realiza mediante la evaluación de la capacidad y complejidad asistencial y el cumplimiento de requerimientos específicos que garanticen el bienestar y protección de los pacientes derivados⁷. Las instituciones suscriben un convenio de adhesión con SEDRONAR e integran el Padrón de prestadoras.

La asignación del establecimiento asistencial a cada beneficiario es realizado por un equipo profesional especializado e interdisciplinario de la SEDRONAR, conforme al grado de dependencia de sustancias psicoactivas y el grado de vulnerabilidad social del aspirante al subsidio. Al momento de la derivación se acuerda con el beneficiario y su familia los compromisos que impone el subsidio otorgado y se abre un expediente "legajo".

Una vez que el receptor del subsidio ingresa a la institución que le fue asignada, se inicia un breve proceso de admisión en el que el equipo profesional evalúa la derivación realizada por la SEDRONAR. Durante este período, el equipo profesional de asistencia tiene la posibilidad de aceptar o rechazar el ingreso del paciente en virtud del grado de ajuste entre el tratamiento que ofrece la institución y las características psicosociales y de consumo del paciente. Si la derivación se concreta, el equipo profesional tiene la obligación de remitir el informe de admisión en un plazo no mayor a una semana, a la vez que mensualmente junto con la factura correspondiente, informa a la SEDRONAR la evolución del paciente.

Las instituciones son visitadas periódicamente por el equipo de Auditoría de la SEDRONAR. Durante estos encuentros los auditores recorren la institución y mantienen entrevistas pautadas con los equipos profesionales, los pacientes y sus familias. El registro de estas visitas se adjunta al legajo de cada uno de los pacientes subsidiados.

En el período estudiado, junio 2006 a enero 2008, la SEDRONAR subsidió 1178 tratamientos por uso abusivo de sustancias psicoactivas en 72 instituciones en todo el país. De ellas, 13 están ubicadas en la Capital Federal, 19 en el Conurbano y 13 en el resto de la provincia de Buenos Aires, concentrando en estas localidades el 65% de la oferta disponible para derivación y también la de mayor complejidad. Las demás instituciones con convenios se encuentran en 13 de las 22 jurisdicciones restantes.

A fin de comprender la dinámica de otorgamiento y seguimiento de los subsidios, se describe con más detalle la cadena de responsabilidades de cada una de las áreas de la DNA durante el proceso⁸:

El Centro de Consultas y Orientación – CEDECOR: Es el área de derivación de pacientes que realiza el diagnóstico, orientación de tratamiento y administración de cupos en los centros. La integran psicólogos, psiquiatras, médicos clínicos y algún abogado.

⁷ Res. N° 885/2001 Normativa aprobatoria del Programa de Atención de personas con dependencia a las drogas -Anexo II

⁸ Como se adelantó en el Capítulo 1, Metodología se entrevistaron las áreas pertenecientes a la Dirección Nacional de Asistencia (DNA): CEDECOR, Subsidios, Registro de Instituciones, Programa de Auditoría, Programa SER y de la Dirección General de Administración – Dirección de Contabilidad. Se recabó información sobre los procesos de trabajo, normativa vigente y se solicitó la información de las instituciones prestadoras, presupuestaria y de pagos y pacientes 2008.

El proceso de derivación tarda una semana aproximadamente; se realiza una entrevista con el psicólogo, una entrevista familiar, consulta con el médico clínico donde se extiende una orden de exámenes clínicos para hacerse en hospitales públicos de la CABA, luego el paciente es atendido por el psiquiatra y finalmente es derivado al centro de atención tras la evaluación del equipo de psicólogos.

La derivación se realiza previa llamada telefónica a la institución para constatar la existencia de cupo. Una vez derivado, la institución se reserva el derecho de aceptar un paciente; puede haber rechazos, lo que sucede básicamente cuando son pacientes duales. La admisión se efectiviza a partir de una evaluación diagnóstica inicial realizada en la institución. Asimismo, el centro está obligado a enviar notificación de ingreso en 24 hrs. y a partir de esa fecha empieza a regir el subsidio. De igual forma el centro avisa (vía fax) si hay alta, expulsión o abandono de tratamiento y el CEDECOR notifica el corte de los pagos al área de Subsidios.

También el CEDECOR asiste a personas que llegan buscando orientación y/o tratamiento pero tienen obra social; son orientados y derivados pero no obtienen subsidios. Asimismo, se encarga del traslado de los pacientes⁹. El criterio de asignación del centro es la modalidad terapéutica indicada en el diagnóstico y la disponibilidad de cupo. Todos los profesionales que derivan pacientes conocen las instituciones.

En las instituciones visitadas, aunque se recogieron unos pocos cuestionamientos por algunos déficits de información con la que llegan algunos pacientes y por la existencia de ciertas patologías derivadas a instituciones que no disponen de dispositivos adecuados para contenerlas, se lo considera un sistema fluido y eficaz, incluso en los momentos de picos de demanda. Frente a limitaciones en los cupos, siempre se resuelven los casos mal derivados o con complicaciones.

El seguimiento de los pacientes no es responsabilidad del CEDECOR pero interviene en la autorización de prórrogas (trimestrales) y/o traslado de pacientes de un centro a otro. También habilita el pago a las instituciones dando el alta o baja.

El Programa de Auditoría: esta área realiza la auditoría de pacientes y de prestadoras que a su vez se diferencia en una auditoría de estructura y otra de procesos para los cuales están definidos estándares de calidad.

Los auditores efectúan una evaluación de estructura a la firma del convenio de adhesión¹⁰ evaluando las condiciones físicas y operativas del establecimiento de acuerdo a dichos estándares.

Esta evaluación será el principal insumo de la categorización que luego efectuará el área de Auditoría Central.

Luego de la evaluación, la documentación pasa al área de Auditoría Central para ser categorizado de acuerdo a un índice establecido que tiene en cuenta todos los atributos evaluados previamente por los auditores. Esta categorización y la evaluación son elevadas en un informe a la DNA. El director lo avala y luego es comunicado al Registro, a la Auditoría, al CEDECOR y a Subsidios para que sea incluido en la lista de prestadoras.

⁹ También son trasladados por la policía algunos de los pacientes atendidos.

¹⁰ Res. N° 885/2001 Anexo I-7

Anualmente se re-certifica a la institución para la extensión del convenio. Cuando los auditores formulan observaciones, se otorga a las instituciones un plazo para subsanarla/s. con frecuencia estos plazos son prorrogados porque SEDRONAR necesita los servicios por exceso de demanda.

Las instituciones son visitadas una vez al mes en CABA y GBA y con menor frecuencia las del interior. Estas visitas tienen como objetivo principal la revisión del mantenimiento de las condiciones de funcionamiento y de la situación de los pacientes derivados. Los auditores conversan con los pacientes e indagan sobre cuestiones tales como la atención que reciben, la alimentación y tratan de detectar mejorías y/o avances en los tratamientos aunque son escasos los contactos directos con el personal de la institución. De estas visitas surge un informe para el área.

De acuerdo a las opiniones recogidas en las instituciones visitadas, hay una constante presencia de SEDRONAR en las instituciones a través de las auditorías. No siempre es el mismo grupo y no siempre se auditan los mismos aspectos. Algunas veces se observan cuestiones relativas a la infraestructura edilicia, mantenimiento y equipamiento. Otras veces controlan las historias clínicas y en estos casos se incluyen psicólogos y/o médicos que auditan puntualmente los aspectos que competen a su especialidad. Lo que parece ser constante es la consulta a los pacientes sobre las prestaciones brindadas, la calidad de las mismas, su bienestar en la institución y el tratamiento recibido.

Por otra parte, dos veces al año el médico clínico de la auditoría revisa las historias clínicas y se reúne con el responsable médico de la institución. Con la misma frecuencia se realizan entrevistas con familiares de una muestra de pacientes.

Estas visitas periódicas y la constante consulta a los pacientes se perciben como mecanismos que obligan a las instituciones prestadoras a estar permanentemente atentas y pendientes de los pacientes derivados.

El Programa de Auditoría informó que semanalmente se mantienen reuniones a nivel de la DNA y que en forma conjunta con CEDECOR, realizan recomendaciones a la Dirección sobre prórrogas y traslado de pacientes.

Auditoría Central: esta área categoriza a las instituciones prestadoras. Este proceso se realiza, como ya se adelantó, a partir del informe del auditor sobre los ítems del anexo 1-7 de la resolución 885/2001.

Cada uno de los capítulos de ese anexo se pondera de acuerdo a un índice que determina el nivel de complejidad de la institución evaluada. Las posibilidades son:

- A: Clínica psiquiátrica
- B: Comunidad terapéutica con guardia profesional y control psiquiátrico
- C: Comunidad terapéutica sin guardia profesional
- D: Hospital de día

En segundo término se establece la modalidad de tratamiento posible en cada una:

- I: Consultorio externo,
- II: Centro de día - ambulatorio media jornada o jornada completa y
- III: Con capacidad de internación.

Finalmente se valora, de acuerdo a la evaluación realizada por el Programa de auditoría, la calidad de las instalaciones y las prestaciones brindadas en una escala de 1 a 5, siendo 3 el mínimo aceptable.

Las instituciones quedan entonces catalogadas con un código que contiene los 3 componentes. Por ejemplo C3 III implica que la institución es una comunidad terapéutica sin guardia profesional, con capacidad de internación y un estándar de calidad medio.

Esta categorización determina el monto del subsidio que cada institución recibe por paciente¹¹, aunque el nivel de calidad no es una variable que implique erogaciones adicionales.

El Registro de Instituciones: efectúa la selección e inscripción de las instituciones que postulan para ser prestadores de SEDRONAR. Esta área prepara los convenios de adhesión y el proyecto de resolución del Secretario de SEDRONAR para cada una de ellas. Una vez aprobada por la DNA, la inscripción es realizada a través de un Convenio de Adhesión entre la institución y SEDRONAR. En el convenio se establece además la modalidad de prestación y el nivel.

El Registro analiza la documentación legal de las instituciones, habilitaciones, balances, seguros, entre otros requerimientos que garantizan la seguridad de las personas derivadas para su atención. Una vez armado el expediente, informa de la presentación de una nueva institución para realizar la certificación; la que es enviada al Programa de Auditoría.

Anualmente las instituciones deben actualizar su documentación de habilitación municipal y sanitaria, seguros de responsabilidad civil y mala praxis, contrato de locación / comodato, balance, convenio con un centro de emergencia y certificado de prestadora (otorgado por el Programa de Auditoría).

Subsidios – Archivo: Es el área que administra el legajo de cada paciente, abierto al momento de ser inscriptos por CEDECOR y derivados al centro de atención. También se encarga de actualizarlo con la información que va recibiendo, en particular los informes mensuales remitidos por las instituciones prestadoras acerca de la evolución de cada persona. Estos informes son el requisito imprescindible para la rendición mensual que libera el pago y permite el cobro de los subsidios de cada paciente atendido. Esta información es siempre complementada con los informes de auditoría de la SEDRONAR. Además realiza las liquidaciones mensuales de la facturación de las prestadoras y lleva el saldo de subsidio otorgado de cada expediente.

Esta área cobra especial importancia por ser la que concentra la información del paciente, del subsidio y por ser la receptora de la facturación presentada por las instituciones.

La documentación de las liquidaciones es elevada a la DNA para su ajuste en función de las bajas o traslados informadas por el Programa de Auditoría y CEDECOR y es autorizada y elevada a la Dirección de Contabilidad; de ahí que el trabajo del área sea una preliquidación, en el que se coteja la disponibilidad de días de subsidio. Las instituciones por norma deben informar a Subsidios las bajas dentro de las 24hrs. de ocurridas.

También aquí se carga sistemáticamente una base de datos a partir de la información obrante en el legajo. Esta información incluye el alta y todos los movimientos (abandono, expulsión, fuga, alta, fin de tratamiento, traslado de institución, etc.) que cada paciente transita mientras dura su subsidio.

¹¹ Res. 538/2008 y Res 223/2007 establecen montos máximos para las prestaciones

EL SER – Programa de Reinserción Social: También dependiendo de la DNA, este programa funciona como complemento del tratamiento de los pacientes que han terminado su subsidio y están en situación de ser dados de alta.

La trabajadora social recorre instituciones para sensibilizar a los profesionales sobre el programa y los modos de acercar a los pacientes al mismo. En algunos casos habla con los pacientes. En el interior tienen convenios con algunas instituciones para replicar las actividades que desarrollan a nivel central.

Cuando el paciente se incorpora al programa asume el compromiso de asistir quincenalmente a la SEDRONAR a una sesión de terapia grupal y además, mantener una terapia individual semanal en alguna institución que puede o no ser la que lo atendió durante el tratamiento. Esta etapa denominada de reinserción es financiada a través de una beca mensual. Su pago se realiza por medio de una transferencia o depósito en una cuenta bancaria del paciente, estimulando así la administración responsable del dinero.

Los profesionales del área entrevistan a los pacientes, conforman los grupos, coordinan las terapias grupales y supervisan su funcionamiento. En un año suelen atender alrededor de 40 pacientes¹². Para ello, entrevistan alrededor de 20 personas por mes para admisión al Programa al que ingresa efectivamente el 40%. Todos los meses se conforma un grupo de alrededor de 6 miembros.

Dirección de contabilidad – Área de subsidios individuales: Esta área, dependiente de la Dirección General de Administración, se encarga de la liquidación mensual a las entidades.

En síntesis, la política de subsidios de la SEDRONAR, se orienta a un sector de población vulnerable y se implementa a través de convenios con instituciones especializadas de tratamiento quedando a cargo de un conjunto de áreas en jurisdicción de Dirección Nacional de Asistencia los procesos de diagnóstico inicial y derivación de los beneficiarios y de seguimiento y evaluación de los centros de tratamiento. El único servicio directo de tratamiento se brinda a través del programa SER para pacientes que han agotado el tiempo de su beneficio y/o han logrado el alta de su tratamiento.

2. B. La perspectiva de las prestadoras respecto del subsidio

Más allá de las múltiples actividades de las distintas áreas de la SEDRONAR en relación con los procesos señalados, el otorgamiento del subsidio es la cuestión central de su operatoria. La Secretaría no brinda directamente el tratamiento sino que transfiere el subsidio a las instituciones prestadoras a las que deriva los pacientes. Por este motivo, la opinión de las instituciones respecto de las características y condiciones en que disponen del subsidio resulta relevante.

En términos generales se puede afirmar que hay conciencia de que el subsidio es la única oportunidad de los pacientes derivados por SEDRONAR de acceder a un tratamiento.

“Si no contaran con una beca de SEDRONAR estarían tirados en la calle.” (Director D3 I II)

¹² En el momento que se hizo la entrevista había 30 pacientes bajo tratamiento.

“El paciente que SEDRONAR me envía es el paciente que no puede llevar a otro lugar, no tiene dónde enviarlo.” (Director C3 I II III)

Sin embargo, por una parte algunos entrevistados consideran que el hecho del subsidio y la “facilidad” de acceder al mismo inciden en una valoración inadecuada del tratamiento por parte de los pacientes “SEDRONAR”. Por la otra, sus dificultades económicas y la necesidad de aportar al presupuesto familiar también inciden en el sostenimiento del tratamiento en el tiempo y abandonan o procuran acelerar los tiempos de internación o reinserción social.

“Quizás esto del subsidio de SEDRONAR hace que para los pacientes no haya un valor de lo que es estar internado. Entonces es como que se lo ve muy fácil al subsidio, como que se lo consigue muy rápido; hay pacientes graves que el primer día dicen me quiero internar y recuperar y sabe que si a los diez días se va puede volver a entrar por SEDRONAR otra vez, ...eso hace mucho también a la continuidad del paciente...” (Coordinador C3 III)

“...el tema con el paciente de SEDRONAR es que como está subsidiado no paga nada pero tiene muchos problemas económicos entonces tiene que salir antes del año a trabajar y ahí es cuando empiezan los problemas porque hay temas que por ahí no están bien trabajados y bueno hay todo un contexto social en la realidad que no ayuda para nada justamente” (operador D3 I II)

La insuficiente duración del subsidio: No se registraron cuestionamientos en relación con los montos de los subsidios pero hubo consenso generalizado sobre la insuficiencia de los subsidios en términos de su duración. Este consenso se basa en la imposibilidad de cumplir en 12 meses las etapas necesarias para garantizar, de alguna forma, la reinserción social de los pacientes.

“Nuestros tiempos, sí, son suficientes, no los de SEDRONAR. Considero que doce meses no alcanza...” (Operador C3 II III)

“... por ejemplo con el SEDRONAR pasa eso, los tratamientos son a plazo fijo, si hay algo que no está indicado en la psicoterapia es el plazo fijo, el límite de un año, complejiza... nos restringe las posibilidades de alcanzar ciertos estados o ciertos progresos...” (Director C3 I II III)

Los fundamentos se hallan en los tiempos de consumo de los pacientes, las modificaciones operadas en los últimos años en relación con la problemática de la drogodependencia y la judicialización de muchos de los pacientes entre otras cuestiones de peso.

“Yo no puedo hacer algo con un tipo que se drogó durante 14, 15 o 20 años...en 12 meses. No, el tipo de subsidio no coincide con el tratamiento, estamos hablando de que hay que solucionar muchísimos traumas de ese tiempo de consumo más el que no consumió porque la persona no nació consumiendo, entonces en 12 meses es imposible poder trabajar”. (Director C3 II III)

“El consumo en la Argentina cambió durante los últimos veinte años de forma brutal. Ya no hay más adictos como hace veinte años atrás que estaban vinculados a problemas exclusivamente afectivos del núcleo familiar. Está totalmente vinculado con cuestiones delincuenciales, la mayoría de las veces nos encontramos con que el problema de la adicción es secundario con respecto a otras cuestiones y el abordaje tiene que ser necesariamente multidisciplinario. En la comunidad recibo yo al paciente con 7, 8, 10 años de consumo y el tiempo de trabajo que tenemos nosotros a lo sumo con un residente de SEDRONAR es un año. (...) El tiempo, el tiempo, el tiempo. Realmente es muy poco el tiempo que se les da” (Director C3 III)

“Los tiempos de tratamiento son mas largos que los subsidios. Y a veces se pide que se le de una prórroga... de hecho cuando hay pacientes que están internados

judicialmente, se le manda un escrito al juez y el juez ordena eso". (Enfermero C3 II III)

Pareciera entonces que el tiempo de subsidio es suficiente para cumplir una primera etapa del tratamiento, en general ligada a la desintoxicación, estabilización y reflexión del paciente sobre las problemáticas que lo llevaron a consumir. Y aquí ya intervienen consideraciones acerca de la cronicidad de la adicción y de la necesidad de contar con algún tipo de acompañamiento durante toda la vida.

"9 meses, 10 meses, 1 año, depende si lo hacen bien todo sobre ruedas, incluidas las recaídas esperables durante el tratamiento (...) esos tiempos y que empiecen a resolver los problemas depende de cada uno, cuando alguien hace una terapia es tan personal, tan subjetivo esto." (Psicóloga C3 III)

"La SEDRONAR lo que no puede brindar y que brindan otros lugares es la continuidad. Acá se pierde, lo que viene después, se pierde. O sea se da el alta, se abre la puerta y hay un vacío". (Directora C3 II III)

"El equipo formado es un equipo en donde se hace hincapié justamente teniendo en cuenta el tiempo que se tiene. Entonces en ese año se trabaja lo máximo que se puede con el paciente, respetando el tiempo del paciente. ¿Resolver el problema? No. No podemos resolver en un año la cuestión adictiva, social, familiar". (Subdirector C3 III)

"... ese año y medio es para parar de consumir, para juntar abstinencia y a partir de ahí hacer un tratamiento de por vida, pero en el sentido....de tener una contención, una terapia individual con un psicólogo por fuera y de tener un grupo de pertenencia que sería un grupo de sostenimiento de adicciones, de alcohólicos anónimos. En general ningún terapeuta de adicciones te va a decir que con eso ya está". (Operador D3 I II)

Por otra parte, considerando que las recaídas son habituales, los reingresos se presentan a veces con un tiempo de "descuento" o sea un tiempo ya consumido del subsidio y el plazo remanente se convierte en una nueva limitación.

"En teoría para un tratamiento tendrían que alcanzar, lo que pasa es que ellos no contemplan la cronicidad de esto, que puede haber una recaída. Y entonces por ahí si es un año de subsidio si han estado en otra comunidad tienen una recaída, vienen acá, tienen menos tiempo". (Operador C3 II III)

"En algunas ocasiones SEDRONAR nos ha derivado que ya han usado algún par de meses, una parte... Nosotros no podemos trabajar por menos de ocho meses". (Directora B3 III)

"Hoy por hoy caen acá y peor, porque tienen sólo tres meses de beca, porque el resto se la comieron otras instituciones". (Directora C3 I II III)

Se acuerda que cada tratamiento tiene sus tiempos, que "cada caso es distinto" pero en general se considera que se requieren entre 18 meses y 2 años de plazo como lapso ideal.

"Es que si, en realidad el tratamiento tendría que ser más largo, pero no tenés subsidio más largo... pero yo creo que tendría que ser de dos años..." (Director C3 II III)

"El tiempo promedio de los tratamientos es 9 meses de internación y 1 año de reinserción social, ese es el que llamamos tradicional. Sí, a veces hay que repactar con SEDRONAR, renegociar una extensión, por eso no tenemos problema. Y a veces becamos al paciente". (Director C4 III)

“...Nos tomamos bastante más tiempo para que el pibe se pueda reinsertar bien pero mínimo dos años” (operador C3 I II III)

“El tiempo promedio de los tratamientos es de 24 meses. Es suficiente si después hay un seguimiento; suficiente en cuanto a lo que nosotros creemos que tiene que ser una internación y un hospital de día, si, es suficiente... pero no, los subsidios son de doce meses”. (Coordinador C3 III)

Si los doce meses de subsidio resultan insuficientes, según la mayoría de las instituciones consultadas, ¿qué soluciones arbitran cuando se termina el tiempo subsidiado y el paciente debe seguir en tratamiento?

Alternativas cuando los tiempos no son suficientes: Las alternativas son muchas y como lo expresan varios de los equipos tratantes “hacen malabares” para que poder sostener los tratamientos el tiempo necesario.

La primera es el **pedido de prórroga de tratamiento**. En general las instituciones saben que si lo logran, la extensión es de 3 meses y pocas veces se puede extender más. De todas maneras, reconocen que SEDRONAR suele acordar esta prórroga cuando la demanda es fundamentada.

“Por lo general estamos todo el tiempo pidiendo la prórroga. Se da el caso de trabajar en instituciones donde se quiere adaptar el tiempo de tratamiento al tiempo del subsidio, por suerte no acá.” (Psicólogo C3 I II III)

“Igualmente siempre está la posibilidad de prórroga y de extender el subsidio, no es que se cumple el año y si o si se va de alta, porque hay pacientes que han pasado este tiempo, y ha pasado porque realmente lo necesitaba, porque había cosas que no se habían logrado ... Si, el SEDRONAR es uno de los que permiten pedir prórroga, siempre que esté justificado y que sea por un objetivo terapéutico, si, por lo general extienden las becas” (Psicóloga C3 I II III)

“Se puede pedir una prórroga y se pide de alguna manera que se le de un tiempo más del tratamiento para que el paciente pueda concluir”. (Director C3 II III)

Los pacientes que agotan la instancia de la prórroga no siempre se encuentran en condiciones de “estar en la calle”, es decir en la etapa de “reinserción social”¹³. Algunas instituciones, las menos, admiten su impotencia y optan por dejar que el paciente “lo resuelva como pueda”, es decir no le ofrecen **ninguna opción**.

“... hay pacientes que necesitan más tratamiento y al acabarse los subsidios no hay forma de seguir realizando el tratamiento” (Psicólogo C3 II III)

“Becas hasta donde yo sé no hay, si se que hay pacientes que se les ha acabado el subsidio y han quedado quizá esperando un tiempo a que llegue un subsidio y nunca llegó. Pero en la institución no hay becas”. (Psicólogo C3II III)

Pero en general consideran “un deber” continuar asistiendo a los pacientes y aquí se abre un abanico de alternativas que refleja la preocupación de las instituciones por esta fase crucial del tratamiento. Algunas optan por **subsidiar totalmente las etapas finales optimizando los recursos disponibles**, considerando que son pacientes que merecen el esfuerzo.

“... y la mayoría la verdad es que la parte final del tratamiento los becamos nosotros, corre por nuestra cuenta”. (Director C3 III)

“Nosotros brindamos el tratamiento que no tenga el subsidio y lo subsidiamos nosotros; hoy subsidiamos la mayor de las reinserciones de la Secretaría. Es muy

¹³ En el punto C de este capítulo se detallan las fases de los mismos.

complicado porque a veces uno se encuentra con pacientes que no tienen un recurso de anclaje.” (Directora C4 III).

“... generalmente la institución termina subsidiando el proceso completo de reinserción, hay muchos chicos que terminaron, que hicieron el tratamiento completo con SEDRONAR, están becados en un principio por SEDRONAR, después los tiene que sostener la institución... Nosotros no tenemos la posibilidad de conseguir otro tipo de subsidio...” (Director C3 II III)

“...acá si hay ganas de trabajar y voluntad de cambiar la calidad de vida acá no se deja a nadie sin tratamiento porque no lo puede pagar” (Coordinador C3 III)

Otras tienen como política **subsidiarlos parcialmente** solicitando una pequeña contribución a los que van consiguiendo ingresos o tienen familias. Esta política es fundamentada como una forma de generar responsabilidad sobre el propio tratamiento.

“... si nosotros consideramos que la persona necesita continuar, continúa es decir si en ese momento la persona está en condiciones de empezar a trabajar, bueno en esos casos si puede pagar algo le cobramos. Siempre tratamos de cobrarle algo porque creo que ayuda a nosotros y además ayuda a la vinculación El riesgo que se corre es que es algo gratis y a veces entonces no se le da el valor que tiene, entonces es también terapéutico que se meta la mano en el bolsillo y que le cueste. Pero no terminamos los tratamientos antes de que estemos seguros razonablemente de que está para terminar. ...” (Director D3 I II)

“Vos sabes que no... que no cubren la etapa mas complicada que es la reinserción... Y, se pide una extensión que no siempre se da, y sino los becamos nosotros, por ahí cuando son chicos que empiezan a trabajar o tienen una obra social, o que pueden colaborar o aportar, se lo pedimos y los chicos lo dan...” (Profesional C3 II III)

También en alguna institución se utilizan los fondos generados por un **emprendimiento productivo** para subsidiar estas etapas finales de los tratamientos.

“Vamos para adelante, lo hacemos nosotros, y para eso tenemos la panadería, el micro emprendimiento es para sostener a los que se les termina la beca... nuestra discusión con el Estado es histórica... que nos obliga a tener un criterio económico de rehabilitación...” (Director C3 III)

Otras instituciones toman como posible **derivación el Programa SER** de SEDRONAR. Si bien en algunas se maneja la información sobre lo que ofrece el programa, en otras no hay datos sobre los trámites requeridos para acceder al mismo.

“...SEDRONAR da un subsidio post alta de un año que es como un recurso para reinserción laboral y que a ellos les pagan una vez por mes y el paciente con ese ingreso en tanto consigue trabajo paga su tratamiento”. (Director C3 I II)

“Sí sé que hay un programa que es el SER que se continúa y después he estado en contacto con pacientes que han seguido con sus terapias individuales no sé específicamente que fue lo pactado....” (Psicóloga C3 I II)

“yo sé que SEDRONAR después les da el programa SER, creo que tienen un grupo cada tanto y ellos subsidian después de cada tanto algo de plata para que los pacientes hagan terapia, de acá se le ofrece eso.” (Psicólogo C3 I II)

Otra opción es la **derivación al sistema público**. En algunos casos se hacen los contactos necesarios, en otros se los encamina y algunas instituciones solicitan ayuda de SEDRONAR para lograr cupos para los pacientes que derivan a esta instancia. Sin embargo, a veces estas derivaciones se realizan aún pensando que son opciones que no son útiles a los pacientes.

“Nosotros tenemos un contacto, si querés escueto, dónde va a seguir el tratamiento: Si es de la Provincia de Buenos Aires, nosotros un mes y medio antes, le encontramos un turno, va a entrevistas, enviamos una epicrisis, que es un resumen, hay entrevistas programadas con el paciente una vez por semana y después termina ingresando, tratamos de articular; los CPA de la Prov. de Bs. As. funcionan bastante bien...” (Psicóloga C3 I II III)

“La realidad es que se lo armamos nosotros, hablamos con la familia, con el paciente le decimos que no hay extensión posible por ende la familia con el paciente - insistimos bastante en esto- que vayan a un hospital público, en el mejor de los casos si lo pueden pagar lo pagarán. Hay infinidad de centros en capital donde tenga un terapeuta y un psiquiatra, y esto es lo que armamos nosotros, lo derivamos nosotros al Borda o al Alvear... No continúan acá el tratamiento..” (Directora C3 II III)

“Pedimos la extensión de beca y si no nos la dan, tenemos que orientar a los servicios públicos gratuitos...esta es una institución privada y tienen que pagar un arancel y la mayoría de estos pacientes lamentablemente no pueden”. (Directora B3 III)

Finalmente, cuando los pacientes tienen algún tipo de ingreso, varias instituciones los orientan para **inscribirse como monotributistas** y de esta manera acceder a una obra social que se haga cargo de la etapa restante del tratamiento.

“Ahora hay algo maravilloso, que viene bastante bien, que es que en este momento un paciente en un año se inscribe en monotributo. Al inscribirse en monotributo tiene acceso a una obra social, al tener acceso a una obra social, tiene tratamiento. Entonces lo que estoy tratando de hacer es que pacientes que veo que pueden pagar un monotributo y todo esto, que empiecen ese trámite y por ahí en tres, cuatro meses no necesiten más del SEDRONAR, para que las obras sociales les cubran el tratamiento.” (Director D3 II)

“Y ahora están con esto del monotributo, que te da obra social, y creo que de acá se los orienta como para que no queden descubiertos; el tema es la posibilidad que tenga cada paciente de poder pagar... lo que pasa es que alguien que viene de SEDRONAR no lo puede pagar, pero pagando monotributo.. creo que pagan \$105 por mes, y se los va advirtiendo, como diciendo anda fichándote...” (Psicólogo C3 III)

Hay además instituciones que manejan un **menú de opciones** para tratar de que ningún paciente quede sin tratamiento. De acuerdo al caso ofrecen la alternativa que consideran más oportuna. Estos son quizá los casos que muestran mayor reflexión sobre la continuidad de los tratamientos de los pacientes que han logrado superar la fase de internación y de subsidio.

“Si, se pactan aranceles acorde con las posibilidades... y si no, se los deriva a un centro hospitalario, nosotros no hacemos beca. El tema del pago es importante para el proceso terapéutico y el progreso. (...) Consideramos que esta es una estación de tránsito, un pasaje por un proceso que le va a llevar mucho más tiempo, en otro régimen, no esto de tenerlos acá todo el día como medida de contención. Terminamos cuando se acaba el subsidio y el paciente tiene que tomar una decisión. Ya eso para nosotros es bueno, sea que se vaya a otro lugar o elija quedarse acá”. (Director D3 I II)

“Mira, las extensiones son de acuerdo a como van... porque si se les termino la beca de SEDRONAR pero ellos no se sienten preparados para ir al programa Ser.... Acá los chicos siguen viniendo una vez que se rehabilitaron... participan de los grupos, llaman por teléfono.... Si no te podes pagar un ambulatorio.... Y gastabas tanta plata en droga... quizá te haga falta un poco más. (...) lo conveniente es un ambulatorio, si no SEDRONAR se encarga a través del programa SER”. (Operador C4 III)

“Hay varias posibilidades. Una es que se llegue a un acuerdo con la familia del paciente y se llegue a un acuerdo de determinado pago como para hacer hospital de medio día y ambulatorio. O sea, el paciente seguiría haciéndolo particularmente. La

otra es que si la familia no tiene recursos para eso la SEDRONAR tiene un programa de reinserción, o los deriva a otro lugar donde haya hospital de medio día; o al sistema público...” (Directora C3 III)

En síntesis, hay coincidencia en que dadas las características de la población que atiende la SEDRONAR, el subsidio es la única posibilidad de acceso de estos pacientes a un tratamiento. También hay consenso en términos de la insuficiencia de la duración de ese subsidio para completar un tratamiento. Por el contrario casi no se registran quejas en cuanto al monto asignado por paciente. Finalmente, son múltiples las formas que las instituciones arbitran para dar continuidad a los tratamientos una vez finalizado el subsidio del paciente. Se recurre a un amplio arco de alternativas que incluyen la utilización de fondos propios y la derivación a instituciones del sector público para continuar con la atención entre otras.

2. C. Los tratamientos

El tratamiento, es decir, el conjunto de prestaciones y estrategias de intervención ofrecido al paciente, tiene como propósito ayudarlo a superar su relación problemática con las sustancias psicoactivas y constituye la principal articulación entre la SEDRONAR, la institución prestadores y los pacientes y sus familias. En este sentido, es el punto nodal de este estudio, en tanto expresa el modo de concebir y encarar la problemática del uso abusivo de sustancias. La forma que este finalmente asume en cada uno de los pacientes refleja la apropiación efectiva de quienes demandan asistencia. Por lo tanto, antes de analizar los resultados de esta apropiación, se trata en este apartado de caracterizar los tratamientos, en su concepción, metodología y estructura, desde la perspectiva de los equipos profesionales de las instituciones en las que los pacientes realizan los tratamientos.

2. C.1. La comunidad como método

La casi totalidad de los pacientes subsidiados (95%) es atendida en comunidades terapéuticas, sean éstas residenciales o para tratamiento diurno. Como se verá en los puntos que siguen, existe cierta uniformidad en la forma de encarar los tratamientos.

En efecto cuentan generalmente con un “modelo” básico del proceso de tratamiento, que denominan de “comunidad”, una base programática común que se va adecuando sobre la marcha a las características y la evolución de cada persona.

“El sistema de trabajo es como en la mayoría de las comunidades, son todas muy parecidas, hay grupos de contención, grupos de confrontación... si bien es parecido, todos tienen un programa diferente pero que enfocan todos en lo mismo”. (Operador C3 II III)

“Hay una base programática para cada fase del tratamiento, pero a partir de cómo se adapta cada chico a ese programa o a esa estructura, las dificultades individuales de cada uno, se van planteando distintas formas de abordarlo”. (Operador C3 II III)

“Hay un tratamiento generalizado, después de la evaluación de cada paciente, se empieza a personalizar eso...depende la problemática de cada persona”. (Coordinador C3 III)

“Tenemos una estructura del tratamiento que vamos llevando adelante. Ya está como aceitado ese mecanismo...la idea es que tenemos cosas estandarizadas es un tratamiento individual cada uno recibe de acuerdo a su capacidad a su nivel de contención afuera, a donde vive, su historia”. (Director C3 III)

“Tenemos un plan de tratamiento de 12 meses aproximados que consiste en terapia individual, entrevistas con el psiquiatra, grupo terapéutico, talleres y todo lo que sería laborterapia que es por área de trabajo”. (Profesional B3 III)

*“Es una dinámica flexible, algunas cosas están estipuladas y otras se organizan a medida que van ocurriendo, sobre todo al ser una comunidad de puertas abiertas”.
(Terapeuta D3 I II)*

Estos programas están organizados en etapas que si bien varían en cantidad, denominación y duración, siguen una lógica similar y están vinculadas a los objetivos de los tratamientos: la etapa de admisión de alrededor de un mes pero que en algunas instituciones se extiende hasta a 3 meses, de conocimiento y aprendizaje de las políticas, normas, valores y dinámica cotidiana de la comunidad así como de evaluación de la persona, sus circunstancias y necesidades. La segunda etapa de comunidad propiamente dicha con intervenciones grupales e individuales orientadas a la toma de conciencia de la enfermedad y a modificar actitudes, percepciones y comportamientos de la persona relacionados con el uso de drogas así como dirigirse a sus necesidades sociales, educacionales, vocacionales, familiares y psicológicas. Finalmente una etapa de “reinserción” que procura facilitar la separación de la persona de la institución y crear las condiciones para su transición a la sociedad en general. Esta última etapa suele implementarse de forma ambulatoria sobre todo en aquellas instituciones que incluyen esta modalidad. En muchos casos cada una de estas etapas implica a su vez diversas fases con objetivos de progresiva asunción de responsabilidad personal y social.

“El programa está estructurado en 2 áreas: 1 admisión y comunidad terapéutica que es la parte más introspectiva del tratamiento para después ya pasar a lo que sería la etapa de que la persona vuelva al contexto social que es el área de comunidad avanzada y reinserción social que es el área 2 de la institución”. (Coordinador C3 III)

“...el programa está dividido por fases básicamente. Para iniciar, de las primeras fases, el hecho de poder justamente, ingresar a una estructura de vida. Por otro lado, dentro de esa misma etapa, poder empezar a ver el límite, las normas. En la etapa intermedia y de pre-comunidad el objetivo principal es el hecho de un inicio real de toma de conciencia y enfermedad, como para partir y en la apertura a los temas familiares... Y también prevención de recaídas y salidas terapéuticas, y la parte fundamental de reinserción social primero y laboral después. Sin reinserción social no es posible la laboral”. (Subdirectora C3 III)

“Hay una organización estipulada que tiene con ver con los tiempos del tratamiento, los chicos saben que el primer año es de internación, que durante el primer año reciben visitas, a partir de los cuatro meses recién tienen la primer salida, en lo que es un tratamiento normal....después van teniendo las salidas mensuales y ellos saben que todo esto de los médicos, psicólogos, sus charlas, sus ejercicios, todo esto es la rutina que los mantiene ocupados durante toda la semana, y después empezamos a trabajar lo que tiene que ver con la reinserción, a partir de las primeras salidas”. (Psicóloga C3 III)

“Acá el tratamiento está dividido en tres fases, la primera es crítica por la adaptación, el cambio de hábitos, el no consumo. La fase B es crítica porque se trabaja qué cosas enfermaron y darse cuenta de eso no causa gracia y la última fase también es crítica porque a muchos les cuesta armar un proyecto, hay algunos que no tienen donde ir y muchas veces les da miedo vivir fuera de la institución...” (Operador C3 I II III)

Esta estructuración por etapas y/o fases no es privativa de la modalidad residencial. Los programas en los hospitales de día también se organizan por etapas o fases que en general implican distinta cantidad de horas e intensidad de asistencia a la institución.

“A partir de acá, entra en fase 1. No puede...un montón de cosas hasta que más o menos tiene una abstinencia después de 3 ó 4 meses ahí es cuando se empieza a evaluar caso por caso: si necesita trabajar, si necesita estudiar, en general al principio es todo igual...En el cambio de fase se hace todo una autoevaluación previa, un trabajo previo de cada paciente con su terapeuta y en esas multifamiliares pasan de

fase. En general son 3 meses de fase 1 y a partir de los 3 meses pasan a fase dos y serán más o menos de 7 a 8 meses en fase dos. En esos momentos son como los puntos de inflexión donde se hace la autoevaluación de cada uno". (Operador D3 I II)

"... tenemos tres modalidades: lo que es sistema ambulatorio propiamente dicho, que son grupos en que los pacientes vienen dos o tres veces por semana, dos horas, entonces esos son en general los que ya están en salida, los que terminaron el tratamiento; después está lo que es media jornada, que vienen de cuatro a ocho, y están los de jornada completa, de ocho horas, desde el mediodía hasta las ocho; entonces un paciente que llega peor, está ocho horas, cuando está mejor pasa a cuatro y después del año normalmente pasa al ambulatorio que vendría a ser, digamos... el ambulatorio no tiene tiempo, o sea un paciente puede estar cuatro años, porque es una contención..." (Psicólogo D3 II)

Sólo las instituciones de tipo A (clínica psiquiátrica) y B (CT con guardia profesional) presentan peculiaridades en el modo de tratamiento. En el primer caso, se trata de un objetivo de compensación, luego del cual son derivados a otra institución mientras que en el segundo conviven pacientes duales y no duales, tienen mayor grado de profesionalización del personal (por ejemplo no trabajan con operadores que sean ex-adictos y requieren de ellos algún nivel de formación universitaria) y adquiere relevancia el seguimiento psiquiátrico para los primeros:

"Los pacientes no se quedan mucho tiempo con nosotros... si el chico ya puede estar en comunidad entonces ya está... En pacientes psicóticos lo tiene que hacer con una comunidad que trabaje con duales o una comunidad que tenga mucha flexibilidad... no es fácil trabajar con pacientes duales cuando no todos son duales". (Director A3 III)

"... somos especialistas en el tratamiento de pacientes duales, esto es importante porque no es el mismo tratamiento que con los pacientes neuróticos. El paciente sicótico tiene tiempos diferentes, ... nosotros tampoco podemos hacer mucha diferencia sino que tenemos que explicarle... para que comprendan sus otros compañeros que no son sicóticos, que entiendan de que tienen tiempos diferentes, que la medicación es diferente y el proceso evolutivo también". (Directora B2 III)

La vida en la comunidad se rige por una "estructura". Esta aparece como una herramienta fundamental para el aprendizaje o la recuperación de normas de conducta a las que las personas en tratamiento deben adherir. Las actividades rutinarias, con sus horarios y sus pautas sirven para contrarrestar las vidas "desordenadas" de los residentes y enseñarles como planificar, fijar y lograr metas y ser responsables.

"El paciente adicto necesita trabajar dentro de una estructura... porque en un punto el paciente necesita volver a estructurar lo que perdió, si es que alguna vez lo tuvo" (Director C3 I II III)

"... se diagrama una estructura o un dispositivo, en ese dispositivo se pueden dar un tipo de actividades desde psicoterapia individual, grupal, familiar, vincular, talleres, actividades deportivas recreativas". (Directora D3 I II)

"La idea en principio cuál es?, que se organicen un poco y que dejen de consumir, y eso se logra teniendo un día pautado, una organización que sea en principio externa, para que se vaya internalizando". (Psicóloga D3 II)

La comunidad tradicional se basa en un modelo jerárquico por el cual las personas transitan y progresan sobre la base de una secuencia de tareas que conllevan responsabilidades y privilegios crecientes. Para el que ingresa a una comunidad, la relación entre compañeros sirve para aprender y asimilar las normas y desarrollar habilidades sociales y hay un "hermano mayor" que lo introduce a las normas de la casa. Algunas instituciones trabajan de modo más horizontal y participativo:

“Este es un sistema social jerárquico. A mayor responsabilidad, mayor privilegio. Cuando entran son residentes fuera del sistema, tiene un hermano mayor que le explica que hacer y que no, en un momento le sacamos el hermano mayor y entra en el dispositivo”. (Director C3 II III)

“En la primer fase del tratamiento... es simplemente mostrarle las costumbres de la casa,..., no tiene todas las obligaciones del resto,...tiene un hermano mayor que hace de acompañante terapéutico, un operador que hace prácticamente un grupo diario y también un psicólogo; esto sería como preparatorio para el tratamiento: cuáles son sus obligaciones, sus derechos, a qué puede acceder, por qué está acá... propiciando la inclusión del muchacho en el tratamiento...” (Director C3 I II III)

“...y junto con el paciente vamos armando las estrategias; el paciente es partícipe de todo esto... todo es individual... No hay rangos entre los pacientes, los pacientes son pacientes desde que ingresan hasta que se van, estén en cualquier modalidad...” (Director C4 III)

El personal a cargo de los tratamientos es el principal actor involucrado en ayudar a los pacientes a redefinir la relación que estos establecen con las sustancias. Se conforman equipos multidisciplinarios integrados por psicólogos, médicos, y operadores socioterapéuticos, muchos de ellos recuperados del uso de drogas. En todas las modalidades, el trabajo en equipo tiene una relevancia considerable por cuanto sus reuniones periódicas constituyen el ámbito privilegiado para el intercambio de información, la evaluación y el seguimiento de los casos así como la toma de decisiones respecto de los tratamientos. La concepción prevaleciente es que se trata de una problemática que no puede encararse desde una sola perspectiva profesional.

“Bueno esto es una comunidad terapéutica y tenemos reuniones de equipo una vez por semana y después se van desarrollando a lo largo de la semana los grupos psicoterapéuticos que están coordinados por psicólogos, las terapias individuales que están coordinadas también por psicólogos y tenemos diferentes talleres coordinados por operadores, y momentos de recreación coordinados por operadores salvo gimnasia que lo coordina un profesor de gimnasia.” (Director C3 III)

“No hay forma de trabajar la drogodependencia si no hay trabajo en equipo. e ir armando un tratamiento no como un estanco sino que vemos como se mueve el paciente con respecto a su familia, al medio, sus lados flacos, o sea armamos una estrategia”. (Director médico C4 III)

“La planificación de los tratamientos, las estrategias a seguir, los objetivos a trabajar con el paciente y donde está parado actualmente. Todo eso se trabaja en equipo y se toman las decisiones en equipo”. (Psicóloga C2 III)

“La modalidad de trabajo es a cargo de un equipo interdisciplinario que es el que tiene el criterio técnico de la intervención”. (Directora D3 I II)

2. C. 2. De la abstinencia a la reinserción: los objetivos de los tratamientos

Cualquiera sea la modalidad de tratamiento o el tipo de institución en que se brinda, los propósitos y objetivos perseguidos son similares y generalmente se plantean en forma de proceso. Si bien se persigue la abstinencia o abandono total del consumo, ésta se plantea sólo como condición para poder trabajar aspectos que permitan acceder a una mejor calidad de vida.

“El objetivo principal del tratamiento es mejorar la calidad de vida...trasciende el consumo. La droga es un síntoma...” (Coordinador C3 III)

“...si uno piensa que están acá para rehabilitarse y no volver a consumir, ese podría ser formalmente un criterio pero lo que nosotros trabajamos con ellos es que no son las drogas... el problema no esta ahí, si no en el cambio de actitud de ellos para resolver las cosas, encontrar un modo diferente de resolver problemas que no sea la droga”. (Psicóloga C4 III)

“Primero que tengan conciencia de enfermedad, conciencia de tratamiento y por supuesto que se logre la abstinencia”. (Psicóloga A3 II III)

“...primero la abstinencia. Con la abstinencia uno puede ir viendo como ir ayudando al paciente a que se reinserte sin drogas en su ámbito familiar, social, laboral... creo que el primero es la abstinencia y el último sería la reinserción”. (Operador D3 I II)

Desde una concepción prevalente de la adicción como enfermedad de larga duración, el objetivo en el que más se insiste es en una toma de conciencia del problema para poder de allí revisar valores y conductas, reaprender normas de convivencia, cambiar actitudes y hábitos y hacer un mejor ejercicio de la libertad. Sin conciencia de enfermedad, no habría posibilidad de cambio.

“Aceptar, reconocer y modificar. Uno tiene que aceptar, reconocer en donde está y después modificar... el tratamiento es de por vida”. (Operador C3 II III)

“Nosotros no trabajamos para que el paciente se deje de drogar, eso lo tenemos bien claro; nosotros trabajamos para que el paciente tome conciencia de la problemática que tiene, y en base a eso que pueda empezar a decidir y a tomar decisiones en su vida”. (Director C4 III)

“Tratar que el paciente tome conciencia de su enfermedad, fundamental, y que el tratamiento no es una cosa breve sino que tiene que ser por un tiempo prolongado” (Psiquiatra A3 II III)

“Primero tenemos que generar conciencia de situación, que están internados ahí porque son enfermos, eso es conciencia de situación. Luego conciencia de que necesitan ayuda, estás ahí porque necesitás un profesional que te ayude para poder vivir libre de drogas y de alcohol, para hacer una vida sana... es una enfermedad” (Directora B3 III)

“...tomar conciencia de su problemática en el aquí y ahora y a futuro. Va a ser una problemática que va a tener que enfrentar y trabajar posiblemente el resto de su vida no”. (Director D3 I II)

Pero el objetivo último, coincidente generalmente con la última etapa de los tratamientos, es la “reinserción” en el afuera, para lo cual todos tienen en cuenta la necesidad de lograr modificaciones en los vínculos familiares y promover la elaboración de un proyecto de vida; en muchos casos se plantea también el aprendizaje de habilidades educativas y laborales para poder hacer esa transición.

“El segundo objetivo es la reinserción social que es muy complicada, son familias muy disfuncionales por ende es muy complejo la reinserción del paciente en el ámbito familiar y socialmente se les complica muchísimo adquirir un trabajo o estudiar” (Directora C3 II III)

“La recuperación, poder realizar un proyecto de vida afuera, y que este proyecto les permita incorporarse a este sistema. Es el objetivo final. Poder desarrollar un proyecto de vida”. (Trabajador social C3 II III)

“En todas las etapas del tratamiento digamos que el pilar del tratamiento está basado en un cambio de hábitos, o reencontrarse con aquellos que tuvo y que abandonó, con los valores que también alguna vez los perdió y si no los tuvo los tendrá que aprender: valores éticos, morales; entonces el objetivo final es ese, que de aquí salga una persona con valores y habilidades para poder enfrentar el mundo que les espera allá afuera”. (Director C3 III)

“La reinserción social para mi es lo principal, ordenar sus cosas y volver afuera y funcionar”. (Profesional B3 III)

Algún tipo de reinserción social es como el más importante, de contención también familiar y te podría decir la abstinencia pero no sé si es lo principal, lo principal es la reinserción social...de alguna manera que lo principal es que de nuevo se arme algo de eso, que salga de acá pudiendo estar afuera”. (Psicólogo D4 I II).

La concepción de la adicción como enfermedad “crónica” se refleja también en los testimonios respecto de las condiciones planteadas para dar el alta de los tratamientos. No existe homogeneidad de criterios, y se pone el acento en el logro del pasaje por sus diversas fases, en el sostenimiento de la abstinencia, en la modificación y/o reconstrucción de los vínculos familiares y sociales, en la capacidad de manejar situaciones de riesgo y en la existencia de un proyecto de vida relacionado con lo laboral o lo educativo. Pero en casi todos los casos se plantea la necesidad de seguir con psicoterapia individual o grupal. El tratamiento así planteado aparece como una etapa en la búsqueda de un vínculo diferente con la droga. Incluso en varios casos, se evita el término *alta* y aparece el de *graduación* o *cierres de tratamiento* para significar el fin de esta etapa.

“...la concepción médica del alta es que está curado y no, las conductas compulsivas no se curan, les digo ustedes van a ser adictos en recuperación,...medio yo parto de que en la adicción no hay cura, uno se recupera y puede mantenerse en tanto no rompa con la sobriedad.” (Psicólogo C3 II III)

“...algo que siempre tratamos de remarcarle, que el tratamiento no termina con la internación, me voy de alta y ya está sino que esto continúa, de alguna u otra manera, en un ambulatorio o en un grupo de CPA o en dónde sea, esto no tiene final en determinado momento...” (Psicóloga C3 I II III)

“Cuando terminan la beca, vienen un tiempo más, y se recomienda que después sigan en tratamiento,. Yo no hablo de alta, hablo de graduación” (Director, C3, II y III)

“No hablamos de alta nosotros, son cierres de tratamiento. Nosotros trabajamos sobre la base de que las adicciones en general no se curan sino que se recuperan, así que el criterio también tiene que ver con eso. Tiene que ver con incorporar todas estas herramientas que van apareciendo en las distintas etapas del tratamiento, y tener la posibilidad de organizar subjetivamente un contexto exterior que le permita ... ya no tener relación con las sustancias, o una relación distinta”. (Directora C2 III)

“No manejamos el término de alta... en general quienes han concurrido un tiempo suficiente de 7 u 8 meses y dejan tratamiento, son pacientes que han tenido y logrado una mejora en la calidad de vida, han logrado establecer un trabajo, que no consumen o redujeron mucho el consumo, que su problema no son los amigos o el barrio y que ellos son responsables de sus actos”. (Director D3 I II)

“El tema de las altas es complicado acá en general lo que pasa es que se terminan las becas, esa es la realidad por los pacientes que vienen. Algunos pacientes que terminan el alta son pacientes que de alguna manera han empezado a trabajar, que han estado un tiempo considerable en abstinencia que han podido vivir de alguna manera sin consumir... es difícil la palabra alta porque por eso digo continuar el tratamiento, en hospital de día... Son esas las condiciones, que el paciente ya tenga armada un poco su vida, que tenga proyectos, que labure, que esté bien afuera y pueda con esto”. (Psicóloga D4 I II)

2. C. 3. Los Enfoques del tratamiento: la combinación de estrategias

En general, los tratamientos involucran una variedad de estrategias reflejadas en el abanico de servicios y prestaciones ofrecidos: terapia individual, terapia grupal, familiar, vincular, actividades recreativas, deportivas, culturales, etc. Estas estrategias, en casi todas las instituciones tratantes, combinan elementos educativos y terapéuticos. Los primeros apuntan a la aprehensión de las reglas de vida de la comunidad, a la adquisición de hábitos y cambio de actitudes, al aprendizaje de los límites, al ordenamiento de la vida cotidiana de los pacientes, así como de su relación con los otros. Los elementos terapéuticos apuntan a la creación de espacios de reflexión personal y/o grupal para la revisión de la historia de vida y de los vínculos y la toma de conciencia de las “causas” de la adicción, bajo el supuesto de que ésta es un síntoma y tiene raíces más profundas en la personalidad y la historia de cada uno.

“En general la comunidad terapéutica tiene distintos tipos de abordaje de la problemática; se puede usar lo socioterapéutico o lo psicoterapéutico.. Lo socioterapéutico tiene que ver mas con una reeducación social... tiene que ver con un encuadre de lo cotidiano, de hábitos, de costumbres,...ya sea, retomar o enseñar hábitos, costumbres, horarios, darle un sentido al día, y lo psicoterapéutico tiene que ver con la historia de vida, historia vincular, historia de consumo, es un poquito mas de psicología profunda...la mixtura de ambos, porque es una problemática que está atravesada por lo social”. (Psicólogo C3 I II III)

“El tratamiento está dividido en dos rieles importantes: la parte terapéutica que tiene que ver con lo que ellos puedan trabajar en la terapia, sus conflictos y la parte conductual que tiene que ver con respetar normas de convivencia... nosotros creemos que la droga es sintomática, y que su enfermedad tiene que ver con otras cosas, con problemas familiares...” (Psicólogo C3 II III)

“Es claro que los casos que vienen acá, la droga es solamente una manifestación del problema y no buscamos una eficacia obsesiva en relación al consumo, sino mas bien un cambio de patrones psicológicos... Tenemos tres momentos, el primer paso metodológico...es sacar al paciente de la cápsula química, entonces el objetivo es la abstinencia, para lo cual nosotros le damos un grupo a cambio de la droga... y está lo que nosotros llamamos “demanda tóxica”, que quiere decir que no hay persona que se pregunte qué le pasa a él, sino hay alguien que dice “yo quiero dejar de consumir”. Una vez que cae el objeto droga, después de seis meses que no consume... dice “el problema no es la droga, el problema soy yo”, entonces es el momento que llamamos...“demanda terapéutica” ...en donde el paciente ...empieza a trabajar desde su terapia “qué me pasó a mi, que tuve una relación tan compulsiva con la droga”, no “porque me drogo quiero dejar de drogarme”, ..., pero una vez que este paciente está mejor... pasó uno o dos años que está haciendo terapia y ya se conoce, hay un momento que es “¿qué puedo hacer por los demás?” ...de demanda sublimatoria o reparatoria, que para nosotros tiene que ver con el tema de la dimensión comunitaria”. (Psicólogo D3 II)

Sin embargo se pueden identificar matices en cuanto a la postura frente a la importancia de estos componentes de los tratamientos, por cuanto se enfatizan en algunos casos la importancia de un abordaje más conductual, frente a un abordaje de tipo más psicoanalítico. Otro matiz se refiere a la relevancia del uso de técnicas de índole grupal en relación con la psicoterapia individual, visualizada más como una herramienta para etapas posteriores del tratamiento.

