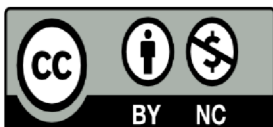


Pardo, Vanesa Giselle y Romaniejko, Pablo Ignacio
**Dificultades en el tratamiento por consumo
problemático de sustancias**

2022

Instituto: Ciencias de la Salud
Carrera: Licenciatura en Enfermería



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución – no comercial 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Pardo, V. G. y Romaniejko, P. I. (2022) *Dificultades en el tratamiento por consumo problemático de sustancias* [tesis de grado Universidad Nacional Arturo Jauretche]

Disponible en RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital UNAJ <https://biblioteca.unaj.edu.ar/rid-unaj-repositorio-institucional-digital-unaj>



UNIVERSIDAD NACIONAL ARTURO JAURETCHE
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERIA

TRABAJO FINAL DE LA CARRERA:

“Dificultades en el tratamiento por consumo problemático de sustancias”

Integrantes: Pardo, Vanesa Giselle; Romaniejko, Pablo Ignacio.

Director de la tesina: Licenciado Moreyra, Gerardo Ramón.

ÍNDICE

1.	<u>INTRODUCCIÓN.</u>	3	
2.	<u>FORMULACIÓN DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS.</u>	5	
	2.1 <u>Formulación del Problema.</u>		5
	2.2 <u>Objetivo general de la investigación.</u>		5
	2.3 <u>Objetivos específicos de la investigación.</u>		6
3.	<u>MARCO TEÓRICO.</u>	7	
	3.1 <u>Marco Teórico.</u>		7
	3.1.1 <u>Salud mental. Ley de Salud Mental en Argentina. Accesibilidad.</u>		7
	a. <u>Salud Mental.</u>		7
	b. <u>La Ley Nacional de Salud Mental n°26.657.</u>		9
	c. <u>Accesibilidad.</u>		10
	3.1.2 <u>Sustancias psicoactivas.</u>		12
	3.1.3 <u>Trastornos mentales y del comportamiento por el uso de sustancias psicoactivas.</u>		13
	a. <u>Concepto e ideas generales.</u>		13
	b. <u>Etiología.</u>		15
	c. <u>Diagnóstico.</u>		16
	d. <u>Tratamiento.</u>		17
	e. <u>Abandono. Causas.</u>		21
	3.2 <u>Antecedentes.</u>		23
4.	<u>ESTRATEGIA MEDODOLÓGICA.</u>	29	
	4.1 <u>Diseño de la investigación.</u>		29
	4.2 <u>Población de estudio y unidades de análisis.</u>		30
	4.3 <u>Fuentes de datos.</u>		32
	4.4 <u>Herramientas de recolección de datos.</u>		32
	4.5 <u>Operacionalización de variables.</u>		33
5.	<u>CONTEXTO DE ANÁLISIS.</u>	45	
6.	<u>RESULTADOS.</u>	46	
	6.1 <u>Datos personales y sociodemográficos.</u>		47
	6.2 <u>Historia de salud como paciente.</u>		65
	a. <u>Cuestiones relacionadas a las sustancias psicoactivas consumidas.</u>		65
	b. <u>Cuestiones relacionadas a la percepción del consumo problemático de sustancias por parte de las personas en tratamiento.</u>		68
			16

<u>c. Circunstancias que rodean la decisión de iniciar un tratamiento por consumo problemático de sustancias.</u>	71
<u>d. Personas con antecedentes de tratamiento por consumo problemático de sustancias psicoactivas.</u>	76
<u>6.3 Cuestiones relacionadas al actual tratamiento.</u>	80
<u>a. Cuestiones relacionadas al inicio del tratamiento.</u>	80
<u>b. Cuestiones relacionadas a la/s sustancia/s que consumía.</u>	85
<u>c. Cuestiones relativas a los tratamientos por consumo problemático de sustancias psicoactivas.</u>	88
<u>d. Cuestiones relativas al acceso a la Institución donde recibían tratamiento.</u>	91
<u>e. Percepción que tenían las personas en tratamiento del interés Estatal sobre la temática.</u>	95
<u>f. Valoración de cuestiones del tratamiento recibido y sobre la institución donde lo recibe.</u>	97
<u>g. Cuestiones relacionadas a las personas de la institución que intervienen en el tratamiento.</u>	101
<u>h. Valoración general del tratamiento.</u>	104
<u>i. Otras dificultades.</u>	106
<u>7. CONCLUSIONES.</u>	109
<u>8. CONSIDERACIONES FINALES.</u>	120
<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	125
<u>ANEXOS</u>	127
<u>ANEXO 1: MODELO DE ENCUESTA A LA POBLACIÓN OBJETO.</u>	127

1. INTRODUCCIÓN.

El consumo problemático de sustancias psicoactivas, ya sean lícitas y/o ilícitas, constituye un problema complejo y multifactorial, ya que se encuentra atravesado por distintas dimensiones y aspectos que interactúan entre sí (Andreasen & Black, 2015). Tampoco se trata de un tema nuevo, sino que se remonta a las épocas más remotas de la humanidad, donde estas sustancias eran utilizadas con fines religiosos o chamánicos para poder llegar a estados de éxtasis o bien para lograr facultades adivinatorias, como así también en un uso medicinal. Sin embargo, en épocas más actuales se destaca un tipo de uso que se encuentra más vinculado al llamado uso problemático: el llamado uso social (Rossi, 2018).

Actualmente, el consumo problemático de sustancias psicoactivas constituye una de las principales problemáticas no solo para la salud pública, sino para toda la sociedad, provocando costos que no son solo económicos, sino también políticos, ambientales y por sobre todo, humanos. Esta temática caracterizada por la complejidad de su abordaje y sus características multifactoriales, constituyen un problema que exige un abordaje integral, equilibrado y multidisciplinario (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina, 2016). Reconociendo que esta temática es una problemática que afecta a nuestra sociedad contemporánea y cuyos números lejos de disminuir van en ascenso año tras año (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina, 2017), cobra particular interés las dificultades con las que se encuentran las personas que se someten a tratamientos para resolver su problema de consumo. Tratamientos que se suelen caracterizar por la dificultad del abordaje y adaptación a cada caso particular, y a su vez, cada caso particular presenta distintas

dificultades que llevan al supuesto fracaso del tratamiento y abandono del mismo. Este resultado no deseado puede observarse en las altas tasas de abandono voluntario de los tratamientos por parte de los pacientes, y las tasas casi insignificantes que existen respecto de las altas terapéuticas (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina, 2019).

Esta investigación se propuso como objetivo primordial caracterizar las principales dificultades que aparecen durante el tratamiento por consumo problemático de sustancias psicoactivas de las personas mayores de 18 años de edad, la cual se llevó a cabo en el partido de Berazategui entre los meses de mayo-junio del 2021. Para poder cumplir con esta finalidad, se propuso un trabajo cuantitativo de alcance descriptivo con un tratamiento del tiempo transversal, donde el instrumento de recolección de datos lo constituye un cuestionario diseñado especialmente para la ocasión, que permite identificar las principales dificultades que aparecen durante el tratamiento por consumo problemático de sustancias psicoactivas. Todo esto en un contexto particular, no solo del país, sino del mundo entero: la pandemia y post-pandemia por COVID-19, contexto que dificultó y limitó aún más el trabajo de campo de esta investigación.

2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS.

2.1 Formulación del Problema.

Este trabajo de investigación se centró en uno de los tantos posibles aspectos que aparecen en el tratamiento de personas con un consumo problemático de sustancias psicoactivas: las dificultades por las que deben atravesar y afrontar este tipo de pacientes, desde el momento en que inicia su tratamiento y durante el transcurso de este, en otras palabras: nos interesó conocer la trayectoria de estas personas como pacientes y cuáles fueron los principales obstáculos con los que se encontraron y con los que se encuentran. Todo esto luego de realizar una lectura y análisis no solo del marco conceptual, sino también de antecedentes y estadísticas (tanto locales como mundiales) que se desarrollaran en puntos posteriores de este informe.

Por todo ello, la pregunta principal que da lugar al desarrollo de este trabajo de investigación fue: *“¿Cuáles son las principales dificultades que aparecen durante el tratamiento por consumo problemático de sustancias psicoactivas de las personas mayores de 18 años de edad en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el Centro Provincial de Atención a las Adicciones en Berazategui en mayo-junio del 2021?”*.

2.2 Objetivo general de la investigación.

- Describir las principales dificultades que aparecen durante el tratamiento por consumo problemático de sustancias psicoactivas de las personas mayores de 18 años de edad en la comunidad terapéutica *“Sendero de Vida”* y en el Centro Provincial de Atención a las Adicciones en Berazategui en mayo-junio del 2021.

2.3 Objetivos específicos de la investigación.

- Conocer las principales características sociodemográficas de las personas en tratamiento.
- Identificar las principales sustancias psicoactivas consumidas por las personas en tratamiento.
- Conocer el tiempo transcurrido entre el inicio del consumo y el inicio del tratamiento, como así también las dificultades que influyeron en la decisión de iniciar dicho tratamiento.
- Identificar si las personas en tratamiento cuentan con algún tipo de apoyo, al inicio y durante el tratamiento.
- Conocer si las personas en tratamiento estuvieron anteriormente en otro tratamiento por la misma causa.
- Identificar si la mirada social sobre el consumo problemático de sustancias tiene influencia sobre las personas en tratamiento.
- Conocer las principales barreras de accesibilidad que encuentran las personas en tratamiento, en el cumplimiento y desarrollo del mismo.
- Identificar las circunstancias particulares que rodean a las personas en tratamiento.

3. MARCO TEÓRICO.

3.1 Marco Teórico.

3.1.1 Salud mental. Ley de Salud Mental en Argentina. Accesibilidad.

a. Salud Mental.

Definir qué es la salud mental resulta complejo y no se puede dar una definición exacta que incluya todos sus posibles aspectos. Una de las definiciones de salud mental es la dada por la Organización Mundial de la Salud refiriéndose a ella como *“un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”* (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Por su parte, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA por sus siglas en inglés) en la quinta edición del *“Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”* (DSM-5 por sus siglas en inglés)¹ define a los trastornos mentales como *“un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés*

¹ La quinta edición del *“Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”* (DSM-5) desarrollada por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) es un documento que contiene descripciones, síntomas y otros criterios para diagnosticar trastornos mentales, proporcionando un criterio común de diagnóstico a los distintos profesionales de la salud (especialmente a psiquiatras, psicólogos e investigadores). Este manual es uno de los más aceptados a nivel mundial dentro del campo de la salud mental, facilitando el diagnóstico, estudio e intercambio de información y tratamiento de los distintos trastornos mentales.

significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes”
(Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Para complementar estas definiciones, podemos citar lo escrito por Donna Womble en su obra *“Introducción a la Enfermería de Salud Mental”* (Womble D. M., 2011), quien define a la salud mental como un *“equilibrio entre todos estos aspectos de la vida. Tiene impacto en cómo percibimos nuestro entorno, en cómo pensamos y en qué decisiones tomamos. Nuestros sentimientos sobre nosotros mismos y sobre las personas que nos rodean influyen en cómo afrontamos la vida y en cómo satisfacemos las expectativas que ésta genera. Nuestra capacidad para actuar de forma independiente, siguiendo nuestros valores internos y fortalezas, para afrontar la vida con confianza y esperanza y para buscar un equilibrio significativo entre trabajo, ocio y amor da lugar a relaciones satisfactorias con los demás. Otras evidencias de nuestra salud mental pueden encontrarse en nuestra capacidad para funcionar adecuadamente solos o acompañados, para realizar juicios sólidos y para aceptar la responsabilidad de las consecuencias, para amar y ser amados y para responder con sentido del humor cuando la vida se pone difícil”*.

Como se puede apreciar en las distintas definiciones, las cuestiones relacionadas a la salud mental son *“multifactoriales”*. Esto fue tenido en cuenta por nuestros legisladores al sancionar la Ley Nacional de Salud Mental n°26.657 (Congreso de la Nación Argentina, 2010) que, en su artículo 3, reconoce a la salud mental como *“un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de*

construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”.

Para entender mejor este componente multifactorial, el autor José Luis Galiana Roch en su obra *“Enfermería Psiquiátrica”* (Roch Galiana, 2016) reconoce dos grandes grupos de factores, y, dentro de cada grupo, distintos aspectos. Por un lado, encontramos los factores del entorno, dentro de los cuales tenemos al aspecto sociocultural (Por ejemplo, los valores, el grupo social o la situación económica de la persona), el aspecto familiar (Por ejemplo, falta de apoyo familiar) y aspectos estresantes del propio entorno (Por ejemplo, crisis económica, situación bélica, catástrofes naturales). Por otro lado, están los factores individuales y propios de la persona, dentro de los cuales tenemos los aspectos biológicos (Por ejemplo, la genética de la persona) y los aspectos psicológicos (Por ejemplo, capacidad de afrontar los problemas).

b. La Ley Nacional de Salud Mental n°26.657.

En noviembre del año 2010 el Congreso de la Nación Argentina sanciona la Ley Nacional de Salud Mental n°26.657 (Congreso de la Nación Argentina, 2010), la cual en su primer artículo establece que tiene por objetivo garantizar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas personas con algún tipo de padecimiento mental.

En lo que incumbe a los trastornos ocasionados por un consumo problemático de sustancias, en su artículo 4 esta ley reconoce que el problema de *“adicciones”* debe ser tratado como parte integrante de las políticas de salud mental, por lo que las personas

con problemas con sustancias psicoactivas gozan de todos los derechos y garantías reconocidos por ley, iguales a los que gozan las personas con otros tipos de padecimientos mentales. Además de ello, esto implica un reconocimiento por parte del Estado de que las “adicciones” son un problema de salud pública, y la obligación de dar una respuesta a esta problemática, dejando de lado estigmas o vinculación de las personas que las padecen con la criminalidad o delincuencia, ya que muchas veces no es considerado un problema de salud para la sociedad, sino más bien como un problema de aspecto legal o del derecho penal (Chindamo, 2017).

Otro punto interesante es la modalidad en la que se deben empezar a afrontar los problemas de salud mental en general. En este sentido, la ley n°26.657 establece en su capítulo VII que las internaciones son un recurso terapéutico restrictivo y solo debe llevarse a cabo cuando *“aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social”* (artículo 14). En el caso de las internaciones, estas deben realizarse en hospitales generales y que *“el rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio”* (artículo 28).

c. Accesibilidad.

La accesibilidad en salud implica que los bienes y servicios de salud deben ser accesibles a toda la población, evitando discriminaciones, brindando las condiciones necesarias para el acceso físico y económico, como así también brindar toda la información necesaria para que una persona comprenda y pueda lograr una atención efectiva. Según la Organización Mundial de la Salud, la accesibilidad no solo constituye

un pilar fundamental dentro de lo que es el derecho humano a la salud, sino también como parte de las políticas públicas de un país y como nexo entre la oferta y demanda de servicios (Organización Mundial de la Salud, 1948). Dicho de otra manera, se refiere a la facilidad para la utilización de las prestaciones que ofrece el sistema sanitario a un individuo o un grupo de individuos. La accesibilidad se vincula a la equidad en la distribución de los servicios sanitarios que incluye variables económicas (gratuidad, copago y otras), variables geográficas (distancia entre lugar de residencia y los centros asistenciales, calidad de la red de transporte público), existencia o no de determinadas tecnologías y servicios asistenciales (disponibilidad), variables de índole cultural (grado de alfabetismo y comprensión del idioma) y variables regulatorias (derecho a prestaciones) (Peiró Moreno, Llano Señarís, & Quecedo Gutiérrez, 2009). Dentro de estas variables, deben considerarse las llamadas barreras que pueden surgir en la accesibilidad a los servicios de salud, siendo las principales:

-Barreras económicas: impiden la accesibilidad por una insuficiencia de recursos económicos o financieros, ya sea por la falta de recursos para el transporte como para la compra de medicamentos, por ejemplo.

-Barreras administrativas: se expresan a través de una dificultad en la organización misma de los servicios de salud, como los horarios de atención restringidos o poca cantidad de turnos, por ejemplo.

-Barreras geográficas: son aquellas que surgen cuando la distancia física entre la persona o comunidad y los servicios de salud es demasiado grande.

-Barreras culturales: generalmente aparecen cuando hay una diferencia entre las culturas del personal de los servicios y de la población, como cuando se busca que las personas de una comunidad aborígen sean sometidas al sistema de salud propio de sociedades occidentales o cuando se hablan distintos lenguajes, por ejemplo (Sánchez-Torres, 2017).

3.1.2 Sustancias psicoactivas.

Una cuestión importante es entender a qué nos referimos cuando hablamos de “*sustancias psicoactivas*” o comúnmente llamadas “*drogas*”. En el año 2004, en su documento conocido como “*Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas*” la Organización Mundial de la Salud define a las sustancias o drogas psicoactivas como “*sustancias que al ser tomadas pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo. [...] Las sustancias psicoactivas actúan en el cerebro mediante mecanismos que normalmente existen para regular las funciones de estados de ánimo, pensamientos y motivaciones*”. A su vez, en este mismo documento se distinguen tres categorías de uso según su estatus socio-legal: de uso medicinal, de estatus ilícito o ilegal y de estatus legal o lícito (Organización Mundial de la Salud, 2004).

A los fines de este trabajo de investigación, siguiendo las definiciones e ideas de autores como Assumpta Rigol Cuadra y José Luis Galiana Roch, debemos entender por sustancia o droga psicoactiva aquellas sustancias que se encuentran internacionalmente reconocidas como tales, y que, introducidas en un organismo vivo a través de cualquier vía de administración (oral, intramuscular, endovenosa, inhalación), tienen la capacidad de modificar el funcionamiento del sistema nervioso central (SNC)

(Apalategui & Cuadra, 2007), pudiendo ser depresores, estimulantes o perturbadoras de dicho sistema; lo que provoca una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, tienen la capacidad de cambiar el comportamiento de la persona, y de generar dependencia y tolerancia en sus consumidores (Roch Galiana, 2016).

En cuanto a cuales son las sustancias psicoactivas que se consideran en la actualidad, tomaremos lo establecido en el ya citado *“Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”* quinta edición, que reconoce 10 tipos de sustancias que pueden dar lugar a un trastorno: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes (como la anfetamina, cocaína y otros estimulantes), tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Además, este manual también considera el uso de múltiples sustancias.

3.1.3 Trastornos mentales y del comportamiento por el uso de sustancias psicoactivas.

a. Concepto e ideas generales.

Resulta necesario definir qué es un trastorno mental y del comportamiento causado por sustancias psicoactivas y, en este sentido, deben aclararse el significado de algunos términos que se utilizan comúnmente en esta temática. Uno de estos términos es la dependencia. Muchos autores distinguen al menos tres tipos de dependencia: una dependencia conductual en donde las actitudes, conductas y actividades cotidianas del individuo ponen en evidencia la necesidad de búsqueda de la

sustancia como así también puede evidenciar el patrón patológico en el consumo; la dependencia física relacionada principalmente a los efectos fisiológicos que se manifiestan en el organismo del individuo ante los múltiples episodios de consumo de una sustancia; y la dependencia psíquica (denominada hábito) que se caracteriza por un anhelo o necesidad (continua o intermitente) de consumir la sustancia para evitar la sensación o estado desagradable que le causa la falta de ella (Ruiz, Sadock, & Sadock, 2015).

El consumo de sustancias psicoactivas produce lo que se conoce como tolerancia, proceso mediante el cual la persona se ve obligada a aumentar progresivamente la cantidad de droga para obtener el mismo efecto que obtenía antes (Roch Galiana, 2016), y a este efecto o experiencia placentera que vive el individuo cuando consume la droga se la suele denominar *“acción reforzante positiva”* y es la que principalmente motiva a repetir la experiencia del consumo (Apalategui & Cuadra, 2007). El tema es de tal complejidad que, aun cuando las personas dejan de consumir la sustancia, los problemas persisten, ya que provocan un cambio subyacente en los circuitos cerebrales que se observan *“tras la desintoxicación y que acontece especialmente en las personas con trastornos graves”*. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Otros términos muy utilizados en este tema son los de adicción y adicto. Hay autores que señalan que el término *“adicción”* se utiliza popularmente de manera distorsionada para toda actividad que muestre cierto grado de dependencia sin llegar a ser un trastorno, como así también se utiliza este término y el término *“adicto”* para referirse negativa o peyorativamente a personas con algún tipo de trastorno mental

vinculado especialmente al uso de sustancias. También se habla de abuso de drogas, para señalar un consumo excesivo de una sustancia, generalmente autoadministrada por la persona, que lo lleva a tener desviaciones sociales y fisiológicas (Ruiz, Sadock, & Sadock, 2015).

b. Etiología.

La etiología de este problema responde a múltiples factores que generalmente interactúan entre sí y que no se presentan de la misma forma en las personas, de allí surge parte de la complejidad de la temática. Si bien no existe una respuesta absoluta y contundente sobre cual es la causa que lleva a un abuso del consumo de sustancias psicoactivas, Donna Womble en su obra *“Introducción a la Enfermería de Salud Mental”* (Womble D. M., 2011) establece ciertos lineamientos respecto a las posibles causas:

-Influencia familiar y genética: a través de conductas de imitación y de identificación, las personas de padres que abusan o abusaban de sustancias tienen un riesgo mucho mayor de abusar de ellas que personas con padres no consumidores, esto a su vez, potenciado por factores ambientales, sociales y genéticos.

-Factores de la personalidad: las personas con un autoestima bajo, con poco control ante la frustración, con dificultades para expresar sus sentimientos pudiendo liberarlos de forma explosiva, tienen una mayor tendencia al consumo de sustancias, ya que la misma puede darle a estas personas la capacidad de controlar esas situaciones y sentimientos *“de mejor manera”*.

-Influencia social y ambiental: otros factores que influyen son los sociales y ambientales. Todas las personas afrontan las situaciones estresantes de maneras muy

distintas, lo que implica un aumento en la necesidad de aplicar estrategias de afrontamiento de las mismas para mitigar la ansiedad que producen, por lo que en un grupo de personas esto puede resultar la excusa o el motivo para justificar el consumo repetido de la sustancia. En otros casos, la persona se inicia en el consumo de una sustancia por presión de su entorno, ya sea solo para experimentar el efecto de la misma y/o para sentir que pertenece a ese grupo que lo presiona. En lo social también influye las características que tiene la sustancia en una sociedad determinada, la accesibilidad y disponibilidad de la misma, por ejemplo, el alcohol es mucho más “*aceptado*” en la sociedad que la cocaína.

-Factores fisiológicos: las sustancias suelen causar alteraciones en la bioquímica cerebral, ocasionando esa necesidad fisiológica de continuar consumiéndola. Las neuronas se adaptan a la actividad con la sustancia o sustancias, no pudiendo funcionar correctamente sin ella/s durante mucho tiempo, lo que lleva a que el individuo deba seguir consumiendo para evitar los síntomas de abstinencia.

c. Diagnóstico.

Siguiendo con lo establecido en la quinta edición del “*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) podemos distinguir dos grandes grupos diagnósticos de los trastornos relacionados con sustancias:

1. Trastorno por consumo de sustancia: es el resultado del consumo prolongado de una determinada sustancia o sustancias. Existe un patrón desadaptativo de consumo de

sustancias que provoca alteraciones y sensación de angustia significativas, durante un periodo de al menos 12 meses (Womble D. M., 2011).

2. Trastornos inducidos por sustancias: dentro de este grupo encontramos a la intoxicación, la abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por sustancias y/o medicamentos.

-Intoxicación: síndrome caracterizado por signos y síntomas específicos como resultado del consumo reciente de la sustancia. Se trata de un síndrome reversible y específico de cada sustancia (Ruiz, Sadock, & Sadock, 2015).

-Abstinencia: es un síndrome específico debido a la interrupción repentina del consumo intensivo y prolongado de una sustancia. Generalmente provoca una sensación de angustia y alteraciones clínicamente significativas en el funcionamiento social, ocupacional o de otras áreas importantes (Ruiz, Sadock, & Sadock, 2015).

-Otros trastornos mentales inducidos por sustancias: se trata de síndromes potencialmente graves y frecuentemente temporales, aunque algunas veces son persistentes, que se desarrollan como consecuencia de los efectos del abuso de sustancias, de medicamentos o de algunas toxinas. En la quinta edición del *“Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”* se pueden encontrar los trastornos mentales que pueden originarse con el consumo de cada sustancia psicoactiva (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

d. Tratamiento.

Los tratamientos de estos tipos de trastornos resultan muy complejos debido a los múltiples factores que intervienen: las características de la persona, de la sustancia,

de su entorno, la pluralidad del trastorno y las múltiples manifestaciones que se pueden observar hacen una tarea casi imposible el tratar de describir un tratamiento exacto a este tipo de problemas en este marco teórico. La mayoría de los autores coinciden en que en este tipo de tratamientos es de vital importancia contar con la voluntad del individuo, ya que resulta imprescindible su deseo de abandonar el consumo de sustancias, iniciar un tratamiento y su colaboración durante todo el proceso (Apalategui & Cuadra, 2007). A continuación, trataremos de agrupar y sintetizar las distintas ideas de los diferentes autores sobre la línea de acción contra esta problemática:

1. Prevención: consiste en aquellas actuaciones mediante las cuales se busca evitar o disminuir la incidencia y gravedad de los problemas asociados al uso y dependencia de las sustancias psicoactivas. Se pueden distinguir medidas informativas (como campañas de divulgación), medidas educativas (como campañas de educación sanitaria) y medidas comunitarias (como políticas públicas y sensibilización de la población) (Apalategui & Cuadra, 2007).

2. Intervención terapéutica: como se dijo anteriormente, es difícil describir un tratamiento exacto ante este tipo de trastornos, ya que como señalan casi por unanimidad los autores, no todas las intervenciones son aplicables en todas las variedades de consumo, y lo que pudo funcionar en un caso puede no funcionar en otro. En estos casos, tiene un gran peso las medidas no farmacológicas, y el componente farmacológico del tratamiento puede tener un papel importante pero no absoluto (Ruiz, Sadock, & Sadock, 2015). Es por ello que es necesario emplear métodos intensivos con el objetivo de que el paciente mantenga su participación en el tratamiento. Los objetivos a corto plazo de reducir el abuso de sustancias, reducir los

efectos sociales y médicos negativos del consumo de drogas y ayudar a la persona a encontrar un trabajo satisfactorio y una vida más productiva son los factores esenciales para lograr alejar progresivamente a la persona del consumo de la sustancia (Womble D. M., 2011).

Si bien los tratamientos terapéuticos son diversos, podemos citar las distintas fases que identifica y que debería tener todo tratamiento de este tipo según el autor José Luis Galiana Roch en su obra *“Enfermería Psiquiátrica”* (Roch Galiana, 2016):

-Demanda: es el primer acercamiento del paciente con problemas adictivos a un servicio sanitario, acercamiento que puede no ser voluntario, sino como consecuencia de un cuadro de intoxicación aguda, una sobredosis o un síndrome de abstinencia, por ejemplo. En estos casos, es de suma importancia lograr que el individuo asuma su situación como un problema.

-Acogida: supone la entrada a un nivel de atención especializada, generalmente consiste en una primera entrevista donde se recogen los datos personales del paciente y se realiza la valoración inicial de la situación, explicando los objetivos del tratamiento, la dinámica del funcionamiento de la institución y todas las medidas de contención pertinentes.

-Diagnóstico multiaxial: el equipo interdisciplinario debe trabajar en un diagnóstico multiaxial, en donde se estudie la historia clínica psiquiátrica y clínica patología orgánica, historia social e historia toxicológica del paciente, extrayendo de cada una de ellas conclusiones relativas a la situación actual. Esto permite diseñar un plan

terapéutico individualizado para cada caso, y que el tratamiento sea el adecuado para cada situación.

-Plan terapéutico individual: consiste en el conjunto de estrategias diseñadas para la consecución de los objetivos marcados en cada caso concreto, donde es de suma importancia que los objetivos pautados surjan de un acuerdo entre el paciente y el equipo interdisciplinario. Estos planes generalmente consisten en distintas fases:

Desintoxicación: es la primera fase del tratamiento de la dependencia y consiste en la privación inmediata o rápida de los efectos físicos y psicológicos de la droga, suele tener una duración de 1 a 4 semanas. En las personas que presentan una dependencia grave a una o varias drogas, la abstinencia puede provocar síntomas potencialmente mortales que comprenden delirium, actividad convulsiva y coma. Se suelen utilizar fármacos para disminuir los distintos síntomas producidos por el síndrome de abstinencia, lo que dependerá de la sustancia y del caso concreto.

Deshabitación. fase muchos más compleja y larga que la anterior (Suele durar de 6 a 12 meses), en ella se busca principalmente eliminar la dependencia psicológica causada por la sustancia. Se pueden utilizar múltiples recursos, pero los más importantes son las intervenciones psicoterapéuticas y los psicofármacos (Roch Galiana, 2016). El apoyo y contención de asociaciones o grupos especializados (como, por ejemplo, *“Alcohólicos Anónimos”*) pueden tener un papel de suma importancia durante esta fase (Apalategui & Cuadra, 2007). Durante esta fase del tratamiento es donde se da el mayor porcentaje de las llamadas *“recaídas”*, es decir, cuando el sujeto en tratamiento vuelve a consumir la sustancia. Es importante dejarle en claro al

paciente que una recaída no debe ser entendida como un fracaso o castigo, sino como un motivo de aprendizaje.

Rehabilitación y reinserción: consiste en el grupo de medidas que pueden superponerse a las de anteriores fases, cuyo objetivo principal es la integración social del paciente. En este caso, los grupos de autoayuda, granjas o comunidades terapéuticas suponen un recurso complementario a los enmarcados en el sistema sanitario propiamente dicho.

Evaluación: no se trata de una fase final, sino de algo continuo que se da a la par de todo lo anterior, este tipo de tratamientos no deben ser vistos como algo estático, sino como algo totalmente dinámico y cambiante: pueden surgir diferentes dificultades que pueden hacer necesario el cambio del plan.

Alta terapéutica: se producirá cuando se hayan alcanzado total o parcialmente los objetivos establecidos con el paciente. Sin embargo, hay que tener en cuenta que este tipo de problemas deben ser vistos como una enfermedad crónica, por lo que en la práctica, este tipo de pacientes suele requerir un seguimiento y apoyo casi constante.

e. Abandono. Causas.

El abandono de este tipo de tratamientos es mucho más común que las altas terapéuticas, y sus causas son múltiples. En la obra "*Kaplan & Sadock. Sinopsis de psiquiatría*" (Ruiz, Sadock, & Sadock, 2015) se indica que la variación en los resultados de estos tratamientos no solo se debe a las características propias de cada paciente, sino también a las condiciones, acontecimientos y circunstancias que rodean a cada caso. Otra cuestión que se debe tener en cuenta son las habilidades y formación de los

profesionales que intervienen en estos tratamientos, como así también los recursos con los que se disponen.

En la obra *“Psiquiatría para las adicciones. Guía para los profesionales de la salud”* (Souza y Machorro, 2010) se señala que este tipo de tratamientos poseen dos características principales: el conjunto de habilidades que exige su ejercicio a quien lo realice, y la frustración que, a corto o mediano plazo, suelen aparecer y producirse durante el tratamiento. El tiempo que requieren este tipo de tratamientos nunca suele ser breve ni tampoco suelen verse resultados significativos a corto plazo, y siempre son complejos de abordar. Por ello es importante lograr retener a los pacientes y lograr que no abandonen el tratamiento.

