

ANÁLISIS DE SEGUIMIENTO DE USUARIOS DE COCAÍNAS FUMABLES EN PROGRAMAS DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO A DOS AÑOS DEL INGRESO



OAS Cataloging-in-Publication Data

Inter-American Drug Abuse Control Commission. Inter-American Observatory on Drugs.

Análisis de seguimiento de usuarios de cocaínas fumables en programas de atención y tratamiento a dos años del ingreso : octubre de 2018 / [Preparado por el Observatorio Interamericano de Drogas de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Secretaría de Seguridad Multidimensional de la Organización de los Estados Americanos].

v. ; cm. (OAS. Documentos oficiales ; OEA/Ser.L)

ISBN 978-0-8270-6849-0

1. Drug addiction--Treatment. 2. Substance abuse--Treatment. 3. Cocaine abuse--Treatment. I. Title.

II. Proyecto de Cocaínas Fumables en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay.

III. Organization of American States. Secretariat for Multidimensional Security. IV. Series.

OEA/Ser.L/XIV.6.63



**Análisis de seguimiento de usuarios de cocaínas
fumables en programas de atención y tratamiento
a dos años del ingreso.**

Octubre de 2018



Equipos de investigación

ARGENTINA: Martín Güelman – Ana Clara Camarotti (Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Instituto de Investigaciones Gino Germani)

URUGUAY: Mariana Ferre (consultora experta)

Puntos focales del Proyecto

ARGENTINA: Dra. Verónica Brasesco. Punto focal del Proyecto Directora del Observatorio Argentino de Drogas. SEDRONAR

URUGUAY: Soc. Héctor Suárez. Punto focal del Proyecto. Jefe del Observatorio Uruguayo de Drogas de la JND.

Elaboración del Informe: Graciela Ahumada

Análisis de las entrevistas cualitativas: Martín Güelman

OID-CICAD-OEA

Marya Hynes. Jefa interina del Observatorio Interamericano de Drogas. OID-CICAD

Graciela Ahumada. Consultora OID para la Coordinación del Proyecto de Cocaínas Fumables en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay.

Francisco Cumsille. Consultor OID.

Igor Teubner. Gestión y seguimiento administrativo del Proyecto. OID-CICAD

INDICE

	Pag.
Introducción	4
1 Parte 1: Segundo seguimiento de usuarios en programas de atención y tratamiento	6
1.1 Objetivos, metodología y estrategia analítica del segundo seguimiento	6
1.1.1 Metodología en la realización del estudio	6
1.1.2 Estrategia de análisis	7
1.2 Análisis de resultados	8
1.2.1 Variables demográficas en relación a la condición en el programa	11
1.2.2 Antecedentes, motivaciones y expectativas	12
1.2.3 Indicadores de cambio	15
a) Aspectos demográficos y económicos	15
b) Patrón de consumo	19
c) Estado de salud en el momento de la entrevista	20
d) Aspectos relacionados a los vínculos personales	22
e) Aspectos relacionados a la violencia	26
1.3 Algunas conclusiones y recomendaciones	30
2 Parte 2: Abordaje cualitativo	32
2.1 Metodología	32
2.2 Resultados	35
2.2.1 Patrones y trayectorias de consumo de drogas	35
2.2.2 Vulnerabilidad social y principales problemáticas	37
2.2.3 Trayectorias terapéuticas y motivaciones para iniciar los tratamientos	38
2.2.4 La rehabilitación y la reinserción social	40
2.3 Reflexiones finales	41
3 Aportes desde la combinación de metodologías	44
4 Recomendaciones	45
Bibliografía	47
Anexos	48

Introducción

En relación al creciente problema del consumo y abuso de las cocaínas fumables (pasta base, paco, crack o chespi) en algunos países de América del Sur, desde el Observatorio Interamericano de Drogas de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, de la Secretaría de Seguridad Multidimensional, de la Organización de los Estados Americanos OEA/OID/CICAD/SSM/OEAse inicia en el año 2014 el proyecto sobre *cocaínas fumables* en cinco países del Cono Sur: Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay con el financiamiento de la International Narcotics and Law Enforcement (INL) del Departamento de Estado de los Estados Unidos¹.

El citado proyecto desarrolló cinco líneas de investigación y una de ellas es el **Estudio piloto de seguimiento de usuarios de cocaínas fumables que se encuentran en centros de tratamiento o en dispositivos de apoyo y contención**² para evaluar cambios a los 4 meses de haber ingresado al programa de atención y/o tratamiento. Los cinco países participaron en esta línea de investigación y en los resultados de la caracterización de usuarios en **programas de atención y tratamiento**, que conformó la línea de base. El análisis de seguimiento a los 4 meses del ingreso o de la primera entrevista puede consultarse en los informes específicos³.

El desarrollo de este *proyecto piloto de seguimiento de usuarios de cocaínas* permitió conocer aspectos importantes vinculados al abandono y a cambios en la frecuencia de consumo, en los vínculos sociales y familiares, en el estado de salud y en la participación en episodios de violencia, entre otras dimensiones, que se observan en esta población a los 4 meses de ser entrevistados por primera vez. De la muestra inicial, de 726 personas, de usuarios en programas de atención y tratamiento, a los 4 meses fue posible realizar una segunda entrevista al 52,1%, es decir, a 378 personas. El 71,1% seguía en sus programas de atención y tratamiento, y un 28,9% lo había abandonado.

Estos porcentajes dan cuenta de lo difícil que fue volver a localizar a estos usuarios ya que, por un lado, el porcentaje de abandono de los programas es elevado, como en la generalidad de los casos de pacientes en tratamiento por problemas de drogas. A ello se suma que en esta población específica sus características de vulnerabilidad social y económica amplían la dificultad para encontrarlos (no tienen domicilios estables y fácilmente localizables, han perdido sus teléfonos celulares y tienen inestables vínculos familiares, entre otros factores).

Aun en este contexto de dificultad, fue elevado el interés por parte de los Observatorios y sus equipos de investigación en profundizar el seguimiento y monitoreo de estas personas, interés que fue compartido desde la coordinación del Proyecto de Cocaínas Fumables. De hecho, al contar con una pequeña partida presupuestaria, desde el OEA se propuso hacer una tercera búsqueda de los usuarios entrevistados en la fase de caracterización inicial, que incluyera incluso a aquel 50% que fue re entrevistado en la segunda fase, luego de 4 meses.

¹ Participaron los Observatorios Nacionales de Drogas de cada uno de los países y equipos de investigación específicos.

² En este informe se utilizará el término “programas de atención y contención social” como sustituto de dispositivos de apoyo y contención, para facilitar su comprensión en la traducción al inglés. Y de este modo toda la población bajo análisis se encuentra en programas de atención y tratamiento, incluyendo a quienes están en centros de tratamiento.

³ “Estudios pilotos en usuarios de cocaínas fumables en centros de tratamiento y/o en dispositivos de apoyo contención en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. Informe regional sobre la línea de base”. Abril, 2017. OEA-CICAD-OEA. “Estudios pilotos en usuarios de cocaínas fumables en centros de tratamiento y/o en dispositivos de apoyo contención en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. Informe regional de seguimiento a los 4 meses”. Octubre, 2017. OEA-CICAD-OEA

Por razones presupuestarias y de viabilidad operativa, además de tener similitud en las fechas de relevamientos previos, esta tercera fase se desarrolló en Argentina y Uruguay, sabiendo que los futuros hallazgos y conocimientos producidos sobre esta población serán de gran utilidad para los otros tres países.

De este modo, se llevó adelante una segunda fase del seguimiento a los usuarios de cocaínas fumables, que en la primera entrevista estaban en programas de atención y tratamiento por este consumo. Para ello se consideraron las dimensiones analíticas que se evaluaron en la primera fase del seguimiento, realizada a los 4 meses. En esta segunda fase del seguimiento también se realizó un abordaje cualitativo en esta población, para alcanzar un conocimiento más profundo sobre el patrón de consumo, las experiencias biográficas y las trayectorias terapéuticas de estas personas.

Este informe se compone de dos partes, la primera contiene los resultados del análisis cuantitativo de la tercera entrevista realizada a los 94 usuarios que pudieron ser contactados y, la segunda parte, presenta el análisis cualitativo de las 16 entrevistas en profundidad llevadas a cabo también en ambos países.

Si bien la cantidad de casos registrados impone límites para el análisis, consideramos que el abordaje exploratorio que se presenta muestra resultados interesantes, abriendo nuevas preguntas en la investigación sobre los usuarios de cocaínas fumables en procesos de atención y tratamiento.

PARTE 1:

SEGUNDO SEGUIMIENTO DE USUARIOS EN PROGRAMAS DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO

1.1. Objetivos, metodología y estrategia analítica del segundo seguimiento

El presente análisis tiene como **objetivo general** conocer los cambios ocurridos en un lapso de dos años, en los usuarios de cocaínas fumables que se encuentran en centros de tratamiento y/o en programas de atención y contención social (dispositivos de apoyo-contención), a partir del seguimiento de los mismos.

Los objetivos específicos planteados son:

- Analizar los cambios en dos momentos del seguimiento (Tiempo I y Tiempo II) en relación a la situación habitacional y ocupacional, al consumo de pasta base, a los vínculos sociales y familiares, y a episodios de violencia e infracción a la ley penal.
- Establecer diferencias o similitudes entre los usuarios que continúan en el programa y aquellos que lo abandonaron.
- Formular nuevas preguntas de investigación sobre este campo del conocimiento.

1.1.1. Metodología

La población objetivo del segundo seguimiento de usuarios de cocaínas fumables en programas de atención y tratamiento, son aquellos usuarios que fueron entrevistados durante la primera fase de caracterización en Argentina (148 personas) y Uruguay (186 personas)⁴.

Los criterios de inclusión en este estudio contemplan a todos los que puedan ser re contactados y voluntariamente acepten mantener una entrevista⁵. Quedan excluidos⁶ aquellos que por razones de salud no puedan responder el cuestionario o bien que hayan emigrado (hayan dejado la ciudad).

El intento de búsqueda para contactar a cada persona fue de al menos 4 veces, utilizando diferentes fuentes de información (los centros de tratamiento y programas de atención y contención social, indicaciones de contacto registrados en la primera fase y allegados). El

⁴ Usuarios de cocaínas fumables de 18 años y más que se encontraban en centros de tratamiento y/o en programas de atención y contención social (dispositivos de apoyo-contención), en un periodo de ingreso no mayor a quince días y aquellos que ingresaron durante un lapso de tres meses desde el inicio del estudio. Las instituciones fueron elegidas intencionalmente por su amplia acogida a este tipo de usuarios de drogas y en la mayoría de los casos se ubicaban en zonas de alto consumo.

⁵ Los criterios de inclusión para realizar la primera entrevista contemplaron que la droga principal por la cual solicita atención sea cocaína fumable, que el usuario haya consentido el ingreso al programa y no hayan transcurrido más de 15 días y que dé el consentimiento firmado a participar en el estudio.

⁶ Para la primera entrevista quedaron excluidos los usuarios que estén bajo suspensión condicional de un proceso judicial o bien en Centros de tratamiento en cárceles.

desarrollo del trabajo de campo no tuvo ningún problema adicional a la dificultad de la propia búsqueda y, cuando fueron encontrados, los entrevistados no tuvieron problemas en responder las preguntas.

Se utilizó el cuestionario aplicado en la realización del primer seguimiento a los 4 meses, pero se eliminaron aquellas preguntas –que fueron pocas- que presentaron mayor dificultad de comprensión y registro, y aquellas que han aportado menor calidad de información. (Ver Anexo)

El trabajo de campo se realizó entre agosto y diciembre de 2017 y en total se encuestaron a 94 personas, 71 de los cuales habían sido contactados para la segunda entrevista realizada a los 4 meses de haber ingresado. En Argentina pudieron ser re entrevistadas 32 personas (de los 148 pacientes originales) y en Uruguay 62 personas (de las 186 s iniciales).

En relación al **alcance y limitaciones de los datos analizados**, es importante tener en consideración que los usuarios que fueron incluidos en el estudio no se seleccionaron por tipos de programas, sino por las instituciones que, por ubicación territorial y/o por tipo de institución, atendían a un mayor número de pacientes/usuarios que buscaban atención por consumo de cocaínas fumables. En este sentido, el estudio no contempló una muestra representativa según tipo de programa o tipo de institución. La muestra fue intencional desde el punto de vista de la accesibilidad a la población objetivo y que estuvieran en los territorios de mayor consumo de cocaínas fumables.

1.1.2 Estrategia de análisis

Siendo este sub proyecto una continuidad del *estudio piloto de seguimiento de los usuarios en programas de atención y tratamiento a los 4 meses*, se analizarán las dimensiones definidas en ese análisis, pero haciendo hincapié en los tiempos de seguimiento (Tiempo I y Tiempo II) y en la situación de los usuarios en el programa, es decir, si continúan o lo han abandonado.

De este modo, se analizan las variables **demográficas** (sexo, edad, educación y maternidad o paternidad) y **el modo de inserción en el programa** (motivación inicial, tipo de institución, expectativas con el programa y antecedentes de tratamientos o programas previos), según el tiempo de seguimiento y la situación en el programa.

Por otra parte, se analizan los **indicadores de cambio**, organizados en cinco dimensiones:

- **Aspectos demográficos y económicos** (personas de convivencia, situación conyugal, situación habitacional y ocupación);
- **Patrón de consumo** (frecuencia de consumo de la droga principal de demanda de tratamiento y uso de drogas inyectables);
- **Estado de salud** (percepción sobre el estado de salud, problemas para dormir, cantidad y calidad de alimentos que consume, salud bucal, sentimientos de ansiedad, euforia y tristeza, manejo de la ansiedad);
- **Aspectos relacionados a los vínculos personales y sociales** (retomar actividades sociales, mejoras en la autoestima o confianza personal, mejoras en el contacto con amigos, familia o vínculos importantes, y nivel de soporte social);
- **Aspectos relacionados a la violencia** (participación en hechos de violencia intrafamiliar, callejera e institucional y comisión de otros delitos).

El tiempo de referencia del dato para una variable puede cambiar, ya que se aplicaron tres cuestionarios y cada uno tiene referencias de tiempo disímiles. De este modo, hay variables cuya referencia de tiempo es el momento de la entrevista (edad, ocupación, situación conyugal, evaluación del estado de salud, variables de la escala de soporte social, entre otras); otras variables tienen una referencia temporal de 30 días anteriores a la entrevista (situación habitacional, con quien ha vivido), o de 30 días antes del ingreso al programa (frecuencia de uso de la droga principal); variables con referencia de los últimos 4 meses o de 12 meses, dependiendo si fue la segunda o tercera entrevista (cambios en indicadores de salud, en percepciones sobre la autoestima, en vínculos sociales y familiares, en situaciones de violencia). Estas aclaraciones se irán haciendo a medida que se avance en el análisis.

La línea de base y los tiempos del seguimiento quedan definidos de la siguiente manera:

Línea de base Momento inicial	Tiempo I A los 4 meses	Tiempo II A los 24 meses o 2 años
1° entrevista. Argentina: julio-noviembre 2015 Uruguay: julio-octubre 2015	2° entrevista. Argentina: nov. /15 – febrero/16 Uruguay: nov./15-marzo/16	3° entrevista. Argentina: agosto-dic. 2017 Uruguay: agosto-nov 2017

1.2 Análisis de resultados

El universo de análisis está conformado por los usuarios que estaban en programas de atención y tratamiento, **que participaron de la primera entrevista en donde se fijó la línea de base y en la tercera entrevista o Tiempo II. En este universo se encuentran 94 usuarios.** De este total, 71 personas también habían sido entrevistadas a los 4 meses de haber ingresado al programa (el Tiempo I) y, por lo tanto, en ellos fue posible observar los cambios en dos momentos: el Tiempo I a los 4 meses y el Tiempo II a los 24 meses. De este modo, hay 23 casos que no fueron contactados en el Tiempo I, porque ya no se encontraban en los programas de atención y tratamiento, ni tampoco pudieron entrevistarse afuera de los mismos, pero sí pudieron entrevistarse en el Tiempo II.