“Es una comunidad terapéutica a puertas abiertas. Intenta ser una síntesis de lo que podría ser una comunidad terapéutica clásica, con un abordaje más psicoanalítico. (es) un programa con pocas medidas educativas” (Director C3 II III)

“Está dirigido el tratamiento al sujeto, o sea es un tratamiento dirigido al individuo. Nuestra orientación es psicoanalítica”. (Directora C3 II III)

“No comparto con el tipo de sistemas de que todo se centre en la terapia individual hay comunidades que si se centran en terapias individuales asistidas todos por psicólogos, nuestro sistema si da apoyo individual acotado, después se indica terapia individual cuando termina el tratamiento”. (Psicóloga C2 III)

“...trabajamos el modelo general de comunidad terapéutica con las normativas base de trasgresiones relacionadas al consumo de drogas, el modelo es abierto, trabajamos básicamente lo que es conductual y afectivo con los chicos. Si bien creemos en el concepto de enfermedad también creemos que va acompañado de falta de aprendizaje social.” (Director C3 III)

“Es un abordaje psicoterapéutico conductual”. (Operador C3 I II III)

Es sobre todo en los hospitales de día donde más se rescata la importancia de los enfoques grupales por la relevancia asignada al contexto familiar y social cuya existencia constituye una de las condiciones para posibilitar una modalidad ambulatoria de tratamiento.

“Si el paciente tiene una buena red familiar y tiene un buen acompañamiento por fuera del tratamiento se lo toma”. (Operador D3 II)

“(…) esto es una problemática no individual sino familiar y social. La drogadependencia tiene que ver con esto. No es un abordaje individual el más favorable, sino instrumental dentro de las redes y el contexto de los pacientes en los mayores puntos de apoyo familia, amigos, clubes – tratamientos. Por supuesto, acá se considera que la familia es un puntal del tratamiento”. (Directora D3 II)

“(…) al menos desde nuestro enfoque, trabajamos el aspecto social del paciente, el aspecto médico, el psicológico, el grupal, ver si se integra, cómo se integra, los vínculos que el paciente tiene o no tiene. Se trabaja en forma integrada, con los pacientes, con la familia, con la pareja.” (Psicóloga coordinadora D3 II)

Otro aspecto que concita cierto consenso en el discurso de los entrevistados es la postura frente al rol de la farmacoterapia como herramienta complementaria y cuyo uso se trata de limitar en la medida de lo posible en el marco de la concepción ya señalada de la adicción como síntoma. Por supuesto se excluye el caso del paso por la clínica psiquiátrica; aquí la medicación constituye un componente fundamental del tratamiento cuyo objetivo es la compensación de los pacientes para su posterior derivación a una comunidad terapéutica.

“La premisa nuestra no es tener gente dopada ni drogada, porque es cambiar una sustancia por otra, y que además el paciente esté lúcido para que pueda aprender o interpretar lo que nosotros transmitimos”. (Operador C3 I II III)

“Hay un concepto de medicación 100% humano, que el chico no esté fluctuando y que la medicación no le aplaque los receptores pero que haga que el chico tome conciencia, después se le va sacando”. (Director C3 II III)

“(…) el psiquiatra es de consulta, no usamos medicación, la institución es de puertas abiertas y libre de drogas, porque no usan medicación las personas que están acá. Lo más difícil es para los alcohólicos. ...Para nosotros los adictos no son sicóticos y no los medicamos”. (Director C3 III)

“La tendencia del lugar es que estén despiertos los pacientes y no dopados. Muchas veces vienen con mucha medicación psiquiátrica y lo primero que por lo menos el equipo espera es que se le baje para poder trabajar con el paciente. Y por ahí hay muchas comunidades que se los dopa y termina cambiando una droga ilegal por otra legal”. (Psicólogo C3 II III)

“Nosotros una de las características es que aceptamos pacientes duales que, ya todos sabemos cuales son los pacientes duales. Y usamos la medicación cuando es necesaria, respetamos la medicación con la que ingresa el paciente y si se puede, cuando no es una estructura psiquiátrica de base grave, le vamos retirando la medicación cuando va transcurriendo el tiempo”. (Directora B3 III)

En síntesis, la mayoría de las instituciones se orientan según principios generales que no son privativos de algún enfoque en particular, combinan elementos similares y se diferencian más por cuestiones de énfasis en los abordajes psicoterapéuticos privilegiados. Esta uniformidad, ya señalada respecto de la base programática, se vuelve a constatar en la forma de articular las diversas técnicas y herramientas disponibles en los programas ofrecidos a los pacientes

2. C. 4. ¿Un año o toda la vida? La duración de los tratamientos

Existe cierto consenso en cuanto a la necesidad de aproximadamente dos años como tiempo requerido para los tratamientos en comunidad terapéutica lo cual, como ya fuera destacado anteriormente en el punto B de este capítulo supera el período del subsidio. Pero en realidad, el tiempo de internación propiamente dicha es de 9 a 12 meses, quedando el siguiente año como etapa de “reinserción social” con una

modalidad de salidas cada vez más frecuentes o directamente con una modalidad ambulatoria.

“A los 60 días, más o menos empiezan a tener salidas e fin de semana a sus casas...después se trata en la última etapa de la comunidad terapéutica o de la internación que dura aproximadamente entre nueve y once meses, a trabajar con un hospital de día, que vaya a la casa todos los días a dormir y que pase ocho o diez horas acá dentro de la institución...después de un tiempo, va a empezar a venir solo tres veces por semana, después va a venir sólo a los grupos, a un grupo semanal, después a un grupo quincenal y después a uno mensual, todo esto lleva dos años de tratamiento”. (Director C3 II III)

“(...) por ahí para nosotros doce meses es suficiente para que le cubra una internación, en casos, después se pasa a un hospital de día, es un proceso que va de mayor a menor”. (Coordinador C3 III)

“El tiempo de tratamiento promedio es de 24 meses. Doce de internación, seis de hospital de día y seis de hospital de medio día”. (Director C3 III)

Pero mientras algunos sostienen que se requiere de más tiempo para el logro de cambios sustantivos, otros, los menos, plantean la conveniencia de una reducción en la duración de los tratamientos.

“Y 18 meses, pero depende la edad porque para un menor, que la familia vende droga... se quedan dos, tres años con nosotros, haciendo cosas para afuera pero conviviendo con nosotros...” (Director C3 III)

“Yo soy un convencido que la confirmación de un cambio se da a los 3 años de iniciado y que por lo menos habría que trabajar entre los 18 y los 24 meses en lo que es todo un cambio de vida...Es medianamente consolidado un paciente con 10 11 meses y se le termina la beca entonces la parte externa, lo que sigue desarrollando uno que ha generado el vínculo con ellos y que han generado el vínculo con nosotros, ya no tenemos acceso”. (Operador C3, II III)

“La política institucional es no dar tratamientos prolongados, es decir un tratamiento promedio no debería durar más de un año incluyendo la reinserción, es decir 6 meses internado sí, pero digamos con salidas, salidas terapéuticas y después empezar todo un tema de reinserción más allá de que el paciente esté internado”. (Directora C3 II III)

2. C. 5. ¿Residencial vs. Ambulatorio? Las modalidades de tratamiento:

La cuestión de la disyuntiva entre internación y hospital de día es un tema actualmente en debate¹⁴. En los capítulos que siguen se procura evaluar si existen diferencias en relación con su eficacia. Pero, desde la perspectiva del personal entrevistado no existe una contraposición entre modalidad residencial y ambulatoria sino más bien un enfoque según el cual constituyen alternativas que dependen de las necesidades y características de cada paciente.

“Hay tres modalidades, internación, comunidad de día y ambulatorio. La internación es para personas sin familia, o donde la familia no tiene autoridad...si su vida está organizada en torno a la droga, necesita internación. La comunidad de día, por lo general, tiene familia presente y tienen un mínimo de conciencia de enfermedad... Y el ambulatorio es para las personas que mantienen un trabajo, estudian... que puede mantenerse afuera”. (Director C3 III)

¹⁴ Los “Lineamientos para el Plan Nacional de Drogas” (2009) y la “Guía de Orientación a la Magistratura para la Adecuada Atención de Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas”(2010) elaborados por la Comisión Interdisciplinaria de Expertos en Adicciones proponen “modalidades de atención escalonada y alternativa a la internación” y que esta quede sólo para pacientes en situación de crisis.

En sus aspectos positivos, la modalidad residencial es sostenida como un mecanismo útil y necesario de contención y ordenamiento “estructural” de la vida de los pacientes en un ámbito de recreación de vínculos afectivos.

“La contención y el amor que hay... es lo mas real, porque en realidad, uno como que esta aislado... la realidad esta ahí, del otro lado, pero se vive de tal manera que es recopado”. (Operador C3 II III)

“Lo positivo que tiene el tratamiento en comunidad terapéutica es el hecho de vivir en comunidad, con otras personas que están atravesando la misma problemática... la afectividad que se da dentro de la comunidad terapéutica, dentro del tratamiento; esta cuestión de relacionarse con los demás desde lo afectivo, me parece que eso es uno de los puntos que mas ayuda para la recuperación”. (Director C3 II III)

“La contención, el seguimiento y el sistema bien normatizado para que nada quede librado al azar”. (Psicólogo C3 III)

Pero quienes se desempeñan en instituciones con internación reconocen sus limitaciones, sobre todo en relación con el tránsito hacia la reinserción social, por la artificialidad y “encapsulamiento” de las condiciones de la vida intra comunitaria y los riesgos de dependencia que ello acarrea. De allí la necesidad de reducir los tiempos de aislamiento y de estimular el contacto con el “afuera”. De hecho, muchas de estas comunidades incorporan las salidas terapéuticas como herramienta para dicha transición e incluyen la modalidad ambulatoria en la última etapa del tratamiento.

“La internación tiene esa desventaja, que aleja de la familia pero la ventaja que la persona está acá, mientras está acá intentamos que haga el tratamiento”. (Director C3 I II III)

“Hay instituciones que lo tienen 5 años y eso ya es una androgenia pura entonces el paciente llega a pensar en su cabeza, en su inconciente, que no puede vivir sin la institución”. (Director C3 II III)

“...la internación es una parte del tratamiento...cuando pasa mucho tiempo de aislamiento pasa a ser negativo, algunas instituciones o comunidades que trabajan con mucho tiempo sin salidas, por ejemplo, eso me parece negativo”. (Director C3 II III)

“Cuanto menos tiempo lo tengas encapsulado en la comunidad menos pierde contacto con la realidad, porque la realidad de la comunidad no es la del afuera, cuando más confrontación con la realidad tengan mejor va a ser porque vas a ver si las herramientas que están incorporando son reales o lo están haciendo como sí, para mí cuanto más está aislado se desdibuja todo porque se aferran a este clima ideal cuando es otra cosa la vida”. (Operador C3 III)

Quienes se desempeñan en hospitales de día reconocen que la modalidad ambulatoria no es adecuada para todos. Pero se destacan como positivas precisamente la posibilidad de seguir vinculados con su medio familiar, de superar la desconexión de la realidad que implica la internación, y la oferta de una alternativa menos “costosa” para la sociedad y para los pacientes e incluso más eficaz que la modalidad residencial.

“El centro de día o el hospital de día es un tratamiento de mediana continencia que hay gente que le viene bárbaro y hay gente que tiene que internarse, y esto no le sirve. Tenemos una idea que es que mientras mas puedas interactuar con el mundo, mas vas a avanzar en resolver los problemas que tenés, entonces si uno dice hay un aspecto desadaptativo en los pacientes, todo eso en una internación no lo trabajas, con ese mundo que necesitas trabajar, entonces en cierto aspecto es una burbuja un poco artificial y... no digo que no sea bueno y que no haga falta, hay casos que no hay otra opción, pero digamos, para nosotros es el último recurso, entonces por eso armamos un ambulatorio”. (Director D3 II)

“...siempre nuestra especialidad fue la búsqueda de sistemas ambulatorios complejos como alternativa a las internaciones; tiene una lógica con la epidemiología, porque...mas del 80% de las consultas por droga, no son problemas de drogadicción, sino que tiene que ver con abuso, desde leve a grave de drogas; entonces como la droga prolifera, y es esperable que va a seguir creciendo, hay como un compromiso sanitario de decir “no podemos seguir armando internaciones para dar respuesta a tanta cantidad de gente”, entonces la idea es crear sistemas que no saquen al sujeto del circuito productivo, en última instancia, que sean mas económicos, no sólo desde el punta de vista material, sino a nivel psicológico, porque internarse es un gasto importante, no sólo a nivel familiar, decir tengo a mi papá o a mi hijo internado” (Psicólogo D3 II)

“El pronóstico de alguien que sale de un ambulatorio, es mucho más profundo y halagüeño de quien sale de una internación, de otro sistema, porque acá no se trabaja la reinserción. Porque reinsertar a alguien que nunca salió., o sea que desde un primer momento va a empezar a trabajar su cura”. (Psicólogo D3 II)

Pero si un tratamiento ambulatorio se caracteriza por su flexibilidad, no deja de reconocerse que el aspecto débil de esta modalidad es precisamente lo que sí ofrece la internación: una estructura normatizada que organiza la vida cotidiana.

“Es un sistema que arriesga mas, entonces ese riesgo puede tener un costo; evidentemente no tenemos la seguridad que tiene el tener a alguien encerrado; en ese sentido evidentemente es una jugada más riesgosa, desde un principio”. (Director D3 II)

“Lo que ajustaría un poco más es el tema de ser más rígidos con los horarios, la normativa... son pacientes que necesitan más estructura de la que estamos dando ahora”. (Psicóloga D3 I II)

“...porque hay pacientes que no están en condiciones de asumir una responsabilidad de ese tipo entonces van a necesitar algo más nebuloso, más cerrado, algo con pautas más conductuales que nosotros no damos”. (Director D4 I II)

2. C. 6. Las condiciones en que se desarrollan los tratamientos

En este último punto se trata de especificar algunas de las condiciones ambientales en que se desarrollan los tratamientos, observadas en aquellas instituciones prestadoras que formaron parte de la muestra. Tal como se adelantó en el capítulo 1 además de los cuestionarios a los pacientes y de las entrevistas al personal se completó una guía de observación a fin de contar con información que caracterizara estas instituciones.

En términos generales, puede afirmarse que cumplen con las normas y requisitos solicitados desde la SEDRONAR para formar parte del padrón de prestadoras.

En efecto, la mayoría de las instituciones visitadas cuenta con espacios adecuados para todas las actividades que se realizan. En las que tienen internación la cantidad de dormitorios y baños para los pacientes son suficientes aunque en muchos casos el mantenimiento es de regular a malo. Esta misma observación puede extenderse a las cocinas y los consultorios. Muchas instituciones no cuentan con espacios verdes o patios y son pocas las que tienen lugares donde practicar actividades físicas o deportes. Esta situación existe particularmente en las comunidades ubicadas en la ciudad de Buenos Aires mientras que las del Conurbano disponen de espacios más amplios que son aprovechados para el desarrollo de las actividades recreativas y deportivas.

Más allá de las diferencias en el mantenimiento y comodidad de los espacios en las instituciones, se pudo observar que en general los espacios disponibles están activos y no se desaprovechan tiempos ni dependencias.

También es importante destacar que, en la mayoría de las instituciones prestadoras visitadas reina un clima amable y de trabajo. Se respira un trato cordial y de respeto a los pacientes. Los pocos casos en que esto fue diferente llamaron la atención de los equipos de campo justamente por el contraste con el resto; en especial por la rapidez con que se vislumbraba el clima de tensión.

En general la limpieza de las instalaciones es buena, hay materiales adecuados para hacerla pero sólo en algunos casos los procedimientos de limpieza están explicitados y a la vista de todos.

En los establecimientos con internación se sirven comidas. En general los pacientes manifestaron no tener problemas con los menús y aceptan de buen grado lo que se les sirve. Los menús son establecidos por nutricionistas, en algunos casos hay indicaciones sobre las compras necesarias, en otros no. Los víveres y los artículos de limpieza se almacenan en despensas específicas.

El estado, mantenimiento y funcionamiento de las instalaciones eléctricas y de gas son en general de regular a malos y en la mayoría no hay normas establecidas sobre el mantenimiento que requieren las instalaciones sino que se responde puntualmente a cada problema que se presenta en las mismas.

En relación a la seguridad todas tienen extintores a la vista, cuentan con tableros con disyuntores y llaves térmicas y salidas de emergencia señalizadas. Algunas tienen normas establecidas en relación con la seguridad del establecimiento. Mientras la mitad no tiene ningún sistema de vigilancia el resto tienen sistemas de alarma, serenos o vigilancia contratada.

Todas tienen procedimientos para actuar ante urgencias médicas y hay registros de derivaciones médicas y medios de comunicación disponibles para esos casos.

En la mayoría de las comunidades terapéuticas las tareas de mantenimiento y limpieza de las instalaciones, la comida y la lavandería son realizadas por los mismos pacientes. Realizar estas actividades es considerado parte del tratamiento de rehabilitación. En el primer caso estas actividades son cumplidas por aquellos que tienen las habilidades específicas. Para la limpieza y la preparación de comidas se establecen turnos rotativos y el lavado de ropa está a cargo de cada paciente en turnos también prefijados. Cada comunidad establece las pautas correspondientes.

Además se indagó sobre la cantidad de personal y la formación y/o entrenamiento que tenían. En este sentido se observó que en prácticamente todas las instituciones visitadas se cuenta con un médico clínico y un psiquiatra que al menos visitan la institución una vez por semana. Todas trabajan con psicólogos y la mayoría con algún trabajador social.

En todas las comunidades terapéuticas trabajan operadores que son los que están en mayor contacto con los pacientes. En general son ex adictos rehabilitados y su función es muy importante. Todas las instituciones que brindan comida (con internación o ambulatorios de jornada completa) cuentan, como ya se adelantó, con una nutricionista que organiza los menús y las compras.

Todas manejan legajos de personal y todos los profesionales tienen títulos habilitantes.

En relación con las actividades que desarrollan, además de las relacionadas a la terapia grupal e individual, las instituciones ofrecen actividades recreativas de diversa

índole, incluyendo espacios artísticos y lúdicos. En las que hay espacio suficiente se puede practicar deportes, en general fútbol. Sin embargo la actividad deportiva es algo que en general operadores y pacientes marcan como insuficientes. En casi la totalidad se ofrecen actividades escolares, en general para ayudar a completar algún ciclo escolar. En 2 o 3 de ellas incluso funciona una escuela. En unas pocas, se dan cursos de orientación vocacional y capacitación en oficios y existen microemprendimientos de los que participan los pacientes.

En todos los casos las actividades están programadas en forma semanal y todos conocen el esquema y los horarios en que se desarrollan. Hay registros, tanto de las actividades grupales como de las individuales.

En 11 de las 27 visitadas no se realizan actividades durante el fin de semana. En las que sí mantienen actividades programadas, sólo una manifiesta seguir el mismo esquema de la semana. En general, los técnicos y profesionales consultados aprovechan el fin de semana para las actividades con las familias, algunos haciendo asambleas, otros grupos familiares, otros trabajando sobre las salidas del fin de semana.

Este capítulo se centró en los aspectos institucionales de los tratamientos como punto de encuentro entre la política de subsidios de la SEDRONAR y las instituciones prestadoras para analizar, desde la perspectiva de sus equipos profesionales, dicha política y caracterizar la concepción y organización de los tratamientos. En el próximo capítulo se trata de conocer el perfil sociodemográfico y de consumo de quienes acceden finalmente al subsidio para poder abordar más adelante la descripción de sus trayectorias de tratamiento y evaluar los resultados obtenidos.

Capítulo 3. El perfil de las personas que acceden al subsidio

¿Quiénes acceden efectivamente al subsidio de la SEDRONAR? A fin de responder a este interrogante se caracterizó el perfil sociodemográfico y de consumo de la población beneficiaria al inicio de su tratamiento¹⁵. Las variables analizadas corresponden a dos dimensiones de análisis. En primer lugar los aspectos sociodemográficos: sexo, la edad, el nivel educativo alcanzado, el tipo de hogar y de vivienda así como la condición de actividad. Por el otro, aquellos aspectos vinculados al modo de consumir, esto es, edad y droga de inicio, tipo y cantidad de sustancias consumidas el año previo al inicio del tratamiento.

Con el propósito de avanzar en la comprensión de la especificidad de la población subsidiada por la SEDRONAR respecto al conjunto de la población en tratamiento, se complementa el análisis cuantitativo con las apreciaciones del personal de las instituciones visitadas.

En un segundo apartado, se identifican una serie de configuraciones recurrentes que se desprenden de la clasificación de los pacientes de acuerdo con las variables consideradas en el perfil general.

3. A. Perfil general al ingreso

3. A.1. Según características sociodemográficas

Como se adelantó en el capítulo 1, el estudio se centró en los 955 pacientes que realizaron sus tratamientos en las 52 instituciones situadas en Ciudad de Buenos Aires y el Conurbano y que obtuvieron su subsidio entre junio de 2006 y julio de 2008 en instituciones del AMBA. El 75% de los pacientes fueron derivados a instituciones que se encuentran ubicadas en el GBA y a tratamientos con internación.

TABLA Nº 3.1.

Ubicación de la institución, modalidad de tratamiento al ingreso de la población beneficiaria que obtuvo su subsidio entre junio de 2006 y julio de 2008, AMBA

	%	N
UBICACIÓN DE LA INSTITUCION DE TRATAMIENTO		
CABA	25,2	241
GBA	74,8	714
Total	100,0	955
MODALIDAD DE TRATAMIENTO AL INGRESO		
Ambulatorio	19,0	181
Desintoxicación	2,1	20
Dual	4,5	43
Internación	74,5	711
Total	100,0	955

¹⁵ Este análisis se realizó originalmente cuando se construyó la línea de base de la Evaluación de los Tratamientos. Para esta publicación se ha considerado el período y universo para el que se relevó la información. Otros aspectos han sido analizados más en detalle en el documento "Línea de Base de la Evaluación de programas de tratamiento" (Ruiz, Brawerman, D'Alessandre, 2008)

Se observa que se trata de una población joven. Más de un tercio no había cumplido los veinticinco años al momento de obtener su subsidio y sólo uno de cada diez tenía 40 años o más. Desde el punto de vista de la distribución por género la composición del grupo es marcadamente masculina. Nueve de cada diez son varones. En cuanto a la situación conyugal, se trata de solteros en su mayoría (cerca del 70%). Un 15 % está casado o vive en pareja y no se existen diferencias significativas según sexo. Asimismo, si bien más de la mitad accedió al nivel educativo medio, sólo el 17% logró culminar sus estudios secundarios.

TABLA Nº 3.2.
Edad, sexo, estado civil y máximo nivel de instrucción de la población beneficiaria que obtuvo su subsidio entre junio de 2006 y julio de 2008, AMBA

	%	N
EDAD		
18 a 24	34,2	313
25 a 29	24,6	225
30 a 34	16,2	148
35 a 39	11,6	106
40 y más	13,5	124
Total	100,0	916 (*)
SEXO		
Varón	86,7	828
Mujer	13,3	127
Total	100,0	955
ESTADO CIVIL		
Soltero	72,0	662
Casado/unido	15,5	142
Separado/viudo	12,5	115
Total	100,0	919(*)
MAXIMO NIVEL DE INSTRUCCIÓN		
Hasta primaria completa	31,5	288
Hasta secundaria incompleta	51,7	473
Secundaria completa y más	16,8	154
Total	100,0	915 (*)

(*) Se excluyeron del análisis los casos sin información

La mitad de los beneficiarios vivían en familias monoparentales. Se destaca que, al momento de iniciar el tratamiento, alrededor del 9% se encontraba viviendo en la calle, mientras otro 9% residía en viviendas precarias.

TABLA Nº 3.3.

Tipo de hogar y tipo de vivienda de la población beneficiaria que obtuvo su subsidio entre junio de 2006 y julio de 2008, AMBA

	%	N
TIPO DE HOGAR		
Nuclear completo	31,5	287
Monoparental	48,7	444
Otras familias	19,8	181
Total	100,0	912
TIPO DE VIVIENDA		
Casa	47,2	280
Departamento	34,6	205
Inquilinato / pensión	5,7	34
Villa o casilla	3,4	20
Vive en la calle	9,1	54
Total	100,0	593

El 90% de los pacientes no trabajaba al momento de obtener el subsidio. Un 10% que declaró estar ocupado, mayormente en changas u actividades ocasionales. Esta situación es consistente con los requisitos planteados por SEDRONAR para acceder al mismo.

TABLA Nº 3.4.

Condición de actividad de la población beneficiaria que obtuvo su subsidio entre junio de 2006 y julio de 2008, AMBA

CONDICION DE ACTIVIDAD	%	N
Desocupado	64,9	620
Ocupado	9,7	93
Inactivo	25,3	242
Total	100,0	955

3. A. 2. Según consumo de sustancias

De acuerdo con los datos registrados en los legajos, para la mayor parte de la población estudiada (56%), la sustancia de inicio es marihuana. Debe señalarse sin embargo que los estudios realizados en Argentina muestran un predominio del alcohol como droga de inicio. Esta tendencia aparece por ejemplo en los datos del "Registro Continuo de Pacientes en Tratamiento" (OAD/SEDRONAR, 2006) donde además el

tabaco es la segunda en orden de importancia. Es posible que esta diferencia se deba a un subregistro en los legajos del alcohol como droga de inicio¹⁶.

En cuanto a la edad de inicio, tal como surge en otros estudios, es temprana. La gran mayoría de los pacientes declaró haberse iniciado en el consumo antes de cumplir los 17 años.

TABLA Nº 3.5.
Sustancia y edad de inicio en el consumo de SPA de la población que obtuvo su subsidio entre junio de 2006 y julio de 2008, AMBA

	%	N
DROGA DE INICIO		
Alcohol	20,8	198
Cocaína	13,0	124
Marihuana	55,2	528
Inhalantes	2,3	22
Pasta base	2,4	23
Otras drogas*	6,3	60
Total	100.0	955
EDAD DE INICIO		
Hasta 13 años	28,2	263
14 a 16 años	42,0	391
17 y más	29,8	277
Total	100,0	931(**)

*La categoría "otras drogas" incluye sustancias que reúnen escasa cantidad de casos, varias de las cuales vinculadas al uso de psicofármacos (anfetaminas, tranquilizantes, estimulantes, entre otras).

**Se excluyeron del análisis los casos sin información

Aún con el subregistro del alcohol, esta es la sustancia que presenta una mayor prevalencia. Siete de cada diez pacientes consumían alcohol durante el año previo al inicio del tratamiento, seis de cada diez marihuana y/o cocaína, la mitad pasta base. Estas son claramente las cuatro sustancias que concentran la mayor proporción del consumo.

En efecto, la totalidad de la población analizada consumió al menos una de ellas. Con una presencia mucho menor se sitúan las pastillas tranquilizantes: por último, con una prevalencia que ronda al 7% se encuentran los inhalantes y el LSD. Asimismo, se registraron algunos casos de consumo de sedantes hipnóticos, morfina, estimulantes, derivados opiáceos, heroína, anfetaminas y crack.

Con el propósito de facilitar el análisis, este se concentró en las cinco sustancias de mayor prevalencia. De este modo, se observa (Tabla 3.6) que ocho de cada diez

¹⁶ Se observó que en la toma del dato se tendió a registrar solamente las drogas ilegales dejando en un gran número de casos sin consignar el consumo de alcohol e incluso de tabaco. Es por ello que no es posible realizar una adecuada comparación

pacientes consumieron más de una durante el último año, en su mayoría entre dos y tres.

TABLA Nº 3.6.

Tipo y cantidad de sustancias consumidas durante el año previo al inicio del tratamiento de la población que obtuvo su subsidio entre junio de 2006 y julio de 2008, AMBA

	%	N
SUSTANCIAS CONSUMIDAS DURANTE EL AÑO PREVIO		
Alcohol	69,1	375
Cocaína	61,5	334
Marihuana	64,5	350
Pasta base	48,6	264
Pastillas tranquilizantes	14,7	80
Inhalantes	7,2	39
LSD	6,8	37
Total	100,0 (*)	543(**)
CANTIDAD DE SUSTANCIAS CONSUMIDAS		
Una sustancia	19,5	106
Dos sustancias	28,4	154
Tres sustancias	30,9	168
Cuatro sustancias	16,6	90
Cinco sustancias	4,6	25
Total	100,0	543(**)

(*) *Pregunta de respuestas múltiples, la base esta calculada sobre el total de pacientes*

(**) *Se excluyeron del análisis los casos sin información*

Hasta aquí se intentó dar cuenta de la proporción de pacientes que consumió cada sustancia, independientemente de las combinaciones que estos hayan realizado. A continuación, el análisis se orientará a identificar regularidades en las combinaciones entre las cinco con mayor prevalencia, relacionándolas, a la vez, con la cantidad de sustancias consumidas.

En este sentido, la mitad de los monoconsumidores, durante el año previo al inicio del tratamiento, consumió alcohol, dos de cada diez cocaína o pasta base, y por último marihuana (Tabla 3.7). De aquí se puede concluir una tendencia a que los pacientes monoconsumidores sean alcohólicos.

TABLA Nº 3.7.

Tipo de sustancia consumida durante el año previo al inicio del tratamiento de la población monoconsumidora que obtuvo su subsidio entre junio de 2006 y julio de 2008, AMBA

PERSONAS MONOCONSUMIDORAS (19,5%)	%	N
Alcohol	49,1	52
Cocaína	20,8	22
Marihuana	10,4	11
Pasta base	19,8	21
Total	100,0	106

Tres de cada diez personas declararon haber consumido dos sustancias. Este grupo combinó alcohol, marihuana, cocaína y pasta base. Más de un cuarto combinó alcohol con cocaína, el 20% marihuana con pasta base. Cocaína junto con marihuana, y marihuana combinada con alcohol tienen un peso relativo similar que ronda al 15%. El resto combinó cocaína con pasta base.

TABLA Nº 3.8.

Tipo de sustancia consumida durante el año previo al inicio del tratamiento de la población que consumió dos sustancias y que obtuvo su subsidio entre junio de 2006 y agosto de 2008, AMBA

PERSONAS QUE CONSUMIERON DOS SUSTANCIAS (28,4%)	%	N
Alcohol y Cocaína	27,3	42
Marihuana y Pasta Base	20,8	32
Alcohol y Marihuana	16,9	26
Cocaína y Marihuana	14,9	23
Alcohol y Pasta Base	11,7	18
Cocaína y Pasta Base	8,4	13
Total	100,0	154

El 30% de las personas consumió tres sustancias. Un dato que merece ser destacado es que recién al incorporar una tercera sustancia aparece el consumo de pastillas tranquilizantes con una prevalencia dentro del grupo del 10%. En efecto, este grupo consumió combinaciones de alcohol, cocaína, marihuana, pasta base y pastillas tranquilizantes.

Si a la combinación más frecuente registrada en el grupo anterior –alcohol con cocaína- se le incorpora marihuana este asciende a casi el 44%. Las dos combinaciones que le siguen en importancia son cocaína junto con marihuana y pasta base, y alcohol con marihuana y pasta base. Alcohol y cocaína, consumidos junto con pasta base o pastillas tranquilizantes rondan al 7% de los casos, en tanto en último lugar se encuentra la combinación de marihuana, pasta base y pastillas.

TABLA Nº 3.9.

Tipo de sustancia consumida durante el año previo al inicio del tratamiento de la población beneficiaria que consumió tres sustancias y que obtuvo su subsidio entre junio de 2006 y julio de 2008, AMBA

PERSONAS QUE CONSUMIERON TRES SUSTANCIAS (30,9)	%	N
Alcohol, cocaína y marihuana	43,5	73
Alcohol, cocaína y pasta base	7,7	13
Alcohol, cocaína y pastillas	6,0	10
Alcohol, marihuana y pasta base	17,3	29
Alcohol, marihuana y pastillas	1,2	2
Cocaína, marihuana y pasta base	20,8	35
Marihuana, pasta base y pastillas	3,6	6
Total	100,0	168

El 16% de las personas consumió cuatro sustancias. Nuevamente, si a la combinación de alcohol, cocaína y marihuana se le incorpora la pasta base, esta combinación pasa a representar al 62% de las personas que combinaron cuatro sustancias. Si en vez de pasta base se le incorpora pastillas tranquilizantes la combinación pasa a representar al 20% de las realizadas en este grupo.

TABLA Nº 3.10.

Tipo de sustancia consumida durante el año previo al inicio del tratamiento de la población beneficiaria que consumió cuatro sustancias y que obtuvo su subsidio entre junio de 2006 y julio de 2008, AMBA

PERSONAS QUE CONSUMIERON CUATRO SUSTANCIAS (16,6%)	%	N
Alcohol, cocaína, pasta base y marihuana	62,2	56
Alcohol, cocaína, marihuana y pastillas	20,0	18
Alcohol, cocaína, pasta base y pastillas	2,2	2
Alcohol, marihuana, pasta base y pastillas	10,0	9
Cocaína, marihuana, pasta base y pastillas	5,6	5
Total	100,0	90

En síntesis, la población beneficiaria de los subsidios de asistencia otorgados por la SEDRONAR se encuentra a todas luces en riesgo social. Desde el punto de vista sociodemográfico un paciente típico es un varón que no supera los 24 años, que no completó la secundaria y se encuentra excluido del mercado laboral. Muchos de ellos provienen de una familia encabezada por una mujer sin pareja.

En su mayoría se trata de pacientes que se iniciaron en el consumo de sustancias antes de cumplir los 17 años. Las cinco sustancias con mayor prevalencia son alcohol, marihuana, cocaína y pasta base; y por último pastillas tranquilizantes. Todos los pacientes consumieron al menos una de las primeras cuatro. La gran mayoría de la

población consumió entre dos y tres de las cinco sustancias con mayor prevalencia durante el año previo al inicio del tratamiento.

La combinación con mayor presencia entre quienes consumieron dos sustancias durante el año previo al inicio del tratamiento es alcohol con cocaína, y en segundo lugar, marihuana con pasta base. Sobre estas, se conforman gradualmente las más frecuentes: alcohol con cocaína y marihuana; marihuana y pasta base con alcohol o con cocaína.

3. A. 3. Las particularidades de la población desde la perspectiva de los equipos tratantes

Las apreciaciones del personal de las instituciones visitadas confirman la particular vulnerabilidad de la población analizada. Obviamente estas instituciones tratan a personas que, independientemente de su derivación por obra social o por SEDRONAR, vienen con una variedad de problemas de abuso de drogas, que suelen acompañarse de otras dificultades severas, familiares y psicológicas.

“Estos chicos vienen del mundo de la mentira, el ocultamiento, la marginalidad, no se quieren, tienen compulsión a la repetición y son débiles...El adicto es el emergente de un grupo familiar que está mas enfermo que él”. (Director C3 II III)

“Son chicos que vienen de alguna manera con pérdida de valores, acostumbrados a hacer lo que quieren, con la cultura de la droga, de la calle”. (Psicólogo C3 I II III)

“Nosotros trabajamos con una población en líneas generales, incluyendo a la de SEDRONAR, que tiene características abandonicas. Por lo general nosotros encontramos pacientes que hace años o meses que no tienen contacto con sus familias”. (Director C3 III)

Pero existe una percepción generalizada de que los pacientes “SEDRONAR” llegan con una problemática particular derivada de una situación socioeconómica y un entorno desfavorables que los convierten en pacientes “más complejos” para el tratamiento. No se trata sólo de personas provenientes de sectores sociales de bajos recursos. Las carencias económicas acarrearán además marginalidad social, maltrato o abandono familiar y con frecuencia situación de calle.

“En el SEDRONAR identificamos una problemática que por ahí vienen personas con una situación de vida mala de muchos años, vienen personas marginales, diría...marginales en un sentido amplio!, no por la delincuencia solamente, sino por el modo de vida y que no trabajan hace años..... los mas complejos son del SEDRONAR...” (Director C3 I II III)

“Sí, tiene que ver con una cuestión socio-económica. Hay diferencias muy grandes. Las de obra social son familia con cultura de trabajo, la familia del paciente SEDRONAR no viene... Se suma la problemática adictiva a su problemática social”. (Director C3 II III)

“Y sí. Los pacientes de SEDRONAR vienen con muchas carencias, con problemáticas específicas a nivel familiar, social... son pacientes complejos...” (Directora D3 I II)

“Yo creo que lo que tienen en común es el tema de la carencia, por ahí vienen de barrios mas marginales por ahí algo de eso”. (Coordinador D3 I II)

“Si hay una particularidad es que muchos de ellos están es situación de calle o de abandono familiar”. (Director C3 III)

“En general sí vienen con sobre todo muchos casos de marginalidad extrema pero nada más que eso...y me refiero a pacientes de escasísimos recursos, con delincuencia, mucha historia de maltrato, de abuso, pacientes de villa o en situación de calle”. (Director C3 III)

Ello es la base de una configuración de otros factores negativos entre los cuales se destaca el bajo nivel cultural y educativo:

“Nos hemos encontrado con pacientes de SEDRONAR con mucha exclusión escolar sobre todo. Pero sí mucho el tema de la escuela inconclusa de no haber pasado el primer año de secundario”. (Psicólogo C3 I II)

“(...) en algunos casos las familias de muy bajos recursos y eso hace a que culturalmente podemos decir hay diferencias; me refiero a que son chicos que no pasaron por una escuela”. (Operador C3 III)

Otras especificidades se manifiestan en relación con su historia de consumo (consumo de larga data, presencia del paco, policonsumo) y con su situación judicializada. En efecto más allá de posibles causas penales, un recurso judicial frecuentemente usado por los familiares para imponer el inicio de un tratamiento es la solicitud de una “protección de persona”.

“En general la gente de SEDRONAR sí...muchos tienen deseos delictivos, unos cuantos han conseguido pasta base...” (Director D3 I II)

“El perfil de los pacientes de SEDRONAR es que vienen con cuadros más bien graves... es raro que sea un paciente que hace poquito que está consumiendo... mucho tiempo, paco, realidades sociales muy complejas”. (Psicóloga D3 I II)

“Sí, tienen causas legales casi todos; muy comprometidos con las sustancias quizás mucho más que los pacientes de obra social... Es un poco más intenso esto de la edad, la intensidad...el tipo de sustancias el PBC, cocaína, marihuana, casi todos los que llegaron al PBC consumieron cocaína”. (Operador C3 III)

“En general puede ser que tengan rasgos en común que tienen que ver con la intervención del sistema judicial”. (Terapeuta D3 I II)

“En general sí vienen con situaciones judiciales, con cuestiones legales...los pacientes que deriva la SEDRONAR todos tienen policonsumo y en altas dosis”. (Directora C3 III)

Finalmente y sobre todo, provienen de familias deterioradas cuando no ausentes, con antecedentes de consumo, dentro de una configuración que asocia este factor a las condiciones socioeconómicas de la población. Y ello se destaca particularmente en términos de sus implicancias para el desarrollo y los resultados del tratamiento y para las perspectivas futuras de sostenimiento de los cambios logrados. Ello se verá más en detalle en los capítulos siguientes.

“No, la población de SEDRONAR en general es una población que al ser por ahí, una población de nivel socio económico más bajo, hay más deterioro de los vínculos. Entonces hay familias menos continentales o con un alto porcentaje de drogadicción y alcoholismo en el grupo familiar. Cuando no hay una familia continente que espera afuera, el resultado siempre es más oscuro”. (Director C3 II III)

“Al tener poca contención, de alguna manera son chicos abandonados, criados con referentes no muy cercanos de contención, para ellos la palabra es para adentro, todo lo van manifestando con lo físico y lo cultural...” (Profesional C3 I II III)

“Lo que pasa es que está la problemática social atravesando. Los pacientes no tienen familia, no tienen trabajo... nosotros podemos compensar la compulsión al consumo, pero por ejemplo en las salidas recaen... porque no tienen la contención social (...) el medio social que por lo general es muy precario” (Director B3 III)

“Son familias más golpeadas socialmente, también más desintegradas en general, no son todos. Pero me parece que son familias más complicadas en lo laboral, lo social, hay muchos pacientes que tienen consumo familiar que por ahí en otros grupos es más raro”. (Director C3 I II)

En síntesis, el cuadro de vulnerabilidad aparece de forma descarnada en los testimonios del personal tratante. La problemática social y sus factores asociados potencian la problemática adictiva, con las consiguientes dificultades para el tratamiento y la rehabilitación. De allí el calificativo de “pacientes complejos”, o en todo caso más complejos que otros.

“Suele haber un mayor grado a veces de marginalidad, o de nivel educativo mas bajo. (...) Son pacientes que no tienen un contexto favorable, ni en lo laboral, muchas veces en lo familiar tampoco, en lo social...tienen en ese sentido muchas más complejidades que otro paciente que puede venir a través de una obra social o una prepaga”. (Directora C3 III)

3. B. Configuraciones recurrentes de los perfiles de los pacientes

El propósito central de este apartado es presentar una serie de configuraciones recurrentes que se desprenden de la clasificación de los pacientes de acuerdo a los atributos analizados. Para este ejercicio se utilizó la técnica de clasificación en conglomerados en dos fases que permite delimitar grupos homogéneos entre sí y distantes entre ellos de acuerdo a la recurrencia en la combinación de los atributos seleccionados¹⁷. A partir de este procedimiento se logró un primer agrupamiento de los pacientes en virtud de rasgos sociodemográficos y un segundo agrupamiento en función del tipo de sustancias y frecuencia de consumo durante el último año. Se utilizaron los casos con información válida para todas las variables involucradas. Es por este motivo que la cantidad de casos varía de una a otra configuración.

Cabe señalar que si bien esta identificación de configuraciones recurrentes entre atributos de los pacientes tiene un primer objetivo de agrupamiento, su finalidad fue, como se verá en el capítulo que sigue, la de relacionar los perfiles obtenidos, aislados y combinados, para identificar posibles comportamientos diferenciados en el modo de transitar los tratamientos subsidiados por la SEDRONAR. Por ese motivo el universo considerado en este caso es el de la cohorte de pacientes ingresados entre junio de 2006 y enero de 2008 que se utilizó para la reconstrucción de sus trayectorias¹⁸.

3. B. 1. Configuraciones a partir de aspectos sociodemográficos

Del análisis de los pacientes en función de su nivel de instrucción, sexo, edad y estado civil, se obtuvieron tres perfiles recurrentes que se presentan a continuación (Ver Tabla 3.11).

GRUPO 1 (en adelante, “varones solteros”): Este grupo de pacientes representa al 51% del total. Su rasgo distintivo es que se trata de un grupo conformado exclusivamente por varones solteros que no han finalizado sus estudios secundarios, lo cual comparativamente implica una sobrerrepresentación de bajo nivel educativo de este grupo respecto al resto. Asimismo, se caracteriza por concentrar a la población más joven.

GRUPO 2 (en adelante “varones adultos”) : Este segundo grupo concentra al 35% de los pacientes y está conformado nuevamente por varones, quienes en este caso, son comparativamente más grandes, tienen mayor nivel de instrucción y declaran estar casados o separados con mayor frecuencia que los pacientes del grupo anterior.

¹⁷ Ver Anexo 1.

¹⁸ Se trata de los 760 casos. Ver Cap. 1, Metodología

GRUPO 3 (en adelante “mujeres”): Este grupo representa al 13,7% del total de pacientes y su característica distintiva es que está conformado exclusivamente por mujeres. Un tercio de las pacientes completó al menos el secundario. En este sentido, su nivel educativo lo vincula con el grupo anterior y lo distancia claramente del conjunto. En contraste el estado civil las acerca al primer grupo en tanto siete de cada diez declaran estar solteras.

TABLA Nº 3.11.
Configuraciones sociodemográficas según variables consideradas para su elaboración

CONFIGURACIONES SOCIODEMOGRAFICAS				
	GRUPO 1 Varones solteros	GRUPO 2 Varones adultos	GRUPO 3 Mujeres	TOTAL
ESTADO CIVIL				
Soltero	100,0	22,1	71,3	68,8
Casado / pareja		42,1	13,8	16,6
Separado / viudo		35,8	14,9	14,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
NIVEL EDUCATIVO				
Hasta primaria incompleta	33,0	25,8	22,3	29,1
Secundaria incompleta	67,0	38,3	44,7	53,9
Secundaria completa y mas		35,8	33,0	17,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
GRUPO DE EDAD				
18 a 24	44,2	10,2	27,8	30,7
25 a 34	41,9	41,2	44,4	42,0
35 a 56	14,0	48,6	27,8	27,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
SEXO				
Varón	100,0	100,0		86,3
Mujer			100,0	13,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
	n= 351	n= 240	n= 94	n= 685

3. B. 2. Configuraciones a partir de aspectos relacionados con el consumo de sustancias

Del análisis de los pacientes en función de la edad de inicio en el consumo, tipo y frecuencia de sustancia consumida (alcohol, cocaína, marihuana y pasta base) durante el último año se observan los siguientes perfiles (Ver tabla 3.12).

GRUPO 1 (en adelante “pasta base/marihuana”)¹⁹: Este grupo representa al 37% de los pacientes. Está conformado exclusivamente por quienes consumieron pasta base al menos dos veces por semana durante el último año. Asimismo, en este grupo se encuentra sobrerrepresentado el consumo frecuente de marihuana. En relación con el momento de inicio, se observa que comparativamente comenzaron a consumir siendo más jóvenes y en mayor medida lo hicieron con marihuana.

GRUPO 2 (en adelante “alcohol”): Este grupo representa al 41% de los pacientes. Los distingue el hecho de no consumir ni pasta base ni marihuana con frecuencia. En

¹⁹La denominación de los grupos se realiza con el fin de facilitar la lectura. Implica que están compuestos mayoritariamente pero no exclusivamente por los consumos señalados.

contraste, son mayormente consumidores frecuentes de alcohol y en gran medida se iniciaron en el consumo a través de esta sustancia. Presentan un consumo de cocaína similar al grupo anterior y comparativamente, se iniciaron en el consumo a edades más avanzadas.

GRUPO 3 (en adelante “marihuana/cocaína”): Este grupo concentra el 21,7% de los pacientes. Está conformado exclusivamente por consumidores frecuentes de marihuana, y un consumo frecuente sobrerrepresentado de cocaína. La marihuana es, al igual que para el primer grupo, la sustancia a partir de cual se iniciaron en el consumo. Este inicio se produjo durante la adolescencia, antes que el grupo 2 y más tardíamente que el grupo 1.

TABLA Nº 3.12.
Configuraciones de consumo según variables consideradas para su elaboración

CONFIGURACIONES DE CONSUMO				
	GRUPO 1 Pasta base marihuana	GRUPO 2 Alcohol	GRUPO 3 Marihuana cocaína	TOTAL
CONSUMO MARIHUANA				
Consumo frecuente*	62,1		100,0	44,7
Otro	37,9	100,0		55,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
CONSUMO DE ALCOHOL				
Consumo frecuente*	42,5	67,0	58,8	56,2
Otro	57,5	33,0	41,2	43,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
CONSUMO DE COCAINA				
Consumo frecuente*	36,8	38,1	54,9	41,3
Otro	63,2	61,9	45,1	58,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
CONSUMO DE PASTA BASE				
Consumo frecuente*	100,0			37,0
Otro		100,0	100,0	63,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
DROGA DE INICIO				
Alcohol	16,5	45,3	13,7	27,7
Cocaína	10,6	17,9	15,7	14,7
Marihuana	67,1	30,5	64,7	51,5
Otras drogas	5,9	6,3	5,9	6,1
Total	100	100	100	100
EDAD DE INICIO				
Hasta 13 años	40,2	13,4	25,5	26,0
14 a 16 años	42,5	33,0	51,0	40,4
17 y más	17,2	53,6	23,5	33,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
	n=87	N=97	n=51	n=235

*Consumo frecuente: cuando el consumo específico de cada sustancia, fue mayor o igual a dos veces por semana

Finalmente, se puede apreciar (ver Tabla 3.13) que la combinación de ambos perfiles refleja una relación entre la dimensión sociodemográfica y de consumo, aunque no conclusiva. Esto es, la mitad de los pacientes de la primera configuración sociodemográfica (varones solteros) se concentran en la primera configuración de consumo (pasta base/marihuana); a la vez que la misma proporción de pacientes del perfil sociodemográfico de varones casados y mujeres se concentra en el segundo

perfil de consumo (alcohol). No obstante, es importante ser cautelosos en las conclusiones a las cuales se arribe a partir de esta información dado que si bien se observa una alta concentración en una de las categorías, prácticamente la misma proporción se distribuye en las dos restantes.

TABLA Nº 3.13.
Distribución de pacientes según configuración de consumo y configuración sociodemográfica

CONFIGURACION DE CONSUMO	CONFIGURACION SOCIODEMOGRAFICA							
	GRUPO 1 Varones solteros		GRUPO 2 Varones adultos		GRUPO 3 Mujeres		TOTAL	
	%	n	%	n	%	n	%	n
GRUPO 1 Pasta base/marihuana	51,4	54	25,0	20	27,8	10	38,0	84
GRUPO 2 Alcohol	26,7	28	52,5	42	52,8	19	40,3	89
GRUPO 3 Marihuana/cocaína	21,9	23	22,5	18	19,4	7	21,7	48
TOTAL	100,0	105	100,0	80	100,0	36	100,0	221

3. B. 3. Modalidad de atención según configuración sociodemográfica y de consumo

Como se ha visto en el capítulo anterior, los programas de asistencia o tratamientos subsidiados por la SEDRONAR constituyen un abordaje del abuso de sustancias psicoactivas que en la práctica involucran un complejo entramado de estrategias, desplegadas en etapas sucesivas, para no solo lograr la abstinencia sino alcanzar la reinserción social de quienes solicitan atención. Desde la perspectiva de las trayectorias de tratamiento, la etapa inicial constituye un momento crítico en tanto es aquel en donde comenzará idealmente a hacerse efectivo el compromiso de trabajo imprescindible entre el paciente y la institución de asistencia.

En este contexto, la modalidad de atención a través de la cual se estructure inicialmente el tratamiento es relevante en un doble sentido. En primer lugar porque da cuenta en alguna medida del diagnóstico inicial del paciente realizado por la SEDRONAR antes de su derivación a la institución en donde se llevará a cabo el tratamiento, mientras que por otro lado es la única información disponible sobre la relación entre los tres actores involucrados. Esto es, el paciente, la SEDRONAR y la institución de asistencia.

El análisis de la información sugiere que el consumo es considerado en mayor medida que los atributos sociodemográficos para la determinación de la modalidad de atención inicial. Efectivamente, las diferencias en el abordaje inicial del tratamiento son mucho más pronunciadas al observar las sustancias que el paciente declara haber consumido durante el año previo que su perfil sociodemográfico, especialmente entre los pacientes del grupo “pasta base / marihuana” y el resto (Ver tabla 3.14).

TABLA Nº 3.14.

Modalidad de atención según configuraciones sociodemográficas y de consumo

CONFIGURACIONES SOCIODEMOGRAFICAS								
	GRUPO 1 Varones solteros		GRUPO 2 Varones adultos		GRUPO 3 Mujeres		TOTAL	
	N	%	N	%	n	%	n	%
Ambulatorio	59	17,8	59	25,8	19	23,8	137	21,4
Internación	273	82,2	170	74,2	61	76,3	504	78,6
Total	332	100,0	229	100,0	80	100,0	641	100,0
CONFIGURACIONES DE CONSUMO								
	GRUPO 1 Pasta base/marihuana		GRUPO 2 Alcohol		GRUPO 3 Marihuana/ Cocaína		TOTAL	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Ambulatorio	13	15,9	26	30,2	13	27,1	52	24,1
Internación	69	84,1	60	69,8	35	72,9	164	75,9
Total	82	100,0	86	100,0	48	100,0	216	100,0

Hasta aquí se ha procurado caracterizar a los pacientes que acceden a un subsidio de SEDRONAR tanto desde el punto de vista sociodemográfico como de las sustancias consumidas, al comienzo de su tratamiento. También se han identificado configuraciones o grupos que comparten mayoritariamente algunos atributos en cada una de estas dimensiones y se ha encontrado cierta asociación entre el perfil de consumo y las decisiones sobre la modalidad de tratamiento a la que son derivados inicialmente.

Teniendo en cuenta que el objetivo del estudio ha sido la evaluación de la eficacia de estos tratamientos, se trata ahora de caracterizar con la mayor precisión posible las particularidades de las trayectorias de los pacientes subsidiados dentro de las instituciones de asistencia e identificar en que medida han logrado permanecer y finalizarlos. Ello es la materia del capítulo que sigue.

Capítulo 4. La eficacia: el primer logro, completar el tratamiento

En los tres capítulos que siguen se desarrollan aspectos vinculados con la eficacia de los tratamientos. En los dos primeros se la enfoca, como se planteó en el marco conceptual, desde la perspectiva del tiempo de permanencia y condición de egreso de los pacientes, para los que lograron completar su tratamiento. En el próximo capítulo, se abordan las características de los tratamientos interrumpidos así como el perfil y los motivos de quienes abandonan. En el tercero la indagación se centra en el mantenimiento de los logros un año después de haber finalizado sus tratamientos.

Aquí se abordó el tema a partir de 3 fuentes complementarias: la cohorte de beneficiarios del subsidio de SEDRONAR que iniciaron su tratamiento entre el 1º de junio del 2006 y el 31 de enero de 2008, una muestra de pacientes en la última etapa de tratamiento y/o en el programa SER de reinserción social de la SEDRONAR y el personal de las instituciones tratantes.

Consta de tres partes. En la primera se analizan las trayectorias de quienes han completado su tratamiento durante los dieciséis meses posteriores al momento de otorgamiento del subsidio. Estas trayectorias se especifican a través de algunos atributos que permitieran identificar factores asociados a la culminación de los tratamientos.

En la segunda, a partir de la “voz” de los pacientes cercanos a la terminación de su tratamiento, complementada por la perspectiva de los equipos tratantes, se profundizan aspectos relativos a su perfil y los factores asociados al sostenimiento del tratamiento y se analizan los cambios percibidos en su salud y estado emocional así como sus perspectivas futuras de reinserción social.

La última parte busca vincular el perfil sociodemográfico y de consumo con la forma efectiva que adoptaron las trayectorias de tratamiento.

