



CONVENIO MARCO DE COOPERACIÓN

SEDRONAR – ORGANIZACIÓN DE ESTADOS IBEROAMERICANOS

**“Evaluación de tratamientos en pacientes por
abuso de sustancias”**

AMBA 2009

**Observatorio Argentino de Drogas
Área de Investigaciones**

Diciembre 2009

SEDRONAR

Secretario de Estado: Dr. José R. Granero

DIRECCIÓN NACIONAL DEL OBSERVATORIO ARGENTINO DE DROGAS

Coordinador: Diego Alvarez Rivero

AREA DE INVESTIGACIONES

Coordinadora: Graciela Ahumada

CONSULTORAS: Violeta A. Ruiz
 Josette Brawerman
 Vanessa D'Alessandre

Análisis económico: Carmina Pavéz

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

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO 1 - MARCO CONCEPTUAL – METODOLÓGICO	6
A. Algunas consideraciones conceptuales	6
B. Las decisiones metodológicas	9
CAPÍTULO 2 - LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS.....	16
A. Sus Características	16
B. La relación de las instituciones prestadoras con SEDRONAR. 19	
B.1. Derivación	20
B.2. Informes y formularios	20
B.3. Auditorías	21
B.4. Instancias de capacitación.....	24
B.5. El subsidio SEDRONAR.....	26
CAPÍTULO 3 - LA POBLACIÓN BAJO TRATAMIENTO	37
A. Los tratamientos	37
A.1. Los objetivos de los tratamientos: de la abstinencia a la reinserción	37
A.2. Los Enfoques del tratamiento: la combinación de estrategias	40
A.3. Las modalidades de tratamiento: ¿Residencial vs. Ambulatorio?	44
A.4. La duración de los tratamientos: ¿un año o toda la vida?	46
A.5. La comunidad como método	47
B. La Población beneficiaria	53
B.1. Perfil de la población beneficiaria	53
B.2. Evolución del perfil de la población en el período junio 2006 y julio 2008	58
B.3. Las particularidades de la población desde la perspectiva de los equipos tratantes	62
CAPÍTULO 4 - EFICACIA Y EFICIENCIA DE LOS TRATAMIENTOS	65
A. Las trayectorias “completas” de la cohorte	65
B. Variación en la capacidad de retención de las instituciones con convenio con la SEDRONAR	73
C. La voz de los pacientes y los equipos tratantes	75
C.1. ¿Quiénes son?	76

C.2. Los factores asociados	81
C.3. La eficacia a partir de los cambios operados en la población que logró completar el subsidio	92
C.4. La posibilidad de sostener los cambios según los profesionales ...	97
D. La eficiencia de los tratamientos	98
D.1. El financiamiento de los tratamientos	98
D.2. La eficiencia de los tratamientos según modalidad de atención.	101
D.3. La eficiencia de las instituciones.....	103
CAPÍTULO 5 - LOS TRATAMIENTOS INTERRUMPIDOS	107
A. El abandono como parte del tratamiento	107
B. Los tratamientos interrumpidos en la cohorte de pacientes.	109
B.1. ¿Quiénes abandonan?.....	109
B.2 . ¿Cuándo abandonan?	112
B.3. ¿Por qué abandonan?	115
C. Los tratamientos discontinuos en la cohorte de pacientes....	121
CAPÍTULO 6 – CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	125
A. Conclusiones	125
B. Recomendaciones.....	133
BIBLIOGRAFÍA.....	136
ANEXO	138

INTRODUCCIÓN

El Observatorio Argentino de Drogas (OAD) tiene como función básica el estudio y evaluación de la problemática del uso indebido de drogas y el tráfico de estupefacientes, mediante la coordinación, recolección y análisis de información. En relación a este propósito el OAD se propuso llevar adelante el Proyecto "Evaluación de programas de tratamiento". El mismo apunta a contar con estudios que permitan 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. A partir de sus resultados se espera contar con información válida que facilite la toma de decisiones para reforzar o reorientar las acciones, procurando la corrección de la gestión en forma oportuna.

El primer paso de ese diseño evaluativo fue 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. Ese fue el trabajo realizado durante el segundo semestre del 2008 y se obtuvo como producto el documento "Línea de Base de la Evaluación de Tratamientos" (2008). Durante el primer semestre de 2009 se realizó el trabajo evaluativo propiamente dicho. Así, se completó la información con la que se había trabajado el año anterior y se realizó un arduo trabajo de campo en el que se encuestó a pacientes finalizando sus tratamientos en instituciones del AMBA. Al mismo tiempo, se entrevistó a personal de las instituciones que atendían a los beneficiarios. Se logró entrevistar a 114 pacientes en 27 centros de tratamiento y se completaron 90 entrevistas a su personal.

En el documento que sigue se presentan los resultados obtenidos por la evaluación. El mismo consta de 6 capítulos. En el primero se desarrolla el marco conceptual metodológico que guió el estudio, especificando los conceptos más relevantes y los pasos metodológicos seguidos.

En el segundo capítulo se analizan las características de las instituciones tratantes y la relación de las mismas con la Secretaría. El capítulo tres especifica las características de la población subsidiada por la SEDRONAR y las de los tratamientos que ellos reciben en los centros de atención.

El cuatro presenta y describe los resultados obtenidos en términos de la eficacia de los tratamientos y algunos aspectos de la eficiencia mientras que el quinto analiza los aspectos más relevantes en torno a los pacientes que abandonaron sus tratamientos. El último capítulo, presenta las conclusiones y recomendaciones de la evaluación para cada uno de los aspectos antes analizados.

CAPÍTULO 1 - MARCO CONCEPTUAL – METODOLÓGICO

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) que se quieren evaluar, poniendo el acento en los contenidos. Desde esta perspectiva, existen numerosas 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 suficiencia¹, 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

¹ 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.

los problemas sociales o del mejoramiento de la situación del grupo humano al que van dirigidos.

El rendimiento, la rentabilidad, la productividad y *la eficiencia* constituyen conceptos asociados usualmente a la evaluación económica de un proyecto. El término más general y más usado es el de *eficiencia*.

Esta se define como la relación entre los productos o resultados esperados de un proyecto y los costos de los insumos o procesos de apoyo o funcionamiento que implica. Esta relación puede establecerse de diferentes formas y utilizando diversas técnicas procedentes del análisis económico (costo - beneficio, costo - eficacia o efectividad). Las aproximaciones a un cálculo de costo - beneficio en el campo de lo social son muy complejas por la dificultad de valorar y traducir en unidades comparables - monetarias o no - los beneficios o resultados muchas veces "intangibles" de intervenciones sociales, en relación a los costos de los recursos que insumen las posibles alternativas de inversión.

En torno a la eficacia de los tratamientos

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 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 4 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 existen 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/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 la permanencia en el tratamiento, la mayoría de los estudios plantean una serie de **factores asociados** a un tratamiento eficaz pudiendo diferenciarse aquellos vinculados a características de las personas de aquellos que se relacionan con atributos de los tratamientos/tipo de institución.

En el primer caso, se destacan sobre todo:

- o 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)
- o 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 el segundo caso, se contabilizan además del tiempo de permanencia:

- o 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)

A la luz de estas consideraciones y la información disponible, este estudio buscó:

- Establecer indicadores de eficacia en términos de condición de egreso en relación a los egresos y de duración efectiva de los tratamientos.
- 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.

Por otra parte, a partir del estudio en profundidad realizado 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.

B. Las decisiones metodológicas

Se asumieron una serie de decisiones de índole metodológica acorde con las que se habían tomado para la elaboración del diseño evaluativo general de los tratamientos. Así, se utilizó un abordaje cuali cuantitativo, incluyendo información secundaria y primaria y se incorporó la perspectiva de todos los actores involucrados en los tratamientos de pacientes, tanto en la SEDRONAR como en las instituciones visitadas.

Ello implicó, además, utilizar 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 que tienen convenio con la SEDRONAR.

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

- *Análisis a nivel de la cohorte nacional:* 1178 casos. Se procesó la información existente en la base de datos de subsidios correspondiente a los pacientes que ingresaron entre el 1 de junio 2006 y 31 de enero de 2008. 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. 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.
- *Pacientes AMBA:* Dentro de la cohorte nacional se identificó a los pacientes atendidos en el área del AMBA y se les adjuntó la información disponible de los pacientes relevados en la "Línea de Base". Esto permitió que además de tener las trayectorias de tratamiento de este grupo de pacientes se pudieran construir el perfil sociodemográfico y de consumo de sustancias. Para el análisis de las trayectorias se trabajó con los 760 casos que ingresaron entre junio de 2006 y enero de 2008.
- *Pacientes AMBA en los últimos tramos de su tratamiento:* Entre los pacientes de la línea de base se rastreó un grupo de los que estaban en la etapa final de su tratamiento y se realizó un estudio en profundidad. 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 108 encuestas y 90 entrevistas en profundidad y una guía de observación. 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, 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.

La **secuencia metodológica** fue:

o Construcción de la línea de base:

Se construyó en el 2º semestre de 2008, 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", o sea tomando la información de pacientes que al día de comenzar la ejecución de la evaluación (primer trimestre de 2009) estarán 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 ingresaron a tratamientos en los últimos dos años en el AMBA. (junio 2006 a junio 2008)².

o Elaboración de los instrumentos para la recolección de información:

Se confeccionaron todos los instrumentos de recolección de información para el trabajo de campo. A continuación se enumeran:

- Encuesta a pacientes
- Ficha de resultados
- Entrevista a directores
- Entrevista a profesionales/ técnicos / operadores
- Guía de observación
- Guía para la recolección de información económica

o Selección de instituciones:

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.

o Trabajo de campo:

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

² 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.

establecía en acuerdo con los directivos de la institución³. Hubo un solo caso de rechazo.

Por otra parte se encuestaron en la SEDRONAR, 14 pacientes más que estaban transitando el programa SER que se implementa en SEDRONAR, constituyendo una submuestra de pacientes que ya habían finalizado sus tratamientos subsidiados y estaban en la etapa de reinserción social.

o Construcción de la base de datos de registro de movimientos de los pacientes en tratamiento:

Esta base se construyó 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 el país, suministrados por el área subsidios de la SEDRONAR,
- la base de datos "Línea de Base" construida por el equipo de evaluación de tratamientos 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 aplicadas durante la segunda etapa de la evaluación de tratamientos. Tanto la línea de base como las encuestas a pacientes, corresponden a Ciudad de Buenos Aires y Conurbano.

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 modificación⁴.

o Procesamiento de la información:

Se depuraron los listados y se logró reconstruir las trayectorias del 94% de los pacientes del período considerando.

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.

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.

Por ora parte se grillaron las 90 entrevistas resultantes del trabajo de campo en las instituciones. En 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

³ Ver Anexo 1 Listado de instituciones visitadas

⁴ Los movimientos se registran bajo alguna de las siguientes categorías: Ingreso – Abandono – Ambulatorio - Ambulatorio ½ - Ambulatorio JC – Derivación – Desintoxicación – Dual – Expulsión – Fallecimiento - Fin De Beca – Fuga – Internación – Otros - Permiso De Salida – Prorrogas – Reingreso - Reinserción Social – Suspensión – Traslado - Tratamiento Finalizado

tratamientos. A su vez cada una de estas dimensiones se grilló en sus subdimensiones y variables.

- o Análisis de resultados:
 Toda la información procesada se analizó de acuerdo a las siguientes especificaciones:

En relación con la eficacia de los tratamientos

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 el análisis de las trayectorias de la cohorte de pacientes 2006/2008 subsidiados por la SEDRONAR se utilizaron los siguientes indicadores:

- o *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.
- o *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.
- o *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.
- o *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.
- o *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.

- o *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 retomarlo y el total de los pacientes ingresados durante el mismo período, por cien.

Las dimensiones y variables utilizadas para el análisis de las trayectorias de tratamiento fueron:

- o *Institucional*: Categoría de la institución – Área geográfica de la institución
- o *Tratamiento*: Modalidad de atención al ingreso
- o *Paciente*: Edad de inicio en el consumo de sustancias - Tipología de sustancias consumidas – Tratamientos previos
- o *Persona*: Edad – Sexo - Nivel de instrucción

Por otra parte para el análisis de los cambio en los pacientes que completaron su tratamiento se utilizaron los siguiente indicadores:

- o *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 y se construyó un índice.
- o *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 y se construyó un índice.
- o *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 y se construyó un índice.
- o *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 tiempo. Se valoraron además los obstáculos que identificaron para evitarlo. Se expresa en porcentaje.

En relación con la eficiencia

Para el análisis económico y en virtud de las consideraciones incluidas en el marco conceptual de las evaluación, se realizó un estudio longitudinal donde la unidad de medida del tiempo de permanencia se definió como "días de tratamiento utilizados".

Para el análisis del subsidio se asimiló el gasto efectuado -en concepto de Ayuda Social a Personas- a los costos directos del tratamiento, excluyendo el concepto de medicamentos.

Se tomó como modelo de contraste el plazo de financiamiento y los montos máximos de aranceles de las prestaciones que financia el subsidio de acuerdo a lo establecido en la Res. N° 538/08.

En función de la disponibilidad de información de la base de Movimientos de Pacientes se tomó la totalidad de pacientes del país que ingresaron entre junio 2006 y enero 2008 con sus respectivos días de tratamiento dieciséis meses después de otorgado el subsidio. Se obtuvo la cantidad de días de tratamiento desagregada por modalidad de tratamiento (duales, ambulatorio e internación) y se procesó por categoría de la institución.

El principal indicador utilizado fue:

- o *Costo efectividad de tratamientos completos*: Es el cociente entre el costo de los tratamientos completos y el costo total de los tratamientos. Se calculó por categoría institucional y se discriminó en continuos y discontinuos.

Se diseñó y aplicó un cuestionario ad-hoc para relevar gastos de funcionamiento y prestaciones ofrecidas durante 2008. La información solicitada dimensionó los principales rubros de gastos efectuados durante el año, la cantidad de pacientes atendidos y derivados por SEDRONAR, la dotación de recursos humanos y las prestaciones brindadas (alimentación, talleres, consultas).

El procesamiento de la información se realizó por centro y fue agrupado por categoría para trabajar con promedios representativos de cada una; sin embargo, debido a las escasas respuestas obtenida, el análisis se vio restringido a los casos, dificultándose su expansión y la obtención de conclusiones generalizables.

Se caracterizaron las instituciones considerando dos de las variables que se entiende inciden directamente en el tratamiento y mejoría de los pacientes y a su vez en el costo del tratamiento: la dotación y costo del personal de atención y las raciones y costo de la alimentación. Se estimó el costo promedio por paciente de cada categoría y se comparó respecto al arancel que financia SEDRONAR por modalidad de tratamiento y la incidencia promedio del financiamiento en los gastos de las instituciones.

Para el análisis de costo eficiencia se extrapolaron los datos económicos de cada institución para utilizar la información de la cohorte de tratamientos, asumiendo que las estructuras de costos son relativamente estables. De esta manera se obtuvo una aproximación a los resultados a través del último movimiento de pacientes ingresados entre junio 2006 y enero 2008.

CAPÍTULO 2 - LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS

A. Sus características

La SEDRONAR financia tratamientos asistenciales a personas mayores de 21 años⁵, 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 se las deriva a un establecimiento asistencial de atención especializada en la problemática de drogadicción.

La asignación del establecimiento asistencial a cada beneficiario es realizado por un equipo profesional especializado e interdisciplinario 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. Una vez otorgado, el subsidio cubre un mínimo de 30 días, no pudiendo superar 12 meses de financiamiento. En caso de producirse abandono, se renueva la prestación por el tiempo no utilizado. Excepcionalmente, la Secretaría puede otorgar prórrogas de hasta 3 meses previa evaluación técnica del caso. El subsidio no es transferido a las personas sino que es pagado mensualmente a las instituciones prestadoras.

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 derivados⁶. Las instituciones suscriben un convenio de adhesión con SEDRONAR e integran el Padrón de prestadoras.

Las modalidades de atención financiadas son: ambulatoria de jornada completa y media jornada y de internación prolongada en clínicas psiquiátricas o comunidades terapéuticas. La categorización de las instituciones es realizada por la Sedronar según el nivel de complejidad⁷, la modalidad de tratamiento posible⁸ en cada una de ellas y la calidad de las instalaciones y las prestaciones brindadas en una escala de 1 a 5, siendo 3 el mínimo aceptable. .

En el período estudiado 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

⁵ A partir de la actual gestión la edad mínima para la atención se ha extendido hasta los 18 años.

⁶ Res. N° 885/2001 Normativa aprobatoria del Programa de Atención de personas con dependencia a las drogas -Anexo II

⁷ Las categorías según nivel de complejidad son:

A: Clínica psiquiátrica

B: Comunidad terapéutica con guardia profesional y control psiquiátrico

C: Comunidad terapéutica sin guardia profesional

D: Hospital de día

⁸ La o las modalidades de tratamiento posibles son:

I: Consultorio externo,

II: Centro de día - ambulatorio 1/2 jornada o completa y

III: Con capacidad de internación.

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. La siguiente tabla da cuenta de esta distribución geográfica:

TABLA N° 2.1.
Distribución geográfica de las Instituciones

<i>Provincia</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Capital	13	18%
GBA	19	26%
Resto Buenos Aires	15	21%
Córdoba	3	4%
Santa Fe	6	8%
Entre Ríos	3	4%
Río Negro	2	3%
Salta	1	1%
Chubut	1	1%
La Pampa	1	1%
San Luis	1	1%
Corrientes	1	1%
Mendoza	2	3%
La Rioja	1	1%
Jujuy	1	1%
San Juan	1	1%
Ignorado	1	1%
Total	72	100%

En este punto se tratará de especificar algunas de las características, básicamente en relación con la infraestructura, equipamiento y actividades que se pudieron observar 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 las entrevistas se completó una guía de observación a fin de contar con información que caracterizara las instituciones donde se realizan los tratamientos.

A continuación se detallan sintéticamente los principales aspectos observados en las 27 instituciones prestadoras donde se entrevistó a pacientes y personal.

La mayoría de las instituciones visitadas cuentan 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.

El escaso mantenimiento y la casi precariedad de algunos ámbitos provocó algunas veces en los entrevistadores una sensación inicial de atmósfera

“gris” y sin vida. Sin embargo esto en general se revertía al recorrer la institución, conversar con los equipos tratantes y verificar información con los pacientes. En este sentido, 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 1 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 8 hs.) 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.

A modo de síntesis puede decirse que las instituciones cumplen con las normas y requisitos que les son solicitados desde la SEDRONAR para formar parte del padrón de prestadoras.

B. La relación de las instituciones prestadoras con SEDRONAR

Durante el trabajo de campo se indagó acerca de las características del vínculo con la SEDRONAR. Interesaba conocer la forma en que la Secretaría es percibida y las opiniones de los diversos actores en relación con las áreas con las que entran en contacto en la práctica.

