

PREVENCION DE LAS RECAIDAS EN DROGADICCION

Ana Lía Kornblit

Ana María Mendes Diz

Azucena Bilyk

PREVENCIÓN DE LAS RECAIDAS
EN DROGADICCIÓN

PREVENCIÓN DE LAS RECAIDAS EN DROGADICCIÓN

**Ana Lía Kornblit
Ana María Mendes Diz
Azucena Bilyk**

El presente libro fue publicado por primera vez en forma impresa en el Instituto Argentino de Prevención, 1973, 1988. En ocasión del centenario de la muerte de Bernardino Rivadavia, 1873, 1988, se publicó en forma impresa en el Instituto de Prevención, 1973, 1988, y en la Biblioteca Regional de Ciencias Sociales, vol. 13, 1973, 1988. Asimismo, el presente libro se publicó en la Prefectura Argentina de Policía, 1973, 1988.

PREVENCION DE LAS RECAIDAS EN DROGADICCION

Ana Lía Kornblit
Ana María Mendes Diz
Azucena Bilyk

El capítulo I de este libro fue publicado previamente en forma resumida en el Boletín Argentino de Psicología, Nº2, 1988. Un resumen del capítulo II fue publicado en la serie de Investigaciones, Nº1, de la fundación Cedro y en la Revista Española de Drogodependencias, vol 15, Nº2, 1990. Un resumen del capítulo III se publicó en la Revista Argentina de Psicopatología

Este libro presenta los resultados de nuestros últimos trabajos de investigación en la temática del consumo indebido de drogas. Esta vez hemos focalizado las recaídas en el hábito drogadicativo como nuestro objeto de estudio, dada la importancia que él asume en nuestro medio.

El trabajo pudo realizarse merced a la generosa ayuda de la FUNDACION CEDRO, a cuyos integrantes expresamos nuestro sincero agradecimiento por su apoyo y por la confianza que depositaron en nuestro equipo de trabajo.

Agradecemos también la colaboración ofrecida por los coordinadores de los diferentes centros asistenciales con cuyos egresados trabajamos: Programa Andrés, Ibicuy, Centro Juvenil Esperanza, Clínica Gradiva y CENARESO.

**UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

Decano

Lic. Juan Carlos Portantiero

Vicedecano

Lic. Oscar Toto

Secretario Académico

Dr. Miguel Talento

Secretaria de Gestión Institucional

Lic. Olga Pisani

Secretario de Investigación

Lic. Leandro Gutiérrez

Secretario de Posgrado

Lic. Pedro Krotzsch

Secretaria de Hacienda y Administración

Lic. Cristina Proverbio

Secretario de Extensión Universitaria

Lic. Julián Gadano

Instituto de Investigaciones

Directora

Dra. Ana Lfa Kornblit

**CUADERNOS es una publicación del Instituto de Investigaciones
de la Facultad de Ciencias Sociales (UBA)**

© de esta edición: Facultad de Ciencias Sociales (UBA)

Marcelo T. de Alvear 2230, (1122) Buenos Aires, Argentina

Febrero de 1992

ISBN 950-29-0070-7

SUMARIO

I. ACTUALIZACION SOBRE RECAIDAS EN EL CONSUMO DE DROGAS	9
II. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LAS RECAIDAS EN DROGADICCION	17
II.1. Condiciones de vida o ambientales	18
II.2. Situación psicológica personal	28
II.3. Especificidades de las situaciones de recaída	33
III. UN PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN DE LAS RECAIDAS EN DROGADICCION	37
IV. EVALUACION DE LA EFICACIA DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE RECAIDAS	55
BIBLIOGRAFIA	65
APENDICE 1 GUÍA DE LAS ENTREVISTAS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS	71
APENDICE 2 CUADROS ESTADÍSTICOS	77

I. ACTUALIZACION SOBRE RECAIDAS EN EL CONSUMO DE DROGAS

Gran parte de las dificultades para comprender el proceso de las recaídas reside en el hecho de que el consumo de drogas es percibido en sí como una enfermedad y, por lo tanto, como pasible de ser totalmente "erradicado", como sucede en algunas enfermedades. Sin embargo, un adicto puede ser desintoxicado y esto no implica necesariamente que su atracción hacia las drogas haya desaparecido.

Tradicionalmente los estudios sobre consumo abusivo de drogas han hecho hincapié en las motivaciones para iniciar tal consumo y en las condiciones que llevan a comenzar un tratamiento. En cambio, hasta hace poco tiempo se pasaba por alto el estudio de las condiciones relativas al *mantenimiento* de los patrones no adictivos, alcanzados luego de cambios en los hábitos de consumo abusivo. Se partía así de una concepción que identificaba los procedimientos para lograr un cambio en un hábito adictivo con el mantenimiento a largo plazo del cambio de conducta alcanzado.

En la actualidad, cada vez más profesionales de la salud dedicados al campo de las drogodependencias concuerdan en señalar que ambos procesos deben diferenciarse, dado que implican el poner en práctica diferentes tipos de aprendizaje.

Estas nuevas conceptualizaciones tienen por base la teoría del aprendizaje social, según la cual las diferentes etapas que llevan a un sujeto a transformarse en adicto implican procesos de aprendizaje de conductas, transformadas luego en hábitos a partir del refuerzo social. De la misma manera pueden plantearse intervenciones que lleven al aprendizaje de modos efectivos para cambiar los hábitos adictivos.

Los desarrollos de la teoría del aprendizaje social referida a la conducta drogodependiente configuran lo que se denomina el modelo de "autocontrol", que se diferencia del modelo más clásico, que ve la

drogodependencia como una enfermedad.

Ambos modelos se caracterizan por una serie de parámetros que se resumen en el cuadro siguiente (MARLATT y GORDON, 1985).

	MODELO DE AUTOCONTROL	MODELO DE ENFERMEDAD
Locus del control	el sujeto es capaz de autocontrol	el sujeto es víctima de fuerzas que no puede gobernar
Objetivo del tratamiento	abstinencia o moderación	abstinencia
Enfoque general de las adicciones	búsqueda de rasgos comunes entre comportamientos adictivos la adicción se basa en hábitos maladaptativos	cada tipo de adicción es único la adicción se basa en procesos fisiológicos y en conflictos intrapersonales
Procedimientos terapéuticos	entrenamiento en habilidades sociales reestructuración cognitiva cambio de estilo de vida	apoyo grupal dogma cognitivo confrontación de sentimientos

El modelo del autocontrol sostiene que el consumo en sí mismo es un hábito y no una enfermedad, aunque puede llevar al desarrollo de enfermedades. El beber alcohol en forma excesiva, por ejemplo, no es en sí una enfermedad, aunque las consecuencias de tal tipo de consumo pueden implicar enfermedades como la cirrosis, la polineuritis, etc.

Los hábitos de consumo excesivo de drogas son considerados maladaptativos en tanto conducen a consecuencias negativas en relación con la salud en general y con la autoestima. Un rasgo distintivo del modelo es que considera que la ejecución de las conductas de consumo *per se* no es necesariamente maladaptativa si se realiza ocasionalmente, con moderación y teniendo en cuenta las consecuencias posibles a largo plazo.

Los profesionales que suscriben el modelo del autocontrol prestan una especial atención a los antecedentes situacionales y ambientales de la

conducta adictiva y a las creencias y actitudes del sujeto y de su grupo de pertenencia con respecto al consumo. Estos datos permiten comprender mejor los efectos de refuerzo que contribuyen a iniciar y a mantener el consumo de drogas, así como los factores que podrían inhibir la conducta. Se consideran especialmente las reacciones sociales e interpersonales que el sujeto ha despertado antes, durante y después de implicarse en la conducta adictiva.

Tomando en cuenta esta concepción general acerca del consumo de drogas, los programas de prevención de las recaídas se proponen diseñar instrumentos para intervenir en el **mantenimiento** de los cambios en los hábitos de consumo.

Se entiende por recaída la reiniciación del consumo de una droga después de haberlo interrumpido por un tiempo.

El proceso de cambio de un hábito de drogodependencia comprende tres etapas:

- 1) compromiso y motivación para el cambio
- 2) cese del uso de drogas (la abstinencia es acá preconizada como una vía para lograr el autocontrol, no como un fin en sí mismo)
- 3) mantenimiento a largo plazo del cambio de conducta

Las recaídas se consideran como una transición en el proceso de cambio del hábito, que pueden llevar o no al retorno a los niveles de base del consumo. Para actuar preventivamente es importante saber que las dos terceras partes de todas las recaídas ocurren en el lapso transcurrido entre el cese del consumo y los tres meses posteriores. En el proceso de la recaída se diferencia entre la "primera caída" y los comportamientos posteriores a ella, que configuran la "re-caída". La "primera caída" comporta lo que se ha denominado el efecto de "violación de la abstinencia", cuya intensidad está determinada por dos elementos afectivo-cognitivos:

a) la **disonancia cognitiva** entre las cogniciones o creencias acerca del sí mismo como sujeto capaz de abstinencia y la conducta de consumo, que resulta incongruente con dicha imagen

b) la **atribución personal**, que conduce al sujeto a culparse a sí mismo de la recaída, sin considerar los factores ambientales que pueden haber contribuido a ella.

La recaída, pues, está mediatizada por factores cognitivos ligados al momento de violación de la abstinencia, que incrementan notablemente la probabilidad de repetir la conducta de consumo. La intensidad de los componentes cognitivos depende en parte de la duración del período de abstinencia (a mayor duración, mayor efecto) y del compromiso personal

desarrollado con respecto a la modificación del hábito.

En general existe una serie de decisiones o elecciones conducentes a la cadena de hechos que preceden a la primera caída, que han recibido el nombre de Decisiones Aparentemente Irrelevantes, y que en un programa preventivo es necesario poder anticipar para evitar.

En un programa de este tipo es necesario también poder prever las situaciones de alto riesgo, definidas como aquéllas que amenazan el sentido de control de un individuo (su sensación de auto-eficacia), aumentando así el riesgo de recaída potencial.

Diferentes autores han analizado los factores que pueden incidir en las recaídas y han coincidido en que ellas son en general consecuencia de la interacción de factores de índole intrapersonal e interpersonal. MARLATT y GORDON (1985) realizan la siguiente clasificación de factores:

1. **Determinantes intrapersonales y ambientales:** incluyen los factores intrapersonales, las reacciones a hechos ambientales no personales y las reacciones a hechos interpersonales en el pasado distante, en los que la interacción no tiene ya un impacto significativo.

A. Enfrentamiento de estados emocionales negativos:

1. Frustración y/o ira (hostilidad, agresión); referencias a sentimientos de culpa y respuestas a demandas ambientales o del sí mismo que producen ira.

2. Otros estados emocionales negativos: miedo, ansiedad, tensión, depresión, soledad, tristeza, aburrimiento, preocupación, etc. Incluye el estrés producido por evaluaciones y por dificultades económicas.

B. Enfrentamiento de estados negativos físico-fisiológicos:

1. Enfrentamiento de estados físicos asociados con el uso anterior de drogas.

2. Enfrentamiento de otros estados físicos negativos: dolor, enfermedad, fatiga, etc.

C. Refuerzo de estados emocionales positivos: para aumentar sensaciones de placer, alegría, celebración, etc.; para "estar alto".

D. Prueba del control personal ("probar una sola vez").

E. Ceder a anhelos ligados a consumos anteriores:

1. En presencia de indicadores de la/s sustancia/s.

2. En ausencia de indicadores de la/s sustancia/s.

2. **Determinantes interpersonales:** presencia o influencia de otros sujetos como parte del hecho precipitante (implica la interacción presente o reciente con otros sujetos que ejercen influencia sobre el sujeto).

A. Enfrentamiento de conflictos interpersonales:

1. Enfrentarse con frustración y/o ira que surja de una fuente interpersonal. Incluye discusiones, desacuerdos, peleas, celos, culpa, etc.

2. Enfrentarse con otros conflictos interpersonales (incluye el estrés de evaluaciones cuando se menciona a otra persona).

B. Presión social: incluye la respuesta a la influencia de otro/s individuo/s que ejerce/n presión directa o indirecta sobre el sujeto para usar la sustancia.

1. Presión social directa (otros que ofrecen droga).

2. Presión social indirecta (observación de otro o de un grupo consumiendo).

C. Refuerzo de estados emocionales positivos (para incrementar sensaciones placenteras, celebraciones, excitación sexual, etc.).

Los programas de prevención de las recaídas incluyen fundamentalmente la identificación de las situaciones de riesgo posibles para cada sujeto y su anticipación a través del **entrenamiento en habilidades sociales** específicas para enfrentarlas exitosamente. Esta modalidad terapéutica incluye el trabajo con situaciones concretas, utilizando los recursos de las técnicas psicodramáticas y del "modelado", que luego se intenta transferir a las situaciones de la vida real.

Las estrategias de entrenamiento en habilidades buscan mejorar la capacidad de los sujetos para involucrarse en actividades sociales productivas y de tiempo libre, que faciliten enfrentarse con situaciones de estrés y con estados emocionales negativos sin recurrir a drogas y el enfrentar una caída o traspie con respecto al consumo de droga, sin recaer totalmente.

Se usan también técnicas de **terapia cognitiva**, con el objetivo de redefinir y reencuadrar las posibles caídas, modificando la dirección de la atribución desde el sí mismo a factores externos específicos y controlables.

Las modificaciones propuestas en relación con el **estilo de vida** se relacionan con el balance entre los elementos impositivos (lo que uno debe hacer) y los elementos placenteros (lo que uno quiere hacer), entre los que se trata que el sujeto logre un cierto equilibrio.

En la medida en que buena parte de esta conceptualización vincula las recaídas en el consumo de drogas con factores que tienen que ver con el estrés psicosocial (cf. KORNBLIT y MENDES DIZ, 1987), se insiste en el entrenamiento en técnicas específicas de enfrentamiento de situaciones consideradas como fuentes de estrés. Dichas técnicas pueden clasificarse en: 1) las que implican conductas "de signo negativo", como por ejemplo:

* evitar situaciones difíciles de solucionar, que dejan sensaciones de frustración e impotencia

- desviar la atención de imágenes vinculadas al consumo
 - alejarse de amigos que consuman drogas
- 2) las que implican conductas de "signo positivo", como por ejemplo:
- realizar programadamente actividades placenteras
 - buscar apoyo y refuerzo en relaciones sociales y afectivas
 - realizar actividades en el tiempo libre que reemplacen al consumo o que no puedan realizarse de continuar el consumo
 - buscar una actividad laboral capaz de ofrecer gratificaciones

Como se ve, este tipo de programas, que según HAWKINS y CATALANO (1985), son los únicos que han demostrado eficacia en la prevención de recaídas en el consumo de drogas, enfatizan la importancia motivacional e integrativa de la autoayuda, o sea, de la responsabilidad activa en la propia recuperación. El drogadicto es, así, considerado como un individuo activo y no como una mera víctima de sus circunstancias.

MILKMAN et al. (1984) analizaron los determinantes de recaídas según adicciones a diferentes sustancias. Sus resultados señalan que en los adictos a **narcóticos** la única asociación significativa resultó ser la carencia de empleo. En los adictos a **múltiples sustancias** encontraron que el 75% de las recaídas ocurren en tres contextos estresantes básicos:

- a) el enfrentarse con estados emocionales negativos intrapersonales (37%)
- b) el enfrentarse con conflictos interpersonales (15%)
- c) el enfrentarse con presiones sociales (24%).

En los adictos al **alcohol** encontraron que las recaídas eran producto de la interacción entre:

- a) una situación percibida como peligrosa
- b) carencia de estrategias eficaces para enfrentarla
- c) percepción de la ineficacia de las estrategias disponibles para enfrentarla
- d) grado en que la recaída es atribuida al sí mismo y no a factores ambientales.

En los adictos al **tabaco** encontraron que la mayoría de las recaídas ocurren:

- a) en presencia de otros fumadores
- b) durante una situación descrita como estresante debido a relaciones interpersonales y específicamente a situaciones laborales
- c) en presencia de motivaciones negativas (fumar para sentirse menos tensionado, etc.).

Otros estudios, como el de HAWKINS y CATALANO (1985), destacan la importancia que adquiere en las recaídas la ausencia de una red interpersonal fuerte, lo que lleva a elaborar estrategias de fortalecimiento o creación de apoyo social, así como estrategias de búsqueda de lugares de

residencia protegidos y de amparo legal. Con respecto al medio familiar, MOOS y MOOS (1984) señalan determinadas características de la estructura y del funcionamiento familiar que precipitan la recaída de sus miembros. Estos autores demuestran, a través de las conclusiones de un estudio comparativo que realizaron con familias de pacientes recuperados y de pacientes recaídos, que existen diferencias significativas entre ambos tipos de familias. Así, las familias de pacientes recaídos muestran menor coherencia, menor expresión de emociones, menor orientación hacia lo activo-recreativo y menor grado de acuerdo en la pareja con respecto al funcionamiento familiar, que las familias de pacientes recuperados. Las primeras presentan además mayores niveles de conflicto y sus miembros son más rígidos, se comprometen más en acciones negativas y hostiles, son menos racionales para resolver sus problemas y poseen menor grado de organización interna.