Esta complejidad en el desarrollo de los tratamientos por consumo problemático de sustancias psicoactivas está formada principalmente por: características del paciente (antecedentes patológicos, tipo de personalidad, patrón de consumo desarrollado, comorbilidad, internamientos previos, cronicidad, entorno social), relación con el equipo interdisciplinario (aceptación, comprensión, colaboración, comunicación, reacciones transferenciales) y cuestiones propias del equipo interdisciplinario (programa de tratamiento y tipo de intervenciones, dedicación, tolerancia, respeto, profesionalismo) (Souza y Machorro, 2010).

Algunos autores tratan de abarcar cuales serían las principales causas de abandono, aunque reconocen que es imposible abarcar todas y que, dado lo dinámico y cambiante de la temática, pueden varias y/o aparecer nuevas cuestiones (Womble D. M., 2011). Por ejemplo, José Luis Galiana Roch en concordancia a muchos autores

señala que, dentro de las variables sociodemográficas, la edad constituye un factor determinante, ya que cuanto más joven es el paciente, mayor probabilidad de abandono (Roch Galiana, 2016). Otros autores como Santonja Gómez, señalan que las variables que mejor predicen una retención en el tratamiento son el nivel de instrucción, la situación familiar y social (contexto sociocultural), y que, por el contrario, una situación laboral precaria y una situación socioeconómica deficitaria son factores de riesgo para el abandono (Santonja-Gómez, y otros, 2010). Por otra parte, otros autores señalan factores tales como la gravedad de la adicción, el policonsumo, presencia de trastornos psicopatológicos o la presencia de trastornos de personalidad. También se relaciona con la falta de motivación para llevar adelante el tratamiento, debido a los limitantes que este impone, falta de cumplimiento de los objetivos propuestos o una mala relación con las personas que intervienen en el tratamiento (Andreasen & Black, 2015).

3.2 Antecedentes.

Existen una serie de datos provenientes de distintos informes, estudios e investigaciones que servirán como antecedentes de este trabajo de investigación y que muestran la relevancia de la problemática en la actualidad, aunque la búsqueda y hallazgo de los mismos resulto bastante dificultosa.

Empecemos con algunos estudios realizados en el extranjero sobre la tematica. El primero de ellos es el realizado en España por Calvo Fran, Carbonell Xavier, Valero Ramón y otros titulado *“Abandono precoz y retención en servicios ambulatorios de drogodependencias: análisis transversal comparativo de factores que aumentan o disminuyen la adherencia”* (Calvo, y otros, 2017). En este estudio se advierte que *“Existe una escasa producción de trabajos que analicen los factores implicados en el*

proceso de abandono temprano del tratamiento de adictos a drogas en servicios públicos ambulatorios en España”, por lo que podemos comprobar que la falta de estudios sobre esta problemática no es algo que afecte solo a nuestro país. Luego de analizar una muestra de 246 personas que había acudido a Centros de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias (CAS), se observó que *“El abandono del tratamiento de las adicciones es muy elevado y supera en algunos casos el 55% de los pacientes que inician terapia especializada”*. Respecto a las causas de abandono, la principal conclusión a la que arribaron los autores fue que *“Los resultados indican que acudir a las citas sin compañía, ser mujer, presentar problemas con la cocaína y ser más joven, son los factores que incrementan el riesgo de abandono temprano”*, además de que *“Los principales motivos de abandono expresados por los pacientes son la percepción propia de mejora y las incompatibilidades personales para cumplir con los requerimientos de su plan terapéutico”*.

Otro estudio que se puede citar es un reciente artículo de investigación realizado por Ruiz Carlos, Zamora, Ajuria, y otros también en España titulado *“Causas de abandono precoz del tratamiento en adicciones”* (Sirvent Ruiz, y otros, 2020), sobre una muestra de 337 personas que abandonaron un tratamiento por uso problemático de sustancias y otras psicopatologías en tratamiento, se encontraron como causas generales de abandono según los pacientes: 1) Rechazo al tratamiento (28,8%); 2) Autopercepción de mejoría (verse ya curados) (24,7%); 3) Desmotivación (16,9%); 4) Agentes externos (12,5%); 5) Sentimientos adversos (6,2%). Sin embargo, también se realizó el análisis de las causas de abandono según lo que el equipo terapéutico había considerado como tal en los mismos casos, y los resultados fueron: 1) Negación (falta de conciencia del

problema) (40,4%); 2) Deseos de consumo (21,1%); 3) Desmotivación para el tratamiento (18,7%); 4) Psicopatología concurrente (7,4%); 5) Sentimientos adversos (4,7%); 6) Agentes externos (4,5%). Luego de realizar un análisis completo de todos los datos obtenidos, los autores concluyen que los principales factores que incrementan la posibilidad de abandono precoz: 1) Ser mujer 2) La edad en proporción directa (cuanto más jóvenes, más vulnerables o propensos a abandonar el tratamiento son las personas). 3) Uso de derivados cannábicos o policonsumo.

En nuestro país, el Sedronar² es la secretaría estatal más importante para el estudio de esta problemática, la cual realiza estudios e investigaciones de distintos aspectos y dimensiones de la misma. En cuanto a los distintos estudios y documentos realizados por esta secretaría estatal, en su llamado *“Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas 2016-2020”* (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina, 2016) declara que *“La problemática del consumo de drogas es un fenómeno multifactorial, que implica un desafío para el Estado Nacional. Traspasa fronteras nacionales y comunitarias; constituye una situación compleja tanto a nivel mundial, como en nuestro país en particular”*. En cuanto al tratamiento que se le debe ofrecer a las personas que sufren de esta problemática, establece que debe ser *“de calidad y adaptado a las necesidades de cada persona...”*, fomentando que *“las acciones se*

² La Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar) es una secretaría del Estado Nacional, dependiente de la Presidencia de la Nación Argentina, creada en el año 1989. Tiene a su cargo distintos ejes de gestión, entre ellos: el Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas 2016-2020 (el cual busca reducir la demanda de drogas, ampliar la cobertura de tratamientos, realizar acciones de prevención, mejoramiento de las condiciones de vida e inclusión de estrategias de intervención temprana, entre otros objetivos), Coordinación Federal de Políticas (para consensuar políticas y programas en la materia con todas las provincias), Observatorio Argentino de Drogas (Encargado de la producción y sistematización de información epidemiológica en la materia), prevención desde todos los ámbitos (enfoque integral sobre el tema) y trabajo articulado con los municipios. Más información en su web oficial: <https://www.argentina.gob.ar/jefatura/sedronar>

lleven a cabo desde un modelo integral de abordaje terapéutico que incluya diferentes niveles de prestación y dispositivos adecuados, basándose en un diagnóstico exhaustivo e interdisciplinario”, y, por último, deben promover “la inserción comunitaria, laboral y educativa...”. Respecto a las altas tasas de abandono de los tratamientos, el Sedronar considera que “es uno de los escenarios más frecuentemente observados en el ámbito del tratamiento por consumo problemático de sustancias psicoactivas”.

Citaremos algunos datos extraídos de distintas investigaciones de este organismo que resultan de relevancia para la presente investigación. El primero de ellos es el llamado *“Estudio Nacional sobre Perfiles de Pacientes en Tratamiento por Consumo de Sustancias Psicoactivas”* (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina, 2019) se puede ver que:

- La población estudiada estuvo compuesta por un 92,6% de hombres y 7,4% de mujeres.
- La mayor parte de la población estaba concentrada en los 31 a 40 años (31,8%).
- El nivel de instrucción más prevalente fue el secundario incompleto, con un 49%.
- La condición habitacional más prevalente fueron la vivienda de un familiar y la propia con un 61,6%.
- Un 77,5% manifestó haber consumido alcohol durante el último año, siendo la sustancia más prevalente.

- El consumo de dos o más sustancias durante el período de mayor consumo representó el 80,6%. La sustancia más consumida en este período era el alcohol, con un 54,8%.
- El principal motivo de inicio del tratamiento lo constituyeron los problemas que el consumo problemático causaba en su entorno familiar, representado por un 62,9%.
- Un 52,2% se encontraba en tratamiento entre los 3 y 12 meses.
- Se pudo observar que la principal red afectiva la constituyó la familia.

Por otro lado, en el llamado en el llamado *“Estudio Nacional en población de 12 a 65 años sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas, Informe de los principales resultados sobre demanda de tratamiento”* (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina, 2018), se puede observar que el perfil sociodemográfico de las personas encuestadas que se encontraban en tratamiento³ fue el siguiente:

- La búsqueda de ayuda profesional fue realizada en mayor proporción por varones, en una relación de casi 3 hombres por cada mujer.
- En cuanto al nivel de instrucción, un 30,5% tenía estudios secundarios completos, 27,5% tenía estudios secundarios incompletos, un 15,7% tenía estudios terciarios completos y un 7% tenía estudios universitarios completos

³ El mencionado estudio también incluía a personas que habían buscado ayuda profesional pero que no se encontraban en tratamiento, por lo que no fueron tenidas en cuenta en la presente investigación.

- Respecto a la situación laboral, el 42,6% tenía un trabajo de jornada completa, un 24% se encontraba sin trabajo, pero se encontraba buscando activamente, y un 15,6% tenía un trabajo de jornada parcial.
- Sobre la cobertura en salud, un 48,3% tenía cobertura del sistema público, el 43,9% de las Obras Sociales y un 7,8% del sistema privado (Prepagas);
- En la categoría “*situación conyugal*”, se pudo observar que la mayoría no estaba en una relación de ningún tipo (cerca de un 75%).

Por otra parte, se identificó que las personas con problemas de consumo que se encontraban en algún tipo de tratamiento en los últimos 12 meses fueron del 22,4% para los hombres y solo un 8,9% para las mujeres. Respecto a la permanencia en los tratamientos, un 36,7% de hombres manifestó haber estado en algún tipo de tratamiento en los últimos 12 meses pero que terminó abandonándolo, y en el caso de las mujeres fue del 26,8%. Respecto a los lugares en los que se dan los tratamientos, el 25,8% de los varones recibió tratamiento en grupos de autoayuda, el 16,2% en centros especializados, 13,6% en hospitales generales y el 13,1% en comunidades terapéuticas. En cuanto a las mujeres, un 20,3% recibió tratamiento en grupos de autoayuda y 16,3% en hospitales generales.

Respecto al nivel de abandono de este tipo de tratamientos, en el llamado “*Estudio descriptivo de abandono del tratamiento en usuarios de Sedronar Año 2018*” (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina, 2019) se muestran resultados que indican que existe una alta tasa de abandono del tratamiento antes del tercer mes: un 50% se da durante el primer mes y hacia el tercer mes la cifra asciende

a 80%, lo cual nos hace pensar que las personas abandonan el tratamiento antes de llegar a cumplir objetivos terapéuticos de importancia. Este estudio también muestra que, a medida que las personas siguen estando en tratamiento a lo largo del tiempo, menor es la tasa de abandono: del cuarto al sexto mes tienen lugar un 15% de los abandonos, luego del sexto mes un 5% y luego del año en tratamiento solo un 1%. Este estudio indica que un 86,5% que abandona el tratamiento lo hace de manera voluntaria (un porcentaje mayor al observado en el 2017 que fue de 79%), pero no profundiza sobre los motivos específicos de ese “*abandono voluntario*”. El porcentaje de personas que terminan su tratamiento debido al alta terapéutica es realmente mínimo: 0,3%.

4. ESTRATEGIA METODOLÓGICA.

4.1 Diseño de la investigación.

Se trata de un estudio de tipo cuantitativo, que se enfocó en recolectar y examinar los datos de manera numérica, donde las preguntas que se realizaron a la población fueron en su mayoría del estilo cerrado.

En cuanto al alcance, fue de tipo descriptivo, ya que estuvo dirigido a describir y determinar la situación de distintas variables que se estudiaron en la población objeto, como así también sus características, distribución y obtención de resultados.

Respecto al tratamiento del tiempo, fue de tipo transversal, ya que buscó conocer como era la situación en un momento determinado estudiando las variables simultáneamente y serán medidas solo una vez.

4.2 Población de estudio y unidades de análisis.

Se trabajó con una muestra y no con toda una población o universo de casos. La población seleccionada estuvo constituida por las personas mayores de 18 años que se encontraban en tratamiento por consumo problemático de sustancias en el Centro Provincial de Atención a las Adicciones (CPA) y en la comunidad terapéutica “*Sendero de Vida*” del partido de Berazategui.

La muestra conto con un tamaño de 15 personas mayores de 18 años que se encontraban en tratamiento por consumo problemático de sustancias en el Centro Provincial de Atención a las Adicciones (CPA) y en la comunidad terapéutica “*Sendero de Vida*” del partido de Berazategui durante el período mayo-junio del año 2021. El muestreo se llevó adelante por intención o conveniencia, de acuerdo a los criterios de inclusión y de exclusión.

Entre los criterios de inclusión se encontraban:

- Personas mayores de 18 años.
- Personas que se encuentren en un tratamiento por consumo problemático de sustancias psicoactivas y con un tiempo mayor al de un mes, en el Centro Provincial de Atención a las Adicciones (CPA) o en la comunidad terapéutica “*Sendero de Vida*” del partido de Berazategui.
- Prestar su consentimiento para colaborar en la investigación.

Entre los criterios de exclusión se encontraban:

- Personas menores de 18 años.
- Personas que se encuentren en tratamiento por algún tipo de adicción que no se encuentra relacionado al consumo de sustancias psicoactivas (por ejemplo, por juego patológico).

- Personas que se encuentren en tratamiento por consumo de sustancias hace menos de un mes en el momento en que se realiza la encuesta.
- Personas que se nieguen a participar del estudio o que expresen su negativa en cualquier instancia de la encuesta.

La unidad de análisis estuvo representada por cada una de las personas mayores de 18 años que se encontraban en tratamiento por consumo problemático de sustancias en el Centro Provincial de Atención a las Adicciones (CPA) y en la comunidad terapéutica “*Sendero de Vida*” del partido de Berazategui durante el período de mayo-junio del año 2021.

Este trabajo de investigación se realizó sobre personas mayores de 18 años que se encontraban en tratamiento por consumo problemático de sustancias en el Centro Provincial de Atención a las Adicciones (CPA) y en la comunidad terapéutica “*Sendero de Vida*” del partido de Berazategui, provincia de Buenos Aires. Es importante señalar que los motivos principales por lo que se seleccionaron estos dos lugares para llevar adelante el trabajo estuvieron dados en que fueron, no solo dos instituciones especializadas que trataban la misma temática de interés para este trabajo, sino que también que constituyeron dos de las pocas instituciones de la zona que accedieron a que este trabajo se llevara adelante, además de que consideramos pertinente la cercanía entre ambas. Por otra parte, también se partió de la idea de la dificultad en que podría resultar lograr obtener una buena cantidad de respuestas al cuestionario por parte de la población objeto si el trabajo se hubiese realizado en una sola institución.

4.3 Fuentes de datos.

La fuente de información que utilizó este trabajo de investigación fue una fuente primaria, ya que la información se obtuvo por medio del contacto directo con la población objeto.

4.4 Herramientas de recolección de datos.

La técnica elegida para la recolección de datos fue la encuesta y el instrumento elegido para llevarla adelante fue el cuestionario. Este instrumento fue desarrollado *ad hoc* por los investigadores con el fin de satisfacer las necesidades de información requerida para cumplir con los objetivos de la investigación.

La encuesta fue de forma autoadministrada y administrada según la necesidad de cada caso concreto, y tenía previsto un tiempo de duración que podía ir de los 15 a 30 minutos por individuo. Se trató de que el cuestionario sea realizado individualmente en un ambiente tranquilo y cómodo para el encuestado, para que el encuestado no se sintiera intimidado y/o presionado al momento de responder o realizar alguna pregunta.

La encuesta tuvo como pilar fundamental el criterio ético, respetando las pautas del consentimiento informado (el cual se presentó de manera explícita en la primera parte del cuestionario encuesta) y se realizaron de forma anónima, confidencial y voluntaria. Se evitó cualquier dato que permitiera una identificación certera y/o precisa de los participantes. Los datos obtenidos a través de la encuesta solo fueron utilizados por los investigadores a cargo de este trabajo y con la finalidad de ser analizados a los fines del mismo.

El cuestionario estuvo dividido en cuatro categorías o secciones principales que contenían una serie de enunciados, coincidiendo con la organización de las variables que se desarrollará posteriormente:

-La primera categoría recogió datos personales básicos.

-La segunda categoría se refería a datos sociodemográficos del encuestado, para conocer un perfil socioeconómico básico.

-La tercera categoría estaba orientada a conocer brevemente la historia o trayectoria de salud del paciente.

-La cuarta categoría contenía aquellas cuestiones multifactoriales que rodeaban al tratamiento por consumo problemático de sustancias en el que se encontraba la persona.

Las preguntas fueron formuladas de forma tal que pudieran servir para obtener datos claves sobre las posibles dificultades u obstáculos que la persona encontraba durante su tratamiento, y que muchas veces no los identifica como tal.

4.5 Operacionalización de variables.

Para la tabulación de datos, se tuvieron en cuenta las siguientes variables:

-Variables sociodemográficas: se incluyeron características objetivas de tipo biológicas, sociales, económicas y culturales que están presentes en la población estudiada.

-Variables sobre la historia o trayectoria de salud del paciente: para conocer circunstancias relevantes que tuvieron una influencia o impacto, directo o indirecto, negativo o positivo en la población objeto.

-Variables sobre circunstancias que rodean al tratamiento terapéutico: para conocer aquellos eventos, hechos o contexto que tienen un impacto positivo o negativo sobre el sujeto sometido al tratamiento y/o sobre el tratamiento mismo. Mediante esta variable se buscó conocer los más diversos factores que dieran cuenta de la existencia o no de distintas dificultades (siempre teniendo en cuenta lo desarrollado en el marco teórico).

Para facilitar la lectura, la operacionalización de las variables será presentada en forma de cuadro:

Variable	Subdimensión	Indicador	Valor de Medida	Instrumento
Características Sociodemográficas	-Edad	Cantidad de años que tiene una persona desde su nacimiento hasta el momento en que se le pregunta.	Tiempo expresado en años.	P.1.1
	-Sexo	Sexo con el que se identifica la persona.	-Masculino -Femenino -Otro (Aclarar)	P.1.2
	-Nacionalidad	Nación en donde nació o a la que pertenece la persona.	Expresada de acuerdo al país del que es natal.	P.1.3
	-Lugar de residencia actual	Lugar en donde reside habitualmente la persona.	Expresada en el partido y provincia en donde reside.	P.2.1

	-Estado Civil	Condición de una persona según si tiene o no pareja, y según las disposiciones legales.	-Soltero/a -Casado/a -De novio/a -Conviviendo -Divorciado/a -Separado/a -Viudo/a	P.2.2
	-Cantidad de hijos	Cantidad de hijos del encuestado al momento de la encuesta.	Cantidad expresada en números.	P.2.3
	-Nivel de instrucción	Nivel máximo alcanzado en el sistema educativo	-Primario incompleto -Primario completo -Secundario incompleto -Secundario completo -Terciario incompleto -Terciario completo -Universitario incompleto -Universitario completo	P.2.4

	-Situación laboral	Condición de una persona de acuerdo a si posee o no un trabajo.	<p>-Ocupado</p> <p>-Trabajo temporal/irregular</p> <p>En caso de que alguna de estas opciones sea afirmativa:</p> <p>-Forma: Independiente/ Autónomo; Relación de dependencia</p> <p>-Días que trabaja: expresando cantidad y consignando los días en los que lo hace.</p> <p>-Horas que trabaja al día: cantidad en horas.</p> <p>-Suficiencia de los ingresos percibidos: Si; No.</p>	P.2.5, P.2.5.a, P.2.5.b
			<p>-Desocupado</p> <p>En caso de que esta opción sea la afirmativa:</p> <p>-Tiempo desde que se encuentra desocupado: expresado en días, meses y/o años según corresponda.</p>	
	-Cobertura de salud	Tipo de cobertura de servicios de salud que posee el sujeto de acuerdo a los sistemas vigentes en el país en el momento de la investigación.	<p>-Privada/Prepaga</p> <p>-Obra social</p> <p>-Atención pública exclusivamente</p> <p>(Permite opciones múltiples).</p>	P.2.6

	-Tipo de vivienda	Denominación de la vivienda de acuerdo al título o relación legal que tiene el sujeto respecto a ella	-Propia -Alquilada -Otros (Especificar)	P.2.7
Historia o trayectoria de salud del paciente	-Tipo de sustancia consumida.	Sustancia psicoactiva consumida problemáticamente por el encuestado y que motivo el inicio del tratamiento.	-Alcohol -Tabaco -Marihuana -Cocaína -Otras (Especificar) (Permite opciones múltiples).	P.3.1
	-Tiempo transcurrido entre el primer consumo y la consideración de tal consumo como problemático.	Tiempo aproximado transcurrido desde el primer consumo de la sustancia y hasta la asunción como un problema por parte del sujeto.	-Menos de 3 meses -Entre 3 y 6 meses -Entre 6 y 12 meses -De 1 a 3 años -De 3 a 5 años -De 5 a 10 años -Más de 10 años	P.3.2
	-Tiempo transcurrido entre el primer consumo y el inicio del tratamiento actual.	Tiempo aproximado transcurrido desde el primer consumo de la sustancia y el momento en el que decide iniciar el actual tratamiento.	-Menos de 3 meses -Entre 3 y 6 meses -Entre 6 y 12 meses -De 1 a 3 años -De 3 a 5 años -De 5 a 10 años -Más de 10 años	P.3.3

	-Tiempo desde que inicio el actual tratamiento	Tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento hasta el momento en el que se le formula la pregunta.	Tiempo expresado en meses y/o días según corresponda.	P.3.4
	-Dificultad en la decisión de iniciar el actual tratamiento.	Qué nivel de dificultad considera el sujeto que tuvo la decisión de iniciar con el tratamiento.	-Muy Fácil -Fácil -Normal -Difícil -Muy Difícil En todos los casos, la persona debe justificar en pocas palabras la opción elegida.	P.3.5, P.3.5.a
	-Apoyo de otras personas en la decisión de iniciar el tratamiento.	Si al momento en el que decidió iniciar con el tratamiento tuvo o no el apoyo de distintas personas y/o instituciones.	-Su Familia -Su grupo de amigos más cercano/íntimo -Profesionales de la Salud -Asistentes Sociales -Instituciones relacionadas a la temática -Otros (Especificar) (Permite opciones múltiples).	P.3.6

	-Antecedentes de otros tratamientos por la misma causa.	Si el sujeto tiene antecedentes de haberse sometido a un tratamiento por la misma causa (sustancia) por la que actualmente se encuentra en tratamiento.	-Si -No En caso de que la opción elegida sea “Si”, la persona deberá explicar brevemente las causas de finalización del tratamiento pasado.	P.3.7
Circunstancias que rodean al tratamiento	-Motivo por el cual inicio el tratamiento.	Cuál es el principal motivo por el cual la persona decidió iniciar con el tratamiento.	Pregunta de carácter abierta donde la persona puede expresar libremente el motivo. Según las respuestas, se elaborarán categorías para facilitar el procesamiento de datos.	P. 4.1
	-Influencia de la mirada social sobre el consumo problemático de sustancias.	Como impacta en el tratamiento del sujeto las “miradas” u opiniones que existen en parte del imaginario social sobre el consumo problemático de sustancias.	-Nada -Muy Poco -Bastante -Mucho	P.4.2
	-Impacto de personas cercanas.	Si el paciente considera que personas cercanas al paciente pudieran obstaculizar o afectar su tratamiento.	-Si -No	P.4.3

	-Apoyo Social.	Si el apoyo de personas de la sociedad (que no son cercanas al paciente) es fundamental para su tratamiento.	-Si -No	P.4.4
	-Valoración del apoyo familiar y/o del círculo íntimo del paciente.	Valoración del paciente sobre la importancia que el apoyo familiar y/o de su círculo íntimo puede tener en su tratamiento.	-Nada Importante -Poco Importante -Importante -Muy Importante	P.4.5
	-Características propias de la sustancia.	Si el sujeto considera que las características de la sustancia que consumía pueden tener un impacto negativo en su actual tratamiento.	-Si -No	P.4.6
	-Acceso a la sustancia.	Valoración del paciente sobre el nivel de dificultad para acceder a la sustancia que consumía.	-Muy Fácil -Fácil -Normal -Difícil -Muy Difícil	P.4.7
	-Oferta de tratamientos.	Conocer cuáles eran las posibilidades de tratamiento con las que disponía el paciente al momento de decidir iniciar con un tratamiento para su problema.	-Escasa (De 1 a 3 tratamientos) -Normal (De 3 a 5 tratamientos) -Abundante (Más de 5 tratamientos)	P.4.8

	-Información recibida por parte del Estado.	Información sobre los tratamientos sobre el consumo problemático de sustancias ofrecida por parte de organismos Estatales.	-Si -No	P.4.9
	-Dificultades en el proceso de admisión (Accesibilidad administrativa).	Conocer si durante el proceso de admisión al tratamiento existieron trabas innecesarias que pudieran tener un impacto negativo sobre la persona.	-Rápido y fácil de entender -Normal, se tomaron los recaudos pertinentes y esperables del caso -Lento y complejo, se perdió tiempo valioso, se hicieron preguntas y trámites que considero innecesarios	P.4.10
	-Distancia entre la vivienda y la institución (Accesibilidad geográfica)	Conocer la distancia existente entre la vivienda del paciente y la institución en la que recibe el tratamiento, para conocer si existe o no una posible barrera.	-Menos de 1 km. -De 1 a 3 km. -De 3 a 5 Km. -De 5 a 10 km. -Más de 10 km.	P.4.11

	<p>-Medios de transporte (Accesibilidad geográfica)</p>	<p>Conocer los medios de transporte que utiliza habitualmente el paciente para trasladarse hacia la institución en la que recibe el tratamiento, para conocer si existe o no una posible barrera.</p>	<p>-Caminando -Bicicleta -Moto o automóvil propio -Moto o automóvil familiar o de un amigo -Colectivo -Tren -Remis/Uber -Taxi -Otros (Permite opciones múltiples).</p>	<p>P.4.12</p>
	<p>-Costo económico del traslado (Accesibilidad económica).</p>	<p>Costo económico aproximado diario que el paciente gasta para trasladarse hacia la institución en la que recibe el tratamiento, para conocer si existe o no una posible barrera.</p>	<p>-Nada -Menos de 50\$ -Entre 50\$ y 100\$ -Entre 100\$ y 200\$ -Entre 200\$ y 400\$ -Más de 400\$</p>	<p>P.4.13</p>
	<p>-Tiempo de traslado (Accesibilidad geográfica).</p>	<p>Tiempo aproximado diario que el paciente tarda en trasladarse hacia la institución en la que recibe el tratamiento, para conocer si existe o no una posible barrera.</p>	<p>-Menos de 15 minutos -De 15 a 30 minutos -De 30 a 60 minutos -Más de 1 hora</p>	<p>P.4.14</p>

-Ayuda estatal	Si el paciente recibe o recibió ayuda de algún tipo (económica, informativa, administrativa) por parte del Estado, en razón a su condición y/o tratamiento.	-Si -No	P.4.15
-Importancia dada por el Estado a la problemática.	Qué nivel de importancia percibe el paciente que el Estado le da a su problemática.	-Nulo -Bajo -Medio/Adecuado -Alto	P.4.16
-Horarios del tratamiento (Accesibilidad administrativa)	Si los horarios ofrecidos para el tratamiento le constituyen o no una dificultad al paciente.	-Si -No	P.4.17
-Tipo de concurrencia	Conocer la cantidad de veces en que la persona debe concurrir a la institución para recibir el tratamiento o bien si se encuentra internado en la misma.	-Actualmente me encuentro internado en ella -Diariamente (Más de 3 veces a la semana) -Semanalmente (De 1 a 2 veces por semana) -Quincenalmente -Mensualmente	P. 4.18
-Superposición de actividades.	Si el cumplimiento del tratamiento puede verse afectado por la superposición con otras actividades de la vida del paciente.	-Si -No	P.4.19

-Recursos de la institución (Accesibilidad económica).	Conocer si el paciente percibe si los recursos que dispone la institución para brindar el tratamiento pueden afectar a este.	-Escasos -Adecuados -Abundantes	P.4.20
-Trabajo de la institución de acuerdo a los recursos.	Como valora el paciente el trabajo de la institución de acuerdo a los recursos disponibles.	-Muy Malo -Malo -Regular -Bueno -Muy Bueno	P.4.21
-Confianza en el equipo interdisciplinario (Fortaleza terapéutica).	Si el paciente confía o no en las personas que intervienen en su tratamiento.	-Si -No	P.4.22
-Motivación del equipo interdisciplinario (Fortaleza terapéutica).	Si el paciente encuentra o no en las personas que intervienen en su tratamiento una fuente de motivación.	-Nada -Muy Poco -Poco -Bastante -Mucho	P.4.23
-Trato del personal hacia el paciente.	Como percibe el paciente que es el trato que recibe por parte del personal a cargo de su tratamiento.	-Muy Malo -Malo -Regular -Bueno -Muy bueno	P.4.24

	-Percepción sobre el tratamiento.	Valoración del paciente sobre el tratamiento, si lo percibe como adaptado a su caso particular o bien que es un tratamiento “estandarizado” y/o que se aplica sin tener en cuenta sus circunstancias particulares.	-Si -No	P.4.25
	-Conformidad con el tratamiento.	Nivel de conformidad del paciente respecto al tratamiento recibido.	-Nada -Muy Poco -Poco -Bastante -Mucho	P.4.26
	-Situación económica personal (Accesibilidad económica).	Si el paciente percibe que su situación económica podría afectar o impactar negativamente en su tratamiento.	-Si -No	P.4 27

	-Influencia del contexto de pandemia y Aislamiento, Social, Preventivo y Obligatorio por COVID-19.	Conocer en qué grado de la persona se vio afectada en el desarrollo de su tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas por el contexto de pandemia y Aislamiento, Social, Preventivo y Obligatorio por COVID-19	-Nada -Muy Poco -Poco -Bastante -Mucho	P.4.28
--	--	---	--	--------

5. CONTEXTO DE ANÁLISIS.

La investigación se llevó adelante en el partido de Berazategui, ubicado en la provincia de Buenos Aires, Argentina; cuya población según el último censo nacional realizado en el año 2010 era de 324.244 en ese año (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2010). El partido de Berazategui forma parte del conglomerado urbano conocido como el Gran Buenos Aires, y se encuentra rodeado por los partidos de Quilmes, Florencio Varela, La Plata y Ensenada.

Las instituciones en las que se llevaron a cabo la presente investigación se encuentran ubicadas en lugares con fácil acceso al transporte público. En cuanto a la comunidad terapéutica “*Sendero de Vida*”, se encuentra a pocos metros de distintas líneas de colectivo locales como así también de la estación de ferrocarriles de la línea Roca de Ranelagh. En cuanto al Centro Provincial de Atención a las Adicciones, se encuentra a pocos metros del centro comercial de la localidad de Berazategui, lo que le

da acceso a la mayoría de las líneas de colectivos y a la estación de ferrocarriles de la línea Roca de Berazategui.