Al cabo de los 24 meses de haber ingresado al programa de atención o tratamiento, el equipo de investigación de Argentina pudo entrevistar a 32 personas, correspondientes al 21,6% del total de entrevistados en la línea de base (148 usuarios). En Uruguay se entrevistaron 62 personas, el 33,3% de los 186 casos que integraban la primera entrevista.

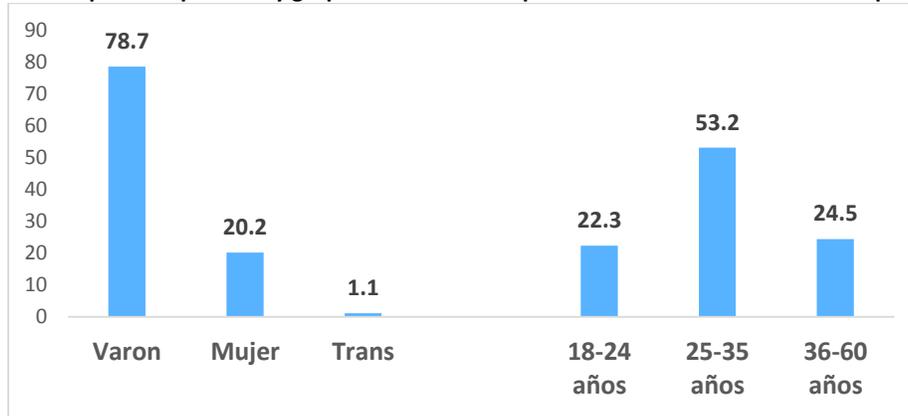
Tabla 1: Distribución de los usuarios en cada entrevista, según país.

País	Línea de base	Tiempo I (4 meses)	Tiempo II (24 meses)
Argentina	148	23	32
Uruguay	186	48	62
Total	334	71	94

Debido a la baja frecuencia, el análisis de los cambios se realizará sobre el total de casos, sin discriminar por país.

Respecto de los casos estudiados correspondientes al Tiempo II, el gráfico siguiente muestra que la mayoría de ellos son varones (casi 79%) y que el 53% tiene entre 25 a 35 años. El promedio de edad de esta población es de 31 años, con un desvío de 7 años. La edad mínima es de 19 años y la máxima de 51 años.

Gráfico 1: Composición por sexo y grupos de edad de las personas entrevistadas en el Tiempo II.



La tabla siguiente muestra que a los 24 meses, el 38,3% continuaba en el mismo programa en el cual había sido entrevistado la primera vez y algunos estaban en una institución diferente (10,6%). El 45,7% había abandonado el programa y un 5,4% había sido dado de alta. El registro de estos usuarios en el Tiempo I indicó que en el 63,4% estaba en el programa de atención o tratamiento y el 36,6% lo había abandonado.

Tabla 2: Distribución porcentual de los usuarios según la situación en el programa en los tiempos del seguimiento.

Situación en el programa	Tiempo I (n=71)	Tiempo II (n=94)
Continuaba en el programa	63.4	38.3
Estaba en otro programa	-	10.6
Abandonó	36.6	45.7
Egresó/alta	-	5.4
Total	100	100

En los análisis posteriores se considerará una sola categoría de 45 casos, sumando los casos que continúan en el programa, ya sea en el mismo en el cual se encontraba en el momento inicial o en otro⁷.

Según puede observarse en la tabla siguiente, las personas que se encontraban en la línea de base en centros de tratamiento presentan un menor porcentaje de permanencia tanto a los 4 meses como a los 24 meses de haber iniciado el programa de tratamiento (53,1% y 35,4%

⁷ Si bien es muy probable que el 10.6% de los usuarios que en el Tiempo II se encontraba en otro programa haya pasado por un período de tiempo sin tratamiento entre el programa inicial y en el que se encuentra en el momento de la última entrevista, de igual manera se van a considerar en la categoría que *continúa* en un programa.

respectivamente), que aquellos que se encontraban en programas de atención y contención social (86,4% y 79,3% respectivamente).

Tabla 3: Distribución porcentual de los usuarios por tipo de institución, según situación en el programa en los tiempos del seguimiento.

Situación actual	Tiempo I		Tiempo II	
	Centro de Tratamiento	Programa de atención y contención	Centro de Tratamiento	Programa de atención y contención
Continúan	53.1	86.4	35.4	79.3
Abandonaron	46.9	13.6	60.0	13.8
Egresó			4.6	6.9
Total	100 (49)	100 (22)	100 (65)	100 (29)

Un punto interesante a observar es en qué tipo de programas ingresaron estos usuarios bajo análisis, según si continúan, abandonaron o egresaron en cada tiempo del seguimiento. La variable clasificatoria que registró los tipos de programas de atención y de tratamiento en la línea de base, tenía 9 categorías que contemplaron los siguientes programas: residencial, ambulatorio (diurno, vespertino e intensivo), desintoxicación, centro de noche, integración social/casa de medio camino, grupo de autoayuda (AA/NA), centro comunitario y programa de reducción de daños. La mayoría de estos usuarios (ver Informe regional sobre la línea de base), se encontraban en programas ambulatorios, residenciales y centros comunitarios⁸.

La tabla siguiente muestra la distribución de los usuarios por los programas en los cuales ingresaron a atención y/o tratamiento, según continúen, hayan abandonado o fueron dados de alta.

Tabla 4: Distribución porcentual de los usuarios por tipo de programa+ en el cual ingresaron según situación en el programa en los tiempos del seguimiento.

Situación actual	Tiempo I			Tiempo II		
	Residencial	Ambulatorio	Centro comunitario	Residencial	Ambulatorio	Centro comunitario
Continúan	65.2	42.3	94.7	36.7	33.3	95.8
Abandono	34.8	57.7	5.3	56.7	61.1	4.2
Egreso				6.7	5.6	
Total	100 (23)	100 (26)	100 (19)	100 (30)	100 (36)	100 (24)

⁸ La mayoría de los casos en los centros comunitarios se corresponden a la muestra de Argentina y son centros pensados no sólo como espacios de tratamiento para las adicciones, sino sobre todo como dispositivos de inclusión social. Son la puerta de ingreso, donde pueden permanecer desde las 10 hasta las 18 hs. aquellas personas que presentan consumos problemáticos de drogas y los familiares de los mismos. Durante esa jornada se llevan a cabo las siguientes actividades: acogida y recibimiento; almuerzo; grupo terapéutico y talleres. Este espacio les brinda la posibilidad de resolver sus necesidades básicas (comer, asearse) y también les ofrece terapia individual y grupal. El tratamiento no tiene costos directos para los usuarios o familiares. Se encuentran en territorios de alta vulnerabilidad social y alguno de ellos funcionan como un lugar de residencia para personas en situación de calle.

+ Ambulatorio= ambulatorio diurno, vespertino e intensivo. Centro Comunitario: incorpora un caso que se encontraba en una casa de medio camino o de integración social.

La permanencia en el programa es notablemente mayor entre los usuarios que ingresaron a un centro comunitario, y en segundo lugar, quienes recibieron y reciben un programa de atención residencial. Los pocos casos de egresos ocurrieron en los programas residenciales y ambulatorios.

1.2.1. Variables demográficas en relación a la condición en el programa

Como se observa en la tabla siguiente, al cabo de 4 meses las mujeres tienen mayor permanencia en el programa que los varones. A los 24 meses la condición de abandono del programa se incrementa en ambos sexos, pero sigue siendo mayor entre los varones. La persona transgénero que continuaba en el programa en el Tiempo I, en el Tiempo II había egresado del mismo.

Tabla 5: Distribución porcentual de los usuarios por sexo según situación en el programa en los tiempos del seguimiento.

Situación actual	Tiempo I		Tiempo II	
	Varón	Mujer	Varón	Mujer
Continúan	61.4	69.2	48.6	52.6
Abandono	38.6	30.8	47.3	42.1
Egresas			4.1	5.3
Total	100 (57)	100 (13)	100 (74)	100 (19)

Tal como se muestra en la tabla 5, la permanencia en el programa de atención o tratamiento se incrementa con la edad de las personas, tanto a los 4 meses (Tiempo I) como a los 2 años de observación (Tiempo II). De este modo, entre los más jóvenes, de 18 a 24 años, más de mitad habían abandonado a los 24 meses del ingreso (Tiempo II), mientras que en quienes tienen más de 35 años el abandono se reduce al 35%.

Tabla 6: Distribución porcentual de los usuarios por grupos de edad según situación en el programa en los tiempos del seguimiento.

Situación actual	Tiempo I			Tiempo II		
	18-24 años	25-35 años	36-60 años	18-24 años	25-35 años	36-60 años
Continúan	45.8	63.3	88.2	34.5	53.4	60.0
Abandono	54.2	36.7	11.8	55.2	44.4	35.0
Egreso				10.3	2.2	5.0
Total	100 (24)	100 (30)	100 (17)	100 (29)	100 (45)	100 (20)

En un contexto en donde la población bajo análisis tiene en su mayoría bajos niveles de educación formal, los datos presentados en la tabla siguiente indican que a medida que se incrementa el nivel educativo, la permanencia en el programa es mayor, sobre todo a los 4 meses o Tiempo I. A los 24 meses, el abandono aumenta en el grupo con enseñanza secundaria incompleta, mientras que la continuidad ocurre en el grupo que tiene el menor nivel de educación.

Tabla 7: Distribución porcentual de los usuarios por nivel de educación según situación en el programa en los tiempos del seguimiento.

Situación actual	Tiempo I				Tiempo II			
	EPC	ESI	ESC	TUC/I	EPC	ESI	ESC	TUC/I
Continúan	58.8	65.9	80.0	25.0	60.8	42.1	85.7	40.0
Abandono	41.2	34.1	20.0	75.0	39.1	49.1	14.3	60.0
Egresos						8.8		
Total	100 (17)	100 (44)	100 (5)	100 (4)	100 (23)	100 (57)	100 (7)	100 (5)

Hasta EPC= Enseñanza primaria completa. ESI= Enseñanza secundaria incompleta. ESC= Enseñanza secundaria completa. TUC/I=Terciario o universitario completo e incompleto.

El 42,9% de estas personas tienen al menos un hijo y la continuidad en el programa está más vinculada a esta condición, tanto en el Tiempo I como en el Tiempo II. Entre aquellos que no tienen hijos, en partes casi iguales continúan o han abandonado el programa. Los pocos casos de egresos han ocurrido en ambas condiciones.

Tabla 8: Distribución porcentual de los usuarios según tengan o no hijos según situación en el programa en los tiempos del seguimiento.

Situación actual	Tiempo I		Tiempo II	
	Tiene hijo/s	No tiene	Tiene hijo/s	No tiene
Continúan	75.9	52.6	66.7	45.9
Abandono	24.1	47.4	27.8	50.0
Egreso			5.6	4.2
Total	100 (29)	100 (38)	100 (36)	100 (48)

La descripción sobre la situación ocupacional, habitacional y personas de convivencia se realizará conjuntamente cuando se evalúen los cambios en relación a estos indicadores.

1.2.2 Antecedentes, motivaciones y expectativas

Los antecedentes de haber estado previamente en algún programa de tratamiento en el momento inicial o línea de base alcanzan al 84,9% de los 86 pacientes que pudieron ser entrevistados en el Tiempo II.

La experiencia previa de haber estado en algún centro de tratamiento imprime una diferencia más clara a los 24 meses (Tiempo II), ya que quienes siguen en el centro de tratamiento son en

mayor medida los que están en tratamiento por primera vez. Los pocos casos de egresos ocurren en el grupo que tiene experiencia previa.

Tabla 9: Distribución porcentual de los usuarios por experiencias previas en Centros de Tratamiento según situación en el programa en los tiempos del seguimiento.

Situación actual	Tiempo I		Tiempo II	
	Ninguna vez	Una o más veces	Ninguna vez	Una o más veces
Continúan	60.0	64.8	69.2	50.7
Abandono	40.0	35.2	30.8	43.8
Egreso				5.5
Total	100 (10)	100 (54)	100 (13)	100 (73)

Respecto de experiencias previas en programas de atención y contención social, en la línea de base el 71,4% -de quienes respondieron esta pregunta en el Tiempo II- manifestó haber estado en ellos al menos una vez.

En el Tiempo I quienes estaban por primera vez en el programa en mayor medida continuaban en el mismo. En el Tiempo II seis de cada diez de quienes tuvieron experiencias previas continuaban en el programa y dos personas fueron dados de alta.

Tabla 10: Distribución porcentual de los usuarios por experiencias en programas de atención y contención social según situación en el programa en los tiempos del seguimiento.

Situación actual	Tiempo I		Tiempo II	
	Ninguna vez	Una o más veces	Ninguna vez	Una o más veces
Continúan	85.7	63.0	45.5	60.0
Abandono	14.3	37.0	50.0	36.4
Egreso			4.5	3.6
Total	100 (14)	100 (46)	100 (22)	100 (55)

Otro aspecto importante es conocer los motivos por los cuales ingresaron al programa de atención o tratamiento, información que fue captada en la línea de base. La variable contemplaba tres tipos de motivaciones en el ingreso: 1) la motivación personal, 2) la de terceros, es decir, familiares o amigos, compañeros de trabajo o escuela y 3) el ingreso forzado u obligado (no por motivos judiciales). En la línea de base de las personas bajo el

presente análisis, el 61,4% ingresó por motivación personal, el 36,9% por motivación de terceros, ninguno forzado u obligado⁹ y una persona por otro motivo.

Los datos de la siguiente tabla indican que a los 4 meses no hay diferencias entre quienes continuaban en el programa y quienes habían abandonado en relación al tipo de motivación manifestada al inicio, pero a los 24 meses (Tiempo II), quienes habían sido motivados por terceros tuvieron mayor permanencia y mayor egreso del programa.

Tabla 11: Distribución porcentual de los usuarios por motivación en el ingreso al programa según situación en el programa en los tiempos del seguimiento.

Situación actual	Tiempo I		Tiempo II	
	Motivación personal	Motivados por terceros	Motivación personal	Motivados por terceros
Continúan	64.1	65.2	51.0	58.1
Abandono	35.9	34.8	45.1	32.3
Egreso			3.9	9.7
Total	100 (39)	100 (23)	100 (51)	100 (31)

El tercer aspecto a analizar en este punto son las expectativas puestas en el programa de atención o de tratamiento, cuando las personas ingresaron en los mismos. La mayoría de esta población en la línea de base manifestó que sus expectativas estaban vinculadas al consumo (60,9%), es decir, dejar de consumir; seguido por una expectativa vinculada al entorno (24,6%) es decir, mejorar la relación con la familia o cambiar de ambiente y, por último, vinculado a un proyecto personal (14,5%) como empezar de nuevo, volver a estudiar o trabajar.

Según los datos de la Tabla 12, a los 4 meses la permanencia o abandono se distribuye en partes similares entre quienes tenían expectativas de dejar de consumir y de mejorar la relación con la familia o cambiar de ambiente o entorno, pero el abandono fue mayor entre quienes tenían una expectativa en el proyecto personal, lo que también se observa al cabo de 24 meses. Por otra parte, en el Tiempo II las situaciones de permanencia o abandono no presentan diferencias según se manifiesten expectativas de consumo o de entorno, cuya permanencia en el programa ocurre en alrededor del 35% de los casos.

Tabla 12: Distribución porcentual de los usuarios por expectativas cuando ingresó al programa según situación en el programa en los tiempos del seguimiento.

