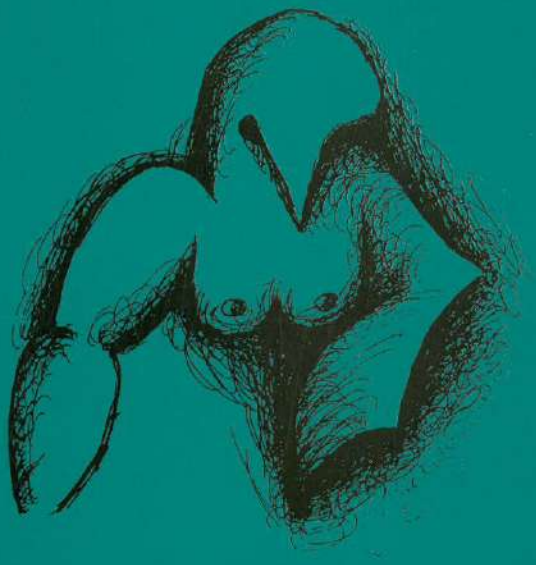
COLECCION HAIZE-GAIN Nº 2

Un estudio de seguimiento de la Comunidad Terapéutica Haize-Gain

1982-92

E. García Martín
G. Roldán Intxusta
D. Comas Arnau



AGIPAD

Enrique García Martín*
Gabriel Roldan Intxusta**
Domingo Comas Arnau***

* Psicólogo. Master en Drogodependencias, Universidad de Deusto. Autor del Estudio.
** Psicólogo. Director de la C.T. Haize-Gain. Supervisor del Estudio.
*** Sociólogo. Universidad Autónoma de Madrid. Grupo Interdisciplinar sobre Drogas. Asesor del Estudio.

Esta investigación ha sido posible gracias a la colaboración de diversas entidades y personas, en especial al Instituto Deusto de Drogodependencias, a la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción y la Asociación Guipuzcoana de Investigación y Prevención del Abuso de las Drogas (A.G.I.P.A.D.) que han posibilitado este Proyecto.

Nuestro agradecimiento a Fundación Kutxa por hacer posible la publicación de este trabajo.

Damos también las gracias a la Comunidad Terapéutica HAIZE-GAIN, a las personas que han compuesto la muestra de este estudio, y a los familiares que han cooperado en su realización.

Nuestro reconocimiento a los profesionales que han participado en la localización y recogida de datos y en especial a: Mertxe Sainz, Amalia Urquiola, Cinta Guinot y Mavi Crespo, sin cuya colaboración no hubiese sido posible realizar esta investigación.

Edición: Marzo 1995

COMUNIDAD TERAPEUTICA HAIZE-GAIN
HAIZE-GAIN KOMUNITATE TERAPEUTIKOA

C/. Javier de Barkaiztegi, 23 bajo
Tf. 47 38 64 - Fax 47 38 66
20010 SAN SEBASTIAN

INDICE

página

- AGRADECIMIENTOS 7

I.- INTRODUCCION 9

1.1. OBJETIVOS E IMPORTANCIA DEL PROYECTO 9

1.2. HIPOTESIS 9

II.- REVISION BIBLIOGRAFICA 13

2.1. METODOLOGIA DE LOS ESTUDIOS DE SEGUIMIENTO EN DROGODEPENDIENTES ATENDIDOS EN CENTROS DE TRATAMIENTO 13

2.1.1. Objetivos, finalidad, utilidad de los estudios de seguimiento. 13

2.1.2. Diseño de los estudios de seguimiento. 14

2.1.3. La muestra en los estudios de seguimiento. 15

2.1.4. Variables independientes en los estudios de seguimiento. 16

2.1.5. La recogida de datos en los estudios de seguimiento 17

2.1.6. Variables extrañas, incontrolables o que sufren variaciones imprevisibles durante el tiempo que dura la investigación 19

2.1.7. Influencia de los tratamientos en los estudios de seguimiento. 19

2.1.8. Criterios de recuperación y eficacia de tratamiento. 20

2.1.9. Limitaciones y sesgos en los estudios de seguimiento. 21

2.2. RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DE SEGUIMIENTO. 23

2.2.1. Introducción 23

2.2.2. El Programa DARP. 24

2.2.3. El Programa TOPS. 25

2.2.4. Otros estudios de seguimiento extranjeros. 26

2.2.5. Los estudios de seguimiento en España. 31

III.- METODOLOGIA 35
3.1. CARACTERISTICAS DEL PROGRAMA DE COMUNIDAD TERAPEUTICA "HAIZE-GAIN" AL QUE ACUDEN LOS RESIDENTES DE LA MUESTRA 35
3.1.1. Introducción. 35
3.1.2. Aspectos generales. 35
3.1.3. Fases. 36
3.2. PROCEDIMIENTO METODOLOGICO. 38
3.2.1. Criterios de selección y localización de los sujetos asistidos. 38
3.2.2. Instrumentos de medida y variables. 41
IV.- RESULTADOS 47
4.1. DESCRIPCION DE LOS 166 ASISTIDOS DE LA MUESTRA. 47
4.1.1. Características sociodemográficas de la muestra comparadas con otros estudios. 47
4.1.2. Características clínicas de los asistidos antes de iniciar el tratamiento. 49
4.1.3. Descripción de las actividades y situaciones de los asistidos durante el tratamiento. 49
4.2. DESCRIPCION DE LOS 69 RESIDENTES QUE REALIZARON EL SEGUIMIENTO. 56
4.2.1.Características sociodemográficas 56
4.2.2. Adecuación del pronóstico de los terapeutas sobre el consumo de los asistidos. 58
4.2.3. Valoración del tratamiento por parte de los residentes asistidos. 63
4.3. RESULTADOS RELACIONADOS CON LAS HIPOTESIS DEL PRONOSTICO. 66
V.- DISCUSION-CONCLUSIONES 69
VI.- BIBLIOGRAFIA 73
VII.- ANEXOS 79
7.1. ANEXO 1 79
7.2. ANEXO 2 85
7.3. ANEXO 3 94

CAPITULO PRIMERO: INTRODUCCION

1.1.- OBJETIVOS E IMPORTANCIA DEL PROYECTO

En este apartado vamos a exponer cuatro objetivos principales de esta investigación, que van a determinar las hipótesis posteriores:

1.- Describir el perfil de los asistidos que han seguido tratamiento a lo largo de los 10 primeros años de existencia del Programa de Comunidad Terapéutica (C.T.) Haize-Gain, observando si existen diferencias en función del año de ingreso.

2.- Realizar un seguimiento de estos sujetos, analizando si diferentes variables correlacionan o no con la evolución de los individuos dentro y fuera del tratamiento y con su situación actual.

3.- Comprobar si la valoración pronóstica de los terapeutas en cuanto al consumo coincide con la situación informada por los sujetos en el seguimiento.

4.- Estudiar la valoración que hacen los ex-residentes del Programa de Comunidad Terapéutica Haize-Gain, recogiendo su opinión sobre aspectos de las diferentes fases, profesionales, utilidad general del Programa, etc.

Con estos objetivos lograremos:

a) Analizar de qué manera las metas planteadas de reinserción, se han cumplido.

b) Estudiar qué aspectos del tratamiento se pueden mejorar y cuales son acertados.

1.2.- HIPOTESIS

Clasificaremos las hipótesis en función de los objetivos anteriormente descritos

En relación al primer objetivo

1.- Los asistidos que ingresaron en tratamiento en los primeros años tendrán las siguientes características en el momento del ingreso: menor edad, mayor número de solteros, menor número de hijos, y habrá un mayor número de sujetos viviendo en el domicilio paterno, comparándolos con los que ingresaron en los últimos años.

En relación al segundo objetivo

1.- Los residentes más jóvenes estarán menos tiempo en tratamiento, y consumirán más heroína durante el mismo que los pacientes con más edad.

2.- Las diferencias anteriores no se apreciarán si separamos la muestra en cuanto a sexo.

3.- Los residentes que tengan antecedentes de toxicomanía en la familia consumirán más heroína durante el tratamiento que los que no.

4.- Los asistidos que lleven más años consumiendo heroína, en el momento de la admisión, tendrán más consumos durante el tratamiento que los que lleven menos tiempo.