4. A. Las trayectorias “completas” de la cohorte

4. A. 1. Aspectos generales

A partir de lo expuesto en el marco conceptual (capítulo 1) y confirmado por los testimonios de los equipos profesionales (capítulo 2), se asume la perspectiva de que la adicción es una enfermedad crónica caracterizada por avances y retrocesos o recaídas y que mantenerse dentro de un tratamiento el tiempo suficiente para poder recibir sus beneficios constituye un factor predictivo de sus resultados. De allí que completar un tratamiento constituye una de las primeras condiciones de su eficacia y el tiempo de permanencia se considera uno de sus componentes esenciales.

Por lo tanto, para el análisis de la cohorte se tomaron como indicadores de eficacia por una parte al **tiempo de permanencia** y por la otra **la tasa de tratamientos completos**, es decir el porcentaje de personas que completan su tratamiento, incluyendo tanto los que fueron dados de alta del sistema de subsidios por agotamiento de la prestación como los que finalizaron su tratamiento, respecto a la totalidad de los beneficiarios que obtuvieron su subsidio en el mismo período de referencia.

Es importante hacer aquí algunas aclaraciones que den cuenta del alcance de las afirmaciones a las que se pueda arribar con la información disponible. Las categorías de salida del programa de subsidios reflejan contextos de egreso diferenciales. Por una parte el “fin del subsidio” no forzosamente coincide con el tiempo necesario para una rehabilitación exitosa. En efecto, quienes egresan del programa de subsidios por

agotamiento de la prestación no necesariamente están en condiciones de finalizar su tratamiento. Otro modo de salida del programa de subsidios es la “finalización del tratamiento”. Este grupo debe ser analizado con recaudos dado que se desconoce con exactitud los criterios de otorgamiento del alta. Esta nomenclatura no cuenta con una regulación estandarizada por parte de la SEDRONAR con lo cual está sujeta a las apreciaciones de cada institución.

Aún con estas limitaciones, es importante no perder de vista que la cohorte analizada la conforman la casi totalidad de los pacientes y que en conjunto comprende un período suficiente para delimitar una estructura robusta de la situación de egreso.

Cabe recordar que la unidad del subsidio es el día de tratamiento por un período mínimo de treinta días, generalmente de doce meses; el subsidio no es renovable y no tiene vencimiento. Sin embargo, en el caso de interrupción de la estadía en la institución, el paciente conserva la prestación por la cantidad de días no utilizada. Esto implica que cada beneficiario tiene el derecho a un año de subsidio para la realización de tratamientos que puede ser utilizado en un tiempo mayor al año calendario. Asimismo, una vez que este fue agotado el beneficiario no cuenta con la posibilidad de obtener un nuevo subsidio.

En consecuencia, el abordaje del tiempo de permanencia se realizó de dos maneras: en primer lugar como días promedio de permanencia; en segundo lugar considerando el peso relativo de los tratamientos completos sobre el total de tratamientos realizados, y como especificación de la tasa de tratamientos completos, diferenciando el perfil de quienes lo completaron en un año y quienes requirieron más de un año. Otra desagregación utilizada para el análisis de esta tasa fue la diferenciación entre los tratamientos continuos y los discontinuos, es decir aquellos que egresaron sin interrupciones y aquellos que lo hicieron con al menos alguna interrupción y luego lo retomaron.

Pasados dieciséis meses de otorgado el subsidio es deseable que todos los beneficiarios hayan finalizado su tratamiento o agotado la prestación. No obstante, de la información analizada se desprende que la situación de la cohorte de 760 pacientes ingresados entre el 1 de junio de 2006 y el 31 de enero de 2008 y derivados a instituciones del AMBA se encuentra muy lejos de la ideal. Transcurrido este tiempo sólo algo más de una cuarta parte logró una salida del sistema de subsidios por haber finalizado el tratamiento o por haber agotado la prestación.

Las altas tasas de interrupción voluntaria (abandono) y la baja proporción de pacientes que interrumpen su tratamiento y luego lo retoman, redundan en una baja tasa de terminalidad.

TABLA Nº 4.1
Tasa de tratamientos completos y tiempo de permanencia promedio en meses. AMBA

	AMBA
Tasa de tratamientos completos	26,3
Tiempo de permanencia	12,5
N	760

Por otra parte, la categoría “fin de subsidio” incluye al 88% del total de altas en el AMBA. Por lo tanto, el grupo de pacientes que se categorizan como “fin de tratamiento” representa sólo al 12%.

TABLA Nº 4.2
Pacientes que completaron su subsidio según condición de egreso,
AMBA

	AMBA
% de tratamientos completos por "fin de beca"	88,5
% de tratamientos completos por "tratamiento finalizado"	11,5
Total	100,0
N	200

En relación con las tasas de tratamientos completos según las características consideradas en la Tabla 4.3 se puede observar:

- En cuanto a la modalidad de tratamiento al ingreso, no aparecen diferencias entre quienes lo iniciaron en modalidad residencial o ambulatoria. Pero la tasa es superior entre los pacientes con diagnóstico “dual”. Es posible que dadas las características particulares de estos pacientes, sean derivados a instituciones más cerradas y el abandono voluntario sea menor.
- Si se analiza la tasa de tratamientos completos de acuerdo a la categoría institucional, este indicador no refleja diferencias sustantivas respecto al total. En las instituciones de tipo B es algo mayor posiblemente porque los pacientes “duales” suelen derivarse a esta categoría de institución. Entonces, podría afirmarse inicialmente, considerando también lo expuesto en el párrafo anterior que **completar el tratamiento es independiente de la modalidad de atención.**
- El hecho de haber realizado tratamientos anteriores no parece incidir en la probabilidad de completar un tratamiento.
- Quienes se iniciaron más tempranamente en el consumo (antes de los 14 años) tienden a completar el tratamiento en menor proporción que quienes lo iniciaron más tarde
- Las tasas de tratamientos completos son más elevadas para los hombres que para las mujeres
- La edad parece tener cierta influencia puesto que a mayor edad, mayor probabilidad de completar el tratamiento
- El nivel educativo también influye en particular para los que han logrado completar el nivel secundario.
- Finalmente, desde el punto de vista de la/s sustancia/s consumidas en el año anterior al tratamiento²⁰, se destacan dos grupos claramente diferenciados:

²⁰ Se recuerda que la gran mayoría de los pacientes han sido policonsumidores (ver capítulo 3). Se seleccionaron aquellos tipos más significativos desde el punto de vista del consumo.

aquellos pacientes que consumieron alcohol, sólo o con cocaína o con marihuana tienden a completar sus tratamientos en mayor medida que el conjunto, en tanto el grupo de consumidores de pasta base con alcohol, y con alcohol y marihuana es aquel que presenta tasas de tratamientos completos más bajas.

TABLA N° 4.3
Tasa de tratamientos completos según variables seleccionadas. AMBA

	Tasa	N*
Total AMBA	26,3	760
MODALIDAD DE TRATAMIENTO AL INGRESO		
Ambulatorio	24,0	146
Dual	38,2	34
Internación	26,5	567
CATEGORIA DE LA INSTITUCION		
B	31,6	76
C	25,4	515
D	24,8	145
TRATAMIENTOS PREVIOS		
El actual es el primero	26,6	264
Un tratamiento previo	26,4	228
Dos o mas tratamientos previos	25,4	255
EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO		
Hasta 13 años	20,5	210
14 a16 años	28,1	302
17 y más	28,5	214
SEXO		
Varón	27,4	647
Mujer	18,0	100
EDAD		
18 a 24 años	21,9	224
25 a 34 años	25,3	297
35 años y más	28,1	196
MAXIMO NIVEL DE INSTRUCCIÓN		
Hasta primaria completa	24,5	208
Secundaria incompleta	25,7	382
Secundaria completa y mas	32,3	124
TIPO DE CONSUMO		
Solo alcohol	40,8	49
Alcohol y cocaína	51,4	37
Marihuana y pasta base	13,8	29
Alcohol y marihuana	45,0	20
Alcohol, marihuana y cocaína	27,0	63
Alcohol, cocaína, pasta base y marihuana	27,5	51
Cocaína, marihuana y pasta base	24,2	33
Alcohol, marihuana y pasta base	11,5	26

**Total casos de la cohorte. Se excluyen los casos sin datos*

A fin de avanzar en el análisis, se calculó el tiempo de permanencia promedio hasta completar el tratamiento y se diferenciaron aquellos que lo completaron en más de un año. Ello permite especificar algunas tendencias relativas a las distintas categorías consideradas sobre todo teniendo en cuenta que esta extensión implica la asignación de una prórroga del subsidio a una parte de los pacientes. De acuerdo a la siguiente

tabla, este grupo representa más de un cuarto del total de pacientes que completaron el tratamiento. Al considerar quienes requieren más tiempo para completar sus tratamientos y cuanto tiempo utilizaron es de notar que:

TABLA Nº 4.4
Tiempo promedio de permanencia en los tratamientos completos y porcentaje de beneficiarios que lo completaron en más de un año. AMBA

	Días Promedio	%*	N**
Total	374	28,5	200
MODALIDAD DE TRATAMIENTO AL INGRESO***			
Ambulatorio	379	34,3	35
Internación	375	25,3	150
CATEGORIA DE LA INSTITUCION			
B	374	33,3	24
C	375	25,2	131
D	383	38,9	36
TRATAMIENTOS PREVIOS			
El actual es el primero	382	41.0	83
Un tratamiento previo	382	33.8	65
Dos o mas tratamientos previos	357	31.8	66
EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO			
Hasta 13 años	364	34,9	43
14 a 16 años	375	25,9	85
17 y más	384	29,5	61
SEXO			
Varón	376	31,1	177
Mujer	355	11,1	18
EDAD			
18 a 24 años	372	32.7	49
25 a 34 años	372	29.3	75
35 años y más	377	29.1	55
MAXIMO NIVEL DE INSTRUCCIÓN			
Hasta primaria completa	391	37,3	51
Secundaria incompleta	368	26,5	98
Secundaria completa y mas	373	27,5	40

*Porcentaje de tratamientos completados en más de un año sobre el total de tratamientos completos.

**Cantidad de tratamientos completos. Se excluyen los casos sin datos.

*** Se excluyó la categoría dual porque no se pueden calcular los discontinuos ya que coinciden con los traslados a otras instituciones.

- No aparecen diferencias significativas en cuanto a la duración del tratamiento entre quienes ingresaron a modalidad de internación o ambulatoria, aunque es algo mayor en esta última el peso relativo de los tratamientos con extensión. Un comportamiento diferente se observa en el caso de los pacientes duales pues más

de la mitad ha contado con una extensión del subsidio, lo que significó en promedio un mes más de tratamiento.

- Si se considera la categoría de institución a la que son derivados, en la modalidad de hospital de día (categoría D) la permanencia es algo mayor así como el porcentaje de tratamientos extendidos.
- Del mismo modo, quienes han tenido varios tratamientos previos completan más pronto el actual.
- No hay diferencias en los tiempos de permanencia según la edad de los pacientes.
- El sexo y el nivel de instrucción también se vinculan a la duración del tratamiento: los varones tardan más en completar su tratamiento que las mujeres. Y entre las que lo completan es muy bajo el porcentaje con período de extensión (11%). Mientras que quienes tienen solo primaria incompleta tardan en promedio 20 días más en agotar el subsidio que los que tienen secundaria completa.

No obstante, resulta importante avanzar en un análisis más fino sobre los tratamientos completados. Si bien existe cierto consenso entre los profesionales de las instituciones de asistencia consultados respecto a que las recaídas e interrupciones son una parte constitutiva del tratamiento, se puede suponer que los tratamientos continuos expresan una mayor adherencia y compromiso de parte de los pacientes que en aquellas las trayectorias que sufrieron interrupciones.

La Tabla 4.5 presenta la distribución de los beneficiarios con tratamiento completo según lo hayan realizado de forma continua o discontinua.

En primera instancia se puede observar que la gran mayoría ha completado su tratamiento de manera continua (72%) lo que evidenciaría una adherencia bastante elevada de parte de quienes logran completar el período de tratamiento o alcanzar el alta. En otras palabras, sólo algo más de una cuarta parte interrumpe al menos una vez y retoma hasta agotar el subsidio. Pero además se puede observar que:

- No aparecen diferencias entre modalidad residencial y ambulatoria y consecuentemente entre pacientes derivados a instituciones tipo C o D.
- A medida que aumenta la cantidad de tratamientos previos, aumenta el porcentaje de tratamientos completos discontinuos. Es decir, que si bien, como se ha visto en la Tabla 4.4, aquellos con 2 o más tratamientos previos tienden a completarlos en menor tiempo efectivo de tratamiento, posiblemente sea mayor el tiempo cronológico.
- Interrumpen más quienes empezaron a consumir antes de los 14 años que quienes iniciaron después. La misma tendencia se observa en las mujeres respecto de los varones.
- Aparece una marcada diferencia en el comportamiento del grupo de los mayores de 34 años pues tienden a interrumpir mucho menos que los grupos más jóvenes.
- El nivel educativo marca nuevamente una diferencia sobre todo cuando se alcanza al secundario completo. En este caso, casi todos (90%) completan el tratamiento sin interrupciones.

TABLA Nº 4.5
Distribución de tratamientos completos según hayan sido continuos o discontinuos. Variables seleccionadas. AMBA.

	% Continuos	% Discontinuos	N*
Total AMBA	72.0	28.0	200
MODALIDAD DE TRATAMIENTO AL INGRESO**			
Ambulatorio	74.3	25.7	35
Internación	76.0	24.0	150
CATEGORIA DE LA INSTITUCION			
B	66.7	33.3	24
C	74.8	25.2	131
D	75.0	25.0	36
TRATAMIENTOS PREVIOS			
El actual es el primero	83.0	27.0	83
Un tratamiento previo	67.7	33.3	65
Dos o mas tratamientos previos	40.0	60.0	66
EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO			
HASTA 13 años	62.8	37.2	43
14 a 16 años	81.2	19.8	85
17 y más	83.6	16.4	61
SEXO			
Varón	72.3	27.7	177
Mujer	66.7	33.3	18
EDAD			
18 a 24 años	63.3	36.7	49
25 a 34 años	65.3	34.7	75
35 años y más	81.8	28.2	55
MAXIMO NIVEL DE INSTRUCCIÓN			
Hasta primaria completa	66.7	33.3	51
Secundaria incompleta	67.3	32.7	98
Secundaria completa y mas	90.0	10.0	40

*Cantidad de tratamientos completos. Se excluyen los casos sin datos

** Se excluyó la categoría dual porque no se pueden calcular los discontinuos ya que coinciden con los trasladados a otras instituciones.

En síntesis, algo más de una cuarta parte de los beneficiarios del programa de subsidios culmina la prestación dentro de los dieciséis meses después del inicio del tratamiento, la inmensa mayoría por agotamiento del tiempo de subsidio. No obstante, se observan comportamientos diferenciales importantes según el perfil sociodemográfico y de consumo del paciente.

Del conjunto de tratamientos realizados en instituciones del AMBA, resalta una mayor tasa de terminación entre los consumidores de alcohol, sólo, con cocaína, o con marihuana; en oposición a los pacientes que durante al año anterior a iniciar su

tratamiento consumieron pasta base, alcohol y marihuana, o las mujeres, quienes son de todos los pacientes, aquellos que presentan trayectorias más cortas y –con excepción de los consumidores de alcohol y cocaína- también más erráticas. Estos son a todas luces los dos grupos de personas que mayores dificultades encuentran para atravesar exitosamente un tratamiento de estas características²¹.

Por otra parte, mientras la edad de inicio y el nivel educativo de los pacientes tienen cierta influencia en la probabilidad de sostener un tratamiento al menos hasta agotar el subsidio, esta parece independiente de la modalidad residencial o ambulatoria excepto en el caso de los tratamientos para pacientes que requieren atención psiquiátrica.

Un cuarto de los pacientes que completaron su subsidio superaron el año de tratamiento; especialmente entre quienes fueron atendidos en instituciones del AMBA con guardia psiquiátrica; y consecuentemente entre los pacientes duales. La misma situación se presenta entre aquellos que comenzaron su historial de consumo más tempranamente, y los de nivel educativo más bajo. En el otro extremo se ubican las pacientes mujeres: sólo una de cada diez había recibido una prórroga en su subsidio.

Por último, alrededor de uno de cada cuatro pacientes que agotaron los días de tratamiento subsidiado interrumpieron y retomaron al menos en una oportunidad. En tanto el mayor peso relativo de tratamientos discontinuos se registró entre los pacientes duales y entre quienes realizaron varios tratamientos previos. Por el contrario el mayor peso de los tratamientos continuos aparece entre quienes iniciaron más tardíamente el consumo y aquellos de mayor nivel educativo.

4. A. 2. La duración de los tratamientos según género y tipo de sustancia consumida

El análisis realizado hasta aquí enfocó a los tratamientos desde la condición de egreso de los pacientes, y logró una primera aproximación a la heterogeneidad de los modos de transitarlos.

El tiempo efectivo bajo tratamiento constituye una medida complementaria a la condición de egreso para dar cuenta de la eficacia de los tratamientos. La permanencia diferencial cobra importancia al considerar que existe un consenso generalizado acerca de que el consumo abusivo de sustancias psicoactivas es un trastorno crónico y recurrente. La duración refleja el tiempo de una relación entre un sujeto que solicita ayuda y la institución encargada de proveerle una serie de recursos orientados a construir o reconstruir un entorno dañado por este consumo.

El propósito de este apartado es profundizar en el análisis de la duración de los tratamientos, al considerar la condición de género y el tipo de sustancia consumida con frecuencia²² durante el año previo al inicio del tratamiento. Como se pudo apreciar en el punto anterior, estos atributos se relacionan con la duración y terminalidad de los tratamientos, pero ¿en qué medida varía su capacidad para diferenciar trayectorias al articularse con las otras variables y atributos considerados en el estudio?

Con esta finalidad, se consideró el universo de pacientes de acuerdo a los días efectivos de tratamiento²³ independientemente de su condición de egreso y se calculó

²¹ El punto siguiente procura profundizar en las trayectorias de estos dos grupos de pacientes.

²² La categoría “consumo frecuente” corresponde al consumo mayor o igual a dos veces por semana el año anterior al inicio del tratamiento

²³ Ver en Anexo 1 el modo en que se calcularon los días efectivos de tratamiento.

la proporción de pacientes con tratamiento prolongado (8 meses o más) en relación al conjunto.

La Tabla 4.6 permite apreciar que la brecha entre la proporción de varones y mujeres que realizan tratamientos prolongados supera los ocho puntos porcentuales en perjuicio de las mujeres. Entre los varones separados, de mayor instrucción, que tienen más de 24 años, que realizan algún tratamiento con anterioridad, que se iniciaron en el consumo de sustancias a través del alcohol y que no son consumidores frecuentes de marihuana o pasta base se registran tasas de tratamientos prolongados aún superiores. Estos atributos combinados se encuentran indudablemente vinculados entre sí. Es decir, la probabilidad de estar divorciado o separado así como el nivel de instrucción y la cantidad de tratamientos aumenta conforme la edad. Asimismo, tanto del abordaje cuantitativo del estudio, como de la percepción de los profesionales de las instituciones de asistencia, emerge el perfil de un nuevo tipo de consumidor. Más joven, socialmente más vulnerable, y fundamentalmente atravesado por la crudeza del consumo abusivo y frecuente de pasta base.

El panorama entre las mujeres sugiere un escenario que se diferencia cualitativamente del masculino. Si bien comparten con los varones las tendencias respecto a la permanencia vinculadas al nivel de instrucción, al estado civil, al inicio a través del alcohol y a la edad de inicio, se observa la tendencia opuesta a los varones en relación con la edad, el consumo frecuente de alcohol y la modalidad de atención al inicio del tratamiento. En contraste con los varones, las trayectorias de las mujeres muy jóvenes suelen ser más extensas a la vez que las consumidoras frecuentes de alcohol presentan los tratamientos más breves.

Asimismo, al considerar la modalidad de atención al inicio del tratamiento no se observan diferencias considerables en la proporción de pacientes que alcanzan o superan los ocho meses de tratamiento, pero entre las mujeres, la internación pareciera vincularse positivamente con la permanencia prolongada bajo tratamiento.

Esta diversidad permite avanzar un paso más respecto al punto anterior en tanto da cuenta de modos específicos de relacionarse con las sustancias conforme la condición de género. Esto es, las mujeres por ser mujeres y a igualdad de otros aspectos, presentan una vinculación con el tratamiento y con las sustancias que se diferencia de la de sus pares varones.

TABLA N° 4.6
Porcentaje de pacientes que permanecieron bajo tratamiento 241 días o más,
según sexo y variables seleccionadas. AMBA.

	% con permanencia de 241 días y más		Total de casos	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Total	42,5	34,0	657	103
ESTADO CONYUGAL				
Soltero	40.9	37.1	421	70
Casado/en pareja	39.0	14.3	105	14
Separado/viudo	56.8	46.7	88	15
GRUPOS DE EDAD				
18 a 24 años	36.5	40.7	197	27
25 a 34 años	42.4	29.8	250	47
35 años y más	44.4	32.0	171	25
NIVEL EDUCATIVO				
Hasta primaria completa	39.2	31.8	186	22
Secundaria Incompleta	41.9	32.6	339	43
Sec. Compl. y más	53.3	40.6	92	32
TIPO DE VIVIENDA				
No precaria	44.4	44.0	324	50
Precaria	40.3	45.5	77	11
CATEGORÍA DE LA INSTITUCIÓN				
C	41.5	33.3	455	60
D	39.7	26.3	126	19
MODALIDAD DE TRATAMIENTO				
Ambulatorio	41.3	25.0	126	20
Internación	42.1	38.2	499	68
TRATAMIENTOS PREVIOS				
El actual es el primero	37.1	28.1	232	32
Un tratamiento previo	40.9	23.3	198	30
Dos o mas tratamientos previos	49.1	46.3	214	41
EDAD DE INICIO				
Hasta 13 años	36.7	31.8	188	22
De 14 a 17	43.9	39.5	264	38
Más de 17	43.3	33.3	175	39
DROGA DE INICIO				
Alcohol	53.1	48.0	143	25
Cocaína	28.9	18.2	83	11
Marihuana	41.5	35.2	359	54
CONSUMO DE ALCOHOL				
Consumo frecuente	45.0	29.0	160	31
CONSUMO DE MARIHUANA				
Consumo frecuente	35.8	39.1	134	23
CONSUMO DE COCAÍNA				
Consumo frecuente	45.4	33.3	130	27
CONSUMO DE PASTA BASE				
Consumo frecuente	34.7	29.4	150	17

La diferenciación de trayectorias al considerar las sustancias y frecuencia de consumo es más imprecisa aunque igualmente relevante. Debido a que la inmensa mayoría de los pacientes son policonsumidores y con el fin de facilitar el análisis, se realizó un análisis en espejo. Esto es, una presentación comparada de los consumidores frecuentes de pasta base (independientemente de que consuman alguna otra sustancia) y los consumidores frecuentes de alcohol (pero no consumen ni pasta base ni cocaína). En principio se observan algunas diferencias cualitativas que sugieren vinculaciones diferentes con los tratamientos según el tipo de sustancia y frecuencia de consumo.

Los consumidores frecuentes de alcohol presentan trayectorias más extensas si son solteros, si forman parte de una familia nuclear, si son más jóvenes, viven en viviendas precarias, fueron atendidos inicialmente bajo la modalidad de internación y si son varones. No obstante, para este grupo la relación entre la permanencia bajo tratamiento y el género es menos evidente que la condición habitacional, el tipo de familia, el estado conyugal o la modalidad de atención al inicio del tratamiento (Ver Tabla 4.7).

Asimismo, los consumidores frecuentes de pasta base presentan un comportamiento que los distancia de los consumidores frecuentes de alcohol. En efecto, al considerar el estado civil, la proporción de tratamientos prolongados entre los consumidores de pasta base es menor entre los solteros que entre los casados o separados; mientras que en el grupo de pacientes solteros consumidores frecuentes de alcohol es donde se encuentra la proporción más importante de trayectorias prolongadas. Lo mismo ocurre al considerar el nivel de instrucción. La proporción más grande de tratamientos prolongados entre los consumidores frecuentes de pasta base se encuentra entre los de mayor nivel de instrucción, mientras que entre los consumidores frecuentes de alcohol la relación entre nivel de instrucción y permanencia prolongada es la inversa que para el caso anterior.

La capacidad de diferenciar trayectorias a través de atributos específicos entre los consumidores frecuentes de alcohol y la evidencia de una menor capacidad de diferenciación de estos mismos atributos entre los consumidores frecuentes de pasta base, habilitan varias lecturas. Una hipótesis posible, en estrecha sintonía con la percepción de pacientes y profesionales, es que el consumo frecuente de pasta base – y el cuadro crítico que define- se impone sobre otros aspectos que, en el caso de los consumidores frecuentes de alcohol, operan como recursos facilitadores del tratamiento.

Esta lectura es particularmente interesante al centrar la atención en la modalidad de atención al inicio del tratamiento. Entre los consumidores frecuentes de pasta base, que realizan tratamientos ambulatorios o residenciales, prácticamente no existen diferencias en la proporción que permanece ocho o más meses, mientras que entre los consumidores frecuentes de alcohol, la diferencia en la proporción de pacientes en tratamiento ambulatorio y residencial que lograron trayectorias prolongadas alcanza los 50 puntos porcentuales (Ver tabla 4.7).

En síntesis, el análisis en profundidad de las trayectorias de los pacientes agrupados según género, sustancia y frecuencia de consumo permitió avanzar en la identificación de la heterogeneidad a la que se enfrentan los programas de asistencia. Esto es, si bien es evidente que la proporción de tratamientos prolongados es mayor entre varones que entre mujeres, y entre consumidores frecuentes de alcohol que entre consumidores frecuentes de pasta base, la articulación de estas características con otros de los atributos considerados en el estudio, perfilan al interior de estos grandes grupos escenarios diferenciados y en algunas situaciones, opuestos.

TABLA N° 4.7

Porcentaje de pacientes que permanecieron bajo tratamiento 241 días o más, según variables seleccionadas y sustancia de consumo frecuente durante el año previo de tratamiento

	% con permanencia de 241 días y más		Total de casos	
	Pasta Base	Alcohol	Pasta Base	Alcohol
Total	34.1	53.7	167	54
ESTADO CONYUGAL				
Soltero	33.3	70.4	129	27
Casado/en pareja	36.4	20.0	22	10
Separado/viudo	42.9	53.3	14	15
GRUPOS DE EDAD ACTUAL				
18 a 24 años	36.2	70.0	58	10
25 a 34 años	30.5	63.6	82	11
35 a 56 años	36.0	42.3	25	26
NIVEL EDUCATIVO				
Hasta primaria inc.	26.4	50.0	53	20
Secundaria Inc.	36.1	66.7	97	15
Sec. Compl. y más	50.0	43.8	12	16
SEXO				
Varón	34.7	61.9	150	42
Mujer	29.4	25.0	17	12
TIPO DE VIVIENDA				
No precaria	33.0	45.5	88	22
Precaria	36.8	80.0	19	10
CATEGORÍA DE INSTITUCIÓN				
C	34.8	62.5	132	32
D	33.3	21.4	24	14
MODALIDAD DE TRATAMIENTO				
Ambulatorio	34.6	16.7	26	12
Internación	34.1	65.7	132	35
TRATAMIENTOS PREVIOS				
Es el primero	28.8	61.1	52	18
1 tratamiento	23.5	38.1	51	21
2 o más	46.9	66.7	64	15
EDAD DE INICIO				
Hasta 13 años	33.3	62.5	60	8
De 14 a 17	40.0	65.0	70	20
Más de 17	28.1	40.0	32	25
DROGA DE INICIO				
Alcohol	50.0	56.8	20	37
Cocaína	26.7	*	15	1
Marihuana	32.5	50.0	120	12

4. A. 3. Factores asociados a la terminalidad y la duración de los tratamientos

Los puntos anteriores permitieron esbozar probabilidades diferenciales de culminación y permanencia vinculadas con perfiles sociodemográficos y de consumo.

El propósito central de este apartado es dar cuenta de la intensidad de la relación entre los atributos sociodemográficos, de consumo y de modalidad de atención con la permanencia y terminalidad de los tratamientos subsidiados por la SEDRONAR, a la vez que cuantificar la probabilidad de que esto ocurra.

El procedimiento aplicado para cuantificar la importancia de las asociaciones, una vez identificada su existencia a través del X^2 , es el cálculo de las probabilidades diferenciales (odds ratio) de cada una de las categorías particulares de las variables asociadas. Se suele definir el odds ratio como la razón de dos posibilidades (odds) mediante el cociente entre el número de veces que ocurre un suceso frente a cuantas veces no ocurre. Es decir es posible conocer por un lado cuanto más probable es permanecer más de 241 días en tratamiento que no permanecer ese tiempo en cada una de las categorías consideradas respecto de las otras. O bien de modo equivalente la probabilidad de terminar el tratamiento.

Con respecto a la probabilidad de finalizar el tratamiento, las diferencias más pronunciadas se observan en relación con el consumo de alcohol –al considerarlo como droga de inicio o como sustancia de consumo frecuente-; y en segundo lugar al consumo de pasta base y género.

En efecto, el grupo de pacientes que se inició en el consumo de sustancias a través del alcohol y el que durante el año previo consumió con frecuencia alcohol (y simultáneamente no consumió con frecuencia pasta base o cocaína) tienen el doble de probabilidades de culminar su tratamiento que aquellos pacientes que no cumplen estas condiciones (Ver Tabla 4.8).

Asimismo, los varones, o el grupo de pacientes que no consumió frecuentemente pasta base durante el año previo al inicio del tratamiento o el grupo de pacientes que antes de comenzar su tratamiento vivía en viviendas no precarias, tienen una probabilidad mucho mayor de finalizar su tratamiento que las mujeres, los consumidores frecuentes de pasta base o los pacientes en condiciones habitacionales deficitarias.

A la vez, hay registro de probabilidades diferenciadas, aunque menos pronunciadas que en los casos mencionados anteriormente, al clasificar a los pacientes según su estado conyugal, edad, consumo frecuente de marihuana y edad de inicio en el consumo de sustancias.

En relación con la permanencia prolongada se refuerzan las tendencias observadas, a la vez que profundiza la probabilidad de ocurrencia según el estado conyugal y edad de inicio en el consumo abusivo de sustancias. En contraste, se reduce la probabilidad de permanecer ocho meses o más respecto a la probabilidad de culminar el tratamiento, entre quienes se iniciaron en el consumo a través del alcohol o eran consumidores frecuentes de esta sustancia, o consumían frecuentemente pasta base. Asimismo, emergen asociaciones que no estaban presentes en el análisis de los tratamientos finalizados y desaparecen algunas que sí lo estaban. Esto es, se observa que los pacientes que están realizando su primer tratamiento tienen una probabilidad menor de realizar trayectorias prolongadas (ODD RATIO = 0.71) y los pacientes con mayor nivel de instrucción tienen una probabilidad mayor de realizar trayectorias prolongadas (ODD RATIO = 1.52). Estas diferencias no aparecían en el análisis de la

probabilidad de terminar los tratamientos. En contraste, no se registran probabilidades diferenciales de realizar trayectorias prolongadas por género (tan fuertes para el caso de terminalidad de los tratamientos) o según edad del paciente (Ver Tabla 4.8).

TABLA 4.8
Probabilidades diferenciales de permanecer bajo tratamiento 241 días o más y terminarlo, según variables seleccionadas (ODD RATIO)²⁴

	Probabilidad de = o > de 241 días de permanencia (ODD RATIO)	Probabilidad de terminar el tratamiento (ODD RATIO)
ESTADO CONYUGAL		
Soltero	*	0.74
Casado/en pareja	*	0.67
Separado/viudo	1.93	*
GRUPOS DE EDAD		
18 a 24 años	*	0.71
NIVEL EDUCATIVO		
Secundaria completa y más	1.52	*
SEXO		
Varón	*	1.68
Mujer	*	0.59
TIPO DE VIVIENDA		
No precaria	1.28	1.49
TRATAMIENTOS PREVIOS		
Es el primero	0.71	*
EDAD DE INICIO		
Hasta 13 años	0.74	0.65
DROGA DE INICIO		
Alcohol	1.781	2.12
Cocaína	0.502	0.54
CONSUMO DE MARIHUANA		
No consumo	1.62	0.63
CONSUMO DE PASTA BASE		
Consumo frecuente	0.68	0.66
No consumo	1.36	1.69
TIPOLOGÍA DE CONSUMO (**)		
Consumo frecuente de pasta base	0,64	0.61
Consumo frecuente de alcohol	1,74	2.11

(*) El valor del chi cuadrado es mayor a 0.1

(***) Se considera consumidor frecuente de pasta base a aquella persona que consume al menos dos veces consume alcohol al menos dos veces por semana pero no consume pasta base ni cocaína.

²⁴Sólo se presenta información para aquellos casos en que el valor del chi cuadrado indica asociación entre variables (valor crítico de X² menor o igual a 0,1)

En síntesis, el análisis de las probabilidades diferenciales (odd ratios) permite reforzar los hallazgos anteriores a la vez que avanzar en la comprensión de la fuerza de estas relaciones. En efecto, hay evidencia para afirmar que el consumo de alcohol y el género de los pacientes constituyen los indicadores más precisos de los que se dispone en este estudio, a la vez que reflejan en forma similar la probabilidad diferencial de terminalidad de los tratamientos. Al considerar el perfil de consumo –en este caso, alcohol- es importante señalar el aspecto relacional de esta asociación. Esto es, el consumidor frecuente de alcohol es, en este caso, simultáneamente alguien que no consume pasta base ni cocaína con frecuencia.

4. B. La voz de los pacientes y de los equipos tratantes

Este apartado rescata, a partir de las apreciaciones de los pacientes y sus equipos tratantes, la valoración del proceso transitado y los cambios percibidos en 122 pacientes del AMBA para los cuales el tratamiento ha sido “eficaz”, básicamente porque han logrado permanecer en el tratamiento hasta sus tramos finales o han pasado al programa SER de reinserción social. Los 122 pacientes entrevistados eran más de la mitad de los que estaban en esta situación al momento de hacerse el estudio.

Comprender “quiénes son” en términos de las particularidades de este subuniverso, sus características personales y las de su entorno, sus apreciaciones acerca del tratamiento que acaban de transitar, los cambios que perciben en si mismos y los que visualizan los profesionales tratantes es una manera de comprender para quienes la oferta de las instituciones con convenio con SEDRONAR es más efectiva. Por otra parte, reconocer los elementos del tratamiento que a los ojos de los involucrados y de acuerdo a la experiencia de los equipos tratantes resultan mas eficaces es también brindar elementos que colaboren en la recuperación de los pacientes tratados. A continuación se describen los hallazgos en ambos sentidos.

4. B. 1. ¿Quiénes sostienen su tratamiento?

En concordancia con el perfil al inicio del tratamiento presentado en el capítulo 3, este grupo es una población joven. Un tercio aún no ha cumplido los 25 años y un segundo tercio no llega a los 35. En este aspecto no hay grandes diferencias con el conjunto de la población de la cohorte analizada. Cuatro de cada 10 manifestó estar casado o en pareja.

TABLA N° 4.9
Pacientes en el último tramo del tratamiento según edad y sexo.

	N	%
EDAD		
18 a 24	43	35,2
25 a 34	46	37,7
35 y más	33	27,1
Total	122	100
SEXO		
Varón	112	91,8
Mujer	10	8,2
Total	122	100

CASADO/UNIDO		
Si	48	39,3
No	74	60,7
Total	122	100

Pero confirmando las tendencias señaladas en los apartados anteriores, se acentúa la presencia de varones en este grupo de pacientes. En efecto, los que terminan son el 92% mientras que en la cohorte inicial eran el 86%. Inversamente, las mujeres, que al comienzo representaban el 13% del total constituyen sólo el 8% de los que han permanecido en tratamiento.

En sintonía con el perfil de la población que logra culminar su tratamiento surgido del análisis de las trayectorias, se observa que el nivel educativo de este grupo de pacientes es superior al del conjunto. En efecto el perfil educativo de los pacientes al inicio de sus tratamientos indica que el 51% había alcanzado el secundario mientras que aquí esta proporción llega al 63% y supera el 75% entre los que están en el programa de reinserción. Por otra parte, se observa que un 20% manifestó estar estudiando, posiblemente como parte de las actividades promovidas por las instituciones tratantes.

TABLA Nº 4.10
Pacientes en el último tramo del tratamiento según asistencia a establecimiento educativo y máximo nivel alcanzado.

	N	%
ASISTE A ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO		
Si	13	20,0
No	47	72,3
Ignorado	5	7,7
Total	65	100
MÁXIMO NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO		
Primaria	22	20,2
Secundaria	69	63,3
Superior no universitario	4	3,7
Superior universitario	8	7,3
Ignorado	6	5,5
Total	109	100

Un alto porcentaje vivía en un barrio consolidado y un 4% menos que en el grupo inicial estaba en situación de calle (6 y 10% respectivamente). La mayoría, nueve de cada 10, declaró que vivía en una casa o en un departamento. También esta proporción es mayor que la de la población general donde alcanza al 80%.

TABLA Nº 4.11
Pacientes en el último tramo del tratamiento según lugar y tipo de vivienda.

	N	%
LUGAR DÓNDE VIVÍA		
En un barrio	103	84,4
En una villa o asentamiento	11	9,0
En la calle	8	6,6
Total	122	100
TIPO DE VIVIENDA		
Casa	64	56,6
Departamento	39	34,5
Casilla	1	0,9
Hotel / pensión	7	6,2
Inquilinato/conventillo	2	1,8
Total	113	100

De lo anterior se desprende que, comparado con el perfil del conjunto de la cohorte al inicio de tratamiento, como consecuencia de la mayor propensión a interrumpir tempranamente sus tratamientos, es menor el peso de las mujeres, mayor el de los que han logrado acceder a la educación media. Asimismo, provienen de un entorno barrial y hábitat menos desfavorable.

TABLA Nº 4. 12
Pacientes en el último tramo del tratamiento según existencia y cantidad de tratamientos anteriores

	N	%
TRATAMIENTOS PREVIOS		
Si	82	67,2
No	40	32,8
Total	122	100,0
CANTIDAD DE TRATAMIENTOS PREVIOS		
1	39	47,5
2	18	21,9
3	7	8,5
4	6	7,3
5 o más	11	13,4
Total	82	100,0

Si, tal como se planteó en el capítulo 1, la adicción puede considerarse una enfermedad crónica, se puede suponer que un porcentaje considerable de pacientes que logran sostener exitosamente su tratamiento han tenido alguna experiencia anterior. Efectivamente 7 de cada 10 transitaron por tratamientos previos y de éstos casi el 30% cuentan con un historial de más de dos (Tabla 4.12).

Finalmente cabe señalar que al finalizar su tratamiento actual el 80% de los pacientes estaban en modalidad residencial y el 20% en ambulatorio.

Particularidades en relación con el consumo de sustancias psicoactivas: en las encuestas a pacientes, se incluyeron algunos temas ausentes o incompletos en las bases de datos construidas con la información de sus legajos. Así se indagó sobre la sustancia que motivó el tratamiento y la de inicio, el consumo de tabaco y de alcohol.

En el 45% de los casos **la sustancia que motivó la demanda de tratamiento** fue la pasta base/paco, en el 33% la cocaína y en el 30% el alcohol.

TABLA Nº 4.13
Pacientes en el último tramo del tratamiento según sustancia que motivó el tratamiento

SUSTANCIA	n	%
Alcohol	37	30,3
Marihuana	11	9,0
Inhalantes	2	1,6
Cocaína	41	33,6
Pasta base – paco	55	45,1
Opio	1	0,8
Estimulantes y antidepresivos sin prescripción médica	3	2,5
Tranquilizantes y ansiolíticos sin prescripción médica	7	5,7
Otras drogas especificar	1	0,8
Ignorado	3	2,5

Respuesta múltiple Base: 122 casos

En cuanto a la **droga de inicio**, nuevamente se reproduce la distribución presentada en el capítulo 3. La marihuana es la más difundida (45% de los pacientes) siguiendo en orden de importancia el alcohol en el 32% de los casos. Por otra parte, sólo el 3,3% declaró al tabaco como sustancia de inicio.

TABLA Nº 4.14
Pacientes en el último tramo del tratamiento según droga de inicio

DROGA DE INICIO	N	%
Tabaco	4	3,3
Alcohol	39	32,0
Marihuana	55	45,1
Inhalantes	2	1,6
Cocaína	16	13,1
Pasta Base/Paco	1	0,8
Tranquilizantes y ansiolíticos sin prescripción médica	1	0,8
Pastillas sin especificar	3	2,5
Total	122	100

El tabaquismo constituye una dimensión de las adicciones de la que no hay un registro confiable en los legajos de la SEDRONAR. En este sentido, la encuesta relevó que casi la gran mayoría (84%) de los encuestados fuma regularmente tabaco. La edad de inicio del consumo de tabaco es temprana: el 80% había comenzado antes de los 16 años. (Tabla 4.14)

TABLA Nº 4.15
Pacientes en el último tramo del tratamiento según edad de inicio y consumo actual de tabaco

	N	%
CONSUMO ACTUAL		
Si	103	84,4
No	19	15,6
Total	122	100
EDAD DE INICIO		
9 a 12 años	20	22,2
13 a 16 años	58	64,4
Más de 16 años	12	13,3
Total	90	100

En cuanto la intensidad del consumo actual, sólo 4 de los 103 fumadores lo hacen esporádicamente. La gran mayoría lo fuma diariamente. Mientras que más de la mitad de estos últimos consume un paquete o más, sólo el 30% afirma fumar 10 o menos cigarrillos (Tabla 4.16)

TABLA Nº 4.16
Pacientes en el último tramo del tratamiento según frecuencia e intensidad de consumo de tabaco

	N	%
FRECUENCIA DE CONSUMO (Días por mes)		
Hasta 3 días	1	0,9
Entre 3 y 15 días	3	2,9
Diariamente	99	96,2
Total	103	100,0
CONSUMO DIARIO PROMEDIO (Cantidad de cigarrillos)		
Entre 1 y 10	28	31,1
Entre 11 y 19	15	16,7
20 y más	47	52,2
Total	90	100

Un 13% de los pacientes manifestó estar consumiendo ocasionalmente **alcohol** al momento de realizarse la encuesta (esto es sobre el final del tratamiento o en etapa de reinserción social). Si se considera que un 30% de los pacientes en estas etapas de tratamiento manifestó haberlo iniciado por adicción al alcohol es de suponer que se trata de un consumo “social”.

TABLA Nº 4.17
Pacientes en el último tramo del tratamiento según consumo actual de alcohol

CONSUME ALCOHOL	N	%
Si	16	13,1
No	106	86,9
Total	122	100,0

La diferencia entre quienes declararon haber iniciado el tratamiento por adicción al alcohol y quienes lo consumen al finalizar podría estar indicando la efectividad de los tratamientos en relación con el consumo de alcohol. La información relevada permite conjeturar que, sin embargo, en los tratamientos no se trabaja sobre la adicción al tabaco. En ese sentido parece que se opta por no censurar el tabaquismo en pos de lograr la abstinencia en el consumo de otras sustancias.

4. B. 2. Los factores asociados

Como se señaló en el capítulo 1, además de la permanencia en el tratamiento, muchos estudios plantean una serie de factores asociados a un tratamiento eficaz diferenciando aquellos vinculados a características de las personas de aquellos que se relacionan con atributos de los tratamientos o tipos de institución. En este punto se

analiza desde la perspectiva de los equipos tratantes y de los pacientes, la importancia de estos factores.

Los factores vinculados a las personas: dentro de este grupo de factores, la **disposición y motivación inicial** fue considerada como condicionante importante de una participación sostenida en el tratamiento

Casi el 79% de los 122 pacientes entrevistados en el último tramo de su tratamiento manifestó haberlo iniciado en forma voluntaria, lo que apoyaría el supuesto de que este aspecto es fundamental para su permanencia. Por el contrario, sólo el 19% aduce una indicación judicial como uno de los motivos de inicio mientras que, según los registros de la SEDRONAR, un 36% de toda la cohorte llegó con causas judiciales de diversa índole²⁵ (OAD – SEDRONAR, 2008).

TABLA Nº 4.18
Pacientes en el último tramo del tratamiento según el motivo de inicio del tratamiento

MOTIVO POR EL QUE INICIÓ TRATAMIENTO	N	%
Voluntariamente	96	78,7
Por presión familiar o de amigos	26	21,3
Por indicación judicial	23	18,9
Por indicación médica	2	1,6
Por presión laboral	3	2,5
Otra	1	0,8
<i>Respuesta multiple: base, 122 casos</i>		

Los equipos tratantes consultados precisaron que la motivación es fundamental en términos de deseo de cambio y no forzosamente como disposición inicial para someterse al tratamiento puesto que en general ésta suele responder a una combinación de estímulos internos y externos. El hecho que las personas lleguen al mismo por presión familiar o por orden judicial no es impedimento para ir asumiendo una predisposición y una voluntad de cambio sobre la marcha.

“Deseo de cambiar, creo que eso es lo fundamental, que el paciente tenga ganas de cambiar y sienta que la vida que tuvo ya no le sirve o ya no le va a hacer bien...”
(Psicóloga C3 I II III)

“La gente vino ó porque no da más o por presión familiar, o porque lo manda el juzgado por cuestiones federales, entonces comienzo porque no me queda otra, y luego eso puede llegar a que un tratamiento sea exitoso, si en un período de entre 3 o 4 meses esa motivación negativa pasa a una positiva, es decir pasar a pensar lo hago porque me empiezo a convencer de que a mí me sirve. Cuando la motivación comienza a ser positiva y comienza a haber un contagio en lo grupal, puede ser este indicador común para los casos de recuperación”. (Psicólogo C3 II III)

²⁵ Como se mencionó en el capítulo anterior, un recurso frecuentemente usado por los familiares para imponer por vía judicial el inicio de un tratamiento es la solicitud de una “protección de persona” pero cabe aclarar que no es la única causa judicial pues también incluye casos de índole penal que no pudieron ser discriminados a partir de la información disponible.

“Lo primero es que el paciente quiera dejar de consumir, aunque no haya venido con esas ganas, y después alguien que lo ayude es fundamental.... Es el 70 % del tratamiento”. (Asistente social B3 III)

“Si, me parece que una de las características fundamentales es esta, el compromiso real de querer dejar de consumir”. (Terapeuta D3 I II)

Otros factores coadyuvantes al éxito señalados por los profesionales y operadores se vinculan a características de **personalidad** tales como la constancia, la capacidad de escucha, de autocrítica, la docilidad así como capacidades previas al tratamiento en particular los recursos en términos de **capital humano** que trae la persona, entre los cuales se destaca el nivel educativo. Esta percepción es consistente con el perfil del grupo de pacientes en el último tramo del tratamiento delineado al comienzo de este punto.

“Cuando el paciente viene con cierta capacidad de reflexión, de autocrítica...la autocrítica es una cosa básica,.. Otra cosa tiene que ver con que el paciente tenga cierta plasticidad psíquica”. (Director C3 I II III)

“Y bueno, el común denominador tiene que ver con que el paciente es dócil, escucha, es colaborador”. (Director C3 II III)

“Si nosotros logramos esto, es porque el chico tiene capacidad de simbolización, escucha, pregunta, introspección. Si no están estas cosas, el chico no se rehabilita”. (Director C3 II III)

“En cuanto a la estructura personal primero tener capacidad de insight que no es poca cosa y tener capacidad intelectual para entender de qué se trata”. (Director C3 III)

“Son pacientes que trabajan constantemente. Que tienen interés en evolucionar, escuchan... tienen paciencia....” (Psicóloga D3 III)

“Sí de lo que se puede hablar es que hay algunos factores que son fundamentales, que tienen que ver con la capacidad de esa persona, con la red social que tenga esa persona, con los elementos con que cuenta incluso al ingreso, no los que logre durante el tratamiento, sino con los que cuenta al ingreso, los recursos que pueda tener, esos recursos son fundamentales”. (Director C3 II III)

“Creo que tiene que ver con la disposición de cada sujeto a preguntarse, a querer saber, más que con la familia...en general hay una disposición de cada persona y eso marca la diferencia. ... para mi son los que quieren saber”. (Tallerista D3 I II)

“Otra cosa que me parece fundamental es la educación que tienen ni siquiera en función del estatus económico; o sea es mucho más fácil hablar con alguien y que elabore todas estas cuestiones y que haya terminado la secundaria o esté empezando a querer superarse”. (Psiquiatra C3 III)

La **edad**, también mencionada antes, es otro factor con incidencia en las posibilidades de sostener y culminar un tratamiento pero no existe consenso en cuanto a los tramos más favorables.

“...por ahí tienen mas posibilidades de salir de la adicción las personas mas jóvenes, tiene mas posibilidad una persona de 18, 20 años que una persona de 40, eso depende del tipo de consumo, también de la variable social, cultural, de dónde viva la persona”. (Psicóloga D3 II)

“...Lo que sí te diría que los pacientes muy jovencitos, por experiencia de muchos años, a veces para salir del problema de las adicciones requieren de dos o tres tratamientos”. (Directora C3 III)

“Al final son personas de mayor edad, de 30-40 los que yo he visto y que han podido salir, algunos hacen tratamiento ambulatorio o sea terapias individuales y han podido;

algunos han seguido y terminaron bien; pudieron hacer su vida y los casos que yo pienso eran de 40 para arriba". (Psicóloga D3 I II)

Pero una de las características salientes del grupo de pacientes que lograron permanecer en sus tratamientos es que contaron con algún apoyo o contención tanto para iniciarlo como para sostenerlo en el tiempo. Este es otro de los aspectos considerados por la literatura actual como fundamental a la hora de pronosticar el "éxito" de un tratamiento. Así, el 82% de los pacientes consultados manifestó haber recibido **ayuda de su entorno familiar o social** para empezar. De los 42 encuestados casados o unidos casi el 70% fue alentado por su pareja al inicio así como durante el tratamiento.

TABLA Nº 4.19
Pacientes en el último tramo del tratamiento según ayuda recibida para iniciar y continuar su tratamiento

	N	%
AYUDA PARA INICIAR TRATAMIENTO		
Si	100	82,0
No	22	18,0
Total	122	100,0
APOYO DE LA PAREJA		
Si	33	68,8
No	8	16,7
Ignorado	7	14,6
Total	48	100,0
AYUDA DURANTE EL TRATAMIENTO		
Si	109	89,3
No	13	10,7
Total	122	100,0

Los estímulos para permanecer, las posibilidades de compartir sus dudas y preocupaciones también son considerados factores importantes para lograr completarlos. Más del 90% de los pacientes declararon contar con alguien con quien conversar sus problemas vinculados al consumo de sustancias psicoactivas. La mayoría mencionó algún familiar cercano: 3 de cada diez a alguno de los padres, más del 66% a algún hermano, 4 de cada diez a su pareja.

Por otra parte el 85% de los pacientes se refirió a los profesionales que los atienden y un 75% a los compañeros en la institución. Ello es coherente con el vínculo que establecen con la institución y que posteriormente se va debilitando para ser suplantado por las redes familiares y sociales.

TABLA Nº 4.20
Pacientes en el último tramo del tratamiento según posibilidades de contención

	n	%
POSIBILIDAD DE COMUNICACIÓN SOBRE SITUACIÓN DE CONSUMO		
Si	111	91,0
No	11	9,0
Total	122	100,0
CON QUIEN PUEDE HABLAR*		
Padre	31	27,7
Madre	50	44,6
Hermanos	45	40,2
Pareja	32	28,6
Hijos	7	6,2
Otros familiares	23	20,5
Amigos	30	26,8
Profesionales de la institución	96	85,7
Compañeros de la institución	84	75,0
<i>* Respuesta múltiple Base 111 casos</i>		

Existe un consenso generalizado en los equipos tratantes respecto a la necesidad de que el paciente cuente con una familia contenedora, comprometida con el tratamiento y que participe de las terapias familiares y/o vinculares, reuniones multifamiliares y otras. Se concibe como un estímulo necesario para mantenerse en tratamiento; si bien no es suficiente, el pronóstico mejora notoriamente cuando existe una red familiar de apoyo. Incluso en alguna institución, se han realizado estudios estadísticos que demuestran que cuando está presente, es mayor la probabilidad de éxito terapéutico.

“Los que se pueden llamar exitosos, son familias que han contenido al paciente, que se involucraron con el tratamiento, que participan, que asisten a las actividades que se han realizado...” (Psicóloga C3 II III)

“Y bueno el paciente que cuenta con familia tiene más probabilidad. Esto no es una certeza, es una condición necesaria pero no es certeza. Pero la verdad, desde que estoy acá los que no han llegado al alta, no han contado con su familia”. (Director C3 III)

“Cuando hay familia que acompañe mínimamente... siempre tenés mejores perspectivas... aun así la familia no cambie del todo. Y después el otro extremo, los pacientes que no tienen nada de nada, que están muertos los familiares, son pacientes muy exitosos... El problema está con las familias ausentes...” (Directora C3 I II III)

“... los tratamientos que son exitosos son siempre los que tienen un entorno familiar firme que apoya el tratamiento, que está comprometido con el tratamiento”. (Psicólogo C2 III)

“Hay buen acompañamiento de la familia, la familia ha estado de nuestro lado apoyándonos en las decisiones por ejemplo para que el paciente no abandone... hemos visto que cuando esta el compromiso de la familia, anda bien..” (Profesional B3 III)

“Yo te diría, ahora lo estamos haciendo con números mas precisos, que un paciente que no tiene una red familiar, social, tiene un 40% de éxito terapéutico; un paciente que tiene alguna red de contención familiar y social, tiene un 80% de posibilidades, ahora, esto que yo antes te decía a ojo, ahora están en 36 y 78”. (Psicólogo D3 II)

Puestos a ponderar, algunos opinan incluso que es más importante la presencia y participación de la familia que los factores individuales.

“Con poca familia digamos la cosa puede funcionar cuando hay mucha motivación pero si la familia está y participa y colabora la probabilidad de que el tratamiento dure lo suficiente, sobre todo eso que no haya un abandono, es mucho más alta.” (Directora D3 I II)

No se desconoce que si bien el apoyo familiar es un factor facilitador fundamental, no siempre existe sobre todo en el caso de los pacientes derivados por SEDRONAR. De hecho hay mención frecuente al adicto como emergente de un entorno familiar conflictivo “disfuncional” y a las dificultades para lograr su efectivo acompañamiento en los tratamientos pese a los dispositivos dispuestos a tal efecto. En estos casos, la red social complementa o sustituye a la familia y aparece como relevante sobre todo en la etapa de reinserción.

En síntesis, de los componentes señalados por la literatura sobre el tema como asociados a un tratamiento eficaz, el grupo analizado cuenta mayoritariamente con la disposición y motivación inicial que los ayudó a sostener su participación e involucramiento en el tratamiento. También cuentan con el estímulo de una red familiar que los apoya para permanecer y sostener la abstinencia. Según los equipos tratantes, el énfasis en cada uno de los factores asociados a la persona es variable y los aspectos vinculados a la red familiar y su participación en el tratamiento son los más contemplados.