Situación actual	Tiempo I			Tiempo II		
	Vinculado al consumo	Vinculado al entorno	Vinculado a un proyecto personal	Vinculado al consumo	Vinculado al entorno	Vinculado a un proyecto personal
Continúan	53.6	50.0	28.6	35.7	35.3	30.0
Abandono	46.4	50.0	71.4	59.5	47.1	70.0

⁹ En la base global en donde están todos los casos analizados si hay personas que ingresaron forzados u obligados, pero ellos no pudieron ser contactados en la tercera encuesta y de hecho han abandonado el programa.

Egreso				4.8	17.6	
Total	100 (28)	100 (12)	100 (7)	100 (42)	100 (17)	100 (10)

1.2.3 Indicadores de cambio

a) Aspectos demográficos y económicos

Esta dimensión de cambios en las condiciones de vida de las personas analizadas en cada momento del seguimiento y teniendo en cuenta la situación encontrada en la línea de base, incluye las variables que refieren a las personas de convivencia, a la situación habitacional y a la condición de ocupación en los últimos 30 días anteriores a cada una de las entrevistas, y a la situación conyugal en el momento de realizarse la encuesta.

No siempre el indicador indica una situación positiva o negativa, porque puede depender de otras condiciones que no están contempladas en el registro del dato, o que requiere de otros procesamientos para su análisis.

De todos modos, se podrá observar en cada momento (Línea de base, Tiempo I y Tiempo II) cómo se presentan estas condiciones en las personas analizadas y, en segundo lugar, se analiza esta información según los grupos que continúan, han abandonado el programa o egresado, en los Tiempos I y II. Cabe aclarar que los casos analizados en la línea de base se reducen a los 94 casos que fueron entrevistados al cabo de 24 meses, de manera de observar los cambios en este grupo específico de personas.

- *Personas de convivencia en los últimos 30 días de cada entrevista*

A nivel general se observan cambios en el núcleo de convivencia. Entre la línea de base y el Tiempo I se observa una caída en el porcentaje de quienes viven con familiares o amigos u otras personas, y se incrementan las situaciones de compartir el hábitat con personas que están en hogares o centros de salud.

En el Tiempo II, hay un retorno a las condiciones anteriores al ingreso al programa de atención o tratamiento, pero con mayor presencia de quienes están en centros de salud en relación al momento inicial.

Tabla 13: Distribución porcentual de los usuarios, según personas de convivencia en cada entrevista.

Personas de convivencia	Línea de base	Tiempo I	Tiempo II
Familiares/amigos	73,4	60,6	72,3
Solo-a	8,5	11,3	10,6

Personas de Hogar - instituto de acogida	13,8	19,7	12,8
Personas del centro de salud	1,1	7,0	3,2
Con otras personas	3,2	1,4	1,1
Total	100 (94)	100 (71)	100 (94)

La tabla siguiente permite observar a los grupos según condición respecto del programa en los Tiempos I y II.

Tabla 14: Distribución porcentual de los usuarios por situación en el programa según personas de convivencia en los tiempos del seguimiento.

Personas de convivencia	Tiempo I		Tiempo II		
	Continúan	Abandono	Continúan	Abandono	Egreso
Familiares/ amigos	51.1	76.9	52.2	90.7	100
Solo-a	6.7	19.2	15.2	7.0	
Personas de Hogar - instituto	31.1		23.9	2.3	
Personas del centro de salud	8.9	3.8	6.5		
Con otras personas	2.2		2.2		
Total	100 (45)	100 (26)	100 (46)	100 (43)	100 (5)

Si bien la condición de haber dejado el programa acrecienta las posibilidades de convivencia con familiares o amigos, se observa que en el Tiempo I un 19% de quienes habían abandonado el programa están viviendo solos y al cabo de más de un año (Tiempo II) este porcentaje se reduce al 7%, incrementando la condición de convivencia familiar.

- **Situación conyugal en cada entrevista**

La información sobre la situación conyugal se registró en cada una de las tres entrevistas. Los cambios no parecen relevantes, aunque podemos observar un incremento en el Tiempo II de las convivencias conyugales, pero en un contexto donde la mayoría se encuentra soltero o soltera.

Tabla 15: Distribución porcentual de los usuarios según situación conyugal en cada entrevista.

Situación conyugal	Línea de base	Tiempo I	Tiempo II
Casado-a / conviviente	16,0	19,7	20,2
Soltero-a	73,4	71,8	70,2
Separado-a/ divorciado-a/ viudo-a	10,6	8,5	9,6
Total	100 (94)	100 (71)	100 (94)

Los datos de la siguiente tabla indican que en el Tiempo II, quienes han abandonado son en mayor proporción personas casadas o en convivencia, que aquellos que continúan.

Tabla 16: Distribución porcentual de los usuarios por situación en el programa según situación conyugal en los tiempos del seguimiento.

Situación conyugal	Tiempo I		Tiempo II		
	Continúan	Abandono	Continúan	Abandono	Egreso
Casado-a conviviente	20,0	19,2	15.2	25.6	20.0
Soltero-a	66,7	80,8	73.9	65.1	80.0
Separado-a/divorciado-a/viudo-a	13,3	0,0	10.9	9.3	
Total	100 (45)	100 (26)	100 (46)	100 (43)	100 (5)

- Situación habitacional en los últimos 30 días de cada entrevista

La situación habitacional es un indicador de cambio positivo cuando se observa la disminución de personas en situación de calle, observándose que en el Tiempo II sólo el 2,1% (2 personas) estaban en esta situación, cuando en el momento inicial era el 12,8% (12 personas).

En relación a la línea de base, crece el porcentaje de quienes están institucionalizados, ya sea en albergues o refugios, y quienes viven en viviendas o habitaciones propias o alquiladas.

Tabla 17: Distribución porcentual de los usuarios según situación habitacional en cada entrevista.

Situación habitacional	Línea de base	Tiempo I	Tiempo II
Situación de calle	12,8	1,5	2,1
Institucionaliza-do-a, albergue, refugio	18,1	26,9	26,6
Vivienda/habitación	57,4	68,7	62,8
En el centro de tratamiento	11.7	3,0	7,4
S/información			1,1
Total	100 (94)	100 (71)	100 (94)

Quienes han abandonado el programa en el Tiempo I son aquellos que en mayor medida vivían en sus viviendas. En el Tiempo II si bien la condición de vivir en vivienda propia o de la familia está más asociada al abandono, también un cuarto de los casos está en refugios o albergues. Esta última situación está más presente entre los pacientes que continúan en el programa, como así también el vivir en el centro de tratamiento. Quienes egresaron viven en sus viviendas.

Tabla 18: Distribución porcentual de los usuarios por situación en el programa según situación habitacional en los tiempos del seguimiento.

Situación habitacional	Tiempo I		Tiempo II		
	Continúan	Abandono	Continúan	Abandono	Egresas
Situación de calle	2,3		2,2	2,3	
Institucionaliza-do-a, albergue, refugio	41,9		30,4	25,6	

Vivienda/habitación	53,5	95,8	52,2	69,8	100,0
En el centro de tratamiento	2,3	4,2	15,2		
Sin información				2,3	
Total	100 (45)	100 (26)	100 (46)	100 (43)	100 (5)

- **Condición ocupacional en los últimos 30 días de cada entrevista**

La condición de actividad económica está influenciada por la edad de las personas y la posibilidad de trabajar depende también del tipo de programa en el cual se encuentren las personas. De todos modos, el desocupado es aquel que queriendo trabajar no lo logra, por razones del mercado y no porque esté en una institución.

En la línea de base trabajaba el 25,5% de esta población, incrementándose al 53,5% en la segunda entrevista y luego al 62,8% en la tercera entrevista. Consecuentemente, el porcentaje de desocupados decrece.

Tabla 19: Distribución porcentual de los usuarios según condición ocupacional en cada entrevista.

Condición ocupacional	Línea de base	Tiempo I	Tiempo II
Trabaja	25,5	53,5	62,8
Desocupado-a	19,1	15,5	11,7
No trabaja	54,3	31,0	24,5
S/información	1,1		1,1
Total	100 ()	100 (71)	100 (94)

Tanto quienes abandonaron el programa como quienes continúan, en el Tiempo II han incrementado su participación en el mercado de trabajo, pero aún más en quienes continúan en el programa al cabo de un año. En este grupo desciende notoriamente el porcentaje de desocupados porque han encontrado trabajo, ya que desciende también la condición de No trabaja.

Tabla 20: Distribución porcentual de los usuarios por situación en el programa según condición ocupacional en los tiempos del seguimiento.

Condición ocupacional	Tiempo I		Tiempo II		
	Continúan	Abandono	Continúan	Abandono	Egresas
Trabaja	44,4	69,2	60,9	71,4	20,0
Desocupado-a	11,1	23,1	4,3	16,7	40,0
No trabaja	44,4	7,7	34,8	11,9	40,0
Total	100 (45)	100 (26)	100 (46)	100 (43)	100 ()

b) Patrón de consumo

El cambio en la frecuencia de consumo de la droga principal de ingreso al programa, es decir de pasta base en el caso de esta población, es un indicador muy importante que puede observarse a los 4 meses (Tiempo I) y a los 24 meses (Tiempo II). El tiempo de referencia de la información sobre la frecuencia de consumo es de 30 días anteriores al ingreso al programa, de los últimos 4 meses después de haber ingresado al programa y de los 12 meses anteriores a la última entrevista.

Con el objetivo de hacer observable la intensidad del consumo, se ha construido una nueva variable que contiene cuatro categorías: no la usó en el tiempo de referencia, uso moderado, uso regular y uso intenso. Estas categorías tienen una referencia temporal distinta e incluso, frecuencias de uso diferentes, pero en cada momento analizado, responde a las nociones de no usó, uso moderado, regular e intenso, entendido en un sentido ordinal ascendente en intensidad.

En la tabla siguiente se consigna la distribución de los usuarios según esta intensidad en el consumo de pasta base de cocaína, en cada uno de los tiempos en los cuales fue indagado. Los datos indican claramente un abandono del consumo en los tiempos de referencia, siendo más alto en el Tiempo II, como así también un decrecimiento del consumo intenso a los 4 meses. Hacia los 24 meses, en un contexto de mayor abandono del consumo, hay un incremento en el consumo regular e intenso en relación al Tiempo I.

Tabla 21: Distribución porcentual de los usuarios según frecuencia de la droga principal en cada entrevista.

Intensidad de consumo	Línea de base (en los 30 días antes del ingreso)	Tiempo I (en los 4 meses anteriores)	Tiempo II (en los 12 meses anteriores)
No la usó (1)	12,8	54,9	44,7
Uso moderado (2)	14,9	12,7	4,3
Uso regular (3)	18,1	26,8	28,7
Uso intenso (4)	47,9	5,6	20,2
Sin información	6,4		2,1
Total	100 ()	100 (71)	100 (94)

- (1) *No la usó* en ninguno de los tiempos de referencia (30 días antes del ingreso, 4 meses y 12 meses antes de la 2° y 3° entrevista).
- (2) La usó *Una vez por semana o menos* en la 1° entrevista, *Una sola vez* en la 2° y 3° entrevista, según cada tiempo de referencia.
- (3) La usó *Varias veces por semana* en la 1° entrevista, *Algunas veces en los últimos 4 meses o algunas veces semanalmente* en la 2° entrevista y *Algunas veces en los últimos 12 meses o algunas veces mensualmente*, en la 3° entrevista.
- (4) La usó *Una o más veces diariamente* en la 1° entrevista, *Diariamente* en la 2° entrevista y *Algunas veces semanalmente o Diariamente* en la 3° entrevista.

El análisis de los grupos que continúan en el programa o han abandonado según la intensidad del consumo de pasta base, indica que en el Tiempo II hay un retroceso en el porcentaje de quienes no habían consumido en el período de referencia en el Tiempo I, y un crecimiento del consumo regular e intenso, tanto entre quienes continúan como entre aquellos que abandonaron el programa, incluso entre los pocos que fueron dados de alta. Pero este comportamiento ocurre en el marco de un mayor abandono del consumo en ambos grupos, tal como se observó en la tabla anterior.

Tabla 22: Distribución porcentual de los usuarios por situación en el programa según frecuencia de consumo de la droga principal en los tiempos del seguimiento.

Intensidad de consumo	Tiempo I		Tiempo II		
	Continúan	Abandono	Continúan	Abandono	Egreso
No la usó (1)	53,3	57,7	50,0	46,5	
Uso moderado (2)	17,8	3,8	4,5	4,7	
Uso regular (3)	24,4	30,8	31,8	23,3	60,0
Uso intenso (4)	4,4	7,7	13,6	25,6	40,0
Total	100 (45)	100 (26)	100 (46)	100 (43)	100 (5)

Analizando el uso de drogas inyectables, de las 11 personas que habían declarado en la primera entrevista que habían usado alguna droga de modo inyectable alguna vez en la vida, en la segunda entrevista sólo una persona manifestó esta modalidad de uso en esos últimos 4 meses, mientras que en la tercera entrevista (Tiempo II), tres personas informan este uso durante el último año.

c) Estado de salud en el momento de la entrevista

Acerca de la percepción sobre el estado de salud al momento de la entrevista, no se observan cambios importantes en los tres momentos, donde la percepción de un buen estado de salud es alto, entre el 68% al 71%.

Tabla 23: Distribución porcentual de los usuarios según percepción de su estado de salud en cada entrevista.

Estado de salud	Línea de base	Tiempo I	Tiempo II
Muy bueno-bueno	71,3	68,6	68,1
Regular	25,5	24,3	24,5
Muy malo-malo	3,2	7,1	5,3
Sin información	-	-	2,1
Total	100 (94334)	100 (71)	100 (94)

En el Tiempo I, quienes continúan en el programa tienen mayor percepción de estar mal de salud en relación a los que abandonaron. Pero esta situación se revierte en el Tiempo II, en donde un tercio de quienes abandonaron el programa evalúan como regular su estado de salud. Mientras que quienes continúan, ocho de cada diez lo evalúan de muy bueno o bueno.

Tabla 24: Distribución porcentual de los usuarios por situación en el programa según percepción de su estado de salud en los tiempos del seguimiento.

Estado de salud	Tiempo I		Tiempo II		
	Continúan	Abandono	Continúan	Abandono	Egresos
Muy bueno-bueno	66,7	72,0	80,4	55,8	60,0
Regular	24,4	24,0	17,4	32,6	20,0
Muy malo-malo	8,9	4,0	2,2	7,0	20,0

Sin información				4,7	
Total	100 (45)	100 (26)	100 (46)	100 (43)	100 (5)

En la segunda y tercera entrevistas, se indagó sobre la percepción de las personas respecto de los cambios o no en relación a varias situaciones vinculadas a la salud, tales como problemas para dormir (insomnio), cantidad y calidad de alimentos que consume (salud alimentaria y nutricional), problemas odontológicos (salud bucal y dental), intranquilidad y ansiedad (signos de estrés), y sentimientos de angustia o tristeza (signos de depresión).

En las siguientes tablas se presentan estas evaluaciones en los Tiempos I y II y según los personas continúen o no en el programa.

Al cabo de 2 años de haber ingresado al programa, quienes continúan en el mismo u otro programa, han mejorado en mayor medida que quienes abandonaron, en sus problemas para dormir. Las personas que abandonaron o bien siguen igual o han empeorado en un 26% y 14% respectivamente.

Tabla 25: Distribución porcentual de los usuarios por situación en el programa según percepción de cambios en problemas para dormir en los tiempos del seguimiento.

Evaluación del cambio	Tiempo I (a los 4 meses)		Tiempo II (a los 24 meses)		
	Continúan	Abandono	Continúan	Abandono	Egreso
Empeoró		3,8	6,5	14,0	20,0
Sigue igual	40,0	26,9	10,9	25,6	40,0
Mejóro	60,0	69,2	63,0	58,1	40,0
No sabe			19,6		
Sin información				2,3	
Total	100 (45)	100 (26)	100 (46)	100 (43)	100 (5)

En un contexto general de mejora en la cantidad y calidad de alimentos que consume, la percepción de un cambio positivo es mayor entre los que continúan en el programa en el Tiempo II, ya que en el Tiempo I la evaluación fue mejor en el grupo que había abandonado.