5.- Los residentes que tengan uno de los padres colaborador, y el otro no, permanecerán más tiempo en tratamiento que aquellos cuyos padres (padre y madre) no se muestren colaboradores, pero estarán menos tiempo que aquellos casos en los que los dos padres colaboren con el tratamiento.

6.- Cuanto mayor sea el grado de adaptación inicial del residente al tratamiento, según opinión de los terapeutas, más tiempo permanecerá en el programa y realizará menos consumos durante el tratamiento.

7.- Los residentes que tengan juicios o condenas pendientes durante el tratamiento, consumirán más a lo largo del programa.

8.- Los asistidos que permanezcan más tiempo en tratamiento informarán de una mayor mejoría en su estado general de salud, comparando los períodos de antes y después del programa, que los que estén menos tiempo en tratamiento.

9.- Los residentes que estén menos tiempo en tratamiento tendrán más consumos de heroína, en el año posterior al tratamiento, y en los dos últimos meses, que los que permanezcan más tiempo en el programa.

10.- Los residentes que abandonen el tratamiento o sean expulsados tendrán más consumos de heroína, en el año posterior al tratamiento, y en los dos últimos meses, que los que finalizan el programa o son derivados a otro programa diferente.

11.- Habrá menor incidencia de VIH+ en los asistidos que ingresaron en los últimos 5 años comparando con los que ingresaron en los primeros 5 años.

En relación al tercer objetivo

1.- El pronóstico de los terapeutas, respecto al consumo de diferentes sustancias por parte de los residentes en el año posterior al tratamiento, será ligeramente más alto aunque se aproximará al que informen los asistidos sobre el mismo período.

2.- El pronóstico de los terapeutas, respecto al consumo de diferentes sustancias por parte de los asistidos en los dos meses anteriores al seguimiento, será ligeramente más alto aunque se aproximará al que informen los asistidos sobre el mismo período.

En relación al cuarto objetivo

Del último objetivo no hemos definido hipótesis, limitándonos a analizar las valoraciones recogidas de los ex-residentes.

CAPITULO SEGUNDO: REVISION BIBLIOGRAFICA

2-1.- METODOLOGIA DE LOS ESTUDIOS DE SEGUIMIENTO EN DROGODEPENDIENTES ATENDIDOS EN CENTROS DE TRATAMIENTO

En esta sección se analizarán aspectos metodológicos, de una serie de estudios significativos, que analizan variables predictoras del estado evolutivo del sujeto en el seguimiento, pero no expondremos los resultados de estos estudios ya que lo haremos de forma sistemática en la segunda parte de este capítulo.

2.1.1.- Objetivos, finalidad, utilidad de los estudios de seguimiento

Los estudios de seguimiento de toxicómanos según definición de Sánchez-Carbonell y Camí (1986), consisten en la "identificación de una muestra de individuos en un momento determinado y su posterior entrevista personal y/o localización mediante registros al cabo del tiempo para conocer qué ha ocurrido durante los distintos intervalos".

Esta definición resalta la importancia de la recogida de información sistemática como objetivo fundamental de este tipo de estudios. Se suelen obtener datos sobre la conducta del paciente antes, durante y después del episodio de tratamiento, con la finalidad por una parte de medir la efectividad del tratamiento y por otra de estudiar la evolución de una población.

Para Sánchez-Carbonell y col (1986), los estudios de evaluación de tratamientos y seguimientos de toxicómanos se dirigen a responder diversas preguntas: ¿mejoran los pacientes después del tratamiento?, ¿durante cuánto tiempo dura esta mejoría?, ¿existen factores de buen o mal pronóstico?, ¿qué tratamiento es más eficaz según el tipo de paciente?, ¿qué porcentaje de recuperación o abandonos es predecible para las Comunidades Terapéuticas?

Este tipo de estudios permiten analizar variables que predigan un mejor resultado del tratamiento (Stimson, Oppenheimer y Thorley 1976, Simpson 1978, Benson 1985), diferencias en función del tiempo en tratamiento (Bale 1980, Dole y Joseph 1978, Gearing 1975, DeLeón 1984, Sánchez 1988, Melgarejo, Sanahuja, Perez, Masferrer, Sala y Piña 1986, Guardia, Massip y Viladrich 1987 y Guardia y González, 1.983), y relación entre tiempo de permanencia en tratamiento y el porcentaje de abstinencia (Stimmel, Goldberg, Cohen y Ratkopf, 1979), etc.

Un ejemplo típico de los objetivos que se definen en un estudio de seguimiento es el realizado por un equipo de profesionales del SPOTT (Diputación de Barcelona) Guardia y cols 1987 y Guardia y col, 1.983), en el que realizaron un seguimiento a 73 heroinómanos que solicitaron tratamiento.

Se plantearon dos objetivos básicos, el primero sería averiguar la situación evolutiva de los heroinómanos respecto 6 variables toxicológicas y psicológicas (consumo de heroína, de alcohol, de otras drogas, ocupación laboral, adaptación familiar y delincuencia), y el segundo, relacionar la situación evolutiva de los heroinómanos, con las características del tratamiento realizado, para ello se seleccionaron tres variables terapéuticas. (Tipo de tratamiento realizado, duración del mismo, e incidencias que se produjeron durante dicho tratamiento). El objetivo final y la utilidad del estudio consistió en predecir cual era el tratamiento más adecuado cuando el paciente presenta ciertas características (Guardia y cols 1987 y Guardia y col, 1.983).

De Leon y Schwartz (1984), centraron este tipo de estudios en investigar sistemáticamente la retención en Comunidades Terapéuticas, con el objetivo de clarificar las tasas de retención y los patrones temporales de abandono. La información se obtuvo de todas las admisiones de 982 sujetos, realizadas en 7 Comunidades Terapéuticas entre febrero y agosto de 1979.

Los resultados obtenidos permitieron analizar las condiciones especiales que podían influir en el abandono, teniendo en cuenta que el punto crítico del abandono es especialmente relevante para planificar el tratamiento y aumentar la retención, y que el patrón de abandono proporciona una variable dependiente fidedigna, en la evaluación de los esfuerzos para aumentar la retención.

2.1.2.- Diseño de los estudios de seguimiento

El **diseño** más generalizado en los estudios de seguimiento es el **cuasi-experimental de tipo longitudinal** en los que se hace un seguimiento periódico de la conducta del paciente, respecto a las variables señaladas, durante y después del tratamiento. La **asignación aleatoria** de los sujetos a los grupos experimentales y de control es muy difícil y poco ético así es que en ocasiones se utiliza como grupo de comparación a los pacientes que abandonan prematuramente el tratamiento. Esto tiene como objetivo demostrar que el cambio producido después del tratamiento se debe a dicho tratamiento.

Los **componentes básicos** de este tipo de investigación para Nieva (1988), son: "los instrumentos de recogida de datos, los pacientes, los tratamientos, los criterios de recuperación o eficacia de tratamiento, y las variables extrañas, incontrolables o que sufran variaciones no previsibles, durante el tiempo que dura la investigación".

Dentro de los grandes proyectos de seguimiento y evaluación de tratamiento en drogodependencias destacan el programa DARP ("Drug Abuse Reporting Program")

(1969-1973), y el programa **TOPS** ("Treatment Outcome Prospective Study") (1975-1984), este último fue un intento de **perfeccionamiento metodológico** del anterior. Estudia la conducta del enfermo antes, durante y después del tratamiento, con la **finalidad** de planificar, perfeccionar y asesorar los planes de tratamiento de drogodependientes en Estados Unidos (Hubbar, Rachal, Graddock y Cavanaugh, 1.984).

El programa TOPS consta de dos partes, la primera estudió durante el tratamiento los pacientes que fueron admitidos a tratamiento entre 1.979 y 1.981; la segunda analizó la situación de los pacientes 12 y 24 meses después de concluido el tratamiento para los admitidos en 1.979, tres y 12 meses después para los admitidos en 1.980, y 12 y 36 meses después para los admitidos en 1.981 (Research Triangle Institute, 1982; Hubbard y cols, 1984).