Otros enfoques acerca del cuidado posterior al tratamiento de los drogadictos incluyen estrategias enfocadas vocacionalmente para ayudarlos a encontrar empleo y estrategias para estimular en ellos la motivación para realizar actividades recreativas o de tiempo libre.

II. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LAS RECAIDAS EN DROGADICCION

Para relevar datos respecto de los factores de riesgo ligados a la recaída en el hábito drogadicativo nos planteamos realizar algunos estudios con adictos residentes en diversos centros de rehabilitación de drogadictos de la ciudad y de la provincia de Buenos Aires. Trabajamos con aquéllos que tuvieran interés en participar en los estudios y hubieran pasado en algún momento de su carrera drogadicativa por un período mínimo de tres meses sin consumir (período de abstinencia).

El acercamiento a los datos se realizó utilizando diferentes metodologías, pero en todos los casos pretendimos relevar las representaciones que los individuos entrevistados tienen acerca de los condicionantes del consumo de drogas y de la recaída en el hábito, posterior a un período de abstinencia. No se trata en este caso de aprehender "realidades objetivas", sino de aproximarnos a las interrelaciones que los sujetos establecen entre un determinado hecho, en este caso la recaída, y las situaciones en las que ella se produjo a juicio del sujeto.

Se destaca el valor de la "propia historia", la historia relatada por el sujeto, con lo que se asigna capital importancia a las interpretaciones que ofrecen los entrevistados como explicación de su comportamiento. A través del relato de los sujetos acerca de sus experiencias pasadas se transmite cuál es su idea acerca de cuáles son los riesgos asociados a la posibilidad de recaídas, que surgen del procesamiento que han realizado acerca de su experiencia.

La información relevada se cotejó, con respecto a algunas variables, con la aportada por sujetos de control (no adictos), que también fueron entrevistados.

Asimismo, en la mayoría de los casos, se entrevistó también a familiares; en el caso de éstos, el olvido de situaciones pasadas o en ciertos casos, el ignorarlas, es tomado como un indicador acerca de la distancia

emocional entre padres e hijos, una de las variables descritas universalmente en la bibliografía sobre el tema.

Realizamos con los entrevistados (drogadictos y familiares) tres cortes temporales: el inicio del consumo, el período de abstinencia previo a la recaída y el momento actual.

En estos tres momentos relevamos información específicamente acerca de condiciones de vida o ambientales y acerca de situaciones personales de los sujetos.

El análisis de los datos obtenidos nos permitió arribar a una caracterización de los factores de riesgo ligados a la recaída en el hábito y a una tipología de las situaciones de recaída.

II.1. Condiciones de vida o ambientales

II.1.1 Relaciones familiares

Tipo de estructura familiar

No se encontraron diferencias significativas⁶ entre el grupo de drogadictos y el de control, en cuanto a composición del grupo familiar por número de hijos. En ambos casos se trata en general de familias con dos a tres hijos y no de familias numerosas. Existe, sí, un mayor porcentaje entre los drogadictos de familias con un solo padre (18%), en la mitad de los casos por fallecimiento de uno de los progenitores. Entre los controles el porcentaje de familias incompletas es del 7%. Esto abona la hipótesis, ya corroborada en algunos estudios, acerca de un mayor contacto con vivencias tempranas de pérdida, por parte de los sujetos drogadictos (cf. COLEMAN et al, 1986).

Es también significativo que la totalidad de los sujetos de control vive con sus familias de origen, mientras que no ocurre lo mismo con los drogadictos. En este grupo puede observarse además una diferencia importante entre el porcentaje de sujetos que convive con la familia de origen en el momento del comienzo del consumo: 84% y el porcentaje que lo hace en el momento de la recaída, que baja a 61%.

Puede inferirse a partir de este dato la hipótesis de que la salida de la casa paterna por parte de los sujetos drogadictos ha sido precoz, en el sentido de que la falta de control de la familia de origen es un factor relacionado con la recaída. El vivir con la familia de procreación o con otros adultos no parece constituir un continente suficiente para no reincidir en el hábito.

Los datos confirman también el conocimiento ya aportado por otras

investigaciones y por la clínica acerca de la existencia de uno o más miembros de la familia de adictos, en el caso de los consumidores.

El consumo de alcohol y de tabaco es visualizado como adicción en mayor porcentaje por los jóvenes en general (adictos y controles) que por sus familiares, los que visualizan en mayor proporción a los fármacos como tal.

Asimismo, la mayoría de los sujetos de control considera adicción a otros elementos mencionados metafóricamente como drogas, por ejemplo: el trabajo o la televisión.

Dinámica familiar

Los aspectos cualitativos de la vida familiar han demostrado ser, en los estudios realizados hasta ahora, mejores predictores del desarrollo del hábito drogadictivo y de la recaída en él, que los aspectos estructurales, tales como el status marital, el número de divorcios o la noción de "hogar incompleto". Les hemos dedicado, pues, un particular interés.

Respecto al clima familiar, existen diferencias significativas entre las respuestas de los sujetos drogadictos y las de los controles, en cuanto al porcentaje que alude a la existencia de un "buen clima" en la familia (5% de los drogadictos y 55% de los controles).

Los drogadictos perciben en mayor porcentaje que los controles un clima familiar de peleas y violencia; tanto ellos como los controles tienden a percibir un clima familiar más conflictivo que sus familiares.

Por último, los familiares de los controles son más críticos consigo mismos que los familiares de los adictos, con respecto al clima habitual de la casa.

Con relación a las alianzas entre los miembros de la familia, los sujetos de control perciben a sus padres unidos en un porcentaje mayor que los sujetos drogadictos y se sienten aliados de la madre o del padre en un porcentaje mayor que los adictos.

En lo que se refiere a cohesión familiar, podemos decir que los miembros de las familias de control están más presentes psicológicamente entre sí que los de las familias de los drogadictos. Esto se puede inferir de las respuestas de los familiares respecto a la medida en que los jóvenes pueden percibir el malestar de todos los miembros de la familia, lo que hacen en un 40% de los casos, mientras que los familiares de los drogadictos señalan lo mismo sólo en el 6% de los casos.

Puede decirse, a partir de los datos aportados por este estudio, que en las familias de los controles existe mayor cohesión que en las de los adictos y que existe una tendencia a que el rol materno sea cumplido más al pie de

la letra en estas familias que en las de los adictos.

Nos interesó indagar la **reacción familiar ante conductas no esperadas del sujeto** y hallamos que los familiares de los controles se enojan más ante una falta cometida por los sujetos, pero los castigan menos que los familiares de los drogadictos. Es interesante señalar que en las respuestas de los familiares de los controles surgen dos categorías que no aparecen en los familiares de los drogadictos: "tratar de que entiendan por qué no deben cometer la falta" (25%) y "comprenderlos" (30%).

Por otra parte, un 11% de los drogadictos menciona la falta de reacción de los familiares ante una inconducta de su parte. El castigo y la **falta de reacción** son, así, categorías que surgen en las familias de drogadictos, mientras que en las de los controles se dan más reacciones que tienen que ver con límites puestos no represivamente.

Por último, para comparar el funcionamiento familiar en general en los dos grandes grupos estudiados: sujetos drogadictos y sus familiares, por un lado, y sujetos de control y sus familiares, por otro, aplicamos un instrumento que ya ha sido probado en los Estados Unidos en cuanto a su consistencia interna (confiabilidad) y a su validez de constructo: la subescala Funcionamiento General, del McMaster Family Assessment Device (cf. EPSTEIN et al, 1983) (Cuadro I).

Este instrumento se basa en la teoría de los sistemas, pero usa también conceptos de la teoría de la comunicación y del aprendizaje. Surge de la conceptualización que ve a la familia como un sistema interactivo, cuya estructura, organización y patrones transaccionales determinan y conforman la conducta de sus miembros.

El modelo incorpora seis dimensiones que se consideran esenciales para el funcionamiento de todas las familias:

- a) resolución de problemas
- b) comunicación
- c) roles
- d) respuesta afectiva
- e) compromiso afectivo
- f) control de la conducta

En nuestros estudios indagamos acerca del funcionamiento familiar en el grupo de los adictos y de sus familiares, en los tres momentos señalados de la carrera adictiva: al comienzo del consumo, durante la abstinencia previa a la recaída y en la actualidad. Obtuvimos así seis grupos de respuestas (tres de drogadictos y tres de sus familiares), que comparamos con las respuestas de los sujetos de control y de sus familiares. De dicha comparación

surgen las siguientes observaciones:

- a) Existe un gran cambio en cuanto a cómo ven los drogadictos y sus familiares el funcionamiento de la familia en el comienzo del consumo, en la recaída y ahora. Ambos grupos coinciden en general en sus apreciaciones.
- b) El funcionamiento familiar de los drogadictos tal como es percibido por los familiares en el momento actual se asemeja mucho más al funcionamiento del grupo control que en los dos momentos previos.
- c) Las respuestas dadas por los drogadictos en el momento actual acerca del funcionamiento familiar se acercan a las dadas por los sujetos de control pero menos que las dadas por los familiares de ambos grupos. Esto se explica por el hecho de que los jóvenes de control tienen una visión más crítica acerca del funcionamiento de sus familias que sus familiares. Los drogadictos actualmente, en cambio, son menos críticos y coinciden más con sus familiares en sus percepciones. En cambio, sostienen una actitud crítica hacia el funcionamiento del grupo familiar en el comienzo del consumo y en la abstinencia.
- d) Los familiares de los drogadictos parten de una visión menos crítica acerca del funcionamiento familiar en el momento del comienzo del consumo y perciben más cambios que los consumidores en el momento de la abstinencia, previo a la recaída.
- e) El gran salto en cuanto al cambio en el modo de funcionamiento de la familia se da tanto para los drogadictos como para sus familiares en el momento actual.

En cuanto al sentido de las diferencias entre las respuestas dadas por los grupos estudiados y a la dirección del cambio percibido acerca del funcionamiento del grupo familiar en el comienzo del consumo y en la actualidad, las dimensiones que lo expresan más claramente son :

1) **Comunicación:** los drogadictos y sus familiares en el momento actual pueden expresarse con mayor facilidad entre sí sus afectos que los sujetos de control en general, tanto en lo referente a sus miedos como a sus tristezas. Evidentemente, el haber atravesado una situación crítica como el consumo abusivo de drogas y el estar en tratamiento de rehabilitación ha aumentado en gran medida las posibilidades de expresividad en el seno de estas familias. Tanto los drogadictos como sus familiares coinciden en que en el momento actual pueden expresar sus miedos y sus tristezas. Con respecto al comienzo del consumo, los sujetos drogadictos afirman que podían expresar menos estos afectos que sus familiares, especialmente en lo referido a la tristeza. Piensan que había en ese momento, pues, menos comunicación que la que piensan sus familiares que había. Lo mismo ocurre

con los sujetos de control, quienes también manifiestan que perciben cierta inhibición en la expresión afectiva en sus familias, en mayor medida que sus familiares. Con respecto a la expresión de hostilidad y crítica, los drogadictos manifiestan del mismo modo que percibían al comienzo del consumo mayores muestras de tales conductas hacia ellos, que lo que sus familiares percibían que expresaban. Muchos de los consumidores ven modificaciones en este aspecto en el momento actual, si bien todavía perciben mayores manifestaciones de hostilidad y crítica en la familia que los familiares. Este dato coincide con la tendencia actual a considerar lo que se denomina "emoción expresada" en las familias (dimensión compuesta por: crítica, hostilidad y sobreinvolucración emocional), como un factor de riesgo en relación con la recaída en pacientes psiquiátricos en general. No se ha estudiado aún esta particularidad en familias de drogadictos, pero nuestros resultados apuntan a que por lo menos los rasgos de crítica y hostilidad estarían también presentes significativamente en estas familias.

2) **Respuesta afectiva:** los sujetos de control y sus familiares se sienten más aceptados que los drogadictos y sus familiares, aun en el momento actual. En ambos grupos de control se perciben menos sentimientos negativos que en los drogadictos y sus familiares, incluso en el momento actual.

3) **Resolución de problemas:** los familiares de ambos grupos perciben más dificultades para llegar a acuerdos entre todos los miembros de la familia que los jóvenes, tal vez porque sienten una mayor responsabilidad en cuanto a la toma de decisiones familiares y no toleran el disenso.

Los jóvenes de control perciben aun más dificultades que los drogadictos para poder tomar decisiones conjuntamente en la familia y llevarlas a cabo. Podría pensarse que se oponen más y pelean más abiertamente por lo que les interesa.

4) **Control de la conducta:** éste es un tema, junto con el de la respuesta ante situaciones críticas, que parece haber sido trabajado en las familias de drogadictos, de modo que sus respuestas en el momento actual se acercan más a un funcionamiento adecuado que las de los controles, aunque no ocurre lo mismo al comienzo.

5) **Sobreinvolucración de un miembro de la familia:** en este aspecto no hay grandes diferencias entre el comienzo del consumo y el ahora, ni entre el grupo de drogadictos y el de control. Tal vez este aspecto no discrimina el "mal funcionamiento" familiar del "buen funcionamiento" familiar, en nuestro medio, por las características del estilo de nuestras familias, dado que la escala ha sido aplicada hasta ahora en los Estados

Unidos y no en el país.

6) Existe con respecto a todas las dimensiones de la escala (salvo la de sobreinvolucración), una clara diferenciación entre el modo como los drogadictos y sus familias perciben el funcionamiento familiar al comienzo del consumo y como lo perciben ahora, yendo de un estilo general de "mal funcionamiento" (baja capacidad para resolver problemas, nivel de comunicación pobre, confusa definición de roles en relación con las tareas cotidianas de la convivencia, baja capacidad para revelar los sentimientos de cada uno hacia los demás, baja disponibilidad para ayudar a otros, baja capacidad de respuesta ante emergencias y poca existencia de normas claras), a un estilo general de "buen funcionamiento", caracterizado por lo inverso de los rasgos mencionados.

En general las respuestas de los drogadictos en el momento actual se acercan a las respuestas de los jóvenes de control y las respuestas de los familiares de los drogadictos se acercan a las de los familiares de los controles.

En algunas dimensiones tanto los drogadictos como sus familiares muestran en conjunto un funcionamiento familiar actual mejor que el mostrado por los controles.

Independientemente de que las familias funcionen o no de acuerdo con las respuestas obtenidas, es evidente que las familias de los drogadictos han aprendido que existe un estilo general de "mal funcionamiento", al que adscriben sus patrones en el comienzo de la adicción y un estilo de "buen funcionamiento" que refieren al momento actual.

La noción de que la familia debe ser unida y debe brindar apoyo a sus miembros parece haber sido incorporada firmemente por estos sujetos, ya sea por el trabajo realizado con ellos en los programas en los que se asisten sus hijos o por la autocrítica surgida a partir de la experiencia vivida a raíz de la drogadicción de uno de sus miembros.

Tal como señalan FRIEDMAN et al. (1987), las familias de drogadictos se clasifican habitualmente a sí mismas como más distantes e idealizan menos la vida familiar que las familias de sujetos no consumidores. Esta imagen, que en nuestros estudios aparece referida al comienzo del hábito, parece haber sufrido una importante modificación, yendo más allá, incluso, en algunos aspectos, de las respuestas dadas por las familias de los sujetos no drogadictos, tal vez más realistas en cuanto a las dificultades que surgen en la convivencia entre padres e hijos o menos auto-censurados como para expresar la existencia de conflictos.

Para los consumidores la dimensión que menos se modifica en el

período de la abstinencia es la capacidad de brindar apoyo en situaciones críticas. Para los familiares, la que corresponde a la expresión de miedos y preocupaciones.

II.1.2 Actividad del sujeto

El 26% de los sujetos adictos no trabajaba ni estudiaba durante el período de abstinencia, previo a la recaída. Ninguno de los controles, en cambio, estaba en esa situación.

Asimismo, revelan diversas modalidades de inadaptación a la situación laboral, en un 54% (ser echado, cambiar frecuentemente de trabajo, tener conflictos).