Tabla 26: Distribución porcentual de los usuarios por situación en el programa según percepción de cambios en la cantidad y calidad de alimentos que consume en los tiempos del seguimiento.

Evaluación del cambio	Tiempo I (a los 4 meses)		Tiempo II (a los 24 meses)		
	Continúan	Abandono	Continúan	Abandono	Egreso
Empeoró	4,4		4,3	7,0	
Sigue igual	33,3	30,8	15,2	20,9	
Mejóro	62,2	69,2	80,4	72,1	100,0
No sabe					
Total	100 (45)	100 (26)	100 (46)	100 (43)	100 (5)

Los problemas de salud bucal y dental mejoraron para la mitad de las personas que fueron entrevistadas a los 24 meses, tanto de los que permanecían en el programa o los que lo habían

abandonado. En cambio entre los que continuaban (en el Tiempo II) fue mayor la percepción de haber empeorado en su salud bucal.

Tabla 27: Distribución porcentual de los usuarios por situación en el programa según percepción de cambios en problemas de salud bucal y dental en los tiempos del seguimiento.

Evaluación del cambio	Tiempo I (a los 4 meses)		Tiempo II (a los 24 meses)		
	Continúan	Abandono	Continúan	Abandono	Egreso
Empeoró	20,5	11,5	28,3	9,3	20,0
Sigue igual	56,8	46,2	17,4	37,2	20,0
Mejóro	22,7	38,5	50,0	51,2	60,0
No sabe			4,3	2,3	
Sin información		3,8			
Total	100 (45)	100 (26)	100 (46)	100 (43)	100 (5)

La tabla siguiente muestra la evaluación respecto de las sensaciones de intranquilidad, ansiedad o dificultades para controlar los impulsos (signos de estrés e impulsividad). En el Tiempo I, quienes habían abandonado el programa tenían mayor cambio positivo. Pero en el Tiempo II, hubo un empeoramiento para ambos grupos, pero mayor para quienes habían abandonado el programa.

Tabla 28: Distribución porcentual de los usuarios por situación en el programa según percepción de cambios en relación a sensación de intranquilidad, ansiedad o dificultad para controlar impulsos en los tiempos del seguimiento.

Evaluación del cambio	Tiempo I (a los 4 meses)		Tiempo II (a los 24 meses)		
	Continúan	Abandono	Continúan	Abandono	Egreso
Empeoró	15,6		17,4	19,0	20,0
Sigue igual	40,0	42,3	26,1	35,7	20,0
Mejóro	44,4	57,7	45,7	45,2	60,0
No sabe			10,9		
Total	100 (45)	100 (26)	100 (46)	100 (43)	100 (5)

En relación a la percepción de sentimientos de angustia y tristeza (signos de depresión) a los 4 meses la sensación de haber mejorado fue mayor entre quienes abandonaron el programa y esta situación se revierte en el Tiempo II, en donde estaban mejor quienes continuaban.

Tabla 29: Distribución porcentual de los usuarios por situación en el programa según percepción de cambios en relación a sentimientos de tristeza en los tiempos del seguimiento.

Evaluación del cambio	Tiempo I (a los 4 meses)		Tiempo II (a los 24 meses)		
	Continúan	Abandono	Continúan	Abandono	Egresas
Empeoró	22,2	7,7	10,9	23,3	40,0
Sigue igual	51,1	26,9	28,3	37,2	40,0
Mejóro	26,7	65,4	56,5	39,5	20,0
No sabe			4,3		
Total	100 (45)	100 (26)	100 (46)	100 (43)	100)

d) Aspectos relacionados con los vínculos personales y sociales

En esta sección del informe se analizan las variables que dan cuenta de los avances o mejoras en los vínculos personales, a los 4 meses y a los 24 meses de haber ingresado al programa de tratamiento o atención.

Algunas preguntas se refieren a la percepción personal y otras a hechos concretos. La tabla siguiente refiere a episodios concretos que pudieron haber existido o no, como la participación por primera vez o el haber retomado la participación en actividades sociales o comunitarias, tales como clubes deportivos o sociales, grupos políticos o sindicales, iglesias o grupos religiosos y otras actividades similares.

A los 4 meses de haber ingresado, quienes habían abandonado el programa habían retomado actividades sociales o comunitarias en mayor medida que quienes continuaban, pero al cabo de los 24 meses, la situación fue la inversa, ya que quienes continuaban en el programa incrementaron en casi 20 puntos porcentuales su participación social, en tanto que decreció en el grupo que abandonó el programa de atención.

Tabla 30: Distribución porcentual de los usuarios por situación en el programa según haya retomado su participación en actividades sociales en los tiempos del seguimiento.

Retomó actividades	Tiempo I (a los 4 meses)		Tiempo II (a los 24 meses)		
	Continúan	Abandono	Continúan	Abandono	Egresas
Si	40,9	44,0	58,7	39,5	40,0
No	50,0	56,0	41,3	60,5	60,0
No porque estaba internado/a	9,1				
Total	100 (45)	100 (26)	100 (46)	100 (43)	100 (5)

En cuanto a una mejora en la autovaloración positiva de sus capacidades (autoestima), entendida como la percepción de que las cosas que se propone hacer en este momento les pueden salir mejor que antes, alcanza a más del 95% de quienes continúan en el programa. Hacia los 24 meses, esta percepción decae en el grupo que abandonó y se incrementa la opinión contraria a casi el 20%.

Tabla 31: Distribución porcentual de los usuarios por situación en el programa según cómo piensan si las cosas que se propone le pueden salir mejor que antes en los tiempos del seguimiento.

Cómo piensa	Tiempo I (a los 4 meses)		Tiempo II (a los 24 meses)		
	Continúan	Abandono	Continúan	Abandono	Egreso
Si	97,8	88,5	95,7	76,7	80,0
No		3,8		18,6	
No sé/no estoy seguro	2,2	7,7	4,3	4,7	20,0
Total	100 (45)	100 (26)	100 (46)	100 (43)	100 (5)

La confianza en sí mismos se ha incrementado en la mayoría de los casos (superior al 80%). Pero en el Tiempo I es mayor en el grupo que abandonó y en el Tiempo II en el grupo que continúa en el programa.

Tabla 32: Distribución porcentual de los usuarios por situación en el programa según si tienen más confianza en ellos mismos que antes, en los tiempos del seguimiento.

Cómo piensa	Tiempo I (a los 4 meses)		Tiempo II (a los 24 meses)		
	Continúan	Abandono	Continúan	Abandono	Egresas
Si	84,4	88,5	89,1	81,4	40,0
No	6,7	3,8	2,2	4,7	40,0
No sé/no estoy seguro	8,9	7,7	8,7	14,0	20,0
Total	100 (45)	100 (26)	100 (46)	100 (43)	100 (5)

Un aspecto de la autovaloración positiva es pensar que los otros piensan bien de uno mismo. Y en este sentido, frente a la pregunta sobre si considera que en el momento de la entrevista la gente piensa mejor de ellos que antes, más de la mitad del conjunto de casos dijo que sí, pero fue mayor entre los que continuaban a los 4 meses. Al cabo de los 24 meses en ambos grupos esta opinión alcanzó al 65%, mientras que entre el 28% y el 30% de las personas entrevistadas manifestó no estar seguro¹⁰.

Tabla 33: Distribución porcentual de los usuarios por situación en el programa según considera que la gente piensa mejor de ellos que antes, en los tiempos del seguimiento.

Cómo piensa	Tiempo I (a los 4 meses)		Tiempo II (a los 24 meses)		
	Continúan	Abandono	Continúan	Abandono	Egresas
Si	62,2	53,8	65,2	65,1	20,0
No	15,6	7,7	4,3	7,0	40,0
No sé/no estoy seguro	22,2	38,5	30,4	27,9	40,0
Total	100 (45)	100 (26)	100 (46)	100 (43)	100 (5)

El mejoramiento del contacto con la familia ocurre en mayor medida entre los que abandonaron el programa, tanto a los 4 meses como a los 24 meses.

Tabla 34: Distribución porcentual de los usuarios por situación en el programa según considera que mejoró el contacto con su familia, en los tiempos del seguimiento.

Cómo piensa	Tiempo I (a los 4 meses)		Tiempo II (a los 24 meses)		
	Continúan	Abandono	Continúan	Abandono	Egresas
Si	73,3	80,8	73,9	83,7	60,0
No	17,8		17,4	14,0	20,0
No sé/no estoy seguro	8,9	19,2	8,7	2,3	20,0

¹⁰ La pregunta de si creían que las personas pensaban mejor de ellos que antes dio lugar muchas veces a respuestas no contempladas. Muchos encuestados respondían que no les preocupaba lo que la gente pensara de ellos, por lo que es complejo definirlo como un indicador de mejoría en su valoración personal en los últimos 4 meses. Puede ser que por eso sea tan alto el porcentaje de “no sé/no estoy seguro”.

Total	100 (45)	100 (26)	100 (46)	100 (43)	100 (5)
--------------	----------	----------	----------	----------	---------

El vínculo con el círculo de amigos es complejo debido a la importancia que tiene el grupo de pares en las situaciones de consumo. Por otra parte, en el caso de los centros de tratamiento, los pacientes no pueden tener contacto con amigos con los cuales se encontraban en los momentos de consumo. Se observa entonces que aquellas personas que abandonaron el tratamiento a los 4 meses habían mejorado sus contactos con amigos en 20 puntos porcentuales más que los que continuaban en el programa. Es interesante notar que al cabo de 24 meses, quienes continuaban en el programa incrementaron los contactos con amigos en esa misma brecha.

Tabla 35: Distribución porcentual de los usuarios por situación en el programa según considera que mejoró el contacto con amigos, en los tiempos del seguimiento.

Cómo piensa	Tiempo I (a los 4 meses)		Tiempo II (a los 24 meses)		
	Continúan	Abandono	Continúan	Abandono	Egresas
Si	40,0	61,5	58,7	60,5	60,0
No	42,2	15,4	17,4	34,9	40,0
No sé/no estoy seguro	17,8	23,1	23,9	4,7	
Total	100 (45)	100 (26)	100 (46)	100 (43)	100 (5)

Cuando la pregunta refiere a la recuperación de contactos o vínculos con personas que son importantes para ellos, es decir, que habían perdido o de los cuales estaban alejados, la respuesta positiva alcanzó al 73% de las personas que habían abandonado el programa en el Tiempo I y al 60% de quienes continuaban. A los 24 meses o Tiempo II los primeros descienden al 65% y en los segundos se incrementa al 74% la recuperación de vínculos sociales importantes.

Tabla 36: Distribución porcentual de los usuarios por situación en el programa según considera que recuperó vínculos importantes, en los tiempos del seguimiento.

Cómo piensa	Tiempo I (a los 4 meses)		Tiempo II (a los 24 meses)		
	Continúan	Abandono	Continúan	Abandono	Egresas
Si	60,0	73,1	73,9	65,1	40,0
No	37,8	15,4	21,7	32,6	60,0
No sé/no estoy seguro	2,2	11,5	4,3	2,3	
Total	100 (45)	100 (26)	100 (46)	100 (43)	100 (5)

Los cambios en la distribución de las personas según la escala de soporte social¹¹ se observan en la tabla siguiente. El peso de los niveles muy bajo y bajo desciende tanto en el Tiempo I y II

¹¹ La Escala de Soporte Social se nutre de nueve indicadores que son descriptores de situaciones frente a las cuales los entrevistados debían manifestar su nivel de acuerdo o desacuerdo, en una escala que tiene en sus extremos las opciones de totalmente de acuerdo o desacuerdo. Estos indicadores son situaciones que refieren a la percepción de los entrevistados respecto del entorno familiar y de amigos, en tanto referentes relevantes en el proceso del

y se incrementa notoriamente el nivel medio, que crece del 28% al 41%. La cantidad de personas clasificadas en el nivel alto se mantiene estable alrededor del 28%.

Tabla 37: Distribución porcentual de los usuarios según Escala de soporte social en los tiempos del seguimiento.

Soporte social	Línea de base	Tiempo I	Tiempo II
Muy bajo	17,0	9,9	10,6
Bajo	26,6	25,4	20,2
Medio	28,7	33,8	41,5
Alto	27,7	31,0	27,7
Total	100 (94)	100 (71)	100 (94)

La composición de los grupos bajo análisis según la escala de soporte social en la cual están clasificados en los Tiempos I y II presenta diferencias sutiles. Por lo tanto podríamos resaltar que en el grupo que continúa en el programa a los 4 meses se encuentra un 15,6% que clasifica en el nivel más vulnerable desde este punto de vista, y que dentro del grupo que abandona la mitad clasifica en el nivel medio. En el Tiempo II no hay importantes diferencias entre los grupos.

Tabla 38: Distribución porcentual de los usuarios por situación en el programa según Escalas de soporte social en los tiempos del seguimiento.

Escala de soporte social	Tiempo I (a los 4 meses)		Tiempo II (a los 24 meses)		
	Continúan	Abandono	Continúan	Abandono	Egreso
Muy bajo	15,6		10,9	11,6	
Bajo	20,0	34,6	19,6	20,9	20,0
Medio	24,4	50,0	43,5	37,2	60,0
Alto	40,0	15,4	26,1	30,2	20,0
Total	100 (45)	100 (26)	100 (46)	100 (43)	100 (5)

e) Aspectos relacionados a la violencia

tratamiento. Textualmente estas afirmaciones son: Tiene personas cercanas que lo motivan y lo alientan para que se recupere, Tiene personas cercanas en su familia que desean ayudarlo a mantenerse alejado de las drogas, Tiene buenos amigos que no consumen drogas, Tiene personas cercanas en quienes siempre podrá confiar, Tiene personas cercanas que entienden su situación y problemas, En el lugar donde trabaja/trabajaba el consumo de drogas es/era común, Tiene personas cercanas que esperan que pueda hacer cambios positivos en su vida, Tiene personas cercanas que lo ayudan a desarrollar confianza en sí mismo, Tiene personas cercanas que lo respetan a él y a los esfuerzos que está haciendo en este tratamiento. Se definieron cuatro niveles de sostenimiento o soporte social, en una escala ordinal que distribuye a los entrevistados en niveles: muy bajo, bajo, medio o alto soporte social, de acuerdo a cómo respondieron a los ítems anteriormente mencionados.

La última dimensión de análisis de los cambios ocurridos en esta población refiere a los episodios relacionados a la violencia callejera, intrafamiliar e institucional. También sobre la vinculación de estas personas en actos de infracción a la ley penal. La referencia temporal de cada pregunta es diferente según sea la primera entrevista o línea de base, que se refiere a los 12 meses anteriores a ese momento. En la segunda entrevista o Tiempo I, la pregunta refiere a los últimos 4 meses y en la tercera entrevista o Tiempo II, la pregunta refiere a los últimos 12 meses.

La tabla siguiente muestra en qué proporción la población bajo análisis estuvo involucrada en actos violentos (golpes, gritos, insultos, amenazas) o riñas callejeras en el tiempo referido en cada una de las entrevistas.

Los cambios entre la Línea de base y el Tiempo II indican mejora en este indicador, donde la participación en episodios violentos o riñas callejeras se redujo del 53,2% al 41,5% al cabo de 24 meses. El cambio más notorio se observa en la caída de la mayor frecuencia de ocurrencia de estos actos, del 40,4% al 28,7%.

Tabla 39: Distribución porcentual de los usuarios según Cantidad de veces que ha participado de actos violentos o riñas callejeras en cada entrevista.

