

## **CAMBIOS PERCIBIDOS POR LOS CONSUMIDORES DE DROGA DADOS DE ALTA DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS**

*Mendes Diz A., Kornblit A., Camarotti A., Guffanti S.*

Los estudios descriptivos así como los de seguimiento de la población de consumidores de drogas están orientados al conocimiento de las características de los pacientes que se atienden o que se han atendido en centros de tratamiento de adictos y a la evaluación de la eficacia de los tratamientos.

Según Comas y colaboradores (1988), los estudios descriptivos fueron los primeros en desarrollarse en España (desde 1935) respondiendo al interés por conocer el perfil de la población que se atiende en este tipo de centros. Se trata de análisis descriptivos basados en datos recogidos en general de historias clínicas que habitualmente se confeccionan en los mismos centros y cuyos resultados se utilizan para la confección de perfiles de los pacientes que concurren a dichos centros. Los estudios de seguimiento en cambio, que en España empezaron a realizarse en la década de los 60, además de descriptivos son evaluativos. Se orientan a conocer la efectividad de los tratamientos en los usuarios estudiando la evolución de una población a través de un análisis transversal para conocer los cambios ocurridos a través del tiempo. Estos estudios implican la aplicación de un mismo instrumento de recolección de datos a la misma muestra en dos o más oportunidades (seguimiento periódico) y permiten determinar la mejoría de los pacientes según ciertos criterios básicos tales como: disminución del consumo de drogas, disminución de actos delictivos y aumento o inicio de la actividad laboral y/o de estudios. Pueden ser unicéntricos o multicéntricos, y en todos ellos la mayor limitación es el logro de los contactos para localizar a los pacientes, que en la mayoría de los casos se realiza a través de la información que brinda el centro. Esta estrategia tiene el inconveniente de que los pacientes que continúan en contacto con los centros son los que tienen a su vez una evolución más favorable.

El estudio que se presenta en este capítulo es de carácter descriptivo, aunque se incluyó, apelando a la memoria del entrevistado datos referidos a la situación anterior al tratamiento y a la situación posterior al alta.

### **Características sociodemográficas de la muestra**

La muestra del estudio está constituida por 100 casos, de los cuales los primeros contactos se obtuvieron a partir de los centros terapéuticos y de SEDRONAR<sup>2</sup> para luego utilizar la técnica de “bola de nieve” con la intención de contactar personas que hubieran “perdido” el contacto con la institución de la que obtuvieron el alta. De esta manera se trató de neutralizar el sesgo de que fuesen sólo personas con una evolución más favorable, como se plantea en la bibliografía (Comas, 1988).

El 84% son varones, un tercio tiene entre 15 y 24 años y los demás superan esta edad. Fueron reclutados en diversas localidades del Gran Buenos Aires (46%) y de la ciudad de Buenos Aires (54%).

En cuanto al nivel educativo, sólo un 12% realizó estudios primarios, el resto inició o completó el nivel secundario e incluso un 14% realizó también estudios terciarios. Estos

---

<sup>2</sup> Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. Presidencia de la Nación.



datos coinciden con los obtenidos en una investigación recientemente realizada (ver capítulo 3) en la que se observa que los consumidores de drogas que han concurrido a algún centro de tratamiento de adictos tienen globalmente un nivel educativo mayor que el de los que nunca se han tratado.

### **Características del consumo de drogas anterior al tratamiento**

Para conocer la trayectoria adictiva se preguntó acerca de las edades de inicio en el consumo de diversas drogas. Como puede observarse en el cuadro existe un gradiente de menor a mayor edad de inicio, según la droga que se trate. El alcohol es la droga de inicio más precoz (el 70% empieza a consumir alcohol antes de los 14 años), continúan la marihuana, los sedantes y los inhalantes. Otras drogas, como estimulantes, cocaína y alucinógenos, tienen un inicio más tardío, entre los 15 y los 24 años, aunque también se observan porcentajes importantes de sujetos que se han iniciado en el hábito del consumo de estas drogas antes de los 14 años. Cabe destacar que si bien en la Argentina hace algunos años no había mayores indicios acerca del consumo de opiáceos y/o heroína, en este estudio observamos un 12% de sujetos que manifiestan haberla consumido.

*Edad de inicio en diferentes drogas (en %)*

	Hasta 14 años	Entre 15 y 24 años	25 años y más
Alcohol	70.0	28.0	2.0
Marihuana	55.3	42.6	2.1
Sedantes	48.5	48.5	3.0
Estimulantes	40.0	60.0	0
Inhalantes	43.5	47.8	8.7
Cocaína	24.5	67.3	8.2
Alucinógenos	14.7	76.5	8.8
Heroína	50.0	50.0	0

En cuanto al *tiempo de consumo en forma regular*, la mitad de la muestra consumieron de este modo alguna o más de una de estas drogas durante un lapso de 1 a 6 años, el resto se distribuyó entre los que consumieron en forma regular durante 7 a 10 años y los que lo hicieron entre 11 y 20 años.

Asimismo, el consumo de drogas a nivel familiar, coincidiendo con un trabajo anterior realizado por nuestro equipo (Kornblit *et al.*, 1992) un porcentaje elevado de sujetos (62%) afirma tener algún familiar que consume o consumía drogas.