Estos trabajos comienzan el período de estudio al inicio del tratamiento. Por una parte para observar el cambio producido por dicho tratamiento, pero también debido al alto índice de abandono terapéutico existente, que haría que la muestra fuera muy limitada, tanto en número como en características, si se comenzara a estudiar al finalizar el tratamiento.

La **longitud del seguimiento** a partir del inicio del tratamiento suele estar entre uno y tres años (Wilson y Mandelbrote, 1978; Kosten y Rounsaville, 1986; Corty y Ball, 1987; Guardia et al, 1987; Sánchez-Carbonell, Brigos, y Camí, 1988; Royo, 1990) salvo algunas excepciones como Vaillant que realizó seguimientos de 12 y 20 años (Vaillant 1966a, 1966b, 1988).

2.1.3.- La muestra en los estudios de seguimiento

Antes de iniciar cualquier estudio de seguimiento es necesario tener en cuenta las características intrínsecas de la muestra que vamos a estudiar y que pueden influir en los resultados del estudio.

Aspectos como el sexo, la edad, el nivel socioeconómico, el entorno cultural e inmediato, la raza, la historia personal y familiar, etc, pueden incidir de forma significativa en la evolución de la drogodependencia.

El programa DARP (1969-1973) fue el primer y mayor proyecto de evaluación de diferentes tratamientos de la toxicomanía, y también se convirtió en el seguimiento exhaustivo de una **muestra muy numerosa.** Surgió de una iniciativa del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos en 1.969, para establecer un sistema de información sobre los pacientes que acudían a los centros de tratamiento para toxicómanos. Fue diseñado para proporcionar la mayor cantidad de información posible de cada uno de los pacientes, tanto sobre su pasado como sobre su progreso durante y después del tratamiento en cada uno de los centros.

Se registraron datos de 43.943 pacientes, repartidos en un total de cincuenta y dos centros diferentes de 25 de los Estados Unidos de América. Se analizaron 4 modalidades de tratamiento (mantenimiento con metadona, comunidades terapéuticas, tratamiento ambulatorio sin medicación y solo desintoxicación) y se comparó la evolución de los pacientes que realizaron estos tratamientos con los que solo tuvieron alguna entrevista de acogida (solo admisión).

El 75% de los pacientes eran hombres y el 25% mujeres. La distribución por edades era: menores de 18 años 11%; entre 18 y 20 años el 17%; entre 21 y 22 años el 16%; entre 23 y 25 años 18%; entre 26 y 30 años el 17%; entre 31 y 40 años el 15% y más de 40 años el 6%. Y respecto a la etnia, el 44% eran de raza negra, el 37% de raza blanca, el 9% puertorriqueños; el 8% méjico-americanos, y el 2% de otras razas, (Sells y Simpson, 1976a, 1976b).

Sin embargo con la misma edad, sexo y raza las diferencias entre los pacientes eran enormes y se hizo necesario por tanto atender también a aspectos tales como la historia de drogadicción de los sujetos, las características psíquicas y psicopatológicas, actividad criminal, aspectos socio-económicos y laborales, relación familiar, consumo de otras drogas distintas de las que originan el tratamiento, pertenencia a grupos o asociaciones, y salud.

Los pacientes fueron definitivamente clasificados en trece tipologías diferentes que son combinaciones de categorías demográficas, toxicológicas y sobre la historia del paciente (Sells y Simpson, 1976a, 1976b).

En el programa TOPS se entrevistó a 11.000 pacientes de 41 centros durante los años 1979, 1.980, y 1981, y sus primeros resultados no se empezaron a conocer hasta 1985 (Craddock, Bray y Hubbard, 1985).

En España en el Proyecto **EMETYST,** (Estudio Multicéntrico de Evaluación de Tratamientos y Seguimientos de Toxicómanos), (Sánchez-Carbonel y cols, 1988), se siguió durante dos años a 311 adictos a la heroína que solicitaron tratamiento en 16 servicios ambulatorios entre Marzo y Julio de 1.985. Se tuvieron en cuenta como variables significativas de la muestra, el sexo, la edad, la convivencia con padres o familiares, la historia laboral, la estancia en la cárcel, los tratamientos anteriores. También podríamos añadir otras características relevantes como la población de residencia y el barrio, nivel de estudios, nivel socioeconómico, edad del primer contacto con la droga principal y con otras drogas, desadaptación al medio familiar. Episodios de Hepatitis, presencia de anticuerpos de VIH, etc (Guardia y cols 1987; Guardia y col, 1.983).

2.1.4.- Variables independientes en los estudios de seguimiento

Vamos a señalar las variables independientes que se midieron en TOPS, como modelo de variables a tener en cuenta cuando se realiza un estudio de seguimiento con drogodependientes.

Tal y como las clasifica Nieva, (1988) en su tesis doctoral, El TOPS trabaja con múltiples variables de referencia definidas en diferentes áreas:

1.- Area de antecedentes individuales: Características demográficas, estilo de vida, uso de drogas y de alcohol, experiencia en tratamiento de toxicomanía, actividades delictivas, actividad laboral y otras conductas productivas socialmente aceptadas que realizara el paciente antes del tratamiento.

2.- Area de Tratamiento: Tipo de tratamiento, conducta durante el tratamiento (uso de drogas y alcohol, actividad delictiva, trabajo, participación e información en las actividades del tratamiento), valoración que el paciente hace del tratamiento.

3.- Comunidad: Integración en la comunidad, factores económicos y sociales que influyen en el individuo, apoyo de la familia y de otras personas durante el tratamiento, composición y cambios en la familia, disponibilidad de drogas en el ambiente cotidiano, conocimiento de los recursos de tratamiento y de los servicios comunitarios.

4.- Resultados del tratamiento: Tiempo de permanencia en el tratamiento, uso de drogas y alcohol, conducta delictiva, trabajo, salud mental.

2.1.5.- La recogida de datos en los estudios de seguimiento

En numerosas ocasiones, gran parte de la información relativa a las variables independientes se recoge a través de fichas elaboradas "ad hoc".

Hay fichas que recogen **datos sobre la historia de drogadicción de los pacientes** como el tipo de droga consumida, la frecuencia de su uso, las actividades relacionadas con la obtención de la droga, etc (Sells, 1975; Simpson, Curtis y Butler, 1975). Otras donde se recaba información sobre la historia laboral y escolar, situación vital, y familiar, área de tratamientos anteriores, creencias religiosas, problemas con la ley, tiempo de ocio, amistades y asociaciones, y actitudes generales (De León, 1984b; Page y Mitchel, 1988; Melgarejo et al, 1988).

Las variables de estudio, que se recogen en los diferentes instrumentos, se refieren, como hemos visto, a diferentes aspectos que determinan la mejoría o empeoramiento del drogodependiente (consumo de drogas, situación laboral-escolar y ante la justicia, situación sociodemográfica, familiar, de otros tratamientos, etc.).

Uno de los esfuerzos más importantes por sistematizar esta variedad de información se concretó en una escala multiaxial, el Addiction Severity Index (ASI) (Mclellan, Luborsky, Woody, y O'brien, 1980). Es una de las principales aportaciones de uno de los equipos más prolíficos en cuanto a bibliografía, que es el que trabaja en la Administración de Veteranos de Filadelfia y en la Sección de Evaluación de Drogodependencias de la Facultad de Medicina de la Universidad de Yale en **New Haven,** Estados

Unidos. El **(ASI)** es una entrevista estructurada específica para toxicómanos, que mide diferentes áreas y tiene una gran precisión en el diagnóstico y seguimiento. Se administra en 45 minutos, y está diseñada para detectar y medir la severidad en siete aspectos comúnmente afectados por la dependencia de drogas y alcohol. Estas áreas son: Condición médica, uso de drogas, uso de alcohol, empleo, actividad ilegal, relaciones socio-familiares y funcionamiento psicológico. Este instrumento ha cubierto un vacío importante y son múltiples los trabajos que se han realizado con él (McLellan, Luborsky, O'brien, Barr y Evans, 1986; Kosten et al, 1983b, 1987, 1989; Rogalski, 1987, 1990; Rounsaville, Kosten y Kleber 1986; Rounsaville, Dolinsky y Babor, 1987; Corty et al, 1988; Sánchez Carbonell y cols, 1988; etc).