Cantidad de veces	Línea de base (a los 12 meses antes del ingreso)	Tiempo I (a los 4 meses anteriores)	Tiempo II (a los 12 meses anteriores)
Ninguna vez	43,6	74,3	58,5
Una vez	12,8	10,0	12,8
Dos o más veces	40,4	15,7	28,7
Sin información	3,2		
Total	100 (94)	100 (71)	100 (94)

De las personas que abandonaron el programa, un 16% había participado en episodios de violencia callejera en el Tiempo I, frente al 31,1% de quienes continuaban. Pero en el Tiempo II quienes abandonaron incrementaron más su participación en episodios violentos callejeros que aquellos que continuaban en el programa.

Tabla 40: Distribución porcentual de los usuarios por situación en el programa según cantidad de veces que ha participado de actos violentos o riñas callejeras en los tiempos del seguimiento.

Cantidad de veces	Tiempo I (a los 4 meses)		Tiempo II (a los 24 meses)		
	Continúan	Abandono	Continúan	Abandono	Egresos
Ninguna vez	68,9	84,0	52,2	62,8	80,0
Una vez	11,1	8,0	10,9	16,3	
Dos o más veces	20,0	8,0	37,0	20,9	20,0
Total	100 (45)	100 (26)	100 (46)	100 (43)	100 (5)

La tabla siguiente indica que los episodios de violencia intrafamiliar han disminuido en esta población, del 42,6% registrado en la Línea de base a 25,5% registrados en el Tiempo II.

Tabla 41: Distribución porcentual de los usuarios según Cantidad de veces que ha participado situaciones de violencia intrafamiliar en cada entrevista.

Cantidad de veces	Línea de base (a los 12 meses antes del ingreso)	Tiempo I (a los 4 meses anteriores)	Tiempo II (a los 12 meses anteriores)
Ninguna vez	57,4	76,1	73,4
Una vez	12,8	8,5	6,4
Dos o más veces	29,8	15,5	19,1
Sin información			1,1
Total	100 (94)	100 (71)	100 (94)

Al año de haber ingresado al programa, el grupo de quienes continuaban en el mismo había tenido menos episodios de violencia intrafamiliar que sus pares que abandonaron.

Tabla 42: Distribución porcentual de los usuarios por situación en el programa según cantidad de veces que ha estado involucrado en situaciones de violencia familiar en los tiempos del seguimiento.

Cantidad de veces	Tiempo I (a los 4 meses)		Tiempo II (a los 24 meses)		
	Continúan	Abandono	Continúan	Abandono	Egreso
Ninguna vez	71,1	84,6	76,1	72,1	60,0
Una vez	8,9	7,7	8,7	4,7	
Dos o más veces	20,0	7,7	15,2	20,9	40,0
Sin información				2,3	
Total	100 (45)	100 (26)	100 (46)	100 (43)	100 (5)

En relación a la comisión de delitos, del 35,1% de personas que habían cometido al menos un delito durante el año anterior al ingreso al programa, al cabo de dos años se redujo al 16%.

Tabla 43: Distribución porcentual de los usuarios según Cantidad de veces que ha cometido algún delito en cada entrevista.

Cantidad de veces	Línea de base (a los 12 meses antes del ingreso)	Tiempo I (a los 4 meses anteriores)	Tiempo II (a los 12 meses anteriores)
Ninguna vez	64,9	90,1	83,0
Una vez	7,4	2,8	3,2
Dos o más veces	27,7	7,0	12,8
Sin información			1,1
Total	100 (94)	100 (71)	100 (94)

Entre aquellas personas que continuaban en el programa al cabo de los 24 meses del ingreso al mismo, un 26% durante ese año cometió algún delito. Entre los que abandonaron, este porcentaje se redujo al 4,6%.

Tabla 44: Distribución porcentual de los usuarios por situación en el programa según cantidad de veces que ha cometido algún delito en los tiempos del seguimiento.

Cantidad de veces	Tiempo I (a los 4 meses)		Tiempo II (a los 24 meses)		
	Continúan	Abandono	Continúan	Abandono	Egreso
Ninguna vez	84,4	100,0	73,9	93,0	80,0
Una vez	4,4		2,2	2,3	20,0
Dos o más veces	11,1		23,9	2,3	
Sin información				2,3	
Total	100 (45)	100 (26)	100 (46)	100 (43)	100 (5)

En relación a la vulnerabilidad frente a la policía o fuerzas de seguridad, observada a través de los episodios de haber sido perseguidos u hostigados sin motivo, los datos indican una mejora entre la Línea de base y los 24 meses, ya que la población que manifestó estos episodios se redujo del 40,4% al 22,4%.

Tabla 45: Distribución porcentual de los usuarios según Cantidad de veces que ha sido perseguido por la policía sin motivo en cada entrevista.

Cantidad de veces	Línea de base (a los 12 meses antes del ingreso)	Tiempo I (a los 4 meses anteriores)	Tiempo II (a los 12 meses anteriores)
Ninguna vez	59,6	84,5	76,6
Una vez	10,6	2,8	1,1
Dos o más veces	29,8	12,7	21,3
Sin información			1,1
Total	100 (94)	100 (71)	100 (94)

Al cabo de un año del ingreso al programa, el 26% de quienes aún continuaban en el mismo indicaron que fueron perseguidos por la policía sin motivo y en el grupo que abandonó el programa este porcentaje fue del 18,6%.

Tabla 46: Distribución porcentual de los usuarios por situación en el programa según cantidad de veces que ha sido perseguido por la policía sin motivo en los tiempos del seguimiento.

Cantidad de veces	Tiempo I (a los 4 meses)		Tiempo II (a los 24 meses)		
	Continúan	Abandono	Continúan	Abandono	Egreso
Ninguna vez	77,8	96,2	73,9	79,1	80,0
Una vez	2,2	3,8		2,3	
Dos o más veces	20,0		26,1	16,3	20,0
				2,3	
Total	100 (45)	100 (26)	100 (46)	100 (43)	100 (5)

1.3 Algunas conclusiones

El análisis presentado si bien tiene las limitaciones propias de un abordaje exploratorio y un escaso número de casos bajo observación, ha podido establecer algunas diferencias entre los tiempos del seguimiento y entre los usuarios que continúan en el programa o lo han abandonado. **Un tema a debatir es si la permanencia al cabo de dos años de haber ingresado es una situación deseable, es decir, ¿es en sí mismo un indicador positivo?** Quizás algunas de las características encontradas en un grupo u otro nos permitan pensar en términos de este planteo:

- ❖ Los datos analizados muestran una mayor proporción de retención de usuarios en los programas de atención y contención social que en los centros de tratamiento, tanto a los 4 meses como a los 24 meses. Estos programas se diferencian, entre otras cosas, porque tienen un bajo umbral de exigencia para que las personas permanezcan en los mismos, característica que debe estar vinculada a este resultado. De hecho, alrededor del 95% los usuarios que estaban en centros comunitarios continuaban en los mismos al cabo de los 4 y 24 meses de haber ingresado. A los 24 meses continúa el 36.7% de quienes están en programas residenciales y el 33% en modalidad ambulatoria. Sin embargo, debido a que la muestra no fue representativa ni estratificada por tipo de instituciones o programas, esta información debe ser tomada como un insumo para futuras hipótesis. El análisis de la efectividad de los programas de tratamiento y de atención requiere de un diseño específico.
- ❖ Las mujeres tienen mayor permanencia en el programa de atención o tratamiento en los dos tiempos de seguimiento observados, que sus pares varones. Mientras que las personas más jóvenes en mayor medida ya habían abandonado el programa a los 4 meses y al cabo de 24 meses también se encontró una mayor proporción de jóvenes en esta condición.
- ❖ La tenencia de hijos y la motivación vinculada a presiones de familiares y amigos son condiciones más asociadas a la permanencia al cabo de 24 meses. Sin embargo, no hay diferencias en relación a las expectativas hacia el futuro, sea vinculadas al consumo, al entorno o a los proyectos personales.
- ❖ Quienes abandonaron el programa viven en su mayoría con familiares o amigos, en tanto que sólo la mitad de quienes continúan, ya que viven solos, en albergues o centros de salud. La mayoría de los que continúan en el programa está soltero o separado de su pareja, sólo un 15% está casado, mientras que un cuarto de los que abandonaron están en pareja.
- ❖ En ambos grupos la situación de calle se redujo y considerándolos en su conjunto, pasó del 12,8% en la línea de base al 2,1% en la tercera entrevista. En ambos grupos se recupera la condición de trabajador ocupado, pasando del 25,5% al 62,8% al cabo de 24 meses. Los que continúan en el programa recuperan más el trabajo en el periodo más largo, como si fuese un logro que requiere de mayor tiempo para objetivarse.
- ❖ En relación al consumo de pasta base, droga principal de demanda de tratamiento, la información analizada indica claramente un abandono del consumo en los tiempos del seguimiento, siendo mayor al cabo de 2 años, como así también un decrecimiento del consumo intenso, que ya se observa a los 4 meses. Sin embargo, hacia los 24 meses, en un contexto de mayor abandono del consumo, hay un

incremento en el uso regular e intenso en relación al Tiempo I en el grupo que abandonó el programa.

- ❖ En relación a los cambios sobre la percepción del estado de salud en general y en relación a los problemas para dormir, la cantidad y calidad de los alimentos que consume y la ansiedad o intranquilidad, a los 4 meses son las personas que abandonaron el programa los que reconocen estar mejor, pero al cabo de 24 meses, se invierte la relación y son los que continúan en el programa quienes se sienten mejor.
- ❖ En relación a los vínculos sociales se observa que los Tiempos I y II imprimen cambios en relación a los grupos: los que continúan en el programa presentan mejores condiciones al cabo de dos años que quienes lo abandonaron, en relación a la recuperación de actividades sociales o comunitarias, la autovaloración positiva y el mejoramiento en el contacto con amigos. En cambio, el grupo que abandonó el programa tuvo un mejoramiento en el contacto con la familia tanto a los 4 meses como a los dos años de haber ingresado al programa.
- ❖ En relación a los aspectos vinculados a la violencia, los indicadores de haber participado en riñas callejeras se redujeron al cabo de 24 meses, pero en el grupo que había abandonado el programa se observó un empeoramiento al cabo de dos años. Lo mismo se observa en relación a episodios de violencia familiar, en donde la ocurrencia de hechos descende, pero en mayor medida entre quienes continúan. Sin embargo, en la comisión de delitos y en el padecimiento de persecución policial, si bien disminuye en el tiempo observado, los que continúan en el programa presentan un empeoramiento de la situación.

PARTE 2

ABORDAJE CUALITATIVO

En esta parte del informe se presenta el análisis de las entrevistas en profundidad realizadas a 16 usuarios de cocaínas fumables que habían participado en la primera entrevista o línea de base y que al momento de realizarse el segundo seguimiento, se encontraban en el programa o bien lo habían abandonado.

El objetivo del componente cualitativo de esta investigación buscó profundizar el conocimiento construido de manera cuantitativa, especialmente en relación a las experiencias biográficas y las trayectorias terapéuticas de estas personas. Los abordajes cualitativos, y en particular el paradigma interpretativo, se basan en la búsqueda de la comprensión del sentido de la acción social desde la perspectiva de los sujetos, considerados actores sociales (Kornblit, 2004). De este modo, se analizaron los patrones de consumo de drogas, las experiencias biográficas y las trayectorias terapéuticas de usuarios de cocaínas fumables de 18 años o más que se encontraron en tratamiento o recibieron asistencia para el consumo problemático de esta sustancia en los últimos dos años en los programas de atención y contención social (dispositivos de apoyo-contención) o en los centros de tratamiento que participaron en la Línea de base en Argentina y Uruguay.

Los resultados de este abordaje cualitativo de la investigación se organizan en cuatro apartados: Patrones y trayectorias de consumo de drogas; Vulnerabilidad social y principales problemáticas; Trayectorias terapéuticas y motivaciones para iniciar los tratamientos; y La rehabilitación y la reinserción social. Finalmente, se recuperan los principales hallazgos y se proponen algunas interpretaciones de los datos.

2.1 Metodología

Las entrevistas semi-estructuradas fueron conducidas a partir de una guía de pautas que funcionó como hoja de ruta. La guía contenía ciertos temas y dimensiones de interés, pero sin un orden determinado, ya que el mismo dependería de cómo se iba planteando la conversación y, del mismo modo, quedaba abierta la posibilidad de la incorporación de temáticas emergentes, es decir, no contempladas inicialmente.¹²

Las dimensiones contenidas en la guía de pautas fueron las características sociodemográficas de los entrevistados (edad, lugar de nacimiento, lugar de residencia, características del núcleo

¹² En el anexo se encuentra la guía de pautas.

familiar, situación económica, condición educativa y laboral y percepción de planes sociales); la situación previa al ingreso al programa de atención y contención social o centro de tratamiento; los patrones de consumo de drogas antes de ingresar a la institución; las experiencias vinculadas con el ingreso a la institución (forma en que la conoció, forma en que llegó, sensaciones iniciales, entrevistas de admisión); la evaluación del tratamiento y de su situación personal (aspectos positivos y negativos de la institución y del tratamiento, aspectos de su vida que se vieron modificados por el tratamiento); su salud mental y física; y su trayectoria de tratamientos para el consumo de drogas.

La muestra fue intencional por cuotas y la selección de los casos fue por conveniencia. Las variables para la delimitación de las cuotas fueron “sexo”, “edad”, “tiempo transcurrido desde primer consumo de alguna droga” y “permanencia en el tratamiento”. Para la variable “edad” fueron contruidos tres grupos: de 18 a 24 años, de 25 a 35 años y de 36 a 60 años. La variable “tiempo transcurrido desde el primer consumo de alguna droga” contempló tres categorías: hasta 5 años, de 6 a 15 años y 16 años o más. Finalmente, la variable “permanencia en el tratamiento” fue dicotómica y sus categorías fueron “permanencia” o “abandono”. Las cuotas a cubrir fueron distribuidas entre los equipos de Argentina y Uruguay. La construcción final de las cuotas resultó del cruce de la variable sexo con las categorías de las otras tres variables. Fue realizada una entrevista para cubrir cada una de las cuotas, por lo que la muestra estuvo conformada por 16 casos, 8 realizadas en Uruguay y 8 en Argentina.

Cuotas entrevistadas en Argentina	Cuotas entrevistadas en Uruguay
Varón de 25 a 35 años	Mujer de 25 a 35 años
Mujer con 6 a 15 años de consumo	Varón con 6 a 15 años de consumo
Varón con 16 años o más de consumo	Mujer con 16 años o más de consumo
Varón que abandonó el tratamiento	Mujer que abandonó el tratamiento
Mujer que permanece en el tratamiento	Varón que permanece en el tratamiento
Mujer de 18 a 24 años	Varón de 18 a 24 años
Varón con hasta 5 años de consumo	Mujer con hasta 5 años de consumo
Mujer de 36 a 60 años	Varón de 36 a 60 años

La duración de las entrevistas realizadas en Argentina fue heterogénea. Ello respondió, fundamentalmente, al grado de expresividad de los participantes. La entrevista más corta fue de 8 minutos y la más larga de 2 horas y 20 minutos. El promedio de duración fue de 46 minutos. Todas las entrevistas fueron realizadas en los propios programas de atención o

tratamiento en donde se encontraban recibiendo asistencia las personas. De los 8 entrevistados de Argentina, dos habían abandonado el tratamiento. El primero de los casos corresponde a una joven de 20 años que había interrumpido su internación en una comunidad terapéutica, pero mantenía contacto con la directora de la institución, y ella fue quien organizó el encuentro para la realización de la entrevista en el propio centro. El segundo caso es el de un varón de 30 años que no pudo localizarse en la segunda entrevista, pero sí en la tercera y se encontraba en una institución distinta. Dado que aún no había comenzado a recibir asistencia en este nuevo programa, fue incluido en la cuota “varón que abandonó”. La entrevista fue realizada en este último programa.