Por otro lado, las dos terceras partes de los sujetos adictos entrevistados responden haber sido rechazados en situaciones no laborales, mientras que los sujetos de la muestra de control sólo responden afirmativamente en el 10%. Los familiares de los drogadictos, en cambio, responden en un 45% que saben que el sujeto ha sido rechazado en alguna situación no laboral. Es otro dato que corrobora la relativa incomunicación entre los adictos y sus familiares, en el comienzo del consumo y en el período de abstinencia.

El modo de ocupar el tiempo libre de los sujetos de control es más diversificado que el de los drogadictos, ya que manifiestan dedicarse a más de una alternativa.

II.1.3. Vida de felación

Antes de presentar resultados respecto al nivel de apoyo social de los sujetos que recaen en el hábito drogadicivo y de sus familiares, realizaremos unas breves consideraciones acerca del tema.

El apoyo social es un concepto multidimensional, dado que no sólo es importante el monto de apoyo recibido, sino también el tipo de apoyo y sus fuentes (KORNBLIT y MENDEZ DIZ, 1987). Asimismo el apoyo social tiene dos elementos básicos a considerar (SARASON et al., 1983): a) la cantidad de otros disponibles a los cuales los sujetos piensan que pueden dirigirse en caso de necesidad, y b) el grado de satisfacción que los sujetos anticipan del apoyo que perciben disponible.

DIAZ VEIGA (1987) realiza aportes a la clarificación de este concepto, al proponer tres niveles de análisis para su comprensión:

a) nivel macro o comunitario: apoyo social definido en términos de integración y participación social

b) nivel medio o de redes sociales: apoyo social definido como un producto de las interacciones sociales en su red social

c) nivel de apoyo social informal: apoyo social definido en relación con el acceso que tienen los individuos a los recursos que potencialmente les pueden proporcionar sus relaciones sociales.

En este apartado nos referimos a este último nivel de análisis, según la percepción acerca del apoyo social informal que tienen los sujetos drogadictos y los no drogadictos estudiados.

Apoyo social referido a los sujetos

Los sujetos del grupo control reciben en general más apoyo social que los drogadictos, tal como se desprende de los siguientes datos:

- existe más de una persona que se da cuenta cuando se siente mal, en una mayor proporción

- esas personas, cuando los ven mal, lo que hacen es acercarse y cuidarlos

- el 20 % de las personas que perciben su malestar "no hacen nada" al respecto, lo cual es corroborado por sus familiares

- más de una persona avisa a los sujetos de control de algo que pueda servirles, en un 50% de los casos (18% en drogadictos); los consumidores manifiestan además que "nadie" les avisa en un 25%

- más de una persona en el 20% de los casos, la familia en general en el 20% y los amigos en el 35% ayudan a los sujetos de control, mientras que los sujetos drogadictos se sienten proporcionalmente menos ayudados en general; un 16% de ellos, incluso, manifiesta que "nadie" lo ha ayudado en el momento previo a la recaída; los familiares, por su parte, reconocen no haber ayudado al sujeto drogadicto en la misma medida en el comienzo del consumo que en la recaída, momento en el que perciben que se han apartado y que ha aumentado el aislamiento de los consumidores

- los sujetos de control manifiestan que su familia recurre a amigos frente a la existencia de problemas, en un porcentaje mayor que los drogadictos; estos últimos manifiestan en mayor proporción que la familia no recurre a "nadie".

Apoyo social referido a la familia

Los familiares de los sujetos del grupo de control reciben en general más apoyo social que los familiares de los drogadictos, tal como se desprende de los siguientes datos:

- manifiestan que en su familia se dan cuenta cuando ellos se sienten

mal en un porcentaje mayor que los familiares de adictos; estos últimos, además, manifiestan en un porcentaje mayor que "nadie" se da cuenta cuando se sienten mal

- se sienten más ayudados por su pareja y por la familia en general que los familiares de los drogadictos; perciben ayudas más concretas y más de un tipo de ayuda que los familiares de los adictos; estos últimos manifiestan recibir más apoyo afectivo, lo cual puede no resultar suficiente en las situaciones que deben enfrentar

- tienen una vida social más intensa que los familiares de los drogadictos

- recurren a amigos frente a problemas en mayor proporción que los familiares de los adictos y a más de una persona también más frecuentemente; los familiares de los consumidores, en cambio, manifiestan no recurrir a nadie en un 45%.

Sentido de la ayuda

En un estudio acerca de conductas específicas ofrecidas en situaciones de estrés, CUTRONA (1986) revela que las acciones recibidas más frecuentemente como apoyo social son las comprendidas en el apoyo **afectivo o emocional** (escuchar confidencias, expresar preocupación o interés) y en el apoyo **informativo** (ofrecer consejos, expresar los puntos de vista de uno sobre el problema en cuestión). En cambio, el apoyo **tangible** (hacer algo concreto en relación al problema del otro) ocurre infrecuentemente.

En nuestros datos surgen diferencias significativas entre los drogadictos y sus familiares, por un lado, y los controles y sus familiares, por el otro, en cuanto al modo como se verifica la ayuda que se brinda a los jóvenes. En efecto, se da una relación inversa entre ambos grupos con respecto a las categorías "apoyo afectivo" y "ayudar a que el sujeto se esclarezca", las dos respuestas mencionadas más frecuentemente. Mientras que los drogadictos y sus familiares aluden con mayor frecuencia al **apoyo afectivo**, los controles y sus familiares aluden con mayor frecuencia a brindar ayuda al sujeto haciendo que el sujeto se "esclarezca". Es también importante el porcentaje de los sujetos de control que responden "ayudar a buscar trabajo".

Así, puede pensarse que en las familias de los sujetos de control existe una mayor tendencia a ayudarlos brindándoles apoyo ya sea **cognitivo o conductual**, más que afectivo. Las conductas concretas de apoyo, más que las demostraciones en el lenguaje afectivo podrían así ser más comunes en

las familias en las que no surgen conductas adictivas en los hijos. Del mismo modo, los sujetos de control dicen que ellos se acercan y cuidan a las personas que perciben que no se encuentran bien en mayor porcentaje que los drogadictos. Lo mismo ocurre con los familiares de unos y otros.

En síntesis, los sujetos de control se sienten más cuidados y atendidos que los drogadictos y por más personas. Estos últimos contestan además en un 16% que las personas que perciben cuando se sienten mal no hacen nada al respecto.

Índice de aislamiento/integración social (Cuadro II)

Dado que una de nuestras hipótesis de investigación se refería a que tanto los sujetos drogadictos como sus familias están más aislados socialmente que los no consumidores y sus familias y que en el momento de la recaída este aislamiento puede pronunciarse, construimos una medida estadística para poder evaluar estas alternativas a la que llamamos índice de aislamiento/integración social.

Como nuestros interrogantes se referían en el caso de los drogadictos a dos momentos: el comienzo del consumo y la recaída, y a los cuatro grupos que estudiamos: drogadictos y sus familiares y sujetos de control y sus familiares, obtuvimos seis medidas referidas al aislamiento de los familiares.

La comparación de los resultados obtenidos permite la siguiente interpretación:

- los sujetos de control están más integrados socialmente que los drogadictos, tanto en el comienzo del consumo como en la recaída
- los familiares de control están más integrados socialmente que los de los drogadictos
- los familiares en general, tanto de los drogadictos como de los controles, están menos integrados socialmente que los jóvenes, pero esto es especialmente marcado para los familiares de los drogadictos
- los sujetos drogadictos en las recaídas están más integrados socialmente que en el comienzo, por su conexión con compañeros de consumo, pero esto tiende a no ser conocido por sus familiares, quienes los ven más aislados de lo que los propios sujetos se ven
- no hay diferencias significativas en cuanto al grado de aislamiento de los familiares de los drogadictos en el comienzo del consumo y en la recaída, según la percepción tanto de los sujetos como de los propios familiares
- los sujetos de control se perciben a sí mismos estando más integrados de lo que los perciben sus familiares

- los drogadictos perciben a sus familiares, tanto en el comienzo del consumo como en la recaída, mas aislados de lo que se perciben a sí mismos los familiares en esos momentos

- los sujetos de control perciben a sus familiares mucho más aislados de lo que se perciben a sí mismos los propios familiares, tal vez porque comparan su propia integración social, el nivel más alto de los grupos estudiados, con lo que consideran que deberían lograr sus familiares y no logran.

En consecuencia, podemos decir que la hipótesis acerca del mayor aislamiento de los sujetos drogadictos y de sus familiares resulta confirmada, siendo tal aislamiento un factor de riesgo tanto en relación con el comienzo del hábito como en la recaída en él, si bien el riesgo no es mayor en la recaída, en términos de este factor. No queda confirmada, por ende, la hipótesis acerca de un mayor aislamiento social de los drogadictos y de sus familiares en el momento de la recaída.

El aislamiento relativo sería así un estilo de vida común a muchas familias en las que surgen jóvenes que adoptan conductas drogadictivas, tal vez como un modo de ratificar un lugar social entre sus pares consumidores. Esto confirma lo dicho en estudios ya clásicos acerca de la "asociación diferencial" como un modo habitual de socialización por parte de los jóvenes, con pares que mantienen entre sí un patrón común de conductas que los identifican, en este caso, el consumo de drogas.

Este tipo de asociación es desconocida o negada por los familiares.

Los datos relevados avalan la necesidad de instrumentar estrategias preventivas en relación con los jóvenes drogadictos y sus familias, tendientes a establecer **redes comunitarias de apoyo social** que constituyan factores de contención para estos grupos familiares, cuyo grado de aislamiento social puede considerarse como un factor preponderante para la adopción de conductas drogadictivas por parte de alguno de sus miembros. Las acciones de seguimiento de jóvenes encausados por consumo de drogas deberían contemplar estos factores y propender, a través de técnicas de promoción social, a modificarlas.

II.2. Situación psicológica personal

II.2.1. Estados emocionales

Existen diferencias significativas en las respuestas de los sujetos con

respecto a cuál era su estado de ánimo al comienzo del consumo y cuál en el momento de la abstinencia, previo a la recaída. En este segundo momento expresa en mayor porcentaje estar deprimidos, más agresivos, más inseguros y más solos que al comienzo del consumo. Precisamente la depresión ha sido consignada en otras investigaciones (cf. KOSTEN, 1986), como el estado de ánimo más común entre los drogadictos que recaen en el hábito.

Asimismo, los drogadictos se sienten enfrentados a dificultades en mayor medida que los sujetos de control. Las situaciones difíciles que citan más frecuentemente son despertadas por relaciones interpersonales a las cuáles, también, atribuyen el comienzo del hábito.

De la pregunta acerca de qué pensaron los sujetos consumidores en el momento de la recaída, tras la violación de la abstinencia, surge que, en la mitad de los casos, se les presentaron lo que en psicología cognitiva se denominan pensamientos automáticos negativos, del tipo "no le importaba nada más", "no cambiaría más", "no podría controlar la adicción", "era culpable".

En un 33%, en cambio, surgieron pensamientos que reflejan lo que, en la nosografía psiquiátrica, correspondería a reacciones maniacas: "estaba libre", "no le pasaría nada".

Sólo en el 8% de los casos surgieron pensamientos que pueden considerarse positivos respecto del mantenimiento de la conducta de apartarse del hábito ("sería la única vez", "tenía que tratarse nuevamente").

En la literatura internacional actual se confiere gran importancia al trabajar con los sujetos drogadictos en la prevención del surgimiento de pensamientos automáticos negativos o de reacciones maniacas, frente a un desliz cometido durante la abstinencia. Precisamente, éste es uno de los objetivos del programa que reseñamos en el capítulo III.

II.2.2. Situaciones vitales estresantes (Cuadros III y IV)

La bibliografía norteamericana actual abunda en trabajos que recalcan el modelo de las situaciones vitales estresantes que conducen a la sensación de la pérdida del control sobre el medio ambiente por parte de una persona y de su impacto sobre la propia vida, lo cual lleva a la sensación de pérdida de sentido de la existencia que, a su vez, conduce al consumo abusivo de drogas (cf. por ejemplo NEWCOMB & HARLOW, 1986; BRUNS & GEIST, 1984; PADEL FORD, 1974).

Esta relación se explica por la afirmación de que la creencia en el poder de uno mismo sobre la dirección que asume la propia vida es necesaria

para sentir que la vida tiene sentido.

Estudios estadísticos realizados en los Estados Unidos mostraron que la percepción de la falta de control sobre la propia vida se correlaciona con la percepción de la falta de eficacia personal y con la percepción de que las cosas simplemente suceden y están más allá del control personal.

Sin embargo, la mediatización de los factores percepción de falta de control y falta de sentido de la existencia en la asociación entre situaciones vitales estresantes y conducta drogadictiva ha revelado ser más significativa en las primeras etapas de la carrera drogadictiva, cuando la respuesta del consumo de drogas frente a situaciones estresantes no es automática, como sucede cuando el hábito se ha consolidado.

En las respuestas obtenidas en estos estudios frente a la pregunta acerca de situaciones vitales estresantes acontecidas en el comienzo del hábito y en la recaída encontramos que, en ambos casos, el 70% de los sujetos manifiesta haber pasado por una o más de una, de ese tipo de situaciones en dichos momentos, si bien el tipo de situaciones mencionadas varía en los dos períodos. En la recaída existe un mayor porcentaje de sujetos que menciona situaciones caracterizables como "situaciones vitales estresantes incontrolables": separación de los padres, muerte o enfermedad de un familiar cercano, alcoholismo en la familia, etc. En el comienzo del consumo, en cambio, fueron mencionadas en un mayor porcentaje: "situaciones vitales estresantes controlables": conflictos de pareja, nueva pareja, sentirse sobrexigido, etc.

Puede perfilarse así la hipótesis acerca de que, en el comienzo del hábito, los factores que inciden fundamentalmente atañen al sujeto en cuanto a sus relaciones con los demás en su contexto social inmediato. En la recaída, estando ya instalado el hábito y consolidada la sensación de falta de sentido de la existencia, se perciben más frecuentemente situaciones estresantes sobre las que el sujeto no tiene capacidad de actuar.

Es interesante señalar que, en el comienzo del consumo, un porcentaje importante de sujetos menciona, entre los factores controlables, los "conflictos de pareja". En la recaída, en cambio, el porcentaje es mayor en la categoría "desempleo".

Las situaciones afectivas parecen así primar en el comienzo del hábito, y las dificultades en la inserción en el mercado laboral, en la recaída, momento en el que estos jóvenes, ya algo más grandes, se enfrentan más duramente con la realidad económica. Esta misma relación surge al considerar los aspectos que más interesan en la vida, tema que desarrollaremos en el apartado 2.4.

II.2.3. Actitudes existenciales básicas

Tomamos en cuenta para su estudio comparativo en los cuatro grupos considerados en este aspecto:

- sujetos drogadictos en el comienzo del consumo
- sujetos drogadictos durante la abstinencia previa a la recaída
- sujetos drogadictos actualmente
- sujetos de control,

las siguientes actitudes existenciales básicas:

- imagen de la sociedad
- satisfacción inmediata de impulsos (expresada en la frase: "en la época en que vivimos, cada uno debe vivir día a día y no preocuparse demasiado por el futuro")
- falta de sentido de la existencia (expresada en la frase: "la existencia, la vida, es algo difícil y que no tiene mucho sentido")
- egocentrismo (expresado en la frase: "hoy día cada cual se preocupa por sí mismo sin importar nada más de lo demás").

El comportamiento de los cuatro grupos estudiados, con respecto a las actitudes existenciales básicas mencionadas, se resume en lo siguiente:

1) Existen diferencias importantes entre las opiniones que reflejan la imagen de la sociedad y ciertos valores humanos esenciales entre el comienzo del consumo y el momento actual, en el que los sujetos están en tratamiento de rehabilitación.

2) En el período de abstinencia, previo a la recaída, los sujetos registran algunos cambios con respecto al momento inicial en el consumo, pero de ninguna manera tan marcados como en el momento actual; evidentemente, estos cambios no fueron suficientes como para evitar las recaídas en el hábito.

3) Los cambios más importantes se registran en primer lugar con relación a "la falta de sentido de la existencia"; en segundo lugar, con relación a la "satisfacción inmediata" que perciben, en general, en la sociedad.

4) Los sujetos del grupo control se asemejan a los drogadictos actualmente, en cuanto a la proporción en que están en desacuerdo con respecto a la falta de sentido de la existencia; en los otros aspectos, sus respuestas se acercan a lo que dicen los drogadictos que pensaban en el período de abstinencia.

5) Respecto de la "imagen de la sociedad", el "egocentrismo" y la "satisfacción inmediata", puede decirse que los drogadictos, actualmente, se

expresan de modos más "adaptativos" inclusive que los sujetos del grupo control. Han recorrido, pues un largo camino desde sus actitudes en el momento de inicio del consumo. Probablemente ha sido su experiencia en el proceso de rehabilitación la que ha hecho que se modifiquen en gran medida sus opiniones y actitudes.