Por otra parte, de los **criterios diagnósticos** más empleados en drogodependencias son los del DSM-III-R (APA 1987) para el abuso de sustancias psicoactivas. También es frecuente la utilización de cuestionarios inespecíficos para medir aspectos de personalidad, psicopatología, ansiedad y depresión, apoyo social, estrés, etc.

Durante el seguimiento se recogen datos que puedan resultar significativos para apreciar la evolución del drogodependiente, como por ejemplo, información relativa al tratamiento (sentimientos hacia la Comunidad Terapéutica, incidencias en el tratamiento actual) (Simpson y Sells, 1982b); El consumo de drogas durante el seguimiento (consumo de heroína, cocaína, tranquilizantes, cannabis, alcohol, etc); El área psicológica (existencia de problemas relacionados con el consumo de drogas, intentos y/o planes de suicidio, etc); Las actividades productivas (situación laboral durante el seguimiento, matriculación en centros de enseñanza); El área legal (detenciones, juicios, encarcelamientos y actividades delictivas en el período de seguimiento), (Joe, 1976; Sells, Simpson, Joe, Demaree, Savage y Lloyd, 1976; Sánchez-Carbonell y cols, 1988). De nuevo el ASI adaptado para el seguimiento ofrece una buena recogida de información, mostrando además la ventaja de poder comparar los datos con la pasación inicial y así poder apreciar los cambios producidos en las diferentes áreas.

Las fuentes **de recogida de información** durante el seguimiento son el drogodependiente, la familia o amigos que convivan con él, y del centro asistencial en el caso de que el paciente continúe en tratamiento en el momento del seguimiento, (Bale, Cabrera y Brown 1977; Melgarejo et al, 1988; Royo, 1990). También se pueden obtener datos de fuentes policiales y judiciales.

Los **instrumentos de recogida de información,** ya sean cuestionarios, autoinformes o también fichas o historias clínicas, deben tener rigor, validez, fiabilidad y técnicas para demostrar la fiabilidad de la información del propio paciente (Comas, Carrón, Hernández, Nieva y Silva, 1992).

2.1.6.- Variables extrañas, incontrolables o que sufren variaciones imprevisibles durante el tiempo que dura la investigación

El **control de las variables extrañas** es complicado, como ya hemos comentado. Por ejemplo, no es posible distribuir aleatoriamente los pacientes a los diferentes tipos de tratamiento, sino que hay que contar con que cada paciente es admitido a un tratamiento según el "diagnóstico de los profesionales, la disponibilidad del centro y, las preferencias o elección del propio paciente" (Comas, 1992).

Siguiendo la revisión de Comas y cols (1992), resaltamos una cita de Sells en la que enumera la multitud de **variables que inciden** en los resultados del programa DARP y que son generalizables al resto de los estudios, "El programa DARP es un estudio de campo cuasiexperimental con múltiples criterios de clasificación y múltiples variables dependientes. Las variables independientes vienen determinadas por la situación: las características de los tratamientos, las circunstancias que envuelven a la totalidad del programa, la distribución de los pacientes asignados a los tratamientos, los centros de tratamiento, las zonas y ciudades implicadas, el conjunto de la sociedad durante esos años". (Sells, 1974a)

Los diseños de investigación que gozan de mayor carácter demostrativo exigen un **muestreo riguroso,** la asignación aleatoria de los sujetos a los grupos experimentales y de control, etc... Es claro que algunas de estas características son de muy difícil, si no imposible aplicación en estas investigaciones. No es procedente aislar a un grupo de toxicómanos en un grupo de control y dejarlos sin tratamiento (Comas, 1992). Por ello resulta difícil demostrar que el cambio de conducta que se observa en los pacientes después del tratamiento, es debida precisamente a las características del tratamiento y no a una **"remisión espontánea"** o a una "maduración natural", hipótesis que se han barajado en algunos trabajos (Winick, 1964).

2.1.7.- Influencia de los tratamientos en los estudios de seguimiento

Una de las variables pronóstico más aceptadas por los diferentes estudios, es el **tiempo de permanencia** en el tratamiento como factor fundamental en la recuperación del drogodependiente (Simpson, 1979). Por esta razón se justifica el estudio de los diferentes tipos de tratamiento para las drogodependencias y su eficacia.

En el DARP (Sells y Simpson, 1976a, 1976b), se estudió la eficacia de cincuenta y dos centros. Se determinaron doce tipos diferentes de centros clasificados en cuatro grandes grupos, que engloba la práctica totalidad de tratamientos existentes. Nieva (1988), realiza una breve descripción de estos grandes grupos que transcribimos literalmente:

1.- La desintoxicación: Normalmente con ingreso del paciente en el Centro y que puede efectuarse tanto con ayuda de fármacos como sin ellos. Es de corta duración, y normalmente precede a otros tipos de tratamientos.

2.- El mantenimiento con metadona: Solo para toxicómanos adictos a opiáceos, habitualmente adopta la modalidad de régimen externo con servicios complementarios que varían según los centros.

3.- La Comunidad Terapéutica: o residencias libres de drogas, en las que el proceso terapéutico hace hincapié en la interacción del grupo, el desarrollo de una autopercepción realista y el autocontrol.

4.- El tratamiento externo libre de droga: Se utiliza tanto grupal como individualmente, incluyendo frecuentemente programas y servicios de orientación vocacional, ocupaciones, orientación familiar, etc..., descubriéndose una amplia variedad de modalidades.

2.1.8.- Criterios de recuperación y eficacia del tratamiento

Las **variables de tratamiento** establecidas por el DARP y el TOPS son muy parecidas: características individuales del paciente, antecedentes de tratamientos realizados, características de la comunidad y resultado del tratamiento en cuanto a retención.

Las variables que utilizan para diferenciar el estado evolutivo del paciente fueron: consumo de drogas y substancias psicoactivas; Ocupaciones socialmente productivas (trabajo-estudio); Delincuencia; Y en el caso de que hubiera recaída, el retorno o no al tratamiento (Simpson, 1980; 1984).

Según exponen Comas y cols (1992), **los criterios de eficacia del tratamiento,** dependen de la finalidad y objetivos de dicho tratamiento. Sin embargo, si se quieren establecer comparaciones entre unos y otros tratamientos es necesario establecer criterios generales, que sirvan para todos ellos con la finalidad de establecer un objetivo común y estos criterios generales deben de ser construidos de modo que representen las... "expectativas de la sociedad sobre la efectiva rehabilitación del toxicómano. En el DARP el sistema de objetivos implicaban cambios conductuales en aspectos tales como el productivo, el no desviado, el no dependiente, la vida en una comunidad no supervisada, y que incluye una creciente mejora en el empleo, en la abstinencia respecto al uso de drogas ilegales, la moderación en el consumo de alcohol, la estabilidad del modo de vida y de los modelos de actuación familiar y la eliminación de conductas criminales y actividades sujetas a arresto o prisión". (Sells, 1974a)

Por consiguiente, el programa DARP se limitó a medir conductas observables a fin de poder homogeneizar los datos que se obtenían en los diferentes centros.

En estudios españoles se continuó con esta dinámica de la medición de conductas observables. Se diferenciaron dos posibilidades en la **situación evolutiva:**

1.- "Situación favorable": Es la abstinencia total de heroína en el mes anterior a la entrevista, o bien un consumo esporádico de heroína y la situación sea favorable en otras áreas (consumo de alcohol, de otras drogas y delincuencia) (Guardia y col, 1983; Guardia y cols. 1987). O bien no haber consumido heroína después del tratamiento, o habiendo consumido estar abstinente en la actualidad, o bien estar de nuevo en tratamiento, (Rollo-Isach, 1990).

2.- "Situación desfavorable": Serían todas aquellas situaciones evolutivas no incluidas en la definición de situación favorable, (Guardia y col, 1983; Guardia y cols. 1987). O consumir heroína en la actualidad, estar ingresado en prisión, o haber muerto (Rollo-Isach, 1990).