## Características del tratamiento

### *Tratamientos anteriores realizados*

Los 2/3 de los sujetos del estudio iniciaron algún tipo de tratamiento por consumo de drogas más de una vez, ya sea por haber tenido una o más recaídas o por no haber completado otros tratamientos iniciados en comunidades terapéuticas o con modalidad ambulatoria. Actualmente, algo más de un tercio continúa con algún tratamiento psicoterapéutico.

### *Último tratamiento<sup>3</sup>*

Los resultados de distintos estudios muestran que aproximadamente el 70% de las recaídas ocurren en los primeros 3 o 4 meses transcurridos desde el alta (Comas, 1988; de León, 1984; Kornblit *et al.*, 1992). Asimismo, algunas de las variables que aparecen asociadas a la mayor o menor posibilidad de recaer en el hábito adictivo son: el tiempo transcurrido desde el alta, la duración del tratamiento y la motivación para iniciar un tratamiento.

En cuanto al *tiempo transcurrido desde el alta*, según los estudios presentados por Comas (1988), la primera encuesta de seguimiento suele realizarse a los 3, 6 o 12 meses de haber finalizado el tratamiento. En nuestro estudio, para la mitad de los sujetos ha transcurrido entre 6 y 12 meses desde que obtuvieron el alta, en el resto ha pasado aun más tiempo. Si bien esta condición ha hecho más difícil el trabajo de campo en cuanto a lograr contactar a estos sujetos, ha permitido un mejor análisis a través del tiempo de los factores que estarían reforzando el mantenimiento de las pautas no adictivas.

Por otra parte, se sabe que cuanto menor ha sido la *duración del tratamiento*, mayor es la posibilidad de recaídas. En nuestro estudio más de la mitad de la muestra permaneció en la comunidad terapéutica entre 1 y 2 años, el resto se distribuye entre los que permanecieron hasta 1 año y los que permanecieron más de 2 años.

Los 2/3 de los sujetos buscaron realizar un tratamiento *por decisión propia* (sentían que se morían, habían “tocado fondo”), motivación que en la literatura aparece vinculada con el mayor éxito en el mantenimiento de los patrones no adictivos. El tercio restante se internó en alguna comunidad a instancias de la familia o fueron enviados por un Juzgado y/o por algún profesional de la salud (psiquiatra, psicólogo). Es interesante señalar que el perfil de los consumidores que se internan derivados por un Juzgado difiere sobre todo de los que lo hacen por cuenta propia. Según comentan los encuestados, se trata de personas que por lo general no están convencidos de dejar el hábito adictivo, por lo que no colaboran con la comunidad, no asumen responsabilidades ni respetan las normas. Podría pensarse a partir de estas particularidades, que tal vez se encuentren en mayor riesgo de recaer.

---

<sup>3</sup> Recordemos que este último tratamiento los entrevistados han sido dados de alta.



## Cambios ocurridos a partir del tratamiento

### *Situación laboral y/o de estudios*

De acuerdo a algunos criterios básicos que se repiten en los distintos estudios de seguimiento (Comas, 1988; de León, 1984, Kornblit *et al.* 1992), la situación laboral y de estudios serían indicadores de una adecuada evolución por parte de las personas que han completado su tratamiento en algún centro de tratamiento de adictos. En la mayoría de estos estudios se muestra que los sujetos logran una mejoría notable en estos aspectos.

Esta misma situación se observa en nuestros datos, dado que la mitad de la muestra retomó sus estudios y un porcentaje similar logró algún tipo de inserción laboral, en muchos casos atribuible a los oficios aprendidos en las comunidades terapéuticas: talleres de joyería, albañilería, jardinería, zapatería, electricidad, carpintería, entre otros.

Sólo un 10% manifestó haber sido despedido de su trabajo, aunque por razones ajenas a ellos, como por ejemplo, cierres de fábricas, suspensión de obras, etc.

### *Situación legal*

La disminución de actos delictivos es otro de los indicadores de mejoría que se analizan en los estudios de seguimiento (Comas, 1988; de León, 1984). En nuestro estudio, el 60% de los sujetos admite haber estado “preso alguna vez”; la mitad de ellos ha sido por *tenencia de drogas*, un tercio por *tenencia de armas y/o robos* y el resto por *contravenciones o averiguaciones de antecedentes*.

Si nos ubicamos en la situación posterior al alta, se observa que disminuye significativamente el porcentaje de sujetos que manifiestan haber estado presos en los últimos 12 meses: sólo un 6% dice haber estado en esta situación.

### *Situación del consumo de drogas*

La disminución, el cambio de modalidad de consumo (de uno de mayor riesgo a uno de menor riesgo) o la suspensión del consumo de drogas es, obviamente, uno de los indicadores esenciales de mejoría de las personas que han completado un tratamiento con esta finalidad.

Nuestros datos muestran la suspensión del consumo de drogas tales como sedantes, estimulantes, inhalantes, alucinógenos y opiáceos en los últimos 12 meses. Sin embargo, un porcentaje que ronda el 20% admite continuar consumiendo marihuana y cocaína, aunque en muchos casos aclaran que lo hacen con menor frecuencia.

En cuanto al consumo de alcohol, en la mayoría de los estudios de seguimiento se observa que no experimenta grandes cambios. En el caso de nuestro estudio, un 44% de la muestra admite “haberse emborrachado en los últimos 12 meses” y un porcentaje similar manifestó haberlo hecho 5 o más veces en el año.