6) En el período de abstinencia, previo a la recaída, la actitud que se modifica más es la "satisfacción inmediata". Se verifican cambios menores en cuanto a la "falta de sentido de la existencia" y al "egocentrismo". Evidentemente, un cambio en el patrón de perentoriedad en la satisfacción de impulsos no puede mantenerse si no va acompañado por un cambio concomitante, por parte del sujeto, en cuanto a su visión del mundo.

Para resumir, puede decirse que los jóvenes que incurren en conductas drogadicivas son sujetos con una actitud crítica e inconformista respecto de la sociedad en que vivimos y que, además, experimentan una fuerte sensación de "falta de sentido de la existencia", en primer lugar, y tendencias a la "satisfacción inmediata" y al "egocentrismo", en segundo lugar.

Todas estas características juntas, y no una u otra de ellas, es lo que puede considerarse como factor de riesgo con relación a la conducta drogadiciva y a la recaída en el hábito.

Este hallazgo es corroborado por una investigación realizada en los Estados Unidos por KWANT et al. (1976), los que afirman que el perfil psicológico de los adictos a la heroína -grupo estudiado en el trabajo- implica hostilidad y críticas significativas hacia la sociedad, con idealización de las conductas inconformistas y un grado, también significativo, de decepción con respecto al sí mismo.

II.2.4. Importancia asignada a diferentes aspectos en la vida (Cuadro V)

Para relevar áreas de interés e importancia asignada a diferentes aspectos de la vida, pedimos a los sujetos drogadicivos, en los tres momentos de la carrera adictiva (comienzo del consumo, abstinencia previa a la recaída y actualmente), y a los sujetos de control, que enumeraran por orden las cosas a las que más importancia asignaban en la vida.

De la comparación de las respuestas surgieron claras diferencias entre los tres momentos, en los adictos y entre los controles y los adictos.

Los temas vitales de mayor importancia para los drogadicivos en el comienzo del consumo son los referidos al "pasatismo", categoría casi irrelevante en el momento actual, al igual que para los controles. En el ahora,

en cambio, los temas preeminentes son, para los drogadictos, el "sí mismo" y el "futuro".

Los datos obtenidos coinciden con los aportados por una investigación realizada en Suecia por FRYKHOLM (1979), con 58 ex-adictos, los que informaron que pensaban que el éxito de su rehabilitación se debía, primariamente, a sus propios méritos, y que el ganar en autoestima es clave en el proceso de rehabilitación del adicto. Por otra parte, la mayoría de los entrevistados en ese estudio, después de tres años de haber dejado el hábito, parecía encontrar más fuentes de gratificación en el trabajo que en el contacto emocional. "Estaban orgullosos de ser capaces de ganar dinero honradamente y de poder mantener una buena vivienda y un buen estilo de vida"(id., pág. 379).

En nuestra investigación es de destacar también que los sujetos de control, que no han pasado por las experiencias vitales críticas por las que han transitado los drogadictos, valorizan en un mayor porcentaje los vínculos interpersonales como aquello a lo que confieren más importancia. Confían tal vez más en los demás. Probablemente es por esa razón por la que mencionan en un 11% que les importan en primer lugar los "valores morales" fundamentalmente, categoría que no es mencionada por ninguno de los sujetos drogadictos.

II.3. Especificidades de las situaciones de recaída

Las situaciones de recaída son decriptas en una alta proporción como relacionadas con la presencia de otros que inducen al consumo ("ser convidado").

Llama la atención también en este aspecto que las familias manifiesten en un 61% de los casos no conocer la situación específica en la que el sujeto violó la abstinencia, lo que confirma otros datos con respecto a la distancia en los vínculos sujeto-familia en ese momento.

Con respecto a los escenarios de las situaciones de recaída, son mencionadas las casas de amigos (52%), las fiestas (16%) y la calle (32%). Puede pensarse, pues, que las situaciones en las que hay mayor relación personal son en conjunto más numerosas que las situaciones de contactos menos personalizados, como la calle.

La mitad de los sujetos considera que las causas que motivaron el consumo en el comienzo del hábito son iguales a las que lo motivaron en la recaída.

Los que contestan que son diferentes perciben como causas generales del comienzo del consumo los conflictos en vínculos interpersonales. Las causas que mencionan más frecuentemente en la recaída, en cambio, son de índole intrapersonal.

De estos datos puede inferirse que los sujetos drogadictos conciben la situación de recaída como habiendo sido desencadenada por la relación con otros drogadictos, pero fundada en razones intrapsíquicas.

Esto es también confirmado por sus respuestas a la pregunta acerca de cuáles piensan que son las causas de la recaída: en un 51% aluden a razones claramente intrapsíquicas (sentirse solos, miedos y dificultades, angustia, falta de proyectos, insatisfacción); en un 25% a problemas vinculados con relaciones interpersonales (separación, problemas familiares, etc.); en un 20% las relacionan con falta de voluntad o convicción y sólo en un 3% hablan del "gusto".

Estos resultados son coherentes con los mencionados por MARLATT y GORDON (1985), quienes encontraron en 137 episodios de recaídas en alcohólicos, fumadores y heroínómanos, que el 76% de las recaídas había ocurrido en tres contextos básicos: estados emocionales negativos (37%), conflictos interpersonales (15%) y presión social (24%).

En otros estudios (MARLATT y GORDON, 1980; CHANEY et al., 1982), se pone de relieve que las situaciones de riesgo en relación con la recaída en el consumo de drogas incluyen a menudo a la vez un estado emocional negativo como la depresión y una crisis vital, como por ejemplo separaciones de seres queridos o conflictos familiares.

Se ha puesto de manifiesto también (KOSTEN et al., 1986), que los drogadictos que quiebran la abstinencia tienen una tasa más alta de crisis vitales que los sujetos que la mantienen.

En el transcurso de este capítulo se mostró la influencia de ciertos factores, considerados a priori como de riesgo, en la recaída en el hábito drogadictivo, a saber:

A. Condiciones de vida o ambientales, que incluyen relaciones familiares, actividad del sujeto, vida de relación, apoyo social.

B. Situación psicológica personal, que incluye: estados emocionales, situaciones vitales estresantes, actitudes existenciales básicas, importancia asignada a aspectos vitales.

Entre las condiciones de vida o ambientales los factores que parecen tener más relevancia con respecto a la recaída son:

1. Las relaciones familiares, especialmente en cuanto a que el funcionamiento familiar en general no cumple con los requisitos de

posibilidad de expresión de emociones, de continencia y aceptación para sus miembros y de capacidad de ayuda mutua; tal vez la familia sea un factor más relevante en nuestro medio que en otros contextos, como el laboral por ejemplo, tal como ocurre en otros países, por el rol privilegiado que tiene entre nosotros en cuanto a dotar de continencia a los individuos que la integran; cuando existen fallas en su funcionamiento éstas pueden tener un peso que en otros estilos de vida resulta menor; el "paro" y la desocupación, tan mencionados por los drogadictos españoles, por ejemplo, como causales del hábito, son raramente mencionados como causales aquí.

2. El apoyo social, en cuanto a qué tipo de ayuda concreta por parte de familiares y amigos recibe el sujeto en proceso de recuperación.

3. En el factor situación psicológica personal las variables de mayor peso son:

- a. Los estados emocionales negativos, especialmente la depresión.
- b. Las situaciones vitales estresantes percibidas como incontrolables.
- c. La conjunción de ciertas actitudes existenciales básicas, especialmente la imagen crítica de la sociedad, la sensación de falta de sentido de la existencia y la tendencia a la "satisfacción inmediata".
- d. La confianza depositada en vínculos interpersonales más que el acrecentamiento de la autoestima y la proyección al futuro, dado que las relaciones afectivas pueden deparar frustraciones para las que los sujetos en proceso de recuperación pueden no estar preparados.

Finalmente, queremos concluir afirmando que existe la posibilidad de que los factores mencionados con respecto a la recaída en el hábito se tornen de riesgo no sólo por su contenido intrínseco, sino por su sumatoria.

El riesgo de recaer podría estar dado así por la cantidad de los factores mencionados presentes para un determinado sujeto en un determinado momento, al igual que otros autores lo han afirmado en relación con el comienzo del hábito, si bien dichos factores varían, como hemos señalado, en los dos momentos de la carrera adictiva.

**Cuadro comparativo de algunas variables
en los tres momentos de la carrera drogadictiva**

	Comienzo	Recaída	Ahora
Causas	interpersonales	intrapersonales	—
Tipo de situaciones vitales estresantes	controlables	incontrolables	—
Aspectos más importantes	"pasatismo"	relaciones interpersonales	futuro, sí mismo

III. UN PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN DE LAS RECAÍDAS EN DROGADICCIÓN

A partir de los datos surgidos de los estudios descritos en el capítulo anterior hemos elaborado un Programa de Prevención de Recaídas que aplicamos a sujetos próximos a ser dados de alta de diversos centros de rehabilitación de drogadictos de la ciudad de Buenos Aires y de la provincia de Buenos Aires.

El Programa combina elementos propuestos por las técnicas de "inoculación de estrés" de MEICHENBAUN (1983 y 1985), "detección de pensamientos automáticos negativos" de BECK (1979), "entrenamiento en la resolución de problemas" de D' ZURILLA y GOLDFRIED (1971) y, más específicamente entrenamiento en prevención de recaídas de MARLATT y GORDON (1980 y 1985).

El mismo consiste en cuatro entrevistas individuales semanales.

Las entrevistas fueron realizadas por psicólogos, en el ámbito de sus consultorios privados, a partir de un contacto telefónico en el que se citaba a los sujetos. Previamente éstos habían recibido información en sus comunidades terapéuticas acerca de los objetivos del trabajo y de la posibilidad de que fueran citados, en el caso de que aceptaran participar del estudio.

En lo que sigue realizamos una descripción del Programa desagregado en cada una de las entrevistas que lo componen.

1. Primera entrevista

En la primera entrevista, además de recabar datos sobre el sujeto, se apunta a que los entrevistados puedan conceptualizar los factores de riesgo con respecto a las recaídas en el hábito de la drogadicción en general, y de modo específico para la persona de cada uno de ellos.

1.1 Situaciones mencionadas como desencadenantes de recaídas (primer desliz)

Se solicita a los sujetos que rememoren en su carrera drogadictiva cómo se dio el primer desliz después de un período de abstinencia, y cómo se encadenaron las situaciones que los llevaron a recaer. Todos los sujetos dijeron haber suspendido el hábito por algún tiempo y haber vuelto a él.

Las situaciones más mencionadas por los sujetos en orden de frecuencia son: en primer lugar, **problemas con la familia y/o pareja** y en segundo lugar, **soledad, aislamiento, abandono, incomunicación**. Mencionan también la **permanencia en ambientes de riesgo (con amigos que "curten")**.

Otra situación mencionada por una proporción algo menor de sujetos es la que se refiere a los **problemas laborales**.

Proporciones menores aun hacen referencia a estados psicológicos, como **sentirse incapaz de enfrentar situaciones, autosuficiencia, depresión, desvalorización, inactividad, agresividad**.

1.2 Mención espontánea de factores de recaída

Llevándolos a un nivel de generalización mayor, la mención espontánea sobre **factores de recaída** que realizan los sujetos alude a las situaciones mencionadas en el apartado anterior, pero con algunas alteraciones en el orden en que son citadas. En primer lugar hacen referencia a **situaciones de aislamiento, soledad, abandono** y en segundo lugar a **problemas con familiares y/o pareja**. En proporciones algo menores mencionan **problemas laborales y permanencia en ambientes de riesgo**.

Puede verse que frente al pedido de una mayor generalización, lo que surge es en primer lugar el temor a la soledad, mientras que el recuerdo concreto de situaciones vividas se refiere a episodios interpersonales, como desencadenantes de recaídas. El fantasma de la soledad y el aislamiento parece ser así acuciante en esta etapa para estos sujetos. Hay que considerar que la finalización del tratamiento coincide con el dejar de sentirse contenido en el grupo y enfrentarse probablemente a una mayor soledad.

1.3 Valoración cuantitativa de factores de recaída presentados

Se pide luego a los sujetos que evalúen cuantitativamente los factores de recaída, asignando puntajes a una lista de factores de riesgo presentada.

Es interesante destacar que los puntajes más altos (de 8 a 10 puntos), son atribuidos a estados psicológicos como **sentirse frustrado por algo y estar deprimido, enojado y ansioso**.

Esto coincide en parte con la declaración espontánea respecto de factores de riesgo mencionada en el apartado anterior, dado que en esta lista no figura el sentimiento de soledad y los factores mencionados aquí, de índole intrapersonal, podrían englobarlo.

De los factores interpersonales, los que reciben mayores puntajes como indicativos de riesgo para recaer son conflictos con otras personas y estar con ex-compañeros de consumo.

Puntajes medios son asignados a sentirse incapaz de enfrentar una situación difícil y presión de otros para consumir.

Puntajes bajos se asignan a los siguientes factores: tener acceso a drogas por tener plata o drogas fácilmente disponibles, estar celebrando algo y estar aburrido, sin nada interesante por delante.

El factor que recibió los puntajes más bajos es sentirse mal físicamente y recordar el bienestar conseguido con la droga. Esto confirma los hallazgos de investigaciones anteriores realizadas por nuestro equipo de trabajo en cuanto a que la búsqueda de estados placenteros no es una motivación tan importante como otras, en relación con el consumo de drogas.

Factores ordenados según puntajes acordados

	promedio puntaje (0-10)
1. sentirse frustrado por algo	8,19
2. estar deprimido, enojado o ansioso	7,41
3. conflictos con otras personas	6,70
4. estar con ex-compañeros de consumo	6,64
5. sentirse incapaz de enfrentar una situación difícil	6,41
6. presión de otros para consumir	5,51
7. tener acceso a drogas por tener plata o drogas fácilmente disponibles	5,16
8. estar celebrando algo	5,06
9. estar aburrido, sin nada interesante por delante	4,70
10. sentirse mal físicamente y recordar el bienestar conseguido con drogas	3,64

1.4 Mención espontánea de un factor no incluido en la lista

En este punto un porcentaje importante de sujetos agrega, coherentemente con sus respuestas a la mención espontánea de factores, la situación de aislamiento, la soledad, la incomunicación, que como dijimos no figuraban en la lista presentada. Nombran además un factor

relacionado con esto último: la pérdida de un ser querido. Los problemas laborales son también mencionados aquí, pero en una proporción menor.

1.5 Contenidos específicos asignados a cada uno de los factores

Como última parte de la entrevista se analiza cada uno de los factores de riesgo y se les asigna contenidos específicos para cada sujeto. En lo que sigue, se describen en líneas generales los contenidos atribuidos a cada uno de los factores, ordenados según los puntajes que les asignaron en promedio los sujetos.

Sentirse frustrado por algo

Este factor es asociado por la mayoría de los sujetos en primer lugar con lo laboral, en el sentido de no encontrar o no tener trabajo, fracasar en el ejercicio del trabajo, estancarse.

En segundo lugar se asocia la frustración a problemas de pareja, como no poder concretar una pareja, quedarse solo por separación, no poder entenderse.

La dependencia económica también se asocia a la frustración, aunque en menor proporción que las dos situaciones anteriores; se preocupan por depender de la madre o de la suegra, por no tener plata para nada, por no tener vivienda propia.

En proporciones menores aun mencionan problemas de relación como asociados a la frustración, con frases como "tengo que cuidarme de los demás para que no me pisen", "uno siempre es rechazado", "no es fácil buscar nuevos amigos para reemplazar a los viejos".

Estar deprimido, enojado o ansioso

Los sujetos asocian estos estados psicológicos principalmente a problemas de pareja, como tener una mala relación, no poder encarar una pareja, perder la pareja que tenían y también a volver atrás en los roles dentro de las comunidades terapéuticas.

La falta de afecto junto con el llevarse mal con la familia son mencionados por una proporción algo menor de los casos, como así también la pérdida de un ser querido.

Algunos adjudican su depresión o ansiedad a la falta de logro inmediato de algo que se proponen.

La falta de trabajo y el sentimiento de impotencia deprime a una proporción menor.

Conflictos con otras personas

La mayoría de los sujetos tiene conflictos repetidos con por lo menos dos personas.

La persona con quien se mencionan más conflictos es la pareja, por incomunicación, desentendimientos, falta de confianza, abandono, o por haber estado tanto tiempo separados, a raíz del tratamiento.

Los padres también aparecen como foco de conflictos: la madre porque se le atribuye un rol de exagerada sobreprotección: "decide por mí", "elige mis amistades, siempre está sospechando", "me persigue por todos lados".