Los factores asociados a los atributos del tratamiento actual: Como se ha visto en el capítulo anterior, para los equipos profesionales de las instituciones, la situación de vulnerabilidad de las personas derivadas por la SEDRONAR los convierte en pacientes “complejos”. Sin embargo, curiosamente varios testimonios reflejan una opinión positiva en cuanto a la eficacia de los tratamientos, tanto desde el punto de vista del proceso como de su culminación.

“Los pacientes de SEDRONAR valoran mucho más las cosas. Es gente que valora más... porque no tuvieron muchas cosas, la vida no les regaló nada. Entonces valoran mucho tener una sábana, tener una estufa, tener comida, tener una ducha de agua caliente; valoran el esfuerzo que hace uno. Eso en general pero no es porque venga de SEDRONAR sino que es por una realidad que tienen, es como que tienen códigos mucho más fuertes”. (Psicólogo C3 II III)

“Yo la verdad estoy sorprendida con esto, me parece que tenemos un grado bastante acertado de tratamiento en los chicos de Secretaría porque lo sostienen, porque están hace meses, eso la verdad que me sorprendió yo creo que estamos en un 50%. Porque uno cree que eran los que no lo iban a poder sostener por la reinserción educativa, la familiar y la verdad que nos sorprende la efectividad del tratamiento, lo veo mayor en cuanto a lo que uno pensaba que iban a ser, a la expectativa...” (Directora C3 III)

“En este momento te diría que hay una tasa de éxito mucho más alta de los pacientes SEDRONAR, pero por el tipo de población, son adultos, son padres, tienen una necesidad de compromiso distinta”. (Psicólogo C3 I II III)

Los pacientes fueron indagados sobre sus percepciones acerca del tratamiento que estaban completando o habían finalizado. De esta manera se intentó dar cuenta de algunas de las características del tratamiento y de la institución tratante que pueden colaborar u obstaculizar el logro de los fines buscados. En este sentido se valoraron tres aspectos. Por una parte la adherencia lograda, en segundo término su opinión respecto de la suficiencia y adecuación del tratamiento y finalmente la apreciación sobre el equipo tratante.

Adherencia al tratamiento: Entendida como el establecimiento de un vínculo afectivo con la institución y una relación terapéutica positiva con los equipos tratantes, el personal de las instituciones sostiene que la adherencia constituye un factor facilitador al menos para “seguir adelante” con el tratamiento.

“Creo que la característica fundamental sigue siendo que la persona se deje querer y se logre crear un vínculo, si vos ves que genera un vínculo con la institución ya hay una posibilidad, esa es la característica ves que hay otros que llegan y no establecen vínculos y ahí ya sabes que no llegan”. (Directora C3 III)

“Lo que sirve mucho para tener éxito en el tratamiento es...saber escuchar, tomar a los operadores, terapeutas, como personas que están ayudando y que entiendan que los límites que les ponemos es porque los queremos y no por ortivas como dicen ellos, o por algo de abuso de poder sino por algo que es una manera de ayudarlos y es fundamental para salir adelante. Ahí eso los ayuda muchísimo porque en vez de cerrarse o enojarse toman lo que les decimos y siguen el tratamiento”. (Psicólogo C3 II III)

(Los pacientes exitosos) “son pacientes que cumplen con un horario, que tienen una disposición a participar en todas las actividades que se le proponen, que están involucrados por una lógica creciente, eso es así, llegan mejor”. (Director D4 I II)

“Que ellos puedan estar acá es un logro terapéutico ¿por qué? porque hicieron raíz, porque de alguna manera tomaron como propia la institución”. (Director C3 II III)

Se estimó la adherencia al tratamiento de los pacientes a partir de su valoración de distintos aspectos de la **calidad del entorno terapéutico**. Básicamente se tomaron en cuenta la existencia de un plan de tratamiento conocido y acordado con el paciente y la construcción de un vínculo terapéutico positivo. Así, se consideraron: el tiempo pautado para el tratamiento y las reglas del mismo, la adecuación de los servicios brindados, la valoración de la psicoterapia que recibieron, la ayuda para resolver sus problemas y la relación con los compañeros de tratamiento.

Se indagó la valoración²⁶ de los pacientes respecto de cada uno de los ítems mencionados. Entre los aspectos más ampliamente apreciados se destacan el haber recibido la ayuda adecuada en momentos críticos del tratamiento y la relación establecida con los compañeros. En ambos casos la mitad de los consultados está totalmente de acuerdo con que estos aspectos fueron fundamentales. El 40% acuerda con la utilidad de la psicoterapia en su recuperación. Por otra parte, un tercio está plenamente conforme con la forma que fue informado sobre los diversos aspectos de su tratamiento, la calidad de los servicios ofrecidos y las reglas impuestas en la institución para llevar adelante las diversas instancias de su rehabilitación. En el otro extremo 3 de cada 10 sostienen que el tiempo del tratamiento fue insuficiente. Ello queda reflejado también en el puntaje promedio de cada uno de estos ítems.

²⁶ Para ello se construyó una escala construida con 5 opciones: totalmente en desacuerdo, poco de acuerdo, de acuerdo, muy de acuerdo y totalmente de acuerdo respecto de aseveraciones sobre los aspectos considerados.

TABLA Nº 4.21
Adherencia al tratamiento según calidad del entorno terapéutico

CALIDAD DEL ENTORNO TERAPÉUTICO	De acuerdo*	En desacuerdo*	Puntaje promedio**	N
	%	%		
Reciben Información sobre decisiones	37,0%	1,9%	3,83	106
Buena calidad de los servicios ofrecidos	36,1%	1,9%	3,83	106
Suficiencia del tiempo	13,0%	30,6%	3,62	102
Recibió ayuda adecuada	54,6%	0,9%	4,31	103
Utilidad de la psicoterapia	41,7%	3,7%	3,95	106
Adecuación de las reglas del tratamiento	33,3%	8,3%	3,81	104
Buena relación con los compañeros	50,9%	2,8%	4,30	105

*Se presentan únicamente los extremos de la escala.

**El puntaje promedio se obtuvo a partir de una escala de 1 a 5 donde 1 es la respuesta más desfavorable y 5 la más favorable

Suficiencia y adecuación del tratamiento: La valoración general de los pacientes de su tratamiento es positiva. El 80% opina que ha sido muy bueno o excelente y casi el 77% considera que es suficiente pues alcanza para abordar y superar su problema de consumo.

TABLA Nº 4.22
Pacientes en el último tramo del tratamiento según aspectos más útiles del tratamiento

ASPECTOS MÁS ÚTILES	N	%
Todo	3	2,5
Nada	3	2,5
Las prestaciones ofrecidas	76	62,3
El personal	30	24,6
El autoconocimiento, la toma de conciencia	31	25,4
La reconstrucción de la red de contención familiar	3	2,5
La reconstrucción de la red afectiva en general	5	4,1
<i>Respuesta múltiple Base 122 casos</i>		

En relación con los aspectos de mayor utilidad para su recuperación, como se puede observar en la Tabla 4.22, las prestaciones que fueron ofrecidas durante el tratamiento son las que concitan la mayor adhesión. Además un cuarto de los pacientes pondera por un lado la atención y contención recibida por parte del personal y por el otro su propia toma de conciencia y posibilidad de alcanzar un autoconocimiento inexistente al comienzo del tratamiento.

Consultados acerca de los aspectos del tratamiento que cambiarían, el 66% se manifiesta conforme aunque un 25% modificaría la oferta de prestaciones en términos de cantidad, frecuencia o variedad de las mismas.

TABLA N° 4.23
Pacientes en el último tramo del tratamiento según aspectos que cambiaría del tratamiento

ASPECTOS QUE CAMBIARÍA	N	%
Nada	80	65,6
No se / no se me ocurre	6	4,9
Cambio en la oferta de prestaciones.	28	23,0
Cambios en la frecuencia de las salidas	6	4,9
Cambios en el trato del personal a los pacientes	4	3,3
Cambios administrativos	1	0,8
Cambios en las reglas del tratamiento	3	2,5
Cambios en la estructura del tratamiento	3	2,5
<i>Respuestas múltiples. Base: 122 casos</i>		

Apreciación del equipo tratante: Finalmente se indagó la opinión de los pacientes en relación con la disponibilidad del equipo para escucharlos, su comprensión frente a las problemáticas planteadas, la motivación impulsada por operadores y profesionales para sostener el tratamiento, el trabajo en equipo y el clima de trabajo generado en la institución.

En este caso se utilizó una escala similar a la que fue construida para valorar la adherencia al tratamiento²⁷. Más de la mitad de los encuestados manifiesta que el equipo tratante estuvo siempre dispuesto a escuchar sus dudas, problemas y reclamos y que los motivaron a continuar, a “trabajar para ellos mismos” y a tratar de comprender las causas de su adicción. Además casi 4 de cada 10 considera que el equipo que los atendió realizó bien su trabajo y logró generar en la institución y en los grupos de pacientes un clima adecuado. La capacidad de comprensión es el aspecto menos apreciado pues sólo 3 de cada 10 se sintieron siempre interpretados respecto de sus problemáticas de consumo por los integrantes del equipo tratante. Nuevamente este ordenamiento relativo se refleja en los puntajes promedio de cada ítem.

²⁷ Ver en este capítulo, Pág. 77

TABLA Nº 4.24
Valoración del equipo tratante según acceso y capacidad de comprensión

EQUIPO TRATANTE*	De acuerdo	En desacuerdo	Puntaje Promedio**	N
	%	%		
Disponibilidad para escuchar	55,6%	0,9%	4,21	104
Me motivan a seguir	58,3%	0,9%	4,27	106
Comprenden mis problemas	27,8%	5,6%	3,79	105
Realizan bien sus tareas	39,8%	0,9%	3,97	104
Generan buen clima de trabajo	38,0%	0,9%	3,98	104

*Se presentan únicamente los extremos de la escala.

**El puntaje promedio se obtuvo a partir de una escala de 1 a 5 donde 1 es la respuesta más desfavorable y 5 la más favorable

En suma, al hacer foco en la relación de los pacientes con el centro de tratamiento, de la información analizada en conjunto se desprende que la gran mayoría de los pacientes considera que el tratamiento que está realizando es excelente o muy bueno, a la vez que suficiente para abordar su adicción. Se desprende además una muy buena valoración de la capacidad del equipo profesional y asistencial para promover una buena adherencia al tratamiento y a la institución.

4. B. 3. Los cambios operados en la población que logró completar el subsidio

Evaluar si además de la permanencia y abstinencia lograda²⁸ en casi todos los casos se han producido cambios a partir del tratamiento que permitan a los pacientes retomar su vida desde una perspectiva diferente, es sin dudas uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta a la hora de valorar la eficacia del tratamiento. Con este fin se indagaron sus expectativas iniciales, los cambios que ellos mismos reconocen, sus planes para el futuro y quiénes pueden ayudarlos a mantener sus logros. Por otra parte, también se consultó a los profesionales tratantes sobre su pronóstico sobre cada uno de los pacientes encuestados.

Expectativas iniciales: Conocer qué esperaban los pacientes cuando acudieron a la SEDRONAR en busca de ayuda es, de alguna manera, el punto de partida respecto del que se pueden apreciar sus percepciones de cambio. El abanico sobre el que se indagó fue amplio incluyendo cuestiones relativas a su propia salud y su red social y afectiva hasta el consumo de drogas y la aceptación de sus responsabilidades.

Seis de cada 10 mencionan como principal expectativa el dejar de consumir y curar su adicción. Un poco más de un cuarto manifiesta que esperaba cambios en su estado psíquico y emocional, particularmente “dejar de sufrir”, “dejar de sentir cosas raras”, “tomar conciencia”, “parar”, “tranquilizarme”. Casi un 16% esperaba “cambiar de ambiente”, reinsertarse socialmente. En este sentido, algunos admiten que huían de la cárcel y la policía y esperaban dejar de robar y delinquir, o por otro lado aprender a trabajar y asumir responsabilidades. Son pocos los que al momento de iniciar su tratamiento esperaban recuperar su red afectiva y en particular a sus familias.

²⁸ Como se mencionó en el capítulo 2, éste es el primer objetivo de todos los tratamientos.

También es de destacar que un 15% manifestó no tener expectativa alguna ya que *“estaba tan mal que no pensaba nada”*.

TABLA Nº 4.25
Expectativas iniciales de los pacientes

EXPECTATIVAS INICIALES	N	%
Dejar de consumir / curarme de mi adicción	63	58,3
Reinsertarme socialmente – Empezar de nuevo	17	15,7
Tranquilizar a mi familia	9	8,3
Modificar mi estado psíquico – emocional	28	25,9
Recuperar mi red afectiva	4	3,7
Sin expectativas	17	15,7
<i>Respuestas múltiples. Base: 122 casos</i>		

Los cambios y la mirada sobre el futuro: Si se considera que casi la totalidad de los pacientes en el último tramo de tratamiento ha dejado de consumir²⁹, la primera expectativa planteada se ha cumplido satisfactoriamente. Más allá de ello, los cambios percibidos por los propios pacientes se agruparon en 4 grupos: mejoras en la salud física, en el estado emocional, en la relación con la familia y en su autoestima.

Casi el 55% percibe mejoras sensibles en su salud y estado físico. Según testimonio de los pacientes *“dejar de consumir, las rutinas diarias tanto de trabajo como de las cuestiones de la vida cotidiana, particularmente entre los que se encontraban internados, colaboraron a lograrlo”*.

Sin embargo, es más significativo el logro a nivel emocional. Así, dos tercios ponderan los cambios en ese sentido. Afirman estar más tranquilos, menos confusos, haber aprendido a manifestar sus sentimientos y pensamientos, a reflexionar, sentirse *“más felices”*. También algunos manifiestan su satisfacción porque *“era la primera vez que terminaba algo en la vida”*.

Por otra parte el 60% siente que ha mejorado o recuperado la relación con su familia y ha aprendido a valorarse como persona. Algunos lograron *“reconciliarse con sus familias”* aunque en algunos casos reconocen la imposibilidad de volver una situación de convivencia. También aprecian la importancia que ha tenido en su recuperación el apoyo y soporte de madres, hijos y/o parejas.

En cuanto a su autovaloración, los aspectos que destacan se vinculan con la permanencia en el tratamiento, la comprensión de los motivos que los llevaron al consumo de drogas y la posibilidad de construir un proyecto de futuro.

En suma, si bien los aspectos más valorados se refieren al estado emocional, es destacable que en todos los casos, la mayoría percibe y aprecia positivamente los cambios que perciben en su salud física, en su autovaloración y en sus vínculos. Los puntajes promedio superiores a 4 dan cuenta de ello.

²⁹ Más adelante se verá que es el caso del 80% de los pacientes. (tabla 4.31 pág. 84)

TABLA Nº 4.26
Cambios percibidos por los pacientes en el último tramo de su tratamiento

CAMBIOS PERCIBIDOS	De acuerdo*	En desacuerdo*	Puntaje promedio**	N
	%	%		
Mejóro la salud física	54,60%	2,8%	4,13	105
Mejóro el estado emocional	71,30%	0,9%	4,66	103
Mejóro la relación con la familia	61,10%	4,6%	4,26	102
Aumento de la autovaloración	59,30%	1,9%	4,31	105

**Se presentan únicamente los extremos de la escala de valoración*

***El puntaje promedio se obtuvo a partir de una escala de 1 a 5 donde 1 es la respuesta más desfavorable y 5 la más favorable*

En relación con las expectativas futuras se tuvieron en cuenta dos aspectos. Por una parte las personas que podrían ayudarlos a sostener los logros y por la otra sus planes y proyectos.

En cuanto a los referentes para el apoyo futuro, se destacan sobre todo los familiares: padres (61%), hermanos (45%) e hijos (30%) y parejas (23%). Casi la mitad cuenta con los profesionales de la institución. Sin embargo, 6 de cada 10 considera que mantener los logros depende de ellos mismos. Incluso algunos consideran que desde la institución “*ya no me pueden ayudar más, corre por mi cuenta*”.

TABLA Nº 4.27
Referentes de apoyo después de finalizado el tratamiento

QUIÉNES PUEDEN AYUDAR DESPUÉS	N	%
Padres	75	61,5
Hermanos	55	45,1
Pareja	29	23,8
Hijos	36	29,5
Otros familiares	18	14,8
Amigos	33	27
Profesionales de la institución	57	46,7
Depende de mi	76	62,3
<i>Respuesta múltiple. Base: 122 casos</i>		

Pero casi todos desean permanecer en contacto con los profesionales de la institución. En ese sentido proyectan una continuidad del tratamiento de forma ambulatoria o como hospital de día. Algunos solo creen necesitar apoyo post alta, “*sabiendo que están si los necesito*” “*conteniéndome si hace falta*”, o realizando visitas sociales. Un

pequeño grupo expresa el deseo de insertarse en la institución como operador o asistente.

TABLA Nº 4.28
Relación con la institución

EXPECTATIVAS DE MANTENER CONTACTO CON INSTITUCIÓN	N	%
Si	111	91,0
No	11	9,0
Total	122	100

Con respecto los proyectos de futuro, implican fundamentalmente conseguir algún trabajo (72%) y comenzar o completar los estudios (51%). Además expresan el deseo de volver a la convivencia familiar o a la formación de una nueva familia. Otras aspiraciones se vinculan con la mejora de su calidad de vida, *“ser feliz”, “disfrutar la vida”*; el agradecimiento *“devolverle a mi familia lo que me dieron” “agradecer a mi pareja” “ayudar a mis hijos ahora que puedo”*; la autonomía *“mudarme, vivir solo” “trabajar, sostenerme económicamente” “no depender de nadie”* y; la reinserción social *“capacitarme”, “volver a estudiar”, “aprender un oficio”, “hacer el curso de operador”*.

TABLA Nº 4.29
Proyectos para el futuro de pacientes en el último tramo de su tratamiento

PROYECTOS DE FUTURO	N	%
Conseguir un trabajo	87	72,5
Comenzar / Finalizar mis estudios	62	51,7
Volver a vivir con mi familia	20	16,7
Formar una familia	22	18,3
Aprender a ser feliz con lo que tengo	24	20,0
Lograr autonomía e independencia	26	21,7
Capacitarse para la reinserción social	11	9,2
Otros	10	8,3
<i>Respuesta múltiple. Base: 122 pacientes</i>		

A fin de conocer si había una toma de conciencia sobre la peligrosidad de las drogas en general y de algunas en particular se indagó sobre la que consideraban la más perjudicial. El resultado para confirmarlo. Más del 40% de los pacientes menciona la pasta base como la droga que más daño les causó, un 33% cocaína y un 15% alcohol. Esto es significativo ya que algunos testimonios dan cuenta de que al introducirse en el consumo, muchos parecían ignorar las consecuencias y peligrosidad del camino que estaban iniciando.

TABLA Nº 4.30
Pacientes según droga más perjudicial

DROGA MÁS PERJUDICIAL	N	%
Alcohol	18	14,9
Marihuana	4	3,3
Cocaína	40	33,1
Pasta base – paco	53	43,8
Inhalantes	2	1,7
Otras drogas	3	2,5
Pastillas	1	0,8
Total	121	100

De todas formas, la evaluación satisfactoria sobre los cambios logrados constituye un buen indicador de la eficacia de los tratamientos. La gran mayoría de los pacientes considera que el tratamiento le permitió mejorar su situación emocional y física y su relación con la familia así como aumentar su autovaloración personal. Han podido construir proyectos de futuro inmediato orientados a su reinserción laboral y educativa: en general, sueñan con conseguir un trabajo e iniciar o completar los estudios interrumpidos.

¿Podrán sostener los cambios? El pronóstico de los profesionales de las instituciones: La finalización del tratamiento conlleva el desafío de construir y reestablecer vínculos con el entorno socio afectivo que pone a prueba los recursos incorporados durante el tratamiento. Para completar este apartado se analizan las opiniones relevadas de los profesionales a cargo en relación con las posibilidades que tenía cada uno de los pacientes entrevistados de sostener los cambios logrados y encarar la nueva etapa con los riesgos que ella involucra. También se recuperan aspectos de su trayectoria durante el tratamiento tales como recaídas y abandonos que reflejan que esta no ha sido lineal.

TABLA Nº 4.31
Episodios de la trayectoria de tratamiento y posibilidad de sostener los logros según los profesionales

	Si	No	No sabe	
Recaídas	45,3	54,7	0	100
Abandonos	17,2	77,3	5,5	100
Episodios de violencia	12,5	87,5	0	100
Dejó de consumir	80,5	19,5	0	100
Sostenimiento de logros	64,8	25	10,2	100

Base 108 casos en instituciones

En efecto, el 45% de los pacientes tuvo alguna recaída³⁰ en el curso del tratamiento, sin embargo sólo el 17% lo interrumpió y 1 de cada 10 protagonizó algún hecho de violencia en la institución.

Por otra parte los profesionales afirman que el 80% ha dejado de consumir totalmente y que es probable que el 65% logre sostener los logros alcanzados durante el tratamiento aunque no se pronuncian sobre un 10%.

Prevén una serie de obstáculos que cada paciente tendrá que sortear en su reinserción a la vida cotidiana extra muros. Nuevamente, como se puede apreciar en la siguiente tabla, son los aspectos vinculados al contexto familiar los que más pueden incidir en el mantenimiento de sus logros. En segundo y tercer lugar se ubican factores relacionados con características de personalidad y con el contexto social. Los profesionales consideran que sólo en un 14% de los casos no visualizan obstáculos para sostener los cambios alcanzados.

TABLA Nº 4.32
Principales obstáculos para sostener los logros según profesionales

PRINCIPALES OBSTÁCULOS	N	%
Ninguno	18	14,1
Contexto social en el que vive	34	26,6
Falta de apoyo afectivo familiar	42	32,8
Escasos recursos (culturales, de formación, afectivos) con que cuenta.	13	10,2
Hijos a cargo	5	3,9
Daño físico / psíquico que le produjeron las drogas	10	7,8
Características de personalidad (violenta, depresiva, melancólica, insegura, etc.)	38	29,7
Discriminación / estigma en el medio	1	0,8
<i>Respuesta múltiple. Base 122 casos</i>		

En suma, el pronóstico profesional destaca que la mayoría de los pacientes encuestados será capaz de sostener los logros alcanzados durante el tratamiento. Los obstáculos más importantes que se prevén son la falta de apoyo familiar, algunos rasgos específicos de personalidad y el contexto social.

4. C. La relación entre el perfil de los pacientes y las trayectorias de tratamiento: una aproximación cuantitativa

En los apartados anteriores, el análisis realizado no sólo dio cuenta de los tratamientos desde la condición de egreso de los pacientes, sino también logró aproximarse a la heterogeneidad de los modos de transitarlos. Asimismo, se recogió la voz de los profesionales de las instituciones tratantes y de los pacientes en el tramo final de su tratamiento. A partir de esta estrategia metodológica, se logró sumar evidencia al abordaje que concibe al consumo abusivo de sustancias psicoactivas como una

³⁰ El 70% de éstos tuvo entre una y dos recaídas

problemática crónica con posibilidad de rehabilitación, con una tasa anual de éxito considerablemente baja. En efecto, la mayoría de los tratamientos que se culminan se inscriben como un logro luego de una serie de intentos fallidos. En este contexto queda claro que los aspectos vinculados con la probabilidad de culminar los tratamientos son múltiples y variados.

En este último apartado, se realiza una aproximación, de índole cuantitativa, al análisis integral del perfil sociodemográfico y de consumo de los pacientes y los indicadores centrales de eficacia de tratamiento, desde la perspectiva combinada de la terminalidad y permanencia. A tal fin, se buscó relacionar los perfiles obtenidos, aislados y combinados, para identificar posibles comportamientos diferenciados en el modo de transitar los tratamientos subsidiados por la SEDRONAR.

4. C. 1 La permanencia y condición de egreso de los tratamientos

Es así que las primeras preguntas que surgen son: ¿Existe alguna vinculación entre las configuraciones recurrentes³¹, tanto sociodemográficas como de consumo, y el egreso y tiempo efectivo bajo tratamiento? ¿Y en relación con la modalidad inicial de tratamiento?

Respecto a las configuraciones sociodemográficas, la proporción de pacientes que logra culminar el tramo de tratamiento subsidiado por la SEDRONAR las distancias mayores se observan entre el grupo 2 y el grupo 3. Es decir, aquel conformado exclusivamente por varones mayormente adultos y nivel educativo comparativamente más alto; y el grupo conformado exclusivamente por mujeres. Efectivamente, este último presenta simultáneamente la tasa de permanencia prolongada y la tasa por fin de beca o tratamientos finalizados más bajas en una distancia de 12 puntos porcentuales respecto al grupo de “varones adultos”.

No obstante, al considerar el abandono temprano queda en evidencia una particularidad del grupo de mujeres que se instaura como rasgo distintivo. Esto es, los pacientes de este grupo suelen abandonar más tardíamente sus tratamientos aunque esto no logra contrarrestar su tendencia a la interrupción antes del agotamiento del subsidio o egreso por alta.

Entre los dos grupos de pacientes varones, se observa que aquel conformado mayormente por jóvenes solteros de bajo nivel de instrucción tiende a presentar peores indicadores de permanencia bajo tratamiento. La distancia entre ambos asciende a más de ocho puntos porcentuales en la proporción de pacientes que superan los ocho meses bajo atención y algo menos en la proporción que logra culminar su tratamiento (Ver tabla 4.33).

Al considerar las configuraciones de consumo, se observa que el grupo 2 –aquel conformado mayormente por consumidores de alcohol al menos dos veces por semana que no consumieron con frecuencia pasta base ni marihuana durante el último año- emerge con claridad como aquel que mejor logra transitar los tratamientos subsidiados por la SEDRONAR.

La brecha entre este grupo y el de consumidores de “pasta base/marihuana en la proporción de tratamientos exitosos asciende a 20 puntos porcentuales. En este sentido, se destaca que la tasa de éxito en el grupo de consumidores de “alcohol” duplica a la de los otros dos. Además, por cada paciente que abandona antes de

³¹ Para la conformación de estas configuraciones ver capítulo 3, punto 3.B.2

completar los tres meses bajo tratamiento, hay dos que superan los ocho meses de atención.

En contraste, sólo el 17% de pacientes del grupo “pasta base/marihuana” logra culminar su tratamiento y el 45% lo abandona antes de completar los tres meses (Ver tabla 4.33).

TABLA Nº 4.33
Indicadores seleccionados de resultado, según configuración sociodemográfica y de consumo

CONFIGURACIONES SOCIODEMOGRAFICAS							
INDICADORES DE RESULTADO (En %)	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	TOTAL	GRUPO 1-2	GRUPO 1-3	GRUPO 2-3
	Varones solteros	Varones adultos	Mujeres		BRECHAS EN PUNTOS PORCENTUALES		
Tratamientos exitosos ³²	25,6	31,3	19,1	26,7	-5,6	6,5	12,1
Abandono temprano ³³	39,3	35,0	36,2	37,4	4,3	3,1	-1,2
Permanencia prolongada ³⁴	39,9	48,3	36,2	42,3	-8,4	3,7	12,2
N	332	229	80	641			
CONFIGURACIONES DE CONSUMO							
INDICADORES DE RESULTADO (En %)	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	TOTAL	GRUPO 1-2	GRUPO 1-3	GRUPO 2-3
	Pasta base/marihuana	Alcohol	Marihuana/cocaína		BRECHAS EN PUNTOS PORCENTUALES		
Tratamientos exitosos	17,2	37,1	19,6	26,0	-19,9	-2,4	17,5
Abandono temprano	44,8	24,7	39,2	35,3	20,1	5,6	-14,5
Permanencia prolongada	32,2	50,5	27,5	38,7	-18,3	4,7	23,1
N	82	86	48	216			

En síntesis, las brechas más pronunciadas en los indicadores de resultado, se observan entre las configuraciones de consumo. En el indicador “permanencia prolongada” se registra una distancia de 23 puntos porcentuales entre el grupo 2 y 3, y en el indicador “tratamientos exitosos” se observa una distancia de 20 puntos porcentuales entre el grupo 2 y 1; en ambos casos a favor del grupo con prevalencia de consumo de alcohol y no consumo de pasta base y marihuana. Las brechas en los indicadores de permanencia para las distintas configuraciones sociodemográficas registran un máximo de 12 puntos porcentuales entre el grupo 2 de “varones adultos” y grupo 3 de “mujeres”, en perjuicio de la configuración conformada exclusivamente por mujeres.

Desde el punto de vista de la modalidad inicial de atención, se observan algunas diferencias que merecen ser destacadas. Lamentablemente, para el caso de las configuraciones de consumo, la cantidad de casos con datos válidos es muy baja lo cual limita la posibilidad de análisis. No obstante, se presenta la información para ser considerada como una hipótesis que merece el mayor de los recaudos y eventual testeo posterior.

³² Egreso por fin de beca o tratamiento finalizado

³³ Abandono en los primeros tres meses de tratamiento

³⁴ Permanencia durante 241 días o más

En relación con las configuraciones sociodemográficas, se observa que para los grupos 1 y 2, la terminalidad del tratamiento no parece guardar relación con la modalidad de atención. Sin embargo, en el grupo 3 –aquel conformado exclusivamente por mujeres- la internación aparece como un abordaje más apropiado en relación con la probabilidad de culminar el tratamiento (Ver tabla 4.34).

Asimismo, es posible observar que independientemente de la condición de egreso del tratamiento, los pacientes del grupo 1 presentan un comportamiento cualitativamente diferente al resto. Es así que en el grupo de pacientes varones, jóvenes, solteros, de más baja instrucción, la modalidad de internación pareciera relacionarse fuertemente con la posibilidad de que estos interrumpen su vínculo con la institución antes de los tres meses. Por el contrario, en los dos grupos restantes, los pacientes bajo la modalidad de internación realizan trayectorias que superan los ocho meses de tratamiento con mayor frecuencia que aquellos que realizan tratamientos ambulatorios (Ver tabla 4.34).

Las diferencias en la proporción de tratamientos culminados al considerar el perfil de consumo y la modalidad de atención revelan brechas muy pronunciadas, especialmente en el grupo de pacientes en donde prevalece el consumo frecuente de alcohol. En este grupo, la proporción de pacientes internados que culminan sus tratamientos respecto a quienes realizan tratamientos ambulatorios, asciende a 15 puntos porcentuales. Esta distancia es menos amplia en los otros dos grupos, pero igualmente importante (ver tabla 4.34).

Asimismo, en el grupo 1 de consumo frecuente de pasta base, si bien el abandono temprano es más frecuente bajo la modalidad de internación; también es mayor el porcentaje de tratamientos prolongados.

Esta situación aparentemente paradójica puede estar dando cuenta del impacto diferencial de la modalidad de atención al inicio del tratamiento. Esto es, la internación implica una ruptura radical con el entorno y un proceso de adaptación acelerado a una cotidianeidad diferente. Es posible imaginar que frente a esta situación hay pacientes que no resisten el cambio e interrumpen rápidamente; mientras que el grupo que logra atravesar este momento crítico desarrolla una mayor habilidad para permanecer más tiempo e incluso agotar el subsidio.

En contraste, los tratamientos ambulatorios habilitan en conjunto trayectorias con picos de interrupción menos pronunciados; pero aún así, alcanzan tasas de egreso similares e incluso inferiores a los tratamientos que se iniciaron bajo modalidad de internación. En estos casos, la reflexión obligada que excede las posibilidades de esta breve aproximación cuantitativa, es acerca de las implicancias que tiene la permanencia prolongada en contextos de encierro –aunque sea parcial- para la etapa inmediatamente posterior de reinserción social.

TABLA Nº 4.34
Indicadores seleccionados de resultado, según modalidad de atención al ingreso, configuración sociodemográfica y de consumo

CONFIGURACIONES SOCIODEMOGRAFICAS		GRUPO 1 Varones solteros	GRUPO 2 Varones adultos	GRUPO 3 Mujeres	TOTAL
AMBULATORIO	Tratamientos exitosos	22,0	30,5	10,5	24,1
	Abandono temprano	27,1	37,3	36,8	32,8
	Permanencia prolongada	42,4	40,7	26,3	39,4
INTERNACION	Tratamientos exitosos	24,5	32,4	23,0	27,0
	Abandono temprano	42,9	35,3	36,1	39,5
	Permanencia prolongada	38,5	51,2	41,0	43,1
TOTAL	Tratamientos exitosos	24,1	31,9	20,0	26,4
	Abandono temprano	40,1	35,8	36,3	38,1
	Permanencia prolongada	39,2	48,5	37,5	42,3
CONFIGURACIONES DE CONSUMO		GRUPO 1 Pasta base/marihuana	GRUPO 2 Alcohol	GRUPO 3 Marihuana /cocaína	TOTAL
AMBULATORIO	Tratamientos exitosos	7,7	26,9	15,4	22,1
	Abandono temprano	38,5	30,8	23,1	31,0
	Permanencia prolongada	23,1	38,5	23,1	36,7
INTERNACION	Tratamientos exitosos	18,8	41,7	20,0	27,4
	Abandono temprano	47,8	26,7	45,7	39,6
	Permanencia prolongada	33,3	56,7	28,6	40,9
TOTAL	Tratamientos exitosos	17,1	37,2	18,8	25,5
	Abandono temprano	46,3	27,9	39,6	37,5
	Permanencia prolongada	31,7	51,2	27,1	38,4

4. C. 2. La combinación de los perfiles en relación con las trayectorias

La articulación de los datos que se presentó en el capítulo anterior (punto 3.B.2) sugiere la existencia de una relación entre el perfil sociodemográfico y el perfil de consumo de los pacientes que demandan asistencia. En este punto, el análisis se va a centrar en comprender si la vinculación entre estos perfiles es útil para delimitar aún más las configuraciones diferenciadas de permanencia.

El análisis de los indicadores de resultado a la luz de la desagregación combinada de perfiles sociodemográficos y de consumo permite ampliar las brechas de éxito y permanencia entre grupos³⁵. En efecto, se logra aislar a un conjunto de pacientes con una tasa de éxito del 50%. En este grupo prevalecen aquellos pacientes varones, de más edad e instrucción, que comenzaron su historia de consumo finalizada la

³⁵ No fue posible incorporar al análisis el perfil sociodemográfico 3, compuesto exclusivamente por mujeres, debido a la escasa cantidad de casos.

adolescencia a través del alcohol y que durante el último año antes de comenzar el tratamiento consumieron alcohol al menos dos veces por semana, y no consumieron pasta base y marihuana con frecuencia.

TABLA 4.35
Indicadores seleccionados de resultado según configuración sociodemográfica y de consumo

	CONFIGURACIONES SOCIODEMOGRAFICAS			
	GRUPO 1 Varones solteros	GRUPO 2 Varones adultos	GRUPO 3 Mujeres	TOTAL
CONFIGURACION DE CONSUMO - GRUPO 1. Pasta base/marihuana				
Tratamientos exitosos	16,7	25,0	(*)	17,9
Abandono temprano	48,1	50,0	(*)	46,4
Permanencia prolongada	27,8	40,0	(*)	32,1
CONFIGURACION DE CONSUMO - GRUPO 2. Alcohol				
Tratamientos exitosos	39,3	50,0	(*)	38,2
Abandono temprano	25,0	23,8	(*)	22,5
Permanencia prolongada	64,3	59,5	(*)	52,8
CONFIGURACION DE CONSUMO - GRUPO 3. Cocaína/marihuana				
Tratamientos exitosos	26,1	16,7	(*)	20,8
Abandono temprano	26,1	55,6	(*)	39,6
Permanencia prolongada	39,1	22,2	(*)	29,2
TOTAL				
Tratamientos exitosos	24,8	36,3	17,8	26,7
Abandono temprano	37,1	37,5	35,2	35,3
Permanencia prolongada	40,0	46,3	34,8	39,8
<i>(*) No hay casos suficientes</i>				

En contraste, las tasas de éxito más bajas se encuentran por un lado entre el grupo en donde prevalecen los varones, jóvenes, que se iniciaron en el consumo más tempranamente y tienen menos instrucción; a la vez que durante el año previo al inicio del tratamiento consumieron pasta base y marihuana al menos dos veces por semana, y por el otro entre el grupo de pacientes que surge de combinar la segunda configuración sociodemográfica y el tercer grupo de consumo (varones adultos de mayor nivel de instrucción consumidores de marihuana y cocaína). (Ver tabla 4.35)

En relación con el tiempo de permanencia se observa que, independientemente de la tasa de egreso, la proporción de pacientes que logra permanecer más de ocho meses en tratamiento es considerablemente mayor entre los pacientes consumidores de "alcohol", a la vez que no se registra una influencia de peso del perfil sociodemográfico. Por el contrario, se registra una amplia variabilidad en este indicador entre los pacientes de los otros dos grupos de consumidores.

De este modo, la coexistencia de la tasa más alta y más baja de permanencia en la misma configuración sociodemográfica refuerza la hipótesis de que existe una estrecha relación entre perfiles de consumo y permanencia; aún más intensa que la que se observa con el perfil sociodemográfico.

El análisis realizado aquí sugiere que existe una vinculación entre los perfiles sociodemográficos y de consumo, considerados por separado y en simultáneo, y los resultados de los tratamientos. En efecto las configuraciones identificadas revelaron cierta relación con estos resultados, medidos a través de indicadores de permanencia y condición de egreso.

También hay indicios para sospechar que el tipo y frecuencia de sustancias consumidas constituyen el emergente de una historia de vida compleja e inabordable a través de la información disponible, dado que permiten aún con mayor precisión que los atributos sociodemográficos –con excepción del género- estimar a grandes rasgos la permanencia bajo tratamiento. En el capítulo 6 se intentará, desde un enfoque metodológico diferente, captar algunos rasgos de esta historia.

Capítulo 5. La interrupción del tratamiento ¿contracara de la eficacia?

Se acaba de apreciar que las trayectorias de quienes transitan por el último tramo de su tratamiento no han sido lineales sino con frecuencia surcadas por recaídas e interrupciones. En este capítulo, asumiendo la perspectiva de que el abandono es un episodio más en la trayectoria de las personas con consumo abusivo de sustancias psicoactivas, se abordan las características de los tratamientos interrumpidos en la cohorte total de pacientes del AMBA así como el perfil de quienes abandonan. La indagación realizada a nivel de las instituciones permite además profundizar en los motivos de abandono tanto desde la perspectiva de los equipos tratantes como de los pacientes encuestados.

5. A. El abandono como parte del tratamiento

En la mayoría de las instituciones visitadas, no se llevan estadísticas que permitan reconstruir las trayectorias de tratamiento realizadas por los pacientes. Asimismo, excepto informalmente, no se efectúa un seguimiento sistemático de quienes interrumpen su tratamiento. No obstante, en 12 instituciones los profesionales consultados estiman que la proporción de pacientes que interrumpen su tratamiento varía entre el 30 y 60% del total, en las comunidades con modalidad residencial y entre 50 y 70% en los hospitales de día.

En opinión de los equipos profesionales, el abandono es una característica o un atributo de los tratamientos cuyas trayectorias implican marchas y contramarchas, empezar y volver a empezar.

“El tratamiento del paciente adicto tiene esta connotación, son pacientes que abandonan, les cuesta mucho, después de mucho tiempo quizás retoman el camino”. (Psicóloga C3 II III)

“Es una parte más del tratamiento porque como regla general abandonan, recaen, vuelven a intentarlo hasta que en algún momento dan con un tratamiento donde, no es el tratamiento, es la capacidad del paciente de darse cuenta de que quiere dejar ese estilo de vida pero el abandono se me ocurre casi siempre es como una regla dentro de los primeros tratamientos”. (Psiquiatra C3 III)

De hecho, los datos cuantitativos dan cuenta de que lo habitual es transitar por varios tratamientos. En la cohorte analizada de pacientes del AMBA, sólo el 35% está realizando su primer tratamiento, un 31% ha ingresado a su segundo, y el 34% restante ya ha transitado por dos o más tratamientos.

El abandono aparece entonces concebido como una interrupción del tratamiento que no representa un fracaso sino que es parte de un proceso acumulativo que suele dejar huellas, experiencias y aprendizajes útiles para una eventual decisión futura de retomarlo. Incluso puede resultar un episodio positivo cuando esta decisión se concreta pues es probable que aumente el compromiso con el nuevo tratamiento. De todos modos, para los profesionales y técnicos, suele significar cierta frustración por su responsabilidad y su involucramiento con los pacientes.

“El abandono es leído como que no es el momento personal como para estar en un tratamiento, que así haya estado 1 o 3 meses sirve para que esta persona pueda a futuro lograr el objetivo de hacerlo y bien.” (Coordinador C3 III)

“El tiempo que pasó acá sirvió. El hecho de que alguien pasó por una institución aunque sea por corto plazo o el plazo no sea el adecuado que se considera profesionalmente, algo debe haber dejado seguramente.” (Directora C3 II III)

“Tal vez al salir de una internación se acuerda de todo lo que aprendió en la primera, y dice “realmente estoy equivocado”, entonces quizás el segundo, el otro, o el otro, alguno le sirva. De alguna manera una nueva internación da la posibilidad de, con lo anterior aprendido y con la experiencia de haber perdido tanto, puedan tener una conciencia mayor que otros que llegan por primera vez.” (Profesional C3 I II III)

“Hay muchos que por ahí abandonan y eso no indica que estén mal porque después hacen otros tratamientos, o sea siempre la instancia de un tratamiento es beneficiosa así dure poquito” (Operador C4 III)

“Es parte del tratamiento. A veces necesitan abandonar para entender algunas cosas y después de un tiempo volver e internarse convencidos, por voluntad propia...” (Psicólogo C3 III)

No se identifican diferencias en cuanto a las tendencias y a los motivos de abandono de los pacientes derivados por la SEDRONAR. Por sus condiciones socioeconómicas más vulnerables, pueden presentarse mayores dificultades para asegurar la presencia y participación de las familias pero ello no se refleja en una mayor predisposición a la interrupción de los tratamientos que quienes provienen de obras sociales sino, como ya se vio en otro capítulo, significa una mayor complejidad para el tratamiento en sí y mayores esfuerzos para ellos.

“Los pacientes de SEDRONAR no son más propensos al abandono” (psicólogo C3 II III)

“No hay diferencia en esto del abandono en los pacientes SEDRONAR, solo se suma la problemática adictiva a su problemática social. No tienen familia... se las tienen que ver solos y es más difícil...” (Director C3 II III)

“A nivel general los pacientes de SEDRONAR abandonan un poco más adelante porque en realidad encuentran acá un lugar entonces lo sostienen pero cuando llega la reinserción y ya tienen que estar con su trabajo, bueno entran en un mundo de bastantes contradicciones y a veces abandonan en esa etapa” (Director C3 III)

“Es relativo el tema del abandono. Con los pacientes de SEDRONAR hay especificidades sobre todo por el tema del contexto social” (Operador D3 I II)

“El mayor porcentaje de pacientes de SEDRONAR son pacientes que tienen mucho menor continencia familiar, que tienen también un nivel cultural y social más bajo, esto también influye son pacientes que les cuesta más, digamos, llegar al alta del tratamiento” (Director D4 I II).

5. B. Los tratamientos interrumpidos en la cohorte de pacientes

Es necesario detenerse sobre los alcances de la categoría “tratamiento interrumpido”. Debido a que el subsidio no es renovable, la situación de los beneficiarios que egresaron del sistema de subsidios por agotamiento de la prestación o finalización de tratamiento es teóricamente inmodificable. Por el contrario, debido a que el subsidio no tiene vencimiento, la situación de los pacientes que han interrumpido su tratamiento antes de agotar la prestación muy probablemente varíe conforme el momento en el que se realice el análisis. En efecto, como se mencionó en el punto 4.A.1, una cuarta parte de los pacientes que lograron completar los días de tratamientos subsidiados interrumpieron su tratamiento en algún momento para retomarlo posteriormente. Dadas sus implicancias, este aspecto será analizado con profundidad más adelante, pero basta para comprender que los pacientes con tratamientos interrumpidos conforman un grupo dinámico, cuya situación no puede analizarse en forma conclusiva. Pero se reitera que las tendencias pueden considerarse sólidas por la amplitud del período considerado y el bajo porcentaje de pacientes que permanecen en el sistema.

Al analizar la situación de los beneficiarios dieciséis meses después de otorgado el subsidio se observa que la mayoría ha interrumpido su tratamiento antes de haber agotado el tiempo total de la prestación. La duración promedio de los tratamientos de quienes abandonaron el sistema es de alrededor de 4 meses.

TABLA Nº 5.1
Tasa de deserción y tiempo de permanencia en días. AMBA

	AMBA
Tasa de deserción	66,7
Tiempo de permanencia	121
n	760

Las categorías registradas de interrupción de tratamiento son abandono voluntario, fuga, suspensión y expulsión. Se incluyen también en este grupo a los fallecimientos. Del análisis de la distribución de pacientes que a los dieciséis meses se encontraban sin tratamiento se desprende que casi ocho de cada diez había abandonado voluntariamente, uno de cada diez se había fugado, y alrededor del 10% había sido suspendidos o expulsado. A la vez, cuatro personas fallecieron durante su tratamiento. Asimismo, quienes a los 16 meses se encontraban sin tratamiento por haberlo abandonado voluntariamente habían completado el 33% del subsidio, quienes se fugaron el 25% y los pacientes suspendidos alrededor del 40%. Cabe destacar que las situaciones más frecuentes de expulsión y fuga se dan en las instituciones tipo C.

TABLA Nº 5.2
Distribución de pacientes que interrumpieron sus tratamientos, según tipo de egreso y porcentaje de subsidio utilizado, AMBA

TIPO DE EGRESO	n	%	% de subsidio utilizado
Abandono	384	75,7	33,8
Expulsión	37	7,3	35,8
Fallecimiento	3	0,6	24,0
Fuga	65	12,8	25,4
Suspensión	18	3,6	41,5
Total	507	100,0	32,9

5. B. 1. ¿Quiénes abandonan?:

Debido a que las dos categorías (tratamientos completos e interrumpidos) abarcan en conjunto a más del 90% de total de la cohorte, el análisis de perfiles de interrupción es la inversa del perfil de culminación de tratamiento. Sin embargo al considerar el tiempo de permanencia, se precisan algunas tendencias:

- Si bien no aparecen diferencias entre tasas de deserción según modalidad ambulatoria y de internación al ingreso, quienes abandonan han permanecido más tiempo en la primera que en la segunda, situación que se corrobora también al considerar el tipo de institución.

TABLA Nº 5.3
Tasa de deserción y tiempo de permanencia según variables seleccionadas.
AMBA

	Tasa	Días	N
Total AMBA	66,7	121	507
MODALIDAD DE TRATAMIENTO AL INGRESO			
Ambulatorio	68.5	135	100
Dual	52.9	171	18
Internación	66.7	113	378
CATEGORIA DE LA INSTITUCION			
B	57.9	141	44
C	68.2	114	351
D	68.3	132	99
TRATAMIENTOS PREVIOS			
El actual es el primero	68.9	88	182
Un tratamiento previo	71.1	107	162
Dos o mas tratamientos previos	67.1	165	171
EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO			
Hasta 13 años	71.9	117	151
14 a 16 años	64.9	122	196
17 y más	64.5	127	138
SEXO			
Varón	65.5	118	424
Mujer	75.0	134	75
EDAD			
18 a 24 años	67.9	102	152
25 a 34 años	68.0	128	202
35 años y más	67.9	128	133
MAXIMO NIVEL DE INSTRUCCIÓN			
Hasta primaria completa	69.7	107	145
Secundaria incompleta	66.2	123	253
Secundaria completa y mas	60.5	142	75
TIPOLOGÍA DE CONSUMO (en el año previo)			
Solo alcohol	55.6	105	25
Alcohol y cocaína	54.5	181	18
Marihuana y pasta base	72.4	106	21
Alcohol y marihuana	50.0	121	9
Alcohol, marihuana y cocaína	73.1	131	38
Alcohol, cocaína, pasta base y marihuana	72.0	129	36
Cocaína, marihuana y pasta base	66.7	99	22
Alcohol, marihuana y pasta base	80.8	86	21

**Cantidad de pacientes que abandonaron*

- La situación de quienes fueron diagnosticados como duales merece un comentario especial. En efecto, la tasa de deserción es menor e incluso sus tratamientos interrumpidos duran más en promedio que en las otras dos modalidades. La misma tendencia, aunque menos acentuada, se observa cuando se considera el tipo de institución tratante³⁶. No puede deducirse de aquí una mayor eficacia de los tratamientos pues en realidad tienden a ser derivados a instituciones más cerradas

³⁶ Suelen derivarse a instituciones de tipo A y luego de tipo B. Pero también debe entenderse que no todos los que se derivan a instituciones de tipo B son duales.

y están sometidos a tratamientos farmacológicos. Posiblemente estos dos factores, sumados a una historia de institucionalización, limiten su libertad de movimiento. La historia de tratamientos no parece estar asociada al abandono: las tasas son similares independientemente de la cantidad de tratamientos previos. Sin embargo, el tiempo de permanencia de quienes inician y abandonan su primer tratamiento es casi la mitad de quienes ya han transitado dos o más.

- Las mujeres abandonan más que los varones pero se mantienen en promedio medio mes más antes de interrumpir su tratamiento.
- No aparecen diferencias en las tasas de deserción por edad, sin embargo los menores de 25 años abandonan en promedio unos 25 días antes que los demás.
- El nivel de instrucción tiene una clara influencia: a mayor nivel menor tendencia a abandonar y a permanecer por más tiempo antes de interrumpir.
- Finalmente cabe resaltar las importantes tasas de deserción cuando aparece la pasta base entre las sustancias consumidas en el año previo al tratamiento y la tendencia a abandonar más tempranamente el tratamiento. La misma tendencia se verifica entre quienes consumieron alcohol con marihuana y cocaína aunque éstos permanecen más tiempo antes de abandonar.

5. B. 2. ¿Cuándo abandonan? Los momentos críticos del tratamiento.

De acuerdo a lo que manifiestan los equipos tratantes, el abandono coincide con los momentos críticos del tratamiento: hay consenso de que en su mayoría se producen al comienzo (antes de los 3 meses). Pero también surgen dificultades en la última etapa previa a la reinserción o a la finalización. Los motivos varían según estos momentos. Al inicio prevalecen la ausencia de motivación, las dificultades de adaptación y la intolerancia a la abstinencia. En los casos de tratamientos más avanzados (alrededor de los 7 u 8 meses) son desencadenantes las presiones familiares y la ansiedad y los temores que produce la perspectiva de retomar otra forma de vida en un contexto que no se ha modificado.

“Generalmente al principio del tratamiento, como que no llegan a estar muy convencidos; hay otro porcentaje que es con el tratamiento más avanzado, pero después ya pasando esos siete, ocho meses, generalmente continúan. Al principio es esta falta de libertad...y aparte el hecho de empezar a enfrentar conflictos y angustias que no están listos como para poder hacerlo, Los pacientes que se van a los seis, siete meses, son pacientes que durante todo el tratamiento estuvieron con altibajos, los que siempre tienen conductas muy impulsivas, así...llega un momento que hay algo que lo hizo estallar y toman la decisión, como que aguantaron hasta ahí...”
(Psicóloga C3 III)

“La mayoría de los abandonos son generalmente al principio del tratamiento y tiene que ver con la baja demanda del tratamiento concretamente, donde muchas veces chicos cuando llegan acá vienen obligados por los familiares; la no adaptación puede ser una causa de deserción” (Coordinador C3 III)

“Se van dando en diferentes etapas, la primera etapa en admisión es una etapa de bastante abandono no toleran la abstinencia y vuelven a consumir (los primeros 3 meses) y aquellos que superaron los 9 meses, entran en crisis y quieren abandonar tiran todo por la borda a veces sostienen la abstinencia por un tiempo y a la larga recaen o no, pero las causas en esa etapa es este momento que tiene que ver con la reinserción es la crisis existencial.” (Director C3 III)

“En etapa de admisión sí, de cada tres que entran, uno o dos se van...Nunca dejaron la cultura ni el deseo de drogarse, se internan un par de días de la calle, y en cuanto se les pasa se van” (Directora C3 II III)

“Si logramos que el paciente pase los dos meses hay un buen pronóstico. Los abandonos se dan en los dos primeros meses y en el octavo, por la adaptación y por la reinserción.” (Director B3 III)

“Hay abandonos tipo a los 8 meses, después de los 6 meses que se dan generalmente en un contexto de mejoría y de pronto la familia lo ve mejor y quiere creer que ya está y el pibe empieza a hacer fuerza y quiere trabajar y estudiar y bueno se corta el tratamiento.” (Psicóloga D3 I II)

Las cifras corroboran estas apreciaciones. En efecto, el 55% del total de los tratamientos truncados lo fueron antes de completar los 90 días de uso efectivo del subsidio y no duraron en promedio mucho más de un mes (35 días). Mientras que el 45% restante permaneció en promedio unos siete meses y medio (227 días).

Al analizar las tasas de deserción³⁷ se observan comportamientos diferentes según interrumpan antes o después del tercer mes:

- Se ha visto anteriormente que no aparecen diferencias en la incidencia del abandono según la modalidad de tratamiento ambulatoria o residencial. Pero abandonan más en el primer trimestre quienes ingresan en la modalidad residencial. Por el contrario después de los 3 meses el abandono es mayor en la modalidad ambulatoria. Ello vuelve a corroborar que en ésta última los tratamientos parecen sostenerse por más tiempo que en la modalidad residencial aún cuando finalmente no difieran en cuanto al peso del abandono. Como se verá después uno de los motivos de abandono aducidos por los pacientes encuestados respecto de sus tratamientos anteriores fue el rechazo al encierro.
- Corroborando las apreciaciones de los equipos profesionales, es mucho más probable que antes del tercer mes abandonen quienes inician un tratamiento por primera vez que quienes ya van al menos por su tercer tratamiento. Mientras que después del tercer mes abandonan más quienes tienen más tratamientos quizás como afirma el personal, porque “*se pudren*”.
- Si se consideran las tasas de deserción según edad de inicio en el consumo de sustancias, en el primer trimestre abandonan más los que se iniciaron antes de los 13 años. Pero no aparecen diferencias en la interrupción de sus tratamientos cuando abandonan más adelante.
- Las diferencias según género en cuanto a la incidencia de la interrupción del tratamiento se explica por el comportamiento luego del tercer mes. Es después del primer trimestre cuando las mujeres abandonan mucho más que los varones.
- Corroborando lo señalado en el punto anterior respecto del tiempo promedio de permanencia de los más jóvenes que abandonan, éstos tienden a interrumpir su tratamiento en el primer trimestre, más que los mayores.
- Por el contrario, es en el primer trimestre cuando abandonan más los de menor nivel educativo mientras que no aparecen diferencias en el comportamiento posterior.

³⁷Se recuerda que la tasa de deserción es el cociente entre los pacientes ingresados en un período dado que no completaron al menos 365 días de tratamiento por abandono, expulsión, fuga o suspensión del tratamiento **y el total de los pacientes** ingresados durante el mismo período, por cien.