Son varios los aspectos que los consultados destacan cuando describen el vínculo institucional con la SEDRONAR. Fundamentalmente la derivación de pacientes, los informes que deben presentar, las visitas de la Auditoría y las instancias de capacitación. A continuación se sintetizan sus opiniones:

B.1. Derivación

La derivación de pacientes es el primer contacto que se establece entre la Secretaría y las instituciones de tratamiento. En general no surgen problemas y los pacientes son ingresados de acuerdo a las normas vigentes. Luego del llamado para verificar si hay cupo disponible, el paciente llega a la institución para iniciar su tratamiento.

“ellos tienen contacto en la derivación nos llaman, nos mandan al paciente” (psicólogo B3 III)

“Me llaman de SEDRONAR porque están terminando una admisión y si tengo cama...” (coordinador C3 II III)

“cuando me derivan un paciente de SEDRONAR, lo primero que hago es recibirlo e ingresarlo, porque confío en la evaluación que hace SEDRONAR” (director C4 III)

Sin embargo, se recogieron reclamos en cuanto a la efectividad del mecanismo de derivación en relación con la información con la que llegan algunos pacientes sobre el tratamiento y la institución a que han sido derivados así como de ciertas patologías derivadas a instituciones que no disponen de dispositivos adecuados para contenerlas.

“Me parece que el mecanismo de derivación es un poco compulsivo y no sé hasta qué punto es eficaz (...) los mandan acá con el bolso y por ahí el paciente no sabe a qué viene, adonde viene ni está del todo convencido”. (director C3 II III).

“lo que tendría que mejorar SEDRONAR es la derivación cuando nosotros aceptamos un paciente y nos damos cuenta de que no puede funcionar en este dispositivo, Si nosotros lo derivamos a la internación SEDRONAR tarda mucho con eso, no hay una internación digamos inmediata se podría mejorar en eso, en tener el recurso de que nosotros podamos llamar a una institución o directamente a SEDRONAR y ahí derivarlo automáticamente al paciente, como pasa en las otras obras sociales, esa es una herramienta que nos vendría muy bien, sería bueno tenerla”. (operador D3 I II)

Más allá de algunas críticas el mecanismo de derivación funciona; aún en los momentos en que hay picos de demanda y es dificultoso hallar cupos en las instituciones con convenio se terminan encontrando formas de resolver los casos mal derivados o con complicaciones.

B.2. Informes y formularios

Se menciona, por una parte la historia clínica inicial que deben confeccionar al ingresar un paciente en la institución, una copia de la cual debe ser remitida a SEDRONAR para su archivo en el legajo.

...la historia clínica es muy completa. Hay que llenarla al principio, cuando el paciente llega. El formato lo manda SEDRONAR (director C3 I II III)

"Todo está en la historia clínica, se llena al principio y luego se va actualizando. Hay que mandar todo, creo que todos los meses a SEDRONAR" (psicólogo C4 III)

También se refieren a los informes que periódicamente deben presentar en relación con la evolución del paciente, incluyendo además la información sobre movimientos (Abandonos, fugas, expulsiones, etc.)

"el informe mensual que se manda, el informe de evolución de cada paciente..., ellos tienen un modelo establecido, el que nosotros completamos" (psicóloga C3 III)

"Ah!, todos los meses tenemos que mandar un informe exhaustivo de cada paciente, todos los meses me dicen qué paciente puede continuar en sistema cerrado o no" (director C3 II III)

"..muy exigentes con el tema de las historias clínicas porque... Está bien, ojalá nunca pase nada pero si le llega a pasar algo a algún paciente porque por ahí hemos tenido que derivarlo a un hospital porque ha tenido alguna situación..no psiquiátrica sino clínica, qué sé yo, una apendicitis... vos tenés que tener la historia bien, y la tiene que entender cualquier profesional". (directora B3 III)

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.

B.3. Auditorías

La presencia más destacada, según todos los entrevistados, es la de los auditores que mensualmente se hacen presentes en la institución. No siempre es el mismo grupo y no siempre se auditan los mismos aspectos. Algunas veces los que llegan observan cuestiones relativas a la infraestructura edilicia, mantenimiento y equipamiento. Otras 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.

"... es regular, todos los meses vienen... un equipo, tres, cuatro, después está la otra auditoria, la infectóloga, la nutricionista, te piden historia clínica, conversan con los profesionales, con el equipo y con los pacientes.." (psicóloga C3 I II III)

"...hace supervisiones medicas, edilicias, de los pacientes... te piden todo, hablan con los pacientes, seguimiento medico, hablan con los profesionales." (asistente social B3 III)

"Hay todo un protocolo que se cumple porque somos auditados por SEDRONAR". (psicólogo C3 II III)

"Ellos vienen a hacer una auditoría mensual, entrevistan a cada uno de los pacientes y controlan las historias clínicas así que nos marcan a presión, son bastante estrictos y bueno está bien es así." (director D3 I II)

"Todo, la estructura del lugar, las clínicas, lo que se le da de comer, seguridad bioseguridad, todo, cuando vienen todo. Todos los meses, ..." (director A3 II III)

"me parece bien que tengan un control sobre las instituciones, tienen que ser muy estrictos y no sólo por la subvención sino porque ellos también están poniendo la cara". (operador C4 III)

En general hay acuerdo sobre la conveniencia de que SEDRONAR ejerza el estricto control de las actividades que subsidia. Los consultados coinciden en la importancia de sentirse "controlados", de saber que deben mantener cierto "estándar" en las prestaciones que brindan y también en el estado edilicio y de equipamiento de la institución.

"...a mí me parece bien que hagan eso... que la SEDRONAR esté ocupada... Yo necesito que venga porque necesito que le ponga más seriedad al trabajo,..., si vos sabés que la SEDRONAR va a venir, vos sabés que el trabajo lo vas a tener que complementar y te obliga. Y si, revisan todo y más paredes si están limpias o no, todo los colchones, todo...", (director C3 II III)

"...auditan todo, desde el edificio hasta cada uno de los pacientes con los que se entrevistan. Creo que en ese aspecto funciona bien y que las auditorías están bien. Para nosotros es un alivio tenerlas...". (director D3 I II)

"...lo que creo que está bueno es el control de la SEDRONAR, el que vengan y te toquen timbre y te digan "quiero ver las camas, quiero ver qué están haciendo de comer, quiero ver qué están haciendo los pacientes, quiero ver los profesionales, las carpetas", está bárbaro eso.. la auditoría es fundamental porque es la que no me permite a mí cometer ilícitos que se cometen día a día" (director C4 III)

"Y acá se audita. Yo veo que la auditoría está enfocada a la institución más que al paciente, a cómo la institución está trabajando con el paciente (...) No, vienen auditan a los pacientes, la historia clínica, la parte legal como está llegada desde la comida hasta los servicios, los servicios concretamente que es lo que corresponde si alguien subsidia además". (coordinador C3 III)

Sin embargo algunos actores consideran que las auditorías, tal como son realizadas son meros trámites burocráticos, donde importan más los papeles que los tratamientos a los pacientes. En este sentido destacan la importancia que a su juicio tendría que se los consultara y/o, que se diera la oportunidad de explicar los motivos de determinadas decisiones de tratamiento.

"Hacen algún tipo de seguimiento pero no tan focalizado en el tratamiento si no más en las historias clínicas, pero no veo que vengan y se fijen en el tratamiento, ... tienen una cuestión de seguimiento administrativo. Que esté completa la historia clínica, que el ambiente este bien... pero en lo referente al tratamiento hay un vacío, deberían verlo y ayudar... para trabajar en conjunto porque por ahí hay algo que se esta haciendo en otro lugar que serviría acá." (psicóloga D3 I II)

"Si, en lo que tiene que ver con lo profesional, lo hacen a través de las carpetas, no hablando con nosotros, eso nunca... Si están completas las carpetas, como algo más burocrático, que esté todo al día y si están completas...ellos hablan con cada paciente y ahí si les preguntan cómo se siente con el personal, desde ese lugar ellos deben tomar algún tipo de información..." (Psicóloga C3 III)

"Además, acá a veces vienen, hablan con el paciente, no te dicen nada y después te mandan una nota. Acá por ejemplo hace poco, un paciente estaba mal, lo pusimos ahí para que reflexione, y vino la auditora y le dijo: "porque no te vas a tu casa"... y ella no puede hacer eso. Si lo ponemos ahí es por una estrategia, tendría que hablar con nosotros..." (directora B3 III)

"Hacen auditorías y evalúan si nosotros tenemos al día la historia clínica, no te preguntan ni te orientan en la cura, vienen a ver los papeles". (operador C3 I II III)

"Nunca me han llamado para hablar de un paciente por ejemplo." (psicóloga C4 III)

"...pero en la supervisión no hablan con nosotros, se quedan con lo que el paciente les dice, y a veces ahí hay información manipulada por el paciente... Por ahí el intercambio con nosotros... tal vez porque la supervisión está orientada a detectar que hace la institución y no a ver como se está rehabilitando el paciente". (psicólogo B3 III)

Finalmente se recogieron algunas opiniones que dan cuenta de que en muchos casos no hay claridad sobre la utilidad de la auditoría, o bien se la siente como algo punitivo y no constructivo, o bien se consideran inadecuados los perfiles o la experiencia de las personas que se presentan a auditar.

"... la única crítica que tengo para con la SEDRONAR y se los dije te lo vuelvo a repetir, son chicos y chicas que vienen acá que vienen a buscar el pelo del huevo" (director C3 II III)

"Me parece que la auditoria no debería ser punitiva, si no que debería ayudar ... porque a veces te amenazan... no te derivan pacientes y a veces pensamos que si estamos trabajando tan mal... no nos manden pacientes..." (directora B3 III)

"... me parece que hay veces que la gente que audita en las instituciones no conoce, porque no ha pisado, una comunidad. (..), me parece que es muy complicado que te venga a auditar alguien que no tiene la experiencia. Que tiene la experiencia de un escritorio, ... a mí me ha pasado que me digan "y por que fulanito de tal no tiene terapia individual? ... Veni, entrevistalo y te vas a dar cuenta en acto de porque no tiene terapia individual". Me parece que muchas veces los auditores, .. como no encaja en los parámetros estándar, consideran que está mal y me parece que eso es falta de conocimiento de cómo es la dinámica de una comunidad". (director C3 III)

"Sí hay algo burocrático, ellos... buscan si está el paciente en tratamiento, bueno de todo, lo que yo no sé después es que hacen ellos allá, eso es otra cosa. La historia de la Secretaría es una historia súper completa, si la usaran para estadísticas, sería

estupendo pero yo sinceramente dudo para qué la usan". (operador C4 III)

"mandan auditores que no sabes que auditan y no saben por qué van a auditar". (coordinador C3 III)

"A nosotros nos auditan. Nosotros exigíamos que venga, nos viene bien. Lo que nos parece mal es el tema de que al año ya no lo ve más. Al año le podés pegar, lo podés violar ... lo que quieras, porque como se les terminó la beca, por más que ellos sigan acá, no les dan bola. Están acá y los quieren saludar y ellos responden 'no te tengo en mi listado'". (Director C3 III)

"viene la gente de auditoría de SEDRONAR y te da vuelta la tortilla, o sea vienen y sin conocer al paciente dicen ..pero vos no estás para internación estás para ambulatorio y pensándolo desde la cabeza de un adicto que fantasea mucho y te lo dice la autoridad máxima el que te está esponsoreando te dice que no sos para estar internado, te derrumbó todo" (director C3 II III)

Aún con la diversidad de opiniones recogidas, es evidente que hay una constante presencia de SEDRONAR en las instituciones a través de las auditorías. Sería interesante incluir algún tipo de seguimiento a los tratamientos, tal como manifestaron algunos de los actores consultados y ajustar cuestiones específicas. Sin embargo las visitas periódicas y la constante consulta a los pacientes son mecanismos que son visualizados como supervisiones que obligan a las instituciones prestadoras a estar permanentemente atentas y pendientes de los pacientes derivados.

B.4. Instancias de capacitación

Según los entrevistados, la capacitación es la otra forma de vínculo, con la SEDRONAR. Sin embargo, estas actividades parecen haber disminuido considerablemente en los últimos años hasta reducirse a un encuentro anual en la Secretaría, aunque se mencionaron algunas intervenciones en servicio sobre temas muy puntuales.

"... ustedes. Vinieron el otro día... A dar un taller de prevención de HIV y hepatitis". (operador C3 II III)

"En realidad me especialicé en los ´90. en lo que va del 2000 no han invitado a nada.., pero antiguamente tenían una política de formación, de intercambio de ideas, tenían de todo, inclusive el SEDRONAR daba charlas , seminarios, mensuales, anuales...la Subsecretaria a mi me becó para hacer el Master en drogodependencia" ... (psicóloga C3 I II III)

"...los operadores sí participan de algunos cursos de SEDRONAR". (director D3 II)

Si, que brindaran cursos de información o capacitación sobre las problemáticas vigentes en estos temas, de adicciones o trastornos psicosociales... como en un momento anterior, como en la década del ´90 había... "bueno, hacemos una jornada en el sindicato de gastronomía", entonces vos ibas, con certificado, todo... fue algo que se fue cayendo, no esta vigente..". (psicóloga C3 I II III)

Algunos consideran sin embargo, que estas intervenciones no son útiles ya que no están articuladas y no forman parte de un plan de actualización, incorporación de nuevos conocimientos y tecnologías, e intercambio de experiencias.

"Los cursos de capacitación, en general no sirven, porque va un señor como yo, por ejemplo a decir lo que sabe, totalmente desarticulado del otro que viene después y del otro que viene después; entonces en general lo que sirve más es trabajar una lógica, o trabajar esto, que cada institución pueda trabajar lo que le pasa, ¿sí?" (director D3 II)

En algunos casos manifiestan que en este momento la capacitación corre por cuenta de las políticas de cada institución y se reduce a la que cada uno puede acceder de acuerdo a sus posibilidades y horarios.

"Sí estamos al tanto de información de los cursos que da SEDRONAR de vez en cuando pero corre más bien por cuenta de cada uno... todos realizamos capacitación en forma permanente". (psicólogo B3 III)

"Sí, me especialicé afuera. El psicólogo por lo general ha concurrido a los cursos que ha dado SEDRONAR, esas charlas..." (enfermero C3 II III)

"Capacitación corre por cuenta de uno. Siempre haces una capacitación en algo. El SEDRONAR ofrece cursos de capacitación" (psicólogo C3 II III)

Varios de los consultados destacaron la importancia que tendría una mayor presencia de SEDRONAR en este aspecto y hubo coincidencias en plantear que este es un rol que la Secretaría no debería resignar y que por otra parte es quizás, la única forma en que logran actualizarse e intercambiar experiencias con otros colegas e instituciones. En ese sentido hubo incluso algunas propuestas:

"Sí, el Estado debería brindar facilidades de capacitación... la SEDRONAR no tiene una capacitación a distancia digamos un posgrado a distancia, que sería muy útil para todos pero especialmente para el interior del país que sea de bajo costo eventualmente subsidiado y que permita la capacitación más intensa de quienes trabajamos en esto, en vez de tener que pagar un montón de plata para hacer un posgrado, quizá pudiera ser a través de la SEDRONAR y sobre todo a distancia porque también hay gente que está trabajando o que está lejos y no tiene la facilidad horaria como para eso". (director D3 II)

"Hace falta...la capacitación es fundamental y también la investigación para ver que resulta y que no en nuestro país para esta problemática." (psicóloga D3 II III)

"Falta que la SEDRONAR promueva encuentros científicos de discusión específica, ...que se promuevan encuentros científicos específicos, a partir de ateneos, decir, cuál es la característica particular que tiene un ambulatorio y cómo algunos lo resolvieron..." (director D3 I II)

B.5. El subsidio SEDRONAR

Más allá de la importancia de cada una de las cuestiones analizadas hasta aquí sobre la relación instituciones prestadoras - SEDRONAR sin lugar a dudas el subsidio a los pacientes es el aspecto más relevante que la Secretaría aporta para la atención de personas con drogadependencia.

Es por ello que en las instituciones prestadoras el estudio indagó sobre la opinión general que merecía el mismo y más particularmente sobre su suficiencia. En términos generales 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)

"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, hay quienes consideran que el mismo hecho del subsidio y la "facilidad" de acceder al mismo provocan que muchos pacientes no valoren apropiadamente el tratamiento.

"si... quizás esto del subsidio de SEDRONAR hace que... como que para los pacientes no haya un valor de lo que es estar internado, del costo de la familia, ¿no?, 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)

"Más allá de que uno ve positivo el subsidio, muchas veces los chicos no lo valoran y eso es una diferencia notoria en relación a otros chicos. Para nosotros un chico que se recupera de SEDRONAR, es un gran logro" (director C3 III)

Por otra parte los entrevistados consideran que las dificultades económicas de la población atendida por la Secretaría provoca que, a pesar del subsidio para su recuperación, tengan problemas para completar los tratamientos por necesidad de aportar al presupuesto familiar y abandonen o quieran acelerar los tiempos de internación o reinserción social.

"...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)

Percepción de suficiencia / duración y monto

Hubo consenso generalizado sobre la insuficiencia de los subsidios en términos de su duración. Sin embargo, prácticamente no se registraron quejas en relación con su monto.

Si bien el tema sobre las fases de los tratamientos y consideraciones sobre los tiempos de los mismos se trabajarán en el Capítulo 3 interesa aquí describir las reflexiones de diversa índole que surgieron ligadas al tema de la duración del subsidio y su asociación con la finalización de los tratamientos. Así, el consenso en términos de la insuficiencia se asocia a la imposibilidad de cumplir en 12 meses las etapas necesarias para garantizar de alguna forma la reinserción social de los pacientes.

“Nuestros tiempos si 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)

“¡¡¡No!!!, ni por casualidad, ¡no!, nunca coincide el tiempo de subsidio con el de tratamiento (...) Nosotros consideramos... o sea, menos de un año para un paciente con un problema de dependencia de sustancias, no alcanza, no sirve, así de simple, por que es una transformación lenta, no se puede...” (director D3 II)

“Por un lado está lo que marca SEDRONAR y por otro lado está lo que nosotros marcamos. Nosotros creemos que la beca de SEDRONAR es muy poco tiempo”. (psicóloga D3 I II)

Para justificar la insuficiencia se mencionan razones derivadas de los tiempos de consumo de los pacientes, las modificaciones operadas en los últimos años en relación con la drogadependencia, 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 años 40...en 12 meses. No, el tipo de subsidio no coincide con el tratamiento, estamos hablando de que vos tenés que solucionar muchísimos traumas de ese tiempo de consumo más lo que no consumió porque la persona no nació consumiendo, entonces en 12 meses es imposible poder trabajar”. (Director C3 II III)

“Para nada. En lo mas mínimo es suficiente. Porque no alcanza el tiempo. Es mínimo el tiempo de la SEDRONAR o de la subsecretaría ante la problemática del consumo. 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 multi disciplinario. ... en la comunidad recibo yo al paciente, les digo que nosotros empezamos perdiendo el partido diez a cero. Porque acá vienen chicos... yo recibo 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)

Algunos piensan que el tiempo de subsidio es suficiente para cumplir una etapa del tratamiento, en general ligada a la desintoxicación, estabilización y reflexión del paciente sobre las problemáticas que lo llevaron a consumir.

