

Original

Obstáculos y facilitadores para la externación de usuarios en comunidades terapéuticas del área metropolitana de Buenos Aires y el gran Buenos Aires (2019-2020)

NICOLÁS POLIANSKY, CAROLINA GORLERO, SERGIO ESTEBAN REMESAR, DANIELA ANTONACCIO, MARIANA CZAPSKI, DAMIÁN GEMINI, MARÍA ESTHER FERNÁNDEZ

NICOLÁS POLIANSKY
Licenciado en Psicología.
Universidad del Museo Social
Argentino (UMSA);
Sociedad Internacional de
Profesionales del Uso de Sustancias
Capítulo Nacional,
United Nations Office on Drugs
and Crime (ISSUP Argentina);
Fundación Convivir.
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina.

CAROLINA GORLERO
Magister en Salud Mental para la
Atención Primaria en Salud.
Fundación Convivir.
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina.

SERGIO ESTEBAN REMESAR
Licenciado en Psicología.
Universidad Nacional de Quilmes
(UNQUI). Quilmes, R. Argentina.

DANIELA ANTONACCIO
Licenciada en Psicología.
Hospital General de Agudos
Dr. Teodoro Álvarez.
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina.

MARIANA CZAPSKI
Doctora en Psicología.
Departamento de Alumnos en la
Carrera de Psicología.
Fundación H.A. Barceló.
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina.

DAMIÁN GEMINI
Licenciado en Psicología.
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina.

MARÍA ESTHER FERNÁNDEZ
Licenciada en Terapia Ocupacional.
Universidad Nacional de Quilmes
(UNQUI). Quilmes, R. Argentina.

FECHA DE RECEPCIÓN: 03/03/2022
FECHA DE ACEPTACIÓN: 30/03/2022

CORRESPONDENCIA
Lic. Nicolás Poliansky.
Viamonte 1446 piso 4, C1053ACB.
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina;
nicopoliansky@gmail.com

Objetivo: en la presente investigación se busca identificar y describir obstáculos y facilitadores reconocidos por equipos tratantes y usuarios de comunidades terapéuticas (CT) para la externación. **Método:** se utilizó un diseño exploratorio descriptivo, observacional (no experimental), con triangulación de múltiples estrategias, instrumentos y fuentes para la generación y análisis de datos. Se realizaron entrevistas en profundidad a directores de las instituciones que componen la muestra y grupos focales con los equipos tratantes y usuarios. **Resultados:** se encontraron coincidencias entre usuarios y miembros de los equipos tratantes en algunos de los obstáculos y los facilitadores mencionados como principales. Entre los obstáculos aparecen las dificultades en el afrontamiento a las exigencias del medio, por parte de los usuarios y el contexto socio comunitario desfavorable con entorno consumidor. Entre los facilitadores ambos actores mencionaron como principales: el reconocimiento de fortalezas y debilidades propias por parte de los usuarios; el compromiso, el acompañamiento, la contención y participación familiar en el tratamiento; y el contexto socio comunitario favorable en el que encontrar redes saludables de apoyo.

Palabras clave: Estrategias de externación – Consumos problemáticos – Internación en adicciones.

Barriers and facilitators to discharge processes for inpatients with substance use disorders in therapeutic communities

Objective: this research seeks to identify and describe obstacles and facilitators recognized by treatment teams and users of therapeutic communities (TC) for making effective their discharge. **Method:** a descriptive, observational (non-experimental) exploratory design was used, with triangulation of multiple strategies, instruments and sources for data generation and analysis. In-depth interviews were conducted with directors of the institutions that make up the sample and focus groups with treatment teams and users. **Results:** coincidences were found between users and members of the treating teams in some of the obstacles and facilitators mentioned as the most important ones. Among the obstacles appear the difficulties in coping with the demands of the environment, by the users and the unfavorable socio-community context with the consumer environment. Among the facilitators, both actors mentioned as the main ones: the recognition of their own strengths and weaknesses by the users; commitment, accompaniment, support and family participation in the treatment; and the favorable socio-community context in which to find healthy support networks.

Keywords: Discharge Processes Strategies – Substance Use Disorder – Inpatient Treatment.

Introducción

Dado que los consumos problemáticos ponen en primer plano el padecimiento subjetivo de las personas y la implicancia de la comunidad en la posibilidad de alojar un emergente sintomático que haya atravesado todas las clases sociales y los grupos etarios, se considera de interés científico identificar y describir obstáculos y facilitadores que incidan en las estrategias de externación de los usuarios que realizan tratamiento por consumo problemático de sustancias psicoactivas en comunidades terapéuticas (CT).

El *Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos*, Ley 26.934/2014, define:

(...) se entiende por consumos problemáticos aquellos consumos que —mediando o sin mediar sustancia alguna— afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas —legales o ilegales— o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud. [10, art. 2º]

Asimismo, sostiene que:

Los consumos problemáticos deben ser abordados como parte integrante de las políticas de salud mental, por lo que los sujetos que los padecen tienen, en relación con los servicios de salud, todos los derechos y garantías establecidos en la ley 26.657 de salud mental. [10, art. 9º].

La tarea de identificar y describir obstáculos y facilitadores en las estrategias de externación de las personas con consumos problemáticos, se ubica como un elemento entre otros dentro de un contexto más amplio, que también incluye la indagación sobre los recursos con los que cuentan las institucio-

nes residenciales que brindan tratamiento a usuarios con estas problemáticas.

A partir de la *Ley Nacional de Salud Mental* 26.657 (LNSM) [9], en las problemáticas de consumo se desplaza el eje desde el plano punitivo, educativo y/o moral hacia el campo de la salud, con una fuerte orientación hacia la inclusión social. Así, se reemplaza el enfoque tutelar por un enfoque de atención en la comunidad con una perspectiva de derechos. Según Gorbacz: «Esta sustitución implica abandonar una mirada protectora-autoritaria de las personas con padecimientos mentales para asumir una perspectiva asociada a la llamada 'dignidad del riesgo'.» [8, p.37]

Este concepto nodal en la *Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad* [12] cuestiona aquellas perspectivas que pretenden anular todo tipo de riesgos, implementando modos de acción para la salud mental basados en el encierro, la tutela y la escasa participación de usuarios y familiares en los tratamientos.

El nuevo paradigma que intenta implementar la LNSM incide directamente en los criterios de internación y su duración, en la necesidad de crear o fortalecer dispositivos no residenciales (de atención y rehabilitación de la salud mental con base en la comunidad), en el trabajo interdisciplinario y la articulación intersectorial.

En este contexto, Gorbacz advierte que «Uno de los reclamos más reiterados entre los trabajadores del sector es la existencia de necesidades sociales desatendidas que impiden las altas y la inclusión social a tiempo, con el consiguiente deterioro de la salud de la persona debido a la iatrogenia» [8, p.38]

Una modalidad de tratamiento de los consumos problemáticos muy extendida en nuestro país es la comunidad terapéutica (CT). Las CT son dispositivos residenciales que brindan tratamiento a personas que padecen consumos problemáticos de sustancias psicoactivas bajo la modalidad de internación,

aunque también muchas de ellas, en los últimos años, han ampliado su espectro de atención con la modalidad de asistencia ambulatoria.

Como se dijo anteriormente, la externación de los pacientes que realizan tratamientos residenciales sólo puede ocurrir como resultado de una estrategia. En la bibliografía consultada no hemos encontrado una definición operativa para el sintagma «estrategias de externación», sin embargo, hemos hallado referencias respecto a la conceptualización de la externación en tanto proceso. De esta forma:

Entendemos el proceso de externación como la serie de procedimientos y acciones que se ponen en juego con el fin de lograr el acceso a la autonomía psicosocial de los usuarios de un servicio de salud mental como es la internación. Durante este proceso se tendrán en cuenta todos los dispositivos de acompañamiento necesarios por los que debe atravesar, con el objetivo de lograr su recuperación, así como el cumplimiento de todos sus derechos.[17, p.196]

Las estrategias rehabilitadoras se definen entonces por tres dimensiones: la casa, la red social y el trabajo [15]. Estas tres dimensiones deben ser integradas y contextualizadas en las políticas públicas y los efectores de las distintas áreas.

En el artículo 14° de la LNSM [9], se establece que la internación sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en el entorno familiar, comunitario o social. Así, la internación se sitúa como una modalidad de atención solamente aplicable cuando no sean posibles abordajes ambulatorios. Estos procedimientos deben estar destinados a conseguir objetivos prioritarios: brindar al usuario con problemáticas de consumo una asistencia sanitaria integral, desde un abordaje intersectorial, que incluya y ampare socialmente [10, art. 3°].