Todas estas variables están siempre en función del tipo de **tratamiento** recibido y de las **incidencias** que se han producido durante dicho tratamiento, ya que parece claro que no hay un único tipo de tratamiento de la toxicomanía, eficaz para todos los pacientes, sino que es necesario averiguar qué tipo de tratamiento es el más adecuado para cada paciente.

Un factor que está determinando de forma importante los estudios sobre toxicomanías en la actualidad es la progresión del SIDA en los drogodependientes como grupo de alto riesgo. El impacto de esta enfermedad sobre las personas significativas, y el propio sujeto portador y su recuperación puede ser devastador (Greif y Porembski 1.987).

En resumen, en las investigaciones sobre la **eficacia del tratamiento,** los **criterios** en los que coinciden la mayor parte de los autores para determinar la eficacia de un tratamiento, y la mejoría de una población son: disminución del consumo de drogas, disminución de actividades criminales y aumento de la actividad productiva (estudio o trabajo).

2.1.9.- Limitaciones y sesgos en los estudios de seguimiento

Según Sánchez-Carbonell y col (1986) la mayor parte de los estudios de seguimiento se ven afectados por las siguientes **deficiencias metodológicas,** causadas a menudo por falta de consenso:

1.- **Falta de grupo control** y de comparación. Es difícil asignar a las personas, a las diferentes modalidades terapéuticas, de forma aleatoria. La alternativa podría ser comparar el grupo de los que abandonan tratamiento con el de los que continúan.

2.- **Muestra** estudiada. Cuando se excluyen a los individuos que abandonan el tratamiento y se incluye en los resultados sólo a los individuos que lo finalizan, se sesga enormemente la muestra.

3.- **Validez de la información.** Cuando el autoinforme del adicto se confronta con datos de registros oficiales o con el resultado de los análisis de orina, ofrece una validez de 80-85%.

4.- **Disparidad de los períodos de comparación.** Antes y después del tratamiento. No se puede comparar la historia de arrestos de un individuo anterior al tratamiento con el número de arrestos 6 meses después del mismo.

5.- **Variables y parámetros estudiados.** Hay que tener en cuenta tres variables: consumo, empleo y delincuencia, pero no hay consenso en los parámetros para medir estas variables.

6.- **Criterios de éxito o de curación.** Se tiende a utilizar criterios de éxito global que combinan de forma más o menos elaborada tres o más variables, las del punto anterior principalmente.

Otro de los **sesgos metodológicos** más frecuentes es que hay un mayor número de seguimientos realizados a **pacientes más relacionados con el centro** y por lo tanto en una situación supuestamente más favorable. Y por el contrario hay una pérdida de información importante, en aquellos individuos que ponen dificultades en la recogida de información o bien no se pueden localizar, que son generalmente los que menos contacto tienen con el centro.

Page y col (1988) realizaron un seguimiento con una muestra de 72 residentes de 2 comunidades terapéuticas que fueron entrevistados entre 6 meses y un año después de acabado el tratamiento para ver qué éxito tenían en ajustarse a la sociedad. De los 72 individuos originales solo se pudieron entrevistar 30 (42%). Esto no es de extrañar si tenemos en cuenta que los consumidores son a menudo **difícil de localizar** para los estudios de seguimiento.

Para estos autores la información recogida está siempre sujeta a la cuestión de si los sujetos desean ser entrevistados por los investigadores. Esta es una limitación necesaria de este tipo de investigación.

En un estudio, La Porte, McLellan, Erdler y Parente, (1980), realizaron un seguimiento de una muestra de 150 veteranos alcohólicos y drogadictos, para determinar si los que tuvieron más **dificultad de seguimiento,** tenían también peores resultados en el postratamiento. Se completó la información del 95% de la muestra en el seguimiento, y los sujetos fueron agrupados de acuerdo con el número de tentativas necesarias para completar la recogida de información. La comparación en 18 variables no indican diferencias esenciales, en los resultados de los sujetos que eran difíciles de seguir de aquellos cuyo contacto era más fácil. El subsiguiente análisis de los alcohólicos y toxicómanos como grupos separados arrojan resultados similares. Los análisis además muestran que los resultados obtenidos no estaban ni en función de la cantidad de tiempo

que permanecían en tratamiento, ni entre el tiempo transcurrido entre este y el seguimiento.

En un seguimiento realizado por Kosten, Kosten y Rounsaville (1989), a 150 adictos a opiáceos localizados 2.5 años después de iniciado el tratamiento, a partir de una muestra inicial de 204 sujetos, no se encontraron diferencias en las características demográficas entre aquellos que participaron y los que fueron perdidos al realizarse el seguimiento. Sin embargo, los sujetos perdidos tuvieron menos problemas de conducta escolar de niños (38% vs 55%), en el DSM-III menos desórdenes de personalidad antisocial (37% vs 63%); menos arrestos (7,5% vs 11,5%) y menos tratamientos previos por abuso de drogas (1,5 vs 2,5). También se dan importantes limitaciones si se trabaja con estudios retrospectivos. Aiken (1986) realizó un estudio longitudinal con 344 drogodependientes, a los que se pidió que describieran, mediante autoinformes retrospectivos (al de 2 meses y 8 meses después del tratamiento) su situación en el momento del ingreso. Dichos autoinformes fueron sistemáticamente más negativos que el informe original, en áreas como conductas ilegales, fuentes de ingresos, y satisfacción de vida, esto sugiere que los clientes distorsionaban su primer autoinforme para acceder de forma conveniente al tratamiento.

En la elaboración de los datos, los análisis más comunes son los correlacionales, análisis de varianza y multivariables.

2-2.- RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DE SEGUIMIENTO

2.2.1.- Introducción

En este apartado se realizará una revisión de estudios que analizan variables predictoras del estado evolutivo del paciente en el seguimiento.

No nos vamos a detener de una forma exhaustiva en la evaluación de la eficacia de los diferentes tratamientos, ni en su comparación, ni en la evaluación interna o externa de dichos tratamientos, ya que no es el objetivo que nos hemos marcado para este trabajo. Vamos a centrarnos en los estudios de seguimiento pero también en los estudios planteados inicialmente como de evaluación de tratamiento, que además incluyen estudios de prospección que sean relevantes para nuestro objeto de estudio.

Sin embargo no perderemos de vista la importancia del tratamiento en la evolución del drogodependiente, por lo que la tendremos en cuenta a través de indicadores como el tipo de tratamiento, el tiempo de estancia en el mismo y sus incidencias, etc.

Podemos afirmar que los países anglosajones son los que más han aportado a este tema, por la aparición temprana del problema, en cuestión y por la mayor disponibilidad de medios y estructura sanitaria.

Dentro de las aportaciones, destacan los estudios multicéntricos a gran escala dirigidos por el NIDA (Natinal Institute on Drug Abuse), en la década de los 70 y de los 80. El programa DARP y el programa TOPS ya mencionados, son los primeros intentos de evaluación objetiva y sistemática de la eficacia de diferentes tipos de tratamientos de la toxicomanía, veamos su aportación con más detalle.

2.2.2.- El programa DARP

Los resultados del Programa DARP apoyan la idea de que el tratamiento adecuado es el que consigue disminuir el uso de droga y alcohol y reduce la criminalidad del toxicómano. Del mismo modo parece claro que no hay un único tipo de tratamiento de la toxicomanía, eficaz para todos los pacientes, sino que es necesario averiguar qué tipo de tratamiento es el más adecuado para cada paciente.

A raíz de los datos obtenidos en este proyecto numerosos autores han trabajado en sus resultados.

Se estudiaron los cambios en la conducta que se producían antes y durante el tratamiento y se observó que había una reducción del consumo de heroína de forma generalizada, sobre todo en los individuos de más edad. También disminuyó el uso de drogas no opiáceas y de alcohol, pero en estos casos la reducción mayor aparece en los pacientes más jóvenes (Sells, 1974a).

Los tratamientos no parecen demostrar, una mejoría en el área laboral ya que disminuye el número de los pacientes trabajando si se compara el período anterior al tratamiento y el posterior.