"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, por eso esto es una estructura que lo marca". (psicóloga C3 III)

"Creo que es una etapa suficiente. 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)

"Parcialmente sí. La comunidad les da herramientas importantes, 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. Hasta el día de hoy, ¿resolver el problema? No. No podemos resolver en un año la cuestión adictiva, social, familiar". (subdirector C3 III)

También hay consideraciones en relación con la cronicidad de la adicción y la imposibilidad de pensar el tiempo del subsidio como el del tratamiento que, según los testimonios, debiera extenderse con algún tipo de acompañamiento durante toda la vida.

"La adicción es una patología crónica y la mayoría debería tener tratamiento de por vida, algunos con internación y otros de otra manera... Pero no está dado, salvo en algunos hospitales, el tratamiento de por vida..." (director B3 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 sentidode 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, para mí todos los dispositivos sirven de alguna forma, así que bueno sería eso...en general ningún terapeuta de adicciones te va a decir que con eso ya está". (operador D3 I II)

Una preocupación adicional la constituye el hecho de los pacientes que llegan a las instituciones con un "tiempo consumido de subsidio" lo que limita aún más las posibilidades.

"Y a veces nos han llegado pacientes de SEDRONAR que tienen ya usado un porcentaje de beca en otras instituciones; es decir viene un paciente después de haber estado tantos meses en una internación psiquiátrica, con el abordaje que hay en un psiquiátrico, y después viene a comunidad terapéutica que es un abordaje totalmente diferente, para objetivos totalmente diferentes, ¿se entiende?..." (psicólogo C3 I II III)

"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 algunos 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)

Si bien hay coincidencia en cuanto a considerar que cada tratamiento tiene sus tiempos algunos arriesgaron una opinión sobre el lapso considerado ideal

"La planificación del tratamiento es caso a caso, hay pacientes que hoy por hoy no tienen la beca y no por eso se los deja fuera de la institución. No podría establecer un tiempo, cada caso es distinto". (psicóloga D3 I II)

"... pero sí logramos ver, los residentes que egresan, los que han salido, ... con lo cual decimos que lo que se fue trabajando es suficiente para el año. Medio año más, sería genial, pero también uno puede adaptarse". (subdirector C3 III)

"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... Claro, nosotros tenemos un tiempo de internación de doce meses, que es el subsidio que utiliza SEDRONAR, para continuar con la otra parte del tratamiento, muchas veces hay que hacer malabares". (coordinador C3 III)

En relación con los montos de los subsidios, hay alguna mención al retraso en la actualización, pero los reclamos se asocian a las demoras de hasta 3 meses en dar de alta a los nuevos pacientes (en cuanto a la habilitación de los pagos) y a la necesidad de incluir algunas prestaciones hoy no contempladas, tales como medicamentos y análisis.

"Y, si se pagara un poco mas, sería bueno..." (Director D3 I II)

"si la Secretaría no tardara 3 ó 4 meses en pagar, sería mucho mejor, pagar mejor, en forma y rápido, porque nosotros muchas veces pacientes que ingresa hoy a la SEDRONAR sabemos que durante 2 ó 4 meses tenemos que darles de comer". (operador C4 III)

"La beca se termina y lo que es peor ahora no te están renovando la beca por tres meses, te dicen que si y después no te la dan. Eso hace que muchas instituciones no quieran tomar más pacientes de SEDRONAR y nos pagan mucho menos que el resto de las instituciones ...". (Directora C3 I II III)

"Si, que la SEDRONAR hiciera el contacto con los hospitales zonales, en lo que se refiere a los análisis u otros estudios que son de rutina y que hay que hacérselos. O sea, si hay contacto interinstitucional, digamos, de SEDRONAR con el hospital se facilitarían las cosas. Con los tiempos, cuando se les da un turno, etcétera. Eso sería deseable". (directora C3 III)

"Hay cosas que son bastante útiles como los controles de orina, a SEDRONAR nosotros no se los cobramos y eso es un precio \$40 pesos haciendo precio por el costo, y bueno si lo pudiéramos cobrar podríamos usar esta herramienta de otra forma, mejor. Por otra parte SEDRONAR ha hecho cosas muy positivas como monto para la medicación que eso también tranquiliza a la familia porque es una suma que alcanza 200 pesos por paciente o sea eso está bien". (director D3 I II)

La multiplicidad de motivos, las diversas asociaciones entre el tiempo de subsidio y el de tratamiento, así como la menor importancia dada al monto recibido por paciente por lo menos indican que es un tema sobre el que los 90 entrevistados han reflexionado y que forma parte de sus preocupaciones. Por eso cabe preguntarse inmediatamente que soluciones arbitran cuando se termina el tiempo subsidiado y el paciente debe seguir atendido.

Alternativas cuando los tiempos y montos no son suficientes

Las alternativas son muchas y fueron expresadas de distintas formas. 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 hay un reconocimiento de que, cuando está bien fundamentado es raro que SEDRONAR lo rechace.

"Por lo general estamos todo el tiempo pidiendo la prórroga. No coincide. 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)

"Si, la alternativa que tenemos es pedir una prolongación de beca, por ahí la dificultad es que a la prolongación de beca suelen acceder cuando es por cuestiones de, llamémoslo así, pacientes psiquiátricos, por otra situación es mas difícil conseguir la beca... El SEDRONAR es nuestra única fuente a quien apelar para continuar el tratamiento" (director C3 I II III)

"Y, por lo general... por ejemplo hay un caso, y se intenta pedir una prórroga para retenerlos lo mas posible..." (operador B3 III)

"Se va viendo caso por caso... ahora tenemos un chico que está hace un año, pero no pudo dejar, no pudo lograr abstinencia, tiene que seguir su tratamiento y se esta viendo con SEDRONAR de ampliarle la beca" (psicóloga D3 II)

"En realidad no se espera que se termine el subsidio, es algo que se tiene en cuenta antes, entonces lo que se hace es mandar una nota a SEDRONAR pidiendo una prórroga, (...) quedan baches y el paciente mientras tanto está y recibe todo el tratamiento" (psicóloga A3 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)

Agotada la instancia de la prórroga las alternativas son múltiples. Partiendo de la base que los pacientes que llegan a esta instancia ya están en condiciones que "estar en la calle" las instituciones optan por resolver de forma diversa esta etapa de "reinserción social"⁹

Algunas consideran que no pueden hacer nada en ese sentido y optan por dejar que el paciente "lo resuelva como pueda", es decir no le ofrecen **ninguna opción**.

"Sufrimos muchísimo, cuando se le acaba la beca y no se le soluciona yo sufro mucho y luchamos para que se les de mas beca, hablamos por teléfono". (psiquiatra A3 II III)

"... 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 quizá esperando a que llegue un subsidio y nunca llegó. Pero en la institución no hay becas". (psicólogo C3II III)

⁹ En el capítulo 3 sobre tratamientos se detallarán las fases de los mismos.

En el otro extremo, un grupo de instituciones considera “un deber” continuar asistiendo a los pacientes. En este caso las opciones son varias. Algunos optan por **subsidiar totalmente las etapas finales**, 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)

“decile a SEDRONAR... la institución continua asistiendo, sí. Por más que tengas que estar 36 meses más... tenemos esa mirada...” (operador C3 II 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 complicado porque a veces ... uno se encuentra con pacientes que no tienen un recurso de anclaje.” (directora C4 III).

“Los bancamos nosotros. Depende de SEDRONAR, antiguamente recibíamos pacientes con un año de beca, nos daban una extensión de tres meses más, y nosotros lo bancábamos más o menos un año más.” (directora C3 I II III)

“En algunos casos lo sustentamos nosotros, con nuestros sueldos...” (director C3 I II III)

“... generalmente la institución termina subsidiando el proceso completo de reinserción, casi... 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)

“...de hecho los subsidia la institución en muchos casos o sea tenemos personas que los tratamientos ...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 pero con una pequeña contribución** al tratamiento, pidiendo a los que van consiguiendo ingresos o tienen familias que paguen una parte. 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)

“Se da una beca en la que no tiene que pagar absolutamente nada o tiene que pagar un porcentaje, si está trabajando, un porcentaje de su trabajo, no es que hay un monto fijo si no es en relación a lo que

el paciente gana: por ejemplo gana 100 pesos se le cobran 10, algo así. Eso se ve en cada caso" (operador D3 I II)

"Mirá, la realidad es que a algunos los becamos, los que no tienen posibilidades económicas, porque también lo que pasa es que un paciente cuando empieza a reorganizar su vida, en un momento empieza a trabajar, su economía se mejora, en lugar de gastar en droga, empieza a tener ingresos... Claro, algunos la familia cubre el tratamiento, en otros casos ellos pueden cubrirlo, sí, sí...sí me preguntas particularmente de los del SEDRONAR, tendría que pensarlo especialmente, estoy pensando en general, en todos. Porque pasa también con las obras sociales, no pagan y el paciente sigue". (director D3 II)

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)

"Siguen ... lo bancamos nosotros, para eso está el equipo de ventas, por ahí se le pide una colaboración a la familia ... una de las cosas es que no pueden salir a la venta, la SEDRONAR no deja salir a los pacientes a la venta, ... Y se frustran... ven que los compañeros después de cierto tiempo salen a la venta, tiene salidas y ellos no pueden. el tema de la venta es más que nada por la reinserción, no es que nosotros vivimos de lo que venden ... es más para que vuelvan a salir, a relacionarse ... No tiene sentido lo que plantean ellos, que tiene que estar acá encerrados ..." (psicólogo 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.

"No se... por ahí que después el mismo SEDRONAR ofrezca un tratamiento ambulatorio para cuando terminan, o algún tipo de modalidad en ese sentido, para continuar el tratamiento, ..". (psicóloga C3 I II III)

"Es un problema. Se les ofrece el programa Ser de la SEDRONAR" (asistente social B3 III)

"...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 que se maneja 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, pero tenemos un contacto dónde va a seguir el tratamiento, ¿sí?, 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)

"... nos hemos contactado con el hospital de día del Ameghino... es un tema..." (asistente social B3 III)

"En este momento estamos trabajando mucho antes del egreso, si un paciente viene con 60 días por delante, lo hacemos solo si tenemos posibilidad de prórroga de subsidio... lo charlamos a priori con SEDRONAR.... Y trabajamos en ambulatorio y de que el paciente se vaya con una fecha de evaluación psicológica y psiquiátrica en un lugar público, indicamos algún tratamiento... armamos una red entre la familia, un tratamiento y una inclusión..." (psicólogo B3 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. (..) Sí, hay forma acá, pero esta es una institución privada y tienen que pagar un arancel y la mayoría de estos pacientes lamentablemente no pueden". (directora B3 III)

"SEDRONAR te corta el subsidio al año, estés como estés, y se termina la internación, ya lo sabemos, los preparamos, muchos de estos pacientes intentan hacer algo con esto, por ejemplo te dicen "yo necesito ir a hacer una terapia"... pacientes que van a Narcóticos anónimos, tienen un pronóstico malo, digamos, porque N.A. no sabe trabajar con este tipo de pacientes". (director C3 I II 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 es una trampa social, pero 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)

"En general, muchos de ellos acceden a un trabajo, con lo cual acceden a una obra social y desde ahí tienen esa alternativa del monotributo y una obra social" (coordinadora D3 II)

"Y... mirá, 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)

"Vos sabes que no... que no cubren la etapa más 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)

"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 puedes 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)

“Mirá 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, aunque se puntualizaron pedidos en relación con algunos costos que sería conveniente cubrir y que hoy no son tenidos en cuenta (odontología, análisis, etc.). Finalmente, son múltiples las formas que las instituciones arbitran para dar continuidad a los tratamientos una vez finalizado el subsidio del paciente. En un amplio arco oscilan desde hacerse cargo con fondos propios hasta el alta, hasta la derivación a instituciones del sector público para continuar con la atención.

CAPÍTULO 3 - LA POBLACIÓN BAJO TRATAMIENTO

Este capítulo se divide en dos partes: en la primera se analizan algunas características de los tratamientos, en particular sus objetivos y orientaciones básicas desde la perspectiva del personal de las 27 instituciones visitadas.

En la segunda parte, a partir del desarrollo de la línea de base, se construye el perfil sociodemográfico y de consumo de la población beneficiaria al inicio de su tratamiento y se identifican algunos cambios producidos en el período considerado (julio 2006-julio 2008). Se complementa el análisis cuantitativo con las apreciaciones del personal de las instituciones respecto de dicho perfil.

A. Los tratamientos

A.1. Los objetivos de los tratamientos: de la abstinencia a la reinserción

Cualquiera sea la modalidad de tratamiento o el tipo de institución en que se brinda, los propósitos y objetivos perseguidos son similares, generalmente se plantean en forma de proceso. El primer objetivo, aunque no el prioritario, es la abstinencia o abandono total del consumo como condición para poder trabajar aspectos que permitan acceder a una mejor calidad de vida.

“Rehabilitarlos, reinsertarlos y que tengan una vida lo mejor posible con sus familias. ... incluye la abstinencia total y plena”. (director C3 II III)

“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 está 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)

“Compensar el cuadro agudo de entrada, estabilizarlo y llevar adelante los objetivos del paciente, un proyecto de vida”. (director B3 III)

“...primero la abstinencia. Con la abstinencia uno puede ir viendo como puede 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 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.

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

“La conciencia de enfermedad, porque si no hay conciencia de que estoy enfermo, nadie puede cambiar” (profesional C3 I II III)

“Lo primero es hacer tomar conciencia, y tomar conciencia de enfermedad que indique que va a necesitar tratamiento de por vida, que tenga constancia”. (directora 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 necesitas 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)

“Lo que hace la institución es facilitar los elementos para una futura inserción obviamente de manera diferente, básicamente son esos los objetivos, son facilitadores de herramientas, o instrumentos o formas de relación, de inclusión...” (director 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)

"Aprender a vivir bien o mejor; tener buenos vínculos o agradables con el entorno y tener una reinserción social adecuada, vivir en sociedad". (operador C4 III)

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

"Otro de los objetivos que son importantísimos es la reinserción social, porque..cuando salen... a esa familia disfuncional... porque no nos olvidemos que hay una persona en el núcleo familiar que consume es porque atrás hay una familia enferma. Entonces... otro el trabajo con la familia". (directora B3 III)

"Se trabaja haciendo mucho hincapié en no solo que el paciente deje la sustancia si no también en el ámbito familiar y la futura inserción... que puedan tener algún proyecto, que el tratamiento no solo se cierre en la abstinencia. (Psicóloga, D3, I y II)

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 socialde 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* para significar el fin de esta etapa.

"El alta ...es cuando un paciente está en condiciones de poder ir a psicoterapia con un psicoterapeuta general, no necesita especialista".(director C3 II III)

"...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)

“...fueron cambiando los tiempos y fuimos bajando un poco las expectativas en función a lo que es un tratamiento exitoso, antes por ahí, un tratamiento exitoso tenía que ver con cosas que trascendían la abstinencia, ..que tenían que ver con formar una familia, tener cierto grado de honestidad... por ahí hoy se prioriza obviamente esto de que no tenga un consumo de drogas, por lo menos, cosa que en el alcohol es mucho más difícil, antes se buscaba hasta la abstinencia del alcohol, eso hoy es mas complicado”. (director C3 II III)

“.... lo que damos es un fin de beca con las fases del tratamiento cumplidas pero fin de beca, paciente recuperado no..., para ya tener apenas salen, la terapia individual o grupal que el CTA decida...” (subdirector C3 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 es una institución que rehabilita al paciente, sino que es el pasaje de esa persona en la institución la que le aporta una porción de su experiencia en la vida”. (directora C4 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)

A.2. 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)

"Si bien se trabaja mucho lo que es conducta, trabajamos mucho terapéuticamente viendo que es lo que enfermó al pibe". (operador C3 I II III)

"Es una comunidad terapéutica profesional de modelo mixto, que incluye el modelo típico de comunidad, pero el paciente tiene terapia individual desde que ingresa. En los antiguos modelos, esto antes se daba a los tres meses". (director B3 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 mí, 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)

"Centramos el tratamiento no en la red familiar sino en el individuo y que después se vincule con lo familiar es en ese orden..." (operador C3 II III)

"Es una comunidad terapéutica, no es abierta pero tampoco es cerrada. Digamos que es semi abierta, el criterio del trabajo es integrador en el sentido de que no se trabaja con cosas pautadas sino con la elaboración de los conflictos". (asistente social B3 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)

"En las adicciones lo fundamental es el trabajo en grupo".(director D3 I II)

Otro aspecto que concita cierto consenso en el discurso de los entrevistados es 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 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 rehabilitación no pasa por el abordaje psicofarmacológico, salvo en los casos que si lo requiera". (psicólogo C3 I II III)

"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)

"Es filosofía de esta institución no medicar mucho a los pacientes... la contención y la internación favorece mucho a que no se los medique... históricamente no se los medicaba, pero con el cambio de las drogas hubo que empezar a medicar a algunos pero son los menos". (médico 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 idea es usar la menor cantidad posible de medicación". (psiquiatra 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)

A.3. Las modalidades de tratamiento: ¿Residencial vs. Ambulatorio?

No existe desde la opinión del personal entrevistado 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, comunidad de día, internación 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)

La modalidad residencial es sostenida como un mecanismo útil y necesario de contención y ordenamiento “estructural” de la vida de los pacientes. Estos son los aspectos positivos que se destacan:

“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 re copado”. (operador C3 II III)

“La contención, la estructura... el que el paciente vuelva a formar una estructura...” (operador C4 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 de las condiciones de la vida intra comunitaria y los riesgos de dependencia que acarrea. 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.

“...y 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)

"Nosotros no queremos que los chicos se institucionalicen, la institución es un lugar de tránsito, todo lo que puedan generar tiene que ser algo que puedan seguir generando más allá del tratamiento, mas allá de la beca que tengan, mas allá del alta que les demos nosotros. Que los chicos tengan en cuenta que el tratamiento se termina y la vida sigue". (director C4 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)

"Es muy corto el tiempo de tratamiento pero tampoco estoy de acuerdo con que los chicos estén internados un año fuera de lo que es la sociedad". (director C3 II III)

Desde la perspectiva de quienes se desempeñan en hospital de día, existe un reconocimiento de que la modalidad ambulatoria 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 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)

"De este tratamiento, aspectos positivos el que puedan volver a dormir a su casa y puedan estar compartiendo su vida con su familia, no estar encerrados, eso es importante, seguir trabajando en conjunto con su familia su patología o el problema que tenga". (operador D3 I 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)

“...que sea ambulatorio me parece que es muy bueno porque se pueden ver otros conflictos y además si alguien viene es porque quiere tratarse”. (psicóloga D3 I 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: cierta estructura normatizada y organizada de 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)

A.4. La duración de los tratamientos: ¿un año o toda la vida?