Indagar sobre los procesos de externación permite, entre otros aspectos, evaluar si los usuarios que son externados de dispositivos residenciales cuentan con los recursos necesarios para continuar con su proceso terapéutico. En este marco, «(...) las variables del contexto del paciente (casa, red familiar-social, trabajo) tienen un rol fundamental en la capacidad de evaluar las condiciones de externación y su mantenimiento» [17, p.196].

Asimismo, es importante considerar que la externación es sólo una parte de la desinstitucionalización, en tanto esta última se define como la «Práctica de prestar cuidados a los individuos en una comunidad en vez de hacerlo en un ambiente institucional, con los consiguientes efectos en el individuo, la familia del individuo, la comunidad y el sistema de atención a la salud.» Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) [13].

La desinstitucionalización privilegia el tratamiento de los usuarios en su ámbito comunitario por sobre aquellos realizados en un ambiente institucional residencial. En consecuencia, entendemos que el concepto de desinstitucionalización implica un proceso que excede a la externación en sí misma, pero la incluye.

Dentro del paradigma de la salud mental comunitaria, la desinstitucionalización de los sujetos internados requiere de una externación que supere el objetivo del alta terapéutica, porque además de la autonomía, promueve en todo momento el lazo con su comunidad y entiende al usuario como un sujeto activo en su tratamiento. Apunta a la transformación del sistema de salud mental, para que las personas con sufrimiento mental vivan en sus comunidades y no en instituciones residenciales. En palabras de Cohen y Natella, «(...) para que no sean alejadas de su vida social, del trabajo, del hogar, de las oportunidades, de los intercambios y riesgos. Para aumentar el acceso a una atención eficaz y disminuir la carga de

enfermedad que soportan mayormente los usuarios, sus familias y sus comunidades» [6, p.17]

En este sentido, Tisera plantea que «Para consolidar las prácticas y experiencias de desinstitucionalización —externación e inclusión social—, es necesaria una intervención que apele a la interdisciplinariedad, intersectorialidad y que tienda a efectivizar la protección de derechos y la recuperación y rehabilitación de las personas con sufrimiento mental» [18, p.5]

Según el *Estudio descriptivo sobre el abandono del tratamiento en usuarios de Sedronar*:

De los 2.909 abandonos voluntarios registrados, casi el 75% se verificó dentro de la modalidad residencial, es decir en el grupo de los usuarios alojados en comunidades terapéuticas tradicionales. (...) Un 25% de los abandonos tuvo lugar en la modalidad ambulatoria, donde los usuarios concurren a la institución de 4 a 8 hs. diarias, retornando a su casa durante la tarde-noche. (...) Los valores observados en la modalidad consultorios externos —usuarios que asisten diariamente a una hora de terapia- y hospital de noche —usuarios que pernoctan en la institución- son significativamente inferiores a los registrados en las otras dos modalidades. [16, p.11]

En función de los datos obtenidos, el informe de Sedronar ubica vacíos de conocimiento que resultan de interés al presente proyecto. Allí se sostiene que:

Una posible línea de investigación implica explorar si en las instituciones residenciales se presenta mayor dificultad para generar y sostener la adhesión al tratamiento, y si las dificultades en mantener la adhesión al tratamiento en la modalidad residencial podrían estar asociadas con la gravedad de los cuadros de los usuarios y/o con el carácter restrictivo del tratamiento y/o el programa terapéutico institucional. [16, p.18]

A los fines específicos de la presente investigación, resulta pertinente atender que, según Sedronar, en:

[...] futuros estudios, se considera de gran importancia profundizar en la exploración y análisis de los motivos de abandono referidos por los usuarios, con estudios cualitativos que incorporen las voces de los pacientes que interrumpen sus tratamientos. Otra posible línea de indagación a desarrollar sería la perspectiva institucional de la comprensión del fenómeno del abandono incorporando la perspectiva de los equipos tratantes y de los usuarios encuestados. Conocer los motivos de la interrupción del tratamiento nos puede permitir una serie de mejoras en el proceso del mismo: ajustar las expectativas de los usuarios a los objetivos del equipo profesional (y viceversa), conocer las debilidades y fortalezas del modelo asistencial, tomar medidas para favorecer el contacto y la comunicación entre equipos asistenciales y usuarios, y/o formular un modelo de evaluación dinámica. [16, p.18]

Materiales y métodos

Se utilizó un diseño exploratorio descriptivo que permitió la triangulación de fuentes, instrumentos e indicadores cuali y cuantitativos para alcanzar los objetivos propuestos. Según Cook y Reichardt [7] la estrategia cualitativa para la generación y análisis de la información aporta datos reales, ricos y profundos desde la perspectiva de los sujetos mismos en concordancia con la propuesta del presente proyecto.

Sedronar, en la auditoría a las instituciones conveniadas realizada en el 2018 [16], da cuenta de que de las 103 instituciones de todo el país, sólo 69 poseen la modalidad de internación. El universo o población objetivo queda delimitado entonces por las 35 CT que se encuentran en GBA y las 3 de CABA que tienen régimen de internación. De ellas, 24 tienen internación categoría C y 14 categoría B. Las instituciones con categoría B son aquellas que cuentan con una guardia profesional y control psiquiátrico las 24hs, en tanto que las con categoría C no poseen guardia profesional. Las unidades de análisis (UA) quedaron definidas entonces en al menos tres sistemas de matrices de datos en los que se hizo foco [14]. Un nivel supraunitario

o contextual compuesto por cada una de las instituciones (CT), la muestra y dos matrices de nivel de anclaje, coordinadas entre sí, compuestas por cada uno de los integrantes de los equipos tratantes y cada uno de los usuarios que pertenecen a las instituciones estudiadas. A estos, se sumaron posteriormente los directores/Informantes calificados de las instituciones participantes.

Por tratarse de una investigación de tipo exploratorio descriptiva con uso de estrategias mayormente cualitativas y a fin de garantizar la accesibilidad y la representatividad de las muestras, se decidió la utilización de una estrategia de muestreo intencional o por conveniencia, que incluyera instituciones de GBA y CABA, que figurasen en el listado de la auditoría del Sedronar.

La muestra quedó constituida por 15 instituciones: 1 de CABA, 6 de GBA zona Norte, 3 de GBA zona Oeste, 3 de GBA zona Sur y 2 del interior de la Provincia de Buenos Aires. En cada institución se trabajó además con 3 sub-muestras compuestas por: a) Directores y/o informantes calificados de cada institución, b) Equipos tratantes, c) Usuarios.

Las variables y ejes de análisis propuestos fueron:

1). Para las UA comunidades terapéuticas: Recursos con los que cuentan (infraestructura edilicia, cantidad de camas, ubicación, zona de influencia, antigüedad, población y modalidad prestaciones). Composición de los equipos de trabajo (cantidad, formas de contratación/vinculación con la institución, modalidad de las guardias). Principales fuentes de financiamiento. Existencia y lineamientos expresados en los protocolos, manuales y/o normativas. Cantidad de externaciones, abandonos e ingresos anuales.

2). Para las UA equipos tratantes de las comunidades terapéuticas: Composición (dotación, formación, antigüedad, dedicación). Estrategias utilizadas para la externación de los usuarios. Obstáculos y facilitadores reconocidos. Identificación la participa-

ción que tienen los usuarios en las decisiones sobre el proceso de externación. Identificación de facilitadores y obstáculos propios del dispositivo, del usuario y ambientales.

3). Para las UA usuarios de las comunidades terapéuticas: se trabajó con base en tres ejes de análisis: hábitat, red social, trabajo/ocupación. Asimismo, también fue de interés indagar sobre edad, género, tiempo de permanencia de los usuarios en la institución, cantidad de internaciones previas, tipo de sustancias consumidas, edad de inicio en el consumo. Obstáculos y facilitadores reconocidos. Estrategias utilizadas para la externación. Participación en las decisiones sobre el proceso de externación desde su perspectiva. Facilitadores y obstáculos propios, del dispositivo y ambientales identificados.

A los fines de identificar los obstáculos y facilitadores que reconocen los equipos tratantes de las comunidades terapéuticas de CABA y GBA para hacer efectiva la externación de los usuarios, se trabajó con fuentes primarias, utilizando para la recolección de datos entrevistas semidirigidas a los directores/informantes calificados de las CT, para caracterizar los recursos con los que cuentan y los obstáculos y facilitadores en los procesos de externación que ellos reconocieron.