Los tratamientos de mantenimiento con metadona presentaron mayores índices de retención, menor consumo de opiáceos ilegales y mejor tasa de empleo. Las Comunidades Terapéuticas y otras modalidades de tratamientos libres de drogas, ofrecían resultados menos favorables, (Joe, Persons, Sells y Retka, 1972). Pero también es cierto que tanto los programas de mantenimiento con metadona, las comunidades terapéuticas y los servicios ambulatorios obtienen resultados que demuestran la eficacia del tratamiento, lo que no sucede con la modalidad de desintoxicación física y el grupo de sólo admisión. Tampoco existen diferencias globales en los resultados obtenidos por diferentes centros de una misma modalidad de tratamiento (Joe, Singh, Lehman, Simpson, y Sells, 1983).

Los indicadores más significativos de una evolución global pobre son: la historia delictiva previa, y una alta tasa de actividades delictivas, consumo de drogas y desempleo durante el tratamiento. Sin embargo los mejores predictores de una conducta después del tratamiento, son sus respectivos niveles de conducta antes y durante el mismo. (Simpson y Sells, 1982a).

Tanta o mayor importancia que los resultados obtenidos durante el tratamiento la tienen los conseguidos después del tratamiento. Se hizo el seguimiento de una muestra de pacientes, varios años después del tratamiento (NIDA, 1.981), y se puede observar que para todas las modalidades de tratamiento el porcentaje de sujetos con uso diario de opiáceos, en el momento de la admisión disminuye notablemente un año y tres años después de finalizado el tratamiento.

Se estudió la relación entre el tiempo que permanecían los sujetos en el tratamiento y los resultados y se encontró que cuando el paciente permanecía más tiempo en tratamiento consumía menos drogas, cometía un menor número de actos delictivos y tenía más probabilidades de estar trabajando y esto era especialmente significativo cuando los sujetos permanecían más de 90 días en tratamiento (Simpson, 1981; NIDA, 1981). De esto se deriva la importancia de la utilización de técnicas para aumentar la tasa de retención en los diferentes tratamientos y mejorar así los resultados.

2.2.3.- El programa TOPS

En el Programa TOPS, el índice de abandono varía considerablemente según la modalidad de tratamiento. Con mantenimiento de metadona, el 35% de los pacientes abandonaron el programa tres meses después de comenzarlo, si bien a los seis meses este porcentaje se extendió al 50%; en tratamientos residenciales, durante el primer mes el 25% abandonaron el tratamiento, al final del tercer mes se llegó a un 56%; en la modalidad de pacientes externos libres de droga, al tercer mes abandonaron el programa el 60%, (Hubbard y cols, 1984).

Durante el tratamiento las mejoras son notables, disminuye el consumo de drogas y alcohol y las actividades delictivas. También como consecuencia de la intervención decrece la actividad laboral.

Durante el año anterior al tratamiento, un 60% de los pacientes declararon estar muy deprimidos, o tener pensamientos o intentos de suicidio. Mientras que en los tres primeros meses, este porcentaje se redujo a un 30%.

En el seguimiento llevado a cabo durante un año después de finalizado el tratamiento por Hubbard, cols (1984), con una muestra de 3610 pacientes, se observó un descenso generalizado en el consumo de droga en todas las modalidades de tratamiento (más de un tercio de los pacientes afirmaron no consumir, en ningún momento del seguimiento la droga por la que ingresan en el programa). En este sentido es especialmente significativo el descenso en el consumo de heroína en pacientes de centros de Mantenimiento con Metadona entre un 50% y un 70% en función del tiempo de estancia en tratamiento. Sin embargo en general un 30% de los sujetos mantenían un consumo elevado de alcohol.

Se observó también que el porcentaje de sujetos que consumían después del tratamiento disminuían en función del tiempo de permanencia en el centro, es decir a más tiempo en tratamiento menos consumo durante el seguimiento. Decrecieron los niveles de depresión, disminuyeron también el número de actos delictivos. No se apreciaron mejoras en los aspectos laborales y el número de pacientes que trabajaban a tiempo completo se mantuvo más o menos constante antes del tratamiento y un año después.

De forma global los resultados en el programa TOPS, son similares a los del DARP. En todas las modalidades de tratamiento con pequeñas diferencias se observan mejorías en casi todas las áreas, y los resultados en general son mejores cuanto más tiempo permanece el paciente en el programa.

2.2.4.- Otros estudios de seguimiento extranjeros

Vaillant en 1966 (Vaillant 1966a y 1966b) publicó una serie de trabajos en los que realizaba un seguimiento de 12 años a 100 pacientes que habían ingresado en el Hospital de Lexington en 1952. Un 90% de los pacientes había recaído y otro 90% había sido condenado a prisión, a medida que aumentaba el tiempo de estancia en Lexington, se retrasaba la posterior recaída. En el seguimiento al cabo de 12 años, un 46% estaba abstinente e integrado en la sociedad y el 13% de los pacientes había fallecido. En el seguimiento transcurridos 20 años (Vaillant, 1973), los fallecidos eran el 23%, un 25% eran todavía consumidores, el 35% se mostraba abstinente y del resto se desconocía con exactitud su situación. La pega de estos trabajos es que la recaída la definían únicamente a través de una variable que era el consumo de heroína dejando fuera otras variables de importancia como son el empleo, la delincuencia, etc.

El mismo Vaillant (1988), señala la dificultad de estudiar la conducta del drogodependiente a lo largo del tiempo, ya que cambia a cada momento. Pero tras reflexionar sobre sus trabajos anteriores destaca las siguientes tendencias que ocurren con el paso del tiempo:

1.- El número de drogodependientes de heroína decrece de forma constante.

2.- El número de adictos con un ajuste marginal permanece más o menos constante.

3.- Hay un número de individuos que no se muestran claramente dependientes ya que o continúan intermitentemente el abuso de drogas o son institucionalizados por enfermedad o crimen relacionado con el abuso.

4.- El número de sujetos abstinente se incrementa constantemente.

Uno de los equipos más prolíficos en cuanto a bibliografía es el que trabaja en la Administración de Veteranos de Filadelfia y en la Sección de Evaluación de Drogodependencias de la Facultad de Medicina de la Universidad de Yale en New Haven, Estados Unidos. Vamos a exponer a continuación los resultados de algunos de sus múltiples trabajos.

En un estudio de seguimiento de 2,5 años a 150 adictos a opiáceos, Kosten, Rounsaville y Kleber (1987), encontraron que los problemas médicos, sociales, psicológicos, legales y de empleo medidas por el Addiction Severity Index (ASI) mejoraban sustancialmente, Se encontró también que los sujetos que permanecían abstinentes a la heroína durante el tratamiento, tenían más probabilidades de permanecer abstinentes en el seguimiento 2,5 años después. La clasificación médica de los problemas en la admisión, predijo débilmente los resultados en el seguimiento, y en cualquier caso, en la mayor parte de las áreas no relacionadas con el abuso de drogas, las diferencias entre los abstinentes y los que abusaban era relativamente pequeña. En ese mismo estudio, estos autores, encontraron que la abstinencia de opiáceos, se asociaba con un menor consumo de otras drogas, con una mejoría en el area delictiva y con una mejor adaptación social y familiar. Sin embargo, encontraron también que las características del sujeto, no eran un buen predictor de la abstinencia en el seguimiento.

También constataron los mismos autores (Kosten, Rounsaville y Kleber 1986) que el tratamiento estaba generalmente asociado con un aumento de la abstinencia. También se comprobó que las crisis vitales tienen un efecto sumatorio muy fuerte con la depresión como predictores del abuso de drogas. En cualquier caso estos factores de riesgo disminuían con el tratamiento.

Kosten, Jalali, Hogan y Kleber (1983), encontraron también que los adictos al opio que viven con miembros de su familia generalmente obtienen mejores resultados en el tratamiento que los adictos que viven solos, pero el apoyo de la familia para que el adicto permanezca libre de drogas depende de que los familiares se den cuenta de la adicción, ya que muchos drogadictos niegan a sus familias su abuso de drogas. Para demostrar esto formaron 4 grupos en un programa de tratamiento con Naltrexona; El primero lo formaron 28 adictos que vivían con sus esposas, el segundo 27 adictos que vivían con sus padres, el tercero 27 adictos que vivían con sus padres pero mantenían en secreto su adicción, y por ultimo un grupo de 28 adictos que vivían solos. Los dos primeros grupos permanecieron libres de drogas, desde el inicio del tratamiento, significativamente más tiempo que los otros dos grupos. Por lo tanto un mayor compromiso de la familia en el programa, incluyendo a los padres y/o pareja se asocia con un mejor pronóstico.