Existe cierto consenso en cuanto a la necesidad de unos dos años como tiempo requerido para los tratamientos en comunidad terapéutica lo cual, como ya fuera destacado anteriormente en el capítulo 2 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.

“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)

"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)

"Depende del paciente, por lo general es un año o 2, o sea teniendo en cuenta ya una reinserción, no constantemente internado. Permanecen un tiempo internados y después empiezan a venir los fines de semana, va gradual, 3 ó 4 salidas empiezan 2 o 3 horas pero empiezan paulatinamente el horario del afuera, a los 2-3 meses empiezan a ir 1 vez a la semana a la casa ir y volver, no se quedan, y después luego empiezan a manejar el fin de semana y luego empiezan con el manejo de los límites, con la conciencia de enfermedad, con los riesgos lo que acarrea estar afuera y con los riesgos que por ahí tuvieron en una salida". (operador C3 III)

"Cuando se acaba el subsidio de SEDRONAR, nosotros no tenemos la peregrinista intención de decir viene, está doce meses y le damos el alta. 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". (director D3 I II)

Son pocos los que sostienen un acortamiento temporal del tratamiento:

"Un año de internación está bien, es más, si fuera por mi sería menos. A veces necesitas ese tiempo, porque no contás con una familia que tenga ganas de colaborar". (director 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)

A.5. La comunidad como método

La casi totalidad de los pacientes subsidiados (95%) son atendidos en comunidades terapéuticas, sean éstas residenciales o para tratamiento diurno. Como se desprende de lo expuesto hasta aquí, no aparecen criterios

claros en torno a los cuales se puedan clasificar sus tratamientos. 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 se vuelve a constatar en la forma de articular las diversas técnicas y herramientas disponibles en los programas ofrecidos a los pacientes: cuentan generalmente con un "modelo" básico del proceso de tratamiento, que denominan de "comunidad", 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)

"Entrás a un programa, el programa es a medida de cada paciente". (coordinadora D3 I II)

"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 de cantidad, denominación y duración variable pero que siguen una lógica similar y están vinculadas a los objetivos de los tratamientos revisados más arriba: 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)

“La estructura terapéutica esta dividida en dos etapas admisión y comunidad. Admisión tiene tres fases: orientación, intermedio y pre comunidad. La primera etapa que es admisión tiene tres fases, la segunda etapa que es comunidad tiene tres fases: A, B y C”. (director 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 de intermedio y 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, cambio de hábitos, no consumo En la fase B es crítico 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)

“El paciente de entrada ingresa a pre comunidad, la comunidad se divide en cuatro etapas. ...la adaptación al sistema, después de estar en pre comunidad, tres, cuatro meses, pasa a comunidad, lo que se llama franja, ahí está aproximadamente tres meses. Cada franja tiene sus objetivos y una vez superados, pasan a la siguiente etapa”. (director B3 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 que en general implican distinta cantidad de horas e intensidad de asistencia a la institución.

“Se trata de cómo instrumentar un tratamiento en distintas fases, la primera es la de admisión después este, Fase 1, fase 2 y fase 3 con objetivos muy claros generales y también individuales de cada paciente que ingresa”. (directora D3 I II)

“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 toda 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, si?, 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 nivel de profesionalización 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)

"... porque hay diferentes tipos de comunidades, las comunidades que son profesionalizadas (como la nuestra), y las no profesionalizadas que son dirigidas por operadores también, no sé si capacitados o no". (directora B3 III)

"Nosotros no trabajamos con operadores ex adictos. Tenemos otra modalidad. El enfoque no es con ex adictos. Son estudiantes de psicología o recibidos de la carrera". (psicóloga B3 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)

"Si, hay una estructura y normas escritas de lo que se puede, lo que no se puede, lo que pueden y no pueden hacer. La idea es que funcionen y se respeten, también hay un sistema de marcaciones como para que los chicos se encuadren a si mismos para que puedan respetar lo mayor posible". (operador C3 II III)

"... puntualmente hay una cuestión de estructura con lo cual hay horarios para cada una de las actividades y la idea es que ellos lo vayan normatizando, por una cuestión digamos lógica". (subdirectora C3. 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 a lo largo de una jerarquía de funciones cada vez más importantes con más privilegios y responsabilidades. La relación entre compañeros para el que ingresa a una comunidad sirve para aprender y asimilar las normas y desarrollar habilidades sociales. Se destacan algunas instituciones que 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)

...dentro de la estructura jerárquica de la casa, hay una estructura jerárquica entre "Los pacientes, hay alguien que es auxiliar de tal, hay alguien que es supervisor y después hay un grupo que son

coordinadores y hay otros chicos que son hermanos mayores". (psicólogo C3 I 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)

"Por ahí la modalidad no es para todo tipo de personas, porque es más horizontal no tan vertical, donde se trabaja mucho con la conciencia y con la toma de responsabilidad sobre la propia vida y hay personas que por ahí no se adaptan a este sistema porque por ahí necesitan mano más dura". (operador C3 III)

El personal a cargo de los tratamientos son los principales agentes de cambio. Se trata de equipos multidisciplinarios compuestos por psicólogos, médicos, y operadores socioterapéuticos, muchos de estos 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.

"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)

"Trabajamos en conjunto con psicólogos, la psiquiatra, los operadores, se hace una reunión de equipo semanal y ahí vamos viendo los distintos casos de distintos pacientes y a veces charlamos cuestiones propias del equipo" (operador C3 II 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)

“...En este tipo de problemas no se puede trabajar individualmente. Nos juntamos todos los profesionales y debatimos”. (director D3 I II)

B. La Población beneficiaria

B.1. Perfil de la población beneficiaria

En este apartado se centrará la atención en los pacientes que realizaron sus tratamientos en las 52 instituciones situadas en Ciudad de Buenos Aires y el Conurbano que obtuvieron su subsidio entre junio de 2006 y julio de 2008 en instituciones del AMBA¹⁰. El 75% de los pacientes fueron derivados a instituciones que se encuentran ubicadas en el GBA y a tratamientos con internación.

TABLA N° 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

	TOTAL	
	%	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

Se observa que se trataba 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 era marcadamente masculina. Nueve de cada diez eran varones. Asimismo, si bien más de la mitad accedió al nivel medio, sólo el 17% de ellos logró culminar sus estudios secundarios.

TABLA N° 3.2.

¹⁰ Se ha considerado el período y universo para el que se relevó la información de la línea de base. 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)

Edad, sexo y máximo nivel de instrucción de la población beneficiaria que obtuvo su subsidio entre junio de 2006 y julio de 2008, AMBA

	TOTAL	
	%	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
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 alrededor del 9%, al momento de iniciar el tratamiento se encontraba viviendo en la calle, mientras otro 9% residía en viviendas precarias.

TABLA N° 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

	TOTAL	
	%	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.

TABLA N° 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		
Desocupado	64,9	620
Ocupado	9,7	93
Inactivo	25,3	242
Total	100,0	955

La inmensa mayoría de los pacientes declaró haberse iniciado en el consumo antes de cumplir los 17 años. 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 que ocho de cada diez pacientes consumieron más de una durante el último año, en su mayoría entre dos y tres.

TABLA N° 3.5.
Edad de inicio en el consumo de SPA, tipo y cantidad de sustancias consumidas durante el año previo al inicio del tratamiento de la población beneficiaria que obtuvo su subsidio entre junio de 2006 y julio de 2008, AMBA

	TOTAL	
	%	n
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
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

Hasta aquí se intentó dar cuenta de la proporción de pacientes que consumió cada sustancia, independientemente de las combinaciones que estos hayan realizado. A partir de este punto, 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. De aquí se puede concluir que los pacientes monoconsumidores son generalmente alcohólicos.

TABLA N° 3.6.

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

PERSONAS MONOCONSUMIDORAS (19,5%)	TOTAL	
	%	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 de las personas 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 N° 3.7.

Tipo de sustancia consumida durante el año previo al inicio del tratamiento de la población beneficiaria 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%)	TOTAL	
	%	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 N° 3.8.

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)	TOTAL	
	%	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 N° 3.9.

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%)	TOTAL	
	%	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 fue un varón que no superaba los 24 años, que no completó la secundaria y se encontraba excluido del mercado laboral. Muchos de ellos provenían de una familia encabezada por una mujer sin pareja.

En su mayoría se trató de pacientes que se iniciaron en el consumo de sustancias antes de cumplir los 17 años. Las cinco sustancias con mayor prevalencia fueron 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 2 y 3 de las cinco sustancias con mayor prevalencia durante el año previo al inicio del tratamiento.

La combinación que estuvo presente en la mayoría de 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.

B.2. Evolución del perfil de la población en el período junio 2006 y julio 2008

Con el propósito de identificar variaciones en el perfil de la población beneficiaria, se la segmentó en dos partes: aquellos pacientes que obtuvieron su subsidio entre junio de 2006 y junio del 2007 (año 1) y aquellos que lo obtuvieron entre julio de 2007 y julio de 2008 (año 2).

Desde el punto de vista de la modalidad de atención al ingreso, se observa que se redujo la cantidad de subsidios otorgados en modalidad de internación psiquiátrica y que casi la totalidad de los pacientes que ingresaron para desintoxicación se concentran en el segundo año considerado. Asimismo, se destaca que las dos modalidades de atención más frecuente - tratamientos ambulatorios e internación- se mantuvieron estables durante el período.

TABLA N° 3.10.
Modalidad de ingreso de la población beneficiaria que obtuvo su subsidio entre junio de 2006 y julio de 2008 según año de ingreso, AMBA

MODALIDAD AL INGRESO	AÑO 1		AÑO 2	
	%	n	%	n
Ambulatorio	19,7	83	18,4	98
Desintoxicación	0,2	1	3,6	19
Dual	5,5	23	3,7	20
Internación	74,6	314	74,3	397
Total	100,0	421	100,0	534

En relación con el perfil sociodemográfico se observan variaciones pronunciadas, orientadas todas a vislumbrar la conformación de un grupo beneficiario socialmente más vulnerable. Esta es una lectura posible del incremento en un 35% de los pacientes provenientes de familias monoparentales, o del incremento del 22% de los pacientes que sólo lograron completar la escuela primaria, a la vez –y asociado a esto- la disminución muy considerable en la edad de las personas que solicitan el subsidio.

TABLA N° 3.11.
Edad, máximo nivel de instrucción y tipo de hogar de la población beneficiaria que obtuvo su subsidio entre junio de 2006 y julio de 2008 según año de ingreso, AMBA

INDICADOR	AÑO 1		AÑO 2	
	%	n	%	N
EDAD				
18 a 24	26,3	106	40,4	207
25 a 34	45,4	183	37,1	190
35 y más	28,3	114	22,6	176
Total	100,0	403	100,0	513
MAXIMO NIVEL DE INSTRUCCIÓN				
Hasta primaria completa	28,0	113	34,2	175
Hasta secundaria incompleta	55,6	224	48,6	249
Secundaria completa y más	16,4	66	17,2	88
Total	100,0	403	100,0	512
TIPO DE HOGAR				
Nuclear completo	36,2	141	27,9	146
Monoparental	40,6	158	54,7	286
Otras familias	23,1	90	17,4	91
Total	100,0	389	100,0	523

Desde el punto de vista del consumo de sustancias, la variación más importante es la disminución de la prevalencia del consumo de alcohol. En el resto de las sustancias consideradas, esta se mantuvo estable durante el período.

TABLA N° 3.12.
Sustancias consumidas durante el año previo al inicio del tratamiento de la población beneficiaria que obtuvo su subsidio entre junio de 2006 y julio de 2008 según año de ingreso, AMBA

SUSTANCIAS CONSUMIDAS DURANTE EL AÑO PREVIO	AÑO 1		AÑO 2	
	%	N	%	N
Alcohol	72,4	197	65,7	178
Cocaína	62,5	170	60,5	164
Marihuana	62,9	171	66,1	179
Pasta base	50,4	137	46,9	127
Pastillas tranquilizantes	14,3	39	15,1	41
Inhalantes	8,1	22	6,3	17
LSD	6,6	18	7,0	19
Total	100,0 (*)	272	100,0	271

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

La cantidad de sustancias consumidas permaneció estable. Sin embargo se observan variaciones en la sustancia prevalente entre los monoconsumidores y en las combinatorias entre los policonsumidores.

En primer lugar se destaca la disminución del peso relativo del alcohol entre los monoconsumidores en favor del incremento del peso relativo de cocaína. Entre quienes declaran haber consumido dos sustancias, la combinatoria más frecuente en este grupo –alcohol y cocaína- disminuyó su centralidad y emerge como grupo central el grupo consumidor de marihuana con pasta base.

Entre los consumidores de tres sustancias el grupo de consumidores de alcohol, cocaína y marihuana fue el que más creció durante el período bajo estudio. Por último, entre los consumidores de cuatro sustancias el aumento del grupo de pacientes que realiza combinaciones con pastillas tranquilizantes surge como un emergente del período.

TABLA N° 3.13.
Tipo de sustancias consumidas durante el año previo al inicio del
tratamiento de la población beneficiaria que obtuvo su subsidio entre junio
de 2006 y julio de 2008 según año de ingreso, AMBA

INDICADOR	AÑO 1		AÑO 2	
	%	N	%	N
PERSONAS MONOCONSUMIDORAS				
Alcohol	58,8	30	40,0	22
Cocaína	15,7	8	25,5	14
Marihuana	7,8	4	12,7	7
Pasta base	17,6	9	21,8	12
Total	100,0	51	100,0	55
PERSONAS QUE CONSUMIERON DOS SUSTANCIAS				
Alcohol y Cocaína	28,8	21	23,1	18
Marihuana y Pasta Base	15,1	11	26,9	21
Alcohol y Marihuana	17,8	13	16,7	13
Cocaína y Marihuana	13,7	10	16,7	13
Alcohol y Pasta Base	15,1	11	9,0	7
Cocaína y Pasta Base	9,6	7	7,7	6
Total	100,0	73	100,0	78
PERSONAS QUE CONSUMIERON TRES SUSTANCIAS				
Alcohol, cocaína y marihuana	36,5	31	50,6	42
Alcohol, cocaína y pasta base	5,9	5	9,6	8
Alcohol, cocaína y pastillas	8,2	7	3,6	3
Alcohol, marihuana y pasta base	18,8	16	15,7	13
Alcohol, marihuana y pastillas	1,2	1	1,2	1
Cocaína, marihuana y pasta base	25,9	22	15,7	13
Marihuana, pasta base y pastillas	3,5	3	3,6	3
Total	100,0	85	100,0	83
PERSONAS QUE CONSUMIERON CUATRO SUSTANCIAS				
Alcohol, cocaína, pasta base y marihuana	70,0	35	52,5	21
Alcohol, cocaína, marihuana y pastillas	18,0	9	22,5	9
Alcohol, cocaína, pasta base y pastillas	4,0	2	0,0	0
Alcohol, marihuana, pasta base y pastillas	6,0	3	15,0	6
Cocaína, marihuana, pasta base y pastillas	2,0	1	10,0	4
Total	100,0	50	100,0	40

A modo de resumen es posible decir que se perciben algunos cambios en el perfil de la población en el período considerado entre los que se destacan el incremento del peso relativo de los pacientes más jóvenes, y vinculado a esto el incremento de la proporción de pacientes con bajo nivel de instrucción. Asimismo, se registra un aumento de la proporción de pacientes provenientes de hogares monoparentales. Desde el punto de vista del perfil de consumo de sustancias, se destaca la disminución de la prevalencia de alcohol, el incremento del peso relativo de la combinación de marihuana con pasta base entre los consumidores de dos sustancias, del alcohol con cocaína y marihuana entre los consumidores de tres sustancias y las combinaciones con pastillas entre el grupo de consumidores de cuatro sustancias.

B.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, entienden que son una m., no se quieren, compulsión a la repetición y son débiles...El adicto es el emergente de un grupo familiar que está mas enfermo que el”. (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 sino que la marginalidad social y la situación de calle constituyen características frecuentes.

“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)

Otra especificidad aparece en relación su perfil e historia de consumo (consumo de larga data, paco, policonsumo) y a su situación judicializada:

"En general de 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 muchos, 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 casi todos 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 todos y en altas dosis". (directora C3 III)

"En general, son policonsumidores" (director C3 II 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 el capítulo siguiente.

"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", en todo caso más 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)

CAPÍTULO 4 - EFICACIA Y EFICIENCIA DE LOS TRATAMIENTOS

En este capítulo, se abordan los aspectos vinculados a la eficacia y la eficiencia de los tratamientos. Estos se analizaron 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 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 transcurridos posteriormente al momento de otorgamiento del subsidio. Estas trayectorias se especificaron a través de algunos atributos que permitieran identificar factores asociados a la culminación de los tratamientos. Adicionalmente se analizaron los cambios en el tiempo de la capacidad de retención de las instituciones.

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 para su reinserción social.

En la última parte, se analizan los aspectos relativos al costo efectividad de la inversión en los diferentes tipos de tratamientos a partir de la duración de los mismos y con información aportada por las instituciones visitadas se estimó la suficiencia del subsidio y una aproximación a una medición de la eficiencia económica.

A. Las trayectorias “completas” de la cohorte

A partir de lo expuesto en el marco conceptual (capítulo 1) y confirmado en los testimonios de los equipos profesionales (capítulo 3), 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, entendiendo por ello 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 análisis.

A los fines del análisis de la información 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 de tratamiento 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.

Por ende, el tiempo de permanencia se trabajó de dos maneras: en primer lugar como días promedio de permanencia; en segundo lugar y como especificación de la tasa de tratamientos completos, analizando por un lado el peso relativo y 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.

Antes de comenzar el análisis es importante hacer 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", que no necesariamente 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.

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 nacional de pacientes ingresados entre el 1 de junio de 2006 y el 31 de enero de 2008 se encuentra muy lejos de la ideal. Transcurrido este tiempo sólo tres de cada diez pacientes lograron una salida del sistema de subsidios por haber finalizado el tratamiento, o por haber agotado la prestación. Las altas tasas de interrupción voluntaria (abandono) de los tratamientos y la relativamente baja proporción de pacientes que los interrumpen y retoman su tratamiento, redundan en que sólo una pequeña proporción de pacientes logren completar el subsidio. En el AMBA, la tendencia es similar aunque con una tasa levemente desfavorable respecto al total.

TABLA 4.1.
Tasa de tratamientos completos y tiempo de permanencia en meses,
Total País y AMBA

	Total país	AMBA
Tasa	28,4	26,3
Tiempo de permanencia	12,1	12,5
n	(1178)	760)

Por otra parte, la categoría "fin de subsidio" incluye al 86% del total del país y 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 14% en el país y el 12% en el AMBA.