TABLA Nº 5.4

Tasa de deserción de acuerdo al momento de interrupción del tratamiento (Antes y después de los 3 meses) según variables seleccionadas

MOMENTO DEL ABANDONO	Antes de los 3 meses	Después de los 3 meses	N*
Total AMBA	36,9	29,8	507
MODALIDAD DE TRATAMIENTO AL INGRESO			
Ambulatorio	31.5	37.0	100
Dual	11.8	41.2	18
Internación	39.7	27.0	378
CATEGORIA DE LA INSTITUCION			
B	28.9	28.9	44
C	40.2	28.0	351
D	32.4	35.9	99
TRATAMIENTOS PREVIOS			
El actual es el primero	48.1	20.8	182
Un tratamiento previo	41.7	29.4	162
Dos o mas tratamientos previos	25.5	41.6	171
EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO			
Hasta 13 años	41.4	30.5	151
14 a 16 años	35.4	29.5	196
17 y más	34.1	30.4	138
SEXO			
Varón	37.4	28.1	424
Mujer	36.0	39.0	75
EDAD			
18 a 24 años	42.9	25.0	152
25 a 34 años	36.0	32.0	202
35 años y más	35.2	32.6	133
MAXIMO NIVEL DE INSTRUCCIÓN			
Hasta primaria completa	41.8	27.9	145
Secundaria incompleta	36.4	29.8	253
Secundaria completa y mas	30.6	29.8	75

* Cantidad de pacientes que abandonaron

5. B. 3. ¿Por qué abandonan?

La voz de los equipos profesionales: En general, las opiniones de los profesionales entrevistados fueron coincidentes. Los principales factores asociados al abandono se vinculan al tipo de motivación para iniciar el tratamiento y a características del entorno familiar y social.

En cuanto a la motivación inicial, es más probable que quienes llegan porque fueron inducidos por su familia u obligados por su situación judicial no tengan voluntad de modificar su conducta, no quieran dejar de consumir y no se comprometan con el tratamiento y ello se traduce en resistencias a sostenerlo en el tiempo.

“Son bastantes los pacientes que abandonan. Son fundamentalmente pacientes que no tenían la voluntad de hacer tratamiento y que pese a que no lo blanquean, ya está hablado con la familia, ya saben que vienen por un tiempo y nada más. En otros casos el deseo de consumo. Están internados, pero no hacen el tratamiento. Están inducidos a internarse por la familia o por orden judicial.” (Director C3 II III)

“Cuando quiere más la familia que el paciente. O viene un pedido urgente de la familia, por ejemplo las madres del paco y SEDRONAR con la voluntad de darles una respuesta, los internan y los pibes no quieren saber nada.” (Director C3 I II III)

“Tiene mucho que ver con el tiempo de la persona, a veces inician por obligación y no por voluntad propia o por satisfacer una demanda familiar.” (Operador C3 III)

“Por ahí son pacientes que fueron obligados a hacer un tratamiento sin haberlo decidido... el paciente que nunca decidió hacer un tratamiento en general abandona. Si después de pasar la situación que lo obligó a estar acá, no hay un deseo, abandona.” (Tallerista D3 I II)

En particular, la situación de quienes están judicializados es ilustrativa: no tienen más alternativa que “bancarse” la internación e incluso puede llegar a ser una posibilidad más atractiva que la cárcel cuando se trata de una causa penal. Pero al no existir el deseo de no consumir, se convierte más en un refugio que en un espacio de rehabilitación; no logra eficacia el tratamiento o abandonan apenas pueden.

“A veces vienen judicializados y no les queda otra, y en cuanto pueden se fueron” (psicóloga C3 III)

“Los que vienen judicializados como conocen su estatus de judicializado se bancan estar acá porque saben que tienen que estar acá” (psiquiatra C3 III)

“Cuando son internados a la fuerza... ojo la derivación judicial es necesaria pero por ahí el paciente necesita más tiempo porque no hay un verdadero deseo, o se escapan o convencen a la familia que lo saquen” (psicólogo B3 III)

“Pasa mucho con gente que llega a la institución empujada por la ley, los casos judiciales, un juez dice “o tratamiento o la cárcel”, entonces obviamente acceden al tratamiento, pero la demanda de dejar de consumir no es de ellos, viene de un tercero, de una ley que se los impone, ahí es muy difícil” (Psicóloga D3 I II)

“A veces es difícil poder precisar cuándo la persona quiere hacer un tratamiento para recuperarse y aquellos casos donde la persona lo que está buscando acá es un refugio porque en el barrio me están amenazando, el narco de la zona, ó porque le mexicaníé ó le robé a otro, entonces me vengo a esconder un tiempo. Hemos detectado otros que por casos judiciales se ven en situaciones complicadas y es cierto que ningún juzgado a una persona que está en tratamiento la va a sacar del tratamiento para encarcelarla y esto también se ha vivido” (Psicólogo C3 II III)

A la hora de explicar las principales causas del abandono, las características del entorno familiar y social son fundamentales. Se trata de familias desintegradas, y/o consumidoras, en un entorno barrial también complejo y difícil.

“En la mayoría de los casos siempre hay un padre alcohólico, violento, o una madre que está inmersa implícitamente que se toman 10 rivotril para dormir, dulcolax para adelgazar o sea si yo no coopero y veo lo que mi viejo hace todo, se da vuelta todo.” (Director C3 II III)

“La falta de comunicación, falta de límites, familias trasgresoras, que tienen su escala de valores difusa, familias materialistas, poco expresivas, que no permiten expresar el malestar, cuestionar.” (Operador C3 III)

“El entorno de donde vienen es muy complicado. Hay barrios en los que se consume abiertamente en la calle y el pibe viene y va, es difícil.” (Operador C3 II III)

“Donde viven, porque es un contexto que está rodeado en general de drogas y de cosas ilegales, entonces tiene que ver un poco con eso, por ahí no poder, no saber cual es bien la realidad si es esta o aquella, entonces volver a ese contexto, a estar todos los días en ese contexto y volver a eso, es como por ahí lo que los confunde.” (Operador D3 I II)

“La falta de continencia familiar, familias que pueden ser o muy expulsivas o muy indiferentes” (Director D3 I II)

Tal como ya se describió anteriormente, así como el apoyo familiar es uno de los factores predictivos del éxito de un tratamiento, la inexistencia de este apoyo desalienta e incluso constituye el desencadenante de su interrupción. Las urgencias económicas aparecen como un pretexto para abandonarlo. Pero además, aún cuando se muestren interesadas, las familias ejercen presión para su conclusión apenas perciben algún cambio positivo en los pacientes. Esto se traduce en algo que algunos denominan “boicot familiar” o “mensaje tóxico”.

“Porque a veces la familia nota un cambio al principio del tratamiento y por ahí piensan que con eso es suficiente o ya está logrado, y en realidad no es así” (Psicóloga C3 I II III)

“La falta de compromiso familiar ó la expectativa de la familia de que el chico vuelva a mantener la familia económicamente o acompañarlos” (Directora C3 III)

“Comúnmente los saca la familia, lo que nosotros llamamos boicot. Los chicos pasan a ser el emisario de la casa, pasan a ser de alguna manera el inodoro de la casa, cuando vos empezás a estar bien el inodoro está limpio...ya no es más el drogadicto el que tiene la culpa, entonces tenemos que empezar a mirarnos al espejo, pero como no me gusta mirarme al espejo porque no me gusta ver mi realidad, empiezo a boicotearlo también.” (Director C3 II III)

“Acá de diez abandonos de tratamiento siete es por la familia. En el sentido de que el mensaje es tóxico, que no se adaptan al cambio del paciente (sea hijo, padre). Mensajes tóxicos en el sentido de “te necesitamos afuera”. Muchas veces con esta enfermedad se generan vínculos de dependencia, tanto del paciente como de los que lo rodean entonces los vínculos son totalmente por conveniencia y no por afecto y demás. Entonces venís trabajando un año y viene la madre y le dice cualquier cosa, y le viene taladrando la cabeza y el pibe se va.” (Psicólogo C3 II III)

De todos modos, cualquiera sea el motivo, social, económico o psicológico, la calidad y cantidad de la red vincular aparece como un indicador asociado al abandono.

“Hay familiares que aportan para que se quede, y otros que necesitan de una persona enferma en la casa... El abandono es esperable, y se da porque no hay un acompañamiento de la familia, obligarlo a traerlo y quedarse... (Profesional, B3, III)

“Hay muchos abandonos lamentablemente. Creo que cuando falla esto del sostén familiar, de las redes y del acompañamiento por parte de la familia, hablar de voluntad del paciente sería tonto. Entonces los abandonos se dan fundamentalmente porque no hay un contexto que apoye, que acompañe...y que afiance.” (Psicóloga D3 II III)

“Cualquiera que está acá adentro que no tenga nada del apoyo familiar, se termina yendo” (Psicóloga C3 III)

“Uno de los datos mas interesantes que recabé es que un paciente que termina en baja de tratamiento, en promedio tiene 1.8 vínculos participantes activos en el tratamiento, en cambio un paciente que hace un tratamiento exitoso o que está en un proceso avanzado de tratamiento, tiene 3.9 de espacio vincular presente activo... Más del doble... Claro; vínculos son los padres, los hermanos, las parejas y los amigos” (Director D3 III)

Algunas características de la personalidad de los individuos también se consideran asociadas al abandono de un tratamiento. Fundamentalmente se refieren a la tendencia a la impulsividad, la dificultad de escuchar y recibir ayuda de los compañeros (aquí cabe recordar que la comunidad como método se basa en el apoyo de los pares), la no aceptación de límites, la falta de plasticidad psíquica.

“Falta de plasticidad psíquica, personas absolutamente irreflexivas y con una actitud impulsiva, faltos de autoridad” (Director C3 I II III)

“Factores de abandono: por un lado de personalidad, en relación a que hay una tendencia a la actuación y al manejo del impulso muy fuerte. Un programa puertas abiertas en donde se puedan ir cuando quieran, en algún momento ese impulso predomina”. (Director C3 II III)

“De los pacientes que ingresan, no muchos terminan el tratamiento. Creo que tiene que ver con personalidades muy marcadas en cuanto a la adicción, o...con tener ciertas cuestiones de límites que impone la institución, como no consumir” (Psicóloga C3 I II III)

“Sí la cosa impulsiva en gente más joven y también con trastornos psiquiátricos que no terminan de compensarse, he perdido algunos que tenían trastornos importantes, y los más jóvenes pibes con antecedentes delictivos, con un control de impulsos que no se pudo restablecer, entonces en un momento determinado bueno esto dispara toda una situación y se van.” (Director D3 I II)

Finalmente, otro grupo de causas aluden a las características del tratamiento en sí: sea por dificultades de adaptación a la institución, sea por la inadecuada selección del tipo de tratamiento, sobre todo en casos de derivación a modalidades ambulatorias, sea por cansancio a raíz de reiteradas experiencias; en suma, factores que contribuyen a una mala adherencia al tratamiento.

“Cuesta incorporar las normas y pautas de que la institución es una réplica de afuera.” (Psicóloga C4 III)

“Por ahí no era la institución adecuada, creo que igualmente siempre hay en todos los abandonos una incidencia del equipo, de la institución.” (Director C3 II III)

“Hay pacientes que están muy comprometidos con el tema del consumo y que un lugar ambulatorio no alcanza y que necesitan internación, no es que abandonan sino que necesitan otro tipo de tratamiento pero por ahí en el paso de un tratamiento a otro terminan como abandonando.” (Coordinador D3 I II)

“Chicos que han hecho infinidad de tratamientos y que ya la reiteración de las comunidades es inútil, hay chicos que ingresan que tienen cinco o seis tratamientos y te diría que saben la estructura mejor que yo. Se encuentran con más de lo mismo.” (Director C3 III)

“Esto lo de la omnipotencia básicamente... estábamos pensando en esto de reducir el tiempo del tratamiento porque una de las causas de abandono es que se pudren.” (Operador C4 III)

De todos modos aunque son pocos los que vinculan el abandono a la historia y al tipo de sustancias consumidas, sus observaciones coinciden con lo hallado anteriormente en los datos cuantitativos: la asociación con una edad temprana de inicio y la incidencia de la pasta base.

“Hay pacientes que tienen una larga data de consumo y es muy difícil revertir eso entonces como que eso puede más, porque el paciente después de un tiempo de estar acá adentro empieza con sus salidas, y empieza de vuelta a estar en la calle y a veces es muy difícil controlar eso.” (Enfermero C3 II III)

“Una cosa son los pacientes que vienen con un tipo de consumo específico, alcohol, marihuana, y los del paco, que tienen una tendencia de empezar el tratamiento, estar un tiempito y se van y no vuelven. Son pacientes fácilmente irritables, no tienen normativas, tienen un yo muy lábil y es altamente tóxica la relación que tienen con la droga y los pone fuera de contexto.” (Director D3 I II)

La voz de quienes interrumpieron algún tratamiento: Otra perspectiva analizada en relación con el abandono, ha sido la de los pacientes en las etapas finales de su tratamiento o en reinserción social. Se ha visto en otro punto que 67% o sea 82 de los 122 pacientes encuestados han pasado por tratamientos previos de los cuales más de la mitad ya transitó por dos o más, mayormente en comunidades terapéuticas con

modalidad residencial. Se aprovechó esta instancia para indagar sus percepciones de estos tratamientos en términos de vivencias y resultados obtenidos.

Casi el 60% manifestó no haberse sentido bien en su pasaje por el último tratamiento previo realizado. Si bien cerca de una tercera parte considera que no obtuvo resultados, el resto percibe que le ha sido útil para dejar de consumir o moderar el consumo (20%) y sobre todo para cierta toma de conciencia respecto de su situación (34%). Se recuerda que este es uno de los aspectos en los que han puesto el acento los equipos profesionales tanto respecto de los objetivos perseguidos en los tratamientos como de las huellas que dejan aún en los que se interrumpen.

TABLA Nº 5.5
Opiniones sobre el último tratamiento previo de los pacientes en el último tramo de su tratamiento

	N	%
¿COMO SE SINTIERON?		
Mal	32	39,0
Regular	16	19,5
Bien	31	37,8
Muy bien	3	3,7
Total	82	100,0
¿PARA QUÉ LES SIRVIÓ?		
Para dejar de consumir	11	13.4
Para moderar el consumo	6	7.3
Para recuperar / reconstruir mi vida	1	1.2
Para llevarme mejor con mi familia	2	2.4
No obtuve resultados	25	30.5
Para tomar conciencia de la necesidad de tratamiento	15	18.3
Para reflexionar - pensar - manejar la ansiedad	13	15.9
Para conocer personas nuevas	3	3.7
Ignorado	6	7.3
Total	82	100

59 de estos 82 pacientes interrumpieron el último tratamiento por abandono, expulsión o fuga. Como lo muestra la tabla siguiente, dos tipos de factores predominan al indagarse sus motivos de deserción; por un lado y sobre todo, cuestiones vinculadas al tratamiento en sí *“no me servía”*, el rechazo al encierro *“no soportaba estar encerrad”*), la falta de adaptación *“no soportaba las reglas de convivencia”*, *“tenía problemas con los compañeros o con el personal”*. Por el otro lado la falta de motivación *“no tenía voluntad para dejar de consumir”*, *“no me interesaba dejar de consumir”*, *“por aburrimiento”*. Contrariamente a lo que plantea el personal de las

instituciones, no parece haber atribución de responsabilidad al entorno familiar. Cuando no es “culpa” del entorno terapéutico, hay cierta conciencia de las propias limitaciones.

TABLA Nº 5.6
Motivos de interrupción del último tratamiento previo. Pacientes en el último tramo de su tratamiento

MOTIVOS	N	%
No soportaba estar encerrado	7	11.9
No soportaba las reglas de convivencia del tratamiento	17	28.8
Me llevaba mal con mis compañeros	2	3.4
Me llevaba mal con el personal	2	3.4
Extrañaba a mi familia	2	3.4
No tenía voluntad para dejar de consumir	8	13.6
No me interesaba dejar de consumir	8	13.6
No me servía	19	32.2
Creí que ya estaba mejor y era suficiente	4	6.8
Aburrimiento o cansancio	7	11.9
<i>Respuestas múltiples</i>		
<i>Base: 59 pacientes que abandonaron, fueron expulsados o se fugaron del último tratamiento previo.</i>		

5. C. Los tratamientos discontinuos en la cohorte de pacientes

Por todo lo expuesto hasta aquí, y teniendo en cuenta que en última instancia la discontinuidad es un atributo de los tratamientos, se analiza en este apartado las trayectorias que fueron interrumpidas por cualquier motivo y duración y **posteriormente reanudadas**, independientemente de su situación luego de transcurridos dieciséis meses desde el acceso al subsidio,

Cerca del 30 % de la cohorte del AMBA realizó trayectorias discontinuas en las instituciones que asisten a beneficiarios de subsidios de la SEDRONAR.

Nuevamente se confirma que el primer trimestre es un período crítico para los tratamientos puesto que casi la mitad de las interrupciones se producen por primera vez antes del tercer mes de tratamiento. Luego se observa un leve pico en el cuarto mes y otro más pronunciado en el séptimo, otro momento crítico señalado anteriormente. Transcurrido ese tiempo, la concentración de interrupciones disminuye en forma muy considerable.

TABLA Nº 5.7

Beneficiarios que discontinuaron su tratamiento al menos en una oportunidad, según mes de interrupción. AMBA

MES DE LA 1ª INTERRUPCIÓN	N	%
1	52	24,2
2	51	23,7
3	3	1,4
4	25	11,6
5	17	7,9
6	13	6,0
7	30	14,0
8 y más	24	11,2
Total	215	100,0

En cuanto al tiempo, se observa que cerca de la mitad de los pacientes con trayectorias discontinuas interrumpen su tratamiento por un período cercano al mes, dos de cada diez por un tiempo que ronda los dos meses, y otro 17 % por un intervalo de entre 3 y 5 meses, el resto se distribuye en forma pareja en el intervalo de 6 meses y más. Es decir que en general se trata de paréntesis más bien breves que no superan los dos meses.

TABLA Nº 5.8

Beneficiarios que discontinuaron su tratamiento en al menos una oportunidad, según tiempo de interrupción, AMBA

MESES DE INTERRUPCIÓN	N	%
1	100	46,5
2	43	20,0
3	11	5,1
4	15	7,0
5	11	5,1
6	5	2,3
7	7	3,3
8 y más	23	10,7
Total	215	100,0

Como en el caso de los tratamientos completos y de los abandonos, la probabilidad de que un paciente discontinúe su tratamiento no se distribuye en forma homogénea:

- Las mujeres suelen interrumpir su tratamiento en mayor medida que los varones.
- Los mayores de 35 años y quienes tienen al menos secundaria completa tienden a interrumpir menos que los más jóvenes y los de menor nivel educativo.

- Los consumidores de alcohol solo o con marihuana son los dos grupos de consumidores en donde la tasa es menor.

TABLA Nº 5.9
Tasa de tratamientos discontinuos según variables seleccionadas. AMBA

	%	N
Total AMBA	28,3	760
MODALIDAD DE TRATAMIENTO AL INGRESO		
Ambulatorio	30,8	146
Internación	24,7	567
CATEGORIA DE LA INSTITUCION		
B	35,5	76
C	25,2	515
D	29,0	145
EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO		
Hasta 13 años	28,6	210
14 a 16 años	29,5	302
17 y más	26,2	214
SEXO		
Varón	27,0	647
Mujer	36,0	100
EDAD		
18 a 24 años	29,9	224
25 a 34 años	29,3	297
35 años y más	25,0	196
MAXIMO NIVEL DE INSTRUCCIÓN		
Hasta primaria completa	28,8	208
Secundaria incompleta	28,8	382
Secundaria completa y mas	24,2	124
TIPOLOGIA DE CONSUMO		
Solo alcohol	18,4	49
Alcohol y cocaína	32,4	37
Marihuana y pasta base	34,5	29
Alcohol y marihuana	25,0	20
Alcohol, marihuana y cocaína	30,2	63
Alcohol, cocaína, pasta base y marihuana	35,3	51
Cocaína, marihuana y pasta base	33,3	33
Alcohol, marihuana y pasta base	26,9	26

En síntesis, casi siete de cada diez pacientes abandonan su tratamiento y no lo retoman en el período de referencia. Aparecen diferencias en cuanto a la interrupción del tratamiento según sexo (mujeres más que hombres), nivel de instrucción, edad de inicio en el consumo, y tipo de sustancias consumidas el año previo (en particular cuando aparece la pasta base). Los momentos críticos para que se produzca la interrupción son el primer trimestre y entre los 7 y 8 meses de tratamiento y se ha comprobado un comportamiento diferencial en algunas categorías de pacientes respecto del momento del abandono. Los principales motivos de interrupción según los equipos tratantes son la falta de motivación para ingresar y sostener el tratamiento, la ausencia de apoyo familiar y ciertas características de personalidad vinculadas a la escasa capacidad de reflexión y simbolización aunque también aluden a

características de los tratamientos que contribuyen a una mala adherencia de los pacientes. Por su parte, los pacientes consideran que los motivos para abandonar están relacionados con las características del tratamiento y la falta de motivación para transitarlo.

Capítulo 6. La Eficacia: Un año después, el sostenimiento de los logros

Una de las conclusiones emergentes de los capítulos anteriores es que, si bien todas las personas ingresan a las instituciones de asistencia con las mismas oportunidades de transitar y finalizar un tratamiento, en la práctica existen tasas de culminación, prórroga e interrupción más elevadas en algunos grupos específicos de pacientes, asociados a características sociodemográficas particulares y perfiles diferenciados de consumo.

Asimismo, al recoger la voz de los pacientes y profesionales de las instituciones tratantes, se aportaron evidencias acerca de los múltiples y variados aspectos vinculados con la posibilidad de culminar los tratamientos, entre los cuales se enfatiza el apoyo del entorno afectivo familiar en todas sus etapas.

Una vez concluida la relación con las instituciones, las dificultades parecen encontrarse en el tránsito hacia un nuevo modo de habitar y vincularse con el mundo extra muros. El pronóstico profesional destaca que la mayoría de los pacientes que fueron encuestados será capaz de sostener los logros alcanzados durante el tratamiento. Nuevamente, la presencia de apoyo familiar y la existencia de perspectivas de reinserción laboral y social contribuirían a reforzar esta percepción mientras que los obstáculos más importantes previstos para algunos serían la falta de este sostén, algunos rasgos específicos de personalidad y el contexto social al que han de volver.

Con el objeto de profundizar en algunas de las hipótesis que quedan planteadas acerca de las probables dificultades que las personas encontrarán al concluir su etapa de tratamiento y de los factores que coadyuvarán al sostenimiento de sus logros, se decidió localizar y entrevistar a un grupo de ex pacientes de las instituciones visitadas un año después de haber finalizado el subsidio con la SEDRONAR.

En este capítulo, se procura recuperar sus vivencias y percepciones acerca de su tratamiento, su historia de consumo, su situación actual y sus perspectivas de futuro a fin de ahondar en los factores que contribuyeron a superar las dificultades encontradas en las diferentes etapas transitadas durante y después del tratamiento. Los 18 hombres y 2 mujeres entrevistados provienen de distintos estratos socioeconómicos (fundamentalmente sectores empobrecidos y clase media) con disímiles capitales educativos y con edades que varían entre los 22 y los 63 años.

Se procuró “dejar hablar” a los protagonistas, es decir, el capítulo se centra básicamente en los testimonios tal como fueron relevados por cuanto se trata de verdaderos relatos de vidas complejas, que aun en su singularidad, expresan una serie de condicionantes comunes que se encuentran en el origen de las situaciones de consumo así como en el desencadenamiento de los cambios producidos a partir del tratamiento.

Consta de cinco partes. En la primera se describen algunas características personales de los entrevistados así como de su entorno familiar antes del tratamiento y se relatan las percepciones de su vida como consumidores de sustancias adictivas. La segunda se refiere a las circunstancias y factores que los llevaron a iniciar un tratamiento mientras que la tercera se introduce en el proceso mismo de tratamiento y en sus dificultades para sostenerlo. La cuarta procura una mirada retrospectiva para una evaluación de los beneficios que les significó. Finalmente, la quinta se introduce en el presente para apreciar de qué manera han reconstruido sus vínculos familiares y sociales y cuales son las vivencias de su tránsito por el proceso de reinserción así como sus expectativas de futuro.

6. A. La vida del consumo

6. A. 1. Las personas y su entorno

El grupo de personas entrevistadas forma parte y por ende comparte el perfil de los pacientes atendidos con subsidio de la SEDRONAR en el último tramo de su tratamiento.

Se trata entonces de un grupo con poca participación de mujeres y con mayor nivel educativo que quienes lo inician. Así la composición por género de la población atendida por la SEDRONAR se tradujo aquí en un alto predominio masculino: la mayoría de los que accedieron a entrevistarse son varones -18 de los 20-. Por otra parte, las edades oscilan entre los 22 y los 63 años con la siguiente distribución etárea.

TABLA Nº 6.1
Entrevistados por grupo de edad

Grupo de edad	Cantidad
20 - 29	9
30 - 39	4
40 - 49	3
Más de 50	4
Total	20

La mayoría ha cursado al menos algunos años de la escuela secundaria. Varios retomaron los estudios durante el tratamiento y aún continúan. Un pequeño grupo incluso comenzó a cursar la universidad. Si además, se tiene en cuenta el nivel educativo y la ocupación de los padres, se puede inferir que varios de ellos provienen de familias de clase media.

“Mi madre está estudiando ahora... profesorado de matemáticas. Ella era profesora de contabilidad hace mucho...Y ahora tiene que renovar el título...se puso...Sí... todos tenemos materias pendientes. Mi hermana está estudiando para maestra y mi otro hermano empezó psicología pero dejó, está trabajando con mi viejo. (El padre) es arquitecto, sí, sí...atiende a PYMES”. (Varón, 24 años)

“Mi vieja trabaja en el ministerio del interior, ya hace como 8 o 10 años que está bien ahí, ella la otra semana se fue a un congreso. En la oficina de secretaria interactúa con todos los ministerios de distintas provincias.” (Varón, 25 años)

“Mi mamá es abogada. Trabajaba en una obra social, pero se quedó sin trabajo.” (Varón, 29 años)

Pero también es cierto que, como muchos de los pacientes subsidiados por SEDRONAR, estos provienen de familias problemáticas, con dificultades para la construcción de vínculos afectivos.

“Vivo con mi mamá mi abuela y mis hermanas...Yo vivo con mi hermana, la más grande, que tiene 24 y mi hermanita que tiene 13...Después tengo dos hermanos más, pero no viven conmigo, son de mi papá, con otra persona...yo a él no lo veo mucho...creo que lo vi hace un mes, y de esa vez que lo vi; hacía tres meses que no lo veía... antes me molestaba que mi mamá me llame, ¿viste?” (Varón, 22 años)

“¿Con mi madre y su marido? yo de chico no me crié con ella... ni la conozco...No, me llevo como siempre. Sí hablamos ahí, de algo de las noticias, de esas cosas puedo hablar con él... pero eso de cómo te fue en el trabajo, qué hiciste...eso no...y con Juana tampoco, ella algunas veces está esperando que yo diga que me voy...y quedarse con él... yo no sé quién es el marido de ella... le mete los cuernos.” (Varón, 27 años)

Otra cuestión recurrente es que el problema de consumo no es privativo del paciente, pues muchos provienen de familias con varios miembros con antecedentes de consumo.

“Mi papá era alcohólico, le agarró un paro en la estación del tren y... falleció cuando yo tenía 14 años.” (La mamá se volvió a casar) “Tengo dos hermanas; ellas sí viven en casa con mi mamá, una tiene 22 años, ella consumía también era un cachivache cuando tenía 14, digamos que era peor que yo ... pero después no sé qué le pasó, me vio a mí... en realidad no sé bien lo que le pasó, ella cambió mucho.” (Mujer, 39 años)

“Tengo cinco (hijos) 12 tiene la menor y 20 de la mayor...Todos de la misma mamá. No estamos juntos, ella (la madre de los hijos) también tiene problemas. Tengo una hija en tratamiento, la segunda de 19 años”. (Varón, 39 años)

“Mi hermano (tiene cuatro hermanos que consumen) el mayor también está becado por SEDRONAR está en XX... en diciembre va a hacer para 2 años, mi hermano tiene más carrera que yo, con consumo... Mi padre es alcohólico... mi mamá, no toma una gota de alcohol, por ejemplo...pero le da al cigarro.” (los padres están separados) . (Varón, 32 años)

“Mi otro hermano como ahora está consumiendo, volvió a consumir de nuevo, después de estar internado como dos años salió, estuvo bien... va viene, va viene... entonces tuvimos una pelea, nos peleamos y bueno hace un tiempo que no lo veo.” (Varón, 25 años)

“Mi mamá tomaba alcohol, no es como excusa, pero ella tomaba un viernes o un sábado, y después ya se quedaba. Capaz que ella tomaba un viernes y se quedaba toda la noche, capaz que yo volvía un viernes de bailar, o de drogarme, o lo que sea, el sábado a la mañana y ella estaba todavía tomando” (Mujer, 26 años)

“Tengo dos primos que consumen cocaína, y después tengo en la familia, hermanos y parientes de mi papá, tengo antecedentes de alcohol, que son alcohólicos” (Varón, 28 años)

Muchos dan cuenta de que antes de iniciar el tratamiento tenían dificultades para establecer vínculos. Esto, según los casos, se verificaba en todas las relaciones personales, o en particular con alguna, normalmente los padres, la pareja o los hijos. Algunos testimonios son elocuentes en este sentido.

“Mi hija al principio como que sintió que yo la rechazaba. No quería que me sienta al lado, tenía, creo, que un año y medio, no quería saber nada. Esperaba si yo la agarraba, pero ella no... pero cuando yo estaba mal, si estaba ella y yo dormía, si entraba alguien a la pieza decía mamá y hacía todo con gestos, pero no sabes...” (Mujer, 26 años)

“Mi madre tendrá unos 44 años o 43... sí 43. Antes, por ahí, no nos veíamos casi nunca, cada vez que nos veíamos estaba todo bien... Pero con el tema de la convivencia, después de una semana o dos ya empezaron las discusiones, los roces... entonces terminábamos enojándonos”. (Varón, 25 años)

Tengo una nena con otra mujer, que en este caso ahora no la estoy viendo, hace 4 años más o menos, por situaciones de juzgado. Mi exmujer consumió conmigo, en el último tiempo, de pareja, sí. Pero bueno, ella me engañó a mí, se cortó la relación y a raíz de eso empezaron las citaciones. Una vez la fui a ver a ella, a ver a mi hija, y bueno una vez la fui a ver con mi pareja, ella se golpeó la mano, hizo la

denuncia de que yo se la rompí y bueno, a partir de ahí, fue todo por un juez, no podía acercarme a la nena, fui a un careo con ella, porque yo había perdido un trabajo, y tenía que pasar por el juzgado. Después terminó aceptando que ella se la rompió, pero yo por mi situación, seguía drogándome, y no podía ver a la nena. (Varón, 30 años)

6. A. 2. De la incursión en el consumo de sustancias a la adicción

Los testimonios dan cuenta que casi todos han transitado por situaciones de policonsumo. Sólo hay cuatro casos de monoconsumo: tres de ellos de alcohol y uno de pasta base. Todos llevan al menos 8 años de vínculo con las sustancias. Pero se destacan con varias décadas los 3 monoconsumidores de alcohol, mayores de 50 años. Para muchos, la frecuencia ha sido diaria durante períodos prolongados de varios años, en alguna etapa de su adicción.

Corroborando las tendencias señaladas en los capítulos anteriores, se puede apreciar que la mayoría comenzó el consumo en la adolescencia. Salvo en dos casos, lo iniciaron antes de los 21 años y en 12 de ellos antes de los 18 años. Las dos excepciones ubican el inicio a los 26 y a los 39 años.

Entre las sustancias de inicio suelen predominar la marihuana y el alcohol para luego ir probando diferentes drogas. Este inicio posiblemente se explique porque son las sustancias de más fácil acceso y porque consumir otro tipo de drogas implica tener ciertos contactos, pertenecer a ciertas redes que las habilitan.

“Yo empecé a consumir a los 13 marihuana y pastillas. Después seguí consumiendo marihuana con pasta base, eso fue bastante tiempo... unos tres años...” (Mujer, 26 años)

“Empecé con alcohol y con la marihuana o sea lo que es de más fácil acceso.” (Varón, 28 años)

“Sí, yo empecé a los 13 años... a los 13 años era el fasito, a los 14 alguna cervecita, un poquito más, a los 15 ó 16 ya me los iba a comprar yo, después a los 17 ó 18 conocí la cocaína y la base. Seguí con la cocaína porque la base no me gustó y a los 20 y pico agarraba lo que venga, pastillas, marihuana, cocaína, todo. Como todos, primero una cosa, después la otra, una cosa lleva a la otra...” (Varón, 25 años).

“Alcohol también... empecé a los 17 años con marihuana, alcohol, muy poco...pero marihuana más...Y a los 19 empecé con la cocaína. Ya era cocaína, marihuana y alcohol Ya después era así todo, dos años igual, ya a los 21 años tomaba ácido.” (Varón, 30 años)

“Yo empecé a consumir en mi adolescencia, y fue por una cuestión de que estaba en Villa Gesell, me volvía a dedo. Subí a un coche, donde iba un cabeza que sacó un porro, me dijeron ¿querés? dije bueno, me gustó y así siguió todo..Con el correr del tiempo yo consumía cocaína y después necesitaba poder dormir y con eso ... yo consumía casi 10 mg de clonazepan, para poder descansar. Así que fue la marihuana, la cocaína y el clonazepan.” (Varón, 47 años)

En algunos casos comienzan a consumir creyendo que realmente lo pueden manejar y termina resultando incontrolable. Pareciera que el inicio con alcohol y marihuana no lleva inexorablemente al consumo de otras sustancias sino que se vincula con características de la personalidad y del entorno que hacen que algunas personas sean más propensas que otras al consumo abusivo.

“Yo empecé, digamos, de adolescente grande ¿no? Porque tenía 17 años cuando empecé a tomar alcohol y a fumar cigarrillos. Después, con el tiempo, empecé con la curiosidad de la marihuana... Yo, en toda esa época, siempre era “yo lo manejo”... yo sabía de los problemas que podía traer ... y después empecé con la

curiosidad de la cocaína. No me considero, digamos, un cocainómano, pero me gustaba. Si había quería más.” (Varón, 35 años)

“Sí, a los 15 empecé a fumar porros con los compañeros de la escuela, con los amiguitos del barrio. Es bastante común hoy en día, ¿no? Pero bueno, viste cómo es todos los chicos lo prueban, algunos siguen haciendo lo suyo y otros quedan medio manchaditos. Y yo me fui para ese lado.” (Varón, 29 años)

Una vez pasada esta primera etapa en la que se “prueban” diferentes sustancias, el consumo se intensifica y se crea la dependencia que genera la adicción, el “no poder parar” asociado a la pérdida de libertad:

“lo mío era estar consumiendo todos los días... todos los días me levantaba y ya me drogaba.” (Varón, 30 años)

“...desde los 13, ya al último no podía parar, consumía de todo y todos los días. Consumí cinco o seis años, no sé bien, pero más o menos, (Varón, 24 años)

“tuve períodos en los que era todo los días durante varios meses, tres o cuatro meses todos los días... después dejé, pero era dos veces o tres por semana y la cantidad de plata que gasté es notable, ¿no?” (Varón, 25 años).

“Siempre fue una constante el alcohol, pero lo que estaba consumiendo más en el último tiempo era marihuana. Y ya era no sólo los fines de semana sino también algún día de la semana”. (Varón, 28 años)”

“Empecé cada día más, cada día más, cada día más y ya al último no lo podía controlar. Ya me levantaba la mañana... me levantaba temprano y en vez de desayunar, tomaba algo. Entonces a mí me parecía que hacía bien. A mí por el momento cuando tomaba me hacía bien.” (Varón, 57 años)

Algunos señalan momentos críticos en sus vidas que afectaron y agravaron el modo y/o tipo de consumo:

“Sí, por lo general y desde muy chico, sí desde chico. Pero sí me di cuenta que hubo un punto de inflexión con respecto al consumo de cocaína, después de la muerte de mi papá...” (Varón, 29 años)

“Estuve tres años así haciendo todo esto, al último tiempo yo me estaba enganchando demasiado a la noche, y ya me quedaba hasta el día siguiente, siempre. Bueno, me entero que quedo embarazada y dejo. Automáticamente dejo; hasta que mi nena cumplió un año. No consumí más hasta que la nena cumplió un año. Cuando la nena cumplió un año... ahí fue... un mes más y había recaído con pasta base directamente.” (Mujer, 26 años)

“Mi madre fallece un día... y yo no sabía cómo hacer el duelo y volví a tomar.” (Varón, 61 años)

6 .A. 3. Las causas de la adicción

El hecho de haber concluido o estar terminando un tratamiento que incluye psicoterapia ha habilitado a las personas adictas a una reflexión acerca de los “motivos” por lo cuales consumían. Sus testimonios vinculan generalmente la adicción a problemas emocionales y personales, entre los cuales prima la sensación de soledad.

“Yo creo que la mayoría te lo dice: es la soledad. El sentirse solo... o sea muchos compañeros que lo han dicho y yo comparto mucho eso. A pesar de que yo estaba con mi mamá y trabajaba... el tema es que me sentía sola igual. Porque mi mamá... se preocupaba por su marido, por mi hermanita que había nacido... por mi otra hermana.” (Mujer, 39 años)

“En realidad yo me sentía muy sola... Como que mi madre no se ocupaba de los hijos, que ocuparse de ellos bueno, que lo haga otro... Y bueno empecé a buscar juntas con esas juntas yo creía que me sentía más... no sé... como querida, Y así me fui involucrando cada vez más, cada vez más y después bueno se me hizo ya... adicta y me quedé ahí.” (Mujer, 26 años)

“Digamos que tuve un problema emocional y laboral. Cuando yo lo dejé año y medio y después empecé a tomar cuando estaba papá y después que él falleció y todo, me picó la soledad. y yo empecé a beber por ansiedad, mal, y a mí la ansiedad también me hacía mal... la situación mía era la calle y quizás la muerte, había vendido mi casa y me había ido a una pensión. Y en la pensión me juntaba con gente... un tipo macanudo, nos íbamos a la casa de él tomábamos vino...estaba tomando bien, promedio dos litros y medio por día.” (Varón, 61 años)

Pero como en el caso de la soledad, la mayoría atribuye a problemas personales asociados al contexto familiar y a la vivencia de una mala calidad de los vínculos el origen y desarrollo de la adicción.

“Ni sé como llegué a eso, pero lo pude entender. Tenía problemas no resueltos que después lo descubrí en la terapia. Cuestiones no resueltas de la infancia, cuestiones de falta de personalidad, digamos, por lo cual bueno uno elige un camino equivocado decide cosas equivocadas y las consecuencias son terribles” (Varón, 49 años)

“Mi padre es muy diferente a otros padres de chicos que yo conozco o compañeros de tratamiento o amigos, en el sentido de que el tipo es un buen padre, pero yo con mi papá nunca jugué un partido de fútbol, y todas esas cosas que ahora se ven, y además siempre estaba ausente...siempre me crié solo, tuve mis castigos cuando me portaba mal y eso, pero una vez que agarré la calle, fue como que ya me...la gente que encontré en la calle era mala, mucho más grande que yo, porque siempre anduve con gente grande...” (Varón, 30 años)

“Mi viejo no estaba, ellos están separados, así que mi viejo mucho no pinchaba ni cortaba. Así que creo que siempre hice lo que quise, más allá de las reglas que había en la casa. Que muchas tampoco había. Mi vieja es una persona muy liberal, no me imponía nada...bah, está todo bien; mis hermanos salieron perfectos, ninguno tuvo ningún tipo de adicción. Y si vos decís que fue lo que hice mal, y no hiciste nada malo, porque si lo demás chicos están bien... capaz, no sé, yo sufrí más la separación de mis viejos, o soy más sensible en ciertos aspectos.” (Varón, 24 años)

“para no enfrentar la vida, para no sufrir, para mantenerte un pibe toda tu vida... peleando con tu vieja y tu viejo como si fueras un nene, discutiendo, reclamando como si fueras un pibito, por infantil, por no madurar. Para no crecer... estar de joda no es difícil.” (Varón, 43 años)

Solo en dos casos, mencionan el placer asociado al consumo:

“Yo por un lado lo relacionaba, mi consumo, con el placer. Primero placer y después la soledad” (Varón, 35 años)

“Porque me gustó...no tuve ninguna razón particular, sí, obviamente, y siempre lo hablé en terapia.” (Varón, 30 años)

Con cierta frecuencia, aparece una tendencia a “esconder el problema” bajo la apariencia de una vida “normal” de modo de que los padres o parejas no se percaten de la adicción. Si bien no se aclaran los motivos, parecería que varían según la persona. En algunos casos, forma parte de la “enfermedad” familiar. En otros se puede suponer que apuntan a mantener autonomía de consumo y a evitar la reprobación y el control puesto que, como se verá más adelante, una vez que la familia está al tanto del problema, con frecuencia se moviliza para lograr el inicio de un tratamiento.

“El problema de la adicción lleva mucho a esconder el problema. se disfraza; mucho se disfraza. Lo que pasa también es algo que se llama la coadicción. Los padres, la familia o la compañera... se produce como una ceguera.” (Varón, 49 años)

“Todos los días pero nada... hacía dentro de todo, entre comillas, una vida normal digamos. Si tenía que hacer mis cosas las hacía... iba al colegio; hacía las cosas en mi casa... y después como de recreo, me iba y fumaba. Después capaz que volvía, me bañaba, miraba la tele, merendaba y después a la noche me iba y fumaba y así.” (Mujer, 26 años)

“En ningún momento supieron nada de mi consumo durante los 25 años mis padres. Era algo que yo mantuve en secreto y lo manejaba como para que no se enteraran de nada, yo pensaba que no me iban a ayudar, que me iban a dejar colgado. Pero en realidad después de hablar con la gente al hacer el tratamiento me dí cuenta que los terminé ignorando por no hacerles mal.” (Varón, 47 años)

“Mis padres...sabían que no andaba bien, pero no me veían así, ansioso, nada... Sabían que venía alcoholizado, y que venía re tarde, pero bueno...yo les decía que era mi vida y que decidía yo.” (Varón, 30 años)

6. A. 4. Las consecuencias de la adicción: riesgos y pérdidas

A la distancia, han tomado conciencia de la profundidad de las pérdidas ocasionadas: pérdidas materiales, pérdidas afectivas, pérdida de conciencia, pérdida de la salud. Se puede ver que llega un punto donde la adicción se hace cada vez mayor y afecta todos los planos de la vida.

“Yo perdí muchas cosas por el alcohol; porque yo trabajaba después con mi tío, por trabajar con él me hizo dejar la municipalidad...y de la noche a la mañana yo era empresario. Teníamos una distribuidora de trampas para vapor. , la cuestión es que no vendía y ya tomaba bastante.... y bueno la empresa iba a ser para mí y como no me entraba plata me puse de remis. Entonces dejé de ir a la empresa, mi tío se enojó conmigo y bueno me desheredó en cierta forma.” (Varón, 63 años)

“La adicción para todo me jodió...en el laburo también... porque cuando ya se me fue de mis manos... de entrada primero eran los fines de semana, cuando salía. Después, cuando me introduje, en la semana, ya ahí me alteraba el laburo obviamente. No dormía o me dormía justo cuando tenía que salir o hacía cagadas cuando iba al trabajo...En el último tiempo eran las 24 horas. En los últimos tres años.” (Varón, 32 años)

“Mi viejo estaba enojado conmigo.... en una etapa de mi adicción como que no me daba lo que yo quería. Como que me aguantaba, como yo no hacía nada y era como un adolescente caprichoso, a la plata que yo laburaba me la gastaba en drogas.” (Varón, 43 años)

“Había llegado a un punto en que la única responsabilidad que mantenía era el trabajo. Después mi vida personal era un caos. Mi casa era un caos, no pagaba las boletas ya era una mugre mi casa.” (Varón, 29 años)

“A mí me pasaron un montón de cosas porque yo pasé por la situación de calle...Yo dejé todo: mi casa mi vida, yo no volví más a mi casa. O sea dejé a mi hijo el más grande, que ahora tiene 16 años, que tendría a cuatro años en esa época.” (Mujer, 39 años)

“Empecé a hacer cosas que nunca había hecho en mi vida, como vender cosas mías...me fui a vivir debajo de un puente, con mi viejo...mi viejo ya estaba viviendo ahí.” (Varón, 32 años)

“Había dilapidado lo poco que tenía. Me había destruido. Si te muestro fotos de cómo estaba antes... pesaba 58 kilos, no dormía no comía.” (Varón, 49 años)

“Imagínate toda una vida en la calle, en la calle no dormía, no comía, no me bañaba, no me cambiaba, nada, nada, nada... .. la verdad se te pasa rápido el

tiempo... porque estás todo el tiempo pensando en donde podés pedir para fumar. Y fumás y ya estás pensando en dónde... bueno ya los últimos tiempos era así ¿no? Todo el tiempo pensando en dónde conseguir para fumar .Hasta me contagié, adquirí el virus por el tema del consumo también.” (Mujer, 26 años)

“Lo que pasa es que fueron muchos años de vivir mal, Y los últimos años fueron consumí pasta base y fue como muy vertiginosa la caída. Entonces yo mismo me daba cuenta que hubo cambios muy... rápidamente, muy notables en mí. Agresivamente, con violencia y bueno, más depresión, Por ahí autolastimarme o también quilombo en mi casa, rompés una cosa, te peleás.” (Varón, 39 años)”

Insisten sobre todo en que implica una pérdida de conciencia y la sustancia se convierte en una suerte de anestésico. Esto a su vez se traduce en riesgos para la vida propia y ajena.

“Cuando uno está en consumo no tiene conciencia, pierde el sentido de la vida ... Jamás me voy a olvidar que yo estaba inconsciente en todo momento. Yo estuve en una situación que no vivía, era una planta...Yo desayunaba con alcohol. Tomaba cocaína todo el día. No podía hacer nada.” (Varón, 49 años)

“No te podés levantar; no te podés mover, son los efectos de la codeína. Y yo lo consumía. Tenía Aceptobron en mi casa y me hacía un efecto parecido a la heroína. Pero al día siguiente estaba desahuciado; no laboraba; no hacía nada.” (Varón, 43 años)

“Antes yo estaba de chofer, y me daban el coche para llevar a casa y había días en que me levantaba la mañana y no sabía en dónde lo había dejado. Y así manejaba. Ahora lo sé... pero en aquel momento para mí no era ningún peligro; uno ve y puede, pero no sabe cómo. En ese momento, podría haber matado a alguno que ni cuenta me daba. Yo me levantaba el otro día y no sabía nada.” (Varón, 57 años)

En una breve recapitulación, se puede apreciar que la mayoría de las personas entrevistadas han sido policonsumidores de sustancias y que las excepciones fueron consumidores de alcohol mayores de 50 años, confirmando una de las configuraciones recurrentes identificadas anteriormente³⁸.

En general tienen una larga historia de consumo iniciada tempranamente con marihuana y/o alcohol para incursionar luego en otras sustancias. Suelen atribuir este inicio a problemas personales, particularmente vivencias de soledad, relacionados con dificultades de vínculos afectivos y de comunicación con su familia de origen.

De su relato de su período de consumo, emerge un reconocimiento de que la adicción ha afectado profundamente todos los planos de sus vidas.

6. B. La llegada al tratamiento

6. B. 1. Los tratamientos previos: ¿experiencias frustradas o acumuladas?

Doce de los veinte entrevistados pasaron por tratamientos previos, siete bajo la modalidad ambulatoria u hospital de día y los otros cinco con modalidad residencial. Varios mencionan su paso por más de una experiencia.

Se confirman los conceptos señalados en el capítulo anterior acerca de las experiencias previas. Se consideran un “tiempo” que en algún sentido “se acumula” (incluso para aquellos que lograron el alta y que luego tuvieron una recaída). Por una parte suelen implicar un tiempo de abstinencia y por la otra forman parte de un proceso de aprendizaje que se capitaliza con posteridad.

³⁸ Ver capítulo 3, punto 3.B.2.

“No fue un tiempo perdido.” (Mujer, 26 años)

“Hice otro tratamiento ambulatorio hace 15 años atrás, algo así... después de ese tratamiento, estuve ocho años sin consumir, más o menos. ... me sirvió si, me sirvió. En este interin me puse en pareja, tuve mis hijos,” (Varón, 52 años)

“Estuve siete meses con abstinencia, estuve internado con salidas, y cuando empecé a salir, así ambulatoriamente, tuve algunas recaídas. Y después... bueno terminé el tratamiento... pero como te digo era mitad tratamiento y mitad mentirme a mí mismo.. Igual anduve de un poquito mejor un tiempo, unos años. Pero nunca dejé de consumir en realidad.” (Varón, 39 años)”

“Salí bien, salí bien... pero ya por una decisión interna, quizá porque era joven, conocí a mi mujer. Y anduve bien un tiempo pero...” (Varón, 43 años)

En particular, el relato de una persona con cuatro internaciones previas es ilustrativo de los aportes progresivos de estos tratamientos a su recuperación actual.

“Mi mamá había hecho una denuncia de protección a la persona, yo estaba re calladita, fui y me interné. Ahí estuve cuatro meses... lo abandoné por boba... yo después de los otros rescato algo. No es que estuve ahí de vacaciones, no, no...En todos, un poquito en cada internación, digamos que en vez de hacer un tratamiento en un solo lugar, lo hice de a poquito. Un poquito por acá un poquito por allá, y en la última trabajé en mi recaída en realidad. Y capaz que la primera la habré dejado porque como que me venía todo, como que no quería aceptar y la dejé. Todo esto fue sumando y me llevo recuperarme...” (Mujer, 26 años)

Entre los motivos aducidos por el “fracaso” o la interrupción de estas experiencias previas, están presentes los factores institucionales, sea por la inadecuación de la modalidad transitada, sea por la mala calidad de atención brindada.

“Empecé en uno pero..., pero ahí es para internación, entonces no fui más.” (Varón, 22 años)

“No funcionó...por el mismo motivo de ser hospital de día.” (Varón, 30 años)

“Siempre consumí mucho, en el único momento que no consumía fue un mes o dos meses cuando iba a ambulatorio Hice muchos tratamientos, siempre así, ambulatorios y no me dio resultado... no me dio resultado.” (Varón, 57 años)

“Iba a alcohólicos anónimos, voluntariamente, pero me duraba 15 días y después volvía a recaer... no sé por qué... como me sentía bien y porque mi esposa no me podía decir nada.” (Varón, 63 años)

“Primero porque eso estaba muy lejos tenía que viajar como una hora, más o menos; ir y volver todos los días, así es que te digo... pero, además, la manera en que trabajaban no era buena: Y porque el lugar es un hospital de día, En la fundación XX (donde hizo el último tratamiento) no nos dejaban pasar los teléfonos ni juntarnos a los internos fuera de la fundación, en la otra fundación salíamos todos juntos, íbamos todos juntos a la placita. Y eran cosas que teóricamente no teníamos que hacer.” (Varón, 25 años)

“Igualmente hice el tratamiento, creo que lo hice bien pero pasaron cosas que tienen que ver más con una parte en el tratamiento que no está muy bueno. Por ahí salía y me daban permisos que no sabía que eran permisos, pero bueno, yo fumaba marihuana y para mí no estaba mal fumar marihuana” (Varón, 39 años)

Como se puede apreciar en los testimonios anteriores, al permitir el contacto con el mundo exterior los tratamientos ambulatorios aparecen, para algunos, como dispositivos menos eficaces que la internación.

Si bien son los pocos los casos, aparecen experiencias negativas que incluyen la existencia de situaciones irregulares dentro de las instituciones. Específicamente la

presencia de consumo de sustancias y alcohol dentro de la institución, comentarios irresponsables del personal tratante llegando a la explotación de pacientes para beneficio de la institución que linda con la privación ilegítima de la libertad en complicidad con otros actores sociales como la policía.

“La otra fue... no me acuerdo en qué año fue... estuve tres, cuatro meses. Pero era lo mismo que nada porque yo dentro de la institución consumía, es más consumía otras cosas que antes en la calle no consumía y no voy a consumir. Hasta que abandoné, porque era lo mismo que la nada...” (Mujer, 26 años)

“Recuerdo una frase de un doctor, que no me acuerdo ahora bien del nombre, “si ya sé, dijo pero, bueno, si todos ustedes se curaran yo no tendría trabajo”. Capaz que lo dijo irónicamente, pero no puede decir eso.” (Varón, 25 años)

El caso más extremo es el de una institución del interior donde no solo se consumían sustancias sino que se sometía a los residentes a malos tratos y aislamiento.

“Yo hablé con el ejecutivo, no puede ser que no sepan o no se den cuenta que los chicos se estaban drogando, porque estaban borrachos todo el tiempo, fumando, hay olor...Encima, llego allá, voy a la oficina central y les digo que me fui del tratamiento y me dicen que bueno, es así...pero les digo que me dejen hacer una llamada para avisarle a mi familia. Me dijeron que no se podía, me dicen que tenía que tener autorización del pastor y le digo: bueno dame el número del pastor que lo llamo. Y me dicen que no me lo podían dar. Le digo ¿qué tengo que hacer? ¿Quedarme en la calle? A partir de eso me empezaron a tratar re mal, me basureaban. Todos los chicos me bardeaban porque sabían que no estaba haciendo las cosas. La pasé re mal, me callé, no dije nada, me las banqué...hasta que pude.”(Varón, 22 años)

Sin embargo, más allá de los factores institucionales, es fuerte la tendencia a responsabilizarse por el fracaso de la experiencia, sea por falta de voluntad, porque no era el momento adecuado, por algún problema emocional, en suma porque no se hizo el “clic”, entendido como un momento muy personal en el que se adquiere conciencia de la necesidad de cambio. Es el hecho de “tomar conciencia”, de “ver lo que no se veía”. En este sentido, el “clic” constituye una experiencia interna que se percibe ajeno a la “calidad” de la prestación. No es el tratamiento en sí el que produce el “clic” sino la disposición individual a realizarlo.

“No tenía mucha voluntad, lo hacía más para los demás que para mí...yo lo que siempre digo, pienso, es...porqué no hice esto antes, y una parte mía dice capaz que antes no lo iba a tolerar.” (Varón, 30 años)

“Porque no estaba convencido de que estaba mal. Que no quería dejar de consumir, no tener mis objetivos, más que nada tenía dos nenas chiquitas y mi mamá estaba preocupada. Yo era bastante inconsciente y adolescente. Y: “Bueno, está bien, me voy a internar mamá”...No estaba convencido de dejar el consumo y todo eso. Uy, recaí, porque recaí, qué pasó...Y en realidad había un montón de cosas en el fondo. Hoy las veo,... miedo a crecer, miedo a ser responsable o a sostener una vida sin consumo. Esas son cosas que las veo en mí y las veo en los pibes que hoy están empezando.” (Varón, 39 años)

“el día que me separé, fue la pérdida, porque me tomé hasta lo que no había. Y después me metí en un tratamiento ambulatorio durante tres o cuatro meses y dejé de tomar. Y después un día se me dio por volver a probar, y ahí fue mi pérdida de vuelta. Entonces nunca me dio resultado.” (Varón, 57 años).