### *Apoyo social*

El apoyo social puede ser definido como el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona se ven gratificadas a través de la interacción con otros. Estas necesidades incluyen el afecto, la estimación o aprobación, la pertenencia, la identidad y la seguridad.



En este concepto no sólo es importante tener en cuenta los tipos de apoyo recibido sino sus fuentes: padres, otros familiares, amigos, entre otros. Nos interesó conocer la situación en que se encontraban los sujetos en relación con este tema, habida cuenta de que los conflictos en este sentido aparecen muy vinculados a la situación de inicio del consumo de drogas del mismo modo que en la recaída.

#### *a) Situación familiar*

Es por demás conocida la amplia literatura existente acerca de la asociación entre carencias a nivel de comunicación y/o de apoyo familiar y la adopción de conductas de riesgo por parte de sus miembros.

Un análisis comparativo entre la etapa anterior al tratamiento y la posterior al mismo muestra diferencias en el ambiente familiar de los sujetos de nuestro estudio.

En la época anterior al tratamiento, la mayoría percibe que no mantenía conversaciones con sus familiares acerca de problemas o cosas que le sucedían, y se observa que la relación se invierte después del tratamiento. Cabe destacar que, como se verá más adelante, las comunidades ponen el acento en que los sujetos puedan expresar con mayor facilidad sus afectos en sus relaciones interpersonales ya sea en el ámbito familiar, de amigos, etc.. Este es uno de los aspectos que se evalúan más favorablemente a la hora de destacar lo positivo o lo negativo de las comunidades.

Antes del tratamiento, los sujetos no percibían cooperación entre los integrantes de la familia, no disfrutaban de estar juntos, no percibían comprensión de las necesidades de cada uno, no percibían interés en escucharse y ayudarse mutuamente; percibían en cambio un ambiente de peleas y quejas y la ausencia de un medio familiar que los contuviera. Esta situación se revierte en guarismos significativos en la etapa posterior al tratamiento, como se observa en el cuadro siguiente.

*Ambiente familiar antes y después del tratamiento (en %)*

	Antes			Después		
	Sí	No	Más o menos	Sí	No	Más o menos
Cooperaban entre sí	38.0	42.0	20.0	80.0	6.0	14.0
Disfrutaban de estar juntos	6.0	80.0	14.0	76.0	12.0	12.0
Se comprendían	10.0	72.0	18.0	64.0	10.0	26.0
Tenían interés en escucharse y ayudarse	26.0	52.0	22.0	70.0	10.0	20.0
Había peleas y quejas	96.0	4.0	0	34.0	24.0	42.0
No tenía medio familiar cercano	59.2	32.7	8.2	22.0	62.0	16.0

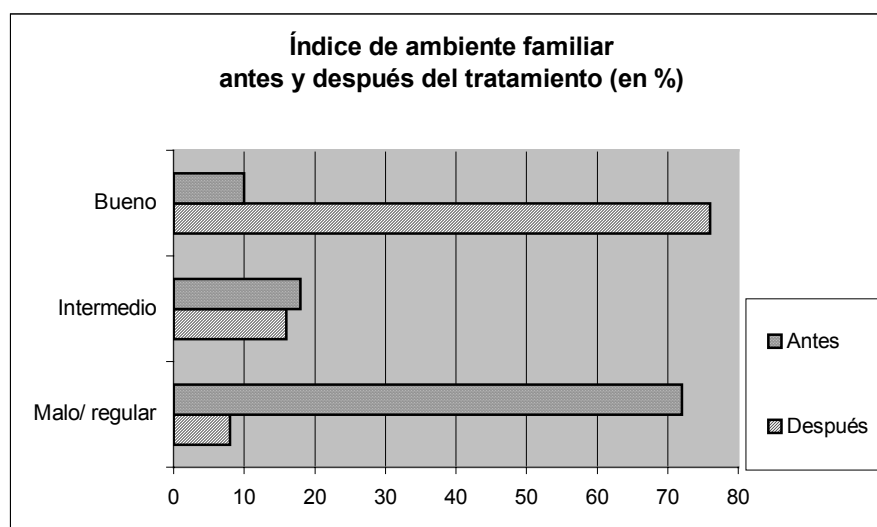
Para sintetizar la información referida a las características del ambiente familiar hemos elaborado el Índice de Ambiente Familiar que sintetiza la situación antes y después del



tratamiento<sup>1</sup>. Para su elaboración se ponderaron las siguientes categorías vinculadas a la relación familiar:

- Había/hay cooperación (positivo)
- Disfrutaban/disfrutan de estar juntos (positivo)
- Había/hay comprensión de las necesidades de cada uno (positivo)
- Había/hay interés en escucharse y ayudarse mutuamente (positivo)
- Había/hay peleas y quejas (negativo)
- No tenía/tiene medio familiar cercano (negativo)

La aplicación del Índice muestra cambios notables en la percepción que los sujetos tienen de sus familias, como se observa en el gráfico siguiente donde los porcentajes que corresponden a las categorías malo, intermedio y bueno en la etapa anterior al tratamiento prácticamente se invierten en la actualidad.



En síntesis, los sujetos perciben mayoritariamente que se llevan muy bien y bien con la familia después de haber realizado el tratamiento en las comunidades terapéuticas en proporciones similares a las que en el período anterior al tratamiento afirmaban llevarse regular y mal.