En cuanto al procesamiento y análisis de datos, se utilizó estadística descriptiva, presentando los distintos datos y resultados en forma de tablas simples (en su mayoría) y gráficos (de distintos tipos según corresponda). Para todo ello, primero se utilizaron herramientas online de Google, especialmente una versión digital del cuestionario, que no solo permitió que sea respondido de manera online⁴ por la población objeto en caso de ser necesario o requerido, sino principalmente para volcar los datos obtenidos de todos los cuestionarios (ya sea en formato papel como versión digital), con el fin de exportarlos fácilmente a Microsoft Excel y así disminuir al mínimo los márgenes de posibles errores en esta tarea de cargar los datos. Una vez exportados y volcados todos los datos en Microsoft Excel, se procedió a confeccionar los gráficos y tablas pertinentes, para finalmente realizar una explicación y relación de los mismos para su correcta comprensión, como así también un entrecruzamiento de datos pertinente. Este procesamiento y análisis de datos es lo que permitió llegar a las distintas conclusiones del presente trabajo de investigación, de acuerdo a los resultados obtenidos de las encuestas realizadas.

6. RESULTADOS.

A continuación, se procede a presentar el análisis e interpretación de los resultados obtenidos a través de las encuestas realizadas a las personas mayores de 18 años que se encontraban en tratamiento por consumo problemático de sustancias

⁴ La versión online del cuestionario se encuentra disponible en la siguiente dirección web:
<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdl2eBgbF3u6Ct-nKTMrIJzotCzdeRxQrscg82TobGxfrEauA/viewform>

en la comunidad terapéutica “*Sendero de Vida*” y en el Centro Provincial de Atención a las Adicciones (CPA) del partido de Berazategui durante mayo-junio del 2021.

En la práctica, la población objeto de esta investigación resultó ser, en líneas generales, un poco cerradas y poco predispuestas a contestar preguntas de una encuesta, aunque al aclararles cual era el objetivo de la investigación, que dicha encuesta y sus respuestas eran totalmente anónimas, esa resistencia inicial cedía un poco. También ayudó el hecho de disponer de una versión online de la encuesta en caso que prefirieran responder el cuestionario por ese método, teniendo en cuenta las restricciones y miedos existentes debido a la pandemia por COVID-19.

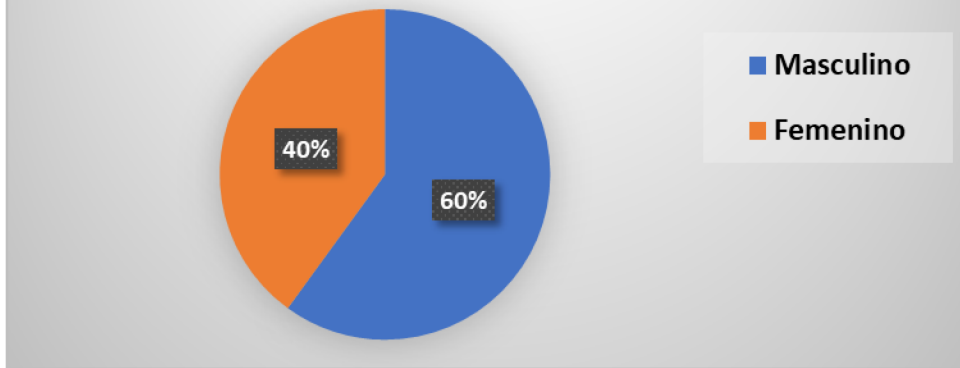
6.1 Datos personales y sociodemográficos.

Tabla 1: Personas que se encontraban en tratamiento por consumo problemático de sustancias en la comunidad terapéutica “*Sendero de Vida*” y en el Centro Provincial de Atención a las Adicciones (desde ahora CPA) según género – Berazategui, mayo-junio/2021.

Género	Total	%
Masculino	9	60%
Femenino	6	40%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 1: Personas que se encontraban en tratamiento por consumo problemático de sustancias en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el Centro Provincial de Atención a las Adicciones (desde ahora CPA) según género – Berazategui, mayo-junio/2021



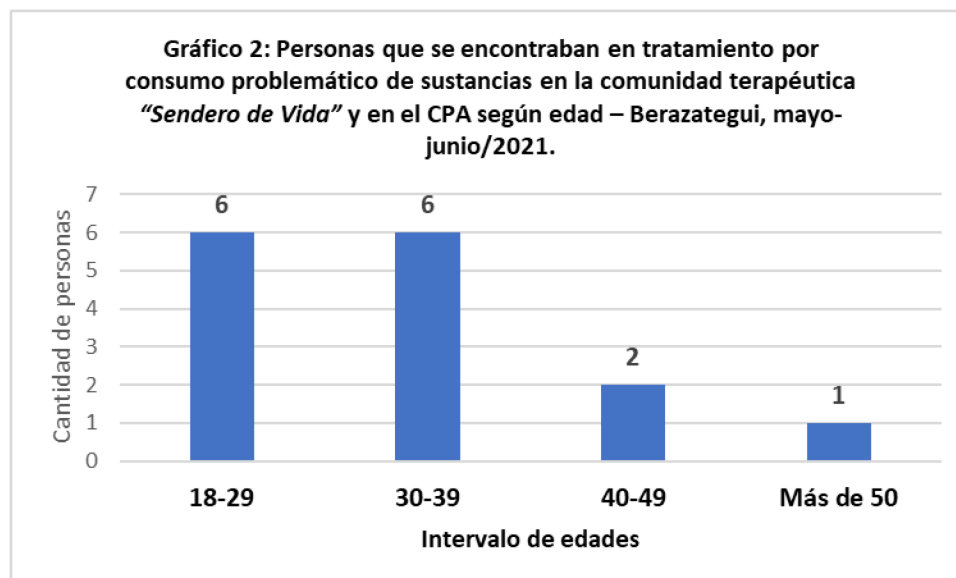
Fuente: Elaboración propia.

La población encuestada totalizó 15 personas, siendo todas ellas de nacionalidad argentina. En cuanto al género, 9 fueron hombres (representando un 60%) y 6 fueron mujeres (representando el 40% restante).

Tabla 2: Personas que se encontraban en tratamiento por consumo problemático de sustancias en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA según edad – Berazategui, mayo-junio/2021.

Edades	Total	%
18-29	6	40%
30-39	6	40%
40-49	2	13%
Más de 50	1	7%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.



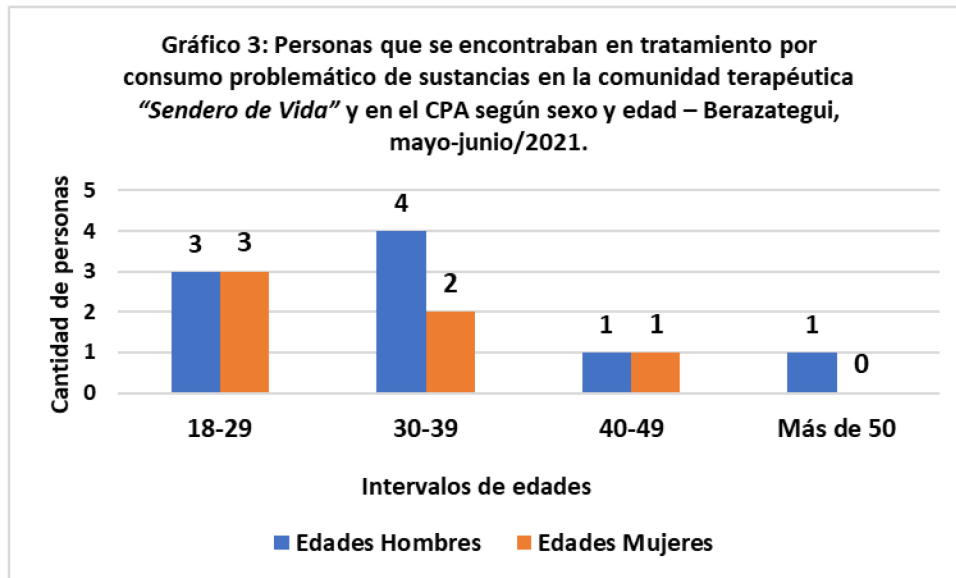
Fuente: Elaboración propia.

En relación a las edades, sin distinguir el género, las personas encuestadas se encontraron concentradas en los dos primeros intervalos de edades (que van de los 18 a 29 años, y de los 30 a 39 años) ascendiendo a un 80%. La edad mínima fue de 22 años y la edad máxima fue de 53 años. La mediana fue de 30 años.

Tabla 3: Personas que se encontraban en tratamiento por consumo problemático de sustancias en la comunidad terapéutica "Sendero de Vida" y en el CPA según sexo y edad – Berazategui, mayo-junio/2021.

Edades Hombres	N°	%	Edades Mujeres	N°	%
18-29	3	28%	18-29	3	50%
30-39	4	44%	30-39	2	33%
40-49	1	11%	40-49	1	17%
Más de 50	1	11%	Más de 50	0	0%
Total	9	100%	Total	6	100%

Fuente: Elaboración propia.



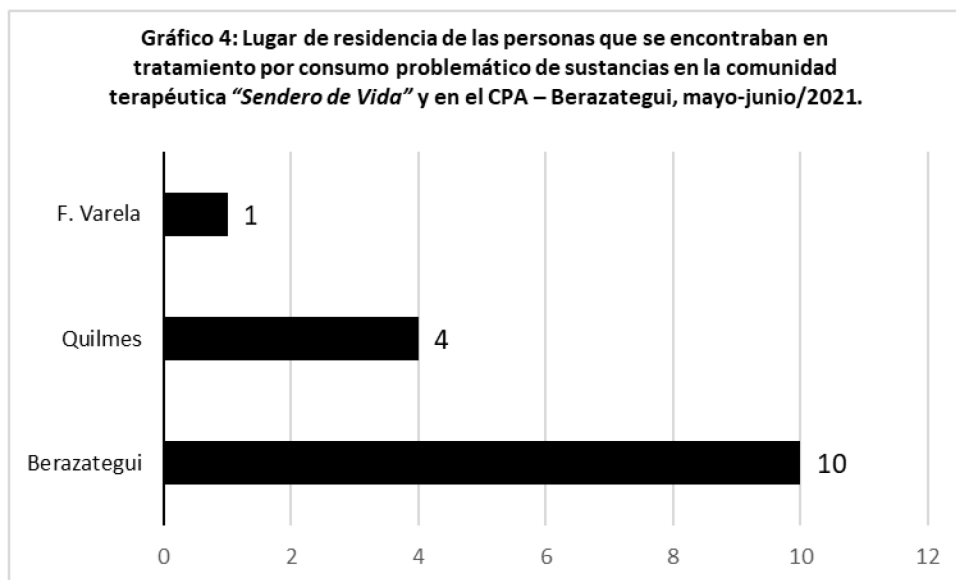
Fuente: Elaboración propia.

Al analizar las edades según el género, encontramos que, en el caso de los hombres, la mayor cantidad de ellos se encontraba en el intervalo de los 30 a 39 años con un 44%, mientras que, en el caso de las mujeres, la mitad de ellas se estaban agrupadas en el intervalo de los 18 a 29 años.

Tabla 4: Lugar de residencia de las personas que se encontraban en tratamiento por consumo problemático de sustancias en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.

Lugar de residencia	Total	%
Berazategui	10	67%
Quilmes	4	27%
F. Varela	1	7%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.



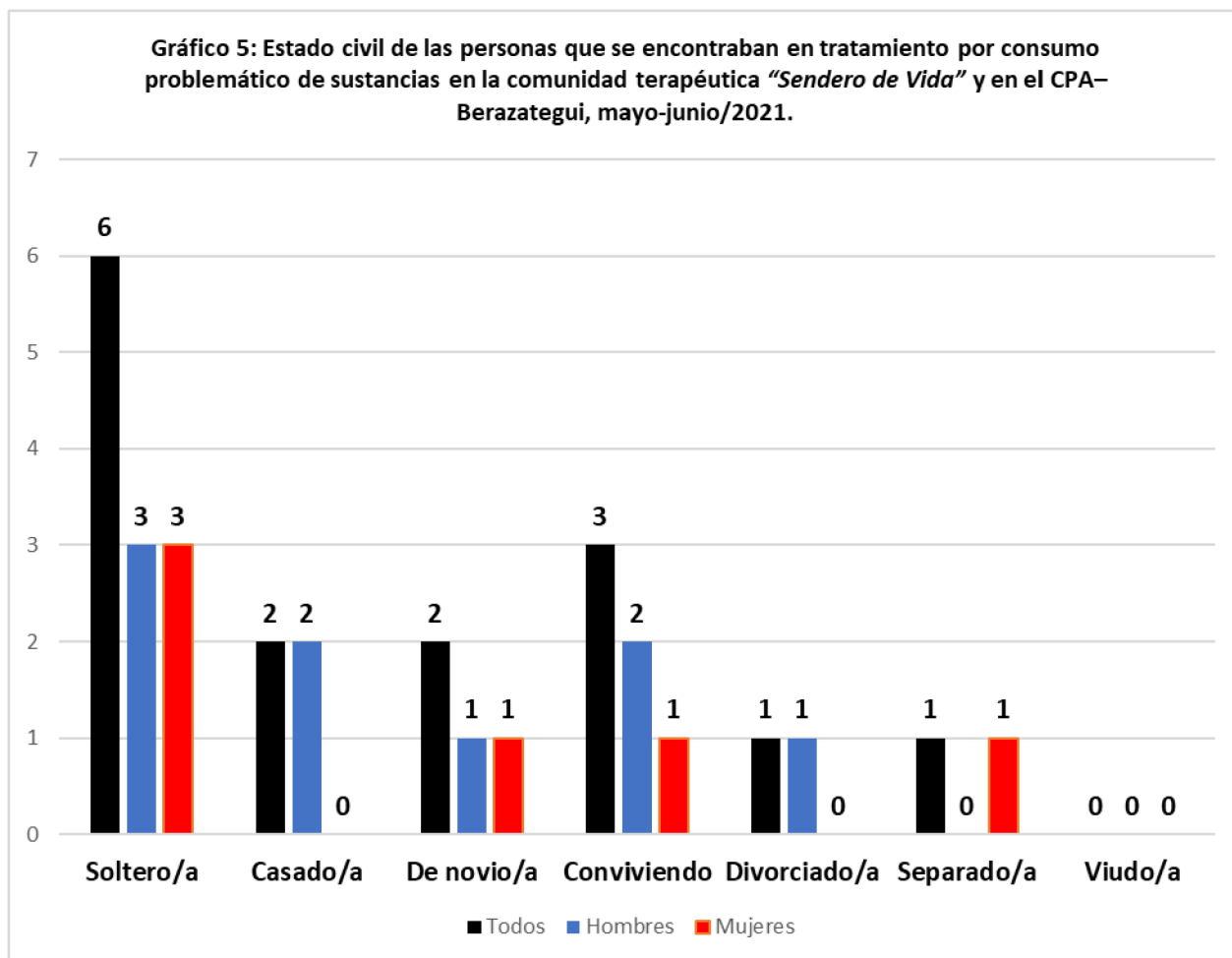
Fuente: Elaboración propia.

Respecto al lugar de residencia de la población encuestada, la mayoría (un 67%) residía en Berazategui, 27% en Quilmes y un 7% en Florencio Varela.

Tabla 5: Estado civil de las personas que se encontraban en tratamiento por consumo problemático de sustancias en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA– Berazategui, mayo-junio/2021.

Estado Civil	Todos		Hombres		Mujeres	
	Total	%	N°	%	N°	%
Soltero/a	6	40%	3	33%	3	50%
Casado/a	2	13%	2	22%	0	0%
De novio/a	2	13%	1	11%	1	17%
Conviviendo	3	20%	2	22%	1	17%
Divorciado/a	1	7%	1	11%	0	0%
Separado/a	1	7%	0	0%	1	17%
Viudo/a	0	0%	0	0%	0	0%
Total	15	100%	9	100%	6	100%

Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.

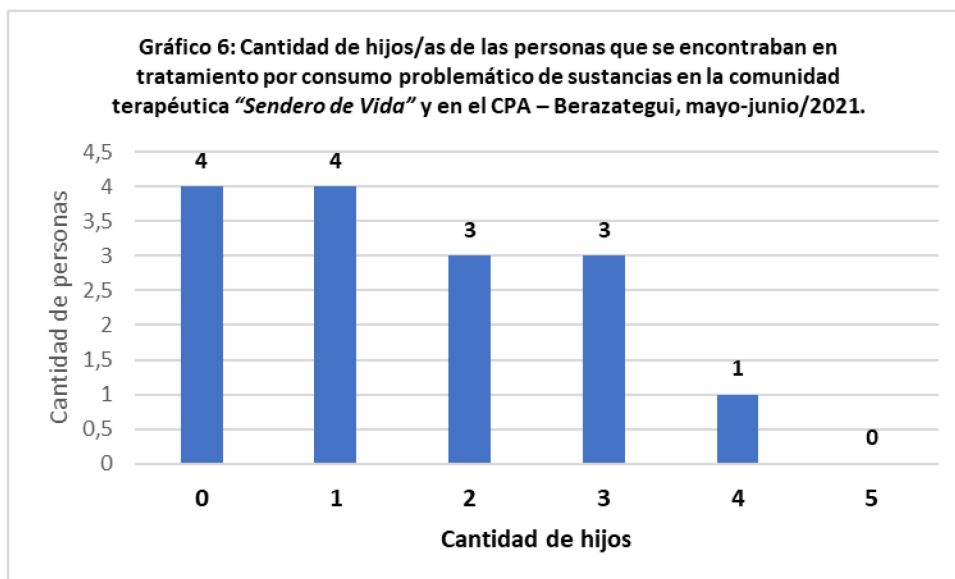
Respecto del estado civil de las personas encuestadas, la mayoría de las personas encuestadas se encontraba soltera con un 40% (6 personas en total), acrecentándose este porcentaje si solo consideramos a las mujeres, siendo la mitad de ellas solteras.

Tabla 6: Cantidad de hijos/as de las personas que se encontraban en tratamiento por consumo problemático de sustancias en la comunidad terapéutica "Sendero de Vida" y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.

Cantidad de hijos/as	Total	%
0	4	27%
1	4	27%
2	3	20%
3	3	20%

4	1	7%
5	0	0%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.

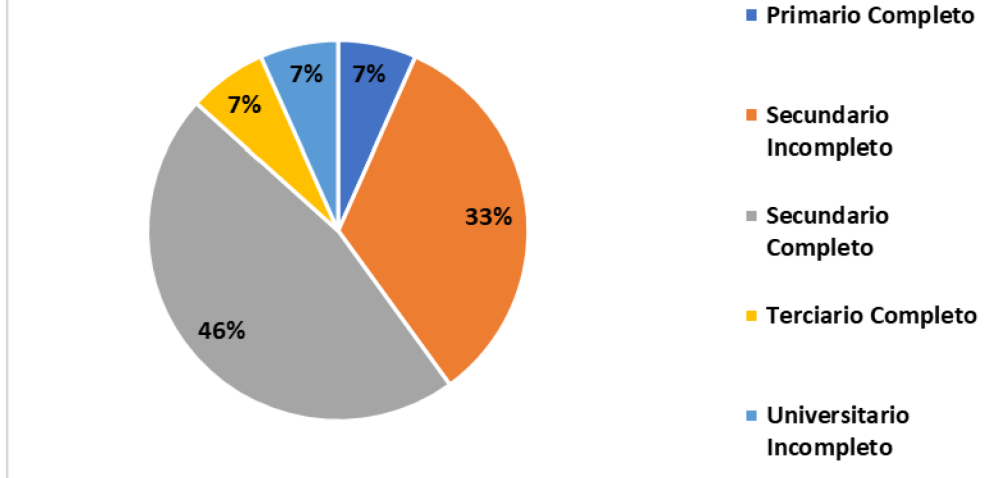
La cantidad de hijos de las personas encuestadas va de un rango de 0 (valor mínimo) a 5 (valor máximo), y la sumatoria de las personas encuestadas que tenían hijos/as es de 73%, constituyendo la mayoría.

Tabla 7: Nivel de instrucción de las personas que se encontraban en tratamiento por consumo problemático de sustancias en la comunidad terapéutica "Sendero de Vida" y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.

Nivel de instrucción	Total	%
Primario Completo	1	7%
Secundario Incompleto	5	33%
Secundario Completo	7	46%
Terciario Completo	1	7%
Universitario Incompleto	1	7%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 7: Nivel de instrucción de las personas que se encontraban en tratamiento por consumo problemático de sustancias en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.



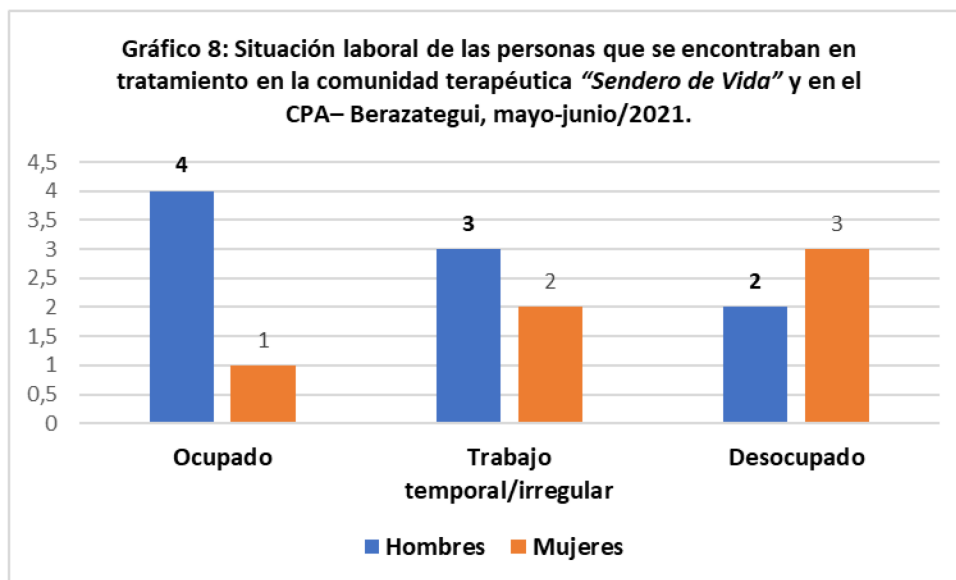
Fuente: Elaboración propia.

Un 46% de los encuestados tenía como nivel de instrucción el secundario completo; solo el 14% (que representa a 2 personas) accedió a un nivel de instrucción más alto, y una sola de ellas había completado los estudios de dicho nivel.

Tabla 8: Situación laboral de las personas que se encontraban en tratamiento en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA– Berazategui, mayo-junio/2021.

Situación Laboral	Todos		Hombres		Mujeres	
	Total	%	N°	%	N°	%
Ocupado	5	33%	4	44%	1	17%
Trabajo temporal/irregular	5	33%	3	33%	2	33%
Desocupado	5	33%	2	22%	3	50%
Total	15	100%	9	100%	6	100%

Fuente: Elaboración propia.



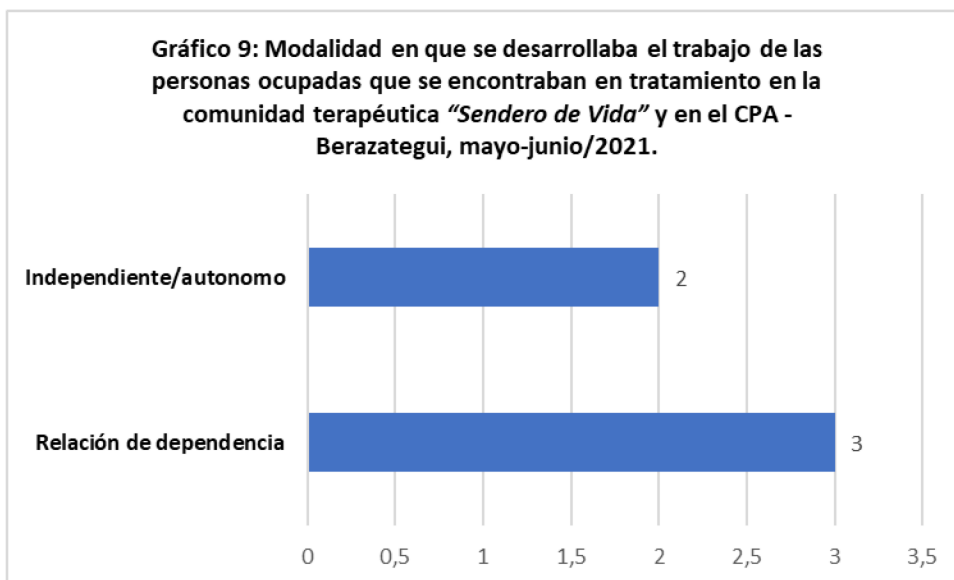
Fuente: Elaboración propia.

Sin distinguir el género, hubo una distribución equitativa en cuanto a la situación laboral de las personas encuestadas en las 3 categorías posibles: 5 estaban ocupados, 5 con trabajo temporal o irregular y los otros 5 desocupados.

Tabla 9: Modalidad en que se desarrollaba el trabajo de las personas ocupadas que se encontraban en tratamiento en la comunidad terapéutica "Sendero de Vida" y en el CPA - Berazategui, mayo-junio/2021.

Ocupados		
Modalidad	N°	%
Relación de dependencia	3	60%
Independiente/autónomo	2	40%
Total	5	100%

Fuente: Elaboración propia.



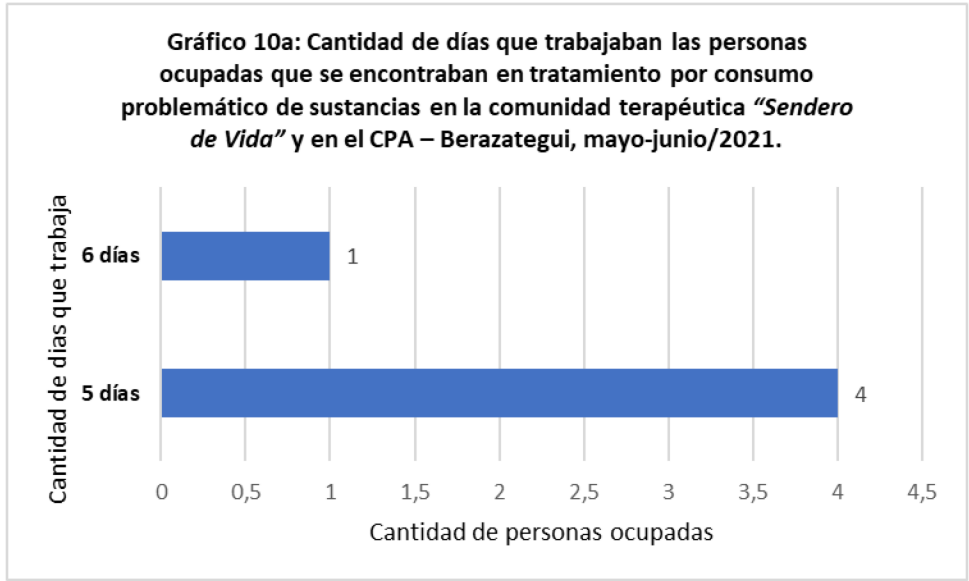
Fuente: Elaboración propia.

Analizando el grupo de las personas ocupadas en particular (grupo constituido por 5 personas), se estudiaron distintas cuestiones. La primera de ellas es la modalidad en que se desarrollaba el trabajo, 3 personas lo hacían en relación de dependencia y las otras 2 de manera autónoma o independiente.

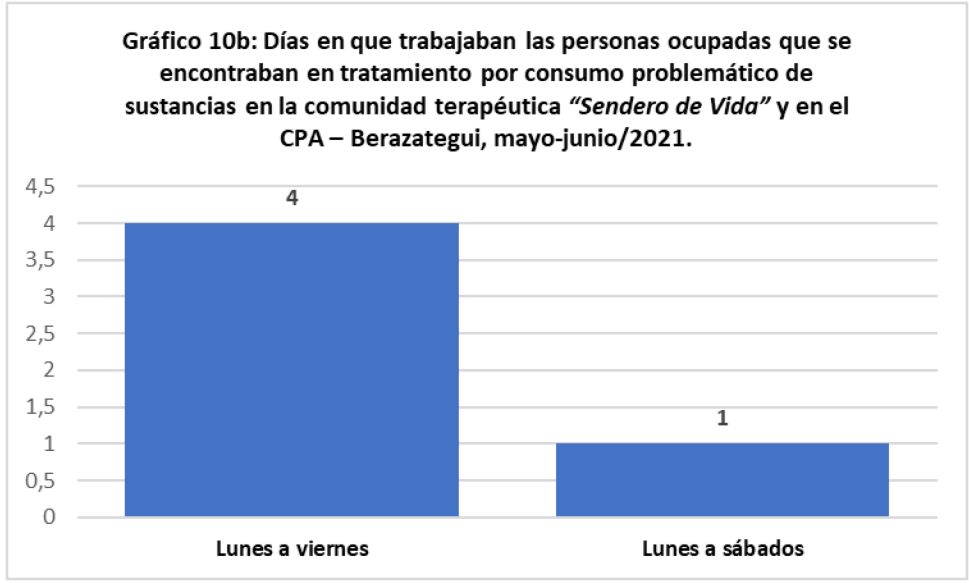
Tabla 10: Cantidad y días en que trabajaban las personas ocupadas que se encontraban en tratamiento por consumo problemático de sustancias en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.

Ocupados					
Cantidad de días que trabaja	N°	%	Días en que trabaja	N°	%
5	4	80%	Lunes a viernes	4	80%
6	1	20%	Lunes a sábados	1	20%
Total	5	100%	Total	5	100%

Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.



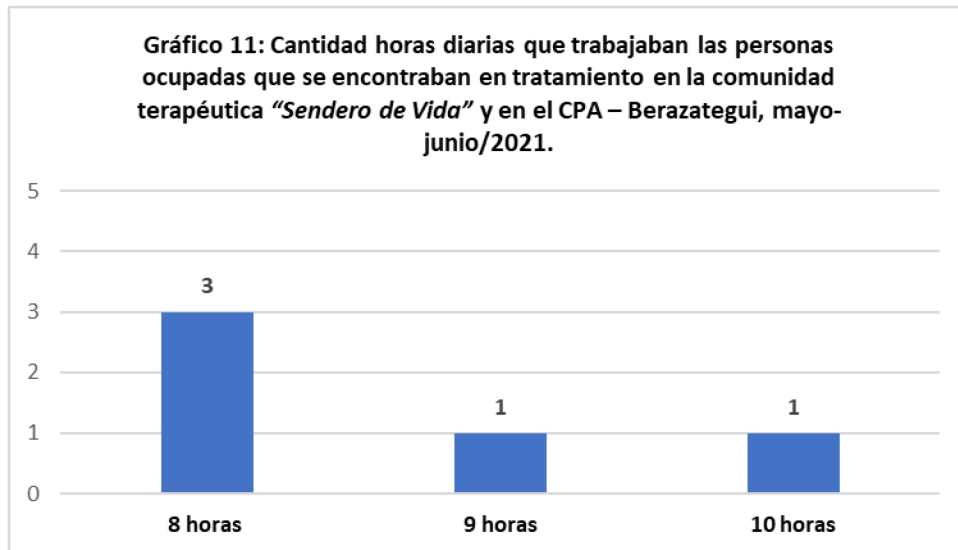
Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la cantidad y en qué días trabajan, 4 de las 5 personas ocupadas trabajaba 5 días a la semana (de lunes a viernes), mientras que la última trabajaba 6 días a la semana (de lunes a sábados).