Una condición para ser entrevistados era la firma del consentimiento informado, una copia para el entrevistado o entrevistada y otra copia que se conserva¹³. El consentimiento daba cuenta, con un lenguaje claro y accesible, de los objetivos y propósitos del estudio, del carácter voluntario de la participación y la potestad del o de la entrevistado/a de interrumpir la entrevista en cualquier momento, sin necesidad de justificar dicha decisión, y del manejo confidencial de los datos. Las entrevistas fueron grabadas, bajo aclaración de que serían transcritas sin los nombres verdaderos y que en todas las futuras publicaciones a realizar con este material serían modificados los nombres cualquier persona que fuera mencionada, de modo tal que no pudieran ser identificados. El proyecto contó con el aval del Comité de Ética en Investigación Clínica (CEIC) bajo el protocolo N°1266/75/2015.

En relación a la experiencia del equipo en Uruguay, la disposición de las instituciones y personas para responder la tercera entrevista fue buena y el cuestionario cuantitativo funcionó sin inconvenientes. De todas maneras, si bien hubo buena recepción por parte de las instituciones, en la mayoría de los casos los centros no realizan seguimiento a quienes se desvinculan o egresan y, por lo tanto, luego de comprobar la poca información con la que contaban los centros, el foco del trabajo en la búsqueda estuvo puesto en los usuarios y en familiares que pudieran brindar más información. También se realizaron las entrevistas con el consentimiento informado de las personas que participaron.

¹³ En el anexo se encuentra el consentimiento informado para la realización de las entrevistas.

2.2 Resultados

2.2.1 Patrones y trayectorias de consumo de drogas

El análisis de las experiencias de los entrevistados con el consumo de pasta base/paco muestra una heterogeneidad que contradice buena parte de las significaciones que se difunden desde los medios de comunicación. Si bien buena parte de los entrevistados da cuenta de un consumo intensivo de la sustancia antes de iniciar el tratamiento, otros comienzan a asistir a un centro de tratamiento o a un programa de atención y contención social sin haber consumido pasta base/paco en el último mes antes del ingreso. El consumo intensivo es definido por los encuestados como aquel que tiene lugar todos los días y, para una parte de la muestra, incluso varias veces por día.

El ingreso al tratamiento supone para algunos una interrupción abrupta del consumo, mientras que para otros es la posibilidad de reducir la frecuencia y la cantidad de dosis. Ello no se explica por características propias de los sujetos sino, fundamentalmente, por el tipo de institución en la que se encuentran recibiendo tratamiento. La prohibición de consumir drogas ilícitas y bebidas alcohólicas –que es propia de todo centro de tratamiento– sumado al carácter residencial de las comunidades terapéuticas, redundan en que quienes reciben asistencia en este tipo de instituciones se encuentren imposibilitados de consumir durante su internación.

El uso de drogas o las recaídas se producen, en su gran mayoría, durante las salidas transitorias. Por su parte, quienes realizan un tratamiento ambulatorio (tanto en programas de atención y contención social como en centros de tratamiento formal) podrían llegar a consumir por fuera del horario en que asisten a las instituciones, pese a las recomendaciones e imposiciones de los directivos, referentes y profesionales de las mismas. En otros casos, el inicio de un proceso terapéutico supone la sustitución del consumo de pasta base/paco por el de sustancias con menor nivel de toxicidad y potencial adictivo como la marihuana. El riesgo de tener una recaída se asocia, para algunos entrevistados de programas de atención y contención social, al hecho de sentirse mejor luego de un breve período de tratamiento, lo que conduce a la falsa percepción de que uno ya se encuentra rehabilitado.

La extensa trayectoria de consumo de pasta base/paco de algunos entrevistados desmiente una idea arraigada en el sentido común, según la cual las personas que utilizan esta sustancia mueren al poco tiempo de comenzar a consumir. A modo de ejemplo, Javier¹⁴ mencionó consumir esta droga de manera ininterrumpida desde hace 14 años y Ernestina afirmó haberlo

¹⁴ Como mencionamos anteriormente los nombres de los entrevistados fueron reemplazados por seudónimos.

hecho durante 9 años. A la convivencia con el uso de pasta base/paco durante períodos prolongados de tiempo debe añadirse, entre los elementos que contradicen ciertas representaciones de sentido común y periodístico sobre la temática, el hecho de que la edad de inicio en el consumo sea considerablemente más tardía de lo que suele indicarse (en torno a los 22 años).

Otro aspecto que expresa la heterogeneidad en los patrones de uso de drogas de los entrevistados es la existencia o no de policonsumo. Mientras que algunos expresan que una vez que comienzan a consumir pasta base/paco abandonan el consumo del resto de las sustancias (especialmente las ilícitas), otros señalan que siguen utilizando otras drogas como cocaína, marihuana y psicofármacos.

Tres entrevistados de Argentina refieren a situaciones en las que el consumo de pasta base/paco se comparte con familiares, o bien, éstos lo avalan. Diana, joven de 20 años que abandonó el tratamiento en la comunidad terapéutica católica, relata que su madre invitaba a su casa a personas con las que consumían drogas delante de ella y luego comenzaron a consumir juntas. Tanto ella como Fabricio, joven de 19 años que continúa el tratamiento en la misma institución, mencionan haber compartido el consumo con uno de sus hermanos. Por último, se destaca el caso de Javier, de 30 años, quien asiste a un centro barrial y registra una extensa trayectoria de tratamientos para los consumos de drogas. A diferencia del resto de los entrevistados, consume pasta base/paco delante de su padre. Éste último no objeta esta situación ya que prefiere que el consumo tenga lugar en su propia vivienda y no en la calle y, en ocasiones, lo acompaña a adquirir dosis de la sustancia para evitar que enfrente los riesgos que implicaría que asista solo.

Un último aspecto a destacar en este apartado es el poco o ningún uso inyectable de drogas entre los entrevistados de Argentina y Uruguay. Esto exhibe una clara diferencia generacional: los más jóvenes fueron socializados en un contexto de consumo en el que inyectarse drogas ya no formaba parte del horizonte de sentido. Ello responde a la difusión de los riesgos de transmisión del VIH/SIDA y otras infecciones a través del uso compartido de jeringas.

Entrevistador: Y en esa época, ¿alguna vez te inyectaste?

Lisandro (30 años): Jamás. En el barrio donde yo vivía cuando era chico me acuerdo que había un grupo de gente que se inyectaba y ese grupo de gente cuando yo iba creciendo en la adolescencia, muchas veces nos cruzaron y nos

hablaron. Y gracias a Dios, nos reflexionaron que por inyectarse estaban con HIV [VIH] y nunca me inyecté. Nunca.

Por los motivos expuestos, en Argentina la única persona que afirma haber utilizado esta vía de administración es Rubén de 51 años, quien se inyectó durante un año con una frecuencia diaria cuando tenía 30 años. En Uruguay, el único caso es el de Gabriela, de 42 años, quien se inyectó cocaína en varias ocasiones a sus 20.

2.2.2 Vulnerabilidad social y principales problemáticas

Las entrevistas a personas bajo tratamiento en Argentina y Uruguay muestran, entre sus principales resultados, que la pasta base/paco es la droga cuyo consumo más les preocupa y es, mayoritariamente, aquella por la que se deciden a comenzar a asistir a un centro de tratamiento o a un programas de atención y contención social. Sin embargo, el consumo intensivo de esta droga no debe pensarse como la causa o inicio de los procesos de vulnerabilidad de estas personas, sino como la consecuencia de una exclusión previa que este consumo viene a agravar aún más.

El componente cualitativo de la investigación nos permitió observar con mayor profundidad y detalle algo que habíamos registrado durante las tres fases cuantitativas: la población bajo estudio presenta un perfil de alta vulnerabilidad en múltiples dimensiones (educativa, laboral, habitacional, sanitaria y socio-afectiva).¹⁵ La escasez de soportes afectivos de los entrevistados y la posibilidad de contar con los referentes y directivos de los programas de atención y contención social una vez concluido el proceso terapéutico, conduce a que los centros barriales sean significados como “una familia” que brinda contención a todos pero, especialmente, a quienes carecen de otros soportes afectivos.

Las problemáticas que vivencian o vivenciaron los entrevistados tienen una doble entidad. Mientras que, en algunos casos, son señaladas como causas por las que comenzaron a consumir, en otras son significadas como obstáculos para la recuperación del consumo problemático de drogas.

¹⁵ Del total de 148 encuestados que conformaron la línea de base en Argentina solo 1 de cada 10 finalizó la escuela secundaria; 6 de cada 10 no tienen inserción en el mercado de trabajo (formal ni informal) y casi la mitad se encuentra en situación de calle o duerme en un hogar de acogida o parador nocturno, por citar solo algunos datos significativos. En términos sanitarios, tienen una alta prevalencia de tuberculosis e infecciones de transmisión sexual. Por último, un alto porcentaje cuenta con escasos soportes afectivos: la mayoría considera que solo podrá contar con referentes o profesionales de la institución a la que asiste una vez que finalice su proceso terapéutico, mientras que menos del 20% afirma que podrá contar con sus padres, hermanos o pareja.

En términos habitacionales, como mencionábamos, la condición fundamental que se asocia a la emergencia del consumo intensivo de pasta base/paco y a la dificultad para iniciar un proceso terapéutico o sostenerlo en el tiempo, es estar en situación de calle.

En lo que respecta a la esfera laboral, los entrevistados afirman que, a diferencia de lo que les ocurrió con el consumo de otras sustancias, cuando comenzaron a fumar pasta base/paco enfrentaron dificultades para conseguir un trabajo. Cuando lo tenían, en función de sus reiteradas ausencias, asociadas al consumo problemático y las “giras”¹⁶, muchos perdieron su empleo. Análoga es la situación en la esfera educativa en la que el uso de esta sustancia redundó, para algunos entrevistados, en la deserción escolar.

El abuso sexual que sufrió durante su infancia fue mencionado por Fabricio, uno de los entrevistados que realiza tratamiento en una comunidad terapéutica católica, como la causa principal por la que comenzó a consumir drogas y a participar en actividades delictivas. Durante su internación pudo relatar por primera vez lo ocurrido. Desde su óptica –deudora de una concepción psicologista de la problemática de las adicciones– un tratamiento de rehabilitación consiste en “poner en palabras las cosas duras por las que uno pasó para poder afrontarlas”. Del mismo modo, para evitar las recaídas o no sucumbir a la “tentación” del consumo, es imperioso hablar con otra persona acerca de lo que uno está sintiendo en ese momento para comprender por qué tiene deseos de drogarse.

La muerte de un familiar querido, haber sido víctima de violencia intrafamiliar o haber sido abandonado durante la infancia por los padres, o bien, la falta de afecto por parte de éstos son situaciones que, según los entrevistados, los colocaron en una situación de desamparo. La ausencia de apoyo afectivo y contención de personas significativas del entorno familiar pueden explicar tanto la emergencia de consumos de drogas en la adolescencia y su transformación en consumos problemáticos como las dificultades para encarar y sostener un proceso de rehabilitación.

2.2.3 Trayectorias terapéuticas y motivaciones para iniciar los tratamientos

Con independencia del tipo de institución en que se encuentren (centro de tratamiento o programa de atención y contención social), la mayoría de las personas entrevistadas en ambos países manifiestan haber realizado otros tratamientos para los consumos de drogas. Entre ellos, algunos han llevado a cabo recurrentes intentos por mejorar su calidad de vida y reducir

¹⁶ Se entiende por “giras” al período de varios días (de 3 a 5) en los cuales los usuarios hacen uso intensivo de drogas, usualmente con compañeros y compañeras de consumo.

o abandonar el consumo. Se observa también una elevada interrupción de dichos procesos terapéuticos. Un elemento adicional que muestra la complejidad de resolución que presenta la problemática que analizamos es que algunos entrevistados fueron dados de alta en un tratamiento previo. Solo 5 de los 16 entrevistados no realizaron otros tratamientos para los consumos de drogas con anterioridad al que se encuentran realizando en la actualidad.

Tal como desarrollamos en la descripción de la estrategia metodológica, uno de los criterios de inclusión en la muestra era que las personas hubieran consentido el ingreso al tratamiento, es decir, no estuvieran judicializadas o realizaran el tratamiento obligadas como pena sustitutiva de una infracción a la normativa jurídica sobre drogas. Ello no es impedimento de que los entrevistados puedan encontrarse desarrollando un proceso terapéutico por una imposición familiar y no por una genuina voluntad propia. Tanto Diana como Javier mencionan que inicialmente no estaban convencidos de querer internarse en una comunidad terapéutica, pero lo hicieron por sugerencia de alguno de sus padres. Sin embargo, con el transcurso del tiempo asumieron la importancia de encarar un proceso de rehabilitación y comprendieron que éste solo podía ser exitoso, si existía una voluntad de llevarlo a cabo y si se convertían en los protagonistas de su propio tratamiento. En otras palabras, arribaron a la conclusión de que no debían realizar el tratamiento para complacer a otras personas, sino por ellos mismos. Como expresó Fabricio, “voy a hacer el cambio para mí, no para los demás”.

En lo que respecta a la forma en que las personas acceden a los distintos tipos de instituciones, es posible marcar una diferencia entre los centros de tratamiento y los programas de atención y apoyo social. Mientras que en los primeros son los propios sujetos quienes deben demandar asistencia, en los segundos se considera que, en múltiples ocasiones, los usuarios de pasta base/paco no se encuentran en condiciones de solicitar atención por sí mismos, por lo que se torna necesario desplegar estrategias de acercamiento (Camarotti, Güelman y Azparren, 2017).

Entre los motivos para abandonar el consumo o iniciar un tratamiento sobresale el embarazo, en el caso de las mujeres, la inminencia del nacimiento de un hijo para los varones o la voluntad de recuperar a hijos sobre los que han perdido la patria potestad, tanto entre los varones como entre las mujeres.

(...) mis hijos son mi droga hoy en día. Mis hijos son mi droga de todos los días (...)
[Tuve que elegir] el camino de las drogas o mis hijos y bueno...elegí mis hijos
(Ernestina).

La expresión “tocar fondo” fue empleada por algunos entrevistados para hacer referencia a una situación límite en la que percibieron que debían abandonar el consumo. Diana narra dos

situaciones que la condujeron a recapacitar sobre el rumbo que estaba tomando su vida: “mirar para atrás” y darse cuenta que había perdido todo y mirarse en el espejo y ver el estado en que se encontraba. Por su parte, Ernestina relata un episodio acaecido en la escuela de su hija en el que percibió que ésta sentía vergüenza de ella.

Solamente con una mirada que me hizo mi hija cuando fui al colegio de ella, ya totalmente en consumo, en droga. Estaba re drogada, se me dio por ir al colegio. Mi hija vive con su papá y con sus abuelos. Y yo me fui a la escuela a preguntar a la maestra, cómo iba mi hija en el colegio. Era un momento de locura de la droga. Y yo me asomé al salón y mi hija le dio vergüenza que sus compañeros miren como estaba yo. Mal vestida, re drogada, sucia. Entonces vi sus ojitos tristes y ahí me empecé a poner en la cabeza que mi hija sentía vergüenza de tener una mamá así. Pero ella igual me daba el beso y el abrazo de todos los días. Siempre cuando yo paraba acá en la esquina, cruzaba y me daba un beso (...) y se iba con sus ojitos tristes (Ernestina).

2.2.4 La rehabilitación y la reinserción social

El objetivo de abandonar el consumo de drogas es el que concentra, entre los entrevistados, el mayor número de menciones respecto de las expectativas con el programa en que se encuentran recibiendo asistencia. Sin embargo, ha de resaltarse que el abandono del consumo no supone, para buena parte de ellos, una postura de abstención total de drogas legales e ilegales, sino que contempla la posibilidad de continuar utilizando de manera recreativa sustancias ilícitas como la marihuana, por ser consideradas de menor peligrosidad, toxicidad y potencial adictivo. Algunos entrevistados mencionaron que, en múltiples oportunidades, los tratamientos que llevaron a cabo no fueron exitosos porque no estaban “preparados para rehabilitarse”, es decir, realmente dispuestos a dejar de consumir y cambiar su vida. Tal como expresa Ernestina, a veces lo que la persona quiere es “bajar un poco”, descansar el cuerpo unos días en un centro de tratamiento (idealmente en una comunidad terapéutica) para luego seguir consumiendo drogas.