TABLA 4.2.
Pacientes que completaron su subsidio según condición de egreso,
Total País y AMBA

	TOTAL	AMBA
% de tratamientos completos por "fin de beca"	86,2	88,5
% de tratamientos completos por "tratamiento finalizado"	13,8	11,5
TOTAL	100,0	100,0
n	(334)	(200)

En relación con las tasas de tratamientos completos según las características consideradas en la siguiente tabla, se puede observar:

- Desde el punto de vista del área geográfica donde se ubican las instituciones tratantes, se destaca una tasa mucho mayor en el resto de la provincia de Buenos Aires que la tasa a nivel país.

Para los pacientes derivados a instituciones del AMBA:

- En cuanto a la modalidad de tratamiento al ingreso, no aparecen diferencias entre quienes lo iniciaron en modalidad residencial o ambulatoria. Pero es superior entre los pacientes con diagnóstico "dual". Es posible que estos 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 el 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 tratamiento¹¹, se destacan dos grupos claramente diferenciados: 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 4.3.
Tasa de tratamientos completos según variables seleccionadas.
Total País y AMBA

	Tasa	N*
TOTAL PAIS		
TOTAL	28,4	1178
AREA GEOGRAFICA		
Ciudad de Buenos Aires	24,9	193
GBA	26,8	567
Resto Provincia de BS AS	44,2	95
Interior	28,6	308
AMBA		
TOTAL	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

¹¹ 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.

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
TIPOLOGIA 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 profundizar este 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 beneficiarios, lo que, como se verá más adelante insume más recursos. De acuerdo a la siguiente tabla, este grupo representa a nivel nacional casi un cuarto del total de beneficiarios que completaron el tratamiento y lo supera en el caso del AMBA.

Al analizar quienes requieren más tiempo para completar sus tratamientos y cuanto tiempo utilizaron es de notar que:

- Los pacientes del interior lo completaron en menos tiempo que el resto del país (casi un mes menos en promedio) y es también mucho menor el porcentaje de tratamientos que se extendieron a más de un año.

Para los pacientes derivados a instituciones del AMBA:

- 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.

TABLA 4.4.
Tiempo promedio de permanencia en los tratamientos completos y porcentaje de beneficiarios que lo completaron en más de un año. Total País y AMBA

TOTAL PAIS	Días Promedio	% *	N**
TOTAL	363	24,0	334
AREA GEOGRAFICA			
Ciudad de Buenos Aires	377	39,6	48
GBA	373	25,0	152
Resto Provincia de BS AS	357	31,0	42
Interior	347	11,4	88
AMBA			
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 obstante, resulta importante avanzar en un análisis más fino sobre los tratamientos completados. Puede partirse de la hipótesis de que los

tratamientos completados sin interrupciones (de aquí en adelante "tratamientos continuos") suponen mayor adherencia y compromiso de parte de las personas tratadas aunque, como se verá en el próximo capítulo, las interrupciones son consideradas como un aspecto constitutivo de los tratamientos. Se analiza en la siguiente tabla la distribución de los beneficiarios con tratamiento completo según presenten una trayectoria continua o discontinua en su tratamiento.

En primera instancia se puede observar que la gran mayoría ha completado su tratamiento de manera continua (78% a nivel país y 72% a nivel AMBA) 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 alrededor de una cuarta parte interrumpe al menos una vez y retoma hasta agotar el subsidio. Pero además se puede observar que:

- Hay mayor tendencia a discontinuar en el AMBA, sobre todo en CABA, que en el resto de la provincia e interior del país.
- 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 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. Casi todos (90%) completan el tratamiento sin interrupciones.

TABLA 4.5.
Distribución de tratamientos completos según hayan sido continuos o discontinuos. Variables seleccionadas. Total país y AMBA.

	% Continuos	% Discontinuos	N*
TOTAL PAIS			
TOTAL	77.9	22.1	334
AREA GEOGRAFICA			
Ciudad de Buenos Aires	62.5	37.5	48
GBA	75.0	25.0	152
Resto Provincia de BS AS	81.3	18.7	42
Interior	85.2	14.8	88
AMBA			
TOTAL	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 traslados a otras instituciones.

A modo de síntesis, tres de cada diez 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 área geográfica en la que está situada la institución tratante, el perfil sociodemográfico y de consumo del paciente.

Del conjunto de tratamientos realizados en el país durante el período considerado, se destaca claramente la elevada tasa de tratamientos completados entre los pacientes del resto de la provincia de Buenos Aires. A la vez, del conjunto de tratamientos en instituciones del AMBA, resalta una mayor tasa entre los consumidores de alcohol, sólo, con cocaína, o con marihuana; en oposición a los pacientes que durante el 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 características.

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 de Ciudad de Buenos Aires, en instituciones del AMBA con internación o 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, entre quienes 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, más en el AMBA que en el resto del país. 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.

B. Variación en la capacidad de retención de las instituciones con convenio con la SEDRONAR

El propósito de este apartado es dar cuenta de las variaciones en la capacidad de retención de las instituciones que brindan asistencia a los pacientes derivados por la SEDRONAR durante el período bajo estudio. Con este objetivo, se dividió a la cohorte en dos grandes grupos según el momento en que inició su tratamiento: aquellos a los que se les otorgó el subsidio entre el 1 Junio de 2006 y 31 de junio de 2007 (período 1) y aquellos que iniciaron su tratamiento entre el 1 de julio de 2007 y el 31 de enero de 2008 (período 2) para luego analizar los diferenciales en el porcentaje de subsidio utilizado por ambos grupos 16 meses más tarde. Si bien se trata de períodos de tiempos diferentes, el lapso considerado (16 meses) es el mismo.

La selección de este indicador se debe a que de los utilizados en este estudio -tasa de tratamientos finalizados y tasa de deserción- es el único que permite incorporar el tiempo de tratamiento acumulado de los beneficiarios que al momento de realizarse el corte habían interrumpido su tratamiento sin agotar la prestación y aquellos que aún continuaban en tratamiento. Es decir es un buen indicador de la capacidad de retención del sistema.

Luego de transcurrido un año y cuatro meses de iniciado el tratamiento, se observa que, independientemente de su condición de egreso:

- En conjunto la cohorte bajo estudio en el período 1 había consumido más de la mitad del total de días de tratamiento subsidiado. Por otro lado, el porcentaje de subsidio utilizado 16 meses después de iniciado el tratamiento se incrementó en un 11% entre ambos períodos.
- Esta variación es considerablemente menor en el conjunto del AMBA, aunque los valores de partida fueran muy similares al nacional. No obstante, al desagregar por área geográfica dentro del AMBA se observa que los pacientes asistidos en instituciones de la Ciudad de Buenos Aires registraron un incremento cercano al 20%, en oposición a los pacientes atendidos en el conurbano, donde fue prácticamente estable la proporción de subsidio utilizado pasado un año y cuatro meses de iniciado el tratamiento.
- Se registraron dos grupos en los que aumentó fuertemente la proporción de subsidio utilizado durante el período: los pacientes que durante el año previo al inicio del tratamiento habían consumido alcohol, marihuana y pasta base; y entre los pacientes con diagnóstico psiquiátrico.
- La tendencia en las instituciones de tipo B y D fue al aumento mientras que se mantuvo estable en las instituciones de tipo C.
- La variación fue mayor entre los pacientes que comenzaron a consumir más tardíamente que en los otros dos grupos.
- Tanto en el caso de las mujeres, de los menores de 25 años como de los pacientes con menor nivel de instrucción la variación es superior al promedio general del AMBA.

Este breve análisis sugiere entonces una mejora en la capacidad de retención de las instituciones del sistema en el período analizado, particularmente para los grupos de pacientes donde los puntos de partida eran más desfavorables.

TABLA 4.6.
Porcentaje de subsidio utilizado, según variables seleccionadas y año de otorgamiento del subsidio, Total País y AMBA

	Período 1		Período 2		TOTAL		VAR ***
	%*	N	%*	N	%*	N	
TOTAL PAIS							
TOTAL	52,6	699	58,5	479	55,0	1178	11,2
AREA GEOGRAFICA							
Ciudad de Buenos Aires	49,6	106	59,1	87	53,9	193	19,1
GBA	55,7	328	55,2	239	55,5	567	-0,9
Resto Provincia de BS AS	59,7	44	63,8	51	61,9	95	7,0
Interior	50,1	206	63,0	102	54,4	308	25,8
AMBA							
TOTAL	54,2	434	56,3	326	55,1	760	3,8
MODALIDAD DE TRATAMIENTO AL INGRESO							
Ambulatorio	54,2	83	57,8	63	55,8	146	6,6
Dual	61,2	23	95,7	11	72,4	34	56,2
Internación	53,8	327	54,6	240	54,1	567	1,3
CATEGORIA DE LA INSTITUCION							
B	60,9	44	69,2	32	64,4	76	13,7
C	52,7	287	53,1	228	52,9	515	0,7
D	54,3	83	61,3	62	57,3	145	12,8
EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO							
Hasta 13 años	49,4	110	51,6	100	50,4	210	4,4
14 a 16 años	56,8	173	55,9	129	56,5	302	-1,6
17 y más	54,9	124	63,8	90	58,6	214	16,1
SEXO							
Varón	54,7	371	56,2	276	55,4	647	2,8
Mujer	47,7	50	56,3	50	52,0	100	18,1
EDAD							
18 a 24 años	41,8	106	58,6	118	50,7	224	40,0
25 a 34 años	55,9	183	51,8	114	54,3	297	
35 años y más	57,0	114	56,2	82	56,7	196	
MAXIMO NIVEL DE INSTRUCCIÓN							
Hasta primaria completa	50,0	113	53,9	95	51,8	208	7,9
Secundaria incompleta	54,5	224	55,5	158	54,9	382	1,8
Secundaria completa y mas	64,8	66	60,8	58	62,9	124	-6,1

*% de subsidio utilizado

** Variación del % de subsidio utilizado en el período 2 respecto del período 1

C. La voz de los pacientes y los equipos tratantes

De acuerdo a lo que se adelantó, este apartado del capítulo da cuenta de las características de los pacientes 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 de reinserción social. Efectivamente, se logró entrevistar a más de la mitad de los pacientes que estaban completando tratamiento.

Comprender “quiénes son” en términos de las particularidades de este subuniverso, sus características personales y las de su entorno, sus percepciones en relación con el tratamiento que acaban de transitar, los cambios que perciben en si mismos y los que describen sobre ellos 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.

C.1. ¿Quiénes son?

En concordancia con lo que se describió en el capítulo 3, también 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 en pareja.

La distribución por género muestra una diferenciación. Así, más allá que el 92% de los que logran completar el tratamiento son varones se observan 5 puntos porcentuales más que la cohorte, cuya proporción es del 86% mientras que inversamente las mujeres que logran finalizar no alcanzan el 9%, mientras que en el total de la población estudiada las mujeres representaban el 13%, o sea inversamente 5 puntos porcentuales menos. Esto confirmaría las tendencias ya señaladas en las tasas de tratamientos completos.

TABLA N° 4.7.
Pacientes según edad y sexo.

	Total	
	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
TIENE PAREJA		
SI	48	39,3
NO	74	60,7
Total	122	100

En relación con la educación la proporción que manifiesta haber alcanzado el nivel medio es superior al grupo general (63% y 51% respectivamente), particularmente entre los pacientes en la etapa de reinserción esta proporción llega a superar el 75%. Por otra parte, se observa que un 20%

manifestó estar estudiando, posiblemente como parte de las actividades promovidas en los programas de tratamiento.

TABLA N° 4.8.
Pacientes según asistencia a establecimiento educativo y máximo nivel alcanzado.

	Total	
	n	%
Asiste a establecimiento educativo		
SI	13	20,0
NO	47	72,3
Ignorado	5	7,7
Total	65	100
Máximo nivel educativo		
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 de los que terminan su tratamiento vive en un barrio consolidado y la proporción de los que vivía en la calle es 4 puntos porcentuales menor que en la población general (6% y 10% respectivamente). La mayoría, nueve de cada 10, declaró que vivían en una casa o en un departamento. También esta proporción es mayor que la de la población general que, si bien es también mayoría, alcanza al 80%.

TABLA N° 4.9.
Pacientes según lugar de la vivienda y tipo.

	Total	
	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 son menos las mujeres que logran completar un tratamiento, son más los que han logrado acceder a la educación media y cuentan con un entorno barrial y hábitat más adecuado que la población general estudiada.

Si, tal como se mencionó en el capítulo 1 las adicciones son consideradas como una enfermedad crónica, en la que un tratamiento no logra por sí

mismo corregir la esencia del problema de forma permanente, se puede suponer que un porcentaje considerable de los pacientes que logran completar el suyo exitosamente han tenido alguna experiencia anterior. Efectivamente 7 de cada 10 pacientes en tratamiento transitaron por otros tratamientos. Además casi el 75% de los que están finalizando hicieron antes uno o dos.

TABLA N° 4. 10.
Pacientes según existencia y cantidad de tratamientos anteriores

Tratamientos anteriores	Total	
	n	%
SI	82	67,2
NO	40	32,8
Total	122	100,0
Cuántos		
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

Un dato adicional es 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

Al tener la oportunidad de indagar en forma directa a los pacientes se incluyeron en el cuestionario una serie de preguntas que permitieran especificar algunos temas relacionados al consumo que no existían en las bases analizadas hasta el momento. Así se indagó sobre la droga que motivó el tratamiento y la de inicio, el consumo de tabaco y alcohol.

En relación con **la droga que motivó el tratamiento** con el subsidio SEDRONAR el 45% lo hizo por consumo de pasta base/paco mientras tres de cada 10 lo hicieron por consumo de alcohol y un 33% por cocaína.

TABLA N° 4.11.
Pacientes según droga que motivó el tratamiento

Droga que motivó el tratamiento	Total	
	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

El tabaquismo constituye una dimensión de las adicciones de la que no hay registro confiable en los legajos de la SEDRONAR. En este sentido, la encuesta relevó que casi la totalidad de los encuestados fuma tabaco (84%) regularmente.

TABLA N° 4.12.
Pacientes según consumo de tabaco

Consumo de tabaco	Total	
	n	%
SI	103	84,4
NO	19	15,6
Total	122	100

Sólo 4 de los 103 fumadores lo hacen esporádicamente. Algo más del 90% fuma por lo menos 20 días al mes.

TABLA N° 4.13.
Pacientes según el promedio de consumo de tabaco, días por mes

Promedio de consumo días por mes	Total	
	n	%
Hasta 3 días	1	0,9
Entre 3 y 15 días	3	2,9
Diariamente	99	96,2
Total	103	100,0

A los pacientes que aún estaban en instituciones se les preguntó además a qué edad habían comenzado a fumar tabaco. Dos de cada diez comenzaron a fumar tabaco antes de los 12 años. A los 16 años más del 80% había comenzado a fumar. También se indagó cual era el promedio de consumo diario. Cinco de cada 10 declararon fumar un paquete o más de cigarrillos al día. Sólo el 30% fuma 10 cigarrillos o menos.

TABLA N° 4.14.
Pacientes según edad de inicio
y promedio de consumo diario de tabaco

Tabaco	Total	
	n	%
Edad de inicio tabaco		
9 a 12 años	20	22,2
13 a 16 años	58	64,4
más de 16 años	12	13,3
	90	100
Promedio consumo diario		
Entre 1 y 10	28	31,1
Entre 11 y 19	15	16,7
20 y más	47	52,2
Total	90	100

Con respecto al **consumo de alcohol** sólo el 13% manifestó estar consumiendo al momento de realizarse la encuesta (esto es sobre el final del tratamiento o durante la etapa de reinserción social). Como un 30% de los pacientes en estas etapas de tratamiento manifestó haberlo iniciado por adicción al alcohol es de suponer que el grupo que manifestó consumir lo hace en situaciones sociales. También se preguntó sobre la edad de inicio. Como en el tabaco es muy temprana, casi 7 de cada 10 se inició antes de los 16 años de edad.

TABLA N° 4.15.
Pacientes según consumo actual de
alcohol y edad de inicio del consumo

Consumo alcohol	Total	
	n	%
SI	16	13,1
NO	106	86,9
Total	122	100,0
Edad de inicio alcohol		
10 a 12 años	32	32,0
13 a 16 años	36	36,0
Más de 16 años	32	32,0
Total	100	100,0

Por otra parte, a pesar de la edad temprana de consumo de tabaco sólo el 3,3% declaró esta como su droga de inicio. El 45% se inició con marihuana y un 32% consumiendo alcohol. Solo el 13% comenzó con cocaína.

TABLA N° 4.16.
Total de pacientes según droga de inicio

Droga inicio	Total	
	n	%
Tabaco	4	3,3
Alcohol	39	32,0
Marihuana	55	45,1
Inhalantes	2	1,6
Cocaína	16	13,1
Paco	1	0,8
Tranquilizantes y ansiolíticos sin prescripción médica	1	0,8
Pastillas sin especificar	3	2,5
Total	122	100

La diferencia entre quienes declararon consumir alcohol al inicio del tratamiento y quienes lo hacen al finalizar podría ser un indicador de la efectividad de los tratamientos en relación con el consumo de alcohol. Sin embargo, la información analizada permite conjeturar que 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 otras adicciones.

C.2. Los factores asociados

Además del tiempo de permanencia en el tratamiento que, como ya se puntualizó al inicio del capítulo es considerada como la variable más relevante en relación con la eficacia de los tratamientos, en este punto se analizará desde la perspectiva de los equipos tratantes y de los pacientes la importancia de los "factores asociados" vinculados a personas y a los atributos de los tratamientos.

Los factores asociados vinculados a las personas

Retomando los factores asociados, señalados en el capítulo 1, y que contribuyen a llevar el tratamiento a buen puerto, los consultados se refirieron particularmente a los atributos de los pacientes clasificados en dos grupos: factores personales y atributos relativos a su entorno familiar y social.

Los factores personales

De acuerdo a lo que se adelantó en el capítulo 1, entre los factores asociados que colaborarían a sostener las diversas etapas del tratamiento, la disposición y **motivación inicial** son consideradas un condicionante importante.

Entre los 122 pacientes que fueron entrevistados, casi el 79% manifestó haber iniciado el tratamiento en forma voluntaria, lo que apoyaría el supuesto de que este aspecto es fundamental para la participación sostenida en el mismo. En contrapartida sólo el 19% alude que una indicación judicial como uno de los motivos de inicio.¹²

TABLA N° 4.17.
Pacientes según el motivo por el que iniciaron el tratamiento

Motivo por el que inició tratamiento	Total	
	n	%
Voluntariamente	96	78,7
Por presión familiar o de amigos	26	21,3
Por indicación judicial	23	18,9
Indicación médica		1,6
Presión laboral	2	2,5
Otra		0,8

Respuesta múltiple Base 122 casos

Sin embargo, los equipos tratantes consultados consideraron como aspecto fundamental la motivación en términos de deseo de cambio y esto no se refiere forzosamente a la disposición inicial para someterse al tratamiento puesto que en general responde 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 que también había leído que todo puede llegar a que un tratamiento puede ser 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 varios y empieza a haber un contagio en lo grupal, puede ser este indicador común para los casos de recuperación”. (psicólogo C3 II III)

“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)

¹² Es interesante destacar que los datos de la línea de base registraron un 36% de pacientes atendidos que llegaron con causas judiciales de diversa índole. (Ver página 12 – Resultado de la Línea de base, Diciembre 2008.