Tabla 11: Cantidad horas diarias que trabajaban las personas ocupadas que se encontraban en tratamiento en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.

Ocupados		
Horas diarias	Nº	%
8 horas	3	60%
9 horas	1	20%
10 horas	1	20%
Total	5	100%

Fuente: Elaboración propia.



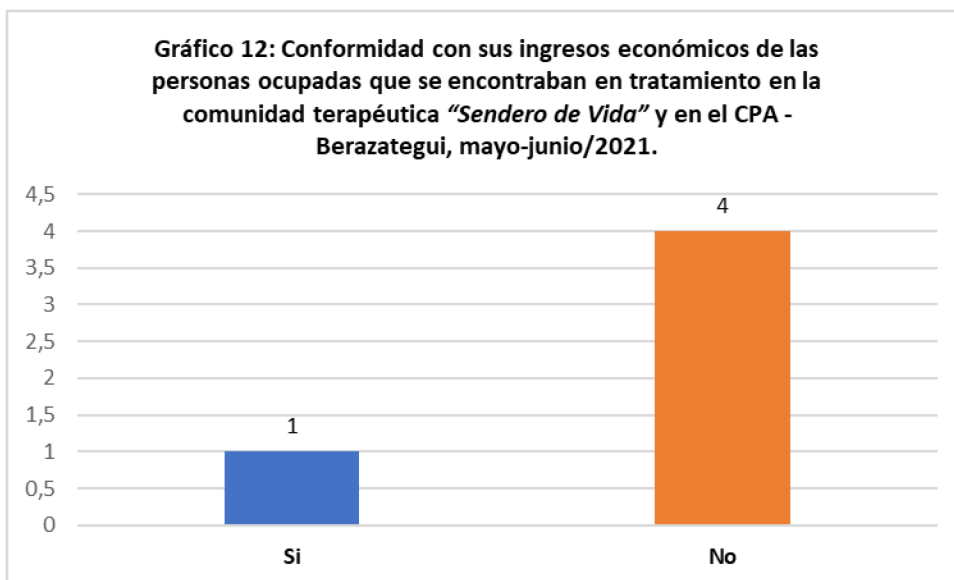
Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la cantidad de horas diarias, 3 personas trabajaban 8 horas al día, 1 persona trabajaba 9 horas y la restante trabajaba 10 horas.

Tabla 12: Conformidad con sus ingresos económicos de las personas ocupadas que se encontraban en tratamiento en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA - Berazategui, mayo-junio/2021.

Ocupados		
¿Son suficientes sus ingresos económicos?	Nº	%
Si	1	20%
No	4	80%
Total	5	100%

Fuente: Elaboración propia.



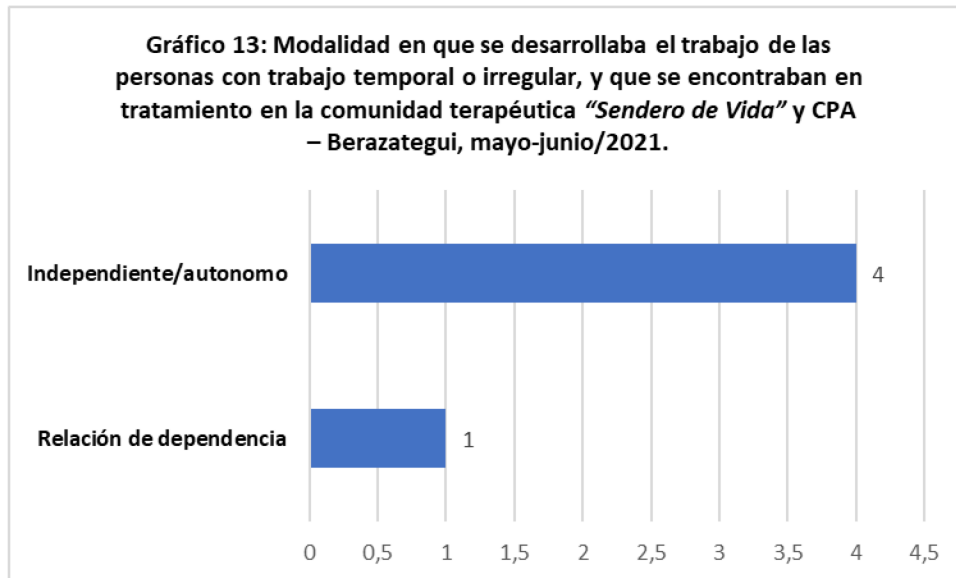
Fuente: Elaboración propia.

Por último, se preguntó sobre si estaban conformes con sus ingresos económicos, y 4 de las 5 personas respondieron que no.

Tabla 13: Modalidad en que se desarrollaba el trabajo de las personas con trabajo temporal o irregular, y que se encontraban en tratamiento en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.

Trabajo irregular/temporal		
Modalidad	Nº	%
Relación de dependencia	1	20%
Independiente/autónomo	4	80%
Total	5	100%

Fuente: Elaboración propia.



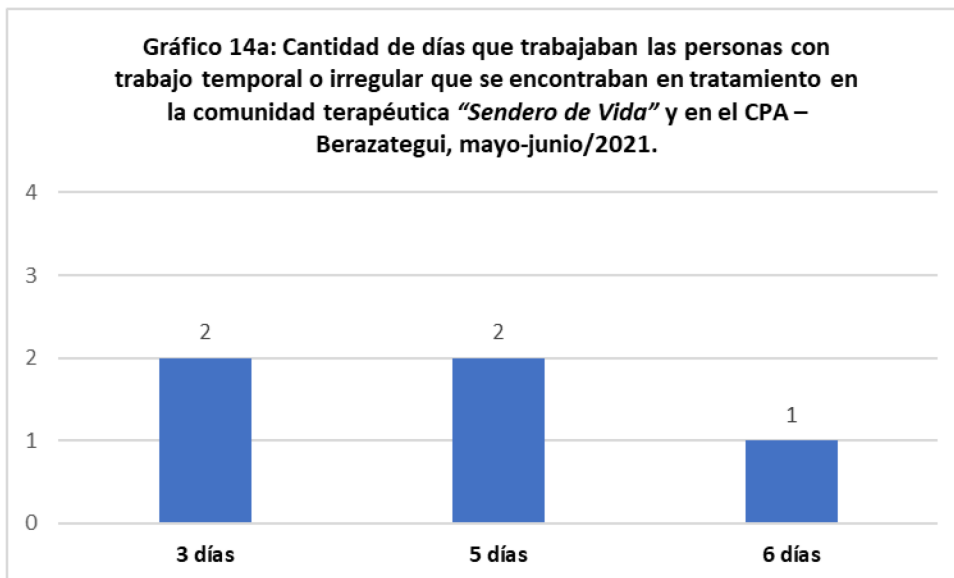
Fuente: Elaboración propia.

En el caso del grupo de las personas con trabajo temporal o irregular (grupo constituido también por 5 personas), se estudiaron las mismas cuestiones que en el caso de las personas ocupadas. Sobre la modalidad en que se desarrollaba el trabajo, la mayoría (4 personas) lo hacía de manera independiente o autónoma.

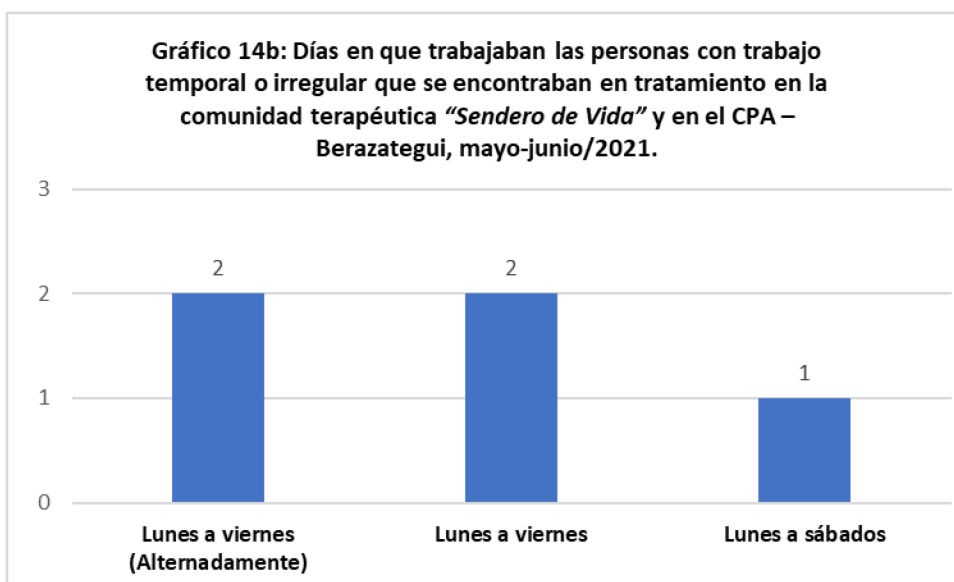
Tabla 14: Cantidad y días en que trabajaban las personas con trabajo temporal o irregular que se encontraban en tratamiento en la comunidad terapéutica "Sendero de Vida" y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.

Trabajo irregular/temporal					
Cantidad de días	N°	%	Días en que trabaja	N°	%
3 días	2	40%	Lunes a viernes (Alternadamente)	2	40%
5 días	2	40%	Lunes a viernes	2	20%
6 días	1	20%	Lunes a sábados	1	40%
Total	5	100%	Total	5	100%

Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.

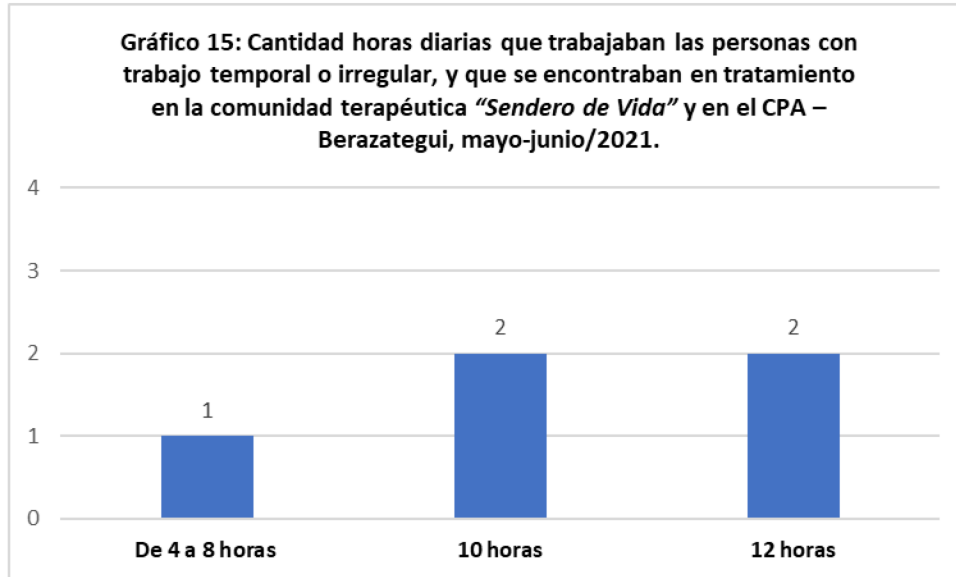
En relación a la cantidad y en qué días trabajaban, la mayoría se encontraba concentrada en los 3 y 5 días a la semana, y de lunes a viernes.

Tabla 15: Cantidad horas diarias que trabajaban las personas con trabajo temporal o irregular, y que se encontraban en tratamiento en la comunidad terapéutica "Sendero de Vida" y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.

Trabajo irregular/temporal		
Horas diarias	N°	%

De 4 a 8 horas	1	20%
10 horas	2	40%
12 horas	2	40%
Total	5	100%

Fuente: Elaboración propia.



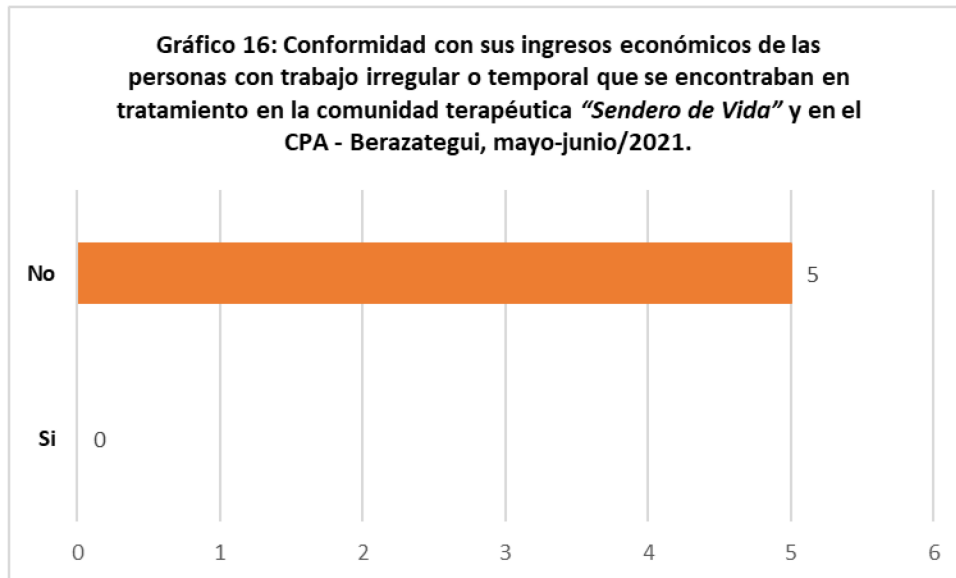
Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la cantidad de horas diarias que trabajaban, nuevamente hubo una distribución equitativa: 1 persona trabajaba entre 4 a 8 horas, 2 personas trabajaban 10 horas y las restantes 2 trabajaban alrededor de 12 horas diarias.

Tabla 16: Conformidad con sus ingresos económicos de las personas con trabajo irregular o temporal que se encontraban en tratamiento en la comunidad terapéutica "Sendero de Vida" y en el CPA - Berazategui, mayo-junio/2021.

¿Son suficientes sus ingresos económicos?	N°	%
Si	0	0%
No	5	100%
Total	5	100%

Fuente: Elaboración propia.



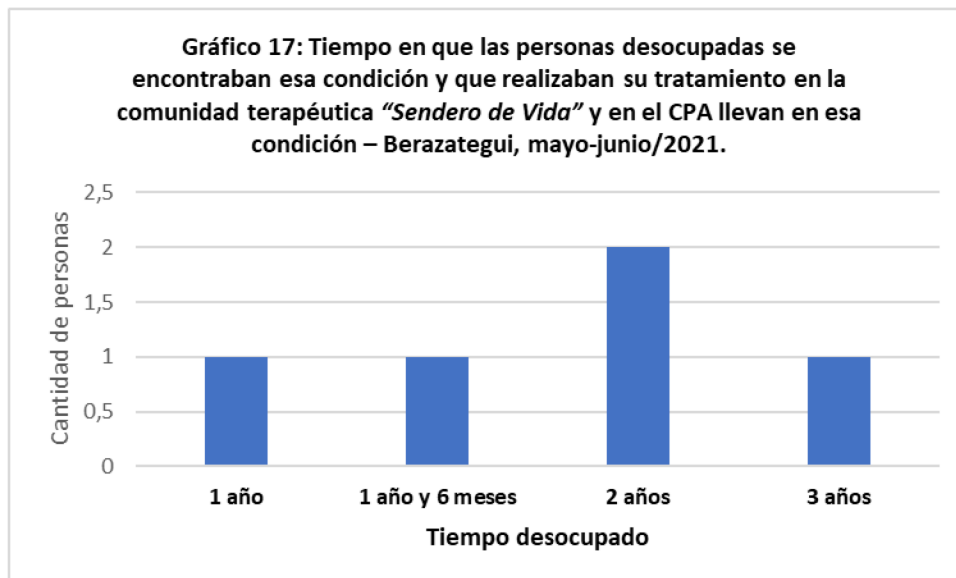
Fuente: Elaboración propia.

Por último, todas las personas con trabajo irregular o temporal respondieron que no estaban conformes con sus ingresos.

Tabla 17: Tiempo en que las personas desocupadas se encontraban esa condición y que realizaban su tratamiento en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA llevan en esa condición – Berazategui, mayo-junio/2021.

Años desocupado	N°	%
1 año	1	20%
1 año y 6 meses	1	20%
2 años	2	40%
3 años	1	20%
Total	5	100%

Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.

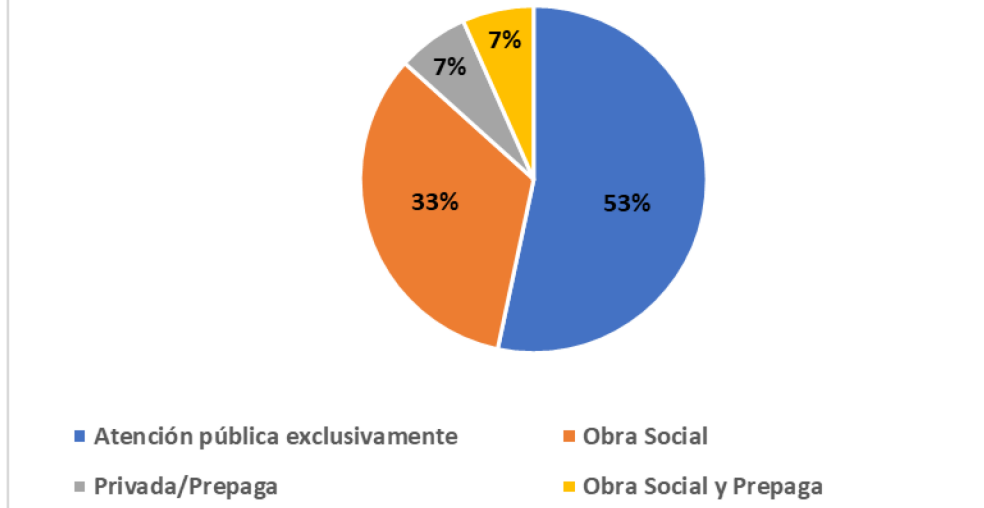
En relación al grupo de las personas desocupadas (constituido por 5 personas), la mayoría, constituida por 3 personas, se encontraba más de 2 años desocupada.

Tabla 18: Cobertura de salud de las personas que se encontraban en tratamiento en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.

Cobertura de salud	Total	%
Atención pública exclusivamente	8	53%
Obra Social	5	33%
Privada/Prepaga	1	7%
Obra Social y Prepaga	1	7%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 18: Cobertura de salud de las personas que se encontraban en tratamiento en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.



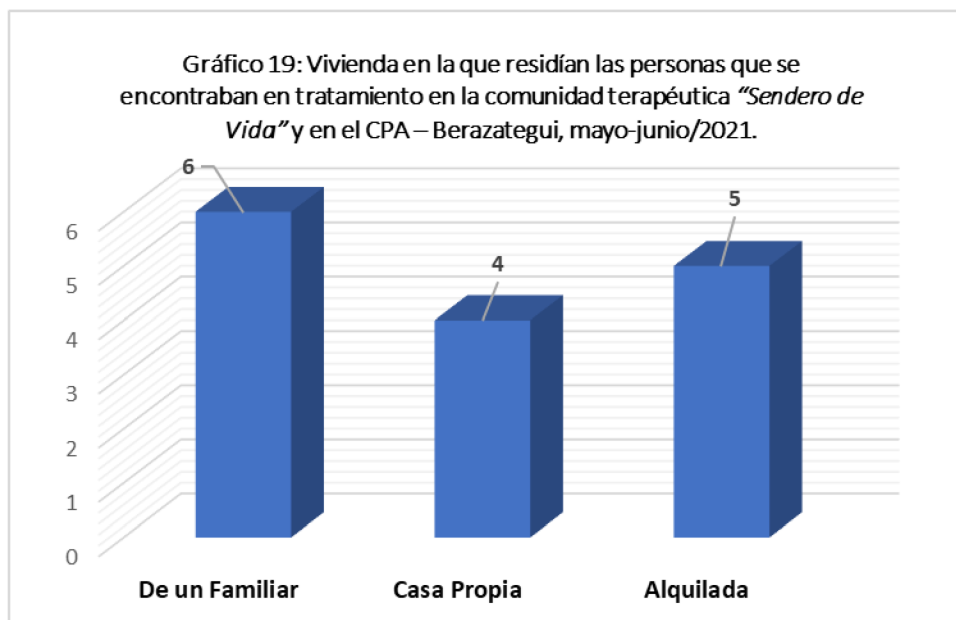
Fuente: Elaboración propia.

Otro punto importante constituye conocer el tipo de cobertura de salud que tenían las personas encuestadas. El 53% de los encuestados tenía solo acceso al sistema público de salud.

Tabla 19: Vivienda en la que residían las personas que se encontraban en tratamiento en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.

Vivienda	Total	%
De un Familiar	6	40%
Casa Propia	4	27%
Alquilada	5	33%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.

Los últimos datos sociodemográficos a analizar tienen que ver con la vivienda de la población estudiada. En este sentido, 6 personas (que representan un 40%) residían en la casa de un familiar, mientras que la minoría (4 personas, que representan un 27%) tenía casa propia.

6.2 Historia de salud como paciente.

a. Cuestiones relacionadas a las sustancias psicoactivas consumidas.

Se buscó conocer el tipo de sustancia psicoactiva que llevó a la persona a comenzar con el tratamiento. Para poder realizar un análisis lo mejor posible, proponemos analizar los resultados de 3 maneras:

Tabla 20: Consumo de sustancias psicoactivas que llevaron a iniciar el tratamiento de las personas en la comunidad terapéutica "Sendero de Vida" y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.

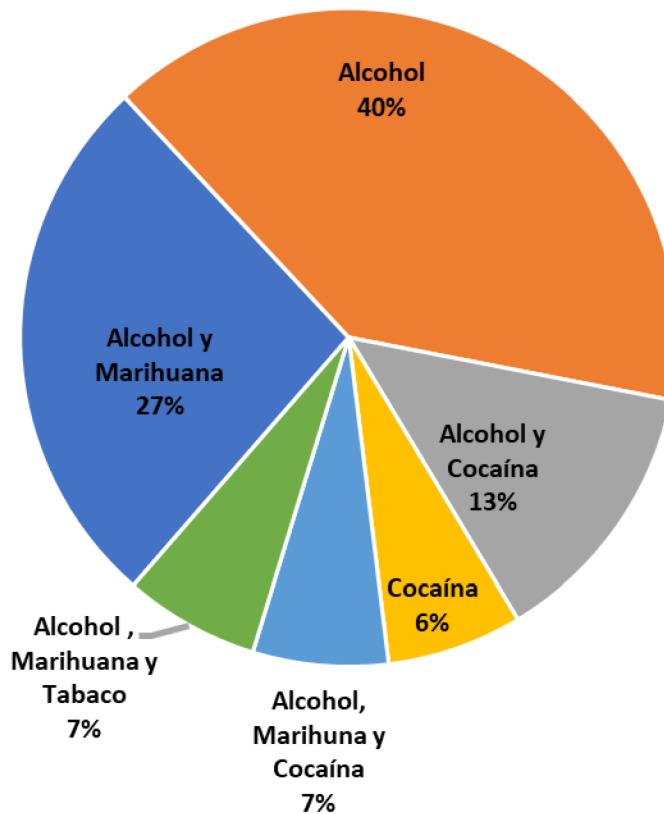
Sustancias consumidas*	Total	%
Alcohol y Marihuana	4	27%
Alcohol	6	40%

Alcohol y Cocaína	2	13%
Cocaína	1	7%
Alcohol, Marihuana y Cocaína	1	7%
Alcohol, Marihuana y Tabaco	1	7%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.

*Pregunta con opciones múltiples

Gráfico 20: Consumo de sustancias psicoactivas que llevaron a iniciar el tratamiento de las personas en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.



Fuente: Elaboración propia.

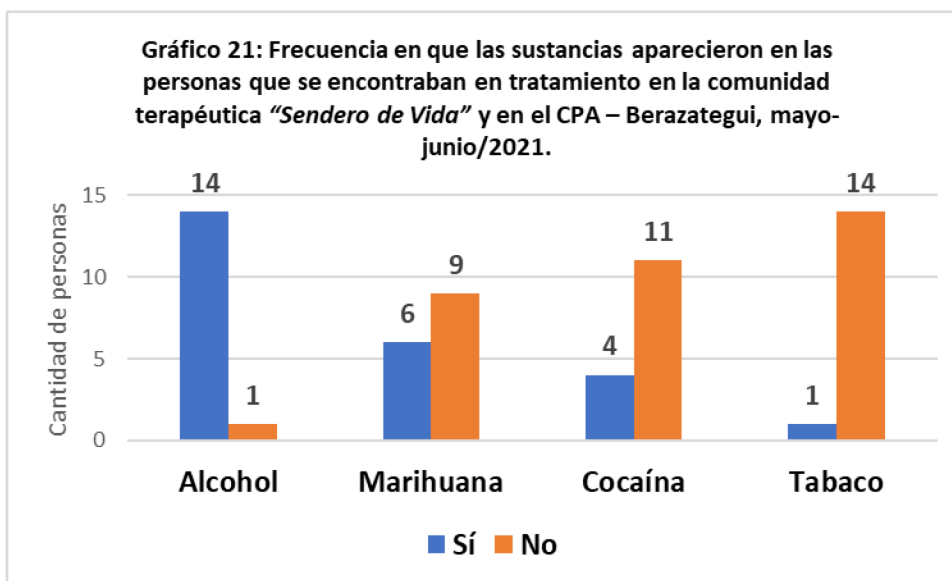
*Pregunta con opciones múltiples

En primer lugar, se realizó un análisis de las respuestas dadas por las personas encuestadas, sin realizar categorización de ningún tipo. En este sentido, las sustancias más recurrentes que llevaron a la persona a iniciar su actual tratamiento fueron el alcohol por sí solo con un 40%, seguido por el alcohol y marihuana con un 27%.

Tabla 21: Frecuencia en que las sustancias aparecieron en las personas que se encontraban en tratamiento en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.

Sustancia	Cantidad de personas que la consumen		%	
	Sí	No	Si	No
Alcohol	14	1	93%	7%
Marihuana	6	9	40%	60%
Cocaína	4	11	27%	73%
Tabaco	1	14	7%	93%

Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.

También es importante conocer la frecuencia en la que aparecieron las distintas sustancias psicoactivas de manera individual en las personas encuestadas. El alcohol resulta ser la sustancia psicoactiva más recurrente, presentándose en un 93% de las personas encuestadas, seguida en importancia por la marihuana, presente en un 40% de los casos.

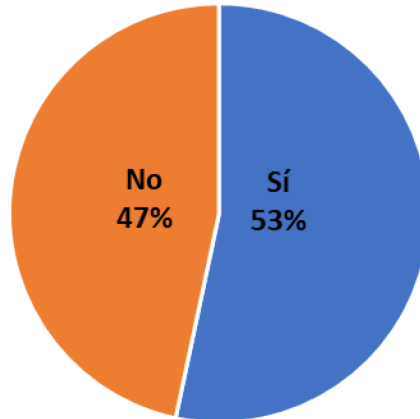
Tabla 22: Consumo de varias sustancias en las personas que se encontraban en tratamiento en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.

Policonsumo	N°	%
Sí	8	53%
No	7	47%

Total	15	100%
--------------	----	------

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 22: Consumo de varias sustancias en las personas que se encontraban en tratamiento en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.



Fuente: Elaboración propia.

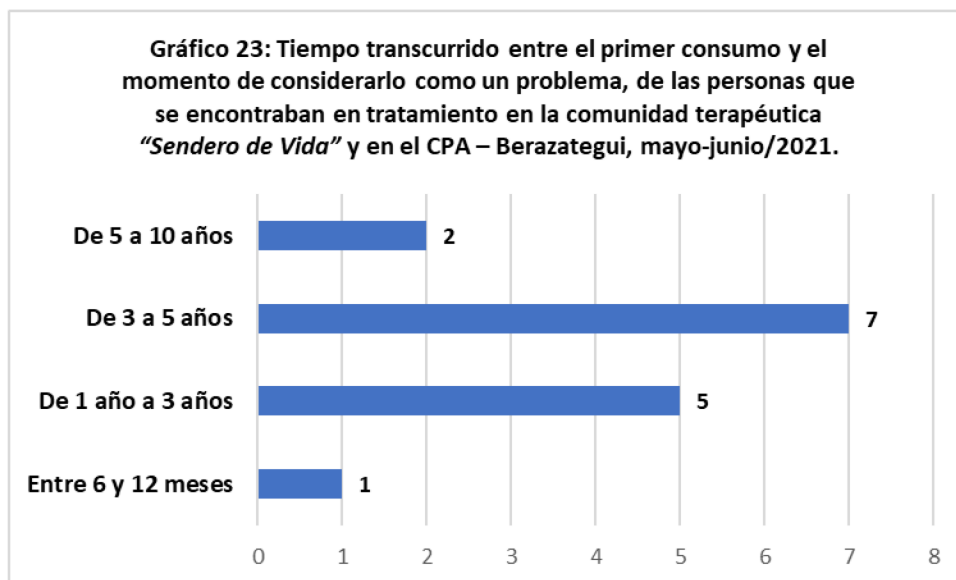
En último lugar, es pertinente analizar el nivel de policonsumo en la población estudiada, el cual apareció en un 53% de los casos.

b. Cuestiones relacionadas a la percepción del consumo problemático de sustancias por parte de las personas en tratamiento.

Tabla 23: Tiempo transcurrido entre el primer consumo y el momento de considerarlo como un problema, de las personas que se encontraban en tratamiento en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.

Tiempo desde primer consumo y asumir el problema	Total	%
Entre 6 a 12 meses	1	7%
De 1 año a 3 años	5	33%
De 3 a 5 años	7	47%
De 5 a 10 años	2	13%
Más de 10 años	0	0%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.



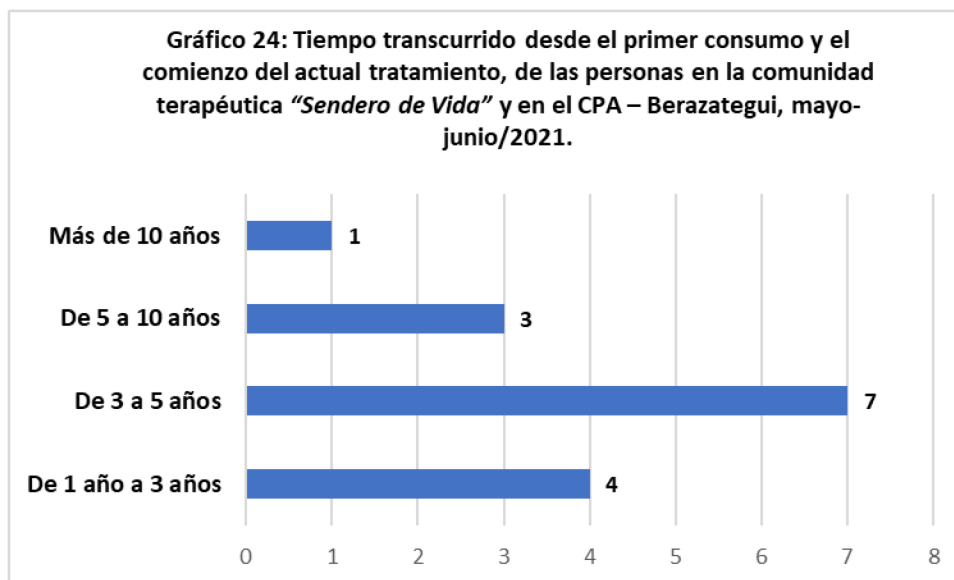
Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al tiempo transcurrido entre el momento en que la persona comenzó a consumir la o las sustancias, y el momento en el que pudo asumir que se transformó en un problema en su vida, la mayor parte de la población objeto se concentra entre los 3 a 5 años, representando un 47% de los casos (7 personas).