En un estudio donde intentaban averiguar hasta qué punto los desórdenes de personalidad incidían en los resultados a largo plazo, Kosten y cols (1989), hicieron seguimientos de 2,5 años a 150 adictos a la heroína, localizados 2.5 años después de iniciado el tratamiento a partir de una muestra inicial de 204 sujetos, que pasaron por una de cuatro diferentes modalidades (Desintoxicación en internado, Mantenimiento de metadona, Tratamiento de naltrexona en régimen externo y Residencia en Comunidad Terapéutica).

El diagnóstico psiquiátrico se realizó usando el Research Diagnostic Criteria (RDC), basado en la información recogida en el Schedule for Affective Disorders and Schi-

zophrenia (SADS). También se recogieron todos los items en los criterios del DSM-III para desórdenes de personalidad. Se utilizó también el ASI en sus diferentes áreas (empleo, social, legal, médico, psiquiátrico y abuso de sustancias). A partir de estos criterios se desarrollaron cuatro categorías:

1.- Personalidad antisocial sin otros desórdenes de personalidad diagnosticados (44%).

2.- Personalidad borderline (17%) incluyendo borderline (12%), esquizotipia (2,4%), paranoia (1%), y esquizoide (2%).

3.- Self (10%), incluyendo histrionismo (5%), dependencia (3,7%) y narcisismo (2,4%).

4.- Otras (8%) incluyendo mezclas (6%), evitación (1%) y pasividad-agresividad (0,5%).

El 21% no tenían desórdenes de personalidad frente al 32% de la muestra inicial de 204 sujetos.

Se evaluó el estatus psicológico tanto en la admisión como en el seguimiento, en cuanto a depresión y alcoholismo mediante la escala de síntomas psicológicos del ASI. También se evaluaron otras variables que pudieran influir mediante las otras escalas del ASI en las áreas de: empleo, social, legal, médica y abuso de sustancias.

Los resultados de los seguimientos clasifican a los sujetos en cuatro categorías:

1.- Ausencia de diagnóstico: los desórdenes están ausentes en Admisión y en Seguimiento.

2.- Recuperación: Presencia de (Alcoholismo-Depresión) en Admisión y ausencia en seguimiento.

3.- Nuevo Diagnóstico: Ausencia de desorden en admisión y presencia en seguimiento.

4.- Ambos Tiempos: Presencia de desorden en Admisión y Seguimiento.

Ni la personalidad antisocial, ni el self, ni otros desórdenes estuvieron asociadas con diferencias en las tasas de depresión o alcoholismo cuando se comparó con los grupos sin desórdenes en ninguno de los períodos, pero el grupo borderline fue significativamente diferente del grupo sin desórdenes, siendo sustancialmente más alta en depresión y alcoholismo en la etapa de admisión. Hubo también más severidad psiquiátrica en éste grupo en cuanto al ASI en el seguimiento.

En cuanto a las cinco escalas del ASI, el grupo antisocial tuvo más problemas legales y el que menos, el grupo de self, que sin embargo mostró más problemas médicos. A pesar de esto, no hubo ninguna diferencia en ningún grupo de desorden de personalidad,

ni en empleo, ni a nivel social , ni en el área de abuso de drogas. En este aspecto por lo tanto, los desórdenes de personalidad no son un predictor fuerte de los resultados medidos a largo plazo.

Robertson, Bucknall, Skidmore, Roberts y Smith (1989), realiza un estudio de seguimiento con 117 heroinómanos para analizar los patrones de abstinencia y recaída, para lo cual estructura el seguimiento por períodos mensuales y expone 4 categorías relacionadas con la regularidad del uso de heroína:

(1) Abstinencia, sin uso de heroína.
(2) No dependencia, menos de un consumo diario.
(3) Dependencia, al menos un consumo diario.
(4) Mantenimiento, prescripción de uso de opiáceos solo.

Utilizando esta clasificación se pueden comprobar longitudinalmente desde el principio los patrones de uso de drogas de los sujetos y pueden ser analizadas las variaciones entre y dentro de los sujetos. Se recogieron datos sobre la historia del sujeto (empleo, familiar, personal, uso de drogas), y se indagó en el último mes sobre los patrones de uso, los compromisos clínicos, y el uso de servicios y tratamientos.

En el último contacto médico el 35% de hombres y el 59% de mujeres permanecieron abstinentes por una media de 0,86 años y 1,73 años respectivamente. El 39% permanecieron abstinentes más de un año, pero el 46% de estos retomaron el consumo de heroína después, entre los sujetos con más continuidad en el abuso de drogas, solo el 17% no tuvieron períodos de abstinencia. El 80% dijeron pagar las drogas con dinero ilegal y por lo tanto tuvieron mucho contacto con policía y juzgado. El 44% fueron detenidos en 68 ocasiones con una duración media en la cárcel de 6,6 meses. Solo el 31% de las 68 sentencias fueron seguidas de abstinencia, cuya duración media era solo de 1,1 meses. El 69% de las sentencias fueron seguidas por consumo de heroína dentro de los 3 primeros días. No se encontró asociación significativa entre la longitud de la sentencia y la longitud de la subsiguiente abstinencia.

Con estos datos Robertson llegó a las siguientes conclusiones: se demuestra la alta tasa de recaídas tanto para los sujetos dependientes como para los no dependientes. Los heroinómanos en este estudio muestran una proporción similar de períodos de abstinencia, no dependencia y períodos de dependencia, pero con diferentes duraciones relativas. Los sujetos del estudio muestran en general cortas interrupciones en su consumo de drogas.

Las consecuencias de estas conclusiones para el tratamiento indican que la terapia tiene más probabilidades de éxito a corto plazo, sin embargo a largo plazo es más probable que ocurra una recaída. Así la tradicional expectativa de éxito de un tratamiento no es realista y parecería prudente y apropiado proponer una política de control-orientación, con "reducción de riesgo" y "disminución del daño", como objetivos primarios.

En un estudio de seguimiento ya mencionado (Page et al, 1988) con residentes de 2 comunidades terapéuticas un año después de acabado el tratamiento se realizó una entrevista que contenía 244 cuestiones organizadas en 9 categorías: historia ocupacional, situación vital, y familiar, sentimientos hacia la Comunidad Terapéutica, creencias religiosas, uso de drogas, problemas con la ley, amigos y asociaciones, y actitudes generales. Uno de los resultados que obtienen es que la cantidad de tiempo que los residentes estaban en tratamiento estaba asociada a un número menor de arrestos después del tratamiento.

En el Addiction Research Unit (Gran Bretaña), Stimson, Oppenheimer y Thorley (1978), realizaron un estudio de seguimiento a 7 años, con 128 pacientes. Los resultados del seguimiento, muestran que un 48% mantenían su adicción, un 35% estaba abstinente, el 12% había fallecido y de un 5% no se tenía información. Los que habían dejado de consumir tenían mejor salud, menos conflictos con la justicia y en mayor número, mantenían un trabajo.

Uno de los autores más relevantes en estudios sobre comunidades terapéuticas (De León, 1984) llevó a cabo una investigación con una muestra de 731 drogadictos que ingresaban en la Comunidad Terapéutica "Phoenix House", en los años 1970- 1975 para determinar el éxito de tratamiento. Para ello realizó un seguimiento de 2 y 5 años después de la salida del tratamiento, a los 525 sujetos, que se consiguió entrevistar. Los instrumentos de recogida de información fueron una batería de test psicológicos y un cuestionario que recogía información sobre los antecedentes del paciente, las actividades realizadas en el año anterior a la entrevista, la experiencia en Comunidad y el período posterior al tratamiento.

En cuanto a los resultados, hay una mejoría general en todas las variables estudiadas en el seguimiento. Hay una relación entre el tiempo de estancia en tratamiento y los resultados posteriores, es decir a más tiempo en tratamiento, más acusada es la mejoría, y los individuos que abandonan son los que peor situación tienen en el seguimiento. Estos resultados evidencian el éxito terapéutico.