El padre en cambio es considerado conflictivo por adjudicársele un rol distante: "no hay comunicación entre él y yo", o por su exigencia: "me pone demasiados límites", "me exige más responsabilidad de la que puedo tomar".

También se mencionan conflictos con los amigos por "deshonestos", "porque hablan mal de uno", "porque mienten".

Proporciones menores de sujetos refieren conflictos con abuelos, suegros, hermanos, hijos y con la gente en general, que los "gastan", "usan", "maltratan", "faltan el respeto", "agreden", "rechazan".

Sentirse incapaz de enfrentar una situación difícil

La situación mencionada con mayor frecuencia a este respecto es problemas con la pareja y en segundo lugar, problemas laborales. En ambos casos se refieren a la dificultad que implica tanto respecto de la pareja como del trabajo "conseguirlo, mantenerlo o perderlo".

Otra situación difícil mencionada es la incomunicación en cuanto a no poder decir lo que se siente, no poder entablar relaciones con la gente, no poder entenderse con la familia después de haber estado en la droga.

El encuentro con "locos" con quienes se drogaban o con los que les vendían droga son otras situaciones mencionadas.

Estar con ex-compañeros de consumo

La mayoría de los sujetos considera que estar con ex-compañeros de consumo los debilitaría, tanto por el afecto que los une como porque seguramente los incitarían a drogarse nuevamente.

Un sujeto lo resume así: "pasamos tantas cosas juntos, que solo verlos me haría volver a curtir".

Algunos comentan que este factor no es de riesgo para ellos porque "sólo recuerdan las estupideces que hacíamos juntos".

Presión de otros para consumir

Respecto a este factor surge una clara división entre los sujetos que dicen temer ceder ante presiones y los que tienen la actitud contraria.

Los que dicen tener miedo a ceder lo harían principalmente por afecto: "si me ofrece alguien a quien quiero..." o por temor a la marginación: "si les digo que no me dejan solo..."

Entre los que dicen no temer ceder ante la presión están los que comentan: "me siento fuerte como para rechazar cualquier tentación, por ahora no es un problema para mí" y los que declaran no necesitar la presión de otros para consumir porque siempre buscaron la droga solos.

Por último, otros piensan que recaerían según su estado de ánimo y otros que tratarían de evitar la presión alejándose de la situación de riesgo.

Tener acceso a drogas por tener plata o drogas fácilmente accesibles

La mayoría de los sujetos señala que al factor de accesibilidad deben agregarse necesariamente dos elementos fundamentales: los estados depresivos y la voluntad de drogarse: "no es suficiente tener acceso a la droga para drogarse, hay que querer hacerlo".

Un tercio de los sujetos considera que actualmente éste no es un factor de riesgo para él.

Estar celebrando algo

Un tercio de los sujetos considera que para ellos éste no es un factor de riesgo.

Las celebraciones mencionadas como más riesgosas son cumpleaños de amigos y fiestas o reuniones nocturnas, fundamentalmente porque todos toman alcohol.

Consideran que están en una disyuntiva, porque no pueden celebrar algo o divertirse sin alcohol y, por otro lado, aceptan que el alcohol irremediablemente lleva a la droga.

Estar aburrido, sin nada interesante por delante

La mayoría de los sujetos hace referencia a "enroscarse" cuando está aburrido y por lo tanto, estar en riesgo de recaer. Muchos se refieren al fin de semana como momento riesgoso al respecto.

Otros señalan que este factor no tiene sentido para ellos porque siempre están haciendo algo.

Sentirse mal físicamente y recordar el bienestar conseguido con drogas

buscar estar informado, a partir de la lectura de periódicos, de escuchar radio, de mirar televisión. Los sujetos llegan, pues, a reconocer la necesidad de estar informados para poder iniciar y/o mantener una conversación, para conectarse con otros.

2.2 Decisiones aparentemente irrelevantes que podrían desencadenar recaídas

En un segundo momento de la entrevista se solicita a los sujetos que reconozcan en las situaciones planteadas, decisiones aparentemente irrelevantes que podrían llevar a recaídas.

Se evidencia aquí una gran dificultad por parte de la mayoría de los entrevistados para identificar tales decisiones, lo que lleva a la necesidad de hacerlos reflexionar sobre la importancia del encadenamiento de conductas, aun a partir de hechos que aparentemente no son importantes.

2.3 Identificación espontánea de pensamientos automáticos negativos

Con el objetivo de que los sujetos puedan reconceptualizar una caída como un desliz y no necesariamente como una recaída, o sea como algo que puede superarse, se valora la influencia que pueden tener lo que en psicología cognitiva se conoce como **pensamientos automáticos negativos**.

Se definen así las ideas autopunitivas que surgen como autoreproches frente a lo que un sujeto considera como conductas indeseables y que, por su severidad, en lugar de detener en este caso el consumo de drogas, impulsan hacia él, a partir de la sensación de falta de salida que instauran.

Para identificar tales pensamientos, se pregunta a los sujetos: ¿qué pensaste sobre vos mismo cuando volviste a consumir la primera vez después de una abstinencia, o qué pensarías sobre vos mismo si recayeras?

Las respuestas que aparecen con mayor frecuencia son ideas del tipo de: "soy un débil", "un fracasado"; "se acabó todo"; "está todo perdido"; "ya no me importa nada más"; "no voy a cambiar más".

Algunos declaran que no pensarían nada y que se aislarían. Unos pocos pedirían ayuda a gente que no "curte".

Otros por último piensan que tal vez "quieran seguir curtiendo", "quieran volver a estar con los chicos de la barra", "es mejor porque la pareja también curte", "voy a estar mejor así", "es donde pertenezco".

Obviamente estas últimas respuestas identifican a los sujetos de mayor riesgo con respecto a la posibilidad de recaer, con los que se trabajó más detenidamente, además de informar de esta situación a los coordinadores de los centros asistenciales de los que provenían, en el caso de que todavía

no estuvieran dados de alta.

2.4 Respuestas frente al listado de pensamientos automáticos negativos

Se presenta luego a los sujetos un listado de frases que podrían pensar en el caso de que volvieran a consumir.

Coincidiendo con las respuestas espontáneas, las frases más frecuentemente elegidas fueron en este caso: "no sirvo para nada" y "soy un boludo".

En proporciones mucho menores eligen: "soy un drogadicto que no tiene cura".

Es interesante señalar que son muy pocos los sujetos que presentan pensamientos que corresponderían a reacciones maníacas, según la nosografía psiquiátrica, del tipo de: "no me importa, no va a pasarme nada" o "así drogado voy a poder enfrentar mejor las cosas".

Esto denota un alto grado de sensibilización ante el problema por parte de los sujetos, la mayoría de los cuáles, si bien expresan pensamientos automáticos negativos sobre los que se trabajó, no minimiza el problema, estando así en condiciones de ejercer un mayor nivel de alerta frente a situaciones de riesgo en relación con la posibilidad de recaer.

En cuanto a las frases que los sujetos agregan al listado presentado, la mayoría insiste en las mismas. Algunos sujetos, sin embargo, revelan un grado de incertidumbre mayor frente a la posibilidad de una recaída, demostrado en frases como: "¿qué me pasará?", "¿qué hago ahora?". Otros, dramáticamente hacen referencia al suicidio en caso de volver a recaer.

3. Tercera entrevista

El objetivo de la tercera entrevista es reconocer cuáles podrían ser en el futuro las situaciones de mayor riesgo con respecto a la posibilidad de recaer, que cada sujeto deberá enfrentar. Se trabajan luego estas situaciones con la técnica de representación de roles.

3.1 Rol-playing de situaciones de riesgo planteadas espontáneamente y alternativas de reacciones frente a ellas

La tercera parte de los sujetos plantea en forma espontánea por lo menos tres situaciones de riesgo. Las dos situaciones planteadas más frecuentemente por los sujetos se refieren a volver al mismo ambiente o volver a ver a personas con quienes se drogaban y sentirse o estar solo.

Los problemas laborales, ya sea por no encontrar trabajo, perderlo o

no poder realizarse en el mismo, y los estados depresivos son percibidos como situaciones de riesgo por una proporción algo menor de sujetos.

Por último, algunos eligen trabajar situaciones como el rechazo de los demás y la impulsividad en sus reacciones, especialmente en lo que hace a las relaciones interpersonales.

3.2 Planteo de situaciones dadas a trabajar con rol-playing

Es interesante consignar las coincidencias existentes entre las situaciones planteadas por los sujetos en forma espontánea y el listado de cuatro situaciones sobre las que se los invita a trabajar con representación de roles.

Primera situación

Supongamos que yo soy una amiga, estamos en un boliche y te ofrezco un porro.

Objetivo:

- * entrenamiento asertivo (poder decir que no, sintiéndose seguro de lo que quiere)

Respuestas espontáneas:

Un tercio de los sujetos no enfrenta la situación, sólo se iría, huiría del riesgo.

Los que se proponen enfrentarla, en su mayoría dirían al que convida: "me siento bien así, ya no curto más".

Una proporción algo menor recordaría los malos momentos vividos con la droga para poder rechazarla y otros, por fin, acudirían a un amigo o a alguien que no se drogue, como apoyo frente a su negativa.

La mayoría de los sujetos plantea una sola respuesta ante la situación.

Estrategia:

- * Se busca ampliar el abanico de alternativas de cada sujeto, de modo que pueda recurrir a más de una respuesta frente a la situación.

Segunda situación

Supongamos que estás muy deprimido, las cosas no te salen bien, etc.
¿Qué podrías hacer?

Objetivo:

- * entrenamiento en definir intereses posibles
- * evaluar las redes sociales
- * enfrentar el aburrimiento

Respuestas espontáneas:

Dos tercios de los sujetos plantean que buscarían a alguien (pareja, familiar o amigo) para que los ayude. Esto estaría hablando de la percepción por parte de estos sujetos, de contar con una red de apoyo social disponible en caso de necesidad, factor que disminuiría el nivel de riesgo, según la literatura existente al respecto.

La relevancia del tema del apoyo social surgió en el trabajo realizado previamente, comentado en el capítulo II, en el que se menciona que los sujetos drogadictos y sus familiares padecían un alto nivel de aislamiento social, lo que los colocaba en un nivel de riesgo mayor con respecto al consumo de drogas, en relación con los sujetos no-drogadictos estudiados como grupo control.

Una proporción menor de sujetos responde frente a la situación planteada, que realizaría un deporte o actividad que le guste.

Las actividades posibles y mencionadas con mayor frecuencia fueron: deportes y paseos o caminatas, escuchar música, hablar por teléfono, realizar manualidades, tocar algún instrumento.

Estrategia:

Se busca que el sujeto reconozca qué le interesa y amplíe su abanico de intereses, así como que identifique de qué recursos dispone como posibilidades para enfrentar estados emocionales displacenteros. Del mismo modo, se busca también que identifique y amplíe su red de apoyo social.

Tercera situación

Supongamos que te critican, te sentís rechazado o te peleás con alguien importante. ¿Qué harías?

Objetivo:

Entrenamiento en habilidades interpersonales:

- * comunicación de sentimientos
- * pedir ayuda
- * ofrecer ayuda
- * recordar relaciones positivas
- * aprender a negociar

Respuestas espontáneas:

La mayor parte de los sujetos manifiesta poder pedir ayuda a amigos o familiares.

Son pocos, en cambio, los sujetos que se sienten capaces de ofrecer ayuda. Entre los que afirman que podrían hacerlo, la mitad lo haría en forma directa, preguntando o interesándose en los problemas de los demás. La otra mitad brindaría apoyo emocional con abrazos, mimos o apoyo informacional,

como ofrecer consejos o expresar sus puntos de vista.

Ninguno hace mención a ofrecer apoyo tangible, con conductas concretas de ayuda.

Con respecto a la posibilidad de negociar frente a situaciones que lo requieran, la mayoría considera que deberían poder hacerlo, por ejemplo con la pareja, pero no saben cómo hacerlo.

Las relaciones positivas que se recuerdan aluden a familiares, amigos y pareja. Algunos hacen mención también a relaciones positivas mantenidas con compañeros de trabajo.

Estrategia:

Se busca que el sujeto, a través del intercambio de roles, aumente su empatía con el otro, a fin de que mejore así sus posibilidades de anticipar y comprender mejor lo que otros pueden esperar y querer de él.

El análisis de las respuestas espontáneas y la propuesta de otras, si caben, obran como un modelamiento posible de alternativas a seguir en el campo de las relaciones interpersonales, que deberán ser puestas luego a prueba por cada sujeto en sus relaciones reales.

Cuarta situación

Supongamos que buscás empleo y no encontrás. ¿Cómo te sentirías?, ¿qué harías?

Objetivos:

Entrenamiento en el enfrentamiento de situaciones frustrantes y desarrollo de estrategias de enfrentamiento de la frustración.

Respuestas espontáneas:

La mayoría de los sujetos asume una postura que denota seguridad: trataría de hacerme valer, insistiría, seguiría buscando.

Unos pocos declaran que se sentirían muy mal, se pondrían "relocos", hasta el caso extremo de uno de ellos que comenta que terminaría robando.

Se trabaja también con los sujetos las causas por las que pueden ser rechazados, surgiendo las siguientes: "por la apariencia"; "por mi forma de hablar, tan seco y cortante", "por no tener título".

Estrategia:

Se trabaja mostrando que las respuestas de abatimiento frente a la frustración son esperables, pero que pueden encontrarse modos de defenderse de los sentimientos despertados por ella.

4. Cuarta entrevista

El objetivo de esta entrevista es continuar con la reflexión sobre situaciones de riesgo y sobre las posibles estrategias para enfrentarlas, planteando esta vez diversas situaciones para trabajar.

4.1 Estrategias de enfrentamiento

a) hacer algo

respuestas: "esquivaría la situación"
"me iría a tiempo"

b) hablar con alguien que no se drogue

respuestas: "amigos que me entiendan, que me conozcan bien"
"familiares"
"coordinadores de los centros donde me asistí, porque pasaron por lo mismo"

c) evitar lugares de riesgo

respuestas: lugares bailables nocturnos
clubs nocturnos
recitales
videos
parques como Saavedra y Centenario

d) hacer nuevos amigos

respuestas: "es difícil"
"hablar más para hacerse copocer más entre compañeros de trabajo o estudio"
"invitar a tomar un café"

e) elegir entre los staffs y compañeros del centro algunas personas para constituir una red

respuestas: mencionan dos o tres compañeros y staffs mencionan cuatro o más compañeros y staffs
ya han formado una red para comunicarse en cualquier momento que alguien necesite ayuda

f) oponer otras ideas a pensamientos automáticos negativos

respuestas: "estoy a tiempo de realizarme"
"puedo escuchar música o hacer muchas cosas que me gustan sin drogarme"
"he logrado ya muchas cosas positivas"
"estoy saliendo de esto, ya hice mucho"
"debo pensar primero"

"si empiezo con uno termino mal"
"no ganaría nada"
"recuerdo lo mal que me sentía antes"

g) buscar apoyo en personas que no estén en la droga

respuestas: no lo entenderían
familiares
amigos
pareja

h) recordar situaciones placenteras, sin drogas

respuestas : reencuentro con amigos y familiares
estar o jugar con los hijos
el inicio de un noviazgo
hacer deportes
caminar por la costa
escalar montañas

i) recordar situaciones displacenteras con drogas

respuestas : "sentirse descompuesto"
"tener convulsiones"
"no poder moverme"
"estar contracturado"
"desmayarme con sensación de muerte"
"sentir culpa"
"sentir un vacío"
"sentir desprotección"
"la muerte de un amigo por sobredosis"

4.2 Prospección a la posibilidad en el futuro de romper la abstinencia por una vez

La mayoría de los sujetos responde haciendo referencia a sentimientos de culpabilidad, frustración, depresión, lo que los inmoviliza e impide visualizar estrategias de salida.

Sólo algunos sujetos mencionan la posibilidad de recurrir a la red de apoyo: "iría a ver un amigo del Centro", "pediría ayuda a la familia".

Es interesante señalar que pese al trabajo que se realizó con los sujetos sobre este punto, en la evaluación que realizaron del Programa de Prevención de Recaídas, mencionan esta pregunta como lo que menos les gustó de él, porque les despertó temor, inseguridad y ansiedad.

4.3 Formulación de metas para el corto plazo (tres meses)

La única alternativa que aparece como meta para el corto plazo es la de realizar deportes.

4.4 Formulación de metas para el mediano plazo (seis meses)

Mejorar, ascender en el trabajo, crecer económicamente, finalizar los estudios, tener una vivienda propia, son las metas visualizadas para el mediano plazo por la mayor parte de los sujetos.