Tabla 24: Tiempo transcurrido desde el primer consumo y el comienzo del actual tratamiento, de las personas en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.

Tiempo desde primer consumo y comienzo del actual tratamiento	Total	%
De 1 año a 3 años	4	27%
De 3 a 5 años	7	47%
De 5 a 10 años	3	20%
Más de 10 años	1	7%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.



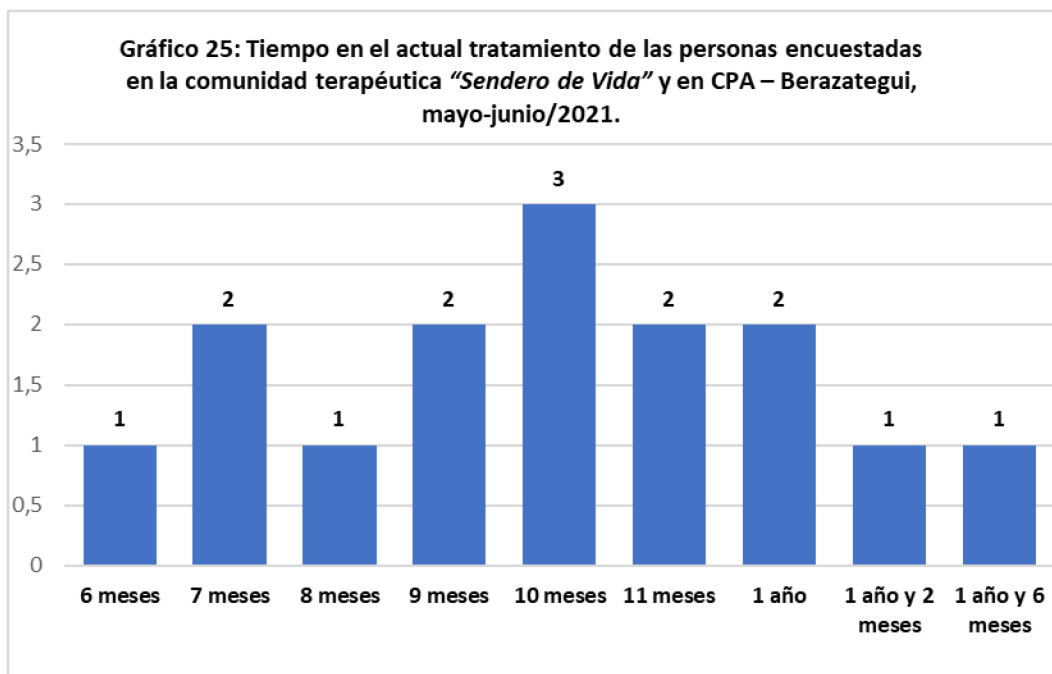
Fuente: Elaboración propia.

También se preguntó sobre el tiempo transcurrido entre el momento en que la persona comenzó a consumir la o las sustancias, y el momento en que decidió iniciar el actual tratamiento: el 47% (7 personas) de las personas encuestadas manifestó que este tiempo era de 3 a 5 años, coincidiendo con la mayoría del punto anterior.

Tabla 25: Tiempo en el actual tratamiento de las personas encuestadas en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.

Tiempo en tratamiento	Nº	%
6 meses	1	7%
7 meses	2	13%
8 meses	1	7%
9 meses	2	13%
10 meses	3	20%
11 meses	2	13%
1 año	2	13%
1 año y 2 meses	1	7%
1 año y 6 meses	1	7%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.

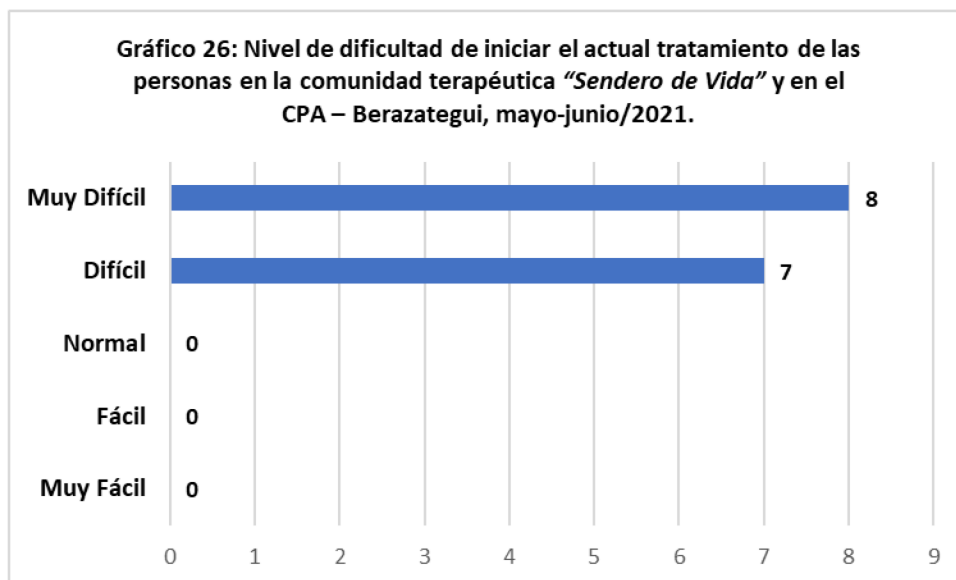
Respecto al tiempo del actual tratamiento, el caso de menor tiempo registrado fue de 6 meses, mientras que el de más tiempo fue de 1 año y 6 meses. En cuanto a la distribución, la mayor parte de las personas (9 de ellas, que representan un 59%) se encontraba concentrada entre los 9 a 12 meses de tratamiento.

c. Circunstancias que rodean la decisión de iniciar un tratamiento por consumo problemático de sustancias.

Tabla 26: Nivel de dificultad de iniciar el actual tratamiento de las personas en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.

Decisión de iniciar el tratamiento	Total	%
Muy Fácil	0	0
Fácil	0	0
Normal	0	0
Difícil	7	47%
Muy Difícil	8	53%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.

La mayoría de los encuestados (8 de las 15 personas encuestadas) encontró “*muy difícil*” la decisión de iniciar el actual tratamiento, mientras que para el resto (7 de las 15 personas encuestadas) esa decisión fue “*difícil*”. Nadie consideró que fuera de un nivel de dificultad menor.

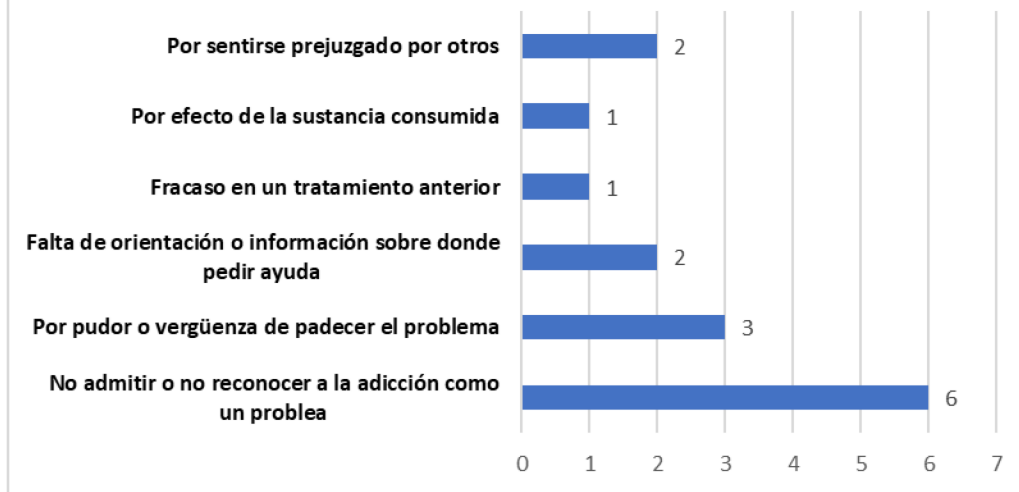
Tabla 27: Motivos de la dificultad en decidir iniciar el tratamiento de las personas en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.

Motivo en la dificultad de empezar un tratamiento*	Total	%
No reconocer el consumo como un problema	6	40%
Pudor/vergüenza	3	20%
Falta de orientación o información sobre donde pedir ayuda	2	13%
Fracaso en un tratamiento anterior	1	7%
Por efecto de la sustancia consumida	1	7%
Sentirse prejuzgado por otros	2	13%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.

*Pregunta abierta

Gráfico 27: Motivos de la dificultad en decidir iniciar el tratamiento de las personas en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.



Fuente: Elaboración propia.

Para conocer los motivos por lo que las personas encuestadas consideraban que la decisión fue difícil (o no) se optó por incluir una pregunta abierta. A partir de las respuestas dadas, se pudieron reconocer distintas categorías de respuestas a partir de las similitudes entre las mismas. Seis personas (que representan el 40% de la población objeto) manifestó que la dificultad estaba dada por no reconocer el consumo como un problema, entre algunas de estas respuestas encontramos: *“Uno no se da cuenta o no quiere admitir que es un adicto”*, *“No darme cuenta que se transformó en un problema”* o *“No reconocía el problema”*. Tres personas (que representan el 20%) encontró la dificultad en el pudor o vergüenza que le genera el padecimiento; cuyas respuestas fueron: *“Incomodidad personal”*, *“Vergüenza del problema que sufro”* o *“Es difícil decir soy adicta a mi edad”*. Dos personas (que representan el 13%) manifestaron que la dificultad provenía de la falta de orientación o información para saber dónde acudir por ayuda: *“No encontraba donde pedir ayuda”* y *“No saber a quién acudir”*

fueron las respuestas. Una persona (que representa el 7%) manifestó que la dificultad fue por el fracaso en un tratamiento anterior (*“Ya me fue mal una vez, me siento incapaz de dejar de consumir y no creía que otras personas pudieran ayudarme a salir de esto”*), otro persona considero que el motivo de la dificultad esta dado por los efectos propios de la sustancia consumida (*“Las sustancias impiden que pidas ayuda, querés seguir consumiendo y no dejan que pidas ayuda”*) y por último, dos personas (que representan un 13%) consideraron que la dificultad estuvo dada por sentirse prejuizado por otros, cuyas respuestas fueron: *“No es fácil pedir ayuda, te sentís prejuizada por los demás o vista como una delincuente”* y *“Aun hoy en día voy más con miedo que con orgullo a tratarme, desde que salgo de casa hasta que llego al lugar siento una mirada o presión hasta de la gente con la que viajo en el bondi. Es difícil de explicar”*.

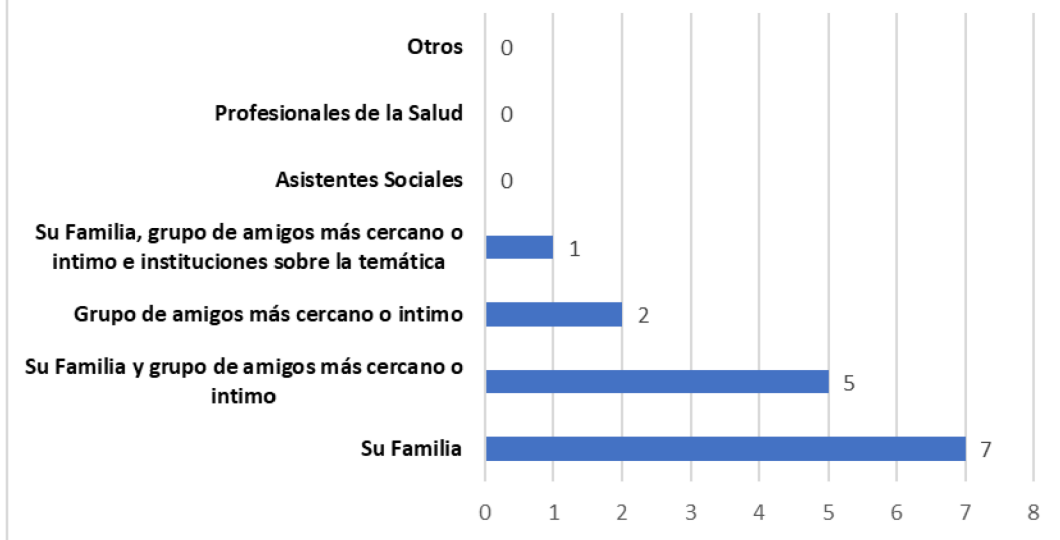
Tabla 28: Grupos de apoyo al iniciar el tratamiento para las personas en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.

Apoyo o acompañamiento al iniciar el tratamiento	Total	%
Su Familia	7	47%
Su Familia y grupo de amigos más cercano o intimo	5	33%
Grupo de amigos más cercano o intimo	2	13%
Su Familia, grupo de amigos más cercano o intimo e instituciones sobre la temática	1	7%
Asistentes Sociales	0	0%
Profesionales de la Salud	0	0%
Otros	0	0%
Total	15	100 %

Fuente: Elaboración propia.

*Pregunta con opciones múltiples

Gráfico 28: Grupos de apoyo al iniciar el tratamiento de las personas en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.



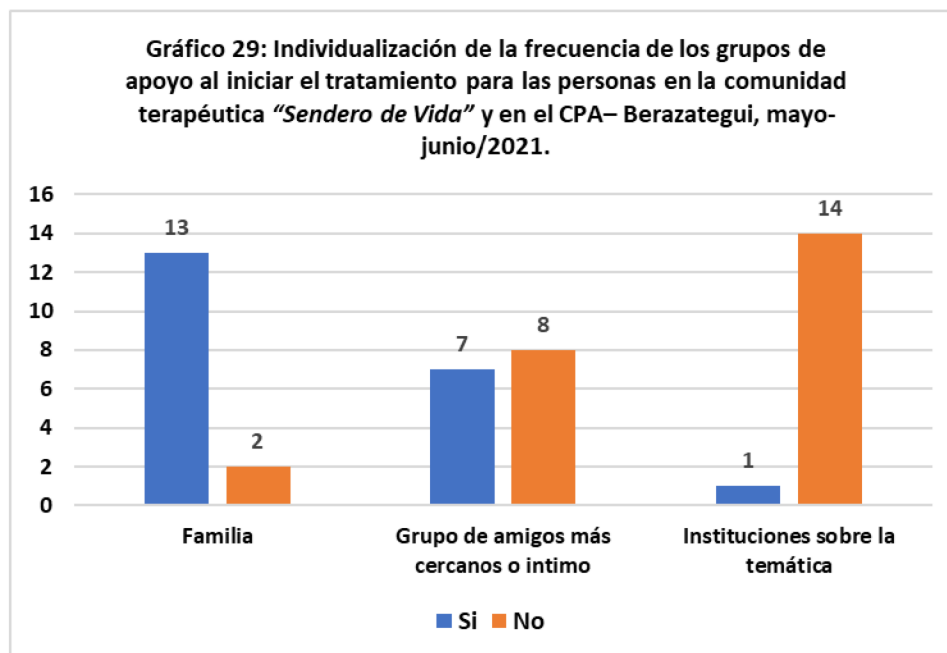
Fuente: Elaboración propia.

Un 47% de las personas encuestadas (7 personas) encontró en su familia el acompañamiento o apoyo para iniciar el tratamiento y llevarlo adelante, seguido en un 33% (5 personas) que lo encontraron en su familia y el grupo de amigos más cercano o íntimo. En el inicio del tratamiento, ninguna de las personas se sintió acompañada por profesionales de la salud, asistentes sociales u otros.

Tabla 29: Individualización de la frecuencia de los grupos de apoyo al iniciar el tratamiento para las personas en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA– Berazategui, mayo-junio/2021.

Las personas encuestadas se sintieron apoyadas por:	Total			%		
	Si	No	Total	Si	No	Total
Familia	13	2	15	87%	13%	100%
Grupo de amigos más cercanos o íntimo	7	8	15	47%	53%	100%
Instituciones sobre la temática	1	14	15	7%	93%	100%

Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.

Al haber sido una pregunta que permitía respuestas múltiples, es importante analizar la frecuencia individual de las opciones elegidas. En este sentido, un 87% de las personas se sintieron acompañadas o apoyadas por su familia y 53% por su grupo de amigos más cercanos o íntimos.

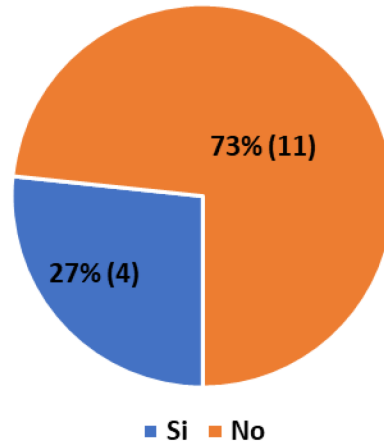
d. Personas con antecedentes de tratamiento por consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Tabla 30: Personas con antecedentes de tratamiento por la misma causa, y que se encontraban en tratamiento en el momento de la encuesta en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.

Antecedentes de tratamiento	Total	%
Si	4	27%
No	11	73%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 30: Personas con antecedentes de tratamiento por la misma causa, y que se encontraban en tratamiento en el momento de la encuesta en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.



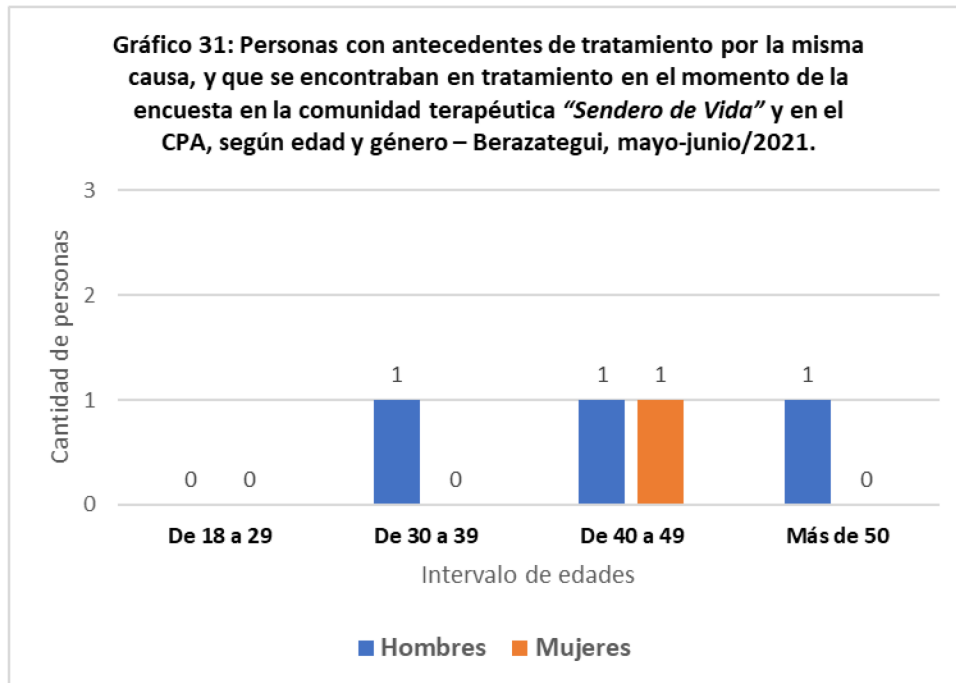
Fuente: Elaboración propia.

Se buscó conocer la existencia de personas que hayan estado en un tratamiento anterior al actual. 4 de las 15 personas encuestadas manifestaron haber estado anteriormente en otro tratamiento por la misma causa, lo que representó un 27%.

Tabla 31: Personas con antecedentes de tratamiento por la misma causa, y que se encontraban en tratamiento en el momento de la encuesta en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA, según edad y género – Berazategui, mayo-junio/2021.

Edad Hombres	N°	%	Edad Mujeres	N°	%
De 18 a 29	0	0%	De 18 a 29	0	0%
De 30 a 39	1	33%	De 30 a 39	0	0%
De 40 a 49	1	33%	De 40 a 49	1	100%
Más de 50	1	33%	Más de 50	0	0%
Total	3	100%	Total	1	100%

Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.

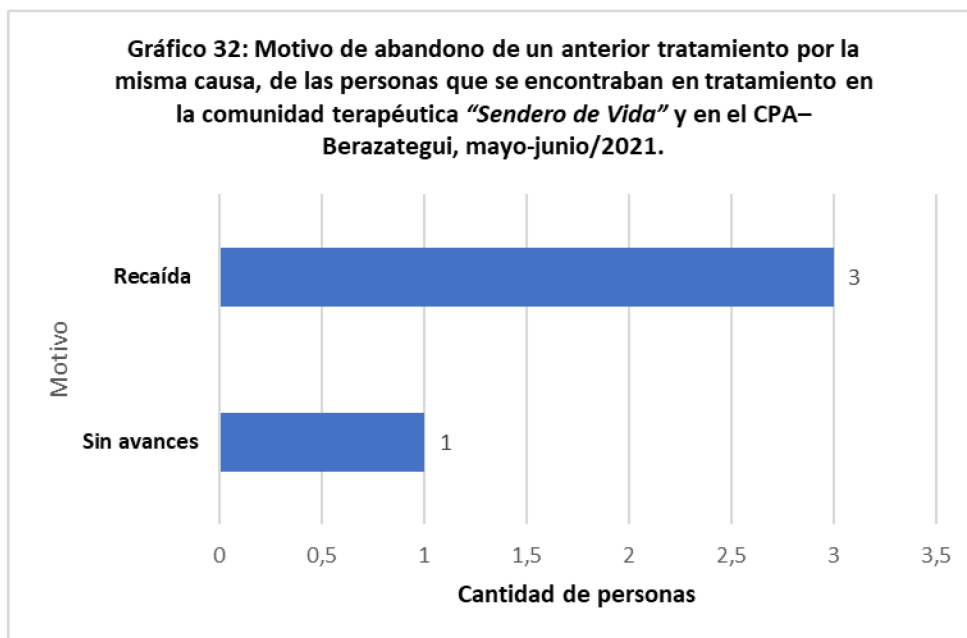
Dentro de este grupo de personas, encontramos 3 hombres y 1 mujer. Entre estas personas, se encontraba la persona con más edad (53 años) de la población objeto.

Tabla 32: Motivo de abandono de un anterior tratamiento por la misma causa, de las personas que se encontraban en tratamiento en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA– Berazategui, mayo-junio/2021.

Motivo del abandono del anterior tratamiento*	Nº	%
Sin avances	1	25%
Recaída	3	75%
Total	4	100%

Fuente: Elaboración propia.

*Pregunta abierta



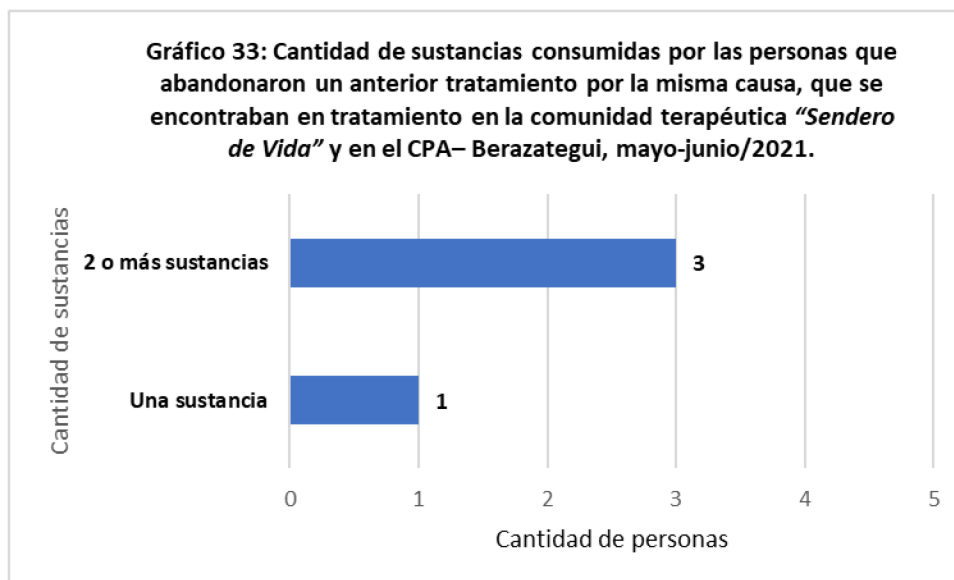
Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al motivo principal por el cual abandonaron el anterior tratamiento, si bien se trataba de una pregunta abierta, hubo dos tendencias: 3 personas manifestaron abandonar el tratamiento por recaída/volver a consumir (*“No pude controlarme y volví a consumir”*; *“Recaí y volví a consumir”* y *“Tuve una recaída, no aguante las ganas de volver”*) y 1 persona manifestó que el abandono se debió a que no percibía avances en el tratamiento (*“Sentía que no había avances, y preferí el camino de lo fácil”*).

Tabla 33: Cantidad de sustancias consumidas por las personas que abandonaron un anterior tratamiento por la misma causa, que se encontraban en tratamiento en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA– Berazategui, mayo-junio/2021.

Cantidad de sustancias consumidas	Nº	%
Una sustancia	1	25%
2 o más sustancias	3	75%
Total	4	100%

Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.

3 de las 4 personas que abandonaron un anterior tratamiento consumían varias sustancias. La persona restante consumía cocaína.

6.3 Cuestiones relacionadas al actual tratamiento.

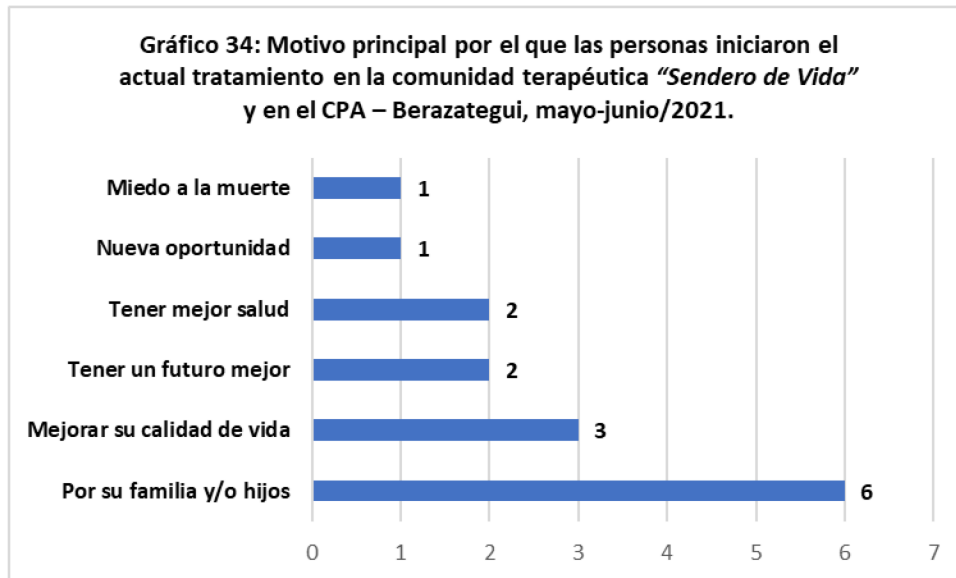
a. Cuestiones relacionadas al inicio del tratamiento.

Tabla 34: Motivo principal por el que las personas iniciaron el actual tratamiento en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.

Motivo principal por el que inicio el tratamiento*	Total	%
Por su familia y/o hijos	6	40%
Mejorar su calidad de vida	3	20%
Tener un futuro mejor	2	13%
Tener mejor salud	2	13%
Nueva oportunidad	1	7%
Miedo a la muerte	1	7%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.

*Pregunta abierta



Fuente: Elaboración propia.

Se buscó conocer el motivo principal por el que las personas encuestadas decidieron iniciar su actual tratamiento. El 40% (6 personas) manifestó haber iniciado el tratamiento por su familia y/o hijos, constituyendo el principal motivo en la población de estudio. Algunas de las respuestas dadas a esta pregunta que ayudaron a realizar las categorías fueron: *“(Lo hago) Por mis hijos, se merecen una mejor madre”*; *“Evitar más problemas a mi familia”*; *“Para no fallarle a mis padres”*; *“Para evitar traerle más desgracias a mi familia”*; *“Porque mis hijos sienten vergüenza de mi”*; *“Siento que arruino más la vida de mi familia que la mía, siempre traigo problemas a casa relacionados a la droga”*; *“Para no terminar muriéndome joven tirado en una zanja”*; *“Para tener un mejor futuro y no terminar quemado por la droga”*; *“No arruinar más lo que me queda de vida ni mi futuro”*; *“Volver a tratar de solucionar el problema”*; *“Tratar de erradicar este problema de salud de mi vida”*; *“La droga me quemaba la cabeza, me pudrió el cuerpo y el alma”*; *“Mejorar mi vida, en todo sentido”*; *“Necesito rescatarme,*

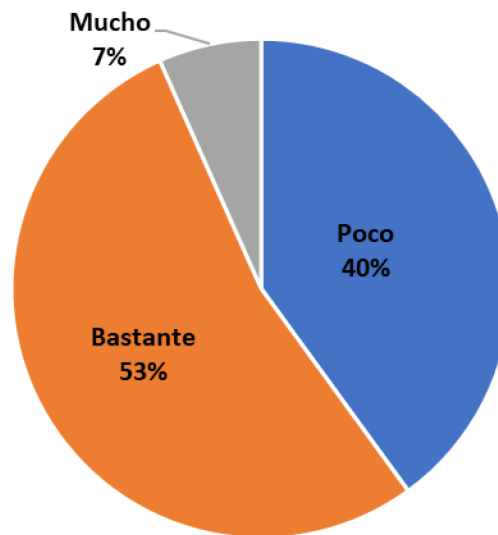
porque me estaba arruinando la vida”, “Cambiar mi estilo de vida, pensar en otra cosa que no sea consumir”.

Tabla 35: Impacto de la mirada de la sociedad sobre la temática, en el tratamiento de las personas de la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.

Influencia de la sociedad, sobre el tratamiento	Total	%
Nada	0	0%
Muy Poco	0	0%
Poco	6	40%
Bastante	8	53%
Mucho	1	7%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 35: Impacto de la mirada social sobre la temática, en el tratamiento de las personas de la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.



Fuente: Elaboración propia.