Se realizaron entrevistas semidirigidas a los 15 directores de las comunidades terapéuticas de la muestra. Del total de los directores que participaron, 11 fueron varones y 4 fueron mujeres. Ninguno de los participantes se reconoció con otro género.

En los grupos focales participaron miembros de los equipos tratantes de las 15 CT de la muestra. En total fueron 77 participantes, de los cuales 31 varones y 46 mujeres. Ninguno de los participantes se reconoció con otro género.

Además, se realizaron 15 grupos focales con usuarios/as internados cubriendo así la

totalidad de las CT de la muestra. Participaron de los grupos focales 76 personas, 43 varones y 33 mujeres. Ninguno de los participantes se reconoció con otro género.

El presente proyecto incursiona sobre aspectos sociales y del área de salud pública y no biomédica, por lo tanto, en el consentimiento informado se priorizaron la comunicación y la comprensión de las personas, prevaleciendo el carácter esclarecido del mismo. Además, por el tipo de investigación seleccionado se respetaron los lineamientos de las declaraciones internacionales [3], buscando resguardar los principios básicos de la investigación médica de respeto a las personas, beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. La discusión ética debe instalarse desde el comienzo mismo de toda investigación científica y continuar a lo largo de su desarrollo, incluyendo tanto los aspectos metodológicos como su consumación técnica. Para ello es necesario definir además de los procedimientos específicos normatizados, el consentimiento informado y los métodos de evaluación a implementar, incluyendo los aspectos éticos de las decisiones y posicionamientos que atraviesan el proceso de investigación [5].

Resultados

Se relevaron 15 comunidades terapéuticas blocalizadas de la siguiente manera: 1 en CABA, 4 en GBA zona Norte, 6 en GBA Oeste, 2 en GBA Sur y 2 en la Provincia de Bs. As. La antigüedad de las CT varió entre 8 y 35 años con un promedio de 20 años.

La cantidad de camas disponibles para internación varió de 12 a 60, con un promedio de 31 camas. Respecto de la cantidad de baños, en la mayoría de los casos la proporción fue de 3 camas por baño, salvo en una de las instituciones donde hubo menos de dos camas por baño.

El número de personas internadas por mes se analizó en relación con la cantidad de camas disponibles en cada comunidad y se observó que hay un promedio de 90 % de

ocupación. La cantidad de personas que reciben tratamiento al año fue de entre 22 y 500, con un promedio de 112.

En cuanto al tipo de población que reciben las CT, el 100 % de la muestra recibe varones, mientras que un 60 % recibe mujeres. Un 40 % de las comunidades recibe personas trans y un 47 % personas no binarias. El 40 % recibe mujeres embarazadas y sólo el 7 % (es decir una comunidad) recibe mujeres con niños pequeños.

Respecto a la edad mínima que se admite para la internación: en el 60 % de las comunidades es de 18 años. El 40 % restante recibe menores de edad, distribuidos de la siguiente manera: un 6 % recibe personas desde los 12 años, un 27 % recibe personas desde los 14 años y un 7 % desde los 17 años.

En cuanto a la edad máxima de internación, el 67 % no requiere un límite de edad mientras que un 20 % estipula un máximo de 55 a 60 años. Sólo dos comunidades estipulan un límite de 17 y 18 años respectivamente.

Equipos de trabajo: composición, antigüedad y dedicación

La cantidad de personas que integra el equipo de trabajo en la internación varía entre 10 y 36 personas, con un promedio de 20.

En cuanto a los profesionales con que cuentan los equipos de trabajo de las CT en la internación se encontró: el 100 % de las CT tiene psicólogos, médicos psiquiatras, operadores socio terapéuticos y profesores de educación física. El 93 % cuenta con trabajadores sociales. Un 86.67 % posee talleristas. En orden de relevancia le siguen: médicos clínicos un 60 % y luego enfermeros y músico terapeutas un 40 %. Por último, un 33 % tiene musicoterapeutas y docentes y un 20 % nutricionistas.

En relación a la cantidad de integrantes de cada disciplina en los equipos de trabajo, se

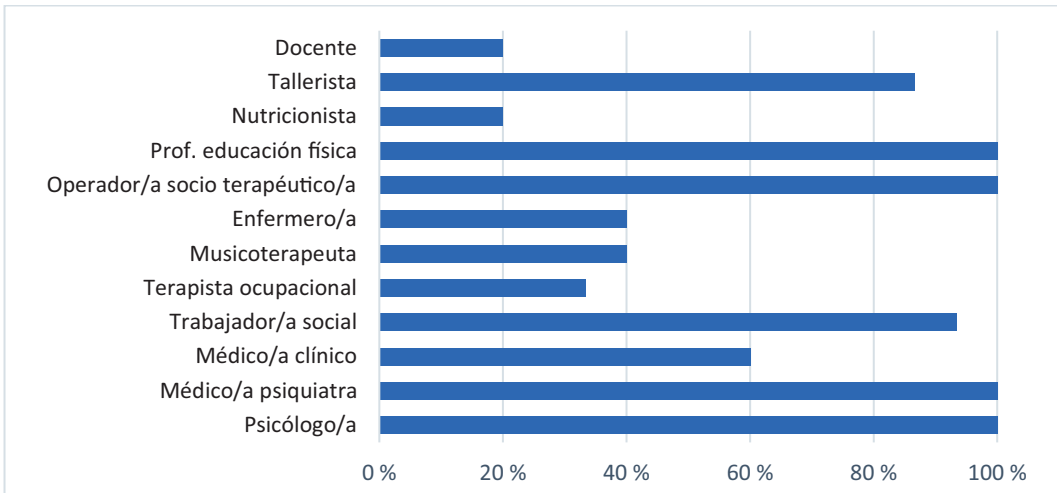


Figura 1. Conformación del equipo de trabajo en internación

observó una mayor proporción de operadores socio terapéuticos y de psicólogos, con un promedio de 6 por institución, siendo 18 el máximo de psicólogos y 13 el máximo de operadores y 2 el mínimo de psicólogos y 3 el mínimo de operadores. Le siguen en relevancia los talleristas, con un promedio de 2.8 por institución y luego, las disciplinas de psiquiatría y educación física con un promedio de 1 por institución.

En cuanto al tiempo de dedicación se observó que el mayor porcentaje de horas semanales trabajadas es, por mucho, el de los operadores socio terapéuticos, con un promedio de 253 horas semanales. Le siguen los psicólogos, con un promedio de 73 horas semanales. Luego, en mucho menor proporción, los talleristas con una dedicación de 11 horas semanales; los psiquiatras con una dedicación de 10 horas semanales; y los trabajadores sociales con una dedicación de 9 horas semanales. La menor carga horaria es la de los nutricionistas y los terapeutas ocupacionales, con una carga horaria promedio de 1 hora semanal.

La alta dedicación horaria de los operadores socio terapéuticos coincidió con el hecho que en el 100 % de las CT relevadas las guardias

nocturnas son llevadas a cabo por estos trabajadores, mientras que sólo un 33 % de las guardias son realizadas además por psicólogos. Se relevó que ninguna otra profesión o trabajo realiza guardia alguna.

La mayor antigüedad se observa en los psiquiatras, con un promedio de 14 años. Aunque este dato presenta un sesgo debido a que, de las 15 instituciones relevadas, sólo 3 psiquiatras participaron de los grupos focales.

Por su parte, tanto los psicólogos como los operadores socio comunitarios fueron los profesionales que mayor porcentaje de participación tuvo en los grupos focales (participaron 27 psicólogos y 31 operadores socio comunitarios). Se observa que los psicólogos tienen un promedio de 6.8 años de antigüedad en las CT; con un 33 % entre 1 y 4 años de antigüedad, un 37 % entre 5 y 9 años y un 30 % entre 10 y 18 años. En cuanto a los operadores socio comunitarios, la antigüedad tiene un promedio un poco menor, 5.9 años; distribuidos en un 58 % entre 1 y 4 años, un 19 % entre 5 y 9 años y un 26 % entre 10 y 18 años. Le siguen los trabajadores sociales, con un promedio de antigüedad de 3 años y por último, los talleristas con una antigüedad de 2.6 años.

Fuentes de financiamiento

Respecto a las principales fuentes de financiamiento de las CT encontramos que un 100% de la muestra proviene de obras sociales, un 86 % de medicina prepaga y un 80 % de organismos estatales.

En cuanto al porcentaje de las personas internadas por tipo de cobertura, encontramos que un 38 % tiene cobertura estatal, un 29 % obra social y un 28 % medicina prepaga.

Cantidad de externaciones, abandonos e ingresos anuales

Se encontró que, sobre un total de 1683 internaciones al año, se producen 835 abandonos. Se desprende entonces que la cantidad promedio de internaciones por año por CT es de 112 y el promedio de abandonos es de 55 por año, lo que indica una tasa de abandono promedio del 49 %. La duración de las internaciones va de los 3 a los 18 meses, con un promedio de 8 meses.

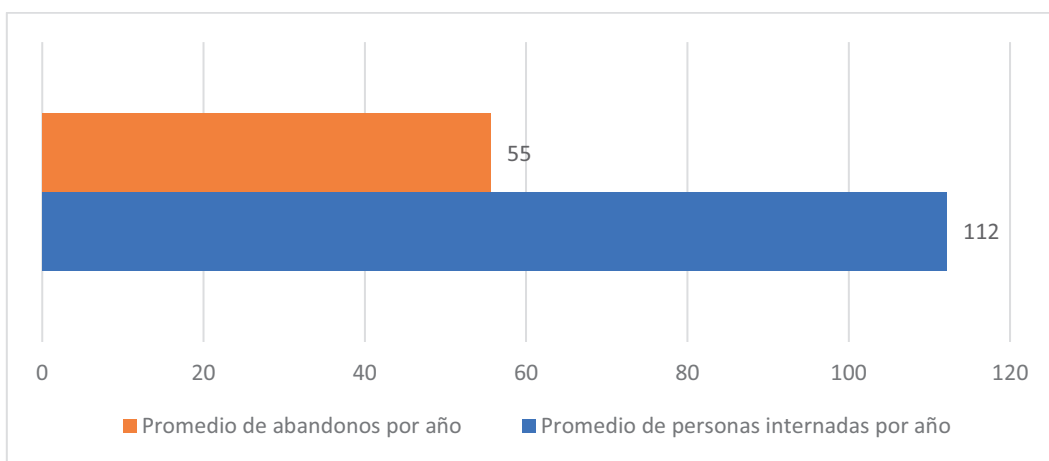


Figura 2. Promedio de internaciones y de abandonos anuales

Grupos focales con usuarios

El promedio de edad de los usuarios/as participantes de los grupos focales es de 34 años. La edad mínima 16 y la máxima 62 años. En lo relativo al lugar de residencia, el 36 % de usuarios/as que participaron de los grupos focales reside en CABA, el 33 % en el Gran Buenos Aires, el 30 % en el interior de la Provincia de Buenos Aires y 1 % (una persona) en Córdoba.

En lo relativo al nivel de estudios de los/as usuarios/as participantes de los grupos focales se obtuvo los siguientes datos: el 42 % no completó el secundario, el 20 % completó el secundario, el 10.5 % completó estudios terciarios y el 2.5 % no los completó. Respecto de estudios universitarios el 8 % los tiene completos mientras que otro 8 % los

tiene incompletos. Por otra parte, el 6.5 % completó la primaria, el 2.5 % no completó la primaria.

Edad de inicio de consumo

El promedio de edad de inicio de consumo es de 16 años, con una edad de inicio mínima de 8 años y una edad máxima de 44. La mediana es de 14 años. Respecto de la edad de inicio según género, las mujeres inician a los 17 años, y la mediana es de 14 años. En el caso de los varones, el promedio de edad de inicio es de 16 años y la mediana es de 14 años.

Tipos de sustancias consumidas

De los usuarios /as participantes de los grupos focales el 69.7 % tuvo/tiene consumo problemático de cocaína, el 67.1 % de marihuana, el 62 % de alcohol. El 48.6 % es

fumador de tabaco. El 27.6 % tuvo/tiene consumo problemático de pasta base/crack, el 22.30 % de LSD/alucinógenos, el 17 % de psicofármacos, el 15.7 % de MDMA/derivados, el 10.5 % de inhalantes y el 1.3 % de derivados opiáceos.

Tipo de sustancia por género

En lo relativo a la distribución de sustancias consumidas por género se encontraron datos llamativos: el 75.8 % de las mujeres tuvo/tiene consumo problemático de alcohol mientras que los varones el 53.5 %. Los varones fuman tabaco en un porcentaje levemente mayor: 51.2 % contra 45.5 %. El porcentaje de consumo de psicofármacos muestra una gran diferencia: 33.3 % de mujeres tuvo/tiene este consumo problemático mientras que los varones sólo el 4.7 %.

Respecto del consumo de marihuana, otra vez se encontró un porcentaje mayor de mujeres: el 72.7 % de tuvo/tiene consumo problemático de la misma, frente al 62.8 % de los varones. El consumo de cocaína muestra un porcentaje mayor de varones 72.1 %, sin embargo, la diferencia con el porcentaje de mujeres es pequeña: 66.7 %.

Respecto del consumo de pasta base, el porcentaje de varones es de 30.2 % y el de mujeres es de 24.2 %. MDMA/Derivados consume el 16.3 % de los varones y el 15.2 % de las mujeres; inhalantes 15.2 % de mujeres frente al 7 % de los varones y LSD/alucinógenos 27.3 % de las mujeres frente al 18.6 % de los hombres varones. Sólo una persona (varón) tuvo/tiene consumo problemático de opiáceos.

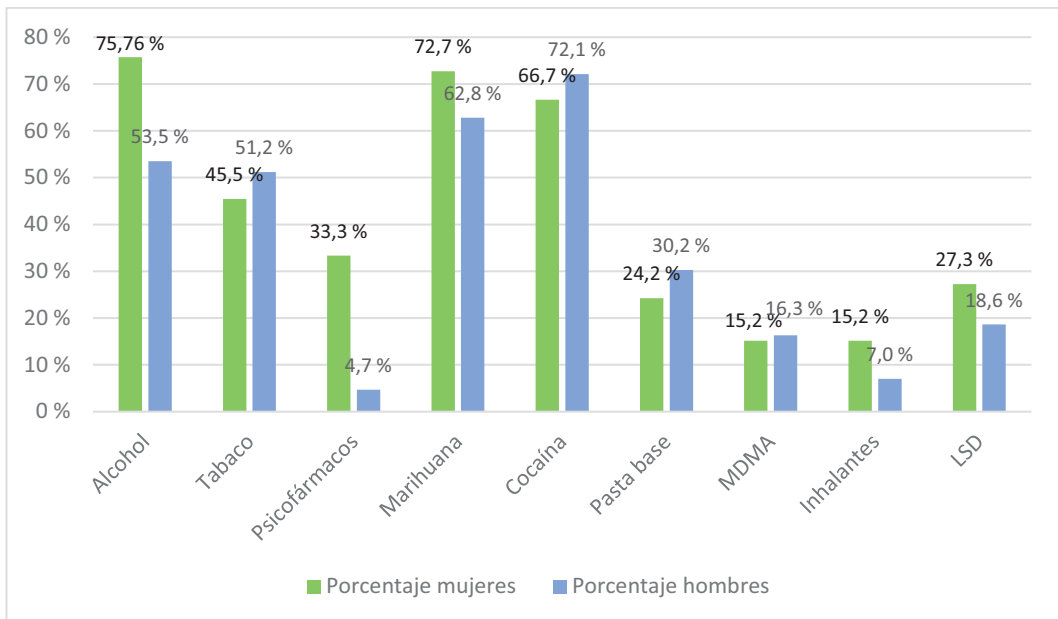


Figura 3. Porcentaje de sustancia consumida según género

En lo que se refiere a la cantidad de sustancias consumidas por las personas que se encuentran cursando su proceso de internación, se obtuvo que una mayoría tiene/tuvo consumos problemáticos de 2 o más sustancias psicoactivas. Mientras que un porcentaje muy inferior, sólo el 15 %, tiene/tuvo con-

sumo problemático de una sola sustancia. Así, el 64 % tiene/tuvo consumo de 3 sustancias o más, el 21 % tiene/tuvo consumo de 2 sustancias.

Tratamientos previos realizados

Respecto de los tratamientos previos realizados

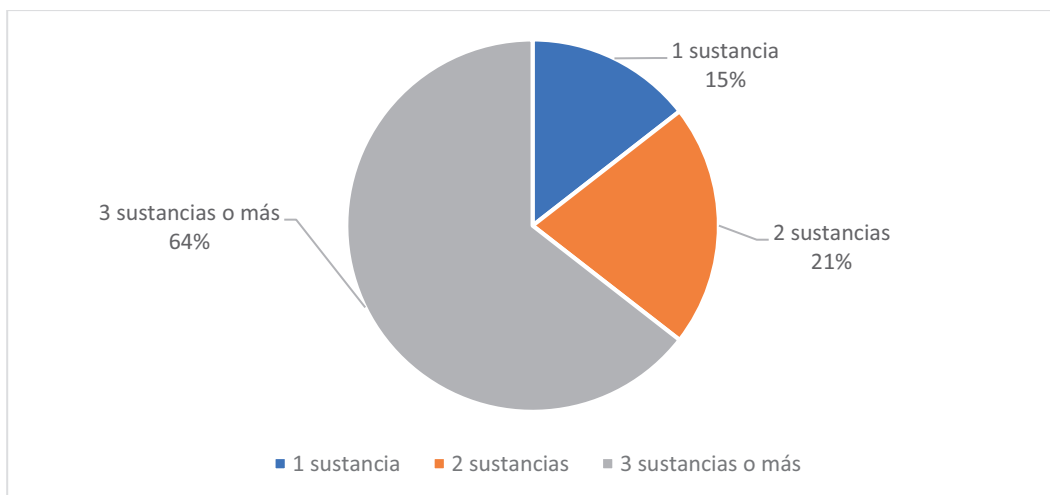


Figura 4. Porcentaje de cantidad de sustancias consumidas por usuario

se encontró que, el 24 % de los/as usuarios/as no los tuvo, el 33 % tuvo 1 anterior tratamiento, mientras que el 43 % tuvo antes 2 o más tratamientos. Hay que mencionar que, de las personas sin tratamiento previo, el 50 % corresponde a personas menores de edad.

En lo relativo a tratamientos previos según género, el 24 % de las mujeres no los tuvo, el 36 % tuvo uno y el 39 % tuvo 2 o más. Por su parte, el 23 % de los varones no los tuvo, el 28 % tuvo uno y el 49 % 2 o más.

Obstáculos y facilitadores identificados

Los obstáculos y facilitadores identificados por los tres universos de estudio se agruparon en 5 categorías: 1) del usuario, 2) de la familia/allegados/grupo conviviente, 3) socioambientales, 4) del dispositivo la CT y 5) de las políticas públicas y la legislación.

Obstáculos y facilitadores: contracaras

La descripción y caracterización de los obstáculos y facilitadores permite señalar que más de la mitad de las subcategorías que los definen aparecen como contracara las unas de las otras. Por contracara se entiende que una subcategoría funciona de manera favorable mientras que su ausencia o presencia según el caso funciona de manera opuesta, es

decir, desfavorable y viceversa. Esta coincidencia (obstáculo/facilitador como contracara) y su alta prevalencia permite inferir que estas dimensiones poseen coherencia y fuerza y por tanto señalar la importancia de hacer foco en ellas. Así, por ejemplo, dentro de los obstáculos propios de los usuarios, la subcategoría «dificultades en el afrontamiento a las exigencias del medio» se observa claramente como la contracara de «reconocimiento de fortalezas y debilidades propias» que es un facilitador del usuario.

Como puede observarse en las tablas 1 y 2, algunos de estos ejemplos son: «resistencia al dispositivo» como contracara de «adaptación al dispositivo» y «falta de proyecto de vida» como contracara de «contar con un proyecto de vida».

Así, se encontró que, de los 10 obstáculos de las características propias de los usuarios, 4 subcategorías presentan una contracara como facilitador; es decir, que el total de los facilitadores de esta categoría encuentra un obstáculo como contracara.

Pero, además se encontró otro dato llamativo: muchas veces no sólo una subcategoría aparece como contracara de otra en tanto obstáculo/facilitador, sino que además hay

Tabla 1. Obstáculos identificados por los directores, los equipos tratantes y los usuarios

Obstáculos	Directores	Equipo tratante	Usuarios
Usuario	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dificultades en el afrontamiento a las exigencias del medio 2. Falta de recursos económicos 3. Falta de interés y/o de experiencia laboral/escolar 4. Nivel educativo bajo 5. Diagnóstico dual 6. Resistencia al dispositivo 7. Falta de proyecto de vida 8. Temor a la discriminación 9. Consumo de cocaína fumable 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dificultades en el afrontamiento a las exigencias del medio 2. Falta de proyecto de vida 3. Nivel educativo bajo 4. Falta de recursos económicos 5. Falta de interés y/o experiencia laboral 6. Diagnóstico dual 7. Falta de conciencia de la enfermedad 8. Resistencia al dispositivo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dificultades en el afrontamiento a las exigencias del medio 2. Resistencia al dispositivo 3. Falta de recursos económicos 4. Falta de conciencia de la enfermedad 5. Falta de interés y/o experiencia laboral/escolar 6. Temor a la discriminación 7. Falta de proyecto de vida 8. Diagnóstico dual
Familia/allegados/grupo conviviente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de compromiso (participación) familiar en el tratamiento 2. Consumo intrafamiliar 3. Estigmatización intrafamiliar 4. Oposición familiar al tratamiento 5. Violencia intrafamiliar 6. Falta de comprensión sobre la problemática de las adicciones 7. Dificultades en la aceptación de los cambios en la subjetividad de la persona internada 8. Falta de recursos económicos 9. Familia ausente 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de compromiso (participación) familiar en el tratamiento 2. Ausencia de la familia 3. Consumo intrafamiliar 4. Oposición familiar al tratamiento 5. Estigmatización intrafamiliar 6. Dificultades en la aceptación de los cambios en la subjetividad de la persona internada 7. Falta de comprensión de la familia sobre la problemática de las adicciones 8. Carencia de recursos económicos familiares 9. Violencia intrafamiliar 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consumo intrafamiliar 2. Falta de comprensión familiar acerca de la problemática de las adicciones 3. Estigmatización intrafamiliar 4. Dificultad en la aceptación de los cambios en la subjetividad de la persona internada 5. Falta de compromiso (participación) familiar al tratamiento 6. Violencia intrafamiliar 7. Familia ausente 8. Oposición familiar al tratamiento
Socioambientales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dificultades en la inserción laboral 2. Dificultades habitacionales 3. Contexto socio-comunitario desfavorable/entorno consumidor 4. Estigmatización social 5. Ausencia/escasa red de apoyo 6. Tolerancia social al consumo 7. Lejanía geográfica entre la CT y el lugar de residencia 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contexto socio-comunitario desfavorable/entorno consumidor 2. Dificultades en la inserción laboral 3. Estigmatización social 4. Dificultad habitacional 5. Ausencia/escasa red de apoyo 6. Tolerancia social al consumo 7. Lejanía geográfica entre la CT y lugar de residencia 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contexto socio-comunitario desfavorable/entorno consumidor 2. Estigmatización social 3. Dificultades en la inserción laboral 4. Ausencia/escasa red de apoyo 5. Tolerancia social al consumo 6. Dificultad habitacional
Dispositivo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfoque paternalista 2. Dificultad en la articulación con otras instituciones y con la sociedad 3. Alta rotación de profesionales 4. Falta de flexibilidad del equipo/institución 5. Dificultades en la articulación entre los miembros del equipo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dificultad en la articulación con otras instituciones y con la sociedad 2. Enfoque paternalista 3. Falta de flexibilidad del equipo tratante y/o de la institución 4. Dificultades en la articulación entre los miembros del equipo 5. Insuficiente capacitación en formación/ oficios 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Insuficiente capacitación en formación/oficios 2. Falta de flexibilidad del equipo tratante y/o de la institución 3. Enfoque paternalista
Políticas públicas y legislación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recursos económicos insuficientes 2. Ausencia de redes intersectoriales públicas 3. Falta de dispositivos comunitarios 4. Ley de Nacional de Salud Mental 5. Cambios de gobiernos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recursos económicos insuficientes 2. Ausencia de redes intersectoriales públicas 3. Falta de dispositivos comunitarios 4. Falta de políticas públicas preventivas 5. Ley Nacional de Salud Mental 6. Cambios de gobierno 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de políticas públicas preventivas 2. Recursos económicos insuficientes 3. Ausencia de redes intersectoriales públicas

Tabla 2. Facilitadores identificados por los directores, los equipos tratantes y los usuarios

Facilitadores	Directores	Equipo tratante	Usuarios/as
Usuario	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acceso/continuidad/mantenimiento del empleo/escolaridad 2. Reconocimiento de fortalezas y debilidades propias 3. Contar con un proyecto de vida 4. Adaptación y disposición al dispositivo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconocimiento de fortalezas y debilidades propias 2. Acceso/continuidad/mantenimiento del empleo/escolaridad 3. Contar con un proyecto de vida 4. Adaptación y disposición al dispositivo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconocimiento de fortalezas y debilidades propias 2. Adaptación y disposición al dispositivo 3. Contar con un proyecto de vida 4. Acceso/continuidad/mantenimiento del empleo y/o escolaridad
Familia/allegados/grupo conviviente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compromiso, acompañamiento, contención y participación familiar en el tratamiento 2. Apoyo económico familiar 3. Comprensión de la problemática de las adicciones por parte de la familia 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compromiso, acompañamiento, contención y participación familiar en el tratamiento 2. Comprensión familiar sobre la problemática de las adicciones 3. Apoyo económico familiar 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compromiso, acompañamiento, contención y participación familiar en el tratamiento 2. Comprensión de la problemática de las adicciones por parte de la familia 3. Apoyo económico familiar
Socioambientales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contexto socio-comunitario favorable 2. Acompañamiento y participación en otras instituciones 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contexto socio-comunitario favorable 2. Acompañamiento y participación de usuarios en otras instituciones 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contexto socio-comunitario favorable 2. Acompañamiento y participación en otras instituciones
Dispositivo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción de la inclusión laboral 2. Trabajo orientado a la externación desde el inicio 3. Clínica de la subjetividad 4. Articulación con otras instituciones 5. Recursos técnicos y económicos 6. Acompañamiento y seguimiento de la CT en la inclusión social 7. Equipo consolidado 8. Trabajo con la familia/allegados/grupo conviviente 9. Disposición y contención psicoafectiva 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acompañamiento y seguimiento de la CT en la inclusión social 2. Trabajo con la familia/allegados/grupo conviviente 3. Articulación con otras instituciones 4. Clínica de la subjetividad 5. Trabajo orientado a la externación desde el inicio 6. Equipo consolidado 7. Flexibilidad del equipo tratante/institución 8. Promoción de la inclusión laboral 9. Recursos técnicos y/o económicos 10. Disposición y contención psicoafectiva 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trabajo con la familia/allegados 2. Disposición y contención psicoafectiva 3. Acompañamiento y seguimiento de la CT en la inclusión social 4. Promoción de la inclusión laboral 5. Recursos técnicos y económicos 6. Trabajo orientado a la externación desde el inicio 7. Clínica de la subjetividad 8. Articulación con otras instituciones 9. Equipo consolidado 10. Flexibilidad del equipo tratante/institución
Políticas públicas y legislación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ley Nacional de Salud Mental 2. Gestión eficiente 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Redes intersectoriales públicas 2. Ley Nacional de Salud Mental 3. Gestión eficiente 4. Dispositivos comunitarios 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recursos económicos 2. Presencia de redes intersectoriales públicas

coincidencia en la posición en la que la sub-categoría aparece según la frecuencia en la que es mencionada. Así, «dificultades en el afrontamiento a las exigencias del medio» y

su contracara «reconocimiento de fortalezas y debilidades propias» poseen la mayor frecuencia de mención tanto en cuanto obstáculo como en tanto facilitador (en primer lugar,

en todos los casos, a excepción de los directores que la mencionan en segundo lugar como facilitador).

Al tomar otro ejemplo respecto de los obstáculos propios de la familia/allegados/grupo conviviente; allí se encontró «falta de compromiso (participación) familiar en el tratamiento» y como facilitador, su contracara: «compromiso, acompañamiento, contención y participación familiar en el tratamiento». Aquí también hubo coincidencia en la prevalencia de la frecuencia entre una y otra cara, siendo el obstáculo/facilitador con mayor frecuencia y menciones por parte de los directores, equipos tratantes y usuarios (ocupando siempre el primer lugar salvo como obstáculo en el que, sólo para los usuarios, ocupa el segundo lugar). Además, en este caso se observó que, de las 9 subcategorías que se mencionan como obstáculos, 3 tienen contracara como facilitador, que es el total de facilitadores de esta categoría.

En cuanto a lo socioambiental, el contexto socio-comunitario favorable/desfavorable aparecieron también como mutuas contracasas y ocupando el primer lugar en la frecuencia de menciones (salvo en el caso de los directores que, sólo en tanto facilitador, lo ubican en tercer lugar). Pero en este caso, sucede que es la única subcategoría que tiene sólo 1 contracara, del total de 7 subcategorías que son obstáculos. Y es la única de los 2 facilitadores. Una lectura posible al respecto es que se presentan tantos obstáculos socio-ambientales debido a que, como se ha mencionado, muchas de las personas que padecen consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, se encuentran en situación de vulnerabilidad psicosocial, en muchos casos en situación de exclusión social severa y con muchos de sus derechos vulnerados. Los derechos humanos fundamentales y las necesidades básicas debieran estar garantizados por el Estado y por eso no aparecen mencionados con su contracara en tanto facilitador.

La lógica de obstáculo/facilitador como contracara también se observó en algunas de las

características propias del dispositivo y se encontraron ejemplos como «clínica de la subjetividad» como contracara de «enfoque paternalista», «equipo consolidado» como contracara de «alta rotación de profesionales» o «flexibilidad del equipo/institución» como contracara de «falta de flexibilidad del equipo/institución». En este caso, de los 6 obstáculos de la categoría, hay sólo 1 que no tiene un facilitador como contracara. Y de los 10 facilitadores, la mitad no presenta contracara como obstáculo. Sin embargo, no es tan fácil ubicar coincidencia en la prevalencia de frecuencia de mención de estas subcategorías, no sólo en cuanto a que no se haya en primero, segundo o tercer lugar coincidencia entre obstáculos y facilitadores, sino que tampoco se encuentra coincidencia en el propio interior de los ejes de análisis (directores, equipo tratante, y usuarios).

En este punto, se destaca otro dato observable, que es la gran cantidad de facilitadores (10) que tiene la categoría «dispositivo» frente a los 5 facilitadores de las políticas públicas y legislación, los 4 facilitadores del usuario, 3 de la familia/allegados/grupo conviviente; y 2 de la categoría socioambiental). Este hallazgo era esperable, dado que, por un lado, es lógico que las personas tengan una buena concepción de su propia modalidad de trabajo y de las instituciones a las que pertenecen, más aún frente a observadores externos; pero, por otro lado, los usuarios reafirman estas concepciones, con las 10 subcategorías en las que definen ellos mismos las tareas que se llevan adelante en el dispositivo CT como facilitadores de la externación.

Pero, además, las CT, en tanto organizaciones de la sociedad civil, cumplen un papel fundamental en los tratamientos residenciales, muchas veces cubriendo falencias de los efectores estatales en la internación por consumos problemáticos y es lógico que busquen visibilizar una forma de trabajo en la que creen y que defienden cotidianamente. Los usuarios, a su vez, reconocen el trabajo de los equipos en su acompañamiento, contención y tratamiento, en un marco de

restitución de dignidad y de derechos. Esto también explica que la categoría «dispositivo» como obstáculo, tenga solamente 6 subcategorías en total, siendo la de menor cantidad dentro de los obstáculos junto con políticas públicas (frente a 10 de usuarios y 9 familia/allegados/grupo conviviente, 7 de socioambientales).

En el caso de la categoría «políticas públicas y legislación» se observó también esta lógica que se viene describiendo: es posible considerar su ausencia o presencia como obstáculo o facilitador del proceso de externación respecto de una subcategoría. Así, «recursos económicos» es la contracara de «falta de recursos económicos», «redes intersectoriales públicas» es la contracara de «ausencia de redes intersectoriales públicas» y la «Ley Nacional de Salud Mental» funciona como obstáculo y facilitador, según el caso. En este caso, de los 6 obstáculos, hay 2 que no tienen contracara como facilitador. Y a su vez, de los 5 facilitadores, hay 1 que no presenta contracara como obstáculo. Hay que destacar que la categoría «políticas públicas» y legislación tuvo baja frecuencia de mención por los tres ejes de análisis (directores, equipos tratantes y usuarios) y tanto como obstáculo y facilitador.

Para pensar la coincidencia en la frecuencia de menciones, se consideró el caso de los «recursos económicos insuficientes». Hay coincidencia entre usuarios, directores y miembros del equipo tratante en que se trata del principal obstáculo de este eje. Sin embargo, es sólo mencionado por los usuarios en el caso de su contracara como facilitador sin menciones por parte de directores y equipos. Esto puede deberse a que, en el último tiempo, los usuarios han sido incluidos en un programa como es el «potenciar acompañar», que les permite disponer de un mínimo de recursos económicos para acompañar los procesos de externación y que los tiene como destinatarios directos. Mientras que para los directores y miembros de los equipos tratantes, contar con recursos económicos acordes a sus prestaciones es del orden

de lo esperable. Por último, dentro de «políticas públicas y legislación», se enfocó la Ley Nacional de Salud Mental, que es mencionada tanto como obstáculo y como facilitador por los directores y miembros de los equipos tratantes. En tanto facilitador, señalan que la ley les implicó un gran desafío para la modalidad de intervención en el proceso de internación con el que venían trabajando, tanto en los tiempos de duración como en la metodología de trabajo terapéutico. A su vez, ambos actores la ubican como un obstáculo en lo relativo a ciertos aspectos como la infraestructura, que sin el apoyo económico necesario del Estado les resulta difícil cumplir. Es llamativo que los usuarios no mencionen la ley. Esto daría cuenta del desconocimiento de las personas con padecimientos mentales y consumos problemáticos de la normativa que ampara sus derechos.

Discusión y conclusiones

El objetivo de la presente investigación fue identificar y describir los obstáculos y facilitadores que reconocen los directores, equipos tratantes y usuarios de las comunidades terapéuticas de CABA y GBA para hacer efectiva la externación de los usuarios. Para esto, los obstáculos y facilitadores se dividieron en distintas categorías: del usuario, de la familia/allegados/grupo conviviente, socioambientales, del dispositivo CT y de las políticas públicas y legislación. Por último, de los facilitadores identificados y descriptos se desprendieron las estrategias utilizadas tanto por los usuarios como por los equipos tratantes para la externación.

En relación a los obstáculos y facilitadores, se encontró que la mayoría de las subcategorías que los definen aparecen como contracara las unas de las otras, lo cual se puede considerar como indicio de la coherencia interna, de la fuerza de estas subcategorías y de la importancia de hacer foco en ellas.

Lo primero que se discute es la perspectiva de los usuarios, cuyas reflexiones acerca de su tratamiento y proceso de externación son

de vital relevancia. Los usuarios son los protagonistas de su propia recuperación y resulta ineludible apoyarse en sus aportes para revisar las prácticas y pensar mejoras en los procesos de externación.

Desde la perspectiva de los usuarios, se encontró que los obstáculos más importantes del proceso de externación son: las dificultades en el afrontamiento a las exigencias del medio, vividas por ellos como desconfianza y miedo; el consumo intrafamiliar y el contexto socio-comunitario desfavorable o entorno consumidor, como dos aspectos micro y macro de una misma problemática social; la insuficiente capacitación en formación y oficios por parte del dispositivo CT, que no logra prepararlos para un escenario donde predomina la escasez de empleo y la alta competitividad; y la falta de políticas públicas preventivas que apunten a concientizar a la población en la temática pero, además, promuevan la participación ciudadana en los procesos de reinserción social. Se encontró que los usuarios, identifican como los obstáculos más importantes sus características propias y la familia/allegados y grupo conviviente, categorías que presentaron la mayor cantidad de subcategorías y la mayor frecuencia de mención. Estos datos coinciden con un estudio de 2017 en la ciudad de Nueva York [11] en el que los obstáculos más importantes en la transición de la internación a la externación, desde la perspectiva de los usuarios se hallaron en el nivel individual (características propias del usuario) y en el nivel interpersonal (características de la familia/allegados/grupo conviviente). En dicho estudio se destaca también el consumo intrafamiliar y las dificultades para cambiar conductas, así como el temor a la discriminación, que también fue mencionado en la presente investigación por los usuarios, aunque ocupando un lugar de menor relevancia (en el sexto lugar de frecuencia).

Los facilitadores más importantes desde la perspectiva de los usuarios fueron: el reconocimiento de fortalezas y debilidades propias durante la internación; el compromiso, acom-

pañamiento, contención y participación familiar en el tratamiento; el contexto socio-comunitario favorable, el trabajo en el dispositivo con su familia y allegados, y el contar con recursos económicos provenientes de políticas públicas destinados a los usuarios. En este sentido, la importancia de la participación familiar en los tratamientos de personas con consumos problemáticos de sustancias psicoactivas como un facilitador de la recuperación ya se ha destacado oportunamente [2, 4, 19] y aquí se corroboró como de fundamental importancia, siendo que se menciona tanto desde la perspectiva familiar como del propio dispositivo CT y, a su vez, es mencionada con gran importancia en el eje de los equipos tratantes. Respecto a los facilitadores mencionados por los usuarios, los hallazgos encontrados se corroboran en buena medida con un estudio noruego de Adriaenssen Johannessen, *et al.* [1] en el que se destaca la importancia del sentido de pertenencia al grupo familiar y al grupo de amigos/pares por parte de las personas internadas como facilitador de la externación, así como del apoyo psicosocial, en tanto familiares y allegados presentes durante la internación y dispuestos a colaborar en el proceso de reinserción social de los usuarios.

La importancia de contar con una red de apoyo y, a la vez, la facilidad en el reconocimiento de debilidades y fortalezas, que redundan en una disposición al cambio, son también facilitadores encontrados por [11] en un estudio que recoge la perspectiva de usuarios internados por consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Desde la perspectiva de los miembros de los equipos tratantes, los obstáculos mencionados como los más importantes fueron: dificultades en el afrontamiento a las exigencias del medio, pensadas como la dificultad que genera poner en práctica afuera del dispositivo las herramientas adquiridas durante la internación; la falta de compromiso y participación familiar en el tratamiento; el contexto socio comunitario desfavorable, con entorno consumidor; la dificultad en la articulación

con otras instituciones, pensada como un cierto aislamiento de las CT de su propio entorno y una dificultad para lograr integrarse a la comunidad y con otras instituciones sociales y de salud; y los recursos económicos insuficientes ligados a la falta de fondos provenientes del Estado y de las coberturas privadas de salud para solventar los requerimientos económicos que implica costear una institución integral.

Los facilitadores mencionados como los de mayor relevancia por los equipos tratantes fueron: el reconocimiento de fortalezas y debilidades propias por parte de los usuarios, en tanto que permite ubicar y recuperar de su propia biografía los recursos subjetivos para construir herramientas que favorezcan la externación; el compromiso, acompañamiento, contención y participación familiar en el tratamiento; el contexto socio-comunitario favorable entendido como redes saludables de apoyo; el acompañamiento y seguimiento de la CT en la inclusión social en la progresividad de las salidas para encontrar una motivación en el afuera y generar confianza, y la presencia de redes intersectoriales públicas que promuevan la participación de los usuarios en programas sociolaborales. No se han encontrado estudios que analicen la perspectiva de los equipos tratantes en los procesos de externación por consumo de sustancias psicoactivas para establecer comparaciones. Sin embargo, vale recalcar que, dentro de los facilitadores, el acompañamiento y seguimiento los equipos en la inclusión social de las personas internadas, referido a la progresividad de las salidas, es un facilitador que en los dos estudios mencionados [1, 11] aprecian los usuarios como un recurso de los equipos e instituciones tratantes. Líneas abajo, se observará que la progresividad se destacó como un valor también en la caracterización de la participación de los usuarios en los procesos de externación por parte de los miembros de los equipos tratantes.

Los directores fueron clave para autorizar y lograr el acceso a las CT para llevar adelan-

te la investigación. Brindaron información sobre las características de las CT y describieron los obstáculos y facilitadores de los procesos de externación según su propia perspectiva. Los obstáculos más prevalentes mencionados por los directores fueron: las dificultades en el afrontamiento a las exigencias del medio (obstáculo identificado también como el más importante dentro de las características propias del usuario, por los usuarios mismos y por los miembros de los equipos tratantes); la falta de compromiso y participación familiar en el tratamiento (mencionado en primer lugar también por los equipos tratantes); las dificultades en la inserción laboral, fundamentalmente la dificultad para conseguir un trabajo digno y la precariedad de los trabajos a los que acceden, cuando lo logran, las personas que están en el proceso de reinserción social; el enfoque paternalista por parte del propio dispositivo CT, que los directores mencionan como el miedo de los equipos tratantes al posible fracaso del tratamiento al momento de la externación, miedo a las recaídas en el consumo y a que los pacientes no puedan sostener sus propios recursos fuera del marco protector de la CT; y los recursos económicos insuficientes (también en coincidencia con la mirada de los equipos tratantes).

Los facilitadores más importantes hallados por los directores fueron: el acceso/continuidad/mantenimiento del empleo/escolaridad por parte de los usuarios; el compromiso, acompañamiento, contención y participación familiar (facilitador definido, como vimos, como el más importante dentro de las características propias del usuario también por los usuarios y miembros de los equipos tratantes); el contexto socio comunitario favorable entendido como aquel en el que se pueden hallar referentes positivos y que es permeable a la reinserción social de los usuarios; la promoción de la inclusión laboral desde el dispositivo que es la comunidad terapéutica y la ley Nacional de Salud Mental que, al decir de los directores, les permitió flexibilizar las prácticas de tratamiento y acortar los

procesos hacia la externación de los usuarios. No se han encontrado estudios que recojan esta perspectiva para comparar resultados.

En cuanto a las estrategias utilizadas por los equipos tratantes y por los usuarios para la externación, se han desprendido de los facilitadores mencionados por cada uno de ellos y deben ser pensadas de manera articulada, como una red de estrategias integrales, integradas e integradoras, incorporando todas las categorías descritas, que son las dimensiones micro y macro que atraviesan la problemática de los usuarios internados en las CT. Se destacó que las estrategias para la externación buscan restituir la autonomía subjetiva de los usuarios, la integración en la comunidad, el armado o reformulación de un proyecto de vida desde el inicio del tratamiento y el fortalecimiento de los lazos sociales, siendo que, como se ha mencionado, las redes saludables de apoyo son grandes facilitadoras de la externación y del sostenimiento de las personas por fuera del dispositivo CT.

Otro de los objetivos de esta investigación es la caracterización de la participación de los usuarios en los procesos de externación. Según lo dicho por los usuarios y miembros de los equipos tratantes en los grupos focales, se encontraron tres modalidades de participación: acotada, progresiva y compartida. La participación acotada fue percibida como la de mayor preponderancia por parte de los usuarios, que generalmente se refirieron a los pedidos que deben realizar a los equipos tratantes para lograr determinados permisos, avances en las distintas etapas de los tratamientos o salidas. Esta modalidad de participación también prevaleció en las comunidades terapéuticas que brindan asistencia a niñas, niños y adolescentes, en las que muchas veces hay intervenciones judiciales y cuestiones legales que deben ser tenidas en cuenta.

La participación progresiva fue la más mencionada por los miembros de los equipos tra-

tantes, quienes refirieron que, si bien el trabajo orientado a la externación se da desde el inicio de la internación, se produce un aumento progresivo en la participación en las etapas previas a la externación, con el objetivo de acompañar a los usuarios en la transición hacia el afuera. Esta modalidad de participación fue la más destacada por los miembros de los equipos tratantes y por los usuarios, quienes la consideraron un valor que fortalece la construcción paulatina de autonomía necesaria para el proceso de externación.

Por último, la participación compartida se definió como la que mayor autonomía brinda a los usuarios la toma de decisiones desde el inicio de la internación, pero fue la que menor frecuencia de menciones tuvo tanto para los usuarios como para los miembros de los equipos tratantes. No se han encontrado estudios que permitan comparar los resultados hallados en la descripción de las modalidades de participación de los usuarios ni la percepción de las más preponderantes por parte de cada eje de análisis.

Para finalizar, se señalan algunas limitaciones del estudio vinculadas al hecho de haber realizado los grupos focales utilizando la plataforma virtual Zoom en el contexto de aislamiento por la pandemia por COVID-19, que llevó a una mayor focalización en los dichos de los entrevistados y a un desenfoque en la comunicación no verbal. Lo mismo ocurrió respecto de las entrevistas semi-dirigidas a los directores para recabar información sobre las características de las CT de la muestra, que no pudo ser corroborada con visitas presenciales a las instituciones.

Asimismo, el tipo de instituciones de la muestra, en tanto comunidades terapéuticas, es una limitante para que los resultados obtenidos sean extrapolados de manera directa a otro tipo de instituciones de internación por consumo problemáticos, como son las clínicas psiquiátricas y los hospitales generales, dado que las CT presentan características diferenciales en la conformación de los equipos tratantes, en

su infraestructura edilicia y en la oferta de servicios, como también en la inserción socio-comunitaria.

De todas formas, se espera que la evidencia generada en este estudio sea tenida en cuenta para su aplicación en el ámbito sanitario y también para ser comparada con otros estudios similares.

Declaración de conflicto de intereses:

El presente proyecto de investigación no presenta conflicto de intereses.

Fuente de financiamiento:

El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo de las Becas Salud Investiga 2019-2020 a proyectos de investigación Dirección de Investigación en Salud, Ministerio de Salud de la Nación, R. Argentina.

Referencias

- Adriaenssen Johannessen D, Nordfjærn T, Østertun Geirdal A. Substance use disorder patients' expectations on transition from treatment to post-discharge period. *Nordisk Alkohol Nark.* 2020;37(3):208-226. PMID: 35308318 DOI: 10.1177/1455072520910551
- Almanza Avendaño AM, Gómez San Luis AH. Narrativas sobre el proceso de recuperación ante la adicción: la perspectiva de familiares que asisten a servicios de atención. *Salud Colectiva.* 2020;16:e2523. DOI: 10.18294/sc.2020.2523
- Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Helsinki, Finlandia: AMM; Junio 1964. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polici-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Barret AE, Turner RJ. Family structure and substance use problems in adolescence and early adulthood: examining explanations for the relationship. *Addiction.* 2006;101(1):109-120. PMID: 16393197 DOI: 10.1111/j.1360-0443.2005.01296.x
- Botinelli MT, Nabergoi M, Remesar SE, Pérez M, Kanje S, Tetelbaum A, et al. Interfaces cuali y cuantitativas sobre las necesidades y competencias en la formación de recursos humanos en salud en el área del adulto mayor: exploración desde la perspectiva de las instituciones, usuarios y efectores [internet]. Buenos Aires: Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación; 2010 Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/botinelli2009.pdf>
- Cohen H, Natella G, editores. Trabajar en salud mental: la desmanicomialización en Río Negro. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1995.
- Cook TD, Reichardt CHS. Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa. Madrid: Morata; 1986.
- Gorbacz L. Reflexiones sobre la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental. *Estrateg (La Plata).* 2013;00(1):36-41. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4760776.pdf>
- Ley 26657/10 Ley Nacional de Salud Mental. Honorable Congreso de la Nación Argentina. Sanción 25 de nov., 2014 (Promulg. 2 de mayo, 2010)
- Ley 26934/2014 Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos. Honorable Congreso de la Nación Argentina. Sanción 30 abril, 2014 (Publ. Bol. Of. 29 mayo, 2014)
- Manuel JI, Yuan Y, Herman D, Svikis D, Nichols O, Palmer E, Deren S. Barriers and facilitators to successful transition from long-term residential substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat* 2017; 74:16-22. PMID: 28132695 DOI: 10.1016/j.jsat.2016.12.001
- Organización de las Naciones Unidas. Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Nueva York: ONU; 2006. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS. ed. 2017. Sao Paulo (SP): BIREME / OPS / OMS. 2017 [actualizado 2017 May 18]. Disponible en: <http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>
- Samaja J. Epistemología y metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica. 3ª ed. Buenos Aires: Eudeba; 2004.
- Saraceno B. La liberación de los pacientes psiquiátricos. De la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía libre. México: Editorial Pax; 2003.

16. Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina, Observatorio Argentino de Drogas. Estudio descriptivo sobre el abandono del tratamiento en usuarios de Sedronar. Buenos Aires: Sedronar; 2018.
17. Tisera A, Bavio B, Lenta MM. El proceso de externación y su inclusión en las políticas de salud mental. ¿Externación o expulsión? I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires: UBA; 2009.
18. Tisera A, Lohigorry J, Lenta MM. (2013) Salud mental e inclusión social: derecho al trabajo en el contexto actual. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XX jornadas de investigación. Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, 27 al 30 de noviembre de 2013. Buenos Aires: Ediciones de la Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires; 2013; apud Zaldúa G, coord. Intervenciones en psicología social comunitaria. Territorios, actores y políticas sociales. Buenos Aires: Teseo, 2016.
19. Zapata Vanegas MA. La familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. Rev CES Psicol. 2009;2(2):86-94. Disponible en: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/355>