#### *b) Situación con amigos*

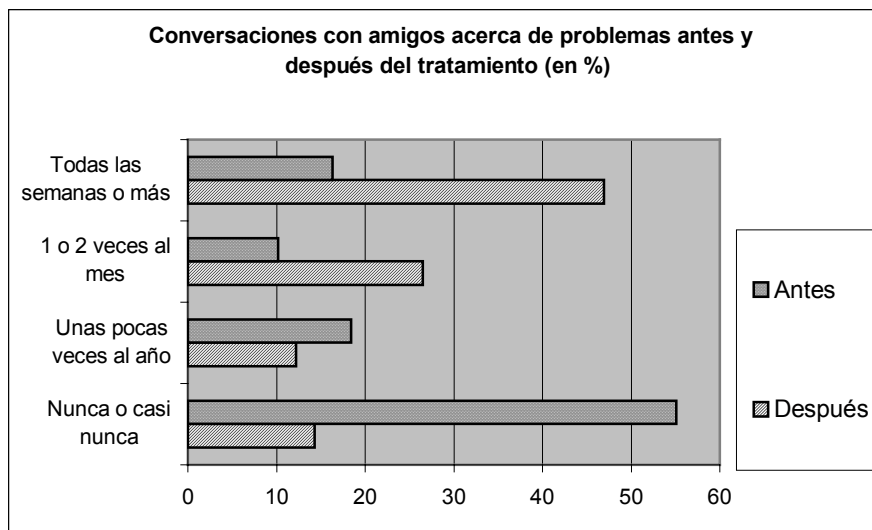
El grupo de amigos es percibido como una de las fuentes de apoyo fundamentales, aunque aparece también como uno de los aspectos más temidos por los sujetos en cuanto a su relación con la posibilidad de recaer.

Cuando se les pregunta acerca de la frecuencia con que mantienen actualmente *conversaciones con sus amigos* acerca de problemas o cosas que les suceden, como se observa

<sup>1</sup> Los valores del Índice quedaron comprendidos entre 0 y 1, y fueron categorizados del siguiente modo: malo/regular (entre 0 y 0,33); intermedio (entre 0,34 y 0,66); bueno (entre 0,67 y 1)



en el siguiente gráfico, la comunicación ha aumentado significativamente en comparación con el período anterior al tratamiento.



Nos preguntamos con quiénes se comunican actualmente. Las respuestas son variadas.

En relación con los compañeros de consumo, se observan sentimientos contradictorios cuando se analizan sus comentarios. Por un lado, dicen tratar de alejarse de ellos por temor a recaer en el hábito, pero a su vez consideran que así los están discriminando y sienten culpa por adoptar esta conducta. En estos casos deciden continuar viéndolos aunque manteniendo ciertos límites y respeto mutuo: comparten un contrato tácito que consiste en que los amigos continúan consumiendo pero no lo hacen cuando están juntos. Sin embargo, algunos encuestados han relatado situaciones de alto riesgo de recaídas debido a ofrecimiento de drogas o consumo por parte de alguno de ellos que “olvidó” el contrato.

Otros sujetos aclaran haber “cortado” con los compañeros de consumo y están intentando armar nuevos grupos de amigos con quienes compartir situaciones que en épocas anteriores al tratamiento eran mediatizadas por la droga. La comunidad terapéutica y las instituciones religiosas constituyen lugares de reclutamiento de estos nuevos amigos. En este sentido se ha observado un aumento de la concurrencia a alguna institución religiosa en el tiempo posterior al tratamiento (de un 22% a un 38%).

Y por fin, unos pocos aclaran que se sienten solos porque aún no han logrado formar un nuevo núcleo de amigos.

En el cuadro que se muestra a continuación se observa una serie de conductas que los sujetos afirman que tienen sus amigos actuales.



*Conductas adoptadas por los amigos en los últimos 12 meses (en %)*

Han tenido trabajos regulares o van regularmente a la escuela	95.9
Se emborracharon	66.7
Usaron drogas	31.3
Fueron despedidos de sus trabajos	29.8
Tuvieron peleas	24.5
Estuvieron presos	14.9
Portaron armas	14.3
Robaron	10.4
Vendieron drogas	10.4

El 100 % se alcanza en cada caso con la respuesta no.

De la lectura del cuadro se evidencia que en el tiempo posterior al tratamiento casi todos (96%) cuentan con amigos que llevan una vida dentro de los cánones socialmente aceptados : al menos tienen trabajos regulares y/o van regularmente a la escuela.

Son bastante menos los sujetos que admiten que sus amigos incurren en conductas socialmente sancionadas. El consumo excesivo de alcohol, por ejemplo, es la conducta más percibida (los 2/3 percibe este tipo de consumo) por los encuestados. Frente a ella la mitad de ellos *no hace nada* o *se aleja* de la situación y la otra mitad se distribuye entre los que *ayudan a sus amigos a controlarse* y los que *los acompañan y se emborrachan con ellos*.

### **Aspectos psicológicos**

#### *Situaciones más conflictivas y apoyo percibido*

Nos interesó conocer cuáles fueron las situaciones más conflictivas que tuvieron que enfrentar desde que terminaron el tratamiento.