“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 enumerados 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 consecuente con lo que mostraban los datos mencionados en este mismo capítulo en la tabla N° 4.8.

“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)

“Yo creo que es el paciente que es más abierto, en el sentido de que se deja ayudar, que pide ayuda cuando lo necesita”. (psicóloga C3 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)

“Una capacidad de adaptación marcada, redes familiares vinculares, saludables comprometidas, y haber desarrollado un alto nivel de aceptación y conocimiento de lo que les pasa”. (director D3 I II)

“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 mí 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)

La red familiar y social

Sin embargo, la característica más importante 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 un pariente o amigo para empezar . De los 42 encuestados que estaban en pareja casi el 70% manifestó haber sido alentado por ellas a comenzarlo. También las parejas fueron soporte durante el tratamiento, esencialmente aconsejándolos e incentivándolos a continuar.

TABLA N° 4.18.
Pacientes según ayuda recibida para iniciar y continuar su tratamiento

	Total	
	n	%
Ayuda para iniciar tratamiento		
SI	100	82,0
NO	22	18,0
Total	122	100,0
Ayuda de la pareja		
SI	33	68,8
NO	8	16,7
Ignorado	7	14,6
Total de grupo	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 para 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 mencionó a los profesionales que lo atienden y un 75% a los compañeros en la institución. Esto es coherente con el vínculo que los pacientes establecen con la institución y que posteriormente se va debilitando para ser suplantados por las redes familiares y sociales.

TABLA N° 4.19.
Pacientes según posibilidades de contención

	Total	
	n	%
Personas para hablar de 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

* Respuesta múltiple Base 111 casos

Entre los equipos tratantes hay un consenso generalizado acerca de la necesidad de la existencia de una familia que por un lado sea contenedora y que por el otro se involucre en el tratamiento en los espacios previstos en todas las instituciones, tales como terapias familiares y/o vinculares, reuniones multifamiliares y otras. Se concibe como un estímulo necesario para mantenerse dentro del 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 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)

“Fundamentalmente cuando el paciente cuenta con la familia, cuando acompaña el tratamiento, cuando es muy contenedora, cuando la familia acata lo que terapéuticamente se baja de la institución, ahí se tiene un tratamiento exitoso”. (director 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)

“Cuando la familia está comprometida, cuando los padres están comprometidos con el tratamiento y no dejan de venir, cumplen, cuando ellos sienten que el límite que se les pone mas que un límite es una contención y van haciendo un aprendizaje, hay casos exitosos, si”. (coordinadora D3 II)

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

“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 SEDRONAR¹³. La red social es entonces complementaria o sustituta de la familia y aparece como relevante sobre todo en la etapa de reinserción.

En síntesis, de los componentes que, según la literatura sobre el tema es deseable estén presentes para lograr un tratamiento eficaz, el grupo

¹³ De hecho se reconoce la frecuente existencia de familias “disfuncionales” y del adicto como emergente y por el otro las dificultades para lograr un efectivo acompañamiento familiar en los tratamientos pese a los dispositivos dispuestos a tal efecto.

analizado cuenta mayoritariamente con la disposición y motivación inicial que los ayudó a sostener su participación e involucramiento en el tratamiento. También contaron con el estímulo de una red familiar y social que los apoyó a mantenerse dentro del mismo 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 mencionados.

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; valora el esfuerzo que hace uno. Es gente que tiene valores... tienen inculcado valorar más las cosas. 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)

"Con los pacientes SEDRONAR, por lo general es un paciente adulto y es más trabajable". (director B3 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)

"Puntualmente con los que fueron de SEDRONAR hubo una buena reinserción social y laboral. Familiar a medias. Han logrado hacer la separación de la familia pero poniéndose ellos en el lugar de poder hacer. Tener un trabajo, una casa... el hecho de poder regresar acá... poder plantear cualquier situación..." (subdirectora C3 III)

Entre los pacientes se indagó además, sobre sus percepciones en relación con el 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 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 manifestó que la adherencia al tratamiento constituye un factor facilitador al menos para "seguir adelante" con el tratamiento.

"yo 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 sabés que no llegas". (directora C3 III)

"Lo que sirve mucho para tener éxito en el tratamiento es...saber escuchar, tomar a los operadores, terapeutas, etcétera (personas que están ayudando). ...y que entiendan que los límites que les ponemos es porque los queremos y no por ortivas o, como dicen ellos, 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. Siguen el tratamiento, siguen caminando". (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)

Desde el punto de vista de los pacientes, se trató de estimar la adherencia al tratamiento valorando 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 y la ayuda para resolver sus problemas; y la relación con los compañeros de tratamiento.

Se construyó una escala de valoración¹⁴ y se indagó para cada uno de los ítems arriba mencionados. Entre los aspectos que más colaboró a la adherencia al tratamiento se destaca 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 estuvo totalmente de acuerdo con que estos aspectos fueron fundamentales. El 40% acordó con la utilidad de la psicoterapia en su recuperación. Por otra parte, un

¹⁴ La escala construida tenía 5 opciones: totalmente en desacuerdo, poco de acuerdo, de acuerdo, muy de acuerdo y totalmente de acuerdo, con aseveraciones sobre los aspectos considerados. (ver anexo 2 Encuesta a pacientes en tratamiento)

tercio de los consultados estuvo 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 del tratamiento. En el otro extremo 3 de cada 10 consultados coincidió con la insuficiencia del tiempo del tratamiento.

TABLA N° 4.20
Adherencia al tratamiento según calidad del entorno terapéutico

Calidad del entorno terapéutico*	De acuerdo	En desacuerdo
	%	%
Fue informado de las decisiones en relación con su tratamiento	37,0%	1,9%
Calidad de los servicios ofrecidos	36,1%	1,9%
Tiempo suficiente	13,0%	30,6%
Recibió la ayuda necesaria	54,6%	0,9%
utilidad de la psicoterapia	41,7%	3,7%
Adecuación de las reglas del tratamiento	33,3%	8,3%
Relación con los compañeros	50,9%	2,8%

*Se presentan únicamente los extremos de la escala de valoración.
Base 108 pacientes

Suficiencia y adecuación

Casi el 77% de los pacientes en tratamiento consideró que este alcanza para abordar el problema y superarlo. Esto podría estar relacionado a la percepción del 80% de que el tratamiento que han recibido es muy bueno o excelente.

TABLA N° 4.21.
Pacientes según percepción de suficiencia del tratamiento

Suficiencia del tratamiento	En tratamiento	
	n	%
SI	83	76,9
NO	25	23,1
Total	108	100

TABLA N° 4.22.
Pacientes según valoración del tratamiento recibido

Valoración tratamiento	Total	
	N	%
Regular	5	4,1
Bueno	18	14,8
Muy bueno	52	42,6
Excelente	47	38,5
Total	122	100,0

Por otra parte se preguntó sobre los aspectos que habían sido de mayor utilidad para su recuperación. Seis de cada 10 valoraron el tipo de terapia, los talleres y en general las prestaciones que le fueron ofrecidas durante el tratamiento. Casi un cuarto de los pacientes valoró la contención recibida por parte del personal, el hecho de que lo escucharan y trataran de comprender lo que le pasaba en cada momento. Finalmente el 25% valoró positivamente la posibilidad de conocerse, tomar conciencia, entender porque consumían y ejercer el autocontrol en relación al consumo de drogas, o sea una suerte de autoconocimiento que consideran es algo con lo que no contaban al iniciar el tratamiento.

TABLA N° 4.23.
Pacientes según aspectos más útiles del tratamiento

Aspectos más útiles	Total	
	n	%
Todo	3	2,5
Nada	3	2,5
Las prestaciones ofrecidas	76	62,3
El personal	30	24,6
El autoconocimiento	31	25,4
La reconstrucción de la red de contención familiar	3	2,5
Reconstrucción de la red afectiva en general	5	4,1

Respuesta múltiple Base 122 casos

Además se les pidió que enumeraran que aspectos del tratamiento cambiarían. Si bien el 66% manifestó que no cambiaría nada, casi un cuarto de los consultados pidió cambios en la oferta de las prestaciones en términos de modificaciones de cantidad, frecuencia o variedad de las mismas.

TABLA N° 4.24.
Pacientes según aspectos que cambiaría del tratamiento

Aspectos que cambiaría	Total	
	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
Total	122	100

Respuesta múltiple Base 122 casos

Las valoraciones positivas en relación a su tránsito por las instituciones y los tratamientos recibidos y el hecho de que han tomado conciencia de los problemas que los condujeron al consumo son aspectos importantes. Sin embargo, el hecho de considerar que este tratamiento alcanza para superar definitivamente la adicción que los condujo hasta SEDRONAR estaría mostrando que la mayoría aún no ha considerado que este problema sea crónico y que posiblemente requieran más apoyos.

Apreciación del equipo tratante.

En este punto se trató de conocer la opinión de los pacientes en relación con el **acceso a equipos especializados** en tratar cuestiones psíquicas, familiares y sociales y su **capacidad** para comprenderlos. Se preguntó sobre la disponibilidad del equipo para escucharlos, la comprensión que recibieron a los problemas que traían, la motivación por parte de los operadores y profesionales para que sigan adelante, el trabajo en equipo y el clima de trabajo generado en la institución.

También en este caso se trabajó con una escala de iguales características a la construida para valorar la adherencia al tratamiento¹⁵. Más de la mitad de los encuestados manifestó que el equipo tratante estuvo siempre dispuesto a escuchar sus dudas, problemas y reclamos y que por otra parte los motivaron a continuar, a "trabajar para ellos mismos" y a tratar de comprender los motivos de su adicción. Además casi 4 de cada 10 consideraron que el equipo que los atendió realizó bien su trabajo y lograron generar en la institución y en los grupos de pacientes un buen clima de trabajo. Sólo 3 de cada 10 consideraron que el equipo tratante comprendió realmente sus problemas con relación a las drogas.

TABLA N° 4.25.
Equipo tratante según acceso y capacidad de comprensión

Equipo tratante*	De acuerdo	En desacuerdo
	%	%
Disponibilidad para escucharlo	55,6%	0,9%
Lo motivaron	58,3%	0,9%
Comprendieron sus problemas	27,8%	5,6%
Realizan bien sus tareas	39,8%	0,9%
Generan buen clima de trabajo	38,0%	0,9%

*Se presentan únicamente los extremos de la escala de valoración.
Base 108 pacientes

¹⁵ Ver en este capítulo, pág. 82

C.3. La eficacia a partir de los cambios operados en la población que logró completar el subsidio

Evaluar si además de la permanencia y abstinencia lograda¹⁶ en casi todos los casos se han producido cambios de alguna índole 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 preguntó sobre las expectativas al inicio, los cambios que los mismos pacientes reconocen, sus planes para el futuro y quiénes consideran pueden ayudarlos a mantener sus logros. Por otra parte, también se consultó a los profesionales tratantes sobre estos temas en relación con cada caso.

Expectativas iniciales

Conocer qué esperaban los pacientes cuando acudieron a la SEDRONAR en busca de ayuda es, de alguna manera, una forma en relación con la cual 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 consultados mencionó como principal expectativa el dejar de consumir y curar su adicción. Un poco más de un cuarto manifestó 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 empezando de nuevo. En este sentido, algunos manifestaron 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. También es de destacar que un 15% manifestó no tener expectativa alguna ya que "estaba tan mal que no pensaba nada".

TABLA N° 4.26.
Expectativas iniciales de los pacientes

Expectativas iniciales	Total	
	n	%
Dejar de consumir / curarme de mi adicción	63	58,3
Reinsertarse socialmente – Empezar de nuevo	17	15,7
Tranquilizar a mi familia	9	8,3
Modificar el estado psíquico - emocional	28	25,9
Recuperar la red afectiva	4	3,7
Sin expectativas	17	15,7

Respuesta múltiple Base 108 casos

Por otra parte fueron muy pocos los que al momento de iniciar su tratamiento esperaban recuperar su red afectiva y en particular a sus

¹⁶ Como se mencionó en el capítulo anterior, pág. 40, es el primer objetivo de todos los tratamientos.

familias. Sin embargo, es el mismo porcentaje que consideró haberla recuperado como aspecto más útil del tratamiento.¹⁷

Los cambios y la mirada sobre el futuro

Partiendo del hecho de que casi la totalidad de los pacientes en el último tramo de tratamiento ha dejado de consumir¹⁸, la primera expectativa planteada se ha cumplido satisfactoriamente para todos. Más allá de ello, para valorar los cambios percibidos por los propios pacientes se agruparon los ítems en 4 grupos: mejoras en la salud física, el estado emocional, la relación con la familia y su valoración como persona.

Casi el 55% manifestó haber percibido 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 consideraron importantes los cambios en ese sentido. Dijeron estar más tranquilos, menos confusos, haber aprendido a manifestar sus sentimientos y pensamientos, a reflexionar, sentirse "más felices". También algunos manifestaron "que era la primera vez que terminaban algo en la vida" y que esto los satisfacía enormemente.

Por otra parte el 60% dijo haber mejorado o recuperado la relación con su familia y haber aprendido a valorarse como persona. Algunos lograron "reconciliarse con sus familias" aunque en algunos casos manifestaron la imposibilidad de volver a vivir con ellos. También reconocieron la importancia que había tenido en su recuperación el apoyo y soporte de madres, hijos y/o parejas. En relación con su autovaloración los comentarios estuvieron relacionados con haber llegado a ese punto del tratamiento, conocerse más, comprender por que se drogaba y sentir que pueden armar un proyecto de cara al futuro.

TABLA N° 4.27.
Cambios percibidos por los pacientes finalizando su tratamiento

Cambios percibidos	De acuerdo	En desacuerdo
	%	%
Mejóro salud física	54,60%	2,8%
Mejóro estado emocional	71,30%	0,9%
Mejóro relación con la familia	61,10%	4,6%
Valoración como persona	59,30%	1,9%

*Se presentan únicamente los extremos de la escala de valoración
Base 108 pacientes

¹⁷ Ver tabla 4.27, pág. 87.

¹⁸ Más adelante se verá que es el caso del 80% de los pacientes. (tabla 4.33. pág 90)

En relación con las expectativas futuras se indagaron dos aspectos. Por una parte quienes consideraban podían ayudarlos a sostener los logros y por otra parte que planes, proyectos o ideas tenían sobre el futuro.

En relación con el primer punto fueron mencionados padres (61%), hermanos (45%) e hijos (30%) y también las parejas (23%). Un dato interesante es que 6 de cada 10 consideró que mantener los resultados obtenidos dependía de ellos mismos. Incluso algunos consideran que desde la institución "ya no me pueden ayudar más, corre por mi cuenta".

TABLA N° 4.28.
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

Respuesta múltiple Base 108 casos

Además, nueve de cada 10 desea continuar en contacto con los profesionales de la institución. En ese sentido mencionaron expectativas en relación con la 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. Hubo un grupo al que le gustaría insertarse en la institución como operador o asistente.

TABLA N° 4.29.
Relación con la institución

Mantener contacto con institución	n	%
SI	111	91,0
NO	11	9,0
Total	122	100

Respuesta múltiple Base 122 casos

Con respecto al segundo punto, las respuestas de los entrevistados en relación con las expectativas futuras se reparten fundamentalmente entre conseguir algún trabajo (72%) y comenzar o completar los estudios (51%). Además expresaron la necesidad de volver a vivir con sus familias o formar una. Por otra parte mencionaron cuestiones relacionadas 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; *reinserción social* "capacitarme" "volver a estudiar" "aprender un oficio" "hacer el curso de operador".

TABLA N° 4.30.
Expectativas de futuro

Expectativas de futuro	Total	
	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

*Respuesta múltiple Base 122 pacientes

Una cuestión adicional sobre la que se indagó fue la droga más perjudicial. De alguna manera se esperaba conocer si había habido una toma de conciencia sobre la peligrosidad de las drogas en general y de algunas en particular. Más del 40% de los pacientes mencionaron 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 comenzar con el consumo muchos pacientes no tenían idea de las consecuencias y peligrosidad del camino que estaban iniciando.

TABLA N° 4.31.
Pacientes según droga más perjudicial

Droga más perjudicial	Total	
	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

En síntesis, los pacientes que llegan a completar su tratamiento parecieran tener un grado de conciencia de la gravedad del daño que las drogas más perjudiciales pueden ocasionar.

Índices síntesis¹⁹

Finalmente se trató de discriminar cual de todos los aspectos analizados cobraban más importancia para los pacientes. Para ello se construyeron tres índices de síntesis: de adherencia, de valoración del equipo tratante y de percepción de sus propios cambios.

El *índice de adherencia* resultó elevado ya que llega a 3,95 sobre un total posible de 5 puntos, supera la media y es evidente que sopesando los diversos aspectos que lo definen alcanza un alto nivel. Sin embargo, la *valoración del equipo tratante* llegó a 4,05. Efectivamente, resultó más relevante en la opinión de los encuestados la presencia, disponibilidad y la capacidad para ayudarlos del equipo tratante que las bondades del tratamiento y la institución en si mismos.

De todas formas parece que la evaluación satisfactoria sobre *los cambios* logrados es el mejor indicador de "éxito". Efectivamente los 4,35 de este índice en relación con la percepción de su mejora física y psíquica, como la posibilidad de recuperar la propia vida y pensar hacia adelante teniendo proyectos son sin lugar a dudas la mejor expresión de ello.

TABLA N° 4.32.
Índices síntesis

	Puntos	Pacientes	Índice
Adherencia al tratamiento			
Buenos servicios	406	106	3,83
Reciben información sobre decisiones	406	106	3,83
Utilidad psicoterapia	419	106	3,95
Suficiencia del tiempo	369	102	3,62
Recibió ayuda adecuada	444	103	4,31
Acuerdo con reglas tratamiento	396	104	3,81
Buena relación con compañeros	451	105	4,30
	2.891	732	3,95
Apreciación equipo tratante			
Disponibilidad	438	104	4,21
Me motiva	453	106	4,27
Siempre comprende	398	105	3,79
Tareas en equipo	413	104	3,97
Buen clima de trabajo	414	104	3,98
	2116	523	4,05
Cambios percibidos			
Mejora salud física	434	105	4,13
Mejora estado emocional	480	103	4,66
Mejora relación con familia	435	102	4,26
Mejora autoestima	453	105	4,31
	1802	415	4,34

¹⁹ Los índices fueron contruidos promediando los puntajes obtenidos en cada uno de los ítem incluidos en cada tema dentro de una escala de 1 a 5 donde 1 es el más desfavorable y 5 el más favorable.

C.4. La posibilidad de sostener los cambios según los profesionales

Para completar este apartado se analizaron las opiniones de los profesionales a cargo en relación con las posibilidades que tenía cada uno de los pacientes entrevistados de sostener sus logros. Además en cada caso se preguntó por recaídas y abandonos durante el tratamiento y la existencia de episodios de violencia.