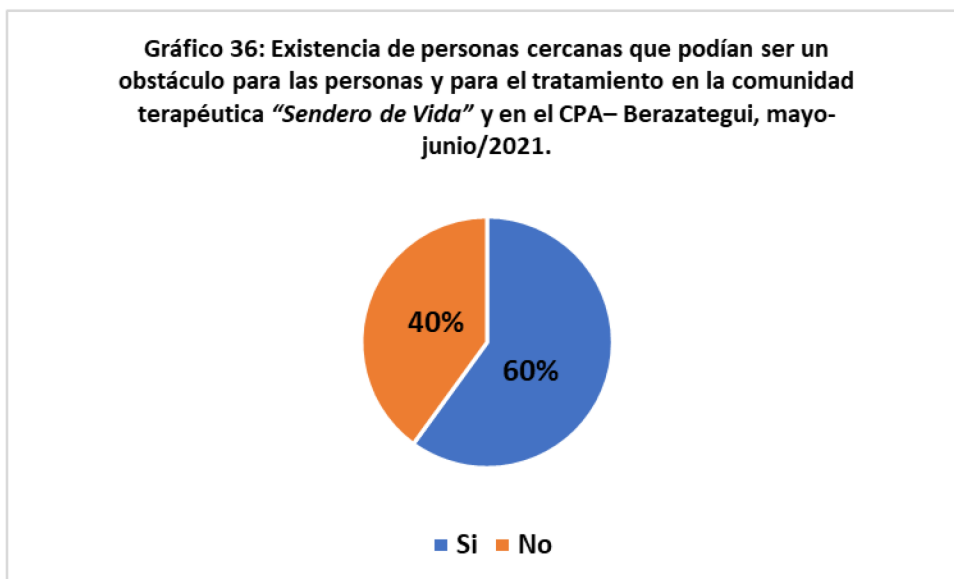
A un 53% de las personas encuestadas le influía “bastante” en su tratamiento la mirada u opinión que parte de la sociedad podía tener sobre la temática del uso

problemático de sustancias, mientras que ninguna persona consideró que la influencia sea nula o muy poca.

Tabla 36: Existencia de personas cercanas que pudieran ser un obstáculo para las personas y para el tratamiento en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA– Berazategui, mayo-junio/2021.

Personas cercanas como obstáculo	Total	%
Si	9	60%
No	6	40%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.

Otra cuestión importante es conocer la existencia o no de personas cercanas que podrían obstaculizar, de algún modo, el tratamiento de las personas encuestadas.

Para el 60% de los encuestados, había personas cercanas de este tipo.

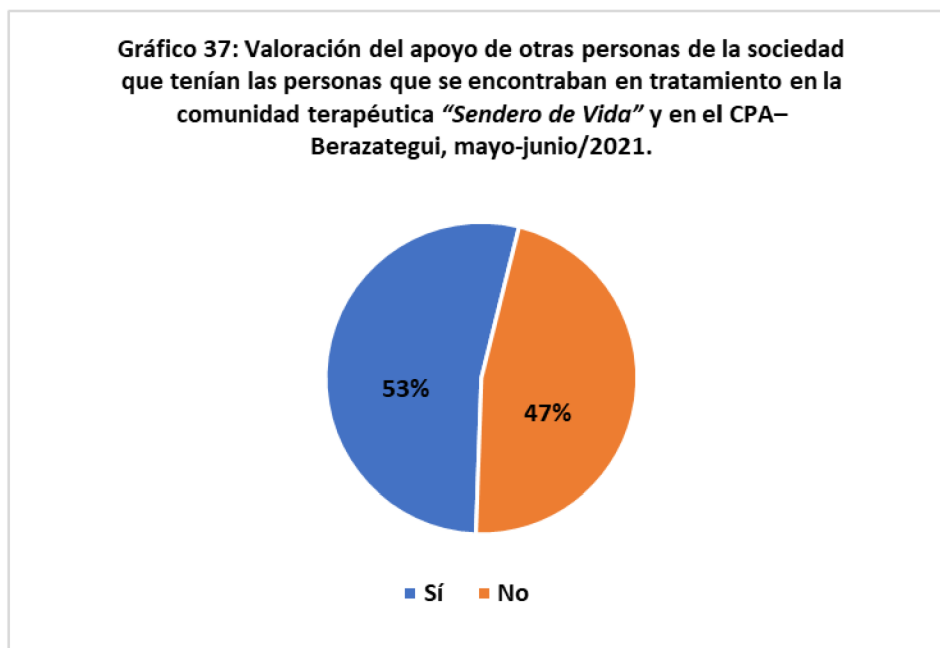
Tabla 37: Valoración del apoyo de otras personas de la sociedad que tenían las personas que se encontraban en tratamiento en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA– Berazategui, mayo-junio/2021.

¿Considera fundamental el apoyo de otras personas de la sociedad en su tratamiento?	N°	%
Sí	8	53%

No	7	47%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 37: Valoración del apoyo de otras personas de la sociedad que tenían las personas que se encontraban en tratamiento en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA–Berazategui, mayo-junio/2021.



Fuente: Elaboración propia

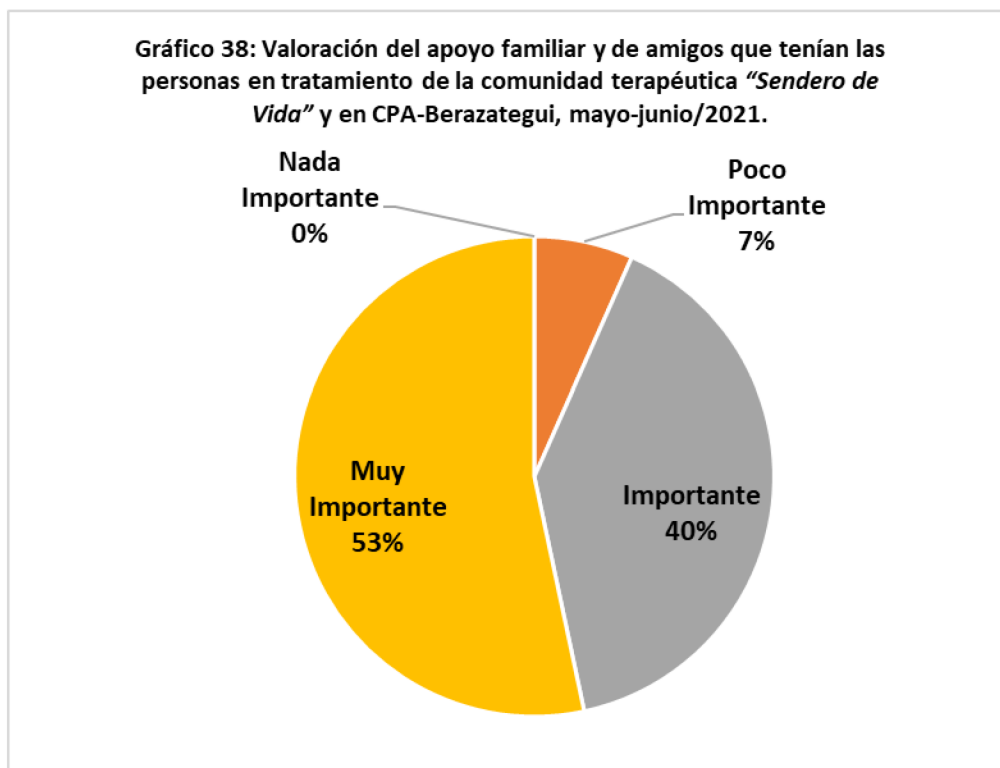
Por otro lado, un 53% consideraba fundamental el apoyo de otras personas de la sociedad en su tratamiento.

Tabla 38: Valoración del apoyo familiar y de amigos que tenían las personas en tratamiento de la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en CPA-Berazategui, mayo-junio/2021.

Valor que le otorga al acompañamiento de su familia y grupo de amigos cercanos	Total	%
Nada Importante	0	0%
Poco Importante	1	7%
Importante	6	40%
Muy Importante	8	53%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 38: Valoración del apoyo familiar y de amigos que tenían las personas en tratamiento de la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en CPA-Berazategui, mayo-junio/2021.



Fuente: Elaboración propia.

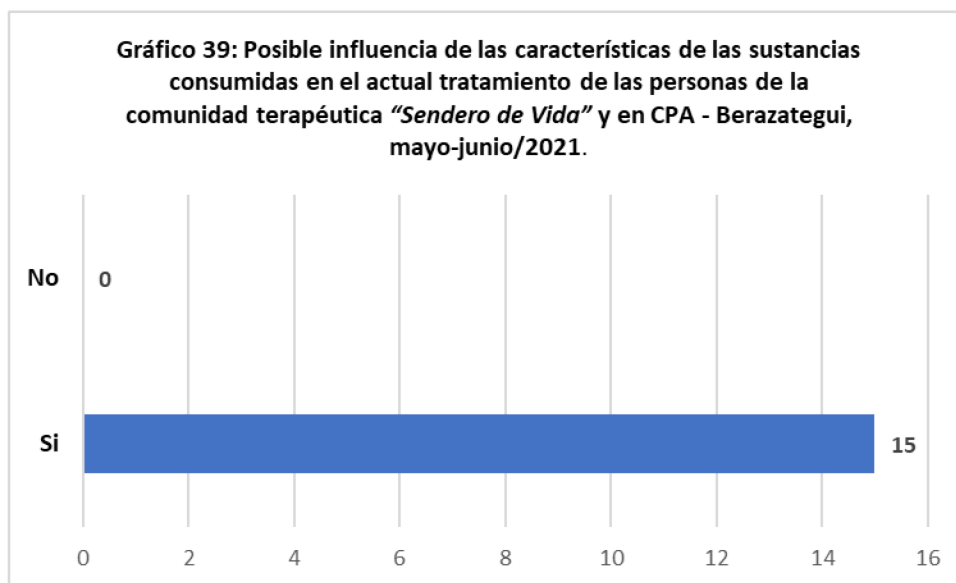
En cuanto a la valoración que le daban al apoyo y acompañamiento familiar y del círculo íntimo de amigos, para el 53% de la población encuestada resultaba ser “*muy importante*”, lo cual constituía el valor máximo que se podía dar, mientras que, por el contrario, nadie valoró a este tipo de acompañamiento como “*nada importante*” (valor mínimo).

b. Cuestiones relacionadas a la/s sustancia/s que consumía.

Tabla 39: Posible influencia de las características de las sustancias consumidas en el actual tratamiento de las personas de la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en CPA - Berazategui, mayo-junio/2021.

¿Las características de la sustancia que consumía pueden impactar negativamente en su tratamiento?	Total	%
Sí	15	100 %
No	0	0%
Total	15	100 %

Fuente: Elaboración propia.



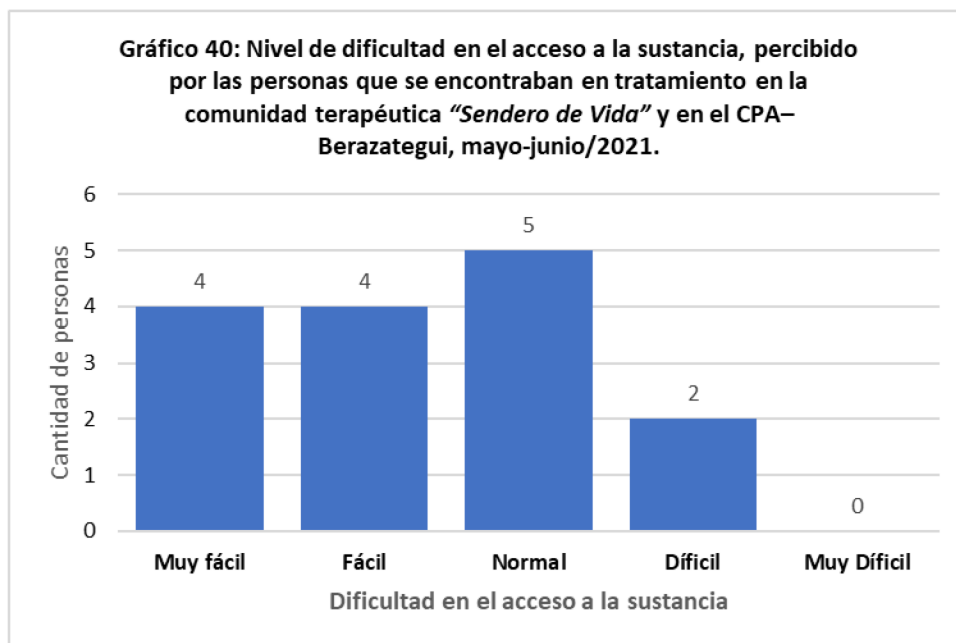
Fuente: Elaboración propia.

Toda la población encuestada consideró que las características propias de la/s sustancia/s que consumían podían impactar negativamente en su actual tratamiento.

Tabla 40: Nivel de dificultad en el acceso a la sustancia, percibido por las personas que se encontraban en tratamiento en la comunidad terapéutica "Sendero de Vida" y en el CPA-Berazategui, mayo-junio/2021.

Nivel de dificultad en el acceso a la sustancia consumida	Total	%
Muy fácil	4	27%
Fácil	4	27%
Normal	5	33%
Difícil	2	13%
Muy Difícil	0	0%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.



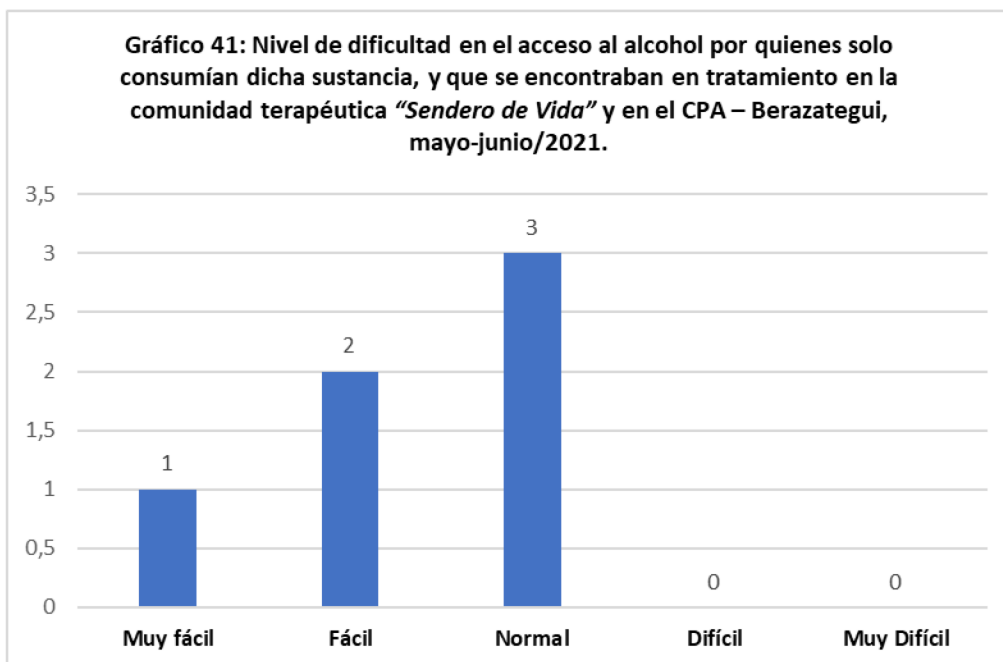
Fuente: Elaboración propia.

Respecto al nivel de dificultad que le constituía a las personas encuestadas conseguir las sustancias que consumían, para un 33% era normal, para un 27% era fácil, mientras que para otro 27% le resultaba muy fácil. Solo al 13% le resultaba difícil. Ninguno de los encuestados respondió que el acceso a la sustancia fuera “*muy difícil*”.

Tabla 41: Nivel de dificultad en el acceso al alcohol por quienes solo consumían dicha sustancia, y que se encontraban en tratamiento en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.

Nivel de dificultad en el acceso al alcohol	N°	%
Muy fácil	1	43%
Fácil	2	43%
Normal	3	14%
Dificil	0	0%
Muy Dificil	0	0%
Total	6	100%

Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.

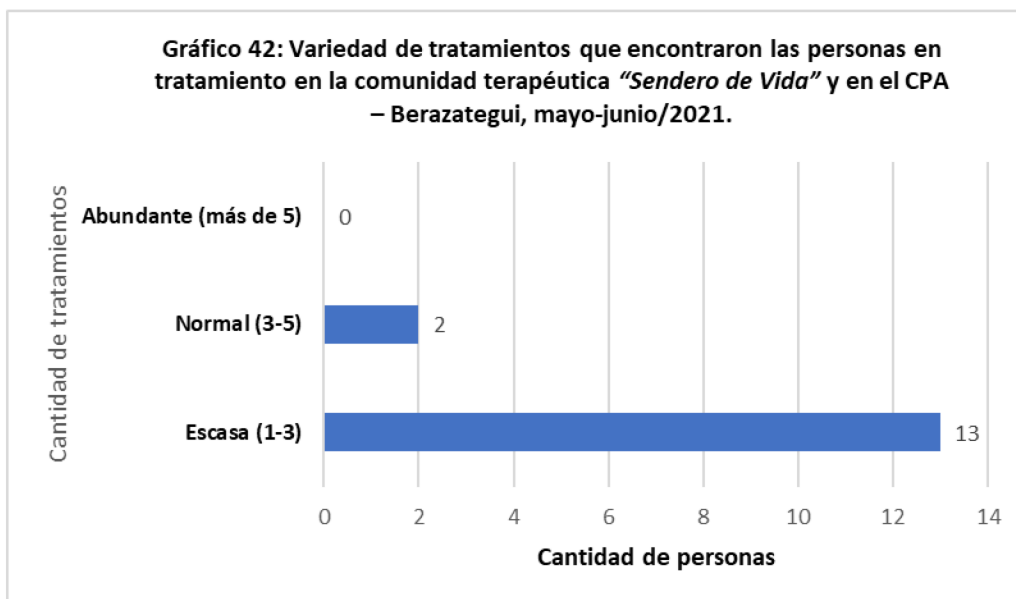
Dado que el alcohol fue la sustancia más recurrente entre los encuestados, resultó pertinente analizar como consideraban el acceso para aquellas personas que solo consumían alcohol, grupo constituido por 6 personas. Para 3 de estas personas el acceso era “normal”, para 2 era “fácil” y solo para una era “muy fácil”.

c. Cuestiones relativas a los tratamientos por consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Tabla 42: Variedad de tratamientos que encontraron las personas en tratamiento en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.

Oferta/variedad de tratamientos	Total	%
Escasa (1-3)	13	87%
Normal (3-5)	2	13%
Abundante (más de 5)	0	0%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.

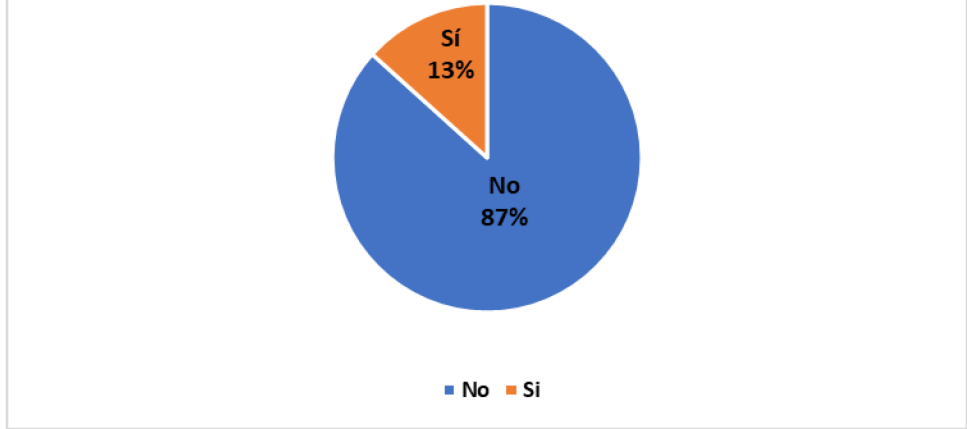
La variedad de tratamientos que encontraron las personas encuestadas al momento de buscar donde tratar su problema fue escasa: un 87% (13 personas) lo consideró así.

Tabla 43: Información que recibieron, por parte de organismos Estatales, las personas que estaban en tratamiento en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en CPA-Berazategui, mayo-junio/2021.

¿Recibió información sobre tratamientos por parte de un organismo Estatal?	Total	%
Sí	2	13%
No	13	87%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 43: Información que recibieron, por parte de organismos Estatales, las personas que estaban en tratamiento en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en CPA-Berazategui, mayo-junio/2021.



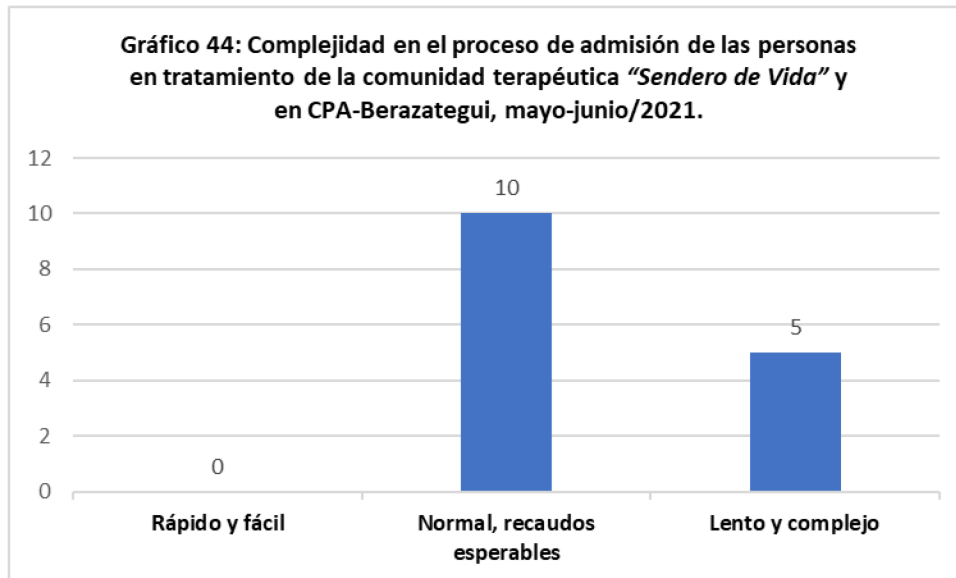
Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a si la población encuestada recibió algún tipo de información sobre los tratamientos por consumo problemático de sustancias por parte de alguna dependencia u organismo del Estado al momento de decidir iniciar su tratamiento, el 87% respondió no haber recibido información.

Tabla 44: Complejidad en el proceso de admisión de las personas en tratamiento de la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en CPA-Berazategui, mayo-junio/2021.

¿Cómo fue el proceso de admisión en el actual tratamiento?	Total	%
Rápido y fácil	0	0
Normal, recaudos esperables	10	67%
Lento y complejo	5	33%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.

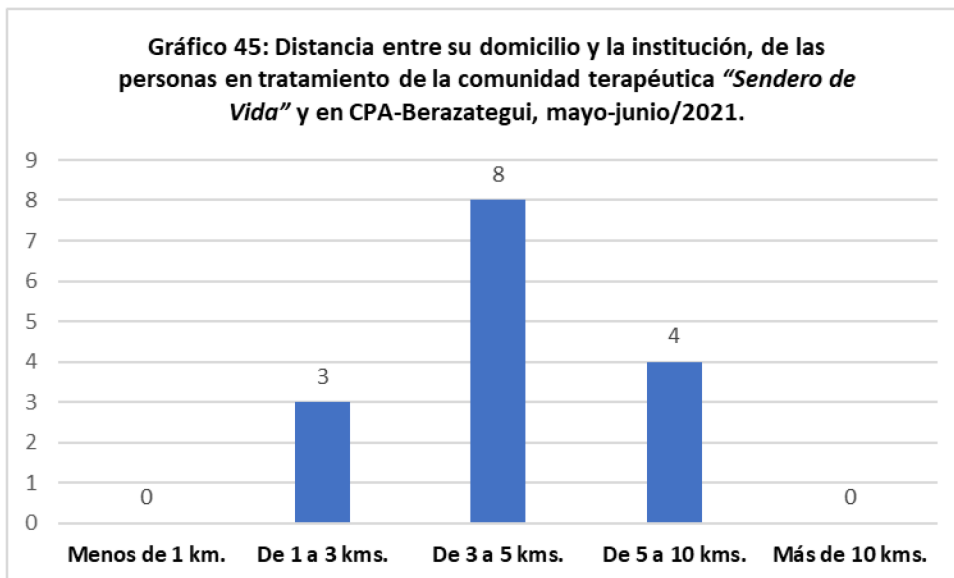
Respecto al proceso de admisión en el actual tratamiento, 10 personas (un 67%) lo encontraron “normal”, mientras que para 5 personas (un 33%) fue “lento y complejo”.

d. Cuestiones relativas al acceso a la Institución donde recibían tratamiento.

Tabla 45: Distancia entre su domicilio y la institución, de las personas en tratamiento de la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en CPA-Berazategui, mayo-junio/2021.

Distancia desde el hogar hasta la institución donde recibe el tratamiento	Total	%
Menos de 1 km.	0	0%
De 1 a 3 kms.	3	20%
De 3 a 5 kms.	8	53%
De 5 a 10 kms.	4	27%
Más de 10 kms.	0	0%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.

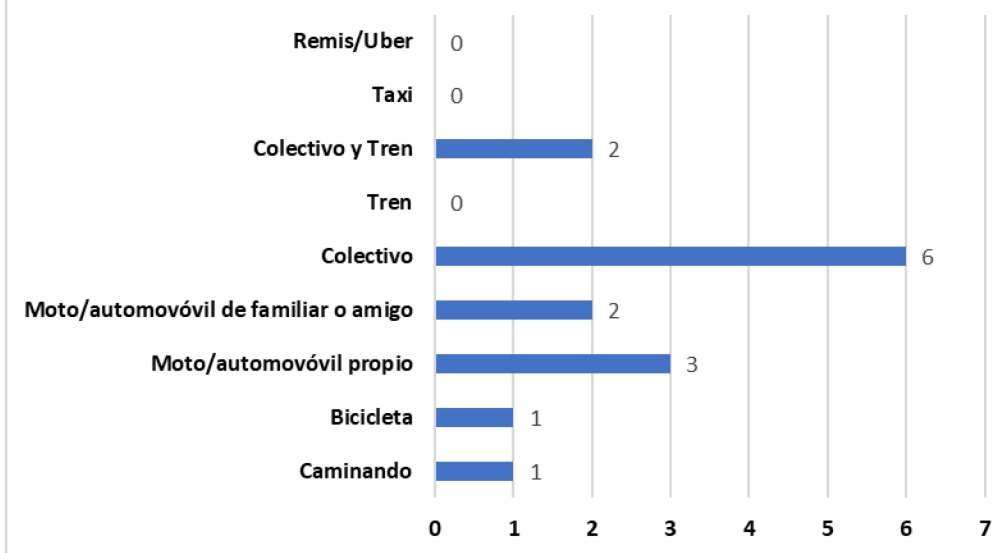
La distancia que existía entre el domicilio de la persona en tratamiento y la institución donde se trataba fue de entre 3 a 5 kms. en el 53% de los casos, entre 5 a 10 kms. en el 27% y entre 1 a 3 kms. en el 20%.

Tabla 46: Transporte utilizado para trasladarse desde su domicilio a la institución, de las personas en tratamiento de la comunidad terapéutica "Sendero de Vida" y en CPA-Berazategui, mayo-junio/2021.

Medios en los que se traslada a la institución	Total	%
Caminando	1	7%
Bicicleta	1	7%
Moto/automóvil propio	3	20%
Moto/automóvil de familiar o amigo	2	13%
Colectivo	6	40%
Tren	0	0%
Colectivo y Tren	2	13%
Taxi	0	0%
Remis/Uber	0	0%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 46: Transporte utilizado para trasladarse desde su domicilio a la institución, de las personas en tratamiento de la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en CPA-Berazategui, mayo-junio/2021.



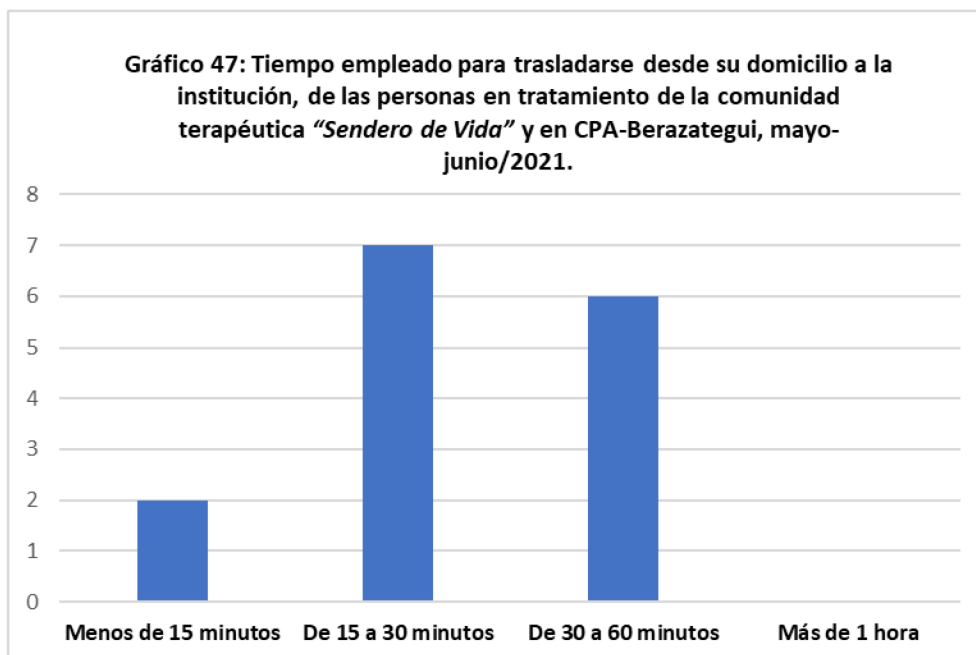
Fuente: Elaboración propia.

La forma de trasladarse más utilizada desde domicilio a la institución por parte de la población estudiada resultó ser el colectivo con un 40%, al que puede sumarse un 10% más que se trasladaba en colectivo y tren.

Tabla 47: Tiempo empleado para trasladarse desde su domicilio a la institución, de las personas en tratamiento de la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en CPA-Berazategui, mayo-junio/2021.

Tiempo para trasladarse a la Institución	Total	%
Menos de 15 minutos	2	13%
De 15 a 30 minutos	7	47%
De 30 a 60 minutos	6	40%
Más de 1 hora	0	0%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.

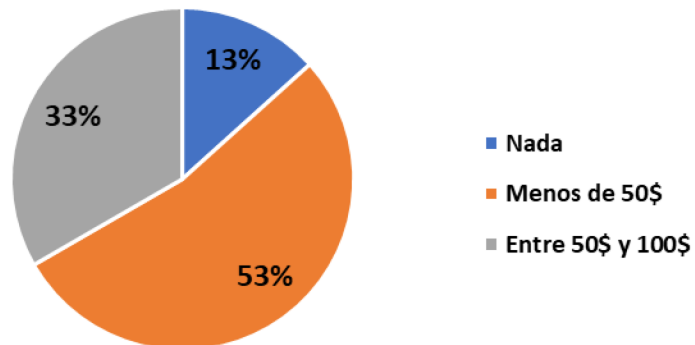
El tiempo empleado para el traslado de las personas en tratamiento desde su domicilio a la institución se encontraba concentrado en 2 intervalos: Un 47% en el intervalo de 15 a 30 minutos y un 40% en el de 30 a 60 minutos.

Tabla 48: Costo económico para trasladarse (por día) desde su domicilio a la institución y viceversa, de las personas que se encontraban en tratamiento de la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en CPA-Berazategui, mayo-junio/2021.