“Yo no creo que era lo mismo que ahora... no sé si mal o bien pero esa es una etapa culminada, no sé si por la experiencia o por la edad... cuando uno es más joven tiene más cuerda. Ahora tengo la responsabilidad de aguantar a mis hijas, sacarme una careta que no es mía. Llevar adelante esto, bancarme yo.” (Varón, 43 años)

“Las otras internaciones no funcionaron porque a mí no me hacía el clic, hice el clic después...o sea me paré y miré: todo lo que tuve, todo lo que perdí, todo lo que me pasó.” (Mujer, 26 años)

6. B. 2. ¿Por qué iniciaron el último tratamiento?

Seis fueron por decisión propia, ocho pidieron ayuda a familiares, dos fueron por presión de éstos y cuatro fueron por causa judicial (protección de persona) pero en general los testimonios permiten confirmar que el motivo inicial responde a una combinación de estímulos internos y externos.

Algunos pocos iniciaron el último tratamiento por decisión propia, porque “no podían más” y emprendieron solos las gestiones:

“A SEDRONAR fue un paso posterior, porque yo fui a XX....por mi cuenta. Y bueno, desde ahí empecé ambulatorio... después estuve internado un par de meses por mi cuenta...y en determinado momento se me acabaron los medios y tuve que gestionar el subsidio. No contaba con que iba a dejar de trabajar.” (Varón, 52 años)

*“Después ya cuando tenía como siete meses fumando pasta base, ya ahí cuando dije: “**hasta acá llegué**”... Me sentí mal y después un día, un sábado a la noche, volví a mi casa y les dije: “me quiero internar” por el alcohol...me quiero internar; me quiero internar...y fuimos a... a SEDRONAR y nos atendieron el mismo día, porque les dije que era urgente, que era “hoy” (Varón, 30 años)*

*“**No quería saber más nada.** Había estado preso. Estaba desahuciado; no laburaba; no hacía nada y mi viejo estaba enojado conmigo; y hasta que un día yo dije: bueno tengo que hacer algo. Y fui al hospital Álvarez a averiguar cómo podía hacer el tratamiento. En el hospital Álvarez me atendió un psicólogo me habló y vio que yo estaba mal. Me dijo que no podía hacer el tratamiento ahí porque no tenía apoyo familiar, no contaba con apoyo familiar. Entonces me dio la dirección de SEDRONAR y me fui a SEDRONAR y planteé cómo era... Me entrevistó una psicóloga y después una psiquiatra y de ahí me derivaron a XX.” (Varón, 43 años)*

*“Después de ahí estuve más de de dos años yo, consumiendo, en la calle. Y después de un día para otro dije: basta! Me quedé en la casa de mi mamá, creo que una semana, pero una semana durmiendo porque **no podía más ya...** Hasta que después, le dije a mi mamá que me quería internar” (Mujer, 26 años)*

“Consumí tres o cuatro años más o menos...sí, sí... yo había pedido internación por mí mismo, no podía ni estar no podía trabajar nada... no iba a la escuela, no tenía vida... estaba en pampa y la vía, así que bueno, ya está” (Varón, 24 años)

Pero, como ya lo sugieren los testimonios anteriores, muchos llegan a la misma situación límite, “el no poder más”, “el tocar fondo” y deciden recurrir a un familiar, con frecuencia alguno de los padres o a veces la pareja para concretar el inicio de un tratamiento.

*“...yo estuve re mal, es más, **toqué fondo...** porque hacía como 10 años que andaba por ahí consumiendo. Por mi parte, pedí ayuda a mi mamá, porque yo dije No, no quiero terminar mal, en un loquero; porque yo estaba quedando mal, ya me estaba pegando mal... me estaba alucinando cosas, escuchaba voces... yo le pedí por favor a mi mamá que me ayudara porque **yo ya no aguantaba más**”. (Mujer, 39 años)*

*“**simplemente porque ya estaba cansado, no poder solo...** y bueno dejé de lado la omnipotencia y pedí ayuda. Me llevó mi vieja porque ya no me podía bancar. Yo siempre que consumía decía: bueno; nunca más, nunca más, nunca más... y siempre volvía a consumir. Entonces un día dije, bueno basta.” (Varón, 24 años)*

“...y le dije-pobre mi viejita que siempre está- Oíme, estoy muy mal con la droga y me quiero internar. Yo no tenía absolutamente idea de cómo era un tratamiento, de que existían los ambulatorios, de SEDRONAR... nada. Para mí era, tratamiento para drogas igual transa. Así y todo insistí en internarme. Bueno mi vieja pobre, sacó un pasaje y a los dos días estaba acá.” (Varón, 29 años)

“Bueno yo tuve la suerte de tener una familia que me amaba, que me ama, y mi señora me ayudó a tomar la decisión. Pedimos la entrevista en SEDRONAR, fui a una evaluación. Por supuesto que en la evaluación uno siempre trataba de minimizar la realidad de la adicción.” (Varón, 49 años)

“Por recomendación, por mis padres, insistiendo; mi madre particularmente: Tenés que hacer algo....yo estaba consciente que lo quería hacer, pero pateaba la bocha, lo voy a hacer...lo voy a hacer...lo voy a hacer...” (Varón, 32 años)

El mismo hecho de admitir ante la familia el problema que uno de ellos mantenía oculto hacía 25 años le habilitó su apoyo para el inicio del tratamiento:

*“...se lo conté y bueno me largué a llorar todo con mi papá. Pasó eso y bueno, cuando yo volví a casa, tomé la decisión de internarme. Cuando se lo dije, fue una reacción en cadena porque se enteró mi mamá, se enteró mi hermana...Y en ese momento decidieron todos ayudarme. Y fueron 25 años que estuve soportando y te podés imaginar que si yo decidí decírselo fue porque **llegó un momento en que explotaba**, de alguna forma.” (Varón, 47 años)*

En otros casos, la presión del entorno se hace más imperativa y la situación límite es vivida como más externa que interna:

“Fue porque llegué a una situación límite, un día me encontraron marihuana... y me echaron de casa, y me dijeron o empezás un tratamiento o no podía volver...o sea mi papá fue el que puso el punto final.” (Varón, 28 años)

“Eso fue porque mi hija averiguó, encontró un teléfono, de ahí averiguó por teléfono... y a mí me llevó engañado. Porque me dijo que vamos a ver un médico y me encontré ahí. Y en SEDRONAR me dijeron que, a lo sumo, tres meses. Bueno hicieron todas las planillas, control médico y cuando llegué allá a XXX, me dijeron no tres meses no, un año. Les dije ¿Cómo que no? Sí, sí es un año... Yo ya estaba en el baile y tenía que seguir bailando.” (Varón, 57 años)

Finalmente un recurso frecuentemente usado por los familiares es la vía judicial mediante la solicitud de una “protección de persona”. Lo explica claramente uno de los entrevistados:

“Por una protección de persona que hizo mi papá. Te cuento: la protección de persona es una causa civil; por ejemplo, hay una persona en riesgo y a su vez es un riesgo para su familia, para su entorno. Cuando no sabes cómo ayudar a la persona que está enferma, ése es un recurso. Yo voy al juez, quiero ayudar a mi hija, y ahí el juez te manda una citación. No es que te vengan a buscar, a mí me vinieron a buscar, la policía, pero después te mandan una citación [...] Me llevó a la comisaría y de la comisaría me llevó al Borda, estuve 40 días en el Borda. ... había una psiquiatra que venía los viernes y que atendía a casi todos. Le dije que quería hacer un tratamiento, porque tenía muchos problemas con el consumo de drogas y que quería internarme. Que no aguantaba más, que mis hijos, que estaba mal y todo eso. Bueno la doctora enseguida me dijo que a partir de ahí íbamos a hacer las gestiones necesarias.” (Varón, 39 años)

“La internación...no fue voluntaria, fue por mi mujer y por una hija... creo que ya es un patrón común...Que para los que integran un grupo familiar se hace imposible la convivencia...no sé lo que hicieron y ya se me apareció la fuerza pública. y de la noche a la mañana estuve en la comunidad.” (Varón, 63 años)

*“Yo no fui y dije “me quiero tratar”. Acá intervino un poco la justicia. ... Yo al principio estaba empecinado, lo hago ambulatorio. Lo vine a ver a este médico que yo me atendía y me dijo “pero a vos no te va a servir un ambulatorio. Porque volvés de vuelta a lo mismo. Eso está en tu decisión, yo no te puedo obligar”. Por un lado sí tenía la obligación, porque la justicia me iba a estar esperando. Y empecé a hablar con mi mamá, en buenos términos, pasamos por los tribunales; por la secretaría civil... nos dieron la dirección de SEDRONAR y ahí empezamos a ir una vez por semana y bueno...pero no fue mi voluntad, **fue un 10% que yo entré, me dejé ayudar por mi mamá**, íbamos a SEDRONAR después nos derivan a XX.” (Varón, 35 años)*

“Mi madre hizo protección de persona...Es por si pasa algo... no sé que es. Nunca me enteré todavía. De ahí... llamó a la policía... me llevaron al hospital Penna y del Penna al Borda donde me internaron casi un mes. Hice el tratamiento porque estaba obligado; porque tenía una denuncia...yo iba a caminar detenido si o si, y después del tratamiento le pasaban el informe de que lo había terminado, que estaba rehabilitado y me sacaban la denuncia.” (Varón, 27 años)

En los tres primeros casos, se puede apreciar que pese a la imposición que significó la situación judicializada los tratamientos resultaron positivos porque fueron acompañados previamente o durante el proceso inicial de una voluntad de cambio o al menos de dejarse ayudar. Incluso para uno de ellos fue como el desencadenante externo, el “sacudón”, que necesitaba para comenzar.

*“... **yo sabía que quería cambiar y venía pidiendo ayuda**. No sabía qué era lo que tenía que hacer ni cómo hacerlo. Me costaba mucho tomar la decisión. Fue como un toque de fondo para mí pasar por ese lugar (el Borda). Pero no lo tengo como una mala experiencia, al contrario porque yo ahí pude parar el consumo compulsivo de pasta base Es como que vi que algo estaba empezando a cambiar y lo quise aprovechar. Es como que **necesitaba un sacudón**. Por ahí el sacudón fue lo de la policía a mi casa y de ahí al Borda. Bueno, listo por donde empiezo, qué hay que hacer. Y empecé.” (Varón, 39 años)*

6. B. 3. El contacto con SEDRONAR

Generalmente el contacto con SEDRONAR es por medio de los familiares y las apreciaciones vertidas en las entrevistas reflejan una sensación de que los procesos de derivación han sido eficientes, tanto por la rapidez de los trámites como por la adecuación de la modalidad de tratamiento inicial seleccionada por los profesionales del CEDECOR³⁹. Y ello a su vez contribuye a un mejor pronóstico del desarrollo del tratamiento.

“Creo que mi madre ya había ido una vuelta. Pero me parece que ahí le dijeron que si yo no iba por mi voluntad ellos no podían hacer nada. Cuando yo le pedí ayuda, ella volvió a ir y ahí, enseguida, a la semana me habrán internado, rapidísimo fue.” (Mujer, 39 años)

“Yo creo que mi hermana empezó a ver de cómo se podía manejar el tema de la internación, a dónde se podía ir y creo fue a SEDRONAR, o llamó por teléfono y le dijeron que había que ir a una entrevista. Me hicieron la entrevista, me evaluaron, decidieron el lugar y ya fui a la internación.” (Varón, 47 años)

“¿A SEDRONAR? Buscando en internet; o sea como quería iniciar un tratamiento, y busqué en internet y apareció la información... yo había escuchado algo, pero no sabía exactamente qué...qué función tenía SEDRONAR, qué servicios podía prestar, que ayuda.” (Varón, 28 años)

³⁹ CEDECOR: Centro de Consultas y Orientación de la SEDRONAR. Ver capítulo 2

Mi mamá conocía un psiquiatra que sabía de este tema de internaciones... el tipo dijo: "Mirá me parece que esto es más para un ambulatorio que para una internación"... creo que ese muchacho nos recomendó a SEDRONAR y ahí llegamos. Fuimos a unas entrevistas, nos contaron cómo era todo. Desde el primer momento, súper amables, la verdad que la primera tarde cuando llegué, tenía un julepe, no sabía qué iba a pasar...no me acuerdo cuánto tiempo transcurrió en el medio de la entrevista en SEDRONAR, creo que una o dos semanas, que fueron terribles porque ya en SEDRONAR nos dijeron: "Miren este muchacho no puede salir a la calle, tiene que estar acompañado todo en momento"... fue duro." (Varón, 29 años)

"Cuando fui a la entrevista en SEDRONAR, era candidato a internación. No sé si por ahí en esa entrevista la disimule o como se dice, la careteé. Pero eran todos profesionales en SEDRONAR, o sea tampoco quiero decir que se traguen un chamuyo cualquiera, creo que le acertaron también porque me hizo muy bien el tratamiento." (Varón, 25 años)

"Mi vieja se metió por Internet... yo ya había pedido internación y nos citaron..., por suerte, me derivaron a XXX [hospital de día] yo pedí internación, pero los que me entrevistaron, psiquiatras y psicólogos, me dijeron "no, probá con esto, que puede andar"... ¡La verdad que la pegaron! [...] porque nunca me corrí, no tuve ningún tipo de recaídas." (Varón, 24 años)

Una cuestión a destacar es que, tal como surge del testimonio anterior, muchos piden internación, como forma de tener contención y límites para poder cortar con el modo de vida anterior. Incluso alguno la visualiza como la única vía inicial para la recuperación:

"Ese día me dieron a elegir, internación u hospital de día, pero con el hospital de día sabía que no me iba a servir...porque iba a manipular a mi familia, yo iba a ingresar por ellos; no me iba a poner límites en la calle, ni nada... Hacerlo de una y ya está. Sin saber, realmente, cómo era, ni nada, pero ya está, sabía que iba a ser más rápido así, más que un hospital de día." (Varón, 30 años)

"Soy un convencido, hoy en día después de ver en muchos casos y ver gente que está perdida con este tema, que la única solución para un adicto de más de una, es la internación, no hay otra. Después sí, lógicamente, tendrá su ambulatorio y todo el proceso que tendrá que hacer." (Varón, 47 años)

En suma, en las declaraciones de los entrevistados respecto al inicio del tratamiento el común denominador es el hecho de "tocar fondo", "de no poder más", de "hasta aquí llegué", momento que generalmente coincide con un consumo intenso y una vivencia de fuerte autodestrucción acompañada o no de una situación externa de "sacudón". Cualquiera sea el desencadenante para llegar al pedido de tratamiento, la familia tiene una fuerte presencia sea de apoyo cuando éste es buscado, sea como presión, sea recurriendo a la justicia en las situaciones más graves. Pareciera por lo tanto que es la conjunción de varios factores la que habilita el inicio de un tratamiento auspicioso.

6. C. Las vivencias del proceso de tratamiento

En todos los casos las personas agotaron su subsidio un año antes de haber sido entrevistados. Fueron tratados en 10 instituciones de AMBA (Atreverse, Aylen, Casa del Sur, Dehum, El Candil, San Vicente, Yo Pude, Yo Soy, Manantiales, Usol)

Trece de los veinte lo comenzaron con modalidad de internación, el resto lo inició en hospital de día. Los tratamientos tuvieron una duración de entre 16 y 24 meses. Pero tres de los entrevistados lo abandonaron unos meses antes de terminar.

La mayoría de los entrevistados continuó, una vez agotado el subsidio, con algún tipo de terapia o se insertaron en el programa SER. En algún caso, lo comenzaron en la

etapa final del tratamiento en las instituciones y lo continuaron después de su finalización.

“Digamos que la fase del tratamiento la terminé cuando empecé el programa SER; ahí medio que después seguía yendo por la terapia individual más los grupos que hacía el SEDRONAR.” (Varón, 43 años)

“Después continué un año más en SEDRONAR...En el SER haciendo el de reinserción” (varón 52 años)

“Sigo haciendo terapia ahí... En el Ameghino Sí, voy una vez por semana Y bueno me viene bien y estoy conforme, me tratan bien. Va mi mujer también y va mi hijo también” (Varón, 63 años)

Incluso varios aún continúan con algún tipo de apoyo, dentro de la misma institución que los trató o con algún profesional. Dos continúan en tratamiento aunque agotaron el subsidio. Lo consideran parte importante de su recuperación. Incluso uno de ellos pidió una beca para poder seguir.

6. C. 1. El programa de tratamiento

Como se vio en el capítulo 2, los programas de tratamiento de las comunidades cuentan generalmente con un “modelo” básico del proceso, que se va adecuando sobre la marcha a las características y la evolución de cada persona. La vida en la comunidad se rige por una “estructura” como herramienta fundamental para el aprendizaje o la recuperación de normas de conducta a las que los pacientes deben adherir. Transitan y progresan por etapas a lo largo de una jerarquía creciente de funciones, responsabilidades y privilegios (entre los cuales se destaca la posibilidad de salidas cada vez más frecuentes). La relación entre compañeros para el que ingresa a una comunidad sirve para aprender y asimilar las normas y desarrollar habilidades sociales.

Los relatos recogidos ilustran la dinámica de estos procesos desde la perspectiva de quienes los han transitado, en particular la importancia de la estructura con sus reglas y normas para un primer ordenamiento de la vida, el progreso a través de las distintas etapas, el papel de la psicoterapia, el rol de los pares, sobre todo del “hermano mayor”, la asunción de responsabilidades a través de las actividades asignadas, la duración relativa del tratamiento de acuerdo con los avances de cada uno.

“Al principio el tratamiento es externo: cumplir con los horarios, cumplir con las sesiones, cumplir con el proceso... Cuando uno se da cuenta que sirve para algo interno, que lo internaliza, empieza la estructura psicológica; uno empieza a poner un orden en el caos. Por eso entendí que una vida medianamente estructurada está más libre de riesgos”. (Varón, 49 años)

“El plan es así: uno está fuera de la estructura y depende de los tiempos de cada uno Hay gente que se adapta más rápido...Yo estuve más o menos un mes fuera de la estructura pero colaboraba, hacía tareas... los primeros 10 días son más libres, después las tareas de la casa, barrer los pasillos, el hall, las habitaciones. Cada grupo tiene su habitación: hay habitaciones para cinco, seis personas confortables, cómodas. Es mixta, hay normas y todo... no se puede tener nada con una compañera o con un compañero, en caso de ser gay. Se puede hacer una red de amigos, pero de gente que no consuma. Tienen una modalidad muy interesante ahí: al tiempo ya te dan una responsabilidad. Podés ser encargado de cocina, encargado de casa, encargado de jardín, o del teléfono, o del pañol que es donde se guardan las herramientas de limpieza., a mí me dieron el rol de pañol. En algún momento como que tuve la idea de irme... porque es una comunidad abierta que lo pensaba pero no lo hablaba y después digo: pero dejate ayudar. Yo ya sabía que si me iba de ahí era como la muerte. La internación es un año, después tenés salida un sábado. Como Comunidad Avanzada me dieron lunes y

jueves; o sea, empieza a ser parcial, digamos. En Reinserción ya me dieron los martes y después, bueno, ya en la fase B, a mí me externan. Después entré en la fase C, en el último periodo. Y bueno, terminé en septiembre, que me dieron el alta.” (Varón, 35 años)

“Cuando ingresás recién a los dos meses empezás en B, arrancás en B, ahí hacés pequeñas cosas de la casa, pero siempre con autorización de un chico con más tiempo, y recién podés salir a los 5 o 6 meses...4 meses y medios...cinco es lo mínimo. Nunca salís a la calle. Salís pero para ir a jugar a la pelota... a tu casa no podés ir durante seis o siete meses... cuando son las primeras salidas, se había propuesto que cada 21 días son 10 horas, te venía a buscar alguien autorizado, y te traía alguien autorizado. Venían mi mamá o mi novia...a veces mi papá con el auto, o todos juntos.” (Varón, 30 años)

“Internado, internado... saliendo los fines de semana nada más, estuve como cinco ó seis meses. Después de a poco me fueron dando días a la semana de hospital de día, que me vaya a dormir a mi casa... entonces hasta completar el hospital de día pasaron otros cinco meses, que estaba con hospital de día... Mi mamá iba a los fines de semana, sí, sí...mi vieja me acompañó obviamente y mis hermanos también. y los amigos de la red... todos.” (Varón, 24 años)

“Los terapeutas te daban mucha terapia... te daban terapia individual, o sea que una vez por semana, a tal hora venía tu terapeuta y tenías terapia individual y después tenía la terapia grupal. Si tenías algún problema lo hablabas y entre todos, o sea, con el operador y todo te ayudaban, trataban de sacarte. O sea en el grupo, ya con el operador de por medio, porque solos no nos dejaban hacer grupo tampoco, no se podía. O sea eran muy estrictos, muy estrictos.” (Varón, 57 años)

“Por suerte, lo que me ayudó mucho fue mi “hermano mayor”, al que tenía asignado, pero llegando a cierto momento, él se fue, y siguió consumiendo o sea me abandonó. Pero él me aconsejó mucho; no me dejaba un momento solo. Yo hacía lo mismo, yo la mayoría del tratamiento estaba casi siempre en la cocina. Por ahí estaba tres meses en la cocina y un mes afuera. Pero después tengo dos o tres “hermanos menores” que los he aconsejado los he llevado... porque siempre que uno tiene cierto tiempo ahí adentro, le dan uno como hermano menor, para que lo vaya guiando.” (Varón, 57 años)

“Me decía mi hermano mayor: “Vos donde pisaste un corcho, caíste de vuelta”. Así me decía él, jugábamos al truco, juntos con los chicos que estaban ahí. Me quería muchísimo.” (Varón, 57 años)

“El tratamiento no tiene un tiempo estipulado, no se puede decir dura un año o dura dos años. Cada tratamiento es personalizado; hay personas que lo pueden hacer en dos años hay personas que lo hacen en tres.” (Varón, 28 años).

En cuanto a la modalidad de tratamiento, no es posible sostener que alguna sea mejor que otra. Las reflexiones evidencian que su éxito varía según las características de cada persona. Así para algunos, la internación funciona porque además del control permanente, permite concentrarse en la problemática de la adicción:

“O sea estar un tiempo adentro no es tanto el problema, pero para los que recién entran que están con esas ganas de seguir consumiendo y para poder contenerlo entre todos se le hablaba. ... Para mí sí funcionó, ahora los demás no sé, pero para mí sí funcionó.” (Varón, 57 años)

“Al estar internado empecé algo más profundo, más rápido. Por ahí, en un principio, estás acotado en tu problemática y nada más... y te lleva un tiempo darte cuenta para qué estás ahí. Pero una vez que caes en la cuenta de por qué estás y para qué estás, bueno, lo aprovechás todo el tiempo, estás full time. No sirve para todos lo mismo... Para mí sirvió.” (Varón, 52 años)

“Es un régimen muy estricto, no tenés salidas, o sea es un lugar donde la conducta es lo primero. El sistema que tienen es un sistema de confronto. Vos confrontás a la persona; por ejemplo cuando vos tenés alguna diferencia con un

compañero en la convivencia, la confrontás. O sea, es una comunidad, tiene que haber reglas de juego, o sea, tiene que haber un sistema; sino la casa no funciona. Vos te imaginás que somos adictos los que estamos ahí. En mi caso, un ex adicto, que tenía que convivir con distintas personas que tenían el mismo problema, estoy totalmente convencido que la internación es lo único que te puede ayudar a resolver el tema.” (Varón, 47 años)

Para otros es más útil la modalidad ambulatoria, por el acompañamiento familiar que significa desde el comienzo

“Estaba todo el tiempo acompañado, se implementó eso, básicamente, no tener mucho tiempo de ocio. Lo único que tiene es que incluye a toda la familia, Y eso está buenísimo porque todos se hacen cargo de su parte y todos contribuyen a ayudar.” (Varón, 24 años)

“Yo tenía la protección de persona... me llevaban y me iban a buscar, hasta los ocho meses que pasaba eso...un familiar. Me llevaba mi madre o el marido. Estaba en la institución de nueve de la mañana a cinco de la tarde y volvía a mi casa. Allí, si quería salir tenía que hacerlo acompañado, ni al frente podía ir solo... igual estaba bien todo, ahora puedo salir, voy a todos lados, uso el celular...no me acuerdo mucho. Estaban buenos los grupos.”, (Varón, 27 años)

Otros relativizan la importancia de la modalidad en el éxito de un tratamiento, ponderando su adecuación a las características de cada uno y sobre todo a la voluntad personal de cambio.

“Eso depende de cada uno también, de las fuerzas que le pongas... porque hay personas por ahí en la misma situación mía que hubiesen requerido un hospital de día pero con ocho horas o directamente una internación.” (Varón, 25 años)

“El 70% lo tenés que tener vos para recuperarte sino no te recuperarás. Y el otro 30% lo hacen las organizaciones, los profesionales que te ayudan a actuar para poder resolverlo.”. (Varón, 47 años)

6. C. 2. Las dificultades durante el tratamiento: momentos críticos y recaídas

La gran mayoría de las personas experimentó conflictos en algún momento del tratamiento. Solo una expresa que pese a que “todos los días es una lucha”, su intenso deseo de cambio le permitió transitarlo sin mayores dificultades.

“Sabés que a mí no me costó mucho? No fue tan difícil para mí...Porque me suelen decir que sí, que es difícil, pero para mí no fue difícil. No, porque con las ganas de no volver a lo mismo...y todos los días es una lucha. Hay veces, días que estoy mal, que extraño estar consumiendo, hasta siento el olor cuando hay alguno que está consumiendo. Con la abstinencia por ahí... mínimo, mínimo... Como una semana anduve cajoneada. Pero ya te digo: a mí no me costó. Porque yo me propuse que quería salir adelante.” (Mujer, 39 años)

Las dificultades suelen aparecer sobre todo al principio, durante las primeras semanas, los primeros meses, atribuibles en primer lugar a la abstinencia física en el consumo de sustancias.

“Lo más difícil es la abstinencia de los primeros meses, en términos físicos... yo consumía cocaína y después necesitaba poder dormir y con eso... durante el día por momentos yo consumía casi 10 mg de Clonazepan, para poder descansar”. (Varón, 47 años)

“Fue duro, sí, en varios aspectos. Porque no tenía más falopa y la abstinencia es heavy los primeros días, en cocaína y bueno marihuana también. Las primeras semanas me la pasaba sudando en la cama, con temblores. Después ya es una cuestión psicológica de hacerte la máquina... pero cuesta.” (Varón, 29 años)

Confirmando las declaraciones de los equipos tratantes⁴⁰, en la mayoría de los casos los programas de tratamiento procuran evitar el uso de medicación salvo en caso de necesidad

“Nunca me dieron remedios para sobrellevar la abstinencia. Cuando fui, hacía ya 15 o 20 días que no tomaba. Pero igualmente siempre me decía el doctor: fíjate, cuando vos llegaste si te hubieran sacado una foto, y te mirás ahora, fijate cómo estás cambiado. Pero nunca me dieron nada. La primera noche si me dieron un tranquilizante. Y después me vino a ver el psiquiatra y me dijo no hace falta que te dé nada, si estás tranquilo para qué te vamos a dar.” (Varón, 57 años)

“En la fundación nuestra (bah, ya es mi casa); hay un psiquiatra que medica los casos necesarios y lo justo. Pero no hay medicación para estas cosas. Si necesitás para dormir, tomá media ó una. O necesitás estabilizar lo emocional, tomá bueno, lo que es necesario, nada más.” (Varón, 39 años)

“No me dieron medicación. Para mí fue un golazo... porque que yo no quería más nada dentro de mi cuerpo. Yo pregunté, le decía a la médica: ¿Me van a dar inyecciones? Vemos, me dijo, si hace falta, te la damos. Nunca se descartó... de hecho hay chicos que le dan medicación.” (Varón, 24 años)

Más allá del esfuerzo y del dolor que implica, la abstinencia, como lo expresa elocuentemente el testimonio siguiente, también permite la emergencia de problemáticas más profundas, en una suerte de catarsis:

“Cuando llego a la fundación, llego re volado, con muchos años de consumo, muchos años mal. Y los últimos años fueron tremendos. Y muy deprimido, muy angustiado. Lleno hasta acá de todo lo contenido adentro.. Uno sigue intoxicado unos meses sin consumir. A la semana... yo tuve como un ataque de llanto y de temblor; que no podía parar de ninguna manera. Nos dan de comer membrillo. El dulce de membrillo es un ansiolítico natural... que lo usan los alcohólicos...Entonces comía dulce, hablaba con un compañero, lloraba, temblaba y sacaba todo lo que sentía y lo que tenía adentro. Creo que es una cosa que uno tiene que pasar. No me acuerdo cuánto tiempo.. Después hablé con la psicóloga que me atendió por primera vez en mi vida y que hoy sigue siendo mi psicóloga, y también me acuerdo que hablamos mucho ese día, de la muerte de mi mamá, de la muerte de mi hermano. Creo que después de hablar, de llorar, del baño de agua fría y el dulce de membrillo, quedé como sedado. Se me pasó. Eso fue lo más notable que tuve...en lo físico por la abstinencia, pero había una carga muy grande de angustia que venía arrastrando. Todo eso lo venía guardando, tapando...mis hijos, la impotencia de saber que no estaban teniendo lo que necesitaban. Ahí empecé, y no quise parar y no quiero parar.” (Varón, 39 años)

Las dificultades iniciales no sólo residen en la abstinencia sino también en problemas de adaptación a la reclusión, de aprendizaje de nuevas reglas, de aceptación de las normas institucionales, de integración con los compañeros. Este conjunto de factores permite explicar por qué, en la población de pacientes en general, el mayor porcentaje de abandono ocurre en el primer trimestre.

“En realidad, eso fue un encierro para mí... A mí me costó tres meses para adaptarme... al principio los primeros tres meses sí me daban ganas de tomar. Los primeros tres meses me costó muchísimo. Después de esos tres me empezaron a dar fin de semana cada tanto, y ya al último salía todos los fines de semana. Después que me adapté, más o menos lo llevé, pero me costó muchísimo.” (Varón, 57 años)

“Renegando y protestando, no entendía, enojado... y en unas semanas ya me di cuenta de lo que era y una vez que se me fue como vivía, en estado de coma, por

⁴⁰ Ver capítulo 2, punto 2. C. 3.

decirlo de alguna manera, a partir de ahí es increíble que nunca recaí... unos cuantos meses de estar internado, ya, después, como que me fui mejorando. Superé un montón de cosas, superé el shock del primer tiempo.” (Varón, 63 años)

“Las primeras dos semanas sí, más los viernes porque me tenía que meter en la cabeza de una vez por todas que no quería seguir consumiendo. Yo estaba acostumbrado a andar en la moto, ir a los bares, acá, a la vuelta andar por ahí... extrañaba mucho andar afuera, y me quería ir. Pero sabía que ya tenía dos semanas, para mí era un montón, porque lo mío era estar consumiendo todos los días.” (Varón, 30 años)

“Lo más difícil fue al principio, hasta la adaptación. Después está la decisión de aceptación, hace que sea más fácil. Percibir y aceptar que realmente eso es lo que uno tiene que hacer; hace que la cosa sea más llevadera. Aceptar son los dos primeros meses, para mi caso, a los dos meses me di cuenta que era lo mejor.” (Varón, 49 años)

En mi caso los primeros tiempos fueron muy difíciles porque lo que yo consumía era muy adictivo. Yo conozco chicos que al principio recaen y esas cosas. Pero también es difícil porque uno está acostumbrado a hacer lo que quiere. Y que te pongan todo tipo de reglas, que te impongan cosas nuevas, eso también es difícil...a lo que me refiero es a las reglas, a otra forma de mirar la vida. A veces uno, en la familia da por sentado un montón de cosas que después se van acomodando a medida que te confrontás con otras personas; eso es lo que tiene el grupo. Entonces vas viendo otras perspectivas. Cosas nuevas, que a veces duelen a veces no, pero... está bueno.” (Varón, 24 años)

“Tal vez que al principio, en esos momentos uno tampoco toma conciencia...te engaña la cabeza y querés trasladarte afuera y no querés hacer eso... el día que entré decía uy! mi mamá; iba a quedar en la calle. Yo tomaba conciencia de que tenía que hacer algo...o sea cómo voy a permitir que mi vieja vaya quede en la calle? Eso fue difícil, entrar en conciencia de que yo tenía que hacer el tratamiento y...la primera parte se me hizo difícil... la parte de crecer no fue difícil. Cuando tomé conciencia de que tenía que trabajar por mí, y que se acabó la jugada... cuando uno deja cartuchos ahí, ...o cosas para... más adelante, ...pero después uno se hace un equilibrio ... madurás... madurás.” (Varón, 32 años)

“Lo difícil fue después del primer mes hasta que empecé a salir... porque cuando entrás, generalmente estás con todas las pilas... todo es nuevo... tenés ganas y todo. Después te sentís como encerrado y que se te prohíben un montón de cosas... y como que caés más en que va a durar mucho... pero el que tiene ganas sigue igual.” (Varón, 24 años)

“Me costó, al principio no hablaba nada, me aislaba mucho. No fue porque el lugar no me gustase o porque me llevaba mal con los compañeros. Al contrario, el lugar es bárbaro, los compañeros me pedían que hable... afecto, contención, ni bien entrás te ponen un guía, el hermano mayor le dicen.” (Varón, 35 años)

“¿Qué fue lo más difícil? Integrarme al grupo. Porque estaba armado como pares, con chicos que estaban con los mismos problemas.” (Varón, 28 años)”

Una vez superado el “shock” del principio, se combinan varios factores, algunos internos tales como la toma de conciencia, la aceptación, las ganas de cambiar y otros externos, en particular el afecto de los compañeros, la contención de los profesionales, la asunción de tareas y responsabilidades, que permiten sostener el tratamiento. Sin embargo algunos vuelven a experimentar dificultades más adelante, fundamentalmente por cansancio o saturación y reiteración de rutinas.

“Creo que el momento más difícil fue a la mitad del tratamiento, se te hace como pesado...pero es también uno, como lo quiere hacer...me dí cuenta que primero se me empezó a hacer pesado, que los días se me pasaban muy lentos y eso no tiene nada que ver, porque los días se pasan volando, entonces es de acá para allá...más cuando ya tenés salida, en ese tiempo.” (Varón, 30 años)

“Ocho o nueve meses atrás, estaba saturado del tratamiento... es normal, no me pasaba a mí solo. Está todo lindo el tratamiento, pero cansa también. Yo aunque sea quería trabajar, no importa en qué...En una gestión del padre de un compañero habló en una empresa y estuve tres meses contratado. Tuve situaciones de consumo.La verdad que sí, pude haber recaído. Pero después... yo tengo memoria con mi vida... y digo no, si empezás una vez después ya no.” (Varón, 35 años)

También la perspectiva de la finalización del tratamiento crea ansiedad que puede llevar a infringir las normas institucionales y postergar de esta manera el alta. Su cercanía se convierte también en un momento crítico que requiere preparación.

“Ayer iba a tocar el tema de mi alta a ver en que había quedado. Por qué a mí hace dos meses me habían dado la fecha para principios de octubre y fui a ver a un compañero que había recaído; y no tengo permiso de verlo y fui igual porque soy testarudo. Se rigen así. Entonces ahí es donde yo más fallé en el tratamiento. Me puse palos en la rueda. En no coincidir en cómo se manejan ellos. Pero estás acá, tenés que manejarlo así. Cuando venís a tratamiento hacelo bien, tal como te dicen, si lo hacés bien te lleva un año casi, si lo hubiese hecho al pie de la letra a rajatabla, pero yo prefiero equivocarme dentro de la vida.” (Varón, 32 años)

“Hay que prepararse para esto... porque muchas personas; a través de los dos años que estoy acá, en el momento del alta simplemente se desprenden; se les cae el mundo, se les desmorona. Por eso es tan importante generar algo afuera porque nosotros nos corrimos de nuestros vínculos insanos ¿Y lo “nuevo” que formamos? Entonces se te desmorona el mundo cuando vos te tenés que ir” (Varón, 32 años)

Como parte del mismo proceso de tratamiento, varios entrevistados relatan sus “recaídas” aunque consideran que éstas, como los tratamientos anteriores, constituyen un aprendizaje que aporta nuevas perspectivas. Es evidente que este significado es compartido por los equipos tratantes puesto que implican generalmente una revisión de los logros y límites de cada uno:

“Algunas veces te sirve recaer para darte cuenta de lo mal que estás, y al hacer el tratamiento tenés otra perspectiva de la recaída. Pero la verdad yo nunca quise recaer y la sufría, la sufría. Angustia...si mucha angustia, es como que estás sufriendo.” (Varón, 24 años)

“Sí, he tenido recaídas durante el tratamiento. A mitad de año del tratamiento he tenido dos recaídas...Y me volví a internar, estuve internado de nuevo y me ayudó poder volver a hablar de estas cosas, verlas, tratarlas mejor cuando volví a terapia individual.” (Varón, 52 años)

“Cuando yo entré a la fundación, y me dijeron todas las reglas, yo lo de las reglas no me quejo pero a mi déjame trabajar. Hicieron la excepción conmigo, me lo permitieron pero con la condición de que ande bien... por ahí alguna recaída ni bien arranco está bien, pero si eran frecuentes chau laburo, chau cuatro horas digamos que lo mínimo sería una internación. Pero en la misma fundación tuve un tiempo con abstinencia, un mes, dos o tres meses. Tuve una recaída, tuve otra cercana, y después otra más... creo que en un mes había recaído tres o cuatro veces. A la siguiente semana fui y me dijeron que si iba a empezar de nuevo, iba a tener que empezar a ir ocho horas.” (Varón, 25 años)

“De hecho tuve unas recaídas durante el tratamiento... yo en ese momento estaba muy bien había pasado a la fase dos. Ya te daban un poco más de libertad con algunas responsabilidades. Por mi situación particular, pedimos que yo pudiese vivir solo en mi casa y me dejaron. Supongo que ellos sabían que algo iba a pasar... como saben qué va a pasar con la mayoría. Ya en ese momento me decían todos los tratamientos tienen recaídas. Está bien que se referían a eso de las recaídas de actitud y demás, pero yo creo que en el fondo se referían a las recaídas concretas con droga. Que fue un garrón, pero después me di cuenta que

me sirvió un montón...: yo vivía solo, tenía plata y fui y compré droga y me la tomé. Y... al otro día lloré, con los 27 años que tenía, tres horas seguidas. Eso me hizo darme cuenta mucho. Primero el sentimiento de haber tirado todo a la basura, es terrible. Llevar nueve meses de abstinencia y de repente cagarla y ahora yo entiendo que fue parte del tratamiento, es decir, que en algún punto puede haber sido bueno... para no descuidarme, para ver qué me disparó ese impulso. En ese momento fue lo peor del mundo, después tuve otra más adelante, recaí esa vez y estuve seis meses y estuve dos o tres meses y recaí de nuevo. Entonces ahí me dijeron flaco mirá, no podés vivir solo. Coincidió esa recaída justo hacía dos o tres meses que estaba en relación con mi mujer de hoy.” (Varón, 29 años)

La prolongación del tratamiento, las dificultades para sostener en el tiempo el cumplimiento de las normas, la sensación de saturación son algunos de los factores que llevaron a tres de los entrevistados a abandonarlo unos meses antes de la finalización, y no es casual que sean precisamente los tres más jóvenes.

“Avanzaba y retrocedía en el tratamiento...Entonces a veces lo volvía a empezar... a veces me bajaban de la fase en la que yo estaba pero sí...igual lo seguía haciendo. La institución... me sirvió un montón, me ayudó mucho, la verdad...pero siempre había algún castigo. Salí con una chica que yo la conocía de antes, y no le dijimos a nadie...Se enteraron y me dijeron que tenía que hacer siete meses más...y bueno, yo no quería hacer siete meses más...y no fui más” (Varón, 22 años)

“No llegué a terminar el tratamiento, me fui unos 4 meses aproximadamente antes...Porque hubo un par de mal entendidos... me dijeron que después, cuando pasara a la reinserción, en una etapa mucho más avanzada, me podía juntar con otros chicos, no sé... a cenar y esas cosas. Planes totalmente tranquilos... obviamente no involucraba ninguna situación de riesgo por lo menos para mí.. Me fui porque no me gustó que me hayan dicho una cosa por otra ...a mí me dijeron que después de determinada etapa sí se podía hacer y después me dijeron que no... O sea me sigo viendo con algunos compañeros porque sabían que yo estaba bien; haciendo bien lo que yo quería... que no hacía locuras últimamente... o sea yo ya iba solamente a dos grupos por semana, nada más... no estaba prácticamente ahí... internado no estaba.” (Varón, 24 años)

“Creo que ya había tenido un montón de logros y no quería seguir yendo. Tenían muchas reglas, yo no podía salir mucho los fines de semana y empecé a tener devoluciones de compañeros y coordinadores que eran las mismas de dos o tres meses atrás. Entonces para escuchar siempre lo mismo, me pareció no computar una fecha más. Sino que no estaba sacando ya nada... que a todo el jugo, lo saqué y que gracias a eso, doy gracias, aprendí, me manejo, ando bien hoy día. Soy consciente que hay ciertas reglas que eran más que nada aplicables para los que recién entran, y no para los que están más avanzados... pero en mi caso particular decidí irme, opté por salir... aparte venía mi cumpleaños, las fiestas, las vacaciones y no dejan ir de vacaciones a nadie. Por más que trabajes con los pares, y estés todo el día encerrado, no lo permiten y yo con el tema laboral, y un par de cosas que iban a surgir... iba a ser para que yo transgrediera todas las normas.” (Varón, 25 años)

6. C. 3. El temor a una recaída futura

Si las recaídas forman parte del tratamiento y del aprendizaje para la modificación de conductas, pareciera que una vez éste concluido, los recuerdos del “infierno”, de los sufrimientos padecidos actúan como antídoto.

“¡La pasé tan mal! No quiero saber nada, el tratamiento de casi dos años que estuve ahí... me gusto el lugar... y me ayudó mucho... pero no pienso volver a hacerlo nunca más en mi vida. Y para no volver a hacer más un tratamiento en mi vida, no tengo que volver a fumar.” (Varón, 24 años)

“A veces me pongo en alerta digamos. Pero miedo no porque... es como que ya me cambió la personalidad. A veces te surgen ganas, eso es inevitable. Pero ahora es muy de vez en cuando, ya hace bastante que no tengo... pero uno ya tiene tantas cosas... cosas más que también perderlas no tiene sentido. Después de todo lo que pasé, yo la pasé muy mal... así que no...” (Varón, 24 años)

“Es un camino largo hay que ponerle mucha voluntad y tener las posibilidades de poder sostener el rumbo. A mí me sirvió, pude... me siento muy tranquilo. Me harté del infierno. En el momento del tratamiento no se nota, pero cuando tomas un poco de distancia y te ves...” (Varón, 52 años)

Pero en general, el temor a la vuelta al consumo está presente y se expresa como “respeto” o conciencia de la cronicidad de la enfermedad, necesidad de estar siempre alerta, conciencia de los esfuerzos realizados y de los logros obtenidos y sobre todo de los riesgos de perderlos. Y en este sentido, a través del tratamiento transitado, sienten que han incorporado capacidades de reflexión y herramientas de control para enfrentar estos riesgos.

“Y... la tentación está, sí, pero yo hago terapia igual” (Mujer, 26 años)

*“No, miedo no. Pero sí le tengo **respeto** a la enfermedad porque sé que esa parte enferma la voy a tener siempre conmigo; depende de mí que salga o no. Y uno aprende y obtiene herramientas, como se dice, para contrarrestar, para pelear contra los mecanismos. Hay mecanismos enfermos y uno va incorporando mecanismos sanos durante el tratamiento, que es lo que va aprendiendo. Creo que eso, al menos para mí, va a ser así siempre. Siempre quiero aprender, siempre quiero crecer, siempre quiero tener algo más para pelear contra mi enfermedad.” (Varón, 39 años)*

*“Miedo no, no...sino **un respeto**... o sí, miedo a perder todo lo que hice...en el sentido yo sé que hago un pasito, o algo...significa ir para atrás... para mí significaría perder cantidad de cosas.” (Varón, 30 años)*

“El miedo siempre está...pero... no quiero volver a tener palpitaciones ni pasar por angustias. Pero uno ya cuenta con otras herramientas, ¿no? Y además uno se pregunta por qué se siente angustiado, o porque se tiene miedo de hacer distintas cosas. Hay personas que se lastiman, o sea hay muchas formas de hacerse daño a uno mismo, ya sea drogándose o tomando alcohol...pero hay momentos previos en que uno se pregunta por qué está haciendo eso. Además también tengo la oportunidad de llamar a algunos profesionales.” (Varón, 28 años)

“El mismo director (de la institución) que hoy hace 28 años que no consume tiene que estar alerta. Porque esto no se cura...esto es para toda la vida, o sea es una rehabilitación, no es cura. El que es adicto lo va llevar toda su vida; entonces lo que sí está la elección de uno, y vos sabés que con esto no vas a ganar nada. Te queda un registro... Obviamente que a través de los años te va a aparecer menos; ya automáticamente vas a decir “no”, porque “no”. Cuando me agarra unas poderosas ganas de consumo, me quedo pensando ¿qué pierdo? ¿Qué ganaría? ¿Qué consecuencias tendría? Me tengo que remontar a lo que fue mi pasado, a dónde terminé.” (Varón, 32 años)

Una de las herramientas que se procuran activar es el cambio de ambiente social, el evitar el contacto con los antiguos amigos que consumen:

“El miedo hoy por hoy es muchísimo menos que antes. Pero yo siempre mantengo una guardia... porque estar está en todos lados y ganas, sabés que te dan...porque eso va a convivir conmigo muchos años. Ojalá que algún día lo olvide. Después hay pequeñas cosas que se van dando con el tiempo. esto de no consumir no es que terminé el tratamiento y me despreocupé... Yo con mis amigos, con los que consumía años atrás, hoy no me veo, hablo, me los cruzo por la calle, en algún cumpleaños paso a saludar, pero no salgo más con ellos. La mayoría lo entiende, con algunos medio como que resultó muy incómodo. Yo

entiendo que hay que ir haciendo pasito a pasito y hay un montón de cosas que son parte. Esto de no moverme en determinados ambientes, es parte. Por lo menos en determinados contextos, con determinada gente. Pero a veces hay que ir, te invitan a un cumpleaños tenés que ir. Y la verdad es que estuve en un ambiente nocturno, tomé cerveza, y al otro día me di cuenta que en ningún momento se me ocurrió... De todas formas no planeo frecuentar mucho esos lugares porque sé que conllevan un riesgo importante, aparte que tampoco me gustan mucho... no sé si miedo pero la conciencia es buena, si te relajás... podés perderla. En este caso yo creo que tampoco sería el fin ¿no? Yo tengo una serie de procedimientos o de herramientas, como le llamamos, que por lo menos me darían el pie para saber cómo actuar a posteriori si llegase a suceder y la terapia y todo lo demás, pero mejor no dejarse tentar.” (Varón, 29 años)

“Sí tengo miedo de miles de cosas, me cuesta el trabajo, tengo días malos hay días buenos. Pero a la vida de antes no volvería nunca más. Aparte que ya rompí lazos con la gente de la calle... no por pelearme, sino en el sentido de que no podría volver a convivir con gente que está en el consumo... ya no, hay cosas no volvería a hacer más. (Varón, 43 años)

6. C. 4. El rol de la familia durante el tratamiento

Al menos algún miembro de la familia, en muchos casos la madre, ha acompañado o participado del tratamiento. Una de las conclusiones que surge del análisis de las entrevistas realizadas es que, para este grupo de personas, el entorno familiar, pese a estar vivencialmente asociado al inicio de su adicción, ha sido fundamental para la permanencia y culminación del tratamiento.

“Mi hija, siempre estuvo, hasta fue allá, y todo a visitarme. Mi hijo fue una sola vez, él con el trabajo en la peluquería, no podía. Pero mi hija siempre iba cada quince días o veinte. Después cuando empecé a salir yo, por mi cuenta, que me daban desde el sábado a la mañana hasta el domingo a la noche o lunes a primera hora de la mañana; salía cada 15 días o 20 días entonces ella ya no se venía, porque yo venía por acá y estaba con ella. Pero mientras tanto ella siempre estuvo... Mi hijo más me hablaba por teléfono que lo que iba, pero entre los dos me apoyaron Mi hija más, porque fue hasta allá y es un tranco largo.” (Varón, 57 años)

“Mi mamá me acompañó todo el tratamiento. Fue a todos los grupos.” (Varón, 35 años)

El esfuerzo del entorno familiar es muy valorado e incluso en algunos casos, como producto del tratamiento, se llegan a visualizar cambios en la calidad de los vínculos que contribuyeron a su sostenimiento y finalización.

“Me acompañaron en todo momento y creo que es... la base de todo, que estés acompañado por tu familia. Después de un tiempo que podías recibir visita de los padres y que te van a ver los domingos, iban todos los fines de semana. Mi hermana no faltó nunca, mi papá tampoco pero mi mamá, como es una persona que tiene algunos problemitas, por ahí ir hasta allí se le hacía un poco más difícil.. Vengo de una familia de padres separados donde había conflictos, donde había pérdidas de cosas materiales... hoy en día cuando uno se trata, más o menos, estas cosas se van acomodando. Porque la relación entre mi papá y mi mamá ha cambiado un poco después de todo este tema de la internación. Antes no se hablaban y ahora si se tienen que hablar, se hablan..... con mi hermana la relación es un poco más fluida.” (Varón, 47 años)

“Mi vieja aparecía cuando yo estaba internado. Fue, participó... fue mi mamá, al principio participó pero después le costó mucho... después vino mi hermano, también... Está permitido, durante los fines de semana, como es una casa grande, con jardín. Ahí pueden entrar los nenes. Salvo que vos digas no..... Los grupos para padres les sirven a ellos. Les sirve para interpretar a sus hijos, para entender también en parte la historia... Y a ellos les ayuda mucho.” (Varón, 32 años)

“De mi familia fue mi mamá la que hizo el tratamiento para padres también, mi mamá es la que siempre fue... Y bueno con mi familia mejoró la relación y actualmente estoy intentando hacer cosas para obtener cimientos en mi confianza. ahora estoy de novio hace más de un año. Tengo mucha mejor relación... y también es porque sirve para conocerse, conocerse uno mismo y al otro.” (Varón, 28 años)

“Se incluyó para acompañarme a toda la familia. Eso está buenísimo porque todos se hacen cargo de su parte y bueno todos contribuyan a ayudar. Incluso ellos van creciendo, mi familia creció mucho en base a eso. Mi vieja sigue yendo al grupo de padres.” (Varón, 24 años)

“Hoy creo que si mi mamá no me hubiera bancado ahí, yo hoy no estaría aquí” (Mujer, 26 años)

En el caso de una de las dos mujeres, si bien la madre no se involucró en el tratamiento, reconoce que el apoyo vino a través del cuidado de sus propios hijos.

“No mi mamá no iba... o sea ella justo tenía encima a mi nene más chico también con ella allá. No tenía solamente a los dos, al de 16 y al de 11, sino que también lo tenía a Brandon. A veces yo le decía que porqué ella no se presentaba a los grupos que hacían para la familia. Ella me decía “pero vos sabes que yo no puedo” pero yo sé que ella luchó muchísimo, ahora yo le agradezco mucho todo lo que hizo.” (Mujer, 39 años)

En síntesis, el relato de las vivencias del proceso de tratamiento refleja que casi todos lo han transitado con dificultades variables, pero en general concentradas en el primer trimestre, producto de la abstinencia a la que se suma la necesidad de adaptarse a una nueva organización de su vida tal como la pautan las reglas y normas institucionales.

Varios han tenido recaídas que han podido sobrellevar como parte del tratamiento, pero una vez concluido, el temor a volver a consumir los mantiene alertas y reconocen que el proceso les ha provisto de “herramientas” para evitar o controlar las eventuales situaciones de riesgo.

Pese a que el inicio del consumo fuera asociado a situaciones de vínculos familiares conflictivos, consideran que ese mismo entorno familiar –en especial la figura materna– ha sido clave para el éxito del tratamiento

6. D. Mirando hacia atrás: la evaluación del tratamiento

En el capítulo anterior, se presentaron las opiniones de pacientes encuestados en el último tramo de su tratamiento acerca de los aspectos más valorados y útiles de la asistencia recibida. Así, se comprobó que el vínculo establecido con la institución, el equipo tratante y los compañeros eran considerados fundamentales para la permanencia y la recuperación. La mayoría manifestó también que se habían cumplido sus expectativas iniciales, en relación con la modificación de las conductas de consumo, el mejoramiento de su salud física, psíquica y emocional y la recuperación de su red afectiva.

Este apartado retoma estos aspectos, al indagar un año después hasta qué punto aquellas apreciaciones continúan vigentes y qué otras cuestiones valoran o desestiman luego de haber podido sostener buena parte de los logros obtenidos.

6. D. 1. El sostenimiento de la abstinencia

Casi todos han logrado sostener los cambios alcanzados en su vínculo con las drogas. Dieciseis declaran que no consumen nada en la actualidad y como se verá más

adelante, un ex alcohólico elude el alcohol incluso en situaciones sociales, pues han desaparecido “las ganas de tomar”.

“He ido a reuniones donde han tomado, pero cantidad, he estado en casa de mis hijos inclusive, que en las fiestas toman. Si como asado y si tomo Seven up me da lo mismo. Al principio, los primeros tres meses sí me daban ganas de tomar pero cuando terminé el tratamiento ya se me había ido esa ansiedad... o sea que no, no tenía ganas. Y ahora menos. Porque veo que toman, veo que toman... me da lo mismo.” (Varón, 57 años)

Dos personas toman alcohol en forma “controlada” destacando la diferencia con el consumo abusivo que solían tener.

“Por ahí en una cena puedo comer con un vaso de vino o de cerveza. Tenés un día, alguna escapadita... que podés estar brindando, tomando dos copas de vino, conversando con alguien... porque estoy contento. Pero me quiero cuidar para que no se me vuelva a repetir lo que hacía.” (Varón, 61 años)

“Sí pero de vez en cuando... los sábados...después nada que ver...después del tratamiento. Antes sí, antes sí vivía tomando, vivía fumado también y era drogadicto. Menos de tomar...lo demás lo dejé. Algunas veces licor también, algunas veces. Con la pasta base no quiero saber nada... no digo que no tenga alguna vez ganas y cuando tengo plata digo bueno me doy... pero no, no, no, cuando tengo plata y si me vienen ganas...tengo que guardar la plata; me hace falta para vivir mejor... no quiero gastar en eso, además la merca es cara (Varón, 27 años)⁴¹.

Sólo dos admiten seguir consumiendo ocasionalmente marihuana y alcohol, y son precisamente dos de los que abandonaron antes del alta. Uno de ellos, ex cocainómano y consumidor de pasta base, no percibe esta conducta como riesgosa aunque se cuestiona y busca controlar su consumo de cigarrillos.

“Por ahí alcohol el fin de semana...Pero no todos los fines de semana, por ahí en mi casa con mi vieja, cuando hacemos un asado, compramos un vino una cerveza. Un consumo normal, en la semana no. Ni tampoco me voy de tema... y marihuana escasa vez. Hoy en día no es un problema para mí, pero cada tanto me da por fumar, de vez en cuando con mi hermana... por ahí se viene damos una vueltitita, pum, volvemos a casa y nada más. No es algo que me llame la atención ni en lo que esté pensando cotidianamente como en otros momentos...Yo lamentablemente fumo cigarrillos, ni siquiera un atado de 10 por día... pero igual no está bien. He estado una semana sin fumar porque no tenía plata para comprar. En otro momento me iba acá la vuelta y a cualquiera le pido uno y a otro, y otro.”.(Varón, 25 años).

De todos modos, se debe destacar que ninguno consideró que el tiempo subsidiado fuera insuficiente. En general son concientes que a pesar de haber “retomado sus vidas” y mantenerse alejados del consumo problemático de drogas, el tratamiento dura toda la vida y la adicción es una enfermedad crónica.

“Yo con el tratamiento que tuve, con todo lo que hablamos, ¿Una cura? Directamente ningún psicólogo, ningún psiquiatra, te puede decir: “ya estás curado”. Porque nunca se sabe. Porque es una enfermedad con la que vas a convivir toda tu vida. Así que yo no me considero curado y mucho menos mi psicólogo.” (Varón, 25 años)

⁴¹ Este es uno de los casos que interrumpió su tratamiento antes de la finalización. Por otra parte, la entrevistadora fue posteriormente contactada por un familiar en búsqueda de ayuda, lo que permite suponer una recaída.

Lo que yo entendí es que el tratamiento no es un año... si bien la beca del SEDRONAR dura un año, el tratamiento es para toda la vida. Porque la adicción es una realidad que uno tiene que estar atento siempre. Hay ciertos requisitos, aprendí para sostener la abstinencia. Una forma de mantener mi estado, digamos, de abstinencia, entre otras cosas, es colaborar con la recuperación de los adictos” (Varón, 49 años)

6. D 2. El vínculo actual con la institución y los compañeros de tratamiento

Al finalizar el tratamiento subsidiado la mayoría de los entrevistados continúa con algún tipo de vínculo con la institución en la que llevó adelante su recuperación. Este contacto puede variar desde un llamado esporádico, visitas regulares, continuación de terapia o apoyo o incluso como operador terapéutico. Los testimonios trasuntan con frecuencia una relación afectiva y de reconocimiento hacia la “casa”, como la llama alguno.

“Yo llamé un par de veces por teléfono para saludarlos y ver cómo andaban” (Mujer, 26 años)

“Yo tengo un vínculo fuerte ¿no? Porque, la casa tiene una modalidad de trabajo muy intensiva, muy profunda. Y, bueno, yo le digo casa porque, es donde estuve internado” (Varón, 35 años)

“Yo pasé hoy, voy a los grupos terapéuticos, que son los lunes y jueves de 7a 9 de la noche y a una terapia individual, ésa es mi obligación. Y hace cuestión de 2 meses se realizó un grupo, que estuvo bueno, para ambulatorios específicamente” (Varón, 32 años)

“Estoy yendo a terapia, sí, sí... y sigo yendo a los grupos, voy una vez por semana me lo pago yo, la terapia y los grupos.” (Varón, 24 años)

“Todavía sigo, porque mientras yo estaba allá, o sea mi viejo me vio bien, le gustó y cuando se terminó la beca, un tiempo estuve así, yendo porque él me aguantó y después mi viejo lo paga hasta fin de año. A fin de año chau ya termino el tratamiento. Ahora voy los lunes a terapia individual.” (Varón, 43 años)

“Yo estoy colaborando ahí como operador. Me hizo tan bien el tratamiento y lo considero como una herramienta de sostén, digamos. El poder colaborar también para seguir.” (Varón, 49 años)

“Otra fundamental es la gente, la gente que me tocó en XX. Los tengo en el facebook, y somos amigos, mantenemos contacto. La primera psicóloga que me atendió ha venido a casa a tomar mates. Con el director de la comunidad nos mantenemos en relación en facebook. (Varón, 63 años)

Tal como se relató en el capítulo anterior, el vínculo con los compañeros fue durante el tratamiento un pilar importante para salir adelante. Tanto es así, que varios siguen en contacto con sus pares, son referentes incluso a pesar de que haber dejado el tratamiento antes de su finalización.

“Con profesionales de la institución no, con los compañeros sí. Hay un par que sí, que están ahí todavía; ellos saben igualmente que yo me fui bien, no me fui mal, pero me fui. O sea me sigo viendo con algunos compañeros porque sabían que yo estaba bien; haciendo bien lo que yo quería... que no hacía locuras últimamente... o sea yo ya iba solamente a dos grupos por semana, nada más” (Varón, 24 años).

“Bueno incluso me estaban diciendo: por qué no te venís el día de tu cumpleaños. Porque hay un compañero que hizo el tratamiento conmigo, cocainómano..... Nos hicimos muy amigos. Y las vueltas de la vida lo llevaron a ser operador en XX, ahora es operador allá y está con el mismo director que fue nuestro... y me dice: venite, así los ves a los chicos y aparte comemos juntos.” (Varón, 63 años)

6. D. 3. Los aspectos valorados del tratamiento realizado

Conocer la valoración de los entrevistados sobre el tratamiento que atravesaron un año después de haberlo finalizado, fue uno de los objetivos de esta indagación. Con la perspectiva que puede dar la distancia de la institución, los vaivenes de la vida cotidiana y la recuperación de una red afectiva y social, surgió claramente que, a la mayoría, el tratamiento realizado le sigue resultando útil. La utilidad está asociada fundamentalmente al control del consumo. Los argumentos son variables pero coinciden en el reconocimiento de tener elementos que les permiten ordenar la cotidianidad, estructurar su vida, recuperar o poder construir vínculos, trabajar con sus problemas, controlar las conductas agresivas. Algunos comentan que fue tan duro transitarlo que el solo recuerdo les sirve para mantenerse alejados del consumo en momentos de flaqueza o angustia.

“Pero me sirvió con muchas cosas, porque ahí empecé a valorar las cosas que yo no valoraba... levantarse temprano, tener una responsabilidad, salir, tener un trabajo, yo aprendí de cocina también... apenas estuve un mes ahí y ya me mandaron para la cocina. Estuve tres meses ahí, en la cocina, y era un trabajo...” (Mujer, 39 años)

“A mí el tratamiento me dio mucho resultado. Porque yo cuando siento ganas de tomar o eso, pienso en el año que pasé allá... entonces digo No. Por eso te digo, a mí me dio resultado... Fue duro, la verdad que sí.” (Varón, 57 años)

“El tratamiento me ayudó un montón a frenarme, a cambiar un montón de cosas. Ahora como que la manejo mucho la intolerancia. ¿Me entendés? Me tenés que sacar demasiado para que saque lo intolerante, antes si reaccionaba, capaz que me decías algo y te quería pegar yo.” (Varón, 30 años)

“Antes tenía un problema grave y me drogaba...y cuando volvía entraba en bajón, me sentía triste, y tampoco lo resolvía, y seguía y seguía...digamos, que antes arrastraba un problema durante años...Ahora no, ahora no, por malo que sea no me lo guardo y así, lo hablo con los operadores, con mi terapeuta...busco a cualquiera de la fundación para hablar, no me lo guardo, guardarse cualquier cosa hace mal, hace muy mal.” (Varón, 30 años)

“La verdad que por ahora, me viene yendo bárbaro. Me ayudó un montonazo, sin lugar a dudas. Me dió herramientas para registrar, para aprender a conocerte, para empezar a saber cosas en firme y todas esas cosas que te llevaron al consumo al fin y al cabo ...y bueno, todo fue bueno para mí.” (Varón, 24 años)

“Y mirando para atrás, para tener conciencia ¿no? De todo lo que perdí. En cierta forma no es bueno mirar para atrás, pero para mí sí... Mirar para adelante pero no olvidar el pasado. No hay que lamentarse...y ellos me hicieron dar cuenta de muchas cosas. Quizás nunca hubiera podido ir a un psicólogo... y haber aprendido todo lo que aprendí; a eso más que nada en mi caso.” (Varón, 25 años)

¿Cuáles son los aspectos que les han sido más útiles? Aquí también, aunque los relatos son variados, surgen algunos elementos comunes. Así, se advierte una apropiación de los recursos básicos a partir de los cuales se estructuraron los tratamientos. Por otra parte, logran vincular varias de las actividades en las que fueron involucrados con herramientas que les ayudan a avanzar y les proveen nuevos elementos para empezar a entender las raíces de su adicción, proyectar un futuro, valorarse como individuos, etc.

Algunos se refieren a la calidad del personal, profesionales y operadores.

“Lo que a mí me ayudó mucho fueron las charlas que tuvimos, con la terapeuta que tuve, Laura, que hasta el día de hoy la tengo. Ella fue un gran sostén, me apoyé mucho en ella, yo hablé cantidad de cosas: desde lo más malo hasta lo más bueno...y saqué todo de mí” (Varón, 30 años)

“A nivel de los profesionales me parecen excelentes todos... todos; bah alguno que otro siempre te cae mal, pero no importa igual me ayudaron, te traten o no. Lo

que quieren es ayudar al otro y son todos buenos, me parece. Hay algunos que lo saben hacer más profesionalmente y otros menos.” (Varón, 24 años)

“Son muy buenos, muy humanos, muy cálidos. Mucha gente de la que pasó por xxx te lo puede decir que está catalogada como una de los mejores de Sudamérica...ellos te valoran mucho, le dan la bendición a cada uno de los pacientes que van llegando,...es increíble la parte humana y profesional también. Son de igual a igual no hay fase, no hay liderazgo, El tratamiento es como que lo hacés vos...los mismos compañeros. Nos damos cuenta, nosotros hacemos los grupos.” (Varón, 32 años)

La calidad del equipo se traduce en la creación de un espacio de solidaridad y contención para los pacientes que se sienten valorados y no discriminados.

“Yo creo que la contención que hubo. Y yo, por lo menos en el tiempo que yo estuve, sí fue muy buena la ayuda que tuve en xxxx. Más con los profesionales, o sea con los operadores... bueno y demás”. (Mujer, 39 años)

“Hacía muchos años que no me pasaba lo de ese momento. Sentirme acompañado. Sentirme igual que el que está al lado. Independientemente si era hombre o mujer grande o chico, inclusive alcohólico o drogadicto, los que van al punchi-punchi o los que paraban en la calle,... independientemente de lo que fueses o de dónde vinieses había como un sentimiento grupal que fue fundamental.” (Varón, 29 años)

“A mí el tratamiento me sirvió, no sólo con esto, sino conocer también. Para conocerse uno, saber dónde puede andar, con quien puedo estar con quien no puedo estar. Aunque eso no quiere decir nada, pero por lo menos tener pequeño paraguas de contención.” (Varón, 52 años)

El grupo de compañeros y el “hermano mayor” también son mencionados como elementos centrales en el tránsito por la institución y en el proceso de la propia recuperación

“Bueno es muy relativo... en un momento sentí mucho apoyo del grupo, digamos, los chicos de aquella época. Cuando yo entré había chicos con 5 ó 6 meses de tratamiento o gente que le daban el alta.” (Varón, 35 años)

“Lo que más me ayudó fueron los operadores y mi hermano mayor. Porque mi hermano mayor me llevaba para todos lados y siempre andaba con él. Los primeros tres meses siempre andaba con él, siempre atrás de él. Porque él me decía no te separes de mí. Cuando tengas ganas de algo, venir a verme.” (Varón, 57 años)

“Todo depende de los compañeros... Creo que había un conjunto de gente muy capaz muy trabajadora y con un rumbo marcado. Todos así todos, pero fundamentalmente el grupo. No sé si fue casualidad, no sé si todos los grupos más o menos se moldearon así, pero yo tuve la suerte de caer con un grupo de personas en donde la mayoría querían.” (Varón, 29 años)

Pero los talleres, terapias y otras dinámicas grupales son apreciados por casi todos como herramienta imprescindible que les permitió aprender a hablar, empezar a comprender, tomar conciencia, tener un punto de vista diferente y poder ponerse en el lugar del otro, obtener parámetros para orientar la conducta.

“Tenía otros talleres, otros grupos...de dinámica había en todos lados... había talleres los lunes que podías hablar de lo que vos querías, había grupos de fases: el primero de adicción, después fase “A” fase “B”, fase “1” fase “2”, bueno todo así. Después había otro grupo con el operador y había otro grupo con el psicólogo. Aparte tenías terapia. Era más... había más cosas. Hablé de un montón de cosas que antes capaz que no había hablado.” (Mujer, 26 años)

“La forma de operar del grupo, confrontarte con otras personas. Eso es lo principal para mí, hablarlo... exponerte frente al otro y que el otro te devuelva, es la única forma en que uno se regula. Por lo menos yo, es la única forma en la que yo me regulo. Hablarlo, compartiendo lo que me pasa con alguien y ver qué me dice; exponerlo en la sociedad digamos. Sino, es como que se niega lo que tenemos, lo cierto es que si no hablamos nada, y nos guardamos todo... entonces no sabemos para dónde estamos yendo. No tenemos la mirada del otro entonces es como que nos deja en un lugar... problemas de soledad y después libertad para hacer lo que uno piensa que va a estar bien. Entonces en la terapia te dicen: No flaco, pará ¡no estás haciendo las cosas bien! Ahí es como que tenés otro parámetro. Creo que eso es importantísimo. Y creo que en eso se basa la terapia, en hablar las cosas. A uno le van cayendo las fichas a medida que las va hablando. (Varón, 24 años)

“Me pongo en el lugar de ella, cuando te pones en el lugar del otro... hay momentos que, por ahí, no te das cuenta... es bueno hoy en día poder verlo desde distintos lugares. No quedarme dentro mío; si no ponerme en el lugar de los otros y tratar de resolver, ¿no? Porque mi vieja por ahí se enoja con mis hermanos y por eso nos trata mal. Entonces todo tiene su relación ¿no? Vá todo encajado. Pero afortunadamente puedo ver más claras las cosas.” (Varón, 25 años)

“Lo que más me ayudó fueron las terapias grupales; porque al ver los propios... porque en realidad, es lo que se llama un espejo. Y me ayudó la terapia individual, me ayudó muchísimo la estructura... la persona que consume no tiene una estructura de vida, y un orden. Una estructura de vida, digamos, que transforma”. (Varón, 49 años)

“El adicto es alguien que no habla, la adicción es no hablar. Yo antes no hablaba nada y aprendí que hablando las cosas se puedan encarar de otra forma y eso en todos los aspectos de la vida. Así que es una herramienta, digamos, que la incorporé a mi vida” (Varón, 49 años)

“Me sirvió mucho el tratamiento, la beca posterior también, la inserción... el poder incorporarme de nuevo al trabajo... y bueno, un cable a tierra. La oportunidad de abrir la problemática en ese momento frente a un grupo, lo seguí y me sirvió” (Varón, 52 años)

Más allá de las distintas herramientas, el resultado es una comprensión de su situación, de las causas de su adicción, de su lugar en la familia, en una mejora del autoconocimiento.

“¿Qué funcionó mejor? Creo que funcionó mejor el tema de conocerse uno mismo y también ver el lugar que uno ocupa, y a la vez en la familia, ver que tal vez uno puede tener un problema de adicción pero mis padres también tienen sus problemas, ¿no? Y que todos tenemos problemas y se ve que mi familia es disfuncional, ¿no? Entonces... conocerse uno mismo, conocer a la familia; conocer a los integrantes. Ver cómo uno puede brindarse y hacerse mejor.” (Varón, 28 años)

Tres de los entrevistados abandonaron su tratamiento en la fase final. Aunque inicialmente vinculan la interrupción a factores vinculados con la propia dinámica del tratamiento, finalmente se auto responsabilizan de este abandono.

“Pero, sí, me sirvió...el lugar es bárbaro pero no sé...Yo no me doy cuenta qué fue lo que pasó...yo mentí una banda; y lo que más aprendés en ese lugar es a mentir, porque... yo sí me drogaba y para pasar por dócil y todo eso tenía que disimular mucho, entonces disimulaba un montón, y nadie se daba cuenta...Fue mi culpa, en realidad, que no funcione... (Varón, 22 años)

6. D .4. La percepción de SEDRONAR

La mayoría expresa un profundo agradecimiento a SEDRONAR y son concientes que la ayuda del subsidio les facilitó el acceso al tratamiento y a su recuperación. Lo manifestaron en las entrevistas y varios explicaron que por ese motivo habían aceptado la convocatoria pensando además que quizás su testimonio serviría para que “*SEDRONAR siga ayudando a otros*”.

“Quiero agradecer a SEDRONAR por la beca. Si no hubiese sido por ellos... yo no tenía obra social y no hubiese empezado nada. Yo después pude seguir por la obra social; pero gracias a esa beca pude empezar algo. Además porque ayuda a muchas personas, éramos 30 o 40 pacientes y el 60 o 70 % estaba por SEDRONAR, el resto por obra social y sólo uno o dos se la pagaban.” (Varón, 25 años)

“Que siga, que siga SEDRONAR, porque ayuda, ayuda de verdad... Sí es de las pocas instituciones que ayudan de verdad. Cuando fui a SEDRONAR, me ayudaron... y en SEDRONAR, por lo menos gente que yo conozco, todos los que fueron, los apoyaron, los mandaron a algún lugar.” (Varón, 24 años)

“SEDRONAR es como que me dio la llave como para llegar a xxx. Con momentos difíciles, con momentos lindos también... pude salir adelante y espero mantenerme así.” (Varón, 35 años)

“La verdad no sé a quién llegará esto, pero yo estoy muy agradecido...(A SEDRONAR) Es más, si yo tuviera que haber pagado para hacer el tratamiento, me era imposible.” (Varón, 49 años)

“SEDRONAR me ha ayudado mucho, me ha servido de mucho. Estoy muy contento, en el sentido que me dieron la beca para XXX, me dieron la ampliación de la beca, me unieron al programa SER, donde me orientaron, me hicieron hacer un curso.” (Varón, 43 años)

“Yo estoy contento, porque a mí SEDRONAR me dio la posibilidad y me tocó la fundación xxxx, gracias a Dios conocí esa fundación. (...), entonces SEDRONAR me dió la posibilidad de conocer xxx, de conocer un tratamiento y poder recuperarme. Después el seguimiento de SER que me dió muchísimo también y la verdad que lo único que tengo para decir es: gracias” (Varón, 25 años)

6. D. 5. El éxito del tratamiento y la voluntad de cambiar

Más allá del reconocimiento a SEDRONAR o a la institución por la que pasaron y culminaron su tratamiento, han incorporado la percepción que nada habría sido posible sin su voluntad de cambiar un modo de vida afectado en todos los planos por la problemática de la adicción. En ese sentido no importa si el “clic” ocurre antes de iniciar el tratamiento o en el curso del mismo, hay cierta coincidencia en remarcar que sin esa decisión interna de cambiar y rehabilitarse no es posible la recuperación.

*“Porque **nadie mejor que vos para salir adelante**. Porque si querés seguir en la joda, querés seguir jodiendo, te hacés mierda enseguida. Pero a mí me sirvió mucho porque yo me interné, me sirvió todas las cosas que hice ahí en xxxx”. (Mujer, 39 años)*

*“Mayormente yo, yo fui... porque hay mucha gente que empieza el tratamiento y lo deja. No es que sea una ciencia milagrosa tampoco, creo que **depende mucho de la decisión de uno, de uno**” (Varón, 24 años)*

*“Respecto a lo que tuvo de diferente este tratamiento...**principalmente mis ganas de cambiar** el modo que tenía de vivir. Querer dejar de sufrir y querer darles otra cosa a mis hijos. Porque si no iba directo a morirme, a morirme en vida o a morirme de hecho.” (Varón, 39 años)*

*“...**básicamente es uno, si te querés recuperar te recuperarás en cualquier fundación y con cualquier tratamiento**. Conozco gente que fue a Narcóticos Anónimos y llevan 14 años sin consumo, y conozco gente que estuvo internada 30*

meses y hace 12 años que no consumen y conozco tratamientos por ahí ambulatorios que sirven. Es uno, es la persona, es la convicción, las ganas y el sacrificio, la voluntad obviamente que uno le pone.” (Varón, 39 años)

*“No sé, desde que entré, hice las cosas bien... sé que no es un chamuyo, si lo utilizás bien, te sirve, te sirve. Me dijeron que concéntrate siempre en el día, y bueno, así fue... Y me fue bien, **pero todo depende de uno**, siempre tenés la opción de irte, o para quedarte, para todo” (Varón, 30 años)*

Surge entonces con claridad que el éxito del tratamiento se sostiene fundamentalmente sobre la voluntad y habilidad de los pacientes para transformar su situación de consumo. La “disposición a cambiar” se instaura como requisito insoslayable sobre el cual vehicular el tratamiento. Esta exigencia adquiere tal relevancia que incluso es la que habilita o imposibilita la relación del paciente con la institución. De allí que el mismo contexto institucional sea vivido de manera opuesta por distintos pacientes.

“Yo no sé si voy a hacer otro tratamiento, porque va a ser siempre lo mismo, porque nunca estuve predispuesto a gastar el tiempo ahí y ponerme a pensar qué es lo que me pasa...no sé si acepto el tratamiento... Yo percibo...percibí...como que se cansaron de tratar conmigo. Como que se cansaron de mí...y me cansé...”. (Varón 22 años)

“Para mí xxxx (la misma institución que el anterior) sería una institución modelo.” (Varón, 29 años)

A pesar de ese reconocimiento, también se recuerda que hay cuestiones del tratamiento, del lugar en el que lo transitaron o relacionadas al sostén de la familia que fueron fundamentales a la hora de sostener esas “ganas de cambiar”.

“En relación con lo que ayudó, yo creo que de todo un poco, ¿no?... porque a una persona que no se quiere rehabilitar la podés llevar al mejor lugar, con la compañía de los padres y si no quiere rehabilitar... nada. Y si yo me quiero rehabilitar solo no puedo hacerlo, tengo que contar con la ayuda de la fundación. O sea que hay un porcentaje que es de la fundación. Yo pienso que es un 35% de la familia, un 35% de la fundación. O sea que entre los tres hicimos posible sacarlo adelante.” (Varón, 25 años)

Entonces mirando hacia atrás, pueden considerar que la vida del consumo es una etapa superada y pensar en un futuro mejor que incluye también ayudar a otros con la misma problemática.

“Yo pienso que esto fue una etapa de mi vida...Que bueno, y que ya pasó, , que, yo la pude superar y que la pude superar porque yo quiero más cosas de la vida. Ahora no me conformo con nada. Quiero más cosas...Es más, una chica que estaba embarazada, era compañera mía en el consumo,, yo hacía como dos meses que no sabía de ella, Morocha le decía, internate, hacé algo por vos, y me decía: sí, ya voy a ir. Pero no iba. Hasta que le digo: empezá a ir al hogar, te va a servir, ellos te van a ayudar. Y bueno empezó ir al hogar, se bañaba, se cambiaba, y el hermanito que es el coordinador del hogar consiguió conectarse con su mamá y la traía. Cuando ella vino, porque ella pasa con la camioneta por la iglesia para ir al hogar, yo estaba ahí y ella le dice ‘esa es xxx. Yo le agradezco mucho porque ella me habló mucho y por eso estoy bien yo hoy’... y bueno se ve qué sí le sirvió”. (Mujer, 39 años)

Por lo tanto, ha sido posible apreciar que la mayoría de los entrevistados ha logrado sostener la abstinencia, haciendo uso de los recursos básicos asimilados durante el tratamiento. Los contactos con la institución y los compañeros, la calidad de los equipos profesionales, las dinámicas grupales que les permitieron aprender a

conocerse y a confrontar su mirada con otros son algunos de los factores que coadyuvaron a mantenerlos lejos del consumo y a cambiar sus perspectivas de vida.

Desde su propia perspectiva, el factor más estrechamente vinculado con el éxito del tratamiento es el deseo y principalmente la voluntad de cambiar que condiciona a su vez la relación que logra entablar con la institución y sus integrantes.

6. E. Presente y Futuro: ¿cómo sostienen los logros?

La vida después del tratamiento es uno de los aspectos más importantes de este estudio. Esto es así porque estos ex pacientes son los que han logrado sostener por al menos un año sus logros después del tratamiento subsidiado y como ya se mencionó en apartados anteriores pudieron superar los aspectos más complicados de la “reinserción social”. En efecto, cuando los pacientes estaban transitando las últimas etapas de su tratamiento sus expectativas, en especial de los que estaban bajo la modalidad residencial, estaban puestas en el desafío que significaba reinsertarse en el mundo que habían dejado, conseguir trabajo, estudiar, relacionarse con el entorno, retornar a sus familias, en pocas palabras retomar la vida e imaginar como continúa. Este apartado ahonda en estos aspectos analizando, un año después, su situación actual y sus perspectivas de futuro.

6. E. 1. Los vínculos familiares y sociales después del tratamiento

Nuevamente la familia aparece como el espacio y lugar de contención y de ayuda para sostener los logros. Fue sostén durante el tratamiento y sigue siéndolo en esta etapa.

“Después de la internación, no me servía a mí estar ahí, cerca de la Villa 11-14, ni a mí ni por ahí a mi nena. Me decidí a mudarme, me fui a vivir a Monte Grande, a la casa de mi hermana, y estoy ahí hasta que consiga un terreno y edifique, lo que sea. Al final me quedé en la casa de mi hermano el mayor, estoy sola porque él no está nunca.” (Mujer, 26 años)

“Mi papá y mi hermano me apoyaron mucho, me llevaban a los chicos a verme allá; bueno después empecé a venir yo para acá... Así que la relación empezó a mejorar y sigo cerca.” (Varón, 25 años)

“Entonces todo eso me hizo cambiar. Y por Ana (la esposa), fundamentalmente, y por todo mi grupo familiar, no podría recaer. Sería muy ingrato, insisto, para ellos”. (Varón, 63 años)

La recuperación de la relación con los hijos ha sido muy importante para quienes eran padres y en ellos se concentra una buena parte de los esfuerzos.

“Tengo una nena con otra mujer, que en este caso ahora no la estoy viendo, hace 4 años más o menos, por situaciones de juzgado... Y ahora tampoco, no puedo, estoy luchando, con mi abogada para poder verla. Me mandaron al Borda, para hacerme un test, de parte de la comisión está todo bien; estoy haciendo terapia. Por ahora hay que esperar, yo estoy tranquilo. Lo que dice mi abogada es que ellos están esperando es que yo pise el palito en algo, para sacarme la patria potestad de la nena, pero así, como estoy ahora, no tengo nada que temer... Y así como puede ser mañana que la puedo ver, o puede ser el año que viene, pero hay que esperar.” (Varón, 30 años)

“Ayer o antes de ayer me dice: ‘Mami, dice, los chicos siempre ponen excusas para no ir al colegio, para no estar. Pero yo aunque me duela la cabeza o la panza yo lo voy a hacer porque yo quiero que vos estés contenta conmigo.’ El otro día vinieron de Lengua Viva a tomarles el examen de mitad de año, se sacó un ocho. ‘¿Estás bien má, estás contenta? ¿O vos querés que me saque un diez?’ todo así. Como que me tiene... y yo con ella igual... La verdad que algunas veces yo me digo: mirá por todo lo que tuve que pasar para eso” (Mujer, 39 años)

“Tengo mi hija, que es a la que voy, y tengo un varón. Que viven juntos...Inclusive cuando va gente, tengo bebidas en casa y todo, pero no pruebo ni una gota.... Mi hijo a veces toma y me dice ¿Y a vos no te llama la atención? No, le digo... Pero yo estoy contento, o sean mis hijos también están contentos, porque no pruebo una gota de nada.” (Varón, 57 años)

“Cuando me empecé a sentir un poco mejor, empecé a salir y ya me di cuenta de qué se trataba la enfermedad, cuáles eran mis objetivos. Ya estaba como convencido de lo que tenía que hacer. El primer factor fue recuperar a mis hijos y que ellos recuperen a su papá. Apenas empecé a salir, a los cuatro o cinco meses, ya me los traje a mi casa” (Varón, 39 años)

Para otros el aliciente fue formar pareja, intentar construir una familia. La mayoría de los que están en pareja han iniciado nuevas relaciones y algunos logran reconstruir su pareja anterior. En el caso de las nuevas parejas fue importante poder transmitir su pasado de consumo, y sentirse comprendidos y apoyados.

“Por suerte estoy saliendo con alguien... Es un señor grande no consume nada, no consume ni alcohol, no consume nada. Lo único es que fuma cigarrillos...Y bueno él me ayuda bastante... Pero tampoco quiero presionar mucho la relación, si se da, se tiene que dar sólo” (Mujer, 39 años)

“Después de la internación y la recuperación que tuve en el ambulatorio... ¿Qué me quedaba? ¿Salía y que me quedaba? Y bueno decidí organizar una familia. Faltaba conocer a la persona... y todo se fue dando. Uno también hizo el esfuerzo para que se dé, una persona que no tiene nada que ver con el tema; me aceptó y eso fue muy importante. Porque en ese proceso de encontrar a alguien fui conociendo a distintas personas y digamos que uno si no puede contar de su pasado está por la mitad. Entonces me escuchó, me aceptó y bueno, estuve un año con ella, después decidimos irnos a vivir juntos. Ahora tengo mujer, tenemos una casa, que en estos momentos estoy arreglando. Por eso digo, tengo una familia. No digo que es todo color de rosa, pero bueno era lo que yo quería” (Varón, 47 años)

“Mi vida es una rutina bastante normal. Y atípica a lo que era antes. Porque me junté con mi mujer, me junté con ella inclusive antes de terminar el tratamiento y ahora tenemos un nene. Ella (la esposa)es docente, profesora de Lengua, [...] yo me acuesto a las dos, a las tres, cinco, seis de la mañana y a las 8:30 me tengo que levantar porque mi muchacho quiere, pero te levanta a las 4:30 o a las 5 a veces...ay, ayer a la noche se despertó con un ataque de llanto. ay pobrecito.. una hora estuve en el baile...” (Varón, 29 años)

Otros procuran establecer vínculos sin lograr consolidar una pareja estable.

“Hay algo que me está costando para formar pareja. Este año tuve una historia que a mí no llegó a atrapar...A mí me dicen el lado equivocado.... por eso... a mí me recomiendan mucho que haga talleres, que haga un curso... ahora trabajo, inculqué natación el año pasado. Eso me sirve; pero a nivel vínculo hay poca gente. Chicas ninguna...son o muy pequeñas o muy viejas” (Varón, 32 años)

“Yo estaba saliendo con otra chica que se fue a vivir afuera... que la última vez que la vi. fue en el Borda, me visitó por última vez... y se fue y no la vi más pero ahora me dijo que se viene de nuevo a vivir a Buenos Aires... cuando venga la voy a ir a buscar.” (Varón, 27 años)

A pesar de que todos logran mejorar sus vínculos familiares, algunos viven solos. Los motivos son diversos. Unos necesitan tomar distancia de sus familias y otros prefieren tener su propio espacio sin perder contacto con pareja, hijos o padres.

“Vivo solo...desde diciembre del año pasado... Me sustento solo, sí, ahí, a dos cuadras de xxxxxx, como te decía ayer... tengo una piecita yo estoy pagando 600...Para lo que es, Es un cajón...Pero bueno, es el primer paso. Pero para mí

fue un gran crecimiento... ¿sabés cómo crecí desde que dí este paso? Y que pude desprenderme de todo el vínculo familiar que trae una historia y yo no podía ser... ser persona.” (Varón, 32 años)

“Actualmente vivo solo...Sí me mantengo... igualmente necesito trabajar ... no estoy casado pero estoy en pareja... convivir no [...] (hijos) todavía no... estoy de novio hace más de un año. Es de La Matanza, la conocí por Internet” (Varón, 28 años)

“Yo vivo solo. Yo me alquilé a tres cuadras de acá un departamento, un PH chiquito, tiene dormitorio, cocina, todo eso y vivo solo. Pero cerca de mis hijos.” (Varón, 57 años)

“Vivir, vivo solo, o sea mi nena va, pero vivo solo Tengo dos hijas, una de 11 y otra de 15.” (Varón, 43 años)

La mayoría ha rearmado su círculo de amigos. Se mantienen alejados de los antiguos compañeros de consumo. Muchos han construido vínculos durante su tratamiento y esos se han transformado en los amigos del presente. Sin embargo, algunos continúan relacionados con viejas amistades que incluso consumen. Sin embargo, consideran que pueden mantenerse alejados de la tentación de volver a probar o consideran la relación demasiado importante como para abandonarla.

“Mi mejor amigo fuma marihuana y según él va a fumar toda la vida...él trabaja, él hace su vida siempre igual, trabaja, lleva una vida normal, pero sí fuma todos los días, pero bolsa no está hecho, en algún momento lo va a ser... pero; a algunos les dura más a otros les dura menos... yo no lo juzgo ... (Respecto a otros amigos) los veo a veces, además no es mucho lo que consumen. Por ahora no he tenido... porque nunca experimenté... llevo una vida demasiado estructurada, nunca me salí de lo que indicaba el tratamiento. Si dejo de hacer algo de lo que hago, o sea, entrenar, correr... seguir con gente que no fuma ni se droga ni nada... si empiezo a salir con gente que fume y se drogue, seguro que me van a dar ganas, seguro que me la voy a terminar pegando. Entonces prefiero evitarlo. Por ahora ando bien así... hace un año, como ya te digo, estoy solo en esto, seguí sólo” (Varón, 24 años)

Ahora estoy viviendo acá, a unas cuadras...Con un amigo, un amigo que conocí estando en tratamiento, por otros chicos me hice amigo de un pibe y yo estaba buscando departamento, ahora a fines del año pasado, y me dijo para compartir los gastos, y me dejó, porque la verdad que tampoco gano tanto como para costear un departamento, así que me vino bárbaro...y, no quiero cambiar porque mi prioridad es el estudio. A lo largo del año me he hecho amigos de gente nueva, de la facultad también y tengo por ahí dando vueltas varias chicas... Y lo estoy disfrutando. La verdad que no disfruté mucho los últimos años de consumo. Y después del tratamiento dije me meto en la facultad, que ya es un montón. Más el laburo y que yo vivo sólo, son bastantes cosas...Llegar de la facultad y cocinarte... no lo pago con nada. Nada... tranquilo, disfrutar con los amigos” (Varón, 24 años)

“Entonces lo que sí, soy muy precavido, aprendí a ser precavido. A no relacionarme con gente que consume. Poner una distancia. Porque aprendí a quererme y a cuidarme. Eso lo aprendí en el tratamiento” (Varón, 49 años)

6. E. 2. La reinserción social

Además de los vínculos, los dos grandes soportes en esta etapa son el trabajo y el estudio. Y todos están trabajando o estudiando o ambos. El exceso de ocio es peligroso y el tiempo organizado es una de las claves para mantener la mente

ocupada en actividades productivas a partir de las cuales estructurar la vida cotidiana. Esto evita la sensación de “falta de sentido” que puede desencadenar el consumo. Tareas como trabajar, estudiar, recrearse contribuyen a alejarse de estos impulsos.

a. *El estudio:* Indudablemente, el grupo en general ya tenía cierto capital cultural que procura acrecentar. Entre los que estudian, 3 están terminando el secundario, 1 está cursando el CBC en la UBA, 2 están en la universidad, otros han hecho algún curso que consideran los va a ayudar a reinsertarse laboralmente, o sencillamente tener más herramientas. Las ganas de terminar ciclos escolares, perfeccionarse y mejorar no distinguen género ni edades. Mujeres como varones, los más jóvenes y los mayores todos están poniendo mucho empeño en terminar etapas iniciadas previamente y que quedaron trucas por el consumo problemático de sustancias.

“Estoy haciendo segundo año de informática de la secundaria. Cuando yo fui a SEDRONAR, ellos ya sabían que yo estudiaba, así que... estoy en segundo año, me va re bien. Si paso de este año, que espero que sí, me queda un año y medio más y termino el secundario. Son tres años. Y bueno, después yo en la semana, voy al colegio a la noche, entro a las seis y media y salgo a las nueve y media.” (Mujer, 39 años)

“Tengo el secundario incompleto. A veces tengo ganas de retomarlo. Igual me anoté en algún curso que haya... estoy haciendo un taller de cine debate, he ido recién a una clase.” (Varón, 39 años)

A mí me quedaron tres materias. Porque yo en una época hice el CBC para economía, aprobé tres materias y lo dejé porque dije ‘no economía no, el día que me guste en serio vuelvo’. Y hace años largos que vengo con la idea de geografía.” (Varón, 35 años)

“Estoy estudiando ahora, trabajo los fines de semana, me queda tiempo en la semana. Debo materias del secundario, yo cursé hasta cuarto año, acá en el Otto Kraus, después pasé al Pueyrredón, no pude terminar. Después me pasé a Adultos 2000, rendí un par de materias y me quedan cinco o seis materias para terminar el secundario.” (Varón, 25 años)

“Estoy estudiando sistemas en la UTN hace dos años, casi dos años y medio. Últimamente no estuve haciendo muchas materias. Pero sí tuve buenas notas. Estoy en segundo año.” (Varón, 28 años)

“Hice un curso de computación, de word y excel y después, como a mí me gusta mucho la electricidad, hice un curso de electricidad, ahora estoy haciendo el segundo módulo. Tengo una beca..” (Varón, 63 años)

b. *El trabajo:* La gran mayoría ha logrado insertarse laboralmente, unos de forma precaria o esporádica y otros con trabajo estable. Para algunos ha sido más problemático aunque hay quienes han conseguido trabajos que les permiten terminar o reiniciar ciclos escolares.

“Trabajo en una fábrica textil. Adentro de la fábrica funciona un taller de costura y yo soy ayudante de mesa ahí... yo las limpio, le saco los hilitos...sino hacen unos trapitos que los hacen todos en cadena y yo los voy cortando, los acomodo... hago cosas sencillas pero gano bien. Son diez horas nomás...yo entro a las ocho y hasta las seis.” (Varón, 22 años)

“Estoy trabajando en un shopping, en atención al cliente por la tarde, trabajo desde las 5 hasta las 11. De hecho por el inglés es que yo conseguí mi trabajo actual. En el shopping el inglés ayuda bastante, hay mucho turista. (Varón, 29 años)”

“Porque cuando estaba en tratamiento todos me decían tenía que trabajar, tenía que trabajar...para mantenerme solo... y un día conseguí el diario y llamé y me dijeron bueno después te llamamos... y después fui a una entrevista y al otro día

empecé a trabajar...Trabajo acá, en el buffet del Banco. Está bueno. Hago lo que me dicen que tengo que hacer, atiendo a la gente cuando viene a pedir café, lo que quieran... hace 10 meses más o menos.” (Varón, 27 años)

“Yo estoy trabajando dos veces por semana en una cancha de tenis. Y...a veces busco, a veces no. En la semana tengo un vacío de horas; pero tuve un par de entrevistas con sindicalistas, tanto en la rama del transporte como en la rama ferroviaria. Y, digamos, que hay que esperar. No está fácil” (Varón, 35 años)

A veces, las redes tejidas a partir de la recuperación ayudaron a conseguir trabajo, mientras que otros han comenzado actividades relativamente independientes.

“Estuve un tiempo buscando trabajo, estuve unas semanas... unas cuantas semanas y no encontraba, no encontraba y hablé con un amigo de la iglesia, y él está de encargado acá...entonces me dice que le faltaba un chico, que si quería trabajar y le dije que bueno.” (Varón, 22 años).

(Trabaja de chofer y paga la cuota de un auto) *“Sí, 200 o 250 pesos por día me quedan sea libre de todo gasto... Tengo todavía doce cuotas, pasa rápido siempre y cuando siga portándose bien éste, y no se rompa. Igual siempre que hay alguna cosita se la hago hacer sino se viene abajo y después no lo levanto más. (Varón, 54 años)*

“Como me doy maña para hacer todo... pinto... hago muchas cosas, dentro de lo que es la construcción. Después también tengo gente conocida que... por ejemplo, el plomero, que me dicen ¿querés venir a trabajar? Claro... digamos que no es lo que a mí me agrada hacer, pero es una cuestión de mantenerme activo y tener unos pesitos más Y el tema del paisajismo me gusta. Antes de todo el proceso de la internación y recuperación... mucho antes, yo tengo 15 años de trabajo administrativo bajo relación de dependencia...La idea es ésa: poder entrar en algún lugar y trabajar de eso. Cuesta... entonces estoy tratando de conseguir algo efectivo, más tranquilo.” (Varón, 47 años)

“Estoy armando una mensajería de motos. Ya están los volantes...la manejo yo solo por ahora. Estoy trabajando de mozo en una parrilla de acá, del barrio, cerca de mi casa; los viernes a la noche, sábado todo el día y domingos mediodía y también por otro lado vendo perfumes.” (Varón, 43 años)

“A la vez estoy armando esto que nunca me animé, en 10 años de trabajar para otra persona, yo la tengo re clara que es mi oficio y nunca me animé...ahora estoy abriéndome y estoy tratando de hacer mi empresita, mi negocio.” (Varón, 32 años)

Tres se han insertado como operadores en la misma institución en la que se trataron. La vivencia de sentirse útil y solidario y seguir dentro de un ámbito de contención sumada a la gran valoración de esta tarea ha sido fundamentales a la hora de involucrarse.

“Estoy trabajando de operador en la fundación donde yo hice el tratamiento...Tiene dos sedes, yo trabajé en las dos ahora estoy en xxxx. Al año del tratamiento más o menos cuando empecé... y hice el curso, en el último cuatrimestre...Empecé haciendo como unas prácticas, mientras estuve en tratamiento. Yo hice el tratamiento y empecé un poquito a ver y aprender, me ofrecieron ellos, me llamaron, me dijeron si quería ayudar.” (Varón, 39 años)

“Trabajo acá, de operador. Estoy trabajando en lo que me gusta, que antes ni se me pasaba por la cabeza... estando internado yo lo pedí...Pero, obviamente, yo tenía que terminar la internación, yo no podía ser operador y estar internado. Entonces tuve que esperar y se me dio. Se me pasó muy rápido...hasta que la directora vino y me dijo: “¿querés hacer una guardia?” Yo ya estaba listo,...yo puedo entrar y salir diariamente, ahora que estoy trabajando, tengo más de 5 chicos a mi cargo. Sé que puedo atender a los chicos, puedo ser una gran ayuda...Y eso me hace sentir bien. Y más me hace sentir bien cuando viene un

chico y me dice que dejó la droga. Es decir que yo lo ayudé con las mismas palabras que me ayudaron a mí. Eso es algo maravilloso.” (Varón, 30 años)

“Yo estoy colaborando ahí. Me hizo tan bien el tratamiento y lo considero como una herramienta de sostén, el poder colaborar también para seguir.” (Varón, 49 años)

Finalmente, algunos no tenían trabajo al momento de la entrevista pero no carecían de perspectivas de conseguirlo.

“Igualmente ahora ya terminé el trabajo o sea actualmente no estoy trabajando pero la obra social cubre tres meses más después de que uno termina la relación laboral. Ahora estoy buscando trabajo, para hacer más, para pagar el tratamiento. Yo estaba trabajando en un call center. Y bueno me llamaron de dos lugares, uno que es para repositor y otro es para programador, digamos, que es lo que yo estudio, sistemas.” (Varón, 28 años)

*“Mañana empiezo en un lugar, porque estoy sin trabajar hace un mes y medio, dos meses... fue el último laburo, laburaba con mis tías... Tienen una pizzería acá... es un fondo de comercio, laburé toda la vida ahí... me fui, hice mensajería volví, estuve en otros lugares, en restaurantes, buscando lo que a mí me gustaba, cocina de ayudante... no hice ningún curso pero en los lugares a los que fui aprendí, más que yo siempre cociné en la casa para mis hermanos. La verdad que me gusta, me va bastante bien sin haber estudiado. Y bueno ahora empiezo a trabajar los fines de semanas en una pizzería. Hablé con el dueño y el me propuso directamente... me hizo una prueba, laburé dos días, y me dijo que le gustó... laburo viernes, sábado y domingo y son \$270 por semana. Dentro de todo no es tan bueno. Y si no, busco... principalmente **para no estar quieto, que es una de las cosas, también, que para una persona, con nuestro problema, quizá se complica con mucho tiempo libre para todo.**” (Varón, 25 años)*

Los que trabajan y estudian procuran organizarse para poder realizar ambos tipos de actividad pero sufren dificultades para sostener trabajos acotados que les permitan seguir estudiando y acceder luego a empleos más calificados. Representa un gran esfuerzo particularmente para las dos mujeres entrevistadas.

“Yo estoy trabajando dos o tres veces por semana, haciendo limpieza... es lo único que yo puedo hacer mientras esté estudiando... ¿Sabés cómo me está jodiendo eso de ir al colegio y seguir trabajando? Porque necesito... aunque tengo otra entrada. Yo cobro el plan ése, de la tarjeta de Ciudadanía Porteña. Con eso me arreglo, por ejemplo saco del almacén, cosas... y bueno para lo demás a veces trabajo, le pido a mi patrona un poquito más, a veces un adelanto del sueldo” (Mujer, 39 años)

“Ahora trabajo viernes sábado y domingo en Pacheco y de lunes a jueves estudio a la noche... Estoy cuidando a tres chicos y me deja la semana para ir al colegio y cuidar a mi nena” (Mujer, 26 años)

“Ahora estoy trabajando... De repositor externo, para una bodega. en un recorrido... también trabajo para las cadenas grandes, Carrefour, Cotto, Jumbo... soy un repositor externo... tomo los pedidos, repongo la mercadería... ya año y medio va a ser. Arranqué... ya terminando el tratamiento. Aparte que es un laburo perfecto para mí... me deja mucho tiempo, termino al mediodía; a las doce... por ahí, así que estoy desocupado... empecé la facultad...” (Varón, 24 años)

c. *Nuevas actividades recreativas y formativas:* La recuperación les ha permitido involucrarse en nuevos desafíos y prácticas. Usar el dinero en actividades recreativas o de formación es algo novedoso para casi todos. El que antes se usaba para consumir ahora sirve ahora para asistir a espectáculos, construir viviendas, capacitarse. Todos muestran entusiasmo y compromiso.

“Mis papás me dieron la casa, es grande encima, es para mí...es mía. Ellos saben que a partir de esto yo tengo mi plata, tengo mis responsabilidades, tengo cualquier cantidad de cosas que en mi vida había comprado teniendo plata... libros... me compré un equipo de música, un DVD, una PC, me dí el gusto de comprarme cantidad de cosas... Me dí el gusto de ir al teatro, la semana pasada...Recién ahora fui, nunca fui al teatro yo, lo re disfruté...ahora sí. Cuando estaba en el consumo no era ni de ir al cine...y esos son los valores con que llegás...gasté cien en la entrada, ni lo sentí...antes...apenas tenía 50 pesos pensaba compro 20 pesos de cocaína, un par de porros, un atado de cigarrillos y no me quedaba nada, en 5 minutos se me iba...Nunca fui, no se me ocurrió decir voy al teatro con mi novia... Era la calle y la droga, más que al bar, no salía... (Varón, 30 años)

“Licenciatura en biotecnología en la UNQUI que hay en Quilmes...Cuando empecé el tratamiento mi meta era ingresar a la facultad. Así que rendí las materias que tenía del secundario y me anoté en el curso de ingreso y fui rindiendo, así es que ahora está todo bien. Vemos tratamientos para enfermos, mejorar las vacunas, tratamientos más localizados en lo que sería la enfermedad, cáncer... eso me engancha. Me gusta investigar y... así; innovar. La verdad que me encanta.” (Varón, 24 años)

“En el tiempo libre me voy para mi casa, estoy construyendo en mi casa...mis padres tienen una casa grande. Y bueno, la estamos dividiendo, queremos que quede un patio, cocina...todo.” (Varón, 30 años)

6. E. 3. Mirando hacia el futuro: los proyectos

Su proyección en el futuro se vincula estrechamente con la consolidación de sus logros presentes. A la vez, hay una mirada a largo plazo y ansias de superación. Así, las expectativas de los más jóvenes están vinculadas al estudio, pero en todos se percibe de una u otra forma la aspiración de tener “bien constituida” su familia, su vida: ya sea teniendo su casa propia, formando una pareja, recuperando a sus hijos, etc. Los relatos se desgranar y los proyectos se mezclan:

Estudiar, terminar el secundario, la facultad es un anhelo compartido por varios de ellos.

“Ver qué pasa con esto del acompañante terapéutico que a mí me gusta...Vivo pensando pero para mejorar...me había dicho esta señora que trabaja en xxx, que fue mi compañera, que ella quiere estudiar para acompañante terapéutico.. Yo le dije que bueno, voy a tratar de ver si arreglaba, porque es solamente una vez por semana, para estudiar o dos veces por mes... Yo puedo ayudar mucho, así a nivel individual. Pero no en grupos, no sé porqué. El curso creo que sale 200 pesos, ... no los tengo. A mí me gusta porque está buenísimo.” (Mujer, 39 años)

“Todavía no terminé el secundario porque no tenía ganas...y empecé a ir a una escuela domiciliaria en la institución xxxxx, cursé dos años ahí pero ahora esos dos años no me los quieren reconocer en ninguna escuela... Porque tienen un convenio con una escuela especial para chicos con discapacidad...Me falta un año... para el año que viene ya arranco... si para el año que viene no puedo lograr que se solucione el tema ése, voy a cursarlo otra vez, no sé... pero recursar otra vez no quiero. Después quiero estudiar educación física.” (Varón, 24 años)

“Un montón de planes... Primero y principal recibirme...creo que es mi plan por ahora. Recibirme y buscando también cosas para hacer... vengo militando en un partido político” (Varón, 24 años)

“Principalmente lo que me interesa es el tema de mi carrera. O sea poder recibirme. Ir avanzando y ya especializame en lo que me vaya a gustar más, y trabajar en eso. Eso en corto y mediano plazo.” (Varón, 28 años)

“Yo quiero terminar el colegio y después quiero estudiar algo. A mí me gusta asistente social, pero me dijeron de que no porque no te deja nada. Mi profesor de

contabilidad me dice sí, vos podés tener dos o tres trabajos, es más podés trabajar en la municipalidad o donde sea. Después mi profesora de derecho también me dice lo mismo. Yo hoy estoy en una duda, entre estudiar eso y... yo cuando estaba en xxxx había una doctora que iba y que trabaja en el Muñiz, y a mí me gusta trabajar con los chicos y yo quería ser auxiliar materno infantil. Me presentó al director de la residencia de pediatría fui y ellos me propusieron una beca para estudiar no sé a dónde. La cuestión es que quedó todo en el aire porque yo había recaído. Igualmente hoy por hoy no sé... porque además soy enferma de SIDA; yo los veo enfermos de SIDA, hay muchos chicos que están huérfanos, o porque los padres están ahí, también. A mí estar con los chicos me encanta, me encanta pero sé que no voy a poder.” (Mujer, 26 años)

Tener su propio lugar, su propia casa...

“Yo quiero irme a vivir sola, tener algo mío. Pero hoy como está todo...es difícil” (Mujer, 26 años)

Hacer lo que les gusta, lo que les apasiona...

*“Hay unos cursos que se dan en el Borda, me dijeron unos amigos. Había uno de coordinación grupal en salud mental y ahora creo que va a haber uno de psicoanálisis en grupo. Los talleres son todos referentes a esto de lo grupal y la salud mental, sobre psicología y todo eso. Y yo tengo como dos partes: está la parte de herencia familiar, a lo que se dedica mi familia que es la fábrica de sillones y restauración y... como que lo llevo un poquito adentro, lo mamé de chiquito. Pero hay una parte que tengo **ganans de hacer algo solo**, de aprender algunas cosas y hacer algo de eso. Y esto que lo descubrí hace algunos años que es como una vocación y me gusta y me hace sentir bien en mi trabajo, eso del trabajar con las personas está bueno porque uno aprende y crece. Y se ve uno en los grupos y esas cosas” (Varón, 39 años)*

Progresar en la relación de pareja – trabajar por su cuenta...

“Y a un largo plazo trabajar por mi cuenta. Y seguir progresando en mi pareja, eso es lo que más me interesa, poderla disfrutar y tal vez profundizar el lazo...” (Varón, 28 años.)

Tener una pareja... Recuperar a su hija...

“Yo lo que quiero es seguir así, no tomar más, conseguir una novia y casarme. Ya que estoy solo por lo menos poder estar mis últimos años con alguien.” (Varón, 57 años)

“Y lo que más quiero ahora es recuperar a mi hija...y después... con las cosas que ya tengo, sacar ventajas de esto, está bárbaro...poder llevarla a casa, tener de nuevo a mi hija es como empezar de vuelta la vida a los 17 años, volver a disfrutarla” (Varón, 30 años)

Conseguir trabajo, seguir trabajando, mejorar laboral y económicamente, poder ayudar a la familia, irse de vacaciones

“No sé; primero conseguir trabajo y poder acomodarme económicamente. Porque estoy para atrás. Después de dos meses sin trabajar. Le debo plata a mi vieja, a mi abuela, me estuvieron prestando más o menos, y bueno ponerme al día con eso. Poder juntar plata... no sé si comprar una motito, un autito. Ayudar a mi vieja, como ella está en Lanús, los chicos van al colegio, a veces se queja de que no tiene plata para el bondí, y yo que siempre quise comprarme una moto... hoy en día no me importan tanto las cosas materiales; sino en estar bien y seguir para adelante. Pero mis planes son esos, trabajar los fines de semana, ya que no tengo para el alquiler le doy una mano mi vieja, pagar mis gastos, estudio y una vez que termine el secundario, también asentarme en algún trabajo, obviamente para

cambiar... no voy a terminar el secundario para trabajar en una pizzería. Pero sí puedo estudiar en la universidad me gustaría hacer Psicología". (Varón, 25 años)

"¿Qué proyectos tengo? Seguir trabajando, tranquilo. Ahora pienso en las vacaciones que me voy a tomar en el verano... A Brasil, mi mejor amiga es brasilera." (Varón, 24 años)

"Mi idea es tener un trabajo permanente, Sé que tengo una edad complicada para conseguir trabajo. En el ferrocarril me cansé de llevarles curriculums. Aparte, si tengo que barrer una estación; la barro, no tengo ningún problema. Digamos, el día de mañana... mamá no me va a bancar toda la vida... Y complementarlo con el estudio. El día que entre en la carrera, ahí voy a tener que tomar contacto con gente del ambiente y, por ahí conseguir una actividad relacionada con la carrera." (Varón, 35 años)

Vivir, no sobrevivir, formar una familia...