Cuatro de cada 10 pacientes tuvieron alguna recaída²⁰ durante el 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 manifestaron que el 80% había dejado de consumir totalmente.

TABLA N° 4.33.
Situaciones seleccionadas durante el tratamiento y expectativas de sostener los logros

	SI	NO	No sabe	
Recaídas	45,3	54,7	0	100
Abandonos	17,2	77,3	5,5	100
Episodios 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 relación con el sostenimiento de los logros consideraron que el 65% de los pacientes puede hacerlo. Sin embargo mencionaron obstáculos que cada paciente tendrá que sortear en su reinserción a la vida cotidiana. Nuevamente, como se puede apreciar en la siguiente tabla, son los aspectos vinculados al contexto familiar, en 1er. lugar los que más pueden incidir en el sostenimiento de los logros. En 2º y 3er. lugar se ubican factores relacionados con características de personalidad y con el contexto social. Los profesionales consideraron que sólo un 14% no tiene en realidad ningún obstáculo para sostener lo logrado hasta allí.

²⁰ El 70% tuvo entre una y dos recaídas

TABLA N° 4.34.
Principales obstáculos para sostener los logros según profesionales

Principales obstáculos	n	%
Ninguno	18	14,1
El contexto social en el que vive	34	26,6
No cuenta con apoyo afectivo familiar	42	32,8
Los escasos recursos (culturales, de formación, afectivos) con que cuenta.	13	10,2
Tiene hijos a cargo	5	3,9
El daño físico / psíquico que le produjeron las drogas	10	7,8
Su personalidad violenta, depresiva, melancólica, insegura, etc.	38	29,7
La discriminación / el estigma	1	0,8

Respuesta múltiple. Base 122 casos

D. LA EFICIENCIA DE LOS TRATAMIENTOS

En este punto se describirán los principales aspectos asociados al financiamiento de los tratamientos y por ende al subsidio otorgado por Sedronar a los pacientes. Este análisis dará los elementos para luego abordar una aproximación al costo efectividad de los tratamientos y al grado de eficiencia de las instituciones tratantes.

D.1. El financiamiento de los tratamientos

Tal como se adelantó en el capítulo 2 el subsidio a los pacientes es el aspecto mas importante de la relación de SEDRONAR con las instituciones prestadoras. Los tratamientos son financiados a través del concepto Ayuda Social a Personas, constituyendo un subsidio de carácter no nominativo. Este rubro representa el 25% del presupuesto total de la Secretaría. La información analizada permite afirmar que anualmente, se ejecuta en su totalidad.

El subsidio no es transferido a las personas sino que es pagado mensualmente a las instituciones prestadoras. Este dato es importante ya que el costo del tratamiento queda determinado por la modalidad de atención establecida desde la SEDRONAR en función del diagnóstico del paciente y la asignación de la institución tratante. En otras palabras, la modalidad de atención (por complejidad creciente) establece la categoría de la institución y esto determina el costo diario de tratamiento para 365 días calendarios o 261 en caso de los tratamientos ambulatorios que se llevan a cabo sólo en días hábiles. La siguiente tabla grafica los montos, vigentes a mediados de 2009²¹, que corresponden a cada tratamiento, según la categoría de la institución tratante y la modalidad de tratamiento:

²¹ Durante el 2° semestre del año hubo al menos un reajuste de tarifas. Todos los cálculos económicos se basaron en los montos aquí señalados.

TABLA N° 4.35.
Montos Máximos de prestaciones

Categoría	Modalidad de tratamiento	Internación	Pacientes	Monto diario
A	Clínicas psiquiátricas	Si	Tratamientos Duales	60 días \$ 105 y luego \$ 75
A	Clínicas psiquiátricas	Si	Desintoxicación	30 días \$ 105, luego \$ 75
B	Comunidad Terapéutica	Si c/ guardia		\$ 75 + medicación <\$250 mes
C	Comunidad Terapéutica	Si s/ guardia		\$ 55 / día
D	Hospital de día	No	Ambulatorio 8 hs.	\$ 44 / día hábil
D	Hospital de día	No	Ambulatorio 4 hs.	\$ 32 / día hábil

Un aspecto destacable está relacionado a la cobertura y su ampliación en el orden del 30% durante el período analizado. De los 684 subsidios otorgados en el primer período (junio 2006, junio 2007), se pasó a los 901 subsidios autorizados en el segundo (julio 2007, julio 2008).

TABLA N° 4.36.
Evolución de la cobertura

Periodo	Total
Junio 2006 – junio 2007	684
Julio 2007 - julio 2008	901
Total	1585
Incremento	31,7

El análisis del gasto dedicado a tratamientos

Para este análisis se trabajó con los pacientes que comenzaron su tratamiento entre junio de 2006 y enero de 2008 y que conforman la cohorte nacional ya mencionada en el capítulo 1 y cuya trayectoria ya se analizó . El período de análisis comprende el financiamiento de 236.541 días de tratamiento de 1.178 beneficiarios en todo el país, concentrándose en instituciones de CABA y el Conurbano el 64.5% de las prestaciones y el 64.6% de los pacientes.

TABLA N° 4.37.
Distribución geográfica de Tratamientos

Ubicación Geográfica	Días	%	Pacientes	%
CABA	37939	16,0	193	16,4
Gran Buenos Aires	114896	48,6	567	48,1
Resto de Buenos Aires	21466	9,1	95	8,1
Interior país	61105	25,8	308	26,1
Ignorado	1135	0,5	15	1,3
Total	236541	100,0	1178	100,0

A su vez estos pacientes según el último movimiento se distribuyen en clínicas psiquiátricas (A) 1,02%; comunidades terapéuticas con y sin guardia psiquiátrica (B y C) 7,56% y 68,25% respectivamente y en hospitales de día para tratamiento ambulatorio (D) 19,19%. Destaca lo esperable, el 95% de los tratamientos financiados se concentra en comunidades terapéuticas y hospitales de día (ambulatorio de 8 horas), ya que a las clínicas psiquiátricas van los pacientes con mayores complicaciones y daños psíquicos.

TABLA N° 4.38.
Distribución de Pacientes y días de tratamiento totales de pacientes ingresados entre junio 2006 y enero 2008

CATEGORÍA	DÍAS	%	PACIENTES	%
A	1977	0,84	12	1,02
B	20053	7,55	89	7,56
C	162656	68,76	804	68,25
D	45224	19,12	226	19,19
Ignorado	6631	2,80	47	3,99
TOTAL	236541	100,0	1178	100,0

Tal como se mencionó en las tablas 4.1 y 4.2 de los 334 casos que completaron el tratamiento, los pacientes que obtuvieron el "alta" representan el 14% mientras que aquellos que agotaron el subsidio el 86%. Por otro lado, entre los 748 beneficiarios que descontinuaron sus tratamientos, el abandono es la causa más importante en todas las categorías.

Si se toma en cuenta los días financiados para cada uno de estos subconjuntos de beneficiarios, se desprende que los tratamientos completos insumieron el 51% de los días financiados, mientras que los tratamientos interrumpidos el 37,5%, y el 11,5% corresponde a beneficiarios que se hallaban en tratamiento.

TABLA N° 4.39.
Tiempos de tratamiento insumidos en la cohorte

Categoría	Días de Tratamiento utilizados			
	Completos	Interrumpidos	En sistema	Total
A	813	521	643	1.977
B	9.828	7.536	2.689	20.053
C	84.816	58.720	19.120	162.656
D	22.577	18.979	3.668	45.224
Ignorado	3.112	2.840	679	6.631
Total	121.146	88.596	26.799	236.541
%	51,0	37,5	11,5	100,0

D.2. La eficiencia de los tratamientos según modalidad de atención

El carácter de política pública de los tratamientos determinó que el análisis económico estuviera orientado a conocer la relación entre los resultados obtenidos y los costos incurridos. El análisis que se aborda refiere al grado en que los tratamientos lograron completarse y la relación de los recursos que se utilizaron para alcanzar ese nivel. La variable "dura" de medición es el tiempo de tratamiento y valorizado según el arancel de SEDRONAR, asumiendo que la modalidad de atención queda implícita en la categoría de la institución.

Costo efectividad

Una primera definición de "éxito" de los tratamientos es la proporción de beneficiarios que lograron completar su tratamiento de la totalidad de los beneficiarios atendidos en el mismo período de análisis. Esta tasa arroja un nivel relativamente parejo en las tres categorías y da pie a una conclusión preliminar: la independencia de la modalidad de atención.

TABLA N° 4.40.
Tasa de tratamientos completos de la cohorte
según categoría institucional

Categoría	Completos	Total	%
B	26	89	29,2
C	228	804	28,4
D	63	226	27,9
Total	317	1119	28,3

Ahora bien, estimar el costo directo de los tiempos de tratamientos completos y compararlos con lo establecido en la normativa evidencia que como medida absoluta los casos en B se lograron con una menor cantidad de días de lo previsto en la normativa, los casos de C demandaron apenas un 2% más; en tanto que en D excedieron significativamente el costo (37%) y por tanto sobrepasaron el tiempo máximo de financiamiento.

TABLA N° 4.41.
Costo comparativo por modalidad de tratamiento

Categoría	Arancel anualizado	Costo resultante	Diferencia
B	31.425	30.150	-4%
C	20.075	20.460	2%
D	11.484	15.768	37%

Sin embargo, la relación costo-efectividad de la inversión realizada se obtuvo valorando la totalidad de los días financiados en cada categoría atribuyéndoselo a cada tasa de "éxito". El argumento subyacente es que SEDRONAR no podría alcanzar este nivel de tratamientos completos si no es por la inversión que realiza en todos los tratamientos, lleguen o no a término.

Así, esta relación varía por la duración de los tratamientos completos y el peso relativo de los días de tratamientos interrumpidos de los restantes beneficiarios en cada modalidad de atención.

De acuerdo a esto, la mejor relación se obtiene en los tratamientos de internación B alcanzando el 29% de éxito con un peso adicional (interrumpidos) que representa el 25.1% del total invertido en la categoría; seguida de las comunidades terapéuticas (C) con una tasa de éxito de 28.4% con un costo adicional que representa el 40.9% y por último la tasa de éxito en Hospitales de día (D) es de 27.9% y en términos del costo los tratamientos interrumpidos impactan el 45.6%.

TABLA N° 4.42.
Inversión total en tratamientos según categoría institucional

Cate goría	Trat. Completos		Trat. Interrumpidos		Total tratamientos	
	\$	%	\$	%	\$	%
	B	783.900	74,81	264.000	25,19	1.047.900
C	4.664.880	59,09	3.229.600	40,91	7.894.480	100,00
D	993.388	54,33	835.076	45,67	1.828.464	100,00
Total	6.442.168	59,81	4.328.676	40,19	10.770.844	100,00

Efectividad en función de la continuidad del tratamiento

No obstante estos primeros comentarios generales, resulta importante realizar un análisis más fino sobre los tratamientos completos diferenciando los tratamientos continuos de los discontinuos.

Como ya se comentó en este capítulo (tabla 4.5.) de los pacientes que logran completar su tratamiento, sólo el 21% discontinuó el tratamiento al menos una vez; mientras que el 79% registra una adherencia ideal.

Esta variable introduce una nueva mirada a las primeras estimaciones globales, quedando definida en una tasa "específica" de éxito que relaciona los tratamientos completos sin discontinuidades respecto al total de la categoría. Desde esta perspectiva, la categoría C se ubica como aquella donde se alcanza el máximo de tratamientos continuos (81%), seguida de D (78%) y finalmente de B (65%).

TABLA N° 4.43.
Pacientes que completaron tratamiento según continuidad y categoría institucional

Categorí a	Discontinuos		Continuos		Total	
	n	%	n	%	n	%
B	9	35%	17	65%	26	100%
C	43	19%	185	81%	228	100%
D	14	22%	49	78%	63	100%
Total	66	21%	251	79%	317 ²²	100%

²² Todos los cálculos económicos están hechos sobre 317 pacientes ya que no se computaron los pacientes en la categoría A, ni los casos en que se ignoraba la categoría por la imposibilidad de costearlos según categoría institucional.

Para estas tasas específicas, la relación del costo adicional de inversión de los casos completados discontinuos en cada categoría impacta en un 19% en C, 21% en D y 37% en B, manteniéndose el mismo costo unitario de tratamiento. Por lo que de acuerdo con este indicador, la mejor relación costo efectividad se alcanza en los tratamientos de la categoría C.

TABLA N° 4.44.

Inversión en tratamientos completos según continuidad y categoría institucional

Tratamientos completos	B		C		D		Total	
	n	\$	n	\$	n	\$	n	\$
Continuos	17	495.075	185	3.797.090	49	780.208	251	5.072.373
Discontinuos	9	288.825	43	867.790	14	213.180	66	1.369.795
Total	26	783.900	228	4.664.880	63	993.388	317	6.442.168
<i>Inversión Tratamientos Continuos</i>		63%		81%		79%		79%
<i>Inversión Tratamientos Discontinuos</i>		37%		19%		21%		21%

D.3. La eficiencia de las instituciones

El relevamiento de costos de funcionamiento de las instituciones visitadas se realizó con el objetivo de estimar la suficiencia del subsidio SEDRONAR y luego, asociar la estructura de costos de funcionamiento de cada categoría con los resultados en los tratamientos para obtener una medición de costo-eficiencia.

La información relevada fue incompleta y de dudosa calidad, los datos se contrastaron con la información de pagos obtenida de contabilidad y los balances presentados a Registro de Instituciones y en su mayoría se observaron diferencias significativas. Cabe destacar que debido a la reticencia a suministrar la información de algunas instituciones y también por el desconocimiento detallado de sus gastos, se obtuvieron respuestas parciales en 20 de las 27 instituciones de la muestra y de ellas sólo 9 completaron toda la información solicitada²³. El análisis que sigue se realizó con estos datos que corresponden sólo a instituciones de tipo C y D.

Porcentaje ocupacional – Días y pacientes

Según lo informan las instituciones, este índice –uso promedio de utilización de las camas disponibles- alcanzó durante el año anterior a la encuesta, un valor cercano al 95% en las instituciones C. Las instituciones D atendieron al 75% de su capacidad.

²³ Información obtenida por categoría institucional: A: 1 respondido – 0 completo B: 0 respondido C: 11 respondidos – 5 completos D: 8 respondidos – 4 completos. Total: 9 completos

Los pacientes atendidos a lo largo del año fueron 123 y los días financiados 12.614; esta cantidad de días evidencia que en promedio estos pacientes estuvieron en tratamiento 102 días.

TABLA N° 4.45.
Pacientes atendidos en Instituciones de la muestra – 2008

Categoría	Pacientes Totales	Pacientes SEDRONAR	Días
C	215	61	7.798
D	125	62	4.816
Total	340	123	12.614

Prestación asistencial

No ajeno a las diversas opiniones que se escucharon en las entrevistas institucionales acerca de los modelos más o menos profesionalizados, este estudio incorporó en el cuestionario un módulo sobre consultas, horas profesionales y remuneraciones mensuales. El primer hallazgo fue que en principio y dado el limitado número de casos, existiría una diferencia en las consultas de terapia individual de la modalidad ambulatoria que duplica a las de la modalidad residencial.

TABLA N° 4.46.
Consultas promedio según categoría institucional

Consultas	C		D	
	n	%	n	%
Consulta médicas	13	2,6	9	2,3
Consultas terapia individual	22	4,4	35	8,8
Consultas grupales y de familia	125	25,0	125	25,0
Sesiones talleres	68	13,6	42	14,2

Las horas informadas por las instituciones terminan confirmando la observación anterior y verificando que los pacientes atendidos en la modalidad ambulatoria disponen de 52% más de horas profesionales de atención por mes. Esta diferencia es suplida en las instituciones C por los operadores terapéuticos. En otras palabras el promedio total de horas mensuales –profesionales y de operadores- por paciente es 1.8 en las instituciones C y de 3.5 en D.

TABLA N° 4.47.
Dotación mensual de horas de atención según categoría institucional

	Instituciones C			Instituciones D		
	Horas mes	Pacientes	Hrs./Pte	Horas mes	Pacientes	Hrs./Pte
Horas profesionales	1.068	215	5.0	1.524	125	12.2
Horas operadores	920		4.3	240		1.9
Total	1.988		9.3	1.764		14.1

Suficiencia del subsidio

Al comparar el costo mensual por paciente que declaran las instituciones con el arancel de SEDRONAR se observa que en todos los casos el pago los cubre cómodamente; la singularidad es la institución C2 cuyo nivel de costos resulta cercano al financiamiento del subsidio (4% menos); en el resto de los casos se observa una diferencia que en promedio es aproximada al 30% a favor de las instituciones.

Sin embargo, lo que resulta de mayor interés es que el costo promedio de la Categoría C es de \$1.713 y la desviación estándar de \$ 388, mientras que en D el promedio es de \$635 con una desviación estándar de \$222. Todo lo cual permite afirmar que el nivel de costos es más homogéneo en D o bien que en la categoría C hay una mayor dispersión de costos.

TABLA N° 4.48.
Suficiencia del subsidio por institución

Instituciones	Costo mensual declarado	Monto mensual del subsidio
C1	2.029	2.250
C2	2.161	
C3	1.244	
C4	1.422	
C5	1.711	
D1	621	924
D2	850	
D3	736	
D4	332	

Mientras que lo anterior expresa la diferencia respecto al subsidio, quizás lo más importante es vincular su incidencia en el funcionamiento de las instituciones, para lo cual se estimó una tasa de incidencia, que refleja la proporción de gastos cubiertos por el subsidio estimado en cada categoría.

TABLA N° 4.49.
Tasa de incidencia del Subsidio según categoría institucional

Categoría	Pacientes Totales	Pacientes SEDRONAR	% Derivados SEDRONAR	Subsidio por mes	Gtos. Mensuales	Tasa de Incidencia
C	215	61	28%	100.650,00	370.603,00	27%
D	125	62	50%	57.288,00	65.129,50	88%

De esta manera, se observa que en la Categoría C la tasa de incidencia del subsidio es proporcional a la de pacientes derivados por SEDRONAR; mientras que en la Categoría D con un 50% de pacientes, el subsidio financia el 88% de la totalidad de los costos de funcionamiento.

Finalmente, si bien la reducida muestra de instituciones y la deficitaria información de **costos** no permiten un análisis conclusivo, el ordenamiento y agrupamiento de los principales costos admite una afirmación preliminar:

las instituciones de la Categoría C presentan una estructura levemente más compleja que las de D, lo que se observa en la proporción que ocupan los rubros de personal (51%) respecto al (68%) de las instituciones D y el 15% del "varios" respecto al 7% en D²⁴. Hay que considerar sin embargo que en cinco de las nueve instituciones no se registran retribuciones a los operadores.

TABLA N° 4.50.
Composición de Costos por paciente según Categoría

Rubro	C		D	
	\$	%	\$	%
RRHH	866,01	51%	431,64	68%
Alquiler	125,02	7%	64,56	10%
Alimentación	308,45	18%	20,49	3%
Medicamentos	36,85	2%	5,68	1%
Servicios básicos	110,34	6%	57,44	9%
Seguros	15,35	1%	10,63	2%
Otros	251,50	15%	44,56	7%
Promedio mensual	1.713,51	100%	635,01	100%

²⁴ Ver Anexo 3

CAPÍTULO 5 - LOS TRATAMIENTOS INTERRUMPIDOS

En este capítulo se abordan las características de los tratamientos interrumpidos así como el perfil y los motivos de quienes abandonan, siempre desde la perspectiva de que el abandono es un episodio más en la trayectoria de las personas con consumo abusivo de sustancias psicoactivas.

A. El abandono como parte del tratamiento

En la mayoría de las instituciones visitadas, no se llevan estadísticas sobre la proporción de pacientes que abandonan. Salvo contactos informales, no se efectúa un seguimiento sistemático de quienes interrumpen su tratamiento. Pero en 12 de ellas se mencionan estimaciones que varían entre 30 y 60% 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 es 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 retomarlos. Incluso puede resultar un episodio positivo cuando esta decisión se concreta pues existe allí la posibilidad de un mayor compromiso. 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)

"Creo que siempre es el inicio de algo... es el inicio de una toma de conciencia que por ahí no lo pueden concretar hoy, lo retomarán más adelante, lo que molesta es que no haya continuidad en la asistencia pero es lo que hoy en día sucede y es con lo que debemos manejar" (psicólogo C3 II III)

"No es un fracaso... porque siempre les queda un registro... y cuando retomas no volvés a empezar de cero... retomas..." (operador C4 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)

"La familia también tiene sus dificultades económicas para poder estar a disposición del paciente en todo lo que requiere del tratamiento, eso por un lado, por otro lado si tiene una vida marginal en su familia pues las cosas se hacen más difíciles, tiene que presentar él mucha voluntad y deseos de cambio -lo ha habido- pero mucho más difícil. 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).

B. Los tratamientos interrumpidos en la cohorte de pacientes

B.1. ¿Quiénes abandonan?

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 N° 5.1.
Tasa de deserción y tiempo de permanencia Total país y AMBA**

	Tasa de deserción	Días de permanencia	n
Total país	63.5	118	1178
AMBA	66.7	121	760

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 anteriormente, una cuarta parte de los pacientes que lograron completar los días de tratamientos subsidiados interrumpieron su tratamiento en algún momento para retomarlos 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.

Como ya se adelantó, las categorías registradas de interrupción de tratamiento son abandono voluntario, fuga, fallecimiento, suspensión y expulsión. 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% habían sido suspendidos o expulsados. 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 C²⁵.

TABLA N° 5.2.
Distribución de beneficiarios que interrumpieron sus tratamientos, según tipo de egreso y porcentaje de subsidio utilizado, AMBA

	AMBA		
	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

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.
- 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 los de las otras dos modalidades. La misma tendencia, aunque menos acentuada, se observa cuando se considera el tipo de institución tratante²⁶. No puede deducirse de aquí una mayor eficacia de los tratamientos pues en realidad tienden a ser derivados a instituciones más cerradas y están sometidos a tratamientos farmacológicos. Posiblemente estos 2 factores 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.

²⁵ Capítulo 2, Tabla 2.6

²⁶ 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.

TABLA N° 5.3.
Tasa de deserción y tiempo de permanencia según variables seleccionadas

TOTAL PAIS			
AREA GEOGRAFICA	Tasa	Días	N*
Capital Federal	67.9	122	131
GBA	66.3	120	376
Resto provincia Bs. As.	49.5	105	47
Interior	60.1	119	185
AMBA			
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

- 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.

B.2 . ¿Cuándo abandonan?

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 aparece 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)

“Si abandonan recién ingresados es porque no soportan (la abstinencia) También te puede pasar que algún chico en fase avanzada se movilice con algo personal y se vaya” (directora C3 I II 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 III 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% de los tratamientos truncados fueron interrumpidos 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 según tiempo de abandono se observan comportamientos diferentes según interrumpían antes o después del 3er. 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 hecho de que no soportaban estar encerrados.

TABLA N° 5.4.
Tasa de deserción de acuerdo al momento de interrupción del tratamiento
(antes y después de los 3 meses) según variables seleccionadas

TOTAL PAIS			
AREA GEOGRAFICA	Antes de los 3 meses	Después de los 3 meses	N*
Capital Federal	35.2	32.6	131
GBA	37.4	28.9	376
Resto provincia Bs. As.	28.4	21.1	47
Interior	28.9	31.2	185
AMBA			
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

- Corroborando las apreciaciones de los equipos profesionales, es mucho más probable que antes del 3er mes abandonen quienes inician un tratamiento por primera vez que quienes ya van al menos por su tercer tratamiento. Mientras que después del 3er 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 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.

B.3. ¿Por qué abandonan?

La voz de los equipos profesionales

En general, las voces 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.

“Hay muchos que vienen porque los mandan, no hay ganas de cambio. Muchos vienen porque los padres o el juzgado los mandan” (operador C3 II III)

“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... El abandono es parte del tratamiento” (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)

“Es gente que no está convencida, o está presionada por un entorno, o por una cuestión judicial” (director D3 I II)

“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 una 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. 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 mexicaníe 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, disfuncionales 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)

“Fundamentalmente el grado de desintegración en que está la familia” (operador C3 II III)

“La familia absolutamente desdibujada donde la madre es muy importante en la vida del paciente en donde es absolutamente abandonica ó absolutamente sobre protectora asfixiante” (operador C4 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 es muy complicado, el entorno de donde viven. Hay barrios en los que se consume abiertamente en la calle y el pibe va, bueno 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 hace confundir" (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 en el capítulo anterior, 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 la causa directa 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)

"Son bastantes por presiones familiares en muchos casos, económicas" (trabajador social C3 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)

"Muchos abandonan por presiones del afuera, lo típico bueno estoy internado pero me llaman de mi casa que no hay plata y tengo que trabajar y la familia presiona con eso" (operador 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 recibí 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 contribuyen al no sostenimiento 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. Por otro lado, la escasa conciencia de lo que significa este problema" (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)

"Por lo general son megalómanos, infantiles, muy dependientes de las figuras parentales, en general nunca tuvieron un grado de responsabilidad en su vida" (psicólogo B3 III)

"... hay chicos que todavía son muy infantiles y no les gustan los límites, están acostumbrados a hacer lo que quieren, una vida promiscua" (psicóloga C3 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)

“En general el que abandona, lo hace antes del primer mes, que es el que vino, necesitaba la internación” (psicólogo D3II)

“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 tipo de consumo de sustancias**, sus observaciones coinciden con lo hallado anteriormente en los datos cuantitativos: los que empezaron tempranamente 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 tiempo 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 ha sido la de las personas en las etapas finales de su tratamiento y 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 sobre su percepción de estos tratamientos en términos de vivencias y resultados obtenidos.

Casi el 60% manifestó haberse sentido mal o regular en el tránsito por el último tratamiento previo realizado. Si bien cerca de una tercera parte considera que no obtuvo resultados, el resto siente 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 los que se interrumpen.

TABLA N° 5.5.
Opinión del último tratamiento previo

¿Cómo se sintieron?	n	%
Mal	32	39,0
Regular	16	19,5
Bien	31	37,8
Muy bien	3	3,7
Total	82	100,0

Base: Pacientes con tratamientos previos

TABLA N° 5.6.
Resultados del último tratamiento previo

¿Para qué les sirvió?	n	%
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. Se indagó sobre sus motivos de interrupción. Como lo muestra la tabla siguiente, dos tipos de factores predominan; por un lado y sobre todo, cuestiones vinculadas al tratamiento en sí (*no me servía*), el rechazo al encierro (*no soportaba estar encerrado*), la falta de adaptación (*no soportaba las reglas de convivencia, 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, no parece haber atribución de responsabilidad al entorno familiar. Cuando no es

“culpa” del entorno terapéutico, hay cierta conciencia de las propias limitaciones.

TABLA N° 5.7.
Motivos de interrupción del último tratamiento previo

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
Total	59	

Respuesta múltiple Base: Pacientes que abandonaron, fueron expulsados o se fugaron del último tratamiento previo.

C. Los tratamientos discontinuos en la cohorte de pacientes

Por todo lo expuesto hasta aquí, 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,

Se observa que el 22% de la cohorte nacional y cerca del 30 % de la cohorte del AMBA realizaron trayectorias discontinuas en las instituciones que asisten a beneficiarios de subsidios de la SEDRONAR.

TABLA N° 5.8
Porcentaje de beneficiarios que discontinuaron su tratamiento al menos en una oportunidad, Total País y AMBA

	TOTAL	AMBA
% de tratamientos interrumpidos	22,5	28,3
n	n=1178	n=760

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 N° 5.9.
Beneficiarios que discontinuaron su tratamiento al menos en una oportunidad, según mes de interrupción. AMBA

Mes de la 1 ^a interrupción	AMBA	
	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 N° 5.10.
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

La probabilidad de que un paciente interrumpa su tratamiento no se distribuye en forma homogénea:

- Se destaca que en el interior de la provincia de Buenos Aires y el interior del país la proporción de interrupciones es menor que en el AMBA y claramente la Ciudad de Buenos Aires es el área donde los tratamientos discontinuos tienen un peso mayor.
- 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 N° 5.11
Tasa de tratamientos discontinuos según variables seleccionadas.
Total País y AMBA

AREA GEOGRAFICA		
	%	N
Capital Federal	35,2	193
GBA	25,9	567
Resto provincia Bs. As.	10,5	95
Interior	12,3	308
AMBA		
TOTAL	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, 7 de cada 10 pacientes interrumpe su tratamiento. Los momentos críticos para que se produzca la interrupción son el primer trimestre y entre los 7 y 8 meses de tratamiento. 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 reflexionar y simbolizar. Por su parte, los pacientes consideran que los

motivos para abandonar están relacionados a las características del tratamiento y a la falta de motivación para transitarlo.

CAPÍTULO 6 – CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. Conclusiones

En relación con el perfil de los beneficiarios al inicio del subsidio²⁷

La SEDRONAR ha logrado, a partir de la estructura organizativa desarrollada para brindar tratamientos, un buen nivel de seguimiento de los pacientes y de las instituciones con convenio. En este sentido, tanto los datos disponibles como las fuentes consultadas en las instituciones, dan cuenta de una adecuada focalización en términos de la vulnerabilidad de la población que obtiene subsidios.

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 penal 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.²⁸

Las apreciaciones del personal de las instituciones visitadas confirman la particular vulnerabilidad de la población analizada. 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

²⁷ 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.

²⁸ Estudio nacional en Población de 12 a 65 años, sobre Consumo de sustancias Psicoactivas. Argentina 2006. OAD –SEDRONAR, 2007

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 la población analizada 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.

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.

Los pacientes monoconsumidores son generalmente alcohólicos (50%). 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.

Se han identificado algunos cambios en el perfil de la población beneficiaria entre los dos años del período considerado²⁹ entre los que se destaca el incremento del peso relativo de los pacientes más jóvenes, y vinculado a esto el incremento de la proporción de pacientes con bajo nivel de instrucción. Asimismo, se registra un aumento de la proporción de pacientes provenientes de hogares monoparentales. Desde el punto de vista del perfil de consumo de sustancias, se destaca la disminución de la prevalencia de alcohol, el incremento del peso relativo de la combinación de marihuana con pasta base entre los consumidores de dos sustancias, del alcohol con cocaína y marihuana entre los consumidores de tres sustancias y las combinaciones con pastillas entre el grupo de consumidores de cuatro sustancias.

Se han encontrado además indicios para suponer que se está produciendo un cambio en la edad y la sustancia con la cual esta población se inicia en el consumo. Al considerar la edad actual de los beneficiarios, se ha observado una disminución en la edad de inicio en el consumo de drogas. Ello se acompaña además con una disminución de la brecha por género. Entre los más jóvenes prácticamente no se observan diferencias entre varones y mujeres, mientras que entre los beneficiarios más grandes los varones se iniciaron en el consumo aproximadamente dos años antes que las mujeres.

²⁹ Junio 2006-julio 2008

En relación con los cambios en la sustancia de inicio se destaca que siete de cada diez jóvenes se iniciaron en el consumo de sustancias con marihuana, mientras que entre los más grandes, esta relación disminuye a tres de cada diez. En este grupo etéreo la sustancia de inicio fue mayormente el alcohol. Otro aspecto que refuerza la hipótesis de que se están dando cambios en los patrones de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas es que la pasta base comienza a ser relevante entre los más jóvenes y es prácticamente inexistente entre los adultos de 40 y más años.

En relación con el diseño de los tratamientos

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 alrededor de unos dos años para alcanzar estos objetivos.

En relación con el subsidio otorgado por paciente 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 que comprenda las causas que lo llevaron a consumir drogas. 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.

Estas estrategias, en casi todos los centros de tratamiento combinan 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 están vinculadas 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.

No se han podido identificar criterios para clasificar los tipos de tratamiento brindados. Sean 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 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: cierta estructura normatizada de vida cotidiana.

Cualquiera sea la modalidad ofrecida, se trata de centros profesionalizados 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 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.

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.

En relación con los tratamientos completos y su eficacia

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 se desprende que el panorama se distancia considerablemente del ideal. Sólo tres de cada diez pacientes 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 el 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.

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 de algunos recursos y habilidades en particular 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. 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-. Las sustancias mencionadas con mayor frecuencia como aquellas que motivaron el inicio del tratamiento fueron pasta base, cocaína y alcohol; consecuentemente coinciden con las sustancias que los pacientes consideraron más perjudiciales.

Si bien es imposible establecer predictores de tratamientos exitosos, 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.

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.

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.

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 de pacientes 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.

En relación con los tratamientos interrumpidos

El abandono es concebido por los equipos profesionales entrevistados 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.

De hecho, el análisis de la cohorte del AMBA muestra que por un lado cerca de una tercera parte discontinúa al menos en una oportunidad su tratamiento para reanudarlo alrededor de dos meses después, independientemente de su situación luego de transcurridos dieciséis meses desde el acceso al subsidio.

Pero por otro lado, cerca de siete de cada diez pacientes interrumpe su tratamiento y no lo 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.

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) mientras que las tasas son similares según modalidad de tratamiento residencial o ambulatorio, categoría de institución, cantidad de tratamientos previos y edad.

No obstante, se ha comprobado un comportamiento diferencial 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 (y consecuentemente en la categoría institucional C), que en la modalidad ambulatoria. Asimismo, la probabilidad de interrupción disminuye a medida que aumenta la cantidad de tratamientos previos, como así también a medida que aumenta 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. Se exceptúa de estas consideraciones a los pacientes duales que tienen una conducta marcadamente distinta (menores tasas de deserción particularmente en el primer trimestre).

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 tratantes señalan que los principales motivos de interrupción 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.

Por su parte, los 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.

En relación con el costo efectividad de las modalidades de atención

Se analizaron los aspectos relativos al costo efectividad de la inversión en los diferentes tipos de tratamientos a partir de la duración de los mismos y con información aportada por las instituciones visitadas se estimó la suficiencia del subsidio y una medición de la eficiencia económica.

Mientras la tasa de tratamientos completos arroja un nivel relativamente parejo en las tres categorías de centros considerados (B, C y D), si se considera el peso relativo de los días de tratamientos interrumpidos en cada modalidad de atención, la mejor relación se obtiene en los tratamientos de internación B seguida de las comunidades terapéuticas C y por último los hospitales de día (D) donde el costo de los tratamientos interrumpidos es mayor.

Del mismo modo, si se diferencian dentro de los tratamientos completos los que tuvieron alguna interrupción o discontinuidad de los que no la tuvieron, la mejor relación costo efectividad se alcanza en los tratamientos de la categoría C.

Finalmente, merece destacarse que la inversión adicional producida por prórrogas equivale solamente a un 5% del total de la inversión de los tratamientos completos.

En cuanto a los *costos de funcionamiento de las instituciones visitadas*, si bien la deficitaria información de costos no permite un análisis conclusivo, parecería existir una diferencia en las consultas de terapia individual de la modalidad ambulatoria que duplica a las de la modalidad residencial mientras que es similar el promedio de consultas grupales y familiares.

Los pacientes atendidos en la modalidad ambulatoria disponen de 52% más de horas profesionales de atención por mes. Esta diferencia es suplida en las instituciones C por los operadores terapéuticos.

B. Recomendaciones

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.), y se aprecia en el período analizado una tendencia al aumento de la cobertura así como de la capacidad de retención de los pacientes subsidiados en sus respectivos tratamientos. 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 encuentran sistematizada y correctamente archivada en los legajos que administra el área de subsidios.

Como contrapartida, el estímulo a la sistematización de información cuantitativa en las instituciones para contar con estadísticas de retención, deserción, etc. Ello implica promover en las instituciones con convenio la existencia y el uso de registros sistemáticos 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, se ha comprobado un grado similar en cuanto al tiempo de permanencia de los pacientes subsidiados en sus respectivos tratamientos. Las tasas de abandono son similares a las que se han verificado en otros estudios internacionales.³⁰ 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 en el sostenimiento de los logros y en el tránsito por la etapa de reinserción social. En las instituciones se tiende a considerar al adicto como emergente de situaciones familiares conflictivas pero a la vez la consideran garante fundamental de un tratamiento exitoso.

Todo esto sugiere la necesidad de pensar y desarrollar estrategias que enfatizan el desarrollo de habilidades y capacidades para la reinserción social del individuo antes que en cambios en la estructura familiar. En este sentido se trata de fortalecer alternativas de reinserción con trabajo en red y con la comunidad, trabajo entre centros de atención, identificación de actores sociales locales que puedan generar oportunidades laborales, creación de bolsas de trabajo, etc.

Por otra parte, las tendencias identificadas en cuanto a modificaciones en las sustancias consumidas, en particular la prevalencia cada vez mayor de la pasta base/paco entre los pacientes subsidiados plantean nuevos desafíos para los dispositivos existentes. Considerando los diferenciales en las tasas de tratamientos completos, se puede suponer que estos tratamientos son

³⁰ 2003, Naciones Unidas

más efectivos para pacientes alcohólicos o 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 sostener que para cada tipo de sustancia consumida sea necesaria una estrategia específica, sería importante empezar a debatir algunas técnicas susceptibles de abordar con mayor eficacia a este universo de personas.

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 consultado en <http://eib.emcdda.europa.eu>

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 – 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 N° 8, Ed. Paidós, 2000

Nirenberg, Brawerman, Ruiz: *Programación y Evaluación de proyectos sociales*, Tramas Sociales N° 19, Ed. Paidós, 2003

OAD – SEDRONAR: *Aspectos cualitativos del consumo de Pasta Base de Cocaína / Paco*, Buenos Aires, 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*, Buenos Aires, 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 consultado en www.observatorio.gov.ar

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

ANEXO 1
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