Tanto desde los centros de tratamiento como desde los programas de atención y contención social se vincula a las posibilidades de éxito en la reinserción social con la consecución de un trabajo o el inicio o reanudación de actividades educativas y la formación de una familia. Los referentes y directivos de comunidades terapéuticas propugnan también que las personas, una vez que abandonan el tratamiento, no vuelvan a vivir en sus hogares si en ellos deben convivir con personas que consumen drogas, ni se reúnan nuevamente con sus amigos de la “época de consumo”. Los entrevistados internados en este tipo de instituciones y quienes recibieron asistencia en ellas en el pasado, hicieron referencia a la importancia del fortalecimiento personal para enfrentar las situaciones críticas y las “tentaciones” que se presentan cuando

uno ya ha culminado su tratamiento. El lugar de residencia se convierte, en el enfoque de la comunidad terapéutica, en un factor fundamental para entender las causas de los consumos de drogas y las razones por las que se producen las recaídas. Por su parte, desde los centros barriales, se considera que el aislamiento de la persona de sus círculos de socialización y sociabilidad durante un período prolongado, supone para las personas una “burbuja”. Si bien el aislamiento podría resultar útil durante un tiempo, no resolvería los problemas estructurales de la persona que lo llevaron al consumo problemático (vinculados a la vulnerabilidad social y la exclusión); el sujeto, una vez externado de la comunidad terapéutica, no suele tener otra opción que regresar al mismo lugar donde desarrolló sus prácticas de consumo. Por ello, consideran que se debe avanzar en la construcción de respuestas comunitarias en los propios territorios donde la problemática se presenta.

2.3 Reflexiones finales

En este apartado final presentaremos algunas reflexiones metodológicas sobre el desarrollo del trabajo de campo y ofreceremos algunas articulaciones interpretativas de los datos construidos.

El trabajo de campo no presentó grandes dificultades para el equipo de investigación. El hecho de haber visitado las instituciones previamente, conocer a los directivos y referentes y haber entablado contacto previo con las personas bajo tratamiento, resultó fundamental para la buena respuesta obtenida de parte de todos los actores involucrados y su buena predisposición para participar del estudio. A nuestro entender, un elemento que contribuyó a la voluntad de los referentes y directivos de colaborar con el proyecto fue llevarles un resumen de resultados de las dos primeras entrevistas del componente cuantitativo de la investigación. El resumen –redactado en un lenguaje sencillo y claro– tenía los datos generales del estudio en el país (en el caso de Argentina) y un apartado con datos específicos de la propia institución.

La guía de pautas de entrevista funcionó correctamente y no presentó dificultades de interpretación por parte de los entrevistados. No obstante, una estrategia que podría implementarse en el futuro es realizar un *pre-test* en una pequeña muestra con características similares a la del universo de estudio, para evaluar si el lenguaje utilizado es adecuado, si la formulación de las preguntas no genera intromisión en los entrevistados, si el orden en que se presentan las preguntas es correcto y si surgen tópicos emergentes que pudieran incorporarse en la guía de pautas antes de comenzar el trabajo de campo.

Una dificultad inesperada se presentó con un joven de 19 años que accedió inicialmente a ser entrevistado. Cuando el entrevistador le solicitó autorización para grabar, éste se rehusó. Un referente de la institución nos comentó luego que el joven se encuentra imposibilitado de ver a su hijo por decisión judicial y temía que lo que pudiera decir en el contexto de la entrevista pudiera perjudicarlo. La mención de los objetivos y propósitos del estudio no fue suficiente para que el joven se convenciera del destino que le daríamos a los datos que construiríamos en el contexto de la entrevista.

Ha de señalarse que resultó de gran complejidad localizar a un entrevistado para cubrir la cuota “varón con hasta 5 años de consumo”. Ello respondió a que la muestra debía estar conformada por personas mayores de 18 años y a que se trata de una población que ha comenzado sus trayectorias de consumo de drogas legales e ilegales a una corta edad (hacia los 12 años, en promedio). Otra dificultad se presentó para localizar a personas que hubieran abandonado el tratamiento. Si bien, en algunos casos, los referentes y directivos de los centros nos proporcionaron datos de contacto (teléfono celular, teléfono de algún familiar, dirección residencial), no fue posible entrevistar por ese medio a ninguna persona que cumpliera dicha condición. En función del perfil de vulnerabilidad descrito a lo largo del trabajo, estas personas no suelen tener domicilios fijos, un porcentaje elevado se encuentra en situación de calle y no mantienen vínculos familiares estables. Sus números de teléfono cambian constantemente, ya sea porque son víctimas de robo, porque venden sus teléfonos celulares o porque los ingresan en una transacción vinculada con la adquisición de drogas. En los pocos casos en que se tenía el teléfono de algún familiar y se logró entablar una comunicación, los familiares nos expresaron que no tenían noticias sobre estas personas o bien estaban distanciadas o en conflicto y desconfiaban respecto de los motivos por los que los estábamos llamando.

Tal como se afirmó en el apartado metodológico, la cuota de “varón que abandonó el tratamiento” fue cubierta en Argentina con un joven que había dejado de asistir al programa de atención y contención social, y había sido encuestado durante la primera fase de la investigación. Casualmente, el día en que visitamos otro centro barrial perteneciente a la misma institución, este joven concurría allí por primera vez. Dado que aún no había comenzado a recibir asistencia, lo ubicamos en la submuestra de los que habían abandonado el tratamiento.

En los programas de atención y contención social, resulta más complejo localizar a las personas que han dejado de asistir. En este tipo de centros se observa que las personas bajo tratamiento ingresan y salen reiteradas veces, sin permanecer por períodos prolongados de tiempo. Un directivo de uno de estas instituciones hizo referencia, en una conversación

informal, a una dinámica común: la persona asiste a un centro barrial, comienza a estar mejor, tiene una recaída, prueba en otro centro barrial, consigue un trabajo y comienza a asistir menos asiduamente a la institución. Ello provoca que exista una alta rotación de personas en este tipo de centros y resulte difícil localizar a las personas para que participen de las diversas instancias de un estudio longitudinal.

Tanto en el componente cuantitativo como en la fase cualitativa de la investigación resultó mucho más difícil contactar, encuestar y entrevistar a mujeres que a varones. Como muestran otros estudios sobre la temática (Arana, Markez y Montané, 2012; Camarotti, Romo-Avilés y Jiménez Bautista, 2016), las mujeres reciben mayor penalización y estigmatización social que los varones cuando usan drogas ilícitas, lo que redundaría en un menor consumo y un subregistro de éstos en las estadísticas. Adicionalmente, enfrentan una mayor dificultad para acceder a los tratamientos. Uno de los motivos que explica dicha dificultad es la ausencia de perspectiva de género en los programas asistenciales, es decir, la no consideración de las necesidades específicas de las mujeres consumidoras. Un ejemplo de ello lo constituye la escasez de centros de tratamiento que permitan a las mujeres concurrir con sus hijos. Entre las instituciones que integraron nuestra muestra, los centros barriales (programas de atención y contención social) constituyen una excepción de ello.

El análisis de las experiencias y trayectorias de los entrevistados mostró que los programas de atención y contención social, en particular los centros barriales que despliegan un abordaje comunitario, al estar situados en territorios vulnerabilizados (villas y asentamientos), permiten que las personas puedan acceder más fácilmente en busca de ayuda. La accesibilidad también está garantizada por el “bajo umbral”, es decir, por presentar mínimas exigencias de ingreso para quienes solicitan comenzar este proceso de acompañamiento. Por otra parte, en los centros de tratamiento se logra una mayor permanencia en el tiempo de las personas que concurren que no necesariamente se refleja en la efectividad de sus resultados.

La elevada edad promedio de la muestra (alrededor de 30 años) pone en tensión las representaciones de sentido común que asocian el consumo de pasta base/paco a niños y adolescentes. Esta característica central demuestra la necesidad de pensar respuestas diversificadas para distintos grupos generacionales, haciendo foco en los consumos de pasta base/paco en edad adulta, los cuales presentan particularidades respecto a otros grupos etarios (tenencia de hijos, necesidad de trabajar y de acceder a una vivienda propia, etc.).

A modo de cierre, las experiencias biográficas relatadas por los entrevistados permiten percibir que, muchas veces, los consumos de drogas no son la problemática prioritaria para quienes los padecen. El uso problemático viene a agravar otras situaciones apremiantes (problemas habitacionales, judiciales y sanitarios, alimentación deficiente, carencia de ropa, falta de documentación personal, etc.) que la persona debe ir resolviendo para luego poder avanzar en el proceso de dejar de consumir ciertas sustancias ilícitas o comenzar a hacerlo de un modo menos nocivo para su salud.

3. Aportes desde la combinación de metodologías

La investigación llevada a cabo tuvo la riqueza de poder combinar el abordaje cuantitativo para el seguimiento de esta población, según dimensiones analíticas complejas, y el abordaje cualitativo a partir de las entrevistas en profundidad en algunos casos seleccionados. Esta combinación supuso que las pautas de la entrevista fueran diseñadas teniendo en cuenta la experiencia y los resultados del primer seguimiento, para poder ahondar en los temas que por su complejidad, debían ser escuchados y expresados con el lenguaje de los usuarios.

Para respetar los diseños y técnicas distintas es que se expusieron sus hallazgos y metodologías en dos partes diferenciadas de este documento. De todas maneras, ambos abordajes tienen un estatus exploratorio, por diseño y por cantidad de casos estudiados y de allí que las conclusiones arribadas deben ser leídas a través de este prisma, cuyos resultados tienen la capacidad de sugerir y formular preguntas de investigación y orientar futuros diseños de seguimiento de pacientes.

Sin embargo, es posible completar el registro cuantitativo con la comprensión del sentido manifestado por los usuarios, y en este sentido podemos rescatar lo siguiente:

- Los equipos de investigación manifestaron las dificultades que tuvieron para contactar y entrevistar a las mujeres en la implementación de este estudio, dificultad asociada a los condicionantes de género que pesan sobre las mujeres usuarias de drogas, que las vuelven más vulnerables a la penalización y estigmatización social por este consumo (Arana, Markez y Montané, 2012; Camarotti, Romo-Avilés y Jiménez Bautista, 2016). Sin embargo, hemos podido constatar, a partir de los seguimientos de usuarios, que las mujeres una vez que ingresan al programa, logran mayor permanencia que los varones.

- El análisis de seguimiento de los usuarios a los 4 meses y a los 24 meses de haber ingresado al programa de atención, ha podido establecer un patrón de comportamiento según continúen o hayan abandonado el mismo. Este patrón, que deberá ser revisado en otras investigaciones, indica que las personas que abandonaron el programa, a los 4 meses tienen una mejor percepción de sí mismas y de sus condiciones de salud que cuando se autoevalúan a los 24 meses, siendo el motivo para abandonar el tratamiento o tener una recaída, influenciada por una falsa percepción de haberse recuperado. Con el grupo que continúa en el programa de tratamiento ocurre a la inversa, se sienten mejor al cabo de 24 meses, que a los 4 meses del ingreso.
- La continuidad del consumo de pasta base y sobre todo el incremento de su consumo en el tiempo es un tema que afecta en mayor medida a quienes abandonaron el programa. Es interesante rescatar en este aspecto lo que varios usuarios manifestaron con sus expectativas en relación al abandono del consumo, que significa el abandono de la pasta base, pero no necesariamente de todas las drogas. Otros manifestaron que fracasaron en sus tratamientos porque no estaban “preparados para rehabilitarse”, es decir, estar realmente dispuestos a cambiar de estilo de vida. Otros ingresaron al programa sólo para “bajar un poco (los niveles de intoxicación), descansar el cuerpo unos días” en un centro de tratamiento, para luego seguir consumiendo drogas.
- La importancia que tienen los vínculos socioafectivos para el ingreso al programa, sobre todo el estar esperando un hijo o la necesidad de recuperar hijos de los cuales han sido separados, fue manifestado en las entrevistas en profundidad y también corroborado en el seguimiento de los usuarios. La tenencia de hijos y la motivación vinculada a presiones familiares, son condiciones más asociadas a la permanencia en el programa.
- El tema de la familia, es decir convivir con ella o tener contactos, es un punto complejo y no unidireccional en su impacto. De hecho dependerá de cómo está constituida y de cómo se han construido los vínculos con y en ella. El seguimiento de usuarios de drogas en programas de atención y tratamiento nos muestra que quienes los abandonan tienen un mejoramiento en el contacto con sus familias (a los 4 meses y a los 24 meses) mayor que quienes continúan en el programa. De las entrevistas en profundidad hay tres relatos que cuentan que en sus casas o familias había consumo de drogas, por el padre, madre o hermanos; en estos casos la familia aparece como un espacio de riesgo y de consumo, e incluso como el motivo del abandono del tratamiento.

4. Recomendaciones

Es posible sintetizar algunas recomendaciones en dos planos, el metodológico y el vinculado al diseño de políticas públicas. En relación al plano metodológico:

- Es importante en el diseño de estudios de investigación darle mayor tiempo y recursos a la parte final del mismo, incorporar pruebas piloto de instrumentos y modalidades de acceso a la población objetivo.
- En lo posible alcanzar diseños que permitan una mayor representatividad de los datos, mediante muestras probabilísticas y mayor número de casos. Lo mismo para la estrategia cualitativa, que pueda ampliar el número de entrevistas hasta el agotamiento teórico del tema.
- Ampliar el uso de técnicas de investigación para la triangulación y combinación de datos y alcanzar una comprensión integral del tema.

En relación al diseño de políticas públicas en esta población bajo estudio:

- Promover el diseño de programas de atención y de tratamiento con enfoque de género, para atender las especificidades de varones y mujeres.
- Promover el diseño de programas de atención y de tratamiento que considere un espectro heterogéneo, según las edades de las personas y sus trayectorias de vida y de consumo.
- Promover una estrategia de contención y de tratamiento para las familias y el entorno afectivo de los pacientes, de acuerdo al rol y relevancia que tengan. Involucrar la dimensión familiar en el diseño de los programas de atención y tratamiento.
- Promover una estrategia de seguimiento a las personas que abandonaron los programas de tratamiento y de acciones de contención alternativas a los mismos, para evitar el deterioro progresivo de los pacientes.

Bibliografía

- Arana, X., Markez, I y Montañés, V. (2012). Introducción al enfoque de género en las políticas europeas de drogas. *Oñati Socio-legal Series*, 2 (6), 1-5.
- Camarotti, A.C., Romo-Avilés, N. y Jiménez Bautista, F. (2016). Vulnerabilidad y prácticas de cuidado en mujeres consumidoras de pasta base del área metropolitana de Buenos Aires. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 62 (2), 96-107.
- Camarotti, A.C., Güelman, M y Azparren, A.L. (2017). Las causas de los consumos de drogas según referentes de dispositivos de tratamiento. En A.C. Camarotti, D. Jones y P.F. Di Leo (Directores), *Entre dos mundos. Abordajes religiosos y espirituales para los consumos de drogas* (pp. 109-135). Buenos Aires: Teseo.
- Comas Arnau, D. (2010). La comunidad terapéutica: una perspectiva metodológica. En D. Comas Arnau (Editor), *La metodología de la comunidad terapéutica* (pp.13-41). Madrid: Fundación Atenea Grupo GID.
- Güelman, M. (2016). *“Encontrar el sentido de la vida”. Rehabilitación y conversión en dos comunidades terapéuticas religiosas de redes internacionales”*. (Tesis de maestría no publicada). Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES)/Universidad Nacional de General Sarmiento, Buenos Aires.
- Güelman, M. y Azparren, A.L. (2017). El anclaje territorial en los abordajes religiosos para el consumo de drogas en Buenos Aires (Argentina). *Revista Española de Drogodependencias*, 42 (2), 43-55.
- Kornblit, A. L. (Coordinadora) (2004). *Metodologías cualitativas en ciencias sociales: modelos y procedimientos de análisis*. Buenos Aires: Biblos.
- OID-CICAD-OEA (2017): *“Estudios pilotos en usuarios de cocaínas fumables en centros de tratamiento y/o en dispositivos de apoyo contención en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. Informe regional sobre la línea de base”*.
- OID-CICAD-OEA (2017): *“Estudios pilotos en usuarios de cocaínas fumables en centros de tratamiento y/o en dispositivos de apoyo contención en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. Informe regional de seguimiento a los 4 meses”*.
- Primc, V. (Compilador) (2013). *Cuerpo a cuerpo. Hogar de Cristo en las villas de Buenos Aires*. Buenos Aires: Santa María.
- Scorza, C. (diciembre, 2016). Composición química de muestras de Pasta Base de Cocaína incautadas en Uruguay. En *Simposio sobre cocaínas fumables “Un aporte a las Políticas Públicas desde el conocimiento científico”*, SEDRONAR, Buenos Aires, Argentina.