4.5 Formulación de metas para ambos plazos

La necesidad de tener una pareja estable y de dedicar más tiempo a los hijos, los que los tienen, surgen como metas tanto para el corto como para el mediano plazo.

4.6 Prospección al futuro (a tres, seis y doce meses)

No surgen diferencias significativas para estos tres momentos y en general imaginarse en el futuro resultó para la mayor parte de los sujetos una tarea difícil.

La gran mayoría se ve trabajando con muchos amigos y en pareja (con la actual o con otra).

Proporciones menores se ven estudiando, viviendo en forma independiente o siendo deportista.

Una proporción elevada de sujetos se imagina a los seis meses ocupados en el tema de las vacaciones (preparándolas, saliendo o regresando), lo cual indicaría una cierta despreocupación de su parte dado que tal fecha coincidiría con el momento en que deberían afianzar sus posiciones laborales o de estudio.

4.7 Seguimiento

Como última fase de la entrevista se introduce la idea del seguimiento que se realizará a los tres meses, a los seis meses y a los doce meses a partir de la finalización del Programa, para analizar junto con cada sujeto tres tipos de situaciones, en relación con el riesgo de recaídas:

a) situaciones que siente que puede manejar, siempre que esté alerta.

respuestas : conflictos con la familia, o la pareja

conflictos laborales

estar con gente que se droga

estar en lugares donde se consumen drogas

b) situaciones que pueden irseles de las manos

respuestas : estar mal anímicamente

- ser invitado a consumir por una mujer (para los varones)
- c) situaciones de las que se tienen que cuidar muy especialmente
- respuestas : estar con gente que se droga
estar en lugares donde se consumen drogas
soledad

5. Evaluación del programa por parte de los sujetos

La evaluación que realizan los sujetos con respecto al Programa es altamente positiva, como surge de las siguientes frases: "me ha sido útil para conocerme más a mí mismo"; "me fue útil para saber hasta donde puedo llegar"; "me permitió aprender a valorarme"; "me permitió descargarme, decir lo que siento"; "me desaceleró, aprendí a frenar mis impulsos"; "fue como prepararme para enfrentar la calle"; "me ayudó a cortar lo negativo, el enojo que".

La mayoría de los entrevistados puso el énfasis en la utilidad de trabajar con situaciones concretas y futuras, como lo sintetiza claramente este comentario: "me resultó re-interesante poder imaginar situaciones concretas y tener un guión para seguir ante cualquier situación de riesgo, que no me agarre desprevenida... es lo bueno de escarbar más en lo que me puede pasar que en lo que me pasó".

Muchos rescatan como positiva la ubicación externa del Programa de Prevención de Recaídas con respecto a sus lugares de asistencia: "es como tener otro espacio afuera, tener una opinión diferente sobre lo que estamos viviendo, poder compartir los problemas en un clima de confianza".

La principal dificultad que los sujetos encontraron en el desarrollo del Programa fue precisamente la de pensar en términos concretos, reales, en situaciones futuras que tal vez no puedan manejar. Comentan su falta de entrenamiento para este tipo de trabajo, que es precisamente lo que más valorizan, como resultado final del Programa.

Por último, lo que menos les gustó fue plantearse concretamente la posibilidad de recaer; esto los colmó de temor, pero a su vez les permitió, tal como ellos mismos lo plantean, estar bien alertas frente a situaciones de las que se tienen que cuidar muy especialmente.

Muchos consideraron también como negativo que terminaran las entrevistas; hubieran querido continuar los encuentros por lo menos en forma esporádica.

6. Síntesis

Lo más saliente de la primera entrevista es que el sujeto se familiariza con el listado de situaciones y factores de riesgo que se le ocurren espontáneamente y con los que le son propuestos en el Programa, lo que lo anima a hablar de dichas situaciones y factores sin mayores reparos.

Espontáneamente los sujetos hacen referencia en su mayoría a situaciones de riesgo de tipo interpersonal, como problemas de familia y/o pareja o sentirse solos o abandonados. En cambio, cuando se les presenta un listado, consideran prioritarios los factores intrapersonales, como sentirse frustrado por algo y estar deprimido, enojado o ansioso.

Es probablemente la conjunción de ambos tipos de factores lo que constituye la situación de mayor riesgo con respecto a las recaídas en el hábito.

En la segunda entrevista se brinda al entrevistado la posibilidad de identificar situaciones cotidianas que lo tensionan y son por lo tanto riesgosas con respecto a la posibilidad de recaer, sus alternativas de respuesta más habituales frente a dichas situaciones y qué otros recursos podría poner en práctica para enfrentarlas.

El control de las conductas impulsivas y el entrenamiento en la interrupción de los pensamientos automáticos negativos surgen como las dos situaciones sobre las que más se debe trabajar.

En la tercera entrevista se apunta a la adquisición de habilidades para enfrentar situaciones de riesgo. Se pone el énfasis en el mejoramiento de la red de apoyo social a la cual poder acudir en momentos de urgencia.

Los sujetos plantean utilizar dicha red ya sea como apoyo para rechazar el ofrecimiento de drogas, para librarse de la depresión y para apoyarse en caso de sentirse rechazados socialmente o específicamente en el campo laboral.

El objetivo de la cuarta entrevista es lograr la consolidación de las habilidades para enfrentar situaciones de riesgo en relación con la recaída en el consumo.

En esta entrevista se logra una síntesis de los puntos tocados en las anteriores. Respecto a la red de apoyo, los sujetos perciben como disponibles para integrarla por lo menos a dos personas ajenas a los centros donde se asistieron y a algunas más pertenecientes a dichos centros.

Se vuelve a insistir sobre los pensamientos automáticos negativos y sobre la necesidad de oponerles contenidos positivos.

Surge así el afecto como constante para imaginar situaciones

placenteras con familiares, amigos o pareja.

También el deporte aparece como un interés que se repite, si bien en un porcentaje menor de sujetos.

Se introduce luego la proyección al futuro. El trabajo, el estudio, la pareja y la vivienda independiente son aspectos considerados fundamentales por los sujetos para poder "armar" su imagen de futuro.

Se entra finalmente por única vez, y en forma pragmática, en el temido tema de la recaída posible, con el objetivo de reforzar al máximo las defensas frente a las situaciones que los sujetos dicen no poder manejar, al quedar entrapados en sentimientos de culpabilidad, frustración o depresión, precisamente la conjunción de estados psicológicos que según los mismos sujetos contribuye a provocar la recaída. Se hace hincapié también en el recuerdo de situaciones concretas de malestar provocado por el consumo de drogas.

IV. EVALUACION DE LA EFICACIA DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Para evaluar la eficacia del Programa de Prevención de Recaídas descrito elaboramos un diseño de investigación que comprendió la división de la muestra de 100 drogadictos con la que se trabajó en dos grupos:

a) un grupo experimental (50 casos), con el que se realizaron cuatro entrevistas de dos horas de duración con cada uno de los sujetos, a los que se les aplicó el Programa de Prevención de Recaídas

b) un grupo control (50 casos), al que se entrevistó tomando los mismos datos recabados en la primera entrevista a los sujetos del grupo experimental, pero sin realizar ningún otro tipo de intervención.

Se realizaron luego tres entrevistas de seguimiento a los sujetos integrantes de ambos grupos, a los tres meses, a los seis meses y al año, a partir de la finalización del Programa de Prevención de Recaídas en el grupo experimental y a partir de la entrevista de recolección de datos, en el grupo control.

Cabe señalar que ambos grupos se componían de sujetos recientemente egresados o próximos a egresar de comunidades de autoayuda para drogadictos, localizadas en la ciudad de Buenos Aires y sus alrededores o en la Provincia de Buenos Aires.

Las entrevistas realizadas con los sujetos del grupo experimental se realizaron con un intervalo de una semana entre una y otra y pudieron completarse en todos los casos salvo en dos, debido a que los sujetos se trasladaron a lugares alejados de Buenos Aires. Esos casos fueron reemplazados.

Como era previsible, en ambos grupos se registró un porcentaje de deserción en los seguimientos (mortalidad de la muestra) (Cuadro VI), que a los doce meses significó un 18% de pérdida en el grupo experimental y un 26% en el grupo control.

En ambos grupos, en buena parte de los casos, los motivos de la no

conurrencia fueron razones de fuerza mayor, como haberse trasladado al interior del país. En otros casos (alrededor del 40% de las deserciones) la no concurrencia a las entrevistas se debió explícitamente a la negativa de los sujetos a volver a hablar del tema o presumiblemente a la dificultad para comentar haber recaído en el hábito.

En algunos casos, tras reiteradas citaciones, se logró concertar una sola entrevista de seguimiento.

Contenidos de las entrevistas de seguimiento

Las entrevistas de seguimiento recabaron datos acerca de:

- la inserción laboral de los sujetos
- su empleo del tiempo libre
- los problemas que debieron enfrentar a partir de su egreso de las comunidades terapéuticas
- sus patrones actuales de consumo de tabaco, alcohol, fármacos y otras drogas
- las condiciones en que volvieron a consumir drogas, si lo hicieron
- los pensamientos automáticos negativos surgidos en esas situaciones
- el estado de ánimo en general de los sujetos
- qué los ayudó más en el período

Resultados obtenidos

1. Indicadores acerca de la eficacia del programa

1.1 Porcentajes de consumo y no consumo en los diferentes seguimientos (Cuadro VII)

Existen diferencias significativas estadísticamente entre los sujetos que no volvieron a consumir entre el grupo experimental y el de control en los seguimientos realizados a los tres meses (90% - 61%) y a los doce meses (68% - 48%), respectivamente.

No ocurre lo mismo en el seguimiento realizado a los seis meses, en el que los porcentajes de los que no consumieron son 81% en el grupo experimental y 88% en el grupo control.

Con respecto a los sujetos que volvieron a consumir, hemos diferenciado entre los que lo hicieron una vez y los que lo hicieron más de una vez, dado que para muchos autores una caída ocasional no debe conceptualizarse como recaída, sino antes bien como una prueba de que el sujeto realiza para saber si ejerce control sobre el hábito.

Si se suman los sujetos que no consumieron y los que lo hicieron una vez, los porcentajes ofrecen también diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en estudio a los tres meses (96% - 76%) y a los doce meses (80% - 65%), respectivamente.

No ocurre lo mismo en el porcentaje de los que no consumieron y lo hicieron una sola vez a los seis meses, que se iguala para los dos grupos en el 93%.

Con respecto a los sujetos que consumieron más de una vez, vuelven a aparecer diferencias significativas entre los dos grupos a los tres meses (4% - 24%) y a los doce meses (20% - 35%).

Estos datos muestran que:

1) los sujetos que realizaron el Programa de Prevención de Recaídas volvieron a consumir menos que los del grupo control

2) mientras que para los sujetos del grupo experimental los doce meses constituyen un punto crítico con respecto a la vuelta al consumo, dicho punto está representado para los del grupo control por el período comprendido entre el egreso de los centros asistenciales y los tres meses por un lado, y el transcurrido entre los seis meses y el año por otro.

Puede concluirse de esto que el Programa de Prevención de Recaídas evaluado disminuye en porcentajes estadísticamente significativos el porcentaje de sujetos que recaen en el hábito y que posterga el momento de las recaídas, para aquellos casos que vuelven al hábito.

Precisamente, los sujetos del grupo experimental que volvieron a consumir fueron los que en el desarrollo del Programa tuvieron más dificultades para plantearse concretamente situaciones de riesgo con respecto a la posibilidad de volver a consumir, alegando que la idea de tener una "recaída" los colmaba de temores y que "preferían no pensar en eso".

1.2 Frecuencia del consumo en las recaídas (Cuadro VIII)

Vuelven a observarse en este aspecto diferencias significativas entre el número total de sujetos de los grupos experimental y de control que volvieron a consumir más de una vez y que consumieron frecuentemente en los diferentes seguimientos realizados.

Mientras que los sujetos del grupo experimental pasan de ninguno a los tres meses, de tres a los doce meses, los del grupo control pasan de cinco a doce.

De estos datos puede concluirse, pues, que el Programa de Prevención de Recaídas aplicado en el grupo experimental reduce el porcentaje de sujetos que consume frecuentemente en los tres seguimientos y que en los

pocos casos de sujetos que lo hacen esto se produce más tardíamente que en el grupo control.

1.3 Porcentajes de recaídas en cada seguimiento (Cuadro IX)

Teniendo en cuenta los porcentajes totales de vuelta al consumo entre los dos grupos en estudio y en cada uno de los seguimientos, puede observarse que en el grupo experimental el porcentaje más alto de recaídas ocurre entre el segundo y tercer seguimiento (48%), mientras que en el grupo control son prácticamente equiparables los porcentajes de sujetos que vuelven a consumir antes del primer seguimiento y entre el segundo y el tercer seguimiento.

Vuelve a plantearse como estadísticamente significativa la diferencia entre ambos grupos con respecto al momento en que se producen las recaídas, en los casos en que ellas se producen. En el grupo control se confirma la apreciación hallada en la bibliografía consultada acerca de que los tres primeros meses son el período crítico con respecto a la vuelta al consumo, al cual se agrega según nuestros datos el período comprendido entre los seis y los doce meses.

Nuevamente puede concluirse que el Programa de Prevención de Recaídas reduce, por un lado, y posterga la aparición de recaídas, por otro.

1.4 Incidencia (casos nuevos) en cada seguimiento (Cuadro X)

Los casos nuevos de recaídas en cada uno de los seguimientos siguen la misma relación que hemos venido desarrollando hasta aquí. Mientras que en el grupo de control a los tres meses son 18 los casos que recaen y en el grupo experimental 5, esta cifra decae a los seis (5) y a los doce meses (5) en el grupo control y aumenta en el grupo experimental (6 a los seis meses y 10 a los doce meses).

La relación en ambos grupos es en este aspecto inversa, con lo que vuelve a poder afirmarse que el Programa de Prevención de Recaídas posterga significativamente el momento en que se producen las recaídas, en los casos en que ellas se producen.

1.5 Distribución acumulada según consumo y no consumo (Cuadro XI)

Es en la comparación entre las frecuencias acumuladas en los tres seguimientos de los sujetos que no consumieron nunca, consumieron una vez, más de una vez y frecuentemente, donde pueden observarse más claramente las diferencias, que resultan estadísticamente significativas, entre los sujetos del grupo experimental y los del grupo control.

Mientras que los sujetos que no consumieron nunca llegan al 52% en el primero de los grupos mencionados y al 39% en el segundo (80% y 54% respectivamente, si se suman los porcentajes de los que no consumieron nunca y los que lo hicieron una sola vez), el 8% de los sujetos del grupo experimental consumió frecuentemente y el 39% lo hizo en el grupo control.

Este es el dato más significativo con respecto a la eficacia del Programa de Prevención de Recaídas evaluado.

1.6 Presencia de pensamientos automáticos negativos ante la vuelta al consumo

De los sujetos del grupo experimental que volvieron a consumir, el 28% informa haber registrado pensamientos automáticos negativos, del tipo de "fracasé", "todo está perdido", "ya no me importa nada".

De los sujetos del grupo control que volvieron a consumir, el 47% manifiesta haber tenido ese tipo de pensamientos.

Recordemos en este punto que uno de los objetivos del Programa de Prevención de Recaídas es que los sujetos puedan conceptualizar el volver a consumir una vez como un desliz y no como una recaída, dado que esto último los impulsa a una "caída" de la cual es difícil volver a recuperarse.

En este proceso los "pensamientos automáticos negativos" juegan un importante papel, en la medida en que además de ser productos de la autodesvalorización del sujeto, la acentúan, en un proceso de reverberación.

2. Características comunes entre los sujetos que volvieron a consumir del grupo experimental y del grupo control

El análisis cualitativo de los datos de las entrevistas de seguimiento de los sujetos que volvieron a consumir tanto en el grupo experimental como en el grupo control lleva a resaltar las siguientes relaciones:

1. Los sujetos que vuelven a consumir son en general más dependientes afectivamente de algunas personas claves (en general sus parejas), que en la medida en que no responden a sus expectativas, los precipitan a la vuelta al consumo.

2. Los sujetos que vuelven a consumir tienen en general más dificultad para plantearse metas que impliquen proyectos posibles de realizar; se plantean metas demasiado vagas o demasiado ambiciosas.

3. Los sujetos que vuelven a consumir tienen en general más dificultades para reconocer las situaciones en las que deberían poder pedir ayuda. No saben a quién pedirla y algunos piensan que nadie los ayudó desde

que salieron de las instituciones en las que se trataron.

4. Los sujetos que vuelven a consumir frecuentemente conciben en mayor proporción un desliz como una recaída, sin poder discriminar entre ambas situaciones.