Las *situaciones laborales* y las *situaciones familiares* fueron mencionadas por los 2/3 de los sujetos. También hicieron referencia en menor medida a situaciones tales como: *acostumbrarse a la nueva identidad*, *volver a relacionarse con la gente*, *volver a relacionarse con una pareja*, y *tentarse con el consumo*.

El modelo del apoyo social como “buffer” sostiene que cuando ocurren hechos estresantes los sujetos que cuentan con recursos sociales son capaces de movilizarlos en su ayuda, y así enfrentar más eficazmente los desafíos planteados. Esto ocurre en el caso de los sujetos de nuestro estudio que, como ya observamos, la situación con la familia y con los amigos cambió favorablemente en el tiempo posterior al tratamiento. Casi un 70% afirman que cuentan con familiares que los han ayudado y los ayudan a enfrentar los problemas que surgieron desde que finalizaron su tratamiento. También mencionan a la pareja y a los



compañeros y operadores de la comunidad terapéutica como personas de referencia en caso de necesitar ayuda.

Cuando se refieren a *lo que más los perjudicó* en el tiempo posterior al tratamiento, la mitad de la muestra menciona *“lo económico/la falta de trabajo*, aludiendo específicamente a la posibilidad de perderlo, ya que como vimos anteriormente, un porcentaje elevado ha logrado insertarse en algún tipo de actividad laboral. Porcentajes menores (30%) consideran que los perjudicó el hecho de *tener dificultades para relacionarse con la gente*. Otros mencionan *los conflictos familiares*, que continúan presentes como en la etapa anterior al tratamiento y que en muchos casos fueron el factor decisivo que impulsó la internación. Sólo un 12% considera que *nada* los ha perjudicado desde que finalizó su tratamiento.

Se les preguntó entonces específicamente si hubieron *situaciones que consideraban difíciles de enfrentar sin usar drogas*. Sólo un tercio afirmó que no hubo *ninguna* situación en la que peligró el mantenimiento de los hábitos no adictivos. Los demás admitieron sus dificultades ante situaciones tales como *relacionarse con mujeres, manejarse o manifestar sus afectos, y relacionarse con la gente con fines recreativos*.

### *Situaciones de discriminación*

La discriminación es un estigma que padecen aquellos que han vivido enfermedades o han asumido conductas sancionadas socialmente, como sería el caso de los consumidores de drogas. Padecer situaciones de discriminación constituye uno de los principales factores que conspira contra el mantenimiento de los patrones no adictivos. La mitad de los sujetos de nuestro estudio manifiesta haberse sentido discriminado. Analizando las situaciones de discriminación que relatan encontramos un abanico de situaciones que muestran que la actitud discriminatoria hacia los adictos se da en cualquier ámbito. La mayoría manifiesta que han sido discriminados *por ser drogadictos*, sin especificar quiénes o dónde lo discriminaron. Otros aluden a los ámbitos donde han sufrido discriminación, como los *boliches, la familia y el trabajo*. También se han sentido discriminados por sus ex compañeros de consumo que no se resignan al cambio de conducta que han iniciado y los acusan de *“cajetas”*. Muy pocos mencionan haber sido discriminados por ser VIH positivo.

### *Percepción de sí mismos*

Se presentaron una serie de afirmaciones referidas a la percepción que tienen actualmente de sí mismos en comparación con la que tenían antes del tratamiento. Como se observa en el cuadro, la autopercepción se modifica favorablemente en forma notable entre ambos períodos.



*Cómo se ve a sí mismo antes y después del tratamiento (en %)*

	<b>Antes</b>	<b>Después</b>
Siente que no le importa a nadie	68.0	2.0
Se siente orgulloso de lo que hace	38.0	88.0
Siente que está feliz y satisfecho con él mismo	18.4	76.0
Siente que no es nada bueno	70.0	16.0
Siente que puede hacer las cosas bien	28.0	83.7
Siente que puede tener responsabilidades	0	100.0

El 100 % se alcanza en cada caso con la respuesta no.

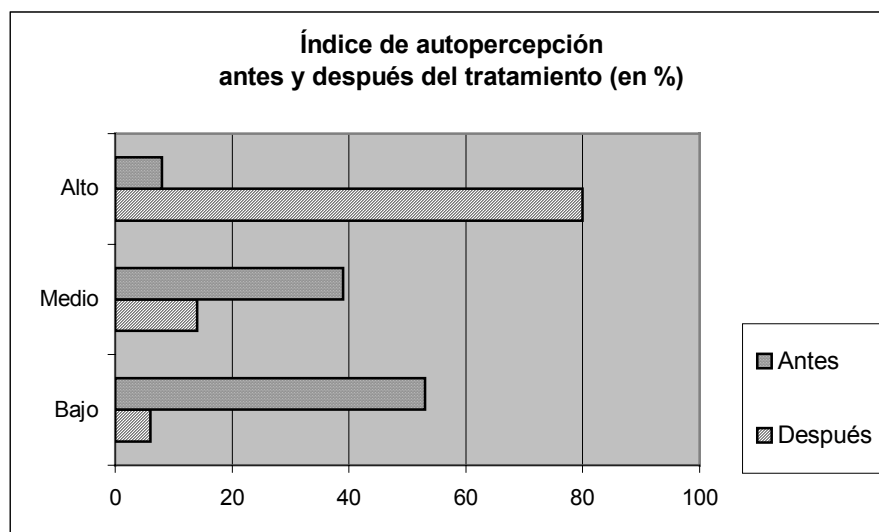
A los fines de sintetizar la información hemos elaborado un Índice de autopercepción<sup>2</sup> elaborado a partir de las siguientes categorías referidas a cómo se veía antes del tratamiento y cómo se ve actualmente:

- No le importaba/importaba a nadie (negativo)
- Estaba/está orgulloso de lo que hace (positivo)
- Estaba/está feliz y satisfecho con él mismo (positivo)
- No era/es nada bueno (negativo)
- Podía/puede hacer las cosas bien (positivo)

En el gráfico siguiente se observa el cambio notable ocurrido entre la etapa anterior al tratamiento y la posterior en cuanto a la percepción que tienen los sujetos de sí mismos.

<sup>2</sup> Los valores del Índice quedaron comprendidos entre 0 y 1 y fueron categorizados del siguiente modo: malo (entre 0 y 0,33); intermedio (entre 0,34 y 0,66); bueno (entre 0.67 y 1).





Incluso algunos sujetos agregaron los siguientes aspectos que no aparecían en el listado que se les presentó y que consideraban que era pertinente consignar como cambios significativos que percibían: *que podían tener responsabilidades, que no tenían problemas familiares, que podían relacionarse con la gente, y que ya no tenían un aspecto desprolijo.*

#### *Estado de ánimo y suicidio*

El estado de ánimo es otro aspecto muy vinculado a la posibilidad de recaer en el hábito adictivo (Comas, 1988; Kornblit *et al.*, 1992); en tal sentido es preocupante que la mitad de los sujetos de nuestro estudio consideran que su estado de ánimo en general es regular.

El estado de ánimo también está estrechamente ligado a la posibilidad de suicidio, o al menos de su ideación. El suicidio, especialmente el de personas jóvenes, es en todos los países un problema importante. Si bien no es fácil encontrar rasgos comunes a la hora de intentar explicar, en alguna medida, tales comportamientos, puede decirse que el 90% están vinculados con abuso de drogas, depresión o psicosis. El riesgo de suicidio en personas que abusan del alcohol, por ejemplo, es 60 o 120 veces mayor que en la población general (Kornblit y Mendes Diz, 2000).

Según un trabajo realizado por Casullo y Fernández Liporace (1998), no todos los suicidios son motivados por una decisión consciente de morir. Muchas veces pretenden comunicar sentimientos de desesperación, desesperanza o enojo. Por eso, en la actualidad se enfoca el suicidio desde una triple perspectiva: ideaciones suicidas, parasuicidios y suicidios. Las primeras incluyen desde el sentimiento de que la vida no tiene sentido o la elaboración de planes para quitarse la vida, hasta la idea sistemática de autodestruirse. Los parasuicidios son intentos fallidos que provocan daños en quien los comete.

Nos interesó conocer la situación de los sujetos de nuestro estudio en relación con esta problemática antes y después del tratamiento. Observamos que los 2/3 de los encuestados pensaron alguna vez en suicidarse antes del tratamiento, y coincidentemente con los estudios mencionados, la mitad de ellos aproximadamente lo adjudicó a la *desesperación en que había caído por la droga*. Otros motivos mencionados fueron: *problemas*



con la familia (24%), impotencia o cansancio de vivir (21%) y problemas con la pareja (12%).

En la etapa posterior al tratamiento sólo un 18% pensó alguna vez en suicidarse.

#### *Percepción acerca de causas y resolución de problemas*

Tanto la sobreexigencia como resultado de considerar que deben tener “todo” bajo control por un lado, así como lo contrario, o sea considerar que todo lo que les pasa en la vida es incontrolable, son situaciones que nos interesó conocer en los sujetos del estudio antes y después del tratamiento.

Según se observa en el próximo cuadro aparecen cambios significativos entre ambos momentos. En la etapa anterior al tratamiento, los sujetos perciben mayoritariamente tanto la incontrolabilidad de sus problemas, los cuales son adjudicados a circunstancias externas, como la carencia de recursos sociales (familiares o amigos) en quienes apoyarse para resolverlos. Ambos aspectos se modifican significativamente en la etapa posterior al tratamiento.

#### ***Consideraciones acerca de los problemas en su vida antes y después del tratamiento (en %)***

	<b>Antes</b>	<b>Después</b>
Causados por otros	69.4	12.0
Causados por cosas que él hizo	63.3	49.0
Causados por circunstancias que él no podía cambiar	89.8	22.4
Similares a los de sus amigos	49.0	52.0
Los podía resolver fácilmente	48.0	34.0
Los podía resolver con la ayuda de sus familiares y/o amigos	22.0	80.0
Continuarían sucediendo en el futuro	89.8	22.0

El 100 % se alcanza en cada caso con la respuesta no.

#### **Actitudes y conductas en relación con el VIH/sida**

Los 2/3 de los sujetos afirman haber concurrido al médico en el último año. Tal vez esté influyendo el hecho de que la mitad de la muestra en el último año todavía se encontraba internado en alguna comunidad. En cuanto a los motivos de asistencia al médico, los 2/3 han concurrido *por control*

Nos interesó conocer el estado de preocupación de los sujetos del estudio en relación con el VIH/sida antes y después del tratamiento. Observamos que mientras la mitad de la muestra dijo no estar *nada preocupado* por el sida en la etapa anterior al tratamiento, en la actualidad este porcentaje disminuye a la mitad y aparece un 30% muy preocupado y un 45% poco preocupado.



La preocupación puede considerarse un primer paso hacia la prevención, aunque no es la única variable que influye para la adopción de conductas de autocuidado.

En este sentido, cuando se les preguntó si esta preocupación lo llevó a hacerse la *prueba del VIH*, sólo un 40% manifestó habérsela hecho por su cuenta mientras que un 60% se la hizo a instancias de la comunidad terapéutica.

Si bien un 70% manifiesta haber cambiado en algo sus prácticas de consumo o sus prácticas sexuales a partir de la epidemia, de sida, sigue habiendo un 30% que no ha iniciado conductas de autocuidado.

Se les preguntó, por último, si hablaban del sida: sólo la mitad de la muestra dijo que se tocaba el tema en la comunidad terapéutica, lo cual implica que en muchas de ellas no es un tema instalado a pesar de que atienden a una población de alto riesgo en este sentido, tanto en el área del consumo de drogas como en el de la sexualidad.

### **Evaluación del tratamiento**

A diferencia de la mayoría de los estudios descriptivos y de seguimiento españoles (Comas, 1988), no fue objeto de este estudio evaluar la eficacia de los centros. En nuestro caso se solicitó una evaluación subjetiva de las tres etapas por las que transitan los pacientes en las comunidades terapéuticas: ingreso, granja y reinserción, y el análisis de los datos referidos a las diversas comunidades se realizó en forma conjunta.

#### *Percepción de mejoría*

Se les preguntó cómo se sienten actualmente en relación al tiempo anterior al tratamiento. Casi la totalidad (92%) manifiesta que se siente *mejor que antes* en lo general.

También es mayoritaria la respuesta en cuanto a sentirse *mejor que antes* en lo particular en relación a una serie de aspectos, como se observa en el Cuadro siguiente.

#### *Percepción de mejoría en diversos aspectos antes y después del tratamiento (en %)*

	<b>Peor</b>	<b>Igual</b>	<b>Mejor</b>
La salud	4.0	8.0	88.0
La forma como se lleva con sus padres	2.0	14.0	84.0
La forma como se lleva con otras personas	2.0	10.0	88.0
La forma como se lleva con sus amigos	4.1	14.3	88.6
La vida en general	2.0	8.0	90.0

Algunos agregaron otros aspectos que sintieron que habían cambiado significativamente después del tratamiento y que no aparecían en la lista que se les había presentado:



*tienen las cosas más claras, se sienten más realizados en cuanto a estudio, trabajo y/o tener hijos, y se sienten con más voluntad y responsabilidad.*

### *Evaluación del tratamiento en general*

La mitad de la muestra consideró al tratamiento realizado como *muy bueno*, un 38% como *bueno* y sólo un 12% lo consideró *regular*.

En cuanto a *lo mejor del tratamiento*, casi un 40% destaca la comprensión y contención recibida en la comunidad (sobre todo en la primera etapa) pero es interesante remarcar que muchos de los que finalizaron el tratamiento la siguen utilizando como referente, como lo ejemplifica este comentario: *cuando no me lo banco afuera agarro el bolsito y me vuelvo a la comunidad*. Esta situación es estimulada por las comunidades, como es el caso de una de ellas que cuando les dan el alta les entregan una llavecita cuyo significado es precisamente que todos los que han transitado por ella “tienen la llave” para recurrir a ella cuando lo sientan necesario. Aproximadamente los 2/3 de los sujetos dados de alta permanecen en contacto con la Institución y/o con los compañeros.

También se señalan *aspectos que se deberían cambiar*. Un tercio afirma que no cambiaría *nada* del tratamiento ni de la comunidad. Otro tercio menciona la rigidez de las normas como un aspecto a modificar (*que no te anulen porque después afuera tenés que tomar decisiones*, comenta una de las encuestadas). También mencionan problemas administrativos tales como ausencia o cambio de operadores, hotelería, comida, entre otros; realizar más actividades; y salir de la comunidad con algún trabajo programado.

### *Evaluación de las tres etapas del tratamiento*

Casi un 90% evalúa favorablemente tanto a la primera etapa del tratamiento (ingreso y adaptación) como a la segunda (granja).

De la etapa de ingreso, la mitad destaca el afecto y la contención, como vimos anteriormente; también comentan que *te acompañan/no te dejan solo; te imponen normas pero no te presionan*. Unos pocos dicen *haberse sentido encerrados, como en una comisaría*.

Con respecto a la etapa de granja o comunitaria, un tercio destaca *el compañerismo, el tener un grupo*. Un 25% valora que durante esta etapa se trabaja para *aceptar las propias debilidades, los conflictos personales*. Otro 25% señala como positivo *las actividades que se realizan; el poder aprender cosas nuevas el tener responsabilidades*. Algunos manifiestan haber tenido problemas de convivencia con los operadores o con los compañeros de tratamiento.

Por último, un 60% evalúa favorablemente la etapa de reinserción. Es la etapa evaluada más desfavorablemente en base a los siguientes motivos: *te sobreprotegen y no querés salir y enfrentar la realidad; te largan sin trabajo y te la tenés que bancar afuera; hay problemas de convivencia*.

Evidentemente la etapa de reinserción es la más conflictiva porque supone tener que enfrentarse con las dificultades del afuera.