En el mismo año De Leon y col (1984), publica un estudio que es el primero en investigar sistemáticamente la retención en Comunidades Terapéuticas. Los resultados clarifican las tasas de retención y los patrones temporales de abandono. La información se sacó de todas las admisiones de 982 sujetos, realizadas en 7 Comunidades Terapéuticas entre febrero y agosto de 1979. Los resultados muestran que:

A.- A lo largo de los 7 programas las tasas de retención a los 6 meses de iniciado el tratamiento se encontraba en un rango entre el 17 y el 34%, mientras que a los 12 meses estaban entre un 4 y un 21%, las diferencias en los programas no eran generalmente significativas.

B.- Sobre el 16% de los que abandonaban eran readmitidos, y dentro de esta muestra se identificaron dos grupos de readmisión: Un primer grupo que abandonó 4-5 meses después del inicio, estuvieron fuera unos días, volvieron y permanecieron en régimen de residencia. Y otro grupo en el cual los sujetos abandonaron más temprano, volvieron por un período, pero lo dejaron de nuevo y no volvieron al mismo programa. Lo que quiere decir que en los abandonos múltiples el número de días en tratamiento previo al abandono inicial, parece ser un predictor significativo de la retención a largo plazo.

C.- Los patrones temporales de abandono eran uniformes en todos los programas, y parece relativamente invariable: Una inicial alta tasa de abandonos en los 14 primeros días, que desciende suavemente dentro de los tres primeros meses, y se mantiene moderadamente hasta los 12 meses.

D.- Las estimaciones indican que la probabilidad de permanecer en tratamiento aumenta significativamente con una larga estancia en tratamiento.

E.- Los patrones temporales de abandono fueron marcadamente estables, por igual en todas las residencias.

Los presentes descubrimientos establecen que el patrón temporal de retención es metódico, predecible, y su utilidad para la administración de programas y la planificación de tratamientos, si bien el fenómeno de la retención en sí continua por explicar.

Estos resultados se pueden utilizar para estudiar el problema en diferentes direcciones:

1.- Permite analizar las condiciones especiales que pueden influir en el abandono.

2.- El punto crítico del abandono es especialmente relevante para planificar el tratamiento y aumentar su permanencia en el mismo.

3.- El relativamente constante patrón de abandono proporciona una variable dependiente fidedigna, en la evaluación de los esfuerzos para aumentar la retención.

2.2.5.- Los estudios de seguimiento en España

Los estudios de seguimiento y evaluación de tratamientos de adictos a drogas en España son escasos, pero si bien la muestra en estos estudios es más limitada, los resultados coinciden en líneas generales con los estudios americanos

En el Proyecto EMETYST, (Estudio Multicéntrico de Evaluación de Tratamientos y Seguimientos de Toxicómanos), Sánchez-Carbonell y cols (1988), siguieron durante dos años a 311 adictos a la heroína que solicitaron tratamiento en 16 servicios ambulatorios entre Marzo y Julio de 1985. Se evaluaron a los 6 y 12 meses. El 78% eran varones, la edad media era de 24 años y el 73% vivía con los padres o familiares. En

el último año, el 53% había trabajado y el 17% había estado encarcelado, el 61% había iniciado tratamiento por primera vez. A los 6 meses se evaluaron 169 pacientes y 203 lo fueron a los 12 meses, se realizó también un seguimiento al de 24 meses y se compararon con los resultados obtenidos en las anteriores evaluaciones.

En el seguimiento a los 24 meses se estudiaron datos de 195 adictos a la heroína de los cuales 143 (46%) fueron entrevistados personal o telefónicamente, 18 (6%) permanecían en una comunidad terapéutica, 27 (9%) estaban encarcelados y 7 (2%) habían fallecido.

En general, con el tiempo se observa que el consumo de cocaína, alcohol y tabaco no ha experimentado cambios, el consumo de heroína, cannabis y tranquilizantes disminuyó a los 6 meses y se estabilizó a los 12 y 24 meses, las tres razones nombradas más frecuentemente fueron el cambio de vida (37%), el acudir a tratamiento (15%), y la familia (12%). El porcentaje de personas que trabajaban o estudiaban no ha aumentado, y el estado legal, medido por los juicios, detenciones y encarcelamientos, ha empeorado.

En el área psicológica, se produjeron mejoras en las tres variables entre la admisión y los 6 meses y se estabilizaron a los 12 y 24 meses. En el área productiva, al cabo de dos años, 36 individuos (26%) no habían trabajado nunca, 30 (22%) habían trabajado entre uno y seis meses, 33 (24%) entre 7 meses y un año, 12 (9%) entre un año y 18 meses y 27 (20%) más de 18 meses, de éstos últimos, 15 (11%) trabajaron continuamente durante los dos años.

En el área legal, los juicios y las detenciones en los últimos tres meses no experimentaron cambios significativos. El hecho de estar en libertad condicional o provisional en la admisión a tratamiento y el haber estado encarcelado en el año previo al comienzo del programa, fueron predictores de mala adaptación social.

En el seguimiento, se encontró una relación entre el consumo de heroína y la realización de actividades delictivas. No se observó sin embargo relación significativa entre el consumo de heroína y el hecho de trabajar o estudiar.

Los individuos que permanecieron más de 90 días en tratamiento, obtuvieron mejores resultados en las 15 variables especialmente en el área legal y psicológica y presentan una mejor adaptación social. No se observaron diferencias entre los entrevistados que habían estado en tratamiento antes de la entrevista de admisión (n=58) y los que no.

En el seguimiento a los 24 meses los individuos que habían estado encarcelados en el año anterior a la entrevista de admisión y los que estaban en libertad provisional o condicional tenían más posibilidades de obtener una puntuación mala o pésima en las 15 variables, mientras que los que convivían con su familia tenían más posibilidades de obtener puntuaciones buenas u óptimas. La proporción de pacientes que convivía con la familia no sufre variaciones importantes entre la admisión y las posteriores

evaluaciones. A los 24 meses el 65% convivía con la familia de origen y el 26% con su pareja. No se observa que convivir con la familia en el seguimiento sea un buen factor pronóstico de una mejor adaptación social ni de un menor consumo de drogas.

Los resultados a los 6 y 12 meses fueron predictores de lo que sucedería a los 24, excepto para el consumo de alcohol y tabaco, y para el trabajo, lo cual indicaría una estabilidad de los logros obtenidos durante el tratamiento.

Un equipo de profesionales del SPOTT (Diputación de Barcelona)(Guardia y cols 1987 y Guardia y col, 1.983), realizan un estudio de seguimiento a 73 heroinómanos que solicitaron tratamiento, para valorar la situación evolutiva de los adictos al cabo de uno y tres años de su primera visita a un centro.

Las características de los 73 heroinómanos de la muestra eran, por lo menos en el 50% de los casos, las siguientes: de 18 a 25 años de edad, vivían con sus padres, en grandes poblaciones (más de 100.000 habitantes del área metropolitana de Barcelona). Con estudios de E.G.B. o bachillerato elemental, no trabajaban ni estudiaban. Su nivel socioeconómico era medio o bajo. Tuvieron su primer contacto con la heroína entre los 16 y los 22 años de edad, con una dependencia física de entre 7 meses y 3 años de duración, a la vez tomaban otras drogas (cannabis, alcohol, medicamentos sedativos, etc...). Presentaban desadaptación al medio familiar. Y habían presentado algún episodio de hepatitis.

Después de analizar los resultados llegaron a las siguientes conclusiones:

Parece que no existe una tendencia clara, ni hacia la mejora, ni hacia el empeoramiento global de los datos con el paso de los años. Pero sí se observa que los pacientes que se encontraban en situación favorable al año de seguimiento, tienen más probabilidades de encontrarse bien a los tres años. Esta probabilidad aumenta con la duración del tratamiento.

Los adictos que se encuentran en situación favorable tienen más probabilidades de tener algún trabajo que los que se encuentran en esta situación.

El mayor porcentaje de adictos en situación favorable se detectó entre aquellos que habían realizado: un cambio de domicilio al medio rural, un programa de rehabilitación en