ANEXO 1

INSTRUMENTO PARA EL SEGUIMIENTO DE USUARIOS EN CENTROS DE TRATAMIENTO DE DROGAS Y/O DISPOSITIVOS DE APOYO-CONTENCIÓN

La información entregada a este cuestionario es de carácter estrictamente confidencial y solo será usada en forma anónima para mejorar la calidad de los tratamientos de nuestro país.

I. Información general

1. Encuestador:
2. Código del centro de tratamiento/dispositivo de apoyo-contención.....
3. Fecha de aplicación:
4. Código de identificación del usuario:
5. Situación en relación al programa:
 1. Permanece en igual Centro de tratamiento (pase a preg. 13)
 2. Permanece en igual Dispositivo de apoyo-contención (pase a preg.13)
 3. Abandonó un Centro de tratamiento y no asiste a ninguno
 4. Abandonó un Dispositivo de apoyo-contención y no asiste a ninguno
 5. Se encuentra en otro programa (pase a preg. 13)

II. Razones del abandono, interrupción o suspensión del programa

6. ¿Hace cuánto tiempo que dejó el programa de tratamiento y/o de apoyo-contención?
Cantidad de semanas:
7. ¿Por qué razón terminó el último programa de tratamiento y/o de apoyo-contención en que estuvo? *(Elija el que considere más importante)*
 1. Fue dado de alta, porque terminó el programa de tratamiento y/o de apoyo-contención
 2. Lo abandonó porque consideró que ya estaba recuperado
 3. Lo abandonó porque tenía problemas económicos
 4. Lo abandonó porque tenía problemas familiares
 5. Lo abandonó porque tenía problemas con la institución
 6. Lo abandonó porque sentía que no le ayudaba
 7. Otro motivo _____
8. ¿Cómo calificaría el tratamiento o programa de apoyo-contención recibido?
 1. Muy útil-útil
 2. Poco útil
 3. Nada útil
 0. No sé
9. Luego de dejar el programa anterior, ¿solicitó ayuda en otro lugar?
 1. SI
 2. NO (pase a preg. 11)
10. ¿Dónde solicitó ayuda?
11. ¿Por qué no lo hizo (no solicitó ayuda)?
 1. Considero que ya no necesito tratamiento
 2. Porque empecé a estudiar
 3. Porque conseguí un trabajo
 4. Porque tuve problemas personales
 5. Otra razón:

12. ¿Cuál fue el principal problema con la institución o el programa? (Puede marcar hasta dos opciones)

1. No podía sostener la abstinencia
2. Era muy exigente y me costó sostener la disciplina
3. Me llevaba mal con los compañeros
4. El personal me trataba mal
5. Todo bien, pero me aburría, no me gustaba estar allí
6. Me sentía encerrado
7. Otra, ¿cuál?:

III. Antecedentes familiares y sociales

13. ¿Con quienes ha vivido usted en los últimos 30 días?

1. Padre y/o Madre, abuelos/a, tíos/a, hermano/a, pareja/cónyuge, hijo/a, amigos/as
2. Solo
3. En un hogar de amparo o instituto de acogida
4. En una institución de salud
5. Otros

14. ¿Cuál ha sido su situación habitacional en los últimos 30 días?

1. Situación de calle
2. Acogido o de prestado en una vivienda, albergue, refugio
3. Vivienda propia o alquilada de la familia
4. En el centro de tratamiento o dispositivo de apoyo-contención

15. En los últimos 12 meses ¿ha iniciado o retomado su participación activa en organizaciones sociales o comunitarias? Por ejemplo: iglesias o grupos religiosos, clubes deportivos o sociales, grupos políticos o sindicales, voluntariado u otros.

1. Si
2. No
3. No porque estuve internado por el tratamiento/dispositivo de ayuda-contención

IV. Escala para medir Soporte Social

16. Por favor responda a cada una de las siguientes afirmaciones indicando **cuánto está de acuerdo o no está de acuerdo** con cada una de ellas. (Marque la opción elegida)

Afirmaciones	Estoy totalmente en desacuerdo	No estoy de acuerdo	No estoy seguro	Estoy de acuerdo	Estoy totalmente de acuerdo
16.1 Usted tiene personas cercanas que lo motivan y lo alientan para que se recupere.	1	2	3	4	5
16.2 Usted tiene personas cercanas en su familia que desean ayudarlo a mantenerse apartado de las drogas.	1	2	3	4	5
16.3 Usted tiene buenos amigos que no usan drogas	1	2	3	4	5
16.4 Usted tiene personas cercanas en	1	2	3	4	5

quienes siempre podrá confiar.					
16.5 Usted tiene personas cercanas que entienden su situación y problemas.	1	2	3	4	5
16.6 Usted trabaja en situaciones donde el uso de drogas es común.	1	2	3	4	5
16.7 Usted tiene personas cercanas que esperan que usted pueda hacer cambios positivos en su vida.	1	2	3	4	5
16.8 Usted tiene personas cercanas que lo ayudan a desarrollar confianza en sí mismo.	1	2	3	4	5
16.9 Usted tiene personas cercanas que lo respetan a usted y respetan los esfuerzos que desempeña en este programa.	1	2	3	4	5

V. Caracterización del consumo: En relación a las sustancias que motivaron el ingreso al tratamiento y/o al dispositivo de apoyo-contención:

	Droga principal	Droga secundaria	Droga terciaria
17. Sustancias psicoactivas (Ver códigos)			
18. Frecuencia de uso durante los últimos 12 meses (Ver códigos)			

CODIGOS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (P. 17)

- | | |
|--|---|
| 1. Alcohol | 15. PCP |
| 2. Tabaco | 16. Otros Alucinógenos |
| 3. Solventes o inhalantes | 17. Otros tipos de cocaína |
| 4. Marihuana | 18. Barbitúricos* |
| 5. Hashis | 19. Benzodiazepines* |
| 6. Otros Tipos de Cannabis | 20. Ketamine. |
| 7 Cocaína HCL | 21. GHB |
| 8. Cocaína fumable (PBC-crack-chespi-paco) | 22. Flunitrazepam (Rohypnol ®)* |
| 9. Crack | 23. Otros tranquilizantes, sedantes y depresivos. |
| 10. Heroína | 24. Extasis (MDMA) |
| 11. Opio | 25. Metanfetaminas |
| 12. Morfina* | 26. Anfetaminas |
| 13. Otros Opiáceos* | 27. Otros Estimulantes |
| 14.. LSD | 28 Otras Drogas |

FRECUENCIA DE USO ULTIMOS 12 MESES (P. 18)

- | | |
|---|-------------------------------|
| 1. No la he usado en los últimos 12 meses | 2. Una sola vez |
| 3. Algunas veces durante los últimos 12 meses | 4. Algunas veces mensualmente |
| 5. Algunas veces semanalmente | 6. Diariamente |
| | 0. No responde |

19. ¿Se ha inyectado drogas en las venas, en el músculo o debajo de la piel en estos últimos 12 meses? (Drogas sin indicación de un médico u otro profesional de la salud).

1. Si 2.No

VI. Salud mental y física

20. Usted diría que su estado de salud es:

1. Muy bueno-Bueno 2.Regular 3.Malo-Muy malo 0. No sé

VIII. Características socio-demográficas

28. Sexo: 1. Varón 2. Mujer 3. Transexual
29. Edad:
30. ¿Cuál es su situación conyugal actual?
1. Casado/conviviente
 2. Soltero
 3. Separado/divorciado/viudo
31. ¿Cuál es su ocupación actualmente?
1. Se encuentra trabajando (Patrón/Empleado/trabaja por cuenta propia)
 2. Trabaja haciendo changas/trabajos precarios
 3. Se encuentra trabajando y estudiando
 4. Se encuentra desempleado y no busca trabajo
 5. Se encuentra desempleado y está buscando trabajo
 6. Se encuentra estudiando /No trabaja
 7. Se encuentra realizando labores en su casa/familia
 8. No trabaja/retirado (Jubilado, discapacitado, rentista)
 9. No trabaja porque está internado en el centro de tratamiento/dispositivo de apoyo-contención
 10. No trabaja por otra condición. ¿Cuál? _____
 0. No responde
32. ¿Usted realiza algún aporte económico a su hogar?
1. Sí
 2. No
33. ¿Usted realiza el **principal** aporte económico a su hogar?
1. Sí
 2. No

La siguiente información se solicita al Equipo del Centro de Tratamiento si la persona se encuentra en tratamiento.

IX) Revisión de ficha clínica

34. ¿Existe ficha clínica única individualizada por paciente?
1. Si
 2. No
35. Diagnóstico del trastorno por consumo: _____
36. Diagnóstico de trastorno psiquiátrico asociado al consumo de sustancias (CIE-10):

37. Diagnóstico de trastorno físico _____
38. PTI: tiempo estipulado de tratamiento: _____
39. Modalidad de atención: _____
- a) Nombre:
- b) Dirección de residencia: Calle:..... N°:..... Piso.....
Dpto.:..... Ciudad:.....Provincia:.....
- c) Teléfono fijo:..... Móvil:.....
- d) Email/Facebook:.....

Anexo 2

Guía de entrevista para personas bajo tratamiento

1. Aspectos sociodemográficos y situación previa al ingreso al dispositivo de tratamiento o de apoyo-contención

¿Qué edad tenés? ¿Hace cuánto tiempo que estás acá?
¿Cuándo y dónde naciste?, ¿Dónde creciste?, ¿Con quién?
En caso de tratarse de un dispositivo ambulatorio: ¿Dónde vivís?
En caso de tratarse de una institución residencial: ¿Dónde vivías antes de comenzar a venir acá? ¿Cómo era el barrio? ¿Extrañas algo de ese barrio? ¿Te gustaría volver allí?
¿Estás en pareja? ¿Cómo es tu situación familiar?
¿Estudiaste? ¿Estás estudiando ahora? ¿Hiciste algún curso o taller por fuera del colegio?
¿En qué situación estabas cuando ingresaste?
¿Estás trabajando? ¿Trabajabas?, ¿Qué hacías?
¿Cobrás o cobraste alguna vez algún subsidio o plan social?

2. Situación de consumo previa al ingreso a la institución

¿Cuál/es fue/ron la/s principal/es droga/s por las que decidiste comenzar a venir acá? ¿Cada cuánto las consumías? Y ahora, ¿seguís consumiendo? En caso afirmativo, ¿Cada cuánto?
¿Te inyectaste alguna droga alguna vez? En caso afirmativo, ¿Cuál? ¿Cuántas veces lo hiciste?
¿Seguís haciéndolo?
¿Cuáles eran tus principales problemas antes de empezar el tratamiento (de salud, familiares, habitacionales, económicos, etc.)?

3. Ingreso a la institución

¿Cómo llegaste a esta institución?, ¿Recordás fechas aproximadas de ingreso a esta institución u otras anteriores? ¿Alguien te acompañó?, ¿Quién? ¿Cómo la conociste? ¿Te derivaron desde otra institución?
¿Te acordás cómo fueron los primeros días acá? ¿Qué sensaciones tenías durante esos primeros días? Esas sensaciones iniciales, ¿fueron cambiando a lo largo del tiempo?
Cuando ingresaste, ¿tuviste alguna reunión o entrevista en la que te explicaran cómo funcionaba la institución? ¿Qué te explicaron?
Y en esa reunión o entrevista, ¿te explicaron en qué consistía el tratamiento, cuánto duraba y si tenía etapas?

4. Evaluación del tratamiento y de su situación personal

¿Qué es lo mejor que tiene estar acá? ¿Y qué es lo peor? ¿Hay algo que te moleste de estar/venir acá?
¿En qué cosas sentís que el tratamiento/venir a este lugar te cambió? (carácter, vida personal, hábitos, relaciones sociales, consumos, creencias y prácticas religiosas, formación laboral y educativa, etc.)

5. Salud mental y física

¿Cómo es tu estado de salud (física y mental) actualmente? ¿Sentís que cambió desde que venís acá?

6. Experiencias previas

¿Has realizado otros tratamientos para el consumo de drogas?
En caso afirmativo: ¿En qué instituciones estuviste? ¿Cómo eran? ¿Cómo llegaste a ellas/por qué las elegiste (cómo la/s conociste, quién te llevó, etc.)? ¿Cómo eran los tratamientos? ¿Había diferencias entre esas instituciones? ¿Y con la que estás ahora?
¿Terminaste algún tratamiento? ¿Por qué te fuiste/cómo fue que dejaste de estar o participar allí?
¿Qué recuerdos te quedan de esa/s experiencia/s? ¿Qué fue lo mejor que viviste en esas experiencias? ¿Y lo peor?
¿Mantuviste el contacto con alguien de esa/s institución/es? ¿Los seguís viendo? ¿Qué tipo de relación mantuviste?

Anexo 3

Consentimiento informado para la realización de entrevistas

El Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG) de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (UBA) junto con el Observatorio Argentino de Drogas (OAD) de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas (SEDRONAR), está realizando un estudio piloto de seguimiento de usuarios de cocaínas fumables en tratamiento o en dispositivos de apoyo-contención, para evaluar la mantención y cambio de los distintos logros terapéuticos durante un período de 12 meses, así como los motivos del abandono. El mismo cuenta con el aval del Comité de Ética en Investigación Clínica (CEIC).¹⁷

Mi nombre es _____ e integro el equipo de investigación. Apuntamos a que este estudio permitirá orientar mejor la atención y las políticas públicas en este tema.

Tenemos interés en conocer tus experiencias personales y opiniones acerca de diferentes aspectos relacionados con los siguientes temas:

- a) Consumos de drogas
- b) Principales problemas que hayas vivido en relación a los consumos
- c) Prácticas sexuales
- d) Prácticas de cuidado
- e) Actividades en el tiempo libre

Cualquier duda que tengas, en cualquier momento, por favor preguntame. Tu participación en esta entrevista es voluntaria (o sea que participás sólo si vos querés). No tenés que responder a ninguna pregunta si hacerlo te hace sentir incómodo. Si durante la entrevista así lo deseás, podés interrumpir tu participación en cualquier momento sin que esto signifique para vos ningún inconveniente o problema.

Esta entrevista es totalmente confidencial y anónima. Ninguna persona por fuera de nuestro reducido equipo de investigación conocerá el conjunto de tus respuestas. La entrevista será grabada y luego transcrita. Tu nombre no aparecerá en ningún lado y no quedará registrado ningún dato que permita que te identifiquen. Si vos lo deseas, podés elegir un seudónimo o nombre distinto al tuyo. La entrevista dura entre una hora y una hora y media, aproximadamente.

Firma Entrevistador/a

Fecha

¹⁷ Larrea 1381 – 3 “A” – C1117ABK – CABA – Tel/Fax 011 4826 3962 – comitedeetica@fibertel.com.ar