Costo económico para trasladarse a la Institución	Total	%
Nada	2	13%
Menos de 50\$	8	53%
Entre 50\$ y 100\$	5	33%
Entre 100\$ y 200\$	0	0%
Entre 200 y 400\$	0	0%
Más de 400\$	0	0%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 48: Costo económico para trasladarse (por día) desde su domicilio a la institución y viceversa, de las personas que se encontraban en tratamiento de la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en CPA-Berazategui, mayo-junio/2021.



Fuente: Elaboración propia.

Un 53% de los encuestados tenía un costo económico para trasladarse desde su domicilio a la institución de menos de 50\$.

e. Percepción que tenían las personas en tratamiento del interés Estatal

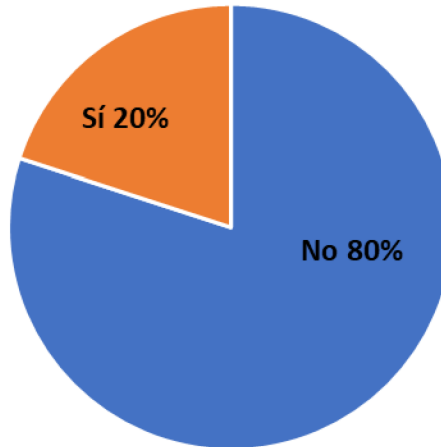
sobre la temática.

Tabla 49: Ayuda Estatal recibida por las personas que se encontraban en tratamiento de la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en CPA-Berazategui, mayo-junio/2021.

¿Recibió ayuda Estatal en el inicio y/o durante su tratamiento?	Total	%
Sí	3	20%
No	12	80%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 49: Ayuda Estatal recibida por las personas que se encontraban en tratamiento de la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en CPA-Berazategui, mayo-junio/2021.



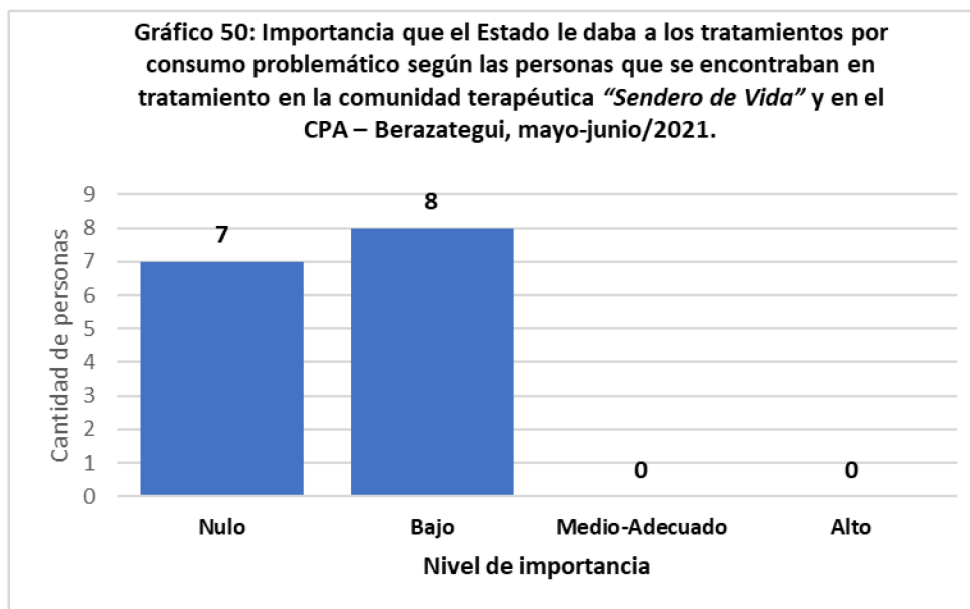
Fuente: Elaboración propia.

En un 83% de los casos, las personas encuestadas manifestaron no haber recibido ningún tipo de ayuda (ya sea económica, informativa, administrativa o en otras formas) por parte de organismos del Estado, durante el inicio y desarrollo del tratamiento.

Tabla 50: Importancia que el Estado le daba a los tratamientos por consumo problemático según las personas que se encontraban en tratamiento en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.

Nivel de importancia que el Estado le daba a los tratamientos por adicciones	Total	%
Nulo	7	47%
Bajo	8	53%
Medio-Adecuado	0	0%
Alto	0	0%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.

Un 47% de los encuestados consideraba que el Estado le da nula importancia al tema de los tratamientos por consumo problemático de sustancias psicoactivas, mientras que el 53% restante considera que le da una importancia baja.

f. Valoración de cuestiones del tratamiento recibido y sobre la institución

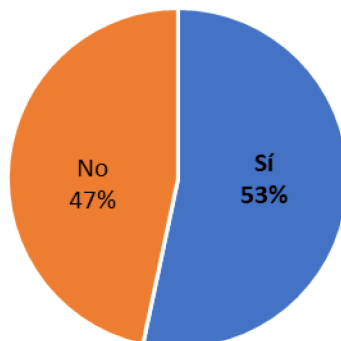
donde lo recibe.

Tabla 51: Cantidad de personas que consideraban que los horarios y/o días en los que se daba el tratamiento resultaban o no una dificultad; en la comunidad terapéutica "Sendero de Vida" y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.

Los horarios y/o días en los que se da el tratamiento, ¿Le resulta una dificultad?	Total	%
Sí	8	53%
No	7	47%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 51: Cantidad de personas que consideraban que los horarios y/o días en los que se daba el tratamiento resultaban o no una dificultad; en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.



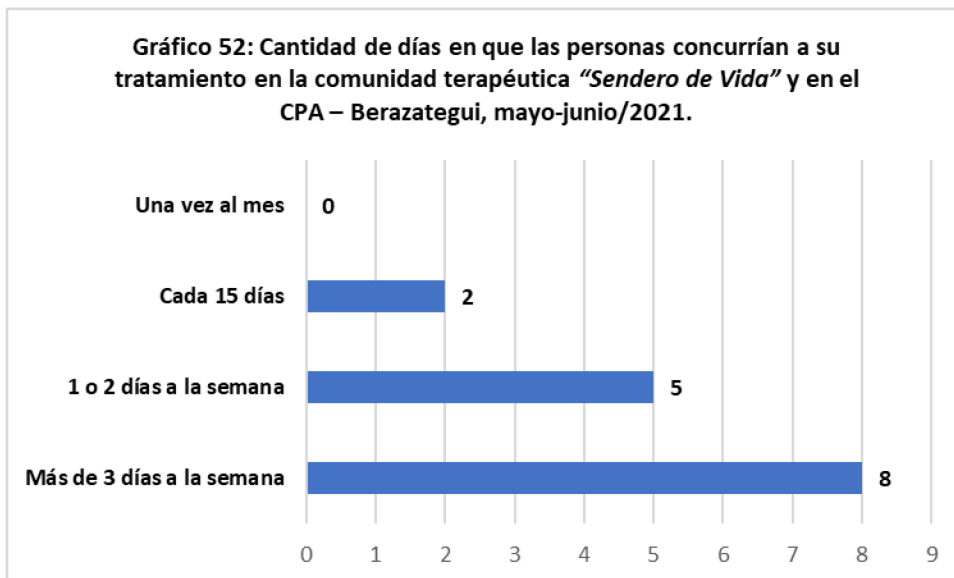
Fuente: Elaboración propia.

Un 53% de los encuestados consideró que los horarios y/o días en los que se brindaba el tratamiento le constituían una dificultad, mientras que para el restante 47% no lo era.

Tabla 52: Cantidad de días en que las personas concurrían a su tratamiento en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.

Cantidad de días que concurre a la Institución	Total	%
Más de 3 días a la semana	8	53%
1 o 2 días a la semana	5	33%
Cada 15 días	2	13%
Una vez al mes	0	0%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.

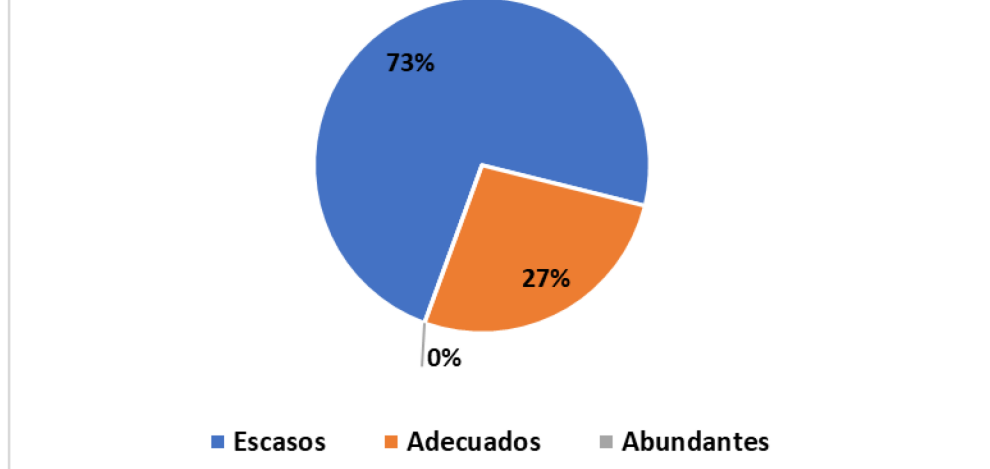
Respecto a la cantidad de días en que la población estudiada debía concurrir a la Institución para las consultas, 8 personas concurrían más de 3 días a la semana, 5 personas lo hacían más de 1 a 2 días veces por semana y solo 2 personas concurrían cada 15 días.

Tabla 53: Percepción de los recursos con los que disponía la institución, de acuerdo a las personas que se encontraban en tratamiento en la comunidad terapéutica "Sendero de Vida" y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.

¿Cómo considera que son los recursos que dispone la Institución?	Total	%
Escasos	11	73%
Adecuados	4	27%
Abundantes	0	0%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 53: Percepción de los recursos con los que disponía la institución, de acuerdo a las personas que se encontraban en tratamiento en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.



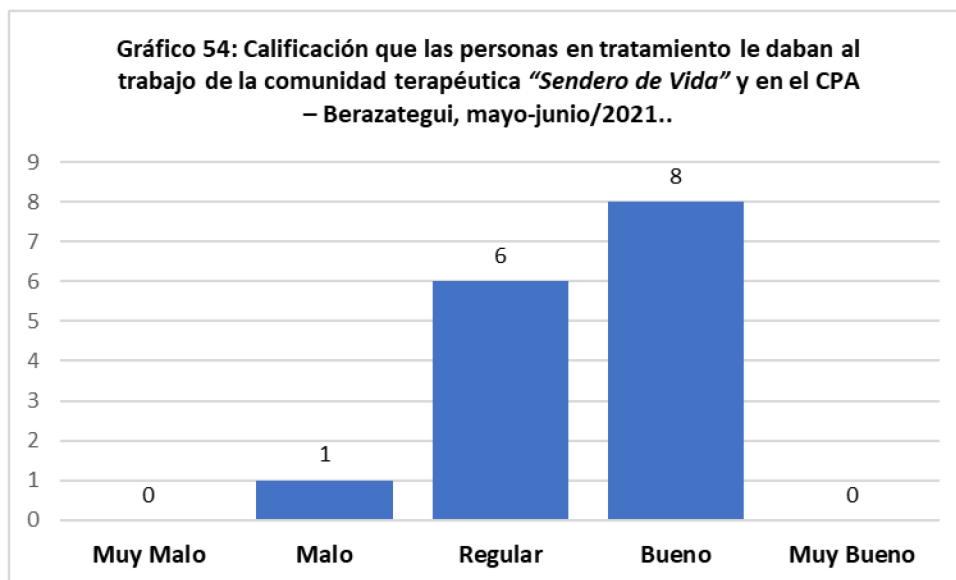
Fuente: Elaboración propia.

Se buscó conocer cuál era la percepción que las personas en tratamiento tenían sobre los recursos (ya sean materiales, humanos, de infraestructura, etc.) que disponía la institución en la que se trataban. En ese sentido, un 73% consideró que los recursos eran escasos y nadie percibió que los recursos sean “abundantes”.

Tabla 54: Calificación que las personas en tratamiento le daban al trabajo de la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.

¿Cómo calificaría el trabajo de la Institución de acuerdo a los recursos?	Total	%
Muy Malo	0	0%
Malo	1	7%
Regular	6	40%
Bueno	8	53%
Muy Bueno	0	0%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.

A partir de la percepción de recursos disponibles de la pregunta anterior, se preguntó a la población estudiada cómo calificaría el trabajo de la institución donde recibía el tratamiento. 8 personas encuestadas (un 53%) calificaron el trabajo como “Bueno”, para 6 personas (un 40%) el trabajo era “Regular” y solo una persona lo calificó como “malo”.

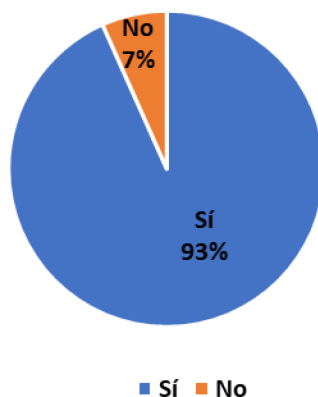
g. Cuestiones relacionadas a las personas de la institución que intervienen en el tratamiento.

Tabla 55: Confianza que las personas en tratamiento tenían sobre quienes intervenían en el mismo, en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.

¿Confía en las personas que intervienen en su tratamiento?	Total	%
Sí	14	93%
No	1	7%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 55: Confianza que las personas en tratamiento tenían sobre quienes intervenían en el mismo, en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.



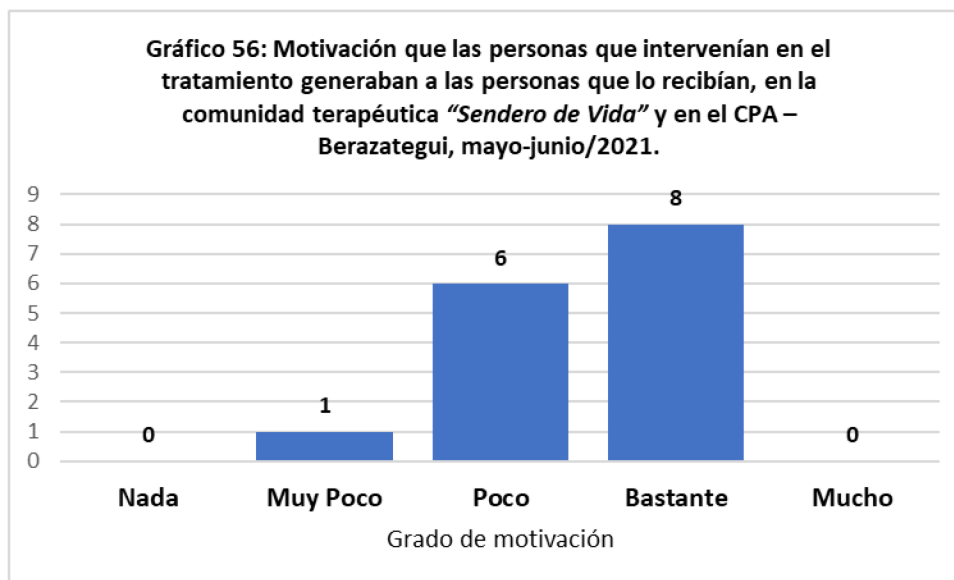
Fuente: Elaboración propia.

La confianza que las personas encuestadas tenían por quienes intervenían en su tratamiento era muy alta: un 93% de las personas encuestadas respondió que sí sentían confianza.

Tabla 56: Motivación que las personas que intervenían en el tratamiento generaban a las personas que lo recibían, en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.

¿Cuánto lo motivan las personas que intervienen en su tratamiento?	Total	%
Nada	0	0%
Muy Poco	1	7%
Poco	6	40%
Bastante	8	53%
Mucho	0	0%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.



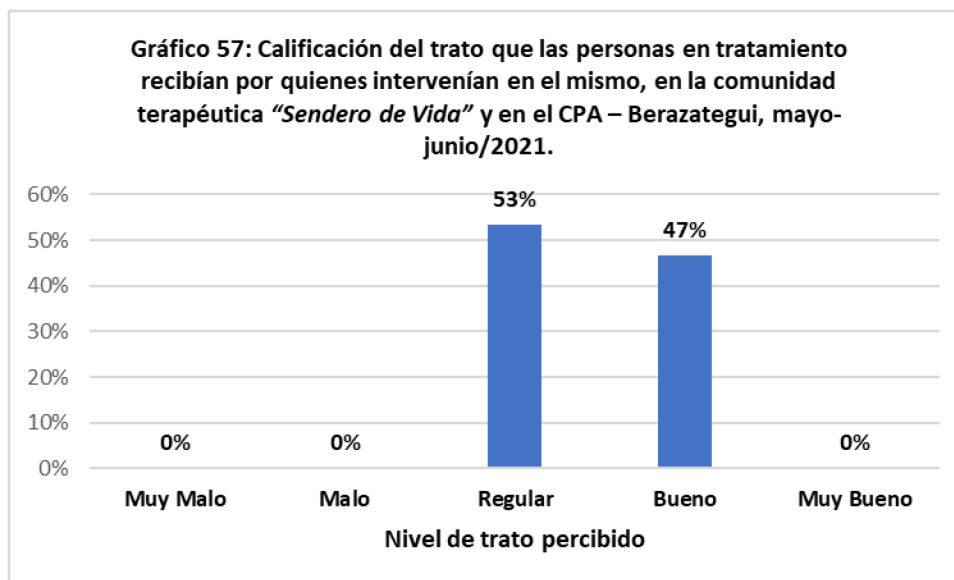
Fuente: Elaboración propia.

Además del nivel de confianza, se buscó medir el grado de motivación que las personas que intervenían en el tratamiento le generaban a quienes lo recibían. 8 de las personas encuestadas respondió que quienes intervenían en su tratamiento lo motivaban “*Bastante*” (representando un 53%), mientras que para 6 personas fue “*Poco*” (representando un 47%) y solo para una persona fue “*muy poco*”.

Tabla 57: Calificación del trato que las personas en tratamiento recibían por quienes intervenían en el mismo, en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.

Trato recibido por el personal que brinda el tratamiento	Total	%
Muy Malo	0	0%
Malo	0	0%
Regular	8	53%
Bueno	7	47%
Muy Bueno	0	0%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al trato que las personas encuestadas recibían por parte de quienes intervenían en su tratamiento un 53% lo consideraba “Regular”, mientras que para el restante 47% era “Bueno”.

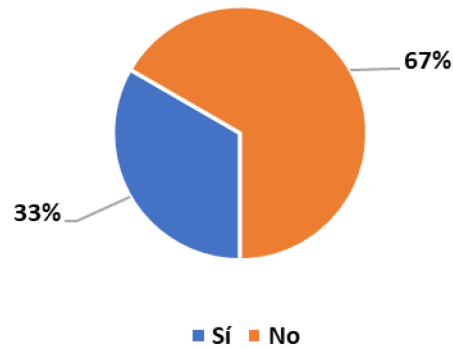
h. Valoración general del tratamiento.

Tabla 58: Valoración sobre si el tratamiento adoptado fue teniendo en cuenta el caso concreto, según las personas que se encontraban en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.

¿El tratamiento fue adoptado teniendo en cuenta su caso y circunstancias personales?	Total	%
Sí	5	33%
No	10	67%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 58: Valoración sobre si el tratamiento adoptado fue teniendo en cuenta el caso concreto, según las personas que se encontraban en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.



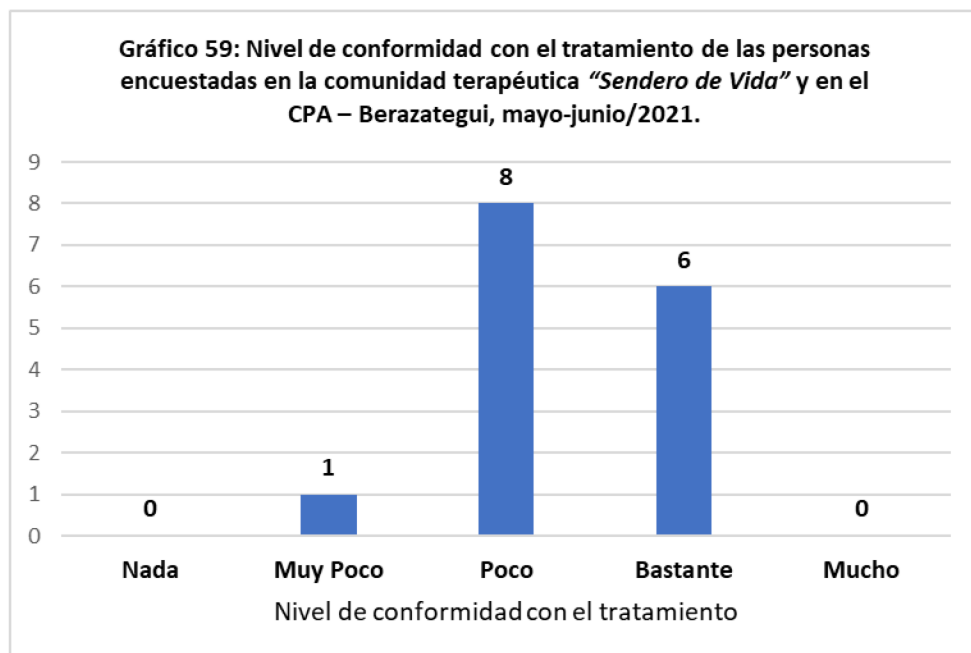
Fuente: Elaboración propia.

El 67% de los encuestados consideraba que su tratamiento no se adoptó teniendo en cuenta las circunstancias personales y otras cuestiones de su caso concreto.

Tabla 59: Nivel de conformidad con el tratamiento de las personas encuestadas en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.

¿Está conforme con su tratamiento?	Total	%
Nada	0	0%
Muy Poco	1	7%
Poco	8	53%
Bastante	6	40%
Mucho	0	0%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.

8 personas encuestadas (un 53%) manifestó estar poco conforme con su tratamiento, aunque 6 personas encuestadas (un 40%) manifestó estar “*bastante*” conforme.

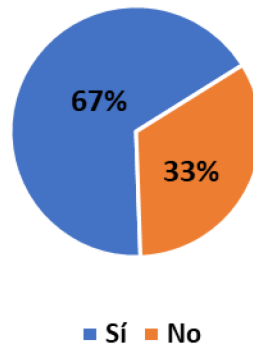
i. Otras dificultades.

Tabla 60: Interferencia de otros ámbitos de la vida en el tratamiento de las personas encuestadas en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.

¿El tratamiento puede ser de difícil cumplimiento por superponerse con otros ámbitos de su vida?	Total	%
Sí	10	67%
No	5	33%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 60: Interferencia de otros ámbitos de la vida en el tratamiento de las personas encuestadas en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.



Fuente: Elaboración propia.

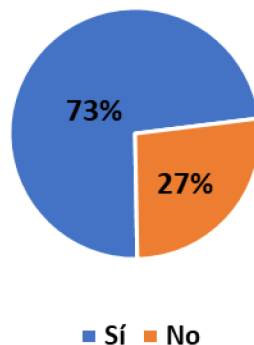
Un 67% de los encuestados consideró que el tratamiento podía ser de difícil cumplimiento al superponerse con otros ámbitos (laboral, familiar, social, etc.) de su vida.

Tabla 61: Situación económica como limitante para el tratamiento de las personas encuestadas en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.

¿Su situación económica puede ser una dificultad en su tratamiento?	Total	%
Sí	11	73%
No	4	27%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 61: Si la situación económica constituía un limitante para tratamiento de las personas encuestadas en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.



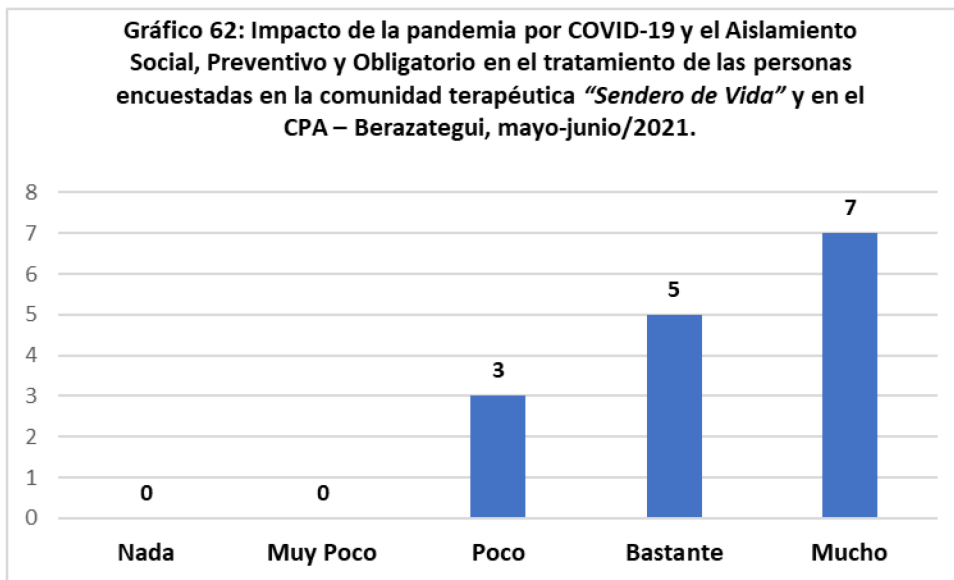
Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, el 73% consideró que su situación económica podía ser un limitante o dificultad en su tratamiento.

Tabla 62: Impacto de la pandemia por COVID-19 y el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio en el tratamiento de las personas encuestadas en la comunidad terapéutica “Sendero de Vida” y en el CPA – Berazategui, mayo-junio/2021.

¿Cuánto afecto la pandemia del COVI-19 y el ASPO en su tratamiento?	Total	%
Nada	0	0%
Muy Poco	0	0%
Poco	3	20%
Bastante	5	33%
Mucho	7	47%
Total	15	100%

Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia.

Por último, se buscó conocer como impacto, en líneas generales, la pandemia por el nuevo COVID-19 y el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) en el tratamiento de las personas encuestadas. El 47% consideró que estos eventos los afectaron mucho.

7. CONCLUSIONES.

Si bien conocemos las limitaciones del presente estudio, la principal conclusión a la que se puede arribar es que, luego del análisis de las respuestas dadas por las 15 personas que constituyeron la población de estudio, existen múltiples dificultades de diversa índole que rodean al tratamiento de personas con consumo problemático de sustancias. Conocer estas dificultades permite no solo tratar de trabajar en disminuirlas, sino también reforzar aquellas cuestiones que permitan aumentar la adherencia al tratamiento terapéutico.

En cuanto a las variables sociodemográficas, según los datos recolectados se pudo caracterizar a la muestra de la siguiente manera:

- Se encontró una mayor cantidad de hombres (60%) que de mujeres (40%).
- Respecto a las edades, el intervalo de edad prevalente se ubicó en el rango de los 18 a 29 años con un 40%. Si lo dividimos por géneros, en el caso de los hombres el intervalo prevalente fue el de 30 a 39 años con un 44%, y en el caso de las mujeres fue el intervalo de los 18 a 29 años con un 50%.
- En cuanto al lugar de residencia, la mayoría era de Berazategui (67%).
- Respecto al estado civil, la mayoría de las personas (un 54%) no se encontraban en una relación (si sumamos a los solteros/as, divorciado/as y separados/as).
- Un 47% personas encuestadas población objeto tenía como nivel de instrucción al secundario completo. Si consideramos este nivel de instrucción como un “piso” para los requerimientos actuales de la sociedad y el mundo laboral, un 40% se encontraba por debajo de ese piso, mientras que solo una persona pudo llegar a completar un nivel de instrucción más alto.
- La situación laboral se dio una división en partes iguales de personas en las 3 categorías propuestas (Ocupado, trabajo temporal/irregular y desocupado). Esto significa que existía una tasa relativamente alta de

personas sin empleo o bien con un trabajo temporal o irregular (66% entre ambos grupos). Se puede considerar que, una situación laboral inestable o precaria, podría generar ciertas dificultades y vulnerabilidades que una persona con un empleo estable no sufre.

- Se observó que la situación laboral por géneros es mucho más precaria en las mujeres, ya que solo 1 de las 6 mujeres encuestadas manifestó estar ocupada.
- Existía una gran disconformidad con los ingresos económicos obtenidos: 9 de esas 10 personas que conformaban el grupo de los ocupados y los que tenían un trabajo temporal o irregular manifestaron estar disconformes.
- El tipo de cobertura de salud mayoritario lo constituyó la atención pública con un 53%. Esto es importante si tenemos en cuenta que, en gran medida, es lo que permite a las personas acceder a más o a menos posibilidades para atender sus problemas de salud.

En cuanto a la variable sobre la historia de salud como paciente, los datos recolectados permitieron:

Identificar que las principales sustancias psicoactivas consumidas fueron el alcohol (apareciendo en 14 de las 15 de los casos), seguido por la marihuana (apareciendo en 6 de los 15 casos), la cocaína (4 de 15 casos) y el tabaco (con solo un caso). No resulta extraño o llamativo encontrar al alcohol como una de las sustancias más consumidas, y como causante del inicio del tratamiento por el consumo problemático. Esta alta tasa de consumo de alcohol (que representa un 93%) es

bastante concordante con lo visto en alguno de los estudios citados en el apartado antecedentes, como por ejemplo en uno de los estudios del Sedronar denominado *“Estudio Nacional sobre Perfiles de Pacientes en Tratamiento por Consumo de Sustancias Psicoactivas”*, donde el consumo de alcohol durante el periodo de mayor consumo de sustancias estaba primero con un 54,8% (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina, 2019).

Identificar al consumo de 2 o más sustancias (denominado *“policonsumo”*) como otra de las dificultades halladas entre las personas encuestadas: el policonsumo mostró un porcentaje de un 53%. Como se desarrolló anteriormente, el policonsumo implica un aumento en la complejidad y dificultad de este tipo de casos al ser varias sustancias sobre las cuales se debe trabajar. Dentro de lo que es el policonsumo, el alcohol fue la única sustancia que siempre se repitió en estos casos. Este número es relativamente más bajo que el observado en el estudio del Sedronar citado anteriormente, donde en ese caso se identificó que el 79,1% de la población había consumido dos o más sustancias en la época de mayor consumo (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina, 2019). En el caso de los estudios extranjeros citados, en el llamado *“Causas de abandono precoz del tratamiento en adicciones”* (Sirvent Ruiz, y otros, 2020) se llegó a la conclusión que una de las tres causas más importantes del abandono de estos tratamientos estaba dada por el policonsumo.

Conocer la existencia de un nivel de dificultad relativamente bajo en el acceso a las sustancias psicoactivas, ya que solo al 13% de las personas encuestadas le resultaba difícil dicho acceso, y a nadie le resultó *“muy difícil”*.

Otra de las dificultades detectadas estuvo dada por el impacto que podían tener sobre el tratamiento las características propias de la sustancia consumida, y en este caso la totalidad de la población encuestada respondió por el sí. Si tenemos en cuenta esto último y lo analizamos conjuntamente al bajo nivel de dificultad en el acceso a las sustancias identificado anteriormente, se podría creer que esto podría constituir una dificultad o factor de riesgo para el fracaso de este tipo de tratamientos, y que deben afrontar, no solo las personas que se encuentran en tratamiento, sino también aquellos que lo imparten.