*"Crecer, crecer como persona, ser una persona de bien. Primero y principal vivir, no sobrevivir. Y tener mi familia, tener mi familia que siempre dije que no. Yo ya soy un tipo grande ahora. Puedo vivir haciendo cargadas, decía, ¿que si voy a traer hijos al mundo? ¡Mira qué desastre que soy! O renegaba de mi viejo ¿porqué traje cuatro personas al mundo si ni siquiera se podía mantener él? En eso sí tuve mucha conciencia; **ahora creo que estoy armado como para poder llevar adelante una familia.** Lo deseo de corazón, encontrar una compañera, por ahí se empieza., Tengo un emprendimiento para el año que viene. Tengo que organizarlo. Este año vino un tío mío, hermano de mi vieja, que hace 20 años que está en Canadá; y me tiró una punta: '¿querés venir a conocer? tres meses de vacaciones... pero ¿venís y trabajás conmigo y ahí vemos?' Entonces yo no quiero ir en pelotas a un lugar en donde no voy a entender nada! Sé que se habla francés e inglés... por lo menos ir con una base ahí... para entender y no estar tan perdido. Algo de inglés sacás, por la música... tengo lo básico que me dejó el secundario y la primaria. Soy el único de los cuatro (hermanos) que terminó el secundario y no salí del país. No conozco ni Uruguay. Te crece la cabeza y hay perspectivas de crecer. Y tengo la posibilidad de sacar la ciudadanía española también. Yo digo que éste es el momento de aprovechar la energía; ahora que estoy bien. No ponerme a pensar qué es lo que se me perdió. (Varón, 32 años)*

Ayudar a otros chicos con problemas...

"Sí, la terapia grupal, individual... eso sí me interesa, porque lo viví bastante y me interesaría, en cierta forma, ayudar de alguna manera a chicos con problemas Y bueno ese sería uno de mis proyectos ya a mediano o largo plazo. Lo primero poder acomodarme económicamente, poder rendir las materias y conseguir un laburito. Si puedo ir a la facultad, cursar a la noche, ya buscaré alguna, ya lo veré... pero primero necesito ciertas cosas. Pero de a poco, de acá uno o dos años, algunas de esas cosas tengo que lograr... y seguir tirando para adelante. Y mirando para atrás, para tener conciencia... De todo lo que perdí. En cierta forma no es bueno mirar para atrás, pero para mí sí" (Varón, 25 años)

¿Cómo lograron entonces sostener los cambios que tuvieron lugar a raíz del tratamiento? En general procuran evitar el contacto con ambientes consumidores. El apoyo familiar sin duda ha sido fundamental así como la recuperación de vínculos dañados sobre todo con los hijos o la construcción de nuevas redes familiares y sociales.

Pero evidentemente, la reorganización de sus vidas y la concentración de energías puestas en la concreción de proyectos que posiblemente germinaron impulsados por sus tratamientos los mantienen ocupados y productivos, alejados de las fantasías de consumo.

Todos tienen trabajo o al menos lo buscan, están estudiando o hacen ambas cosas y hasta utilizan el tiempo de ocio para incursionar en nuevas actividades. Pero además, de sus planes de mediano plazo, se desprenden anhelos de mejoramiento y ansias de superación que parecían imposibles de imaginar siquiera pocos años antes.

Capítulo 7. Reflexiones finales

A modo de recapitulación y cierre, se realiza en primer lugar una descripción de los principales hallazgos del estudio para concluir con una serie de reflexiones y posibles orientaciones futuras para encarar esta problemática.

7. A. Recapitulación de los principales hallazgos

Desde el punto de vista del **perfil de los beneficiarios al inicio del subsidio**⁴² tanto los datos disponibles como las fuentes consultadas en las instituciones, confirman el perfil sociodemográfico hacia el cual está orientado.

En efecto, comparando la población bajo estudio con los pacientes en centros de tratamiento captados en el Registro Continuo entre enero de 2006 y julio de 2007, se observa un perfil demográfico similar –población joven, mayormente solteros, con fuerte predominio masculino- aunque más vulnerable desde el punto de vista socioeconómico, reflejado en un menor nivel educativo, una situación laboral muy precaria, condiciones habitacionales problemáticas en un porcentaje relevante de casos.

Para completar el cuadro de vulnerabilidad de esta población, cabe destacar algunos aspectos problemáticos de su entorno familiar y social. Casi la mitad de los beneficiarios proviene de familias monoparentales. Un tercio tiene alguna causa judicial y una proporción similar presenta antecedentes familiares cercanos de consumo, sobre todo de alcohol, y reporta con cierta frecuencia la existencia de situaciones de abandono y fallecimientos entre otras asociadas al consumo. Ello sería consistente con la asociación comprobada en la población en general de las tasas de consumo de sustancias con la tenencia de amigos o familiares que consumen alcohol o drogas ilícitas por un lado y por el otro con la existencia de experiencias traumáticas. (OAD – SEDRONAR. 2007)

Esta situación se refuerza en las apreciaciones del personal de las instituciones visitadas. La problemática social y sus factores asociados potencian la problemática adictiva, con las consiguientes dificultades para el tratamiento y la rehabilitación. En comparación con el grupo de pacientes que no reciben subsidio de la SEDRONAR, son calificados como “pacientes complejos”.

Se verifica una clara tendencia a iniciar el consumo a edades muy tempranas, más entre varones que entre mujeres y sobre todo entre quienes tienen menor nivel educativo. Si se excluye el tabaco, la marihuana es la principal droga de inicio sobre todo entre los más jóvenes mientras que predomina el alcohol entre los mayores de 40 años. Finalmente no puede dejar de observarse que la pasta base, aunque poco difundida como droga de inicio, aparece con frecuencia significativa entre los más jóvenes, situación casi inexistente entre quienes tienen más de 30 años.

Las cinco sustancias con mayor prevalencia en el año anterior al inicio del tratamiento fueron alcohol, marihuana, cocaína y pasta base; y por último pastillas tranquilizantes. La totalidad de los pacientes del AMBA consumió al menos una de las primeras cuatro. No aparecen diferencias importantes según género pero los patrones de consumo varían según la edad de los beneficiarios: marihuana y pasta base entre los más jóvenes, cocaína entre los 30 y los 40 años y el alcohol entre los mayores, reproduciendo además el perfil encontrado en relación con la droga de inicio.

⁴² Se retoman aquí algunas de las conclusiones ya desarrolladas en la línea de base de la Evaluación de tratamientos y se completan con los resultados del estudio actual.

La situación se agudiza si se considera que el consumo promedio en el último año ha sido de 3 tipos de drogas, que más de la mitad consumió diariamente al menos una de estas cuatro sustancias, que éste consumo incluso se eleva a más del 70% en el caso de la pasta base y que el policonsumo constituye una práctica difundida en la mayoría de la población analizada.

La mitad de los pacientes monoconsumidores son alcohólicos. La combinación con mayor presencia entre las personas que consumieron dos sustancias durante el año previo al inicio del tratamiento es el alcohol y la cocaína, y en segundo lugar, la marihuana y la pasta base. Sobre estas, se conforman gradualmente las combinaciones más frecuentes: alcohol, cocaína, marihuana; marihuana y pasta base con alcohol o con cocaína.

Una aproximación a los datos a través de técnicas estadísticas específicas permitió avanzar en la caracterización de la cohorte de beneficiarios e identificar relaciones entre algunos aspectos de su perfil sociodemográfico y de consumo, en particular una concentración de varones solteros más jóvenes consumidores de pasta base y marihuana frente a una tendencia de los varones en pareja y mujeres de ser monoconsumidores de alcohol.

Finalmente, se ha encontrado cierta asociación entre el perfil de consumo y las decisiones sobre la modalidad de tratamiento a la que son derivados inicialmente que sugiere que el tipo de sustancia consumida es considerada en mayor medida que los atributos sociodemográficos para la determinación de esta modalidad.

En relación con **el diseño de los tratamientos**, se ha visto que la casi totalidad de los pacientes subsidiados (95%) son atendidos en comunidades terapéuticas de tipo B o C y en hospitales de día. Cualquiera sea la modalidad de tratamiento o el tipo de institución en que se brinda, los propósitos y objetivos perseguidos son similares. En primer lugar la abstinencia o abandono total del consumo como condición para poder encarar y alcanzar el segundo objetivo, a saber una toma de conciencia de la enfermedad para poder de allí revisar valores y conductas, reaprender normas de convivencia, cambiar actitudes y hábitos y hacer un mejor ejercicio de la libertad. Finalmente, y como objetivo último la “reinserción” familiar y social para lo cual se insiste en la necesidad de lograr modificaciones en los vínculos familiares y promover la elaboración de un proyecto de vida.

Estos objetivos, generalmente planteados en forma de procesos acumulativos, se enmarcan dentro de una concepción de la adicción como enfermedad “crónica” y síntoma de otras problemáticas individuales y sociales. El tratamiento aparece entonces como una etapa en la búsqueda de un vínculo diferente con la droga. Si bien no hay un tiempo predeterminado de tratamiento, existe cierto consenso en torno a la necesidad de aproximadamente dos años para alcanzar estos objetivos.

En relación con el subsidio otorgado a los pacientes se pudo constatar que es suficiente en términos de su monto pero no alcanza para completar todas las fases de un tratamiento. Los profesionales consultados consideraron que con el tiempo subsidiado sólo se logra compensar al paciente y avanzar en la comprensión de las motivaciones que desembocaron en una relación problemática con el consumo de sustancias. Pareciera haber consenso en relación con la imposibilidad de lograr en ese tiempo una reinserción social y afectiva duradera.

Desde las instituciones se arbitran una serie de opciones para dar continuidad a los tratamientos una vez agotadas las posibilidades de prórrogas. Algunas se hacen cargo con fondos propios o pidiendo pequeñas contribuciones, otras los derivan al sistema

público, en particular en la provincia de Buenos Aires, finalmente algunas los incentivan a inscribirse como monotributistas (cuando consiguen algún ingreso) lo que les permite acceder a una Obra Social y en consecuencia a continuar su tratamiento.

Los programas de tratamiento involucran la combinación de una variedad de estrategias reflejadas en el abanico de servicios y prestaciones ofrecidos: terapia individual, terapia grupal, familiar, vincular, actividades recreativas, deportivas, culturales, etc. Algunos incluyen también servicios de capacitación laboral y actividades escolares.

Las estrategias de intervención suelen combinar elementos educativos y terapéuticos. Los primeros apuntan al aprendizaje de reglas de convivencia y los segundos a la creación de espacios de reflexión personal y/o grupal para la revisión de la historia de vida y de los vínculos y la toma de conciencia de las “causas” de la adicción.

Estos programas cuentan generalmente con un “modelo” básico del proceso de tratamiento que se va adaptando a las características de cada paciente. Se organizan en etapas de denominación y duración variable pero que siguen una lógica similar desde una fase de admisión hasta la de reinserción social y se ajustan a los objetivos de los tratamientos. Esta estructuración por etapas y/o fases no es privativa de la modalidad residencial. Los programas de los hospitales de día también se organizan por etapas que en general implican distinta cantidad de horas e intensidad de asistencia a la comunidad.

Sea bajo modalidad residencial o ambulatoria, la mayoría de las instituciones se orientan según principios generales que no son privativos de algún enfoque en particular, combinan elementos similares y se diferencian sobre todo en los abordajes psicoterapéuticos privilegiados. En algunos casos se trata de un abordaje más conductual y/o cognitivo, en otros más psicoanalítico. Otra diferencia se refiere a la relevancia del uso de técnicas de índole grupal en relación con la psicoterapia individual, visualizada como una herramienta para etapas posteriores del tratamiento. Es sobre todo en los hospitales de día donde más se rescata la importancia de los enfoques grupales y vinculares por la relevancia asignada al contexto familiar y social cuya existencia suele constituir una de las condiciones para posibilitar una modalidad ambulatoria de tratamiento.

En cambio, es similar la postura frente al rol de la farmacoterapia como componente complementario y cuyo uso se trata de limitar en la medida de lo posible en el marco de la concepción ya señalada de la adicción como síntoma.

Por otra parte, no existe desde la opinión del personal entrevistado una contraposición entre modalidad residencial y ambulatoria sino más bien la visión de que constituyen alternativas que dependen de las necesidades y características de cada paciente.

Se reconocen algunas limitaciones de la modalidad residencial, sobre todo en relación con el tránsito hacia la reinserción social, por la artificialidad de las condiciones de la vida intra comunitaria y los riesgos de dependencia institucional que acarrea. En cuanto a la modalidad ambulatoria, se admite que no es adecuada para todos. Pero se destacan como positivas precisamente la posibilidad de superar la desconexión de la realidad que implica la internación, y la oferta de una alternativa menos “costosa” para la sociedad y para los pacientes. El aspecto débil de esta modalidad es precisamente lo que sí ofrece la internación: una ruptura radical con el entorno de consumo y una inmediata estructuración de la vida cotidiana.

Cualquiera sea la modalidad ofrecida, se trata de centros especializados en el tratamiento de adicciones que cuentan generalmente con equipos de psicólogos, médicos y operadores terapéuticos donde el trabajo multidisciplinario tiene una relevancia considerable.

Finalmente se ha podido comprobar a través de las visitas en terreno que las instituciones cumplen con las normas y requisitos que les son solicitados desde la SEDRONAR para formar parte del padrón de prestadoras. Pero puede señalarse que una de las debilidades de los servicios ofrecidos radica en el de reinserción social: si bien en la mayoría de los casos se trabaja como última etapa del tratamiento, no constituye un programa en sí mismo. Consiste en un apoyo y acompañamiento de los pacientes en esa etapa complementado a veces por una capacitación laboral y/o educativa y una vinculación con el medio sociofamiliar.

La eficacia de los tratamientos ha sido el objetivo y núcleo central de la investigación. En el contexto de un abordaje conceptual que considera la adicción como una enfermedad crónica con posibilidad de rehabilitación, el tiempo efectivo de tratamiento – incluso en los casos en que estos hayan sido interrumpidos antes del plazo previsto – constituye un indicador relevante para el análisis de su eficacia. De este modo, la finalización de un tratamiento subsidiado por la SEDRONAR se torna significativa en dos sentidos. Ante todo expresa que la persona estableció una relación por alrededor de un año con una institución encargada de proveerle una serie de recursos orientados a construir o reconstruir un entorno dañado por el consumo abusivo de sustancias psicoactivas. En este sentido el tiempo de permanencia es ante todo el tiempo que el paciente estuvo expuesto a estímulos que se consideran provechosos para su recuperación y en consecuencia permite identificar oportunidades diferenciales de incorporarlos. En segundo lugar, implica que el paciente logró completar el tiempo de tratamiento que la normativa considera necesario para su rehabilitación.

Transcurridos dieciséis meses de otorgado el subsidio, es esperable que todos los pacientes hayan agotado la totalidad de la prestación. Sin embargo, de la información analizada a nivel de la cohorte de *pacientes derivados a instituciones del AMBA entre junio 2006 y enero 2008* se desprende que el panorama se distancia considerablemente del ideal. Sólo tres de cada diez lograron el alta del sistema de subsidios, la inmensa mayoría por agotamiento de la prestación. Esta aclaración es de suma importancia, dado que si bien es alentador que los pacientes completen un año de rehabilitación, la insignificante proporción de tratamientos efectivamente finalizados está dando cuenta de un desajuste entre el tiempo de asistencia subsidiado y el tiempo necesario para el cumplimiento de los objetivos propuestos en el diseño inicial del tratamiento.

Asimismo se destaca que más de un cuarto de los pacientes que lograron agotar la prestación pasado un año y cuatro meses de otorgado el subsidio recibieron prórrogas para ello. A la vez, también un cuarto interrumpieron su tratamiento en al menos una oportunidad antes de culminarlo.

Más allá del panorama general es importante destacar que si bien todas las personas ingresan a las instituciones de asistencia con las mismas oportunidades de transitar y finalizar el tratamiento, en la práctica se registraron tasas de culminación, prórrogas e interrupción más elevadas en algunos grupos específicos de pacientes.

Las personas para las cuales se registró una mayor probabilidad de culminar su tratamiento, con brechas respecto al conjunto de pacientes que en algunos casos arañan los 30 puntos porcentuales, fueron aquellas que durante el año previo declaran

haber consumido alcohol -muy probablemente en forma abusiva- solo, con cocaína o marihuana. En el otro extremo se ubican quienes durante al año anterior al inicio del tratamiento habían consumido pasta base, combinada con marihuana y/o alcohol, o las mujeres; quienes claramente son los dos grupos de pacientes analizados con mayores dificultades para finalizar un tratamiento de estas características. Asimismo, los beneficiarios con mayor nivel de instrucción tienen más probabilidades de terminar su tratamiento que aquellos con menor instrucción, y los pacientes de más edad respecto a los más jóvenes. Las personas que se iniciaron en el consumo de sustancias siendo más grandes también registran tasas de tratamientos completos más elevadas que las que se iniciaron en el consumo más tempranamente.

Por otro lado, cerca de siete de cada diez pacientes interrumpe su tratamiento y no retoma en el período analizado. El tiempo de permanencia promedio hasta el abandono es de alrededor de 4 meses. La mitad de los abandonos se produce en el primer trimestre y otro pico se presenta entre los 7 y 8 meses de tratamiento. Este aspecto coincide con la apreciación que los directores y profesionales de los centros de asistencia quienes indican a este período como momentos críticos del tratamiento.

Se aprecian las mismas diferencias, en sentido inverso, en las tasas de interrupción que en las de culminación: No obstante, se ha comprobado distinto comportamiento en algunas categorías de pacientes respecto del momento del abandono. En efecto, las tasas de deserción en el primer trimestre son más elevadas en la modalidad de internación que en la modalidad ambulatoria. Asimismo, la probabilidad de abandono temprano disminuye a medida que aumenta la cantidad de tratamientos previos, como así también con el aumento de la edad de inicio en el consumo de sustancias. A la vez, los más jóvenes y los de menor nivel de instrucción tienden a abandonar antes.

Asimismo, al profundizar en el análisis de la duración de las trayectorias de tratamiento se logró aportar elementos para sugerir que el género y el tipo y frecuencia de sustancia consumida no sólo se vinculan fuertemente con la probabilidad de terminar el tratamiento o realizar trayectorias prolongadas sino que también, al articularse con otros aspectos relevantes, configuran nuevas modalidades – en algunos casos opuestas - de transitar los tratamientos.

Efectivamente, entre los varones el consumo frecuente de alcohol se vincula con trayectorias más extensas, en tanto, la misma sustancia entre las mujeres se asocia a tratamientos más breves. La proporción de pacientes que logran alcanzar los ocho meses de tratamiento es menor entre los varones más jóvenes que entre los de más edad, en tanto entre las mujeres se observa que las trayectorias prolongadas son más frecuentes en el grupo de edad de 18 a 24 años. Asimismo, entre los varones no se halló una vinculación fuerte entre la modalidad de atención –ambulatoria y residencial – con la probabilidad de permanencia bajo tratamiento, mientras que entre las mujeres la brecha se extiende a más de diez puntos porcentuales, en perjuicio de los tratamientos ambulatorios.

Además al dimensionar cuantitativamente la probabilidad diferencial de terminar el tratamiento o realizar trayectorias extensas, se logró demostrar que los pacientes varones presentan el doble de probabilidad de culminar sus tratamientos en comparación con las mujeres. Esta relación se reproduce entre los consumidores frecuentes de alcohol (que no consumen pasta base ni cocaína) respecto de los consumidores frecuentes de otra sustancia combinada o no con el alcohol. De allí que se pueda afirmar que el consumo de alcohol y el género de los pacientes constituyen los indicadores más precisos de los disponibles en la fuente utilizada para este estudio.

Por último, la articulación de los datos sugiere la existencia de una vinculación entre el perfil sociodemográfico y el perfil de consumo de los pacientes que demandan asistencia, considerados por separado y en simultáneo, y los resultados de los tratamientos, medidos a través de indicadores de permanencia y condición de egreso.

También hay indicios para sospechar que el tipo y frecuencia de sustancias consumidas constituyen el emergente de una historia de vida compleja e inabordable a través de la información disponible, dado que permiten aún con mayor precisión que los atributos sociodemográficos –con excepción del género- estimar a grandes rasgos la permanencia bajo tratamiento.

La encuesta realizada a *pacientes en el tramo final de su tratamiento* permitió conocer la caracterización y valoración general que este grupo de pacientes realiza de su rehabilitación, y en particular de algunos recursos y habilidades incorporados durante el proceso. A la vez, a través de este instrumento fue posible darle mayor precisión y sumar información al perfil de este grupo específico de beneficiarios.

El comienzo de un tratamiento que será completado constituye en la mayoría de los casos uno de varios intentos de recuperación. En este sentido se destaca que siete de cada diez pacientes que se encontraban en la etapa final de su tratamiento habían transitado previamente por algún tipo de dispositivo asistencial con el fin de rehabilitarse por el consumo abusivo de sustancias. Los mismos pacientes rescatan la utilidad de los tratamientos previos para dejar o moderar el consumo pero sobre todo para cierta toma de conciencia respecto de su situación. Consideran que sus motivos para abandonar estaban relacionados con ciertas características del tratamiento y con una falta de motivación para transitarlo. Contrariamente a lo que plantea el personal, no parece haber atribución de responsabilidad al entorno familiar.

Esto se refuerza con la opinión de los equipos tratantes quienes consideran que una recuperación exitosa incluye en la mayoría de los casos varios intentos previos –no necesariamente fallidos o interrumpidos-. Además el abandono mismo es concebido como una interrupción del tratamiento que no representa un fracaso sino parte de un proceso acumulativo que suele dejar huellas, experiencias y aprendizajes útiles para una futura decisión de retomarlo. Sin embargo, en los centros de tratamiento visitados, no suelen llevarse estadísticas sobre la proporción y perfil de pacientes que abandonan, y salvo contactos informales, no se efectúa un seguimiento sistemático de quienes interrumpen su tratamiento. Aún así, los equipos entrevistados señalan que los principales motivos de interrupción o abandono son la falta de motivación para ingresar y sostener el tratamiento, la ausencia de apoyo familiar o la inexistencia de red vincular así como ciertas características de personalidad vinculadas a la escasa capacidad de reflexionar y simbolizar. Otro grupo de causas aluden a las características del tratamiento en sí tales como dificultades de adaptación a la institución, inadecuada selección del tipo de tratamiento, cansancio a raíz de reiteradas experiencias; en suma, factores que contribuyen a una mala adherencia al tratamiento.

Como contraparte, tanto la literatura consultada como las opiniones de los equipos tratantes surgidas a partir de su experiencia cotidiana indican algunos factores estrechamente asociados con las trayectorias “exitosas”: la intensidad de la motivación inicial del paciente para solicitar ayuda y de su deseo de cambio, algunas características de personalidad vinculadas con la perseverancia, la capacidad de escuchar, la autocrítica y fundamentalmente una red afectiva capaz de sostener al paciente al inicio y durante el proceso de rehabilitación, a la vez que la capacidad del equipo profesional y de asistencia para promover una buena adherencia al tratamiento y a la institución.

Este panorama se refuerza con los resultados de la encuesta aplicada a pacientes en la última etapa de su tratamiento, quienes en la inmensa mayoría de los casos declararon haberlo iniciado en forma voluntaria, haber contado con un fuerte apoyo familiar y de sus parejas en el caso de tenerlas, para iniciar y continuar su recuperación. Pasta base, cocaína y alcohol fueron mencionadas como aquellas sustancias que, con mayor frecuencia, motivaron la demanda del tratamiento.

Asimismo, al hacer foco en la relación de los pacientes con el centro de tratamiento, de la información analizada en conjunto se desprende una muy buena valoración tanto de la capacidad del equipo profesional y asistencial, como del tratamiento en sí. En este sentido, la gran mayoría de los pacientes considera que el tratamiento que está realizando es excelente o muy bueno, a la vez que suficiente para abordar su adicción; casi la totalidad contó con quien hablar y compartir su proceso de rehabilitación, fundamentalmente con el equipo de profesionales de la institución y sus compañeros. Seis de cada diez pacientes no cambiarían ningún aspecto del tratamiento que realizaron, y en el caso de proponer cambios estos se orientaron fuertemente a la ampliación de la oferta de servicios institucionales.

En relación con los cambios percibidos, se destaca que la gran mayoría de los pacientes considera que el tratamiento le permitió mejorar su situación emocional y física y su relación con la familia así como aumentar su autovaloración personal. A la vez, una gran proporción siente que cuenta con apoyo familiar y profesional para solicitar ayuda en el caso de necesitarla, y nueve de cada diez quiere continuar vinculado con la institución luego de finalizar su tratamiento.

Las expectativas respecto al futuro inmediato están claramente orientadas a la reinserción social. La gran mayoría de los pacientes sueña con conseguir un trabajo, e iniciar o completar los estudios interrumpidos.

La finalización del tratamiento conlleva ante todo el desafío de construir y reestablecer vínculos con el entorno socio afectivo que pone a prueba todos y cada uno de los recursos incorporados durante el tratamiento. De este modo, el ajuste de expectativas del paciente respecto a su futuro y la percepción de cambios transformadores que habiliten un nuevo modo de habitar y relacionarse con el mundo extra muros son factores que sugieren una mayor o menor vulnerabilidad para enfrentar la nueva etapa. En este sentido se destaca que la opinión del equipo tratante es que el 65% de los pacientes encuestados serán capaces de sostener los logros alcanzados durante el tratamiento. Los obstáculos más importantes para sostenerlos son la falta de apoyo familiar, algunos rasgos específicos de personalidad y el contexto social.

Finalmente los testimonios recogidos a partir de las entrevistas a *ex pacientes un año después*, confirman y profundizan muchas de las conclusiones anteriores.

Retomando los factores que contribuyen al “éxito” de un tratamiento, aquí se destacan especialmente dos. En primer lugar, el compromiso individual con el enorme desafío de transformar sus vidas de cara a alcanzar niveles crecientes de salud física y psíquica; y en segundo lugar, la posibilidad de resignificar los vínculos familiares con el fin de reconstruir una red afectiva que contenga y acompañe el proceso de tratamiento.

En efecto, surge con claridad que el éxito del tratamiento se sostiene fundamentalmente sobre el compromiso de los pacientes para transformar su situación de consumo. Esta exigencia adquiere tal relevancia que incluso es la que habilita o imposibilita la relación del paciente con la institución. De los relatos presentados se desprende que “la disposición a cambiar” es un requisito insoslayable sobre el cual

vehiculizar el tratamiento. Si esta “voluntad de cambio” no se manifiesta, arrastra consigo los hitos previos, incluso uno de los más relevantes: el pasaje desde el contexto efectivo de consumo (la calle, la junta, o cualquier otro) al contexto institucional.

Para que se manifieste esta voluntad, parece ser necesario “tocar fondo”. Tocar fondo no necesariamente tiene que ver con consumir mucho aunque en la mayoría de los casos lo incluye. A pesar del consumo intenso, se puede continuar la vida sin mayores inconvenientes, al menos perceptibles para ellos, por un periodo de tiempo que será más o menos prolongado según la persona (basta analizar la cantidad de recaídas relatadas en muchos testimonios) pero, hasta que no “sucumben” verdaderamente, parece que no hacen “el *clic*” necesario para la recuperación. El “*clic*” aparece como un hito bisagra en el proceso de recuperación, un *insight* que se encuentra en algún momento, con frecuencia una vez comenzado el tratamiento, y que es propio de cada individuo.

La familia es el segundo protagonista de la configuración de factores que facilitan la recuperación, pese a que en muchos casos es vivida como la fuente de los conflictos que los llevaron al consumo.

Por una parte, como se ha visto en varias oportunidades, la mayoría proviene de familias conflictivas, divididas, y con otros miembros en situación o con antecedentes de consumo. También manifiestan serios problemas de vínculos particularmente entre padres e hijos, sea por abandono, por falta de contención y límites.

Sin embargo, en los casos considerados, la familia se convierte en una suerte de garante del tratamiento. Es algún miembro de la familia, a menudo el padre o la madre, el que, por pedido de la persona, por presión o a la fuerza los llevan a iniciarlo. Con frecuencia acompañan y lo alientan durante el proceso y se involucran en los grupos que, para familiares, suelen ofrecer entre sus prestaciones la mayoría de las instituciones.

Además, como parte de su proceso de reinserción, suelen reconstruir su familia, en particular sus vínculos con sus hijos, iniciar nuevos vínculos de pareja o bien modificar y hasta romper sus relaciones con las figuras paternas. Ello aparece como un estímulo fundamental para el sostenimiento duradero de los cambios personales en relación con el consumo.

Merece una mención especial el vínculo con los hijos: el hecho de haberse vivido como “víctimas” de sus padres los lleva en el proceso de rehabilitación a tomar conciencia de su propio rol como victimarios de sus hijos, cuando los tienen. Y esta toma de conciencia tiene fuerte influencia en el deseo de transformación.

No obstante, estos dos elementos parecen ser las condiciones necesarias aunque no suficientes.

Existen otros factores que coadyuvan a la recuperación vinculados con la dimensión institucional. En primer lugar, la capacidad y profesionalismo del equipo de admisión y asistencia a las necesidades específicas de los pacientes, que se traduce en la sensibilidad para ajustar las intervenciones durante las etapas sucesivas de tratamiento. Por otra parte, la calidad de las prestaciones (terapias grupales, individuales, etc.) y la relación con los compañeros constituyen aspectos destacados por los pacientes que han logrado culminar sus tratamientos y sostener los cambios.

La modalidad de tratamiento juega un rol importante aunque relativo a las características de cada persona: para algunos la internación no funciona y para otros lo mismo sucede con los tratamientos ambulatorios, sobre todo cuando no tienen o no conservan sus relaciones vinculares, educativas, laborales y/o sociales y ello se vislumbra a través de la historia de tratamientos del conjunto de los entrevistados. De allí que el proceso de diagnóstico inicial y derivación se convierta en una de las claves de su éxito posterior: evaluar correctamente a la persona y su entorno familiar, analizar qué tipo de tratamiento es el que necesita y le conviene recibir. Una inadecuada decisión al respecto puede ser una de las causas de abandono.

Si se puede concluir que no hay una modalidad más eficaz que otra (en términos de residencial o ambulatorio), la calidad de la derivación del CEDECOR es fundamental para ayudar al paciente a transitar por aquella más adecuada a su necesidad. Este aspecto ha sido reiteradamente ponderado por los entrevistados.

Por otra parte, la etapa de reinserción y las dificultades que presenta constituyen un fuerte desafío para consolidar los resultados positivos alcanzados y ponen a prueba los recursos incorporados durante el tratamiento. Así, para muchos es importante continuar con algún tipo de apoyo, aún cuando hayan finalizado su tratamiento hace más de dos años. Pero es indudable que en este grupo de personas se han reflejado positivamente en la construcción y reconstrucción de sus vínculos afectivos.

Se destacan también las condiciones desiguales de género, las dos mujeres entrevistadas son de bajo nivel social y cultural, pasaron por situaciones extremas “de calle”, tuvieron hijos, una se contagió HIV, la motivación inicial para tratarse fueron los hijos y ambas, en la vida actual comparten dificultades (ambas trabajan en tareas de limpieza, estudian y cuidan a sus hijos) y un deseo por mejorar que las empuja a seguir. En este sentido, se corrobora lo ya visto desde una perspectiva cuantitativa: las mujeres que logran superar las primeras etapas del tratamiento tienden a finalizarlo y evidentemente a sostener los logros más allá de las dificultades enfrentadas.

Por otra parte, el tiempo de la última etapa dentro del proceso de tratamiento ha dado sus frutos en términos de ir armando redes para insertarse laboralmente e incorporar a la vida diaria herramientas de los tratamientos que les permitieron rearmar su proyecto de vida. Así, todos los que consiguieron sostener los logros han podido iniciar alguna actividad “productiva” que les permita proyectar un futuro, estudiando, trabajando o ambos. .

Trabajar o retomar los estudios constituyen algunas de las expresiones más claras del éxito de tratamiento en tanto se instauran como el aspecto visible de un proceso de transformación interna a través del cual progresivamente se realiza la reconstrucción de los lazos con la sociedad. De este modo, y en contraste con el contexto de consumo que se desprende del relato de los entrevistados, la dinámica cotidiana organizada a partir del estudio y fundamentalmente de las actividades laborales, “mantienen la mente ocupada” y se instauran como fuentes indiscutibles de dignidad y sentido, a través de las cuales, paulatinamente, desdibujan las marcas del “consumidor de drogas” o “paciente en rehabilitación” para lograr establecer un diálogo de igual a igual con el conjunto de la sociedad.

7. B. Algunas orientaciones para el futuro

Las conclusiones señaladas anteriormente indican un adecuado funcionamiento institucional para la asignación de los subsidios, el otorgamiento de prórrogas a grupos de pacientes más vulnerables (jóvenes, mujeres, etc.). No obstante, algunos aspectos merecen ser reforzados para mejorar la eficacia y eficiencia institucional.

En este sentido se recomienda el aprovechamiento del potencial que, en términos de seguimiento de los pacientes y monitoreo de los tratamientos, ofrecen los datos suministrados por los centros de asistencia. Esta información se encuentra sistematizada y correctamente archivada en los legajos que administra el área de subsidios.

Como contrapartida, sería importante que las instituciones sistematicen sus propios datos de modo de contar con estadísticas de retención y deserción así como para apreciar las tendencias de su accionar. Ello implica promover en las instituciones con convenio la existencia y el uso de registros sistemáticos, en lo posible digitalizados, que apunten a este objetivo a la vez que la elaboración de reportes periódicos de información en base a dichos registros.

Además sería conveniente extender la asistencia de los pacientes que agotan su tiempo de subsidio con una etapa de reinserción social de al menos 6 meses. Ello puede llevarse a cabo por un lado ampliando la cobertura del Programa SER, y por otra parte, subsidiando esta etapa en un grupo de instituciones tratantes con capacidad adecuada.

En relación con la eficacia de los tratamientos, la baja tasa de culminación no es muy diferente a las que se computan en otros países. Las tasas de abandono son similares a las que se han verificado en otros estudios internacionales.⁴³ De todos modos, la información fue elaborada a partir de la sistematización de un conjunto de datos extraídos de los legajos de una cohorte de pacientes subsidiados por la SEDRONAR. En este sentido, dado el carácter inespecífico e incompleto de la fuente primaria, las hipótesis que se desprenden del análisis de esta información, requieren una indagación exhaustiva a través de metodologías diseñadas concretamente para su testeo.

Los pacientes que logran permanecer expresan conformidad con el tratamiento y cambios en sus hábitos, en su situación emocional y física y en la relación con su familia. Sin embargo, las dificultades parecen encontrarse y en el tránsito por la etapa de reinserción social y en el sostenimiento duradero de los cambios. Entre quienes lo han logrado, si bien el apoyo del entorno familiar ha sido importante, indudablemente trabajar y/o estudiar han sido claves para asentar el proceso de transformación iniciado en momentos anteriores. La posibilidad de contar con espacios que les permitieron una integración efectiva una vez terminado el tratamiento ha sido fundamental.

Ello sugiere la necesidad de pensar y desarrollar estrategias que enfatizan el desarrollo de habilidades y capacidades para la reinserción social del individuo como parte del mismo programa de rehabilitación. En este sentido se trata de fortalecer alternativas de reinserción con trabajo en red y con la comunidad, identificación de actores sociales locales que puedan generar oportunidades laborales, creación de bolsas de trabajo y otros así como intercambios de información y de actividades entre los mismos centros de tratamiento.

Por otra parte, las tendencias actuales en cuanto a modificaciones en el tipo de sustancias consumidas, en particular la prevalencia cada vez mayor del consumo de pasta base/paco plantean nuevos desafíos para los dispositivos existentes. Considerando los diferenciales en las tasas de tratamientos completos, se puede suponer que estos tratamientos son más efectivos para pacientes alcohólicos o

⁴³ Naciones Unidas, 2003

consumidores de cocaína que para consumidores de pasta base. A pesar de las dificultades encontradas en el tratamiento de los consumidores de esta sustancia, se observó cierta homogeneidad en los programas de atención. Sin plantear la necesidad de una estrategia específica para cada tipo de sustancia consumida, sería importante empezar a debatir algunas técnicas susceptibles de abordar con mayor eficacia a este universo de personas.

Finalmente si los tratamientos se basan y apuntan a la transformación del sujeto, un dispositivo exitoso es aquel que logra incidir sobre la capacidad de las personas para transformarse. Si esto no sucede, los pacientes tienden a responsabilizarse por esta incapacidad, pero desde la perspectiva de la evaluación de los tratamientos es importante considerar si ello no corresponde también a un dispositivo de atención inadecuado para el paciente. En ese sentido, debe haber aspectos del tratamiento que contribuyen para que se produzca el *insight*, ese momento particular del proceso personal en que se concretan su voluntad y compromiso de cambio. Es decir, si bien los pacientes no lo vinculan al tratamiento, seguramente algún vínculo debe existir y ello plantea nuevos interrogantes para indagaciones futuras.

Por otra parte, también queda planteado el interrogante de por qué algunos no logran modificar sus conductas pese a culminar su tratamiento. Surge algún indicio de un caso aislado que en realidad, por “falta de voluntad”, nunca dejó de consumir, ni siquiera concurriendo a la institución. Pese a esta autoatribución de responsabilidad, cabe preguntarse en qué medida hubo un vínculo frustrado con los equipos que lo atendieron. Quizás, como tantos otros, lo logrará en un tratamiento futuro. Sin embargo la escasa cantidad de ex pacientes captados aún consumidores no permite responder a este interrogante y un desafío futuro, sin duda complejo, es el de analizar esta cuestión más profundamente.

Este conjunto de afirmaciones e interrogantes ofrece la posibilidad de reflexionar acerca del grado de ajuste entre la demanda de tratamientos y la oferta efectiva de la SEDRONAR.

La capacidad potencial de intervenir –y transformar- el vínculo destructivo de los sujetos con la sustancia está puesto, en principio, sobre la institución de tratamiento, y por extensión sobre la SEDRONAR. Desde el momento preciso en que la persona se transforma en paciente –esto es, el momento en que la persona solicita atención al Estado para afrontar su relación compulsiva con las drogas- es éste el que se ofrece para dar respuesta a través de los dispositivos diseñados para tal fin. En este sentido, el éxito y fracaso de los tratamientos puede ser leído como la capacidad de aprovechar o no la oportunidad de intervenir sobre una problemática social, en el marco de la capacidad del Estado para ajustar su oferta de servicios a la demanda efectiva.

Del análisis de la información se desprende que los pacientes que demandan atención responden en forma diferencial a los tratamientos que ofrecen las instituciones de asistencia subsidiadas por la SEDRONAR. Desde esta perspectiva, es oportuno preguntarse en qué medida la permanencia diferencial bajo tratamiento refleja la dificultad de los programas actuales de asistencia para afrontar la complejidad de ciertos perfiles de pacientes, en el modo de consumir –como ya se mencionó, pasta base en contraste con el alcohol entre los varones- y sobretodo en su condición de género, esto es las mujeres y en contraste con los varones, especialmente las mujeres que consumen frecuentemente alcohol. De hecho, hay estudios que demuestran la presencia de un número de barreras significativas que evitan su participación y retención en los programas de tratamiento y también existen enfoques diseñados especialmente para ajustarse a las necesidades de las mujeres aunque sin datos

conclusivos sobre su eficacia (Velázquez M. y Stotts A., 2003; Naciones Unidas, 2005).

El debate actual acerca de la posibilidad real de recuperación de pacientes drogodependientes es profuso y complejo; a la vez que las limitaciones de este estudio impiden sumar más aportes sustantivos. Sin embargo, a las hipótesis surgidas a partir de la aproximación cuantitativa y a las que se desprenden de los abordajes cualitativos, subyace la convicción de que es posible mejorar los programas de asistencia y de este modo, dar una respuesta más precisa a quienes solicitan y necesitan la ayuda del Estado.

BIBLIOGRAFÍA

CONACE: *Seguimiento de una cohorte de beneficiarios para la evaluación de impacto de los planes de atención de las instituciones en convenio con CONACE – FONASA- A un año de seguimiento*, Santiago de Chile, 2006

EIB-Evaluation Instruments Bank: *Treatment instruments*, s/f <http://eib.emcdda.europa.eu> [consulta: 24 de noviembre de 2008]

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION: *Programme 2: Monitoring of responses Classifications of drug treatment and social reintegration and their availability in EU Member States plus Norway*, Nueva York, 2002

French, M.T: *Drug Abuse Treatment Cost Analysis Program (DATCAP), Program Version, Sixth Edition*, University of Miami, Coral Gables, Florida, 1998

Kornblit, Ana Lía: "Cambios percibidos por los consumidores de droga dados de alta de comunidades terapéuticas" en *Nuevos Estudios sobre drogadicción, Consumo e identidad*, Editorial Biblos, Buenos Aires, 2004

NACIONES UNIDAS - OFICINA CONTRA LA DROGA Y EL DELITO: Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas. Viena; *Por qué invertir en el tratamiento del abuso de drogas: Documento de debate para la formulación de políticas*, Nueva York, 2003.

NACIONES UNIDAS - OFICINA CONTRA LA DROGA Y EL DELITO: Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas. Viena. *Tratamiento Contemporáneo del Abuso de Drogas: Análisis de las Pruebas Científicas*, Nueva York, 2003.

NACIONES UNIDAS - OFICINA CONTRA LA DROGA Y EL DELITO: *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer. Estudios monográficos y experiencia adquirida*. Nueva York, 2005.

NACIONES UNIDAS – CEPAL: *La Grieta de las drogas: Desintegración Social y Políticas Públicas en América Latina*, Santiago de Chile, 1997

NIDA - Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas: *La Comunidad Terapéutica*. Serie de Reportes de Investigación, 2003 consultado en www.drogabuse.gov

Nirenberg, Brawerman, Ruiz: *Evaluar para la transformación, Tramas Sociales Nº 8*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 2000

Nirenberg, Brawerman, Ruiz: *Programación y Evaluación de proyectos sociales, Tramas Sociales Nº 19*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 2003

OAD – SEDRONAR: *Aspectos cualitativos del consumo de Pasta Base de Cocaína / Paco*, Buenos Aires, septiembre 2007

OAD – SEDRONAR: *Imaginario sociales y Prácticas de Consumo de Alcohol en Adolescentes de Escuelas de Nivel medio*, Buenos Aires, 1995

OAD – SEDRONAR: *La medicalización de la Vida Cotidiana. El consumo indebido de medicamentos psicotrópicos en adultos*, Buenos Aires, 2007

OAD – SEDRONAR: *Segunda Fase del Registro Continuo de Pacientes en tratamiento, Argentina 2005*, Buenos Aires, 2005

OAD – SEDRONAR: *Tercera fase del Registro Continuo de Pacientes en Tratamiento, Argentina, 2007*. Buenos Aires, diciembre 2007

OAD – SEDRONAR: *Estudio nacional en Población de 12 a 65 años, sobre Consumo de sustancias Psicoactivas*, Argentina 2006, Buenos Aires, 2007

OAD – SEDRONAR: *Censo Nacional de Centros de Tratamiento, Argentina, 2008*, Buenos Aires, 2009. www.observatorio.gov.ar [consulta: 10 de diciembre de 2009]

OMS: *DSM-IV-TR Los cinco ejes de la clasificación multiaxial*, Madrid, s/f

Rodríguez Vílchez, Andrea: *Efectos de un Programa de Psicoterapia Cognitivo-Conductual en el Bajo Nivel del Autoconcepto y en los Estadios de Cambio en Pacientes Dependientes a sustancias psicoactivas*, Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas, Lima, 2004

Ruiz V., Brawerman J., D'Alessandre V.: *Línea de base de la Evaluación de Tratamientos*, OAD, Documento interno, Buenos Aires, 2008.

Velazquez Mary M. y Stotts, Angela: "La naturaleza, curso y tratamiento del abuso de drogas en mujeres", en *Revista Peruana de Drogodependencias*, Volumen 1, Número 1, Lima, 2003, pp. 115-150.

ANEXO 1

Precisiones metodológicas

Se especifican en este anexo algunos aspectos que pueden contribuir a una mejor comprensión de la metodología utilizada en cada etapa del estudio.

La situación inicial de la cohorte de pacientes: se elaboró en el 2º semestre de 2008 una “línea de base” construida exclusivamente con *información secundaria* y específicamente con documentación e información ya existente en los legajos de los beneficiarios. En particular los datos contenidos en:

- *La Ficha Psicosocial completada por el CEDECOR*
- *La Historia Clínica de Salud Mental completa por el CEDECOR*
- *El Informe Inicial de Admisión completado en las instituciones de tratamiento*

Estos instrumentos dan cuenta de los principales aspectos relevantes a la evaluación, al inicio del tratamiento. Así, la línea de base necesaria para la evaluación se realizó “mirando hacia atrás”, es decir, tomando la información de pacientes que al comenzar el estudio evaluativo (primer trimestre de 2009) estaban finalizando o a punto de finalizar su subsidio y/o tratamiento. Esta mirada hacia atrás fue posible tomando la información disponible en los legajos de todos los pacientes que iniciaron sus tratamientos en los últimos dos años en el AMBA. (Junio 2006 a junio 2008)⁴⁴.

El relevamiento en los centros de asistencia: La selección de instituciones a visitar se realizó teniendo en cuenta que estuvieran atendiendo pacientes con al menos 8 meses de tratamiento. En el momento del trabajo de campo –marzo a junio de 2009- estas constituyeron el universo de instituciones que atendían pacientes con las características requeridas.

El trabajo de campo se desarrolló a lo largo de 4 meses comenzando en marzo de 2009. La recolección de los datos se realizó a través de visitas a las instituciones prestadoras por equipos de 2 personas. En estas visitas -2 jornadas completas- se efectuaron las entrevistas, la encuesta y la observación del funcionamiento de las instituciones. En general se programaban por vía telefónica adelantándose el contenido y la necesidad de entrevistar al personal y algunos pacientes. La fecha se establecía en acuerdo con los directivos de la institución⁴⁵. Hubo un solo caso de rechazo.

Para las entrevistas en profundidad a ex pacientes se recurrió a los profesionales médicos o directores de las instituciones visitadas y se les solicitó datos telefónicos para ubicar a esos pacientes. Simultáneamente, se solicitó la misma información a la coordinación del programa SER. En ambos casos, se pidió también los datos de otros pacientes que hubieran finalizado sus tratamientos alrededor de un año atrás, aunque no hubieran sido encuestados en ese momento.

De esta manera, se logró contactar a 20 personas, 18 varones y 2 mujeres. En una gran mayoría fueron entrevistados entre agosto y octubre 2010 en bares (con excepción de dos casos, uno de ellos en su casa y el otro en la institución donde

⁴⁴ Se tomaron dos años porque a pesar de que los tratamientos subsidiados por la SEDRONAR tienen una duración máxima de 1 año y medio (1 año más posibles prórrogas) los 2 años permiten ver más claramente las tendencias y por otra parte posibilita incluir a beneficiarios que hubieran interrumpido su tratamiento y luego lo retomaran.

⁴⁵ Ver Anexo 2 Listado de instituciones visitadas

actualmente es operador) previa explicación telefónica de los motivos del llamado y de los contenidos generales de la entrevista que se les solicitaba.

Cabe mencionar, que sólo en dos oportunidades las personas no acudieron a las citas concertadas y que telefónicamente hubo muy pocos rechazos. La totalidad de los efectivamente entrevistados accedieron a brindar la información que se les solicitaba en virtud de su “agradecimiento a SEDRONAR, por la posibilidad que les había brindado”. En general, las entrevistas se extendieron mucho más de lo previsto y los temas manifestados excedieron largamente la guía propuesta. Todas fueron grabadas previo consentimiento de los consultados y posteriormente desgrabadas.

Es destacable que casi la totalidad de quienes respondieron a la convocatoria declara que no consume en la actualidad, lo cual es un sesgo esperable de parte de quienes se prestan a una entrevista de este tipo. Sin embargo, se logró entrevistar tanto a hombres como a mujeres, prácticamente en la proporción de quienes finalizan los tratamientos así como a pacientes que los transitaban en instituciones y modalidades tanto de tipo residencial como ambulatoria lo que permitió contar con una adecuada heterogeneidad de situaciones.

Entre los que no aceptaron ser entrevistados surgió con bastante claridad que no habían podido mantener los logros obtenidos durante su tratamiento y se hallaban en alguna situación de vulnerabilidad.

La construcción de la base de datos de registro de movimientos de los pacientes en tratamiento se realizó a partir de la importación en SPSS de:

- Los listados digitalizados de movimientos independientes ocurridos entre enero de 2007 y abril de 2009 por todos los pacientes subsidiados por la SEDRONAR en Ciudad de Buenos Aires y el Conurbano, suministrados por el área subsidios de la SEDRONAR,

En estos listados se resumen los motivos de las entradas y salidas del paciente de una institución dada y la fecha en que se produce la modificación. Estos movimientos se registran bajo alguna de las siguientes categorías: Ingreso – Abandono – Ambulatorio - Ambulatorio media jornada- Ambulatorio jornada completa – Derivación – Desintoxicación – Dual – Expulsión – Fallecimiento - Fin De Beca – Fuga – Internación – Otros - Permiso De Salida – Prorrogas – Reingreso - Reinserción Social – Suspensión – Traslado - Tratamiento Finalizado.

- La base de datos “Línea de Base” construida en agosto de 2008 a partir de la información proveniente de legajos administrados por el área subsidios de la SEDRONAR y

- Las encuestas a pacientes con al menos ocho meses de tratamiento

La depuración de los listados permitió reconstruir las trayectorias del 94% de los pacientes del período considerado.

Para el procesamiento de la información de las dos primeras etapas del estudio se utilizó el paquete estadístico SPSS.

Con el fin de calcular la cantidad de días que un paciente estuvo efectivamente en tratamiento, se reagruparon las categorías de movimiento en entradas, salidas y cambios de modalidad. De esta forma fue posible contabilizar el tiempo de permanencia total como la sumatoria de los tramos parciales de tratamiento,

independientemente de los motivos y cantidad de interrupciones, desde el ingreso a una de las instituciones con convenio (que suele coincidir con la fecha de otorgamiento del subsidio), hasta el último movimiento registrado un año y medio de iniciado el tratamiento.

Es importante mencionar que el término “tratamiento” en este caso equivale a “período de tratamiento subsidiado por la SEDRONAR”. De este modo se excluye en su definición toda referencia a las características de las prestaciones y resultados del tratamiento en sí, como así también a la posibilidad de que el tratamiento haya continuado en la institución posteriormente a la fecha de salida registrada, con recursos de otras fuentes.

El último movimiento registrado se utilizó para clasificar a los tratamientos en “completos” e “interrumpidos”. Por “completo” se entiende a aquella trayectoria que culminó en un fin de subsidio, tratamiento finalizado. Por tratamiento “interrumpido” se entiende a aquel que culminó en un abandono, fuga, expulsión, fallecimiento o suspensión. Una tercera situación es la de aquellos pacientes que habiendo ingresado en el sistema durante el período considerado no registraba a abril del 2009 salida del sistema. Se consideró que estos pacientes aún se encontraban realizando su tratamiento.

Para la elaboración de las configuraciones sociodemográficas y de consumo, se utilizó la técnica de cluster en dos fases o “TwoStep Cluster Analysis”. Este es un procedimiento exploratorio que permite revelar el modo natural en el que se agrupan los datos según los atributos seleccionados. El algoritmo utilizado por el cluster en dos fases respecto a otras técnicas de cluster, tiene la ventaja de (a) crear agrupamientos basados en variables categóricas (b) permitir la selección automática de clusters (c) analizar bases de datos extensas. Para la elaboración de los clusters se utilizaron los casos con información válida para todas las variables involucradas. Es por este motivo que la cantidad de casos varía de una a otra configuración.

Para las variables de consumo, se consideró el consumo registrado de sustancias durante el último año. Asimismo, consumo frecuente es aquella situación en la que el consumo específico de cada sustancia en particular, fue mayor o igual a dos veces por semana.

Para la construcción de la tipología de consumo se jerarquizaron las sustancias del siguiente modo: el primer grupo está conformado por aquellos pacientes que consumieron pasta base en forma frecuente durante el último año, independientemente de las otras sustancias que hayan consumido. En la segunda categoría se incluyen a todos aquellos pacientes que consumieron con frecuencia cocaína durante el último año, combinada o no con otra sustancia a excepción de pasta base. Por último, se consideraron a los pacientes que consumieron con frecuencia alcohol durante el último año, pero sin combinarlo con pasta base o cocaína.

Sólo se consideraron los casos con información válida para cada una de las variables consideradas. Este es el motivo por el cual los subuniversos no coinciden necesariamente con el total de pacientes registrados

Las ODD RATIO se calcularon a partir de la dicotomización de las variables “tiempo de permanencia” y “situación de egreso 16 meses luego de iniciado el tratamiento”, y de los coeficientes de incertidumbre para variables nominales. Se tomó como valor crítico del chi cuadrado a 0,1.

Además se procesó la información proveniente de la encuesta a los pacientes que estaban a punto de culminar su tratamiento y las guías de observación institucionales y se grillaron las 90 entrevistas al personal de las instituciones de tratamiento. El grillado agrupó las respuestas en 3 grandes dimensiones 1) Relación de las instituciones con la SEDRONAR; 2) Características de los pacientes; 3) Características de los tratamientos. A su vez cada una de estas dimensiones se grilló en sus subdimensiones y variables.

El procesamiento y sistematización de las 20 entrevistas en profundidad a ex pacientes se realizaron con el software para procesamiento cualitativo de entrevistas ATLAS TI. El libro de códigos utilizado se construyó a partir de las grandes dimensiones consideradas en la guía que orientó la entrevista (el tratamiento, el presente y el futuro) y en los emergentes surgidos durante el proceso de campo.

ANEXO 2
LISTADO DE INSTITUCIONES VISITADAS

ASOCIACIÓN CIVIL ANANKE
ASOCIACION CIVIL ATUEL
ASOCIACIÓN CIVIL CASA DEL SUR
ASOCIACIÓN CIVIL CENTRO TERAPÉUTICO MINERVA
ASOCIACIÓN CIVIL EL PALOMAR
ASOCIACION CIVIL EL REPARO
ASOCIACIÓN CIVIL NUESTRA VIDA
ASOCIACIÓN CIVIL YO SOY
CENTRO JUVENIL ESPERANZA
CEPREAP SRL
FUNDACIÓN ATREVERSE
FUNDACION AYLEN
FUNDACIÓN BELEN DE ESCOBAR
FUNDACION CREANDO LA LIBERTAD
FUNDACIÓN EL CANDIL
FUNDACIÓN MANANTIALES
FUNDACION PARA EL DESARROLLO HUMANO – DEHUM
FUNDACION PROGRAMA YO PUDE
FUNDACIÓN REENCUENTRO
FUNDACIÓN VIDA Y FAMILIA
HEROCLADIMAR SRL
INSTITUTO DE PSICOPATOLOGÍAS NUESTRA SEÑORA DE LUJAN
PROGRAMA DELTA
USOL SRL
VILLA SAN VICENTE