5. Los sujetos que vuelven a consumir expresan en mayor proporción haber experimentado sensaciones ligadas con la depresión y la desesperanza.

6. Los sujetos que vuelven a consumir muestran en mayor proporción una aceptación formal de los límites impuestos por las comunidades en las que han realizado sus tratamientos, del tipo de "esperar la graduación para emborracharse al día siguiente".

7. Los sujetos que vuelven a consumir expresan más dificultades para reflexionar sobre situaciones posibles de riesgo en relación con el volver a consumir y más temores con respecto a pensar en esa posibilidad.

8. Los sujetos que vuelven a consumir son en general más inestables en sus empleos y necesitan recurrir a sus familiares para poder mantenerse.

9. Los sujetos que vuelven a consumir son en general más pasivos; son pocos los que trabajan y estudian y los que realizan más de dos actividades en su tiempo libre. Algunos declaran no hacer nada.

10. Los sujetos que vuelven a consumir perciben en general que han tenido pocos cambios en sus vidas durante el lapso en que se desarrolló la investigación. Varios declaran no haber experimentado ningún cambio.

3. Aspectos del programa percibidos como más útiles por los sujetos del grupo experimental (a partir de las entrevistas de seguimiento)

Los aspectos del Programa de Prevención de las Recaídas que los sujetos del grupo experimental resaltan como más útiles con respecto al no recaer en el consumo de drogas son:

1. Tener muy claros los pensamientos que pueden llevarlo a recaer.
2. No experimentar culpa en el caso de consumir una vez, sino reflexionar acerca de qué pasó y pedir ayuda.
3. No "engancharse" tanto con los problemas de los demás.
4. Asociar el consumir con experiencias displacenteras.
5. Reconocer situaciones que causan tensión y prepararse para afrontarlas.
6. Tener presente la posibilidad de recaer.
7. Formular proyectos para el corto plazo y realizarlos (pequeños objetivos cotidianos).
8. No dejar librado al azar el tiempo libre; planificarlo.

9. Pensar estrategias para cuando se sientan mal y ponerlas en práctica.

10. Anticipar situaciones difíciles de enfrentar.

11. Registrar los problemas por escrito y volver a leerlos una y otra vez.

12. Interrumpir los pensamientos negativos y anteponerles otros positivos.

13. Luchar contra el decaimiento, revirtiendo los "bajones" a través del buscar activamente cosas que levanten el ánimo.

14. Realizar un inventario de situaciones placenteras y recrearlas imaginariamente.

15. Tomar conciencia de las cosas que son posibles de hacer y de las que no.

16. Formularse metas y tiempos para realizarlas.

17. Controlar los impulsos, de modo de poder detener, por ejemplo, situaciones de escaladas agresivas.

18. Reconocer las situaciones de mucha presión externa y exigencia y poder analizarlas.

19. Tener presente la red de apoyo para diferentes aspectos y recurrir a ella.

20. Planificar actividades conjuntas con la familia como forma de mejorar la comunicación con sus familiares.

4. Situaciones vividas como desencadenantes de posibles recaídas y factores percibidos como lo que más los ayudó en ellas

A título de ejemplo, algunas de las situaciones descritas por los sujetos del Programa de Prevención de Recaídas como situaciones en las que estuvieron "a punto de recaer", sin que esto ocurriera por algo concreto que los ayudó a impedirlo fueron:

SITUACION	QUE AYUDO
discusión grave con pareja	pedir hablar enseguida con el coordinador de su grupo
tener que salir el sábado y querer tomar alcohol para animarme	quedarse en casa para sentirse contenido
oferta de drogas en el trabajo	contarlo en la casa y a amigos
sentirse mal por no conseguir trabajo	valorar lo logrado y pensar que lo puede perder
sentirse muy exigido en el trabajo	hablar a tiempo con alguien de la comunidad
no tener con quién salir	pensar que drogándose igual se sentiría sola
sufrir desilusiones en el trabajo y con la pareja	rodearse de buena gente
oferta de drogas en una reunión	decir rápidamente que no, sin pensarlo

5. Situaciones de riesgo descritas por los sujetos que consumieron nuevamente y por los que no lo hicieron

El análisis de las respuestas a las preguntas acerca de las situaciones de riesgo atravesadas en relación con el volver a consumir, tanto en el grupo experimental como en el de control, arroja ciertas diferencias entre los sujetos que volvieron a consumir y los que no lo hicieron.

Clasificamos dichas situaciones en:

1) Ambientales

a) Laborales

Se observa una mayor inestabilidad laboral en los sujetos que volvieron a consumir, especialmente en el grupo de control.

La mayoría de ellos ha tenido dos o más empleos desde que egresaron de las comunidades en las que se trataron.

Muchos dejaron el empleo por no adaptarse a las exigencias de la situación laboral.

Esto aparece con menos frecuencia en el grupo experimental, en el que se trabajaron especialmente las situaciones posibles de frustración

generables en el trabajo.

b) Sociorecreativas

Una mayor proporción de los sujetos que recaen usan el tiempo libre en "salidas con amigos de antes". Los sujetos que no vuelven a consumir, en cambio, responden más frecuentemente que emplean el tiempo libre en actividades que implican una mayor creatividad, como artesanías, manualidades, pintura, etc.

2) Personales

a) Estados de ánimo

La depresión es notablemente el estado de ánimo mencionado con más frecuencia por los sujetos que volvieron a consumir de ambos grupos.

El "sentirse mal" es atribuido especialmente por los sujetos que volvieron a consumir al no haber conseguido los objetivos que se habían propuesto en el plano laboral o afectivo.

b) Sensación de "choque con la realidad"

En general, los sujetos del grupo de control atribuyen sus sensaciones de malestar al "choque con la realidad", tras la salida de las comunidades terapéuticas.

Esto no surge frecuentemente en los sujetos del grupo experimental, tal vez porque han trabajado en el curso de las entrevistas del Programa con situaciones concretas con las que posiblemente se deberán enfrentar, lo cual los hace sentirse más preparados para encararlas cuando ocurren.

A modo de conclusión podemos decir que tanto los datos estadísticos como los cualitativos relevados con el objetivo de evaluar el Programa de Prevención de Recaídas que hemos aplicado avalan la evidencia de que se trata de una metodología que contribuye a disminuir el riesgo de recaídas en los sujetos egresados de comunidades de auto-ayuda para drogadictos. Su aplicación por los operadores de dichas comunidades es, por lo tanto, altamente recomendable.

No obstante, el hecho de haber encontrado también en los datos que en una cierta proporción de los casos el Programa posterga la recaída, que se produce en un plazo posterior al haber egresado de los centros asistenciales, hace pensar que el proceso de reinserción social de estos jóvenes debe completarse además con programas concretos que los ayuden a encontrar un lugar en la sociedad, aspecto doblemente difícil en un momento de profunda crisis socioeconómica como el que atraviesa el país en esta etapa.

BIBLIOGRAFIA

1. ARIF A., HUGES P. et al. *Farmacodependencia: Metodología para Evaluar el Tratamiento y la Rehabilitación*. Ginebra, OMS, 1988.
2. BANDURA A. Self-efficacy. Toward a Unifying Theory of Behavior Change. *Psychol Review*, 1977, 84, 191-215.
3. BECK A., RUSH A., SHAW B. & EMERY I. *Cognitive Therapy of Depression*. New York, The Guilford Press, 1979.
4. BILLINGS A. & MOOS R. Stressful Life Events and Symptoms: A Longitudinal Model. *Health Psychol*, 1982, 1, 99-118.
5. BROWN B. (Ed.) *Addicts and Aftercare: Community Integration of the Former Drug*. Beverly Hills CA. Sage Publications, 1979.
6. BRUNSC. & GEISTC. Stressful Life Events and Drug Use Among Adolescents. *J. of Human Stress*, 1984, 10, 135-139.
7. BRY B. & McKEON P. Extent of Drug Use as a Function of Risk Factors. *J. of Abn Psychol*, 1982, 91, 4, 273-279.
8. BYLES J., BYRNE C., BOYLE M. & OFFORD D. Ontario Child Health Study: Reliability and Validity of the General Functioning Subscale of the McMaster Family Assessment Device. *Fam Process*, 1988, 27, 97-104.
9. CAMERON R. & MEICHENBAUM D. The Nature of Effective Coping and the Treatment of Stress-Related Problems: A Cognitive Behavioral Perspective. En Goldberger L. & Breznitz S. (Eds), *Handbook of Stress*. New York, Free Press, 1982.
10. COLEMAN S., KAPLAN D. & DOWNING R. Lyfe Cycle and Loss-The Spiritual Vacuum of Heroin Addiction. *Fam Process*, 1986, 25, 5-23.
11. CUMMINGS C., GORDON J. & MARLATT G. Replace: Prevention and Prediction. En Miller W.R. (Ed) *The Addictive Behaviors*. Oxford, Pergamon Press, 1980.
12. CURRAN J. & MONTI P. (Eds). *Social Skills Training*. New York, The Guilford Press, 1982.

13. CUTRONA C. Behavioral Manifestation of Social Support: A Microanalytic Manifestation of Social Support. *J Pers and Soc Psychol*, 1986, 51, 1, 201-208.
14. CHANEY E., ROSZELL D. & CUMMINGS C. Relapse in Opiate Addicts: A Behavioral Analysis. *Addictive Behav*, 1982, 7, 291-297.
15. DeLONGIS A., COYNE J., DAKOF G., FOLKMAN S. & LAZARUS R. Relationship of Daily Hassles, Uplifts and Major Life Events to Health Status. *Health Psychol*, 1982, 1, 119-136.
16. DIAZ VEIGA P. Evaluación del Apoyo Social. En Fernández Ballesteros R. *El Ambiente. Análisis Psicológico*. Madrid, Pirámide, 1987.
17. DIENER C. & DWECK C. An Analysis of Learned Helplessness: Continuous Changes in Performance Strategies and Achievement Cognitions Following Failure. *J Person and Social Psychol*, 1978, 36, 451-463.
18. DOHRENWEND B.S., & DOHRENWEND B.P. *Stressful Life Events*. New York, John Wiley & Sons, 1974.
19. DUN R. Ricadute: Droga e Alcool. Scuola di Formazione "Casa del Sole". Castel Gandolfo, Roma, 1989.
20. D'ZURILLA T. & GOLDFRIED M. Problem-Solving and Behavior Modification. *J Abnormal Psychol*, 1971, 78, 107-126.
21. EISLER R. & FREDERIKSEN L. *Perfecting Social Skills*. New York, Plenum, 1980.
22. EPSTEIN N., BALDWIN L. & BISHOP D. The McMaster Family Assessment Device. *J Of Marital and Fam Therapy*, 1983, 9, 71-180.
23. FLAVELL H. & ROSS L. (Eds). *Social Cognitive Development: Frontiers and Possible Futures*. Cambridge University Press, 1981.
24. FOLKMAN S. An Approach to the Measurement of Coping. *J. Occupat Behav*, 1982, 3, 95-107.
25. FRASER M. Family, School and Peer Correlates of Adolescents Drug Abuse. *Soc Serv Rev*, 1984, 58, 3, 434-446.
26. FRIEDMAN A. et al. Families of Adolescent Drug Abusers are "Rigid" or "Enmeshed" or Both? *Fam Proc*, 1987, 26, 131-148.
27. FRYKHOLM B. Termination of Drug Career. *Acta Psychiat Scand*, 1979, 59, 370-380.
28. GARBER J. & SELIGMAN M. (Eds) *Human Helplessness: Theory and Application*. New York, Academic Press, 1980.
29. HAMILTON V. & WARBURTON D. *Human Stress and Cognition: An Information Processing Approach*. New York, John Wiley & Sons, 1979.
30. HANUSA B. & SCHULTZ R. Attributional Mediators of Learned

Helplessness. *J Person Social Psychol*, 1977, 35, 602-611.

31. HARVEY D. Depression and Attributional Style: Interpretations of Important Personal Events. *J Abnormal Psychol*, 1981, 90, 134-142.

32. HAWKINS D. & CATALANO R. Aftercare in Drug Abuse Treatment. *Int J Addictions*, 1985, 20 (6-7), 917-945.

33. HAWKINS J & FRASER M. The Social Networks of Drug Abusers Before and After Treatment, En Einstein S. (Ed) *Drug and Alcohol Use: Issues and Factors*, New York, Plenum, 1982.

34. HODGSON R. & RANKIN H. Cue Exposure and Relapse Prevention. En Nathan P. & Hay W. (Eds) *Case Studies in the Behavioral Treatment of Alcoholism*. New York, Plenum, 1982.

35. HUNT W., BARNETT L. & BRANCH L. Relapse Rates in Addiction Programs. *J Clin Psychol*, 1971, 27, 455-456.

36. JANIS I. The Role of Social Support in Adherence to Stressful Decisions, *Am Psychol*, 1983, 38, 143-160.

37. JOHNSTON LL., NURCO D. & ROBINS L. Conducting Follow-up Research on Drug Treatment Programs. National Institute on Drug Abuse. Rockville, Maryland, 1977.

38. KANFER F. & GOLDSTEIN A. (Eds) *Helping People Change: A Textbook of Methods*. New York, Pergamon, 1975.

39. KANNER A., COYNE J., SCHAEFER C. & LAZARUS R. Comparison of Two Modes of Stress Measurement: Daily Hassles and Uplifts vs. Major Life Events. *Behav Med*, 1981, 4, 1-39.

40. KENDALL P. & HOLLON S. (Eds) *Cognitive-behavioral Interventions: Theory, Research, and Procedures*. New York, Academic Press, 1979.

41. KENDALL P. & HOLLON S. (Eds) *Assessment Strategies for Cognitive-Behavioral Interventions*. New York, Academic Press, 1980.

42. KENDALL P. *Advances in Cognitive-behavioral Research and Therapy*. New York, Academic Press, 1983.

43. KORNBLIT A. & MENDES DIZ A. Actualización sobre el Concepto de Estrés Ambiental. *Medicina y Sociedad*, 1987, 10, 4, 143-150.

44. KORNBLIT A. y col. *Estudios sobre Drogadicción en Argentina*. Buenos Aires, Nueva Visión, 1989.

45. KOSTEN T., ROUNSAVILLE B. & KLEBER H. A 2.5-Year Follow-up of Depression, Life Crisis, and Treatment Effects on Abstinence among Opioid Addicts. *Arch Gen Psychiat*, 1986, 43, 733-738.

46. KWANT F. RICE J. & HAYS R. Use of Heroin Addiction Scale to Differentiate Addicts from Rehabilitation Clients. *Psychol Reports*, 1976,

47.LAZARUS R. Psychological Stress and Coping Process. New York, McGraw-Hill, 1966.

48.LEUKEFELD C. & TIMS F. Relapse and Recovery in Drug Abuse: Research and Practice. *The Int J of the Addict*, 24 (3) 189-201, 1989.

49.MARLATT G. & GORDON J. Determinants of Relapse: Implications for the Maintenance of Behavior Change. En Davidson P.O. & Davidson S.M. (Eds) *Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles*. New York, Brunner/Mazel, 1980.

50.MARLATT G. & GORDON J. Relapse Prevention. New York, The Guilford Press, 1985.

51.McFALL R. A Review and Reformulation of the Concept of Social Skills. *Behav Assess*, 1982, 4, 1-34.

52.McKAY M., DAVIS M. & FANNING P. Thoughts and Feelings: The Art of Cognitive Stress Intervention. New Harlinger Pub. 1981.

53.McLELLAN Th., LUBORSKY L., CACCIOLA J., GRIFFITH J., GAHAN P. & O'BRIEN Ch. Guide to Addiction Severity Index: Background, Administration and Field Testing Results. National Institute on Drug Abuse. Rockville, Maryland, 1985.

54.McMAHON R. & GRAIG K. (Eds) *Advances in Clinical Behavior Therapy*. New York, Brunner/Mazel, 1983.

55.MEICHENBAUM D. Cognitive-behavior Modification: An Integrative Approach. New York, Plenum, 1977.

56.MEICHENBAUM D. & JAREMKO M. Stress Reduction and Prevention. New York, Plenum, 1983.

57.MEICHENBAUM D. Stress Inoculation Training. London, Pergamon Press, 1985.

58.MILKMAN H., WEINER S. & SUNDERWIRTH S. Addiction Relapse. New York, The Haworth Press, 1984.

59.MISCHEL W. A Cognitive-social Learning Approach to Assessment. En Merluzzi T., Glass C. & Genest M. (Eds) *Cognitive Assessment*. New York, The Guilford Press, 1981.

60.MOOS R. & MOOS B. The Process of Recovery from Alcoholism, III. Comparing Functions in Families of Alcoholics and Matched Control Families. *J Studies on Alcohol*, 1984, 45, 2, 111-118.