Se logró conocer cuál fue el tiempo que transcurrió entre el momento en que la persona comenzó con el consumo de la o las sustancias psicoactivas hasta que lo comenzó a asumir como un problema: el período más prevalente se ubicó de 3 a 5 años con un 47%, seguido por un periodo de 1 a 3 años con un 33%; representando un 80% de los casos estudiados. Estos periodos de tiempo se pueden considerar bastante considerables, si tenemos en cuenta los efectos nocivos que pueden tener estas sustancias sobre la salud, salud mental y la vida de las personas. Esto coincide con uno de los estudios realizados en España y que se citaron en el apartado de “*antecedentes*”, ya que, según los profesionales que intervenían en los tratamientos, la principal causa de abandono era una negación de la problemática por parte de los pacientes (Sirvent Ruiz, y otros, 2020).

En cuanto al tiempo que transcurrió entre el momento del primer consumo de la sustancia psicoactiva y el momento del comienzo del actual tratamiento, se conoció que el periodo más prevalente fue el de 3 a 5 años. Además, si lo comparamos con el tiempo que transcurrió entre el momento en que la persona comenzó con el consumo

de la o las sustancias psicoactivas hasta que lo comenzó a asumir como un problema, se puede observar que hay una mayor concentración de personas en los periodos de tiempo más prolongados. Comparando esto con los datos anteriores, se puede inferir que la persona al asumir el consumo como un problema, no recurre inmediatamente a solicitar algún tipo de ayuda, aunque mediante los datos obtenidos en esta investigación no se puede identificar o conocer los motivos por los cuales la persona tarda en tratar su problema.

Se pudo conocer cuáles eran los periodos de tiempo en que las personas encuestadas se encontraban en tratamiento, resultando ser que la mayoría se encontraba en un período 1 año o menos (con un 86%). Este número resulta un poco más alto que el visto en el *“Estudio Nacional sobre Perfiles de Pacientes en Tratamiento por Consumo de Sustancias Psicoactivas”* realizado por el SEDRONAR, donde este período de tiempo representaba un 52,2% de los casos (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina, 2019).

Se logró identificar una notoria dificultad en el momento de tomar la decisión de iniciar el tratamiento, ya que más de la mitad lo consideró *“muy difícil”* (53%) y el resto lo consideró *“difícil”* (47%). Respecto a los motivos, se identificó que, en su mayoría (40%), estaba dada por no ser capaz de reconocer al consumo de la sustancia como un problema. Este resultado parece ser bastante lógico si lo comparamos con los datos arrojados respecto a los periodos de tiempo que las personas encuestadas tardan en asumir el consumo como un problema, y a lo que se desarrolló en ese punto.

Una de las fortalezas identificadas fue respecto al apoyo recibido para iniciar el tratamiento, ya que la gran mayoría de la población encuestada lo constituyó la familia y

luego su grupo de amigos más íntimo o cercano. Si analizamos estos grupos de apoyo en cuanto a su frecuencia en las 15 personas encuestadas, la familia resultó ser la opción más frecuente apareciendo en 13 de los 15 casos y el grupo de amigos más íntimos o cercano en 7 de 15 casos. Resulta pertinente recordar que, en uno de los estudios extranjeros citados en los antecedentes de este trabajo, una de las causas de fracaso del tratamiento era el de “acudir sin a las citas sin compañía”, por lo que refuerza la importancia del apoyo emocional. Por otro lado, así como identificamos una fortaleza a partir de estos datos, también identificamos una debilidad: solo una sola persona encontró este apoyo inicial en una institución sobre la temática, y nadie encontró apoyo en asistentes sociales, profesionales de la salud y/u organismos estatales, por ejemplo. En definitiva, no solo se pudo identificar a la familia como principal fuente de apoyo para las personas encuestadas, sino también que el alcance de instituciones sobre la temática pareció resultar demasiado bajo, y el alcance por parte de organismos del Estado parece nulo, al igual que el de los profesionales de la salud.

Además, se logró conocer que 4 personas estuvieron en un anterior tratamiento por la misma causa, grupo formado por 3 hombres y 1 mujer. Se logró identificar que el principal motivo de abandono fue una recaída o vuelta al consumo (apareciendo en 3 de 4 casos), mientras que la persona restante manifestó que fue por no percibir avances en el tratamiento. En este grupo de personas, el consumo de 2 o más sustancias vuelve a resultar ser mayor respecto al consumo de una sola sustancia, apareciendo en 3 de las 4 personas.

En cuanto a la variable relacionada a las circunstancias que rodean el tratamiento, es el apartado donde más se pudieron identificar dificultades de todo tipo que deben afrontar las personas que se encuentran en ellos. Podemos destacar:

El principal motivo por el cual las personas iniciaban el tratamiento fue la familia, por lo que nuevamente aparece con un rol importante en este tipo de tratamientos. Números similares se habían visto en el *“Estudio Nacional sobre Perfiles de Pacientes en Tratamiento por Consumo de Sustancias Psicoactivas”* realizado por el SEDRONAR en el año 2019, donde el principal motivo de inicio del tratamiento estaba dado en relación a los problemas que el consumo les provocaba en el ámbito familiar y afectivo (con un 62,9%) (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina, 2019).

Dos dificultades detectadas provienen de lo que podemos considerar el entorno social en el que se encontraban las personas encuestadas. En este sentido, por un lado, se identificó que para más de la mitad de los encuestados le influía *“bastante”* en su tratamiento la mirada que otras personas de la sociedad pudieran tener sobre consumo problemático de sustancias psicoactivas, mientras que nadie respondió que dicha influencia podía ser *“muy poca”* o *“nula”*. Por otro lado, se conoció la existencia de personas cercanas a las encuestadas que pudieran ser un obstáculo en su tratamiento de las personas que buscaban recuperarse, existencia que represento un 60% de los casos.

La valoración que la población estudiada tuvo sobre el apoyo familiar y de su grupo de amigos cercanos o íntimos durante el tratamiento resultó ser extremadamente positiva, y ninguno de los encuestados considero que este tipo de apoyo sea *“nada”*

importante". Si tenemos en cuenta que anteriormente se mencionó que la mayoría de las personas encontró su principal apoyo para el inicio del tratamiento en su familia, el apoyo emocional no resultó ser una dificultad entre las personas encuestadas. Además, estos los datos se encuentran en concordancia con los datos obtenidos en la tabla 28 y tabla 29 sobre el apoyo o acompañamiento al iniciar el tratamiento, como así también en la tabla 32 sobre el motivo principal por el que las personas iniciaron el actual tratamiento, donde también se identificó que la familia era la opción mayormente elegida por las personas encuestadas. También se encuentran en concordancia con los datos citados en estudio anteriores realizados por el SEDRONAR, donde se podía observar esta tendencia, ya que un 86,6% consideraba como principal red afectiva a la familia (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina, 2019).

Otra dificultad estuvo representada por la escasa cantidad de tratamientos que las personas encuestadas encontraron al iniciar su tratamiento: un 87% manifestó que solo encontró una oferta de 1 a 3 tratamientos. A partir de este dato, se puede decir que las posibilidades de elección que tuvo la población encuestada para iniciar un tratamiento por consumo problemático de sustancias psicoactivas fueron notoriamente limitadas. Resulta lógico pensar que la escasez y la consecuente falta de variedad de tratamientos puede constituir una dificultad para las personas encuestadas, ya que, si por algún motivo quisieran buscar otros lugares donde atenderse, las opciones son mínimas según los datos obtenidos. Lo que no se puede identificar mediante la presente investigación es si la oferta es realmente escasa, o bien, si fallan los sistemas de información, publicidad y/o nexo entre estos lugares especializados y los pacientes.

En relación a esto último, la misma cantidad de personas encuestadas manifestó no haber recibido información alguna por parte de organismos del Estado sobre tratamientos por consumo problemático de sustancias, información que le permitiría, por ejemplo, conocer cómo y dónde acudir para tratar su problema.

Otras de las dificultades con las que se encontraron las personas encuestadas fue la falta de algún tipo de ayuda (no solo se incluía una ayuda económica o material, sino también de acompañamiento, psicológica, de contención, de seguimiento, etc.) por parte de organismos del Estado durante el inicio y/o desarrollo del actual tratamiento, ya que se logró conocer que solo 3 de las 15 personas encuestadas manifestaron haber recibido algún tipo de ayuda. Otro dato relativo al rol del Estado, tiene que ver con el nivel de importancia que las personas encuestadas percibían que este les daba específicamente a los tratamientos por consumo problemático de sustancias, y en este sentido se logró identificar que, el nivel de interés percibido era ampliamente bajo: para un poco menos de la mitad (47%) ese interés era “*nulo*”, para un poco más de la mitad (53%) ese interés resultaba “*bajo*”, y para ninguna persona el interés era “*medio-adecuado*” o “*Alto*”.

También se identificó, por un lado, que los horarios y/o días en lo que se brindaba el tratamiento resultaban ser una dificultad para la población encuestada, y por otro, que un limitante de tipo económico lo constituía la falta de recursos que padecían las instituciones donde las personas encuestadas recibían el tratamiento, ya que para una gran mayoría (73%), la institución debía trabajar con escasos recursos. A su vez, en base a estos recursos disponibles, un 53% valoró al trabajo desarrollado por la

institución como *“bueno”*, mientras que nadie lo consideró como *“muy malo”* ni como *“muy bueno”*.

El nivel de confianza que las personas encuestadas sentían en las personas que le brindaban el tratamiento claramente no resultó ser una dificultad, ya que 14 de las 15 personas encuestadas respondieron que *“Sí”* confiaba en las personas que intervenían en su tratamiento. Relacionado a esto último, también se buscó identificar el nivel de motivación generado por las personas que impartían el tratamiento, y en este caso, los resultados se repartieron casi por partes iguales entre aquellos que se sentían *“bastante”* motivados (con un 53%), los que se sentían *“poco”* motivados (con un 40%) y para una sola persona de las encuestadas esta motivación era *“muy poca”* (7%). Similar resultado se obtuvo respecto a la valoración que la población estudiada le dio al trato recibido por parte de las personas que intervenían en su tratamiento, un 53% lo consideró *“regular”*, para un 47% era *“bueno”*, mientras que para nadie el trato era *“muy malo”*, *“malo”* ni *“muy bueno”*.

Otras dificultades detectadas fueron respecto al tratamiento en sí mismo, ya que para un 67% de los encuestados el tratamiento no había sido adoptado según las circunstancias particulares y personales de su caso. También se encontró que el nivel de conformidad con el tratamiento era bajo, ya que solo un poco menos de la mitad expresó estar conforme. También resultó ser una dificultad la interposición con el tratamiento de otros ámbitos de la vida de las personas encuestadas (como el laboral, familiar, social, recreativo, etc.) y la situación económica particular de cada una de ellas.

Por último, la pandemia a raíz del nuevo COVID-19 y el consecuente aislamiento social, preventivo y obligatorio implementado en el área metropolitana de Buenos Aires

durante los meses de marzo y noviembre del 2020, generaron en todos los casos de las personas encuestadas algún tipo de limitación o afectación en mayor o menor grado, en cuanto al normal desarrollo de su tratamiento, ya que ninguna de estas personas respondió que no le había afectado en nada.

8. CONSIDERACIONES FINALES.

Mediante la presente investigación se logró identificar y describir la existencia de múltiples dificultades en el tratamiento por consumo problemático de sustancias, algo que permite cumplir con el objetivo general planteado por la misma; dificultades que solo se pueden conocer si se tiene en cuenta la complejidad de la temática, entendiendo la interacción entre los aspectos o factores sociales, culturales, socioeconómicos y características propias de cada caso en particular. En otras palabras, resulta necesario conocer, no solo los múltiples aspectos propios de las personas que se encuentran en un tratamiento por consumo problemático de sustancias, sino también las circunstancias que los rodean y las particularidades que presentan este tipo de tratamiento, para poder acercarse a las diversas dificultades que pueden aparecer, como así también aquellos aspectos que pueden resultar puntos fuertes para evitarlas o disminuir su incidencia.

Muchos de los resultados obtenidos en esta investigación son coherentes con los vistos en estudios e investigaciones anteriores, las cuales se tuvieron en cuenta al momento de plantear y desarrollar el presente trabajo. Tener en cuenta la sustancia psicoactiva consumida por la persona resulta tan importante como conocer su situación laboral y si tiene o no el apoyo de su familia o amigos, para poder adoptar así un

tratamiento lo más ajustado a las características de cada uno y así aumentar la efectividad de los mismos.

Los datos permiten identificar algunos tipos de dificultades existentes en el tratamiento de personas por consumo problemático de sustancias psicoactivas. Algunas dificultades que podemos mencionar son, por ejemplo, la accesibilidad y características de las sustancias, la falta de información suficiente, la falta de acompañamiento institucional, las dificultades económicas y una falta de consideración de las características propias de cada caso concreto son algunas de ellas, entre otras.

Ya desde los datos obtenidos en las variables sociodemográficas se pueden observar ciertas dificultades si consideramos lo desarrollado en el marco teórico y lo observado en los antecedentes. La situación de inestabilidad o precariedad laboral y la situación de falta de trabajo que sufría la gran mayoría de la población encuestada es una de las dificultades importantes desde lo sociodemográfico.

En lo que respecta a los profesionales de la salud, se hace necesario establecer un equipo de salud interdisciplinario, ya que muchas veces estos tratamientos son impartidos por personas ajenas al sector salud y más con conocimientos pragmáticos que teóricos. Luego, es necesario que el equipo de salud que intervenga en estos casos trabaje individualizando cada caso concreto para conocer sus debilidades y fortalezas; trabajar como un verdadero equipo interdisciplinario para adoptar el mejor tratamiento posible para cada caso concreto. Obviamente, para lograr todo esto, es necesario que el Estado brinde los recursos necesarios y articule los medios necesarios para hacer realidad el escenario.

Respecto a esto último, resultaría pertinente pensar en un fortalecimiento de las actividades de promoción y prevención en salud, por parte del equipo de salud en general y por parte de los Licenciados en Enfermería en particular. Hablar de prevención en esta temática no implica solamente evitar que una persona no consuma una sustancia psicoactiva, sino también brindarle a una persona que ya consume las herramientas necesarias para disminuir el consumo y evitar que se produzcan secuelas o consecuencias nocivas en su salud y en su vida.

Sin embargo, los datos de esta investigación mostraron que una de las dificultades importantes, además de las características propias de la sustancia, es la escasez de recursos y carencias que sufren las instituciones que imparten estos tratamientos. En concordancia con esto último, mediante algunos de los resultados de esta investigación se logró identificar que el nivel de conformidad que tenían las personas encuestadas con el tratamiento no era alto y que la mayoría consideró que el tratamiento no fue adaptado a las circunstancias propias del caso, algo que va un poco en contra con lo desarrollado por el marco teórico. Esto claramente constituye otra dificultad, que puede llevar en el mediano o corto plazo a un abandono del tratamiento.

La escasa variedad de tratamientos y, por ende, las pocas instituciones y la poca información que las personas encontraron para tratar su problema de consumo constituye otra dificultad que encontraron las personas encuestadas, lo que limita las posibilidades de elección para poder solucionar su problema de consumo en caso de abandono de su actual tratamiento por falta de conformidad con el anterior o porque no le da los resultados deseados.

Por otro lado, otros datos muestran que es de vital importancia el compromiso del Estado en la temática, ya que es el único sector con la capacidad suficiente para lograr disminuir determinadas dificultades como, por ejemplo, la facilidad en el acceso a las sustancias, algo que claramente requiere políticas públicas de fondo e incluso un cambio cultural. En este sentido, los datos obtenidos lograron identificar que el alcohol era la sustancia psicoactiva más consumida por la población encuestada, sustancia que es legal y que presenta múltiples presentaciones que se ajustan a la situación económica de la mayoría de los sujetos, por lo que la situación es compleja de resolver.

Pero nuevamente, no se debe perder de vista la percepción que tenían las personas encuestadas en cuanto al interés del Estado en la temática. En ninguno de los datos que se analizaron se observó que las personas encuestadas sintieran algún tipo de apoyo o contención de los organismos del Estado, y, por otro lado, percibían una falta de interés de este en la temática. Sin embargo, es importante aclarar que, con los datos obtenidos por esta investigación, no se puede afirmar que exista un real desinterés por parte del Estado en la temática, sino que es necesario realizar un estudio más profundo y amplio al respecto para poder conocer este aspecto.

A pesar del tamaño reducido de la muestra, esta investigación permite dejar en claro la existencia de múltiples dificultades a las cuales tienen que enfrentarse las personas con consumo problemático de sustancias, que van desde las características propias de las sustancias, las miradas u opiniones que existen en parte de la sociedad sobre la temática o entornos que no resultan favorables para el desarrollo de estos tratamientos, como así también cuestiones sociodemográficas básicas o los contextos de precariedad en la que se desarrollan estos tratamientos; tratamientos que son de por

sí totalmente complejos y complicados desde el punto de partida. Aún falta mucho trabajo y compromiso en la temática, no para solucionar el problema, sino al menos para conocerlo más y reducirlo lentamente año tras año.

BIBLIOGRAFÍA

- Andreasen, N. C., & Black, D. W. (2015). *Texto Introductorio de Psiquiatría*. México: El Manual Moderno, S.A.
- Apalategui, M. U., & Cuadra, A. R. (2007). *Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría* (Segunda ed.). Barcelona, España: Elsevier-Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (Quinta ed.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Panamericana.
- Calvo, F., C. X., Valero, R., Costa, J., Turró, O., Giralt, C., & Ramírez, M. (2017). *Abandono precoz y retención en servicios*. España: Elsevier España, S. L. U.
- Chindamo, L. (2017). Consumo problemático y la LCT. *Jornadas de Investigación, Docencia, Extensión y Ejercicio Profesional*. La Plata: Facultad de Trabajo Social (UNLP). Recuperado el 08 de Marzo de 2020, de <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/63598>
- Congreso de la Nación Argentina. (2 de Diciembre de 2010). Ley Nacional n°26657. Ley Nacional de Salud Mental. Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Boletín Oficial de la República Argentina. Recuperado el 22 de Febrero de 2020, de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2010). *INDEC*. Recuperado el 04 de abril del 2022. Obtenido de <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-CensoProvincia-3-999-06-091-2010>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas*. Washington D.C., Estados Unidos de America: OMS. Recuperado el 08 de Marzo de 2020, de https://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoción de la Salud Mental.. Conceptos. Evidencia Emergente. Práctica*. Ginebra: OMS. Recuperado el 04 de Marzo de 2020, de https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- Peiró Moreno, S., Llano Señarís, J. E., & Quecedo Gutiérrez, L. (2009). *Diccionario de gestión sanitaria para médicos*. España: Fundación Abbot.
- Roch Galiana, J. L. (2016). *Enfermería psiquiátrica*. Barcelona, España: Elsevier España S.L.U.
- Rossi, L. (2018). Historia de las drogas y sus usos. *Revista electrónica de la Facultad de Psicología - UBA(27)*, 9-10. Recuperado el 19 de Febrero de 2020, de http://intersecciones.psi.uba.ar/revista_ed_num_27.pdf#page=9
- Ruiz, P., Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2015). *Kaplan & Sadock. Sinopsis de psiquiatría* (Decimoprimera ed.). España: Wolters Kluwe.
- Sánchez-Torres, D. A. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(1), 82-89.

- Santonja-Gómez, F., Sánchez-Hervás, E., Secades-Villa, R., Zacarés-Romaguera, F., García-Rodríguez, O., & García-Fernández, G. (2010). Características del pretratamiento como predictores de retención en pacientes ambulatorios dependientes de cocaína. . *Trastornos adictivos y su tratamiento*.
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina. (2016). *Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas (2016-2020)*. Argentina: Sedronar. Recuperado el 19 de Febrero de 2020, de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/plan_nacional-reduccion-demanda-drogas.pdf
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina. (2018). *Estudio Nacional en población de 12 a 65 años sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas, Informe de los principales resultados sobre demanda de tratamiento*. Argentina: Sedronar. Recuperado el 2020 de Febrero de 19, de <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/15.pdf>
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina. (2018). *Resumen de los resultados del Estudio 2017 de Consumo de Sustancias Psicoactivas. Población de 12 a 65 años*. Argentina: Sedronar. Recuperado el 20 de Febrero de 2020, de <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/INFORMACINZPARAZCOMUNICACINZPR ENSA.pdf>
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina. (2019). *Estudio descriptivo de abandono del tratamiento en usuarios de Sedronar. Año 2018*. Argentina: Sedronar. Recuperado el 03 de Marzo de 2020, de http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/abandonosZ_1.pdf
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina. (2019). *Estudio Nacional sobre Perfiles de Pacientes en Tratamiento por Consumo de Sustancias Psicoactivas*. Argentina: Sedronar. Recuperado el 06 de marzo de 2020, de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad_2019_estudio_nacional_sobre_p erfiles_de_pacientes_en_tratamiento_por_consumo_de_sustancias_psicoactivas_boletin_no1.p df
- Sirvent Ruiz, C., Blanco Zamora, P., Palacios Ajuria, L., Gracia-Roves, M., Reguero Rivas, C., & Muñiz Campomanes, G. (2020). *Causas de abandono precoz del tratamiento en adicciones*. España: XXI Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Enfermería en Salud Mental.
- Souza y Machorro, M. (2010). *Psiquiatría de las adicciones. Guía para profesionales de la salud*. (Primera ed.). México: Fondo de Cultura Económica.
- Womble, D. M. (2011). *Introducción a la Enfermería de Salud Mental* (Segunda ed.). Barcelona, España: Wolters Kluwer Health España S.A.

ANEXOS

ANEXO 1: MODELO DE ENCUESTA A LA POBLACIÓN OBJETO.

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UNA INVESTIGACIÓN

Lo invitamos a participar voluntariamente de una investigación titulada “*Dificultades en el tratamiento por consumo problemático de sustancias*”, cuyo objetivo principal es el de caracterizar las principales dificultades que aparecen durante el tratamiento por consumo problemático de sustancias psicoactivas, en vista de mejorar la calidad de los mismos y de las intervenciones del equipo interdisciplinario que las llevan adelante. La investigación está a cargo de Vanesa Giselle Pardo y Pablo Ignacio Romaniejko, estudiantes la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional Arturo Jauretche.

En caso de decidir a participar, lo invitaremos a realizar una encuesta mediante un cuestionario, el cual tiene como finalidad conocer algunas características sociodemográficas, aspectos de la trayectoria del paciente en su tratamiento y algunas dimensiones relevantes de este. Sus respuestas serán analizadas únicamente para esta investigación. Este estudio no prevé ningún riesgo o molestia para usted, más que el tiempo de su participación. Igualmente, si se siente incómodo con alguna pregunta, no está obligado a responderla. Así como decide participar, también puede retirarse sin ninguna consecuencia negativa.

Toda la información obtenida mediante este estudio será confidencial, y en caso de tener que ser revelada solo se hará con su permiso explícito. Ninguna información que lo identifique a usted o a su familia será revelada o publicada, y solo los investigadores tendrán acceso a las encuestas. Estos materiales serán guardados hasta que dejen de ser útiles para el propósito de esta investigación. En caso de que los resultados de este estudio sean publicados en revistas o congresos, la identificación de los participantes se eliminará.

USTED ESTÁ TOMANDO LA DECISIÓN DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO. CON SU FIRMA, USTED ACEPTA HABER LEÍDO ESTE DOCUMENTO Y QUE HA DECIDIDO PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE DEL ESTUDIO.

Firma del Participante

Fecha

Cuestionario.

1. Datos personales del encuestado.

1.1- Edad: _____ años

1.2- Género: Masculino Femenino Otro (Aclarar: _____)

1.3- Nacionalidad: _____

2. Datos sociodemográficos del encuestado.

2.1- Lugar de residencia actual: _____

2.2- Estado Civil: Soltero/a Casado/a De novio/a Conviviendo Divorciado/a Separado/a
Viudo/a

2.3- Cantidad de hijos/as: _____

2.4- Nivel de instrucción: Primario incompleto Primario completo

Secundario incompleto Secundario completo Terciario incompleto

Terciario completo Universitario incompleto Universitario completo

2.5- Situación laboral: Ocupado Trabajo temporal/irregular Desocupado

2.5.a- En caso de estar ocupado o con un trabajo temporal/irregular:

- Forma: Independiente/Autónomo Relación de dependencia

- ¿Cuántos y que días de la semana trabaja?: _____

- ¿Cuántas horas diarias trabaja?: _____

- ¿Considera que sus ingresos son suficientes?: Si No

2.5.b- En caso de estar desocupado:

- ¿Hace cuánto tiempo está desocupado?: _____

2.6- ¿Qué tipo de cobertura de salud posee? Privada/Prepaga Obra Social Atención pública
exclusivamente

2.7- La vivienda en la que vive es: Propia Alquilada Otros Especificar: _____

3. Trayectoria de salud como paciente.

3.1- ¿Qué tipo/s de sustancia/s fue la/s que lo llevo a iniciar con este tratamiento? Alcohol Tabaco
Marihuana Cocaína Otras: _____

3.2- Aproximadamente ¿Cuánto tiempo transcurrió desde que consumió por primera vez la sustancia y el momento en que lo comenzó a considerar o asumirlo como un problema? Menos de 3 meses entre 3 y 6 meses Entre 6 y 12 meses De 1 a 3 años De 3 a 5 años De 5 a 10 años Más de 10 años

3.3- Aproximadamente ¿Cuánto tiempo transcurrió desde que consumió por primera vez la sustancia y el momento en que decidió iniciar con el actual tratamiento? Menos de 3 meses Entre 3 y 6 meses
Entre 6 y 12 meses De 1 a 3 años De 3 a 5 años De 5 a 10 años Más de 10 años

3.4- ¿Hace cuánto tiempo que inicio su actual tratamiento? (Expresado en meses y/o años según corresponda): _____

3.5- La decisión de comenzar el actual tratamiento le pareció: Muy Fácil Fácil Normal
Difícil Muy Difícil

3.5.a- Exprese en pocas palabras el porqué de la dificultad o no en la decisión:

3.6- Al momento de decidir iniciar con el actual tratamiento usted sintió recibir ayuda y/o se sintió apoyado y/o acompañado por: Su Familia Su grupo de amigos más cercano/íntimo Profesionales de la Salud Asistentes Sociales Instituciones Relacionadas Otros Especificar:

3.7- ¿Estuvo anteriormente en un tratamiento por la misma causa? Sí No

3.7.a En caso afirmativo, exprese brevemente las causas de finalización del mismo:

4. Cuestiones relacionadas a su actual tratamiento.

4.1 Exprese brevemente el principal motivo por el cual decidió iniciar su actual tratamiento:

4.2- ¿Cuánto cree que influye en el tratamiento de personas con consumo problemático sustancias la mirada que tiene parte la sociedad sobre la temática? Nada Muy Poco Poco
Bastante Mucho

4.3- ¿Considera que personas cercanas a usted pudieran ser un obstáculo en su actual tratamiento?
Si No

4.4- ¿Considera que el apoyo de otras personas de la sociedad es fundamental en su tratamiento? Si
No

4.5- ¿Cuál es el valor que le da al apoyo y acompañamiento familiar y del círculo íntimo de amigos en su tratamiento? Nada Importante Poco Importante Importante Muy Importante

4.6- ¿Considera que las características propias de la sustancia (por ejemplo: su poder adictivo, los efectos que causaba, etc.) que consumía pueden influir negativamente en su actual tratamiento? Sí No

- 4.7- ¿Cómo considera el acceso a la sustancia que consumía? Muy Fácil Fácil Normal Difícil
Muy Difícil
- 4.8- Al momento de decidir comenzar con un tratamiento, la variedad y oferta de los mismos era: Escasa (De 1 a 3 tratamientos) Normal (de 3 a 5 tratamientos) Abundante (Más de 5 tratamientos)
- 4.9- ¿Recibió algún tipo de información sobre los tratamientos por parte de algún organismo del Estado? Si No
- 4.10- A nivel administrativo/burocrático ¿Cómo considera que fue el proceso de admisión en el tratamiento? Rápido y fácil de entender Normal, se tomaron los recaudos pertinentes y esperables del caso Lento y complejo, se perdió tiempo valioso, se hicieron preguntas y trámites que considero innecesarios
- 4.11- ¿Cuál es la distancia aproximada desde su hogar hasta el lugar en el que recibe el tratamiento? Menos de 1 Km. De 1 a 3 Km. De 3 a 5 Km. De 5 a 10 Km.
Más de 10 Km.
- 4.12- ¿Qué medios utiliza para trasladarse de su vivienda al lugar en el que recibe el tratamiento y viceversa? Caminando Bicicleta Moto o automóvil propio Moto o automóvil familiar o de un amigo
 Colectivo Tren Remis/Uber Taxi Otros
- 4.13- ¿Cuál es aproximadamente el costo económico habitual que le significa trasladarse por consulta desde su vivienda al lugar en el que recibe el tratamiento y viceversa? Nada Menos de 50\$
Entre 50\$ y 100\$ Entre 100\$ y 200\$ Entre 200\$ y 400\$ Más de 400\$
- 4.14- ¿Cuál es el tiempo aproximado que tarda en trasladarse de su vivienda al lugar en el que recibe el tratamiento? Menos de 15 minutos De 15 a 30 minutos De 30 a 60 minutos Más de 1 hora
- 4.15- ¿Recibió o recibe algún tipo de ayuda (ya sea económica, informativa, administrativa u otras) de organizaciones del Estado en el inicio y durante su tratamiento? Sí No
- 4.16- ¿Qué nivel de importancia considera que el Estado les da a los tratamientos por consumo problemático de sustancias? Nulo Bajo Medio/Adecuado Alto
- 4.17- Los horarios y/o días en los que se brinda el tratamiento ¿le constituye una dificultad?: Sí No
- 4.18- ¿Cuántos días a la semana suele concurrir a la institución en la que recibe el tratamiento?: Actualmente me encuentro internado en ella Diariamente (Más de 3 veces a la semana)
Semanalmente (De 1 a 2 veces por semana) Quincenalmente Mensualmente
- 4.19 ¿Considera que el tratamiento puede resultar de difícil cumplimiento al superponerse con su vida laboral, familiar, social y/u otras obligaciones? Sí No
- 4.20- ¿Cómo considera que son los recursos con los que disponen la institución en la que recibe el tratamiento? Escasos Adecuados Abundantes
- 4.21- De acuerdo a los recursos con los que dispone la institución ¿Cómo calificaría su trabajo? Muy Malo Malo Regular Bueno Muy Bueno
- 4.22- ¿Siente confianza en las personas que intervienen en su tratamiento? Sí No
- 4.23- Las personas que intervienen en su tratamiento, lo motivan: Nada Muy Poco

Poco Bastante Mucho

4.24- El trato recibido por parte del personal que brinda el tratamiento es: Muy Malo Malo Regular Bueno Muy Bueno

4.25- ¿Cree que el tratamiento fue adoptado considerando sus circunstancias personales y considerando su caso? Sí No

4.26- ¿Está conforme con su tratamiento? Nada Muy Poco Poco Bastante Mucho

4.27- Su situación económica ¿Puede constituir una dificultad en su tratamiento? Sí No

4.28- El contexto de pandemia por el nuevo COVID-19 y del Aislamiento Social, preventivo y obligatorio ¿Afectaron y/o dificultaron el desarrollo de su tratamiento? Nada Muy Poco

Poco Bastante Mucho

MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO Y PARTICIPACIÓN.