## Conclusiones

Los datos obtenidos muestran en forma coincidente con la bibliografía acerca de los estudios de seguimiento, que los sujetos perciben una mejoría notable entre el tiempo anterior al tratamiento y el posterior al alta en diversos aspectos:

- Han mejorado en la situación laboral y/o de estudios: la mitad de la muestra retomó sus estudios y un porcentaje similar logró algún tipo de inserción social
- Han disminuido los actos delictivos: de un 60% que admitió “haber estado presos” antes del tratamiento se pasó a sólo un 6% después del alta
- Han suspendido el consumo de drogas tales como sedantes, estimulantes, inhalantes, alucinógenos y opiáceos y disminuyeron el consumo de marihuana y cocaína.
- Han disminuido el consumo de alcohol, aunque sigue habiendo un 44% que admite haberse emborrachado en los últimos 12 meses y un porcentaje similar lo hizo 5 o más veces en el año
- Ha mejorado la comunicación con la familia. De acuerdo al Índice de Ambiente Familiar se invirtieron los porcentajes: actualmente el 76% percibe el ambiente familiar como bueno cuando en el tiempo anterior al tratamiento un porcentaje similar lo consideraba malo
- Ha mejorado la comunicación con los amigos. De la mitad de la muestra que consideraba que nunca o casi nunca mantenía conversaciones con amigos acerca de problemas antes del tratamiento, se pasó a que un porcentaje similar diga que actualmente sostiene este tipo de conversaciones todas las semanas o más
- Las situaciones más conflictivas y que más los perjudicaron desde que obtuvieron el alta son particularmente situaciones laborales y familiares, a pesar de que percibieron una gran mejoría en estos aspectos
- Un 70% dice contar con redes de apoyo social: particularmente cuentan con familiares que los han ayudado y los ayudan a enfrentar los problemas posteriores al alta
- La mitad de la muestra ha padecido situaciones de discriminación, especialmente por haber sido drogadictos
- Ha mejorado la percepción de sí mismos. Según el Índice de Autopercepción, de sólo un 8% que tenía una autopercepción buena antes del tratamiento se pasó a un 80% que la tiene actualmente
- La mitad de los sujetos considera que su estado de ánimo actualmente es regular. En cuanto a la intención de suicidio ha disminuido de un 68% que tuvo ideaciones de suicidio antes del tratamiento a un 18% que aún las mantiene actualmente.
- En cuanto a las consideraciones acerca de los problemas de la vida: en la etapa anterior al tratamiento perciben mayoritariamente la incontrolabilidad de sus problemas y la carencia de recursos sociales en quienes apoyarse para resolverlos. La situación se modifica significativamente en el tiempo posterior al alta
- Prácticamente la totalidad de los sujetos manifiesta que en términos generales se siente mejor que antes del tratamiento



- Las actitudes y conductas en relación con el VIH/sida se han modificado aunque no en la medida que hubiera sido deseable. De la mitad de la muestra que antes del tratamiento no estaba nada preocupado por el sida se pasó a un cuarto que continúa sin preocuparse. Sólo un 40% se realizó la prueba del VIH por su cuenta. Un tercio no ha modificado sus conductas en relación al autocuidado.
- El tema del VIH/sida no está instalado en las comunidades terapéuticas en la medida que sería deseable: sólo la mitad de los sujetos afirma que se habla del tema en la comunidad.
- La mitad de los sujetos evalúa al tratamiento en general como muy bueno. Sólo un 12% lo considero regular
- La etapa de admisión/ingreso es evaluada favorablemente por el 90% de los sujetos. Lo que más destacan es el afecto y la contención que recibieron
- La etapa de granja o comunitaria es también evaluada favorablemente por el 90% de los sujetos. Lo que más destacan es el compañerismo y el contar con un grupo de pertenencia
- La etapa de reinserción es evaluada favorablemente por un 60%. Se le critica que no esté planificada de un modo más concreto la inserción laboral.

Estos datos hacen pensar que los sujetos que han completado todas las etapas del tratamiento y que han logrado el alta y sobre todo que ellos mismos han decidido “cambiar su vida por haber tocado fondo” realmente se sienten mejor. Esto también explica el escaso porcentaje que tiene una postura crítica frente a las comunidades a las que atribuyen mayoritariamente “su curación”. Muchos de ellos han pasado por sucesivos tratamientos sin completarlos y seguramente si los hubiésemos entrevistado en esos momentos los resultados hubieran sido muy diferentes.



## **Bibliografía**

Casullo M.M. y Fernández Liporace M. “Adolescencia y proyecto de vida ¿Un salto al vacío? Comentario sobre una investigación”. *Psicología*, nov. de 1998. Publicación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Comas D. (Coord.) Carrón J., Hernández M., Nieva P., Silva A. (1988). Los estudios de seguimiento. Una experiencia metodológica. Grupo Interdisciplinar sobre drogas. Madrid: Editorial Fundamentos

De León G. (1984) The therapeutic community: Study of effectiveness. Washington: U.S. Department of Health and Human Services. Pub. N° 1 (ADM)

Kornblit A., Mendes Diz A., Bilyk A. (1992) Prevención de las recaídas en drogadicción. Cuaderno N° 7. Buenos Aires: Instituto Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Kornblit A. y Mendes Diz A. (2000) La salud y la enfermedad: aspectos biológicos y sociales. Buenos Aires: Editorial Aique.