61.NEWCOMB M. & HARLOW L. Lyfe Events and Substance Use among Adolescents: Mediating Effects of Perceived Loss of Control and Meaninglessness of Lyfe. *J of Person & Social Psychol*, 1986, 3, 564-577.

62.PADELFORD D.B. Relationship between Drug Involvement and

Purpose in Lyfe, *J of Clin Psychol*, 1974, 30, 303-305.

63. RUSSELL D. The Causal Dimension Scale: A Measure of How Individuals Perceive Causes. *J Person Soc Psychol*, 1982, 1137-1145.

64. SANCHEZ-CRAIG M. Cognitive and Behavioral Coping Strategies in the Reappraisal of Stressful Social Situations. *J Counsel Psychol*, 1976, 23, 7-12.

65. SARASON I. et al. Assessing Support: The Social Support Questionnaire. *J Pers and Soc Psychol*, 1983, 44, 127-189.

66. SIMPSON D. & LLOYD M. Client Evaluations of Drug Abuse Treatment in Relation to Follow-up Outcomes. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 1979, 6, 397-411.

67. SIMPSON D., JOEG. & BRACYS. Six-year Follow-up of Opioid Addicts After Admission to Treatment. *Arch Gen Psychiat*, 1982, 39, 1318-1323.

68. SMITH R. Development of an Integrated Coping Response through Cognitive-Affective Stress Management Training. En Sarason I. & Spielberg CH (Eds), *Stress and Anxiety (Vol.7)*. Washington DC. Hemisphere, 1980.

69. SUTTONS. Interpreting Relapse Curves. *J. Consult Clin Psychol*, 1979, 47, 96-98.

70. TIMS F. & LUDFORD J. (Eds) *Drug Abuse Treatment Evaluation: Strategies, Progress and Prospects*. National Institute on Drug Abuse. Research Monograph 51, 1986.

71. TIMS F. & LEUKEFELD C. (Eds) *Relapse and Recovery in Drug Abuse*. National Institute on Drug Abuse. Research Monograph 72, 1986.

72. VAN HASSELT V., HERSEN N. & MILLIONES J. Social Skills Training for Alcoholics and Drug Addicts: A Review. *Addict Behav*, 1976, 3, 221-233.

PRIMERA PARTE

APENDICE 1

GUIA DE LAS ENTREVISTAS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE RECAIDAS

- Identificar qué pueden ser factores de riesgo para él
- Reconocer cuáles de sus acciones de riesgo, por perder la conciencia en la situación de su alcoholismo, se refieren a cómo se percibe el propio control y cómo se toman decisiones en las situaciones para beber.
- Valorar esta magnitud de factores de riesgo, preguntando de un puntaje de 0 a 10 a las siguientes cuestiones:
 - Cuál es el momento presente
 - Pensar en otros para mantenerlo
 - Sentirse forzado por algo
 - estar deprimido, cansado y hambriento
 - sentirse incapaz de controlar sus acciones futuras
 - sentirse mal informado y incapaz de buscar consejo cuando surge
 - estar atado a drogas por tener amigos o amigos familiares que pueden
 - estar atado, sin más alternativas por beber
 - sentirse incapaz de
 - estar con un deseo fuerte de beber
 - Analizar cada uno de los factores anteriores, de cómo se perciben las expectativas para el futuro.
 - Entender cómo se ve para la semana anterior la abstinencia de las situaciones mencionadas a otros que pueden o estar durante la semana presente, también y cuáles de las acciones de riesgo a los fines.

SEGUNDA ENTREVISTA

- Analizar la zona de responsabilidad para la semana, definiendo los problemas cotidianos, los subsistemas perdidos y las soluciones alternativas que se pueden tomar por
- Reconocer que las situaciones mencionadas a, por ejemplo, un problema

PRIMERA ENTREVISTA

- Valoración espontánea, por parte del sujeto, acerca de cuáles considera que podrían ser factores de recaída para él.
- Rememoración de situaciones de recaída que pueden haber existido en la historia de su adicción, en cuanto a cómo se produjo el primer desliz y cómo se fueron encadenando las situaciones para recaer.
- Valoración cuantitativa de factores de recaída: asignación de un puntaje de 0 a 10 a los siguientes factores:
 - conflictos con otras personas
 - presión de otros para consumir
 - sentirse frustrado por algo
 - estar deprimido, enojado o ansioso
 - sentirse incapaz de enfrentar una situación difícil
 - sentirse mal físicamente y recordar el bienestar conseguido con drogas
 - tener acceso a drogas por tener dinero o drogas fácilmente disponibles
 - estar aburrido, sin nada interesante por delante
 - estar celebrando algo
 - estar con ex-compañeros de consumo
- Analizar cada uno de los factores anteriores, dándoles contenidos específicos para el sujeto.
- Encomendar como tarea para la semana reconocer algunas de las situaciones mencionadas u otras que puedan ocurrir durante la semana generando tensión y escribirlas en un cuaderno dedicado a tal fin.

SEGUNDA ENTREVISTA

- Analizar la tarea encomendada para la semana, definiendo los problemas surgidos, las soluciones probadas y las soluciones alternativas que se podrían ensayar.
- Reconocer en esas situaciones decisiones aparentemente irrelevantes.

tes que podrían llevar a recaídas.

- Indagar acerca de los pensamientos automáticos negativos que surgieron ante una recaída pasada o que podrían surgir frente a posibles recaídas.

- Reconceptualizar la recaída como una situación que no necesariamente lleva a la recaída total. Valorar la influencia negativa que pueden tener los pensamientos automáticos negativos surgidos.

- Encomendar como tarea reconocer pensamientos automáticos negativos que puedan surgir durante la semana frente a alguna situación de tensión y escribirlos en el cuaderno.

TERCERA ENTREVISTA

- Reconocer cuáles podrían ser en el futuro situaciones de mayor riesgo para recaer, para el sujeto en cuestión.

- Trabajar sobre esas situaciones con representaciones de roles.

- Plantear imaginariamente situaciones posibles de riesgo y trabajarlas a través de:

- entrenamiento asertivo

- entrenamiento en definir intereses

- evaluación de redes sociales

- entrenamiento en habilidades interpersonales (comunicar sentimientos, pedir ayuda, ofrecer ayuda, recordar relaciones positivas, aprender a negociar)

- Encomendar como tarea hacer un inventario de las situaciones interpersonales difíciles que puedan surgir durante la semana, cómo reaccionaron y cómo podrían haber reaccionado, de acuerdo con el trabajo realizado en esta entrevista.

CUARTA ENTREVISTA

- Analizar la tarea encomendada para la semana.

- Plantear estrategias posibles frente a una lista de situaciones de riesgo, mencionadas por el entrevistador, a partir de lo planteado por el sujeto en las entrevistas anteriores.

- Reflexionar sobre metas posibles para el sujeto en el cercano, en el mediano y en el largo plazo.

- Realizar una prospección al futuro, en los plazos de tres meses, seis meses y un año.

- Introducir la idea del seguimiento, para analizar junto con el entrevistador las situaciones difíciles que surgieron y cómo fueron encaradas.

- Encomendar como tarea anotar en el cuaderno las situaciones que el sujeto siente que puede manejar, siempre que esté alerta, y las situaciones de las que se tiene que cuidar especialmente.

- Evaluar cómo le resultó el programa, qué temas le resultaron más difíciles, qué le gustó más y qué le gustó menos.

APENDICE II CUADROS ESTADISTICOS

(McNelder Family Agricultural Survey)

1. Distribución geográfica de los cultivos agrícolas en el distrito geográfico de los condados
2. Distribución de cultivos agrícolas según estado de cultivo
3. Distribución de los cultivos agrícolas según estado de la tierra que ocupan
4. Distribución de los cultivos agrícolas según el tipo de cultivo
5. Distribución de los cultivos agrícolas según el tipo de cultivo
6. Distribución de los cultivos agrícolas según el tipo de cultivo
7. Distribución de los cultivos agrícolas según el tipo de cultivo
8. Distribución de los cultivos agrícolas según el tipo de cultivo
9. Distribución de los cultivos agrícolas según el tipo de cultivo
10. Distribución de los cultivos agrícolas según el tipo de cultivo
11. Distribución de los cultivos agrícolas según el tipo de cultivo
12. Distribución de los cultivos agrícolas según el tipo de cultivo

Cuadro II

Índice de producción agrícola por condado

	1920		1921		Índice 1921	Índice 1920
	Cosecha normal	Super abundante	Cosecha normal	Super abundante		
Condado de Harris	140	100	140	100	100	100
Condado de Dallas	100	100	100	100	100	100
Condado de Tarrant	100	100	100	100	100	100

Cuadro I
Escala de funcionamiento global familiar
(McMaster Family Assessment Device)

1. En mi familia, planificar actividades conjuntas es difícil porque no nos entendemos
2. En momentos de crisis buscamos apoyo entre nosotros
3. No podemos hablar entre nosotros acerca de la tristeza que sentimos
4. Nos aceptamos entre nosotros tales y como somos
5. Evitamos discutir nuestros miedos y preocupaciones
6. Nos expresamos lo que sentimos
7. Hay muchos sentimientos negativos en nuestra familia
8. Tomar decisiones es problemático en nuestra familia
9. Si alguien hace algo mal, se lo critica duramente
10. En mi familia es común que alguien exprese enojo o irritación hacia otro
11. En mi familia hay alguien que siempre está muy preocupado por los otros
12. Cuando hay problemas, en general todos se borran

Cuadro II
Índice de aislamiento/integración social

	Sujetos drogadictos		Familia drogadictos		Sujeto control	Familia control
	Comienzo consumo	Recaída	Comienzo consumo	Recaída		
Referido al sujeto en estudio	5,15 (1)	6,05 (2)	5,45 (3)	5,30 (4)	7,25 (5)	6,85 (6)
Referido a la familia	3,80 (7)	3,90 (8)	4,50 (9)	4,30 (10)	4,90 (11)	6,70 (12)

Cuadro III
Situaciones vitales estresantes por las que atravesaron
los sujetos drogadictos

	Comienzo %	Recaída %
Separación de los padres	4	6
Muerte/enfermedad de familiar cercano	15	20
Desempleo	3	19
Conflictos de pareja	32	10
Nueva pareja	2	3
Sobrexigencia	15	13
Ninguna	30	29

Cuadro IV
Situaciones vitales estresantes agrupadas

	Comienzo %	Recaída %
Situaciones incontrolables	21	42
Situaciones controlables	49	29
Ninguna	30	29

		incontrolables		controlables		
		comienzo	recaída	comienzo	recaída	
21,4	42,9	21,4	42,9	49,0	29,0	incontrolables
(6)	(7)	(4)	(5)	(13)	(11)	controlables
30,0	29,0	30,0	29,0	30,0	29,0	ninguna
(21)	(21)	(20)	(19)	(16)	(17)	

Cuadro V
Importancia asignada a diferentes aspectos

	Sujetos Drogadictos Comienzo %	Sujetos Drogadictos Abstinencia %	Sujetos Drogadictos Ahora %	Sujetos Control %
Pasatismo (droga, divertirse, dinero, sexo)	64	18	5	4
Personas (familia, pareja, hijos)	20	39	16	44
Sí mismo	9	25	37	15
Futuro	3	10	42	26
Olvidar problemas	4	8	—	—
Valores morales (solidaridad)	—	—	—	11

**DATOS PARA LA EVALUACION DEL PROGRAMA
DE PREVENCIÓN DE LAS RECAIDAS**

Cuadro VI
Composición final de la muestra
(sujetos que completaron los seguimientos)

	A los 3 meses		A los 6 meses		A los 12 meses	
	%	N	%	N	%	N
G. experimental	94	47	86	43	82	41
G. control	92	46	80	40	74	37

(Base: 50 sujetos iniciales en cada uno de los dos grupos)

Cuadro VII
Porcentajes de consumo y no consumo
en los diferentes seguimientos

	Grupo experimental			Grupo control		
	3 m.	6 m.	12 m.	3 m.	6 m.	12 m.
No consumieron	90	81	68	61	88	48
Consumieron una vez	96	93	80	76	93	65
Consumieron más de una vez	6	12	12	15	5	17
Total	100 (47)	100 (43)	100 (41)	100 (46)	100 (40)	100 (37)

(Base: sujetos que completaron los seguimientos)

Cuadro VIII
Frecuencia del consumo en las recaídas
(números totales)

	Grupo experimental			Grupo control		
	3 m.	6 m.	12 m.	3 m.	6 m.	12 m.
Consumieron una vez	3	5	5	7	2	6
Consumieron más de una vez	2	2	4	6	2	1
Consumieron frecuentemente	2	3	7	11	3	13
Total	5	8	12	18	5	19

(Base: sujetos que consumieron en cada uno de los seguimientos)

Cuadro IX
Pocentajes de recaídas en cada seguimiento

	Antes 1er.s.	Entre 1er. y 2do.s.	Entre 2do. y 3er.s.	Total
G. experimental	20(5)	32(8)	48(12)	100(25)
G. control	43(18)	12(5)	45(19)	100(42)

(Base: sujetos que recayeron en cada uno de los seguimientos)

Cuadro X
Incidencia (casos nuevos) en cada seguimiento
(números totales)

	A los 3 m.	A los 6 m.	A los 12 m.
G. experimental	5	6	10
G. control	18	5	5

(Base: sujetos que consumieron por primera vez en cada uno de los seguimientos)

Cuadro XI
Distribución acumulada según consumo y no consumo

	G. experimental		G. control	
	%	N	%	N
No consumieron nunca	52	22	39	14
	80	33	54	19
Consumieron una vez	28	11	13	5
Consumieron más de 1 vez	12	5	9	3
	20	8	48	18
Consumieron frecuentemente	8	3	39	15
Total	100	41	100	37

(Base: sujetos que completaron los seguimientos)

Indicadores de desarrollo humano

País	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Argentina	0,75	0,76	0,77	0,78	0,79	0,80
Bolivia	0,55	0,56	0,57	0,58	0,59	0,60
Brasil	0,65	0,66	0,67	0,68	0,69	0,70
Chile	0,60	0,61	0,62	0,63	0,64	0,65
Colombia	0,68	0,69	0,70	0,71	0,72	0,73
Costa Rica	0,70	0,71	0,72	0,73	0,74	0,75
Cuba	0,80	0,81	0,82	0,83	0,84	0,85
Ecuador	0,62	0,63	0,64	0,65	0,66	0,67
El Salvador	0,58	0,59	0,60	0,61	0,62	0,63
Guatemala	0,52	0,53	0,54	0,55	0,56	0,57
Honduras	0,50	0,51	0,52	0,53	0,54	0,55
Paraguay	0,54	0,55	0,56	0,57	0,58	0,59
Panamá	0,72	0,73	0,74	0,75	0,76	0,77
Paraguay	0,54	0,55	0,56	0,57	0,58	0,59
Perú	0,56	0,57	0,58	0,59	0,60	0,61
Puerto Rico	0,85	0,86	0,87	0,88	0,89	0,90
Uruguay	0,78	0,79	0,80	0,81	0,82	0,83
Venezuela	0,74	0,75	0,76	0,77	0,78	0,79

Indicadores de desarrollo humano en América Latina y el Caribe, 1980-1985

Indicadores de desarrollo humano

País	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Argentina	0,75	0,76	0,77	0,78	0,79	0,80
Bolivia	0,55	0,56	0,57	0,58	0,59	0,60
Brasil	0,65	0,66	0,67	0,68	0,69	0,70
Chile	0,60	0,61	0,62	0,63	0,64	0,65
Colombia	0,68	0,69	0,70	0,71	0,72	0,73
Costa Rica	0,70	0,71	0,72	0,73	0,74	0,75
Cuba	0,80	0,81	0,82	0,83	0,84	0,85
Ecuador	0,62	0,63	0,64	0,65	0,66	0,67
El Salvador	0,58	0,59	0,60	0,61	0,62	0,63
Guatemala	0,52	0,53	0,54	0,55	0,56	0,57
Honduras	0,50	0,51	0,52	0,53	0,54	0,55
Paraguay	0,54	0,55	0,56	0,57	0,58	0,59
Panamá	0,72	0,73	0,74	0,75	0,76	0,77
Paraguay	0,54	0,55	0,56	0,57	0,58	0,59
Perú	0,56	0,57	0,58	0,59	0,60	0,61
Puerto Rico	0,85	0,86	0,87	0,88	0,89	0,90
Uruguay	0,78	0,79	0,80	0,81	0,82	0,83
Venezuela	0,74	0,75	0,76	0,77	0,78	0,79

Esta edición de CUADERNOS del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Sociales se imprimió en febrero de 1992 en Buenos Aires, Argentina.



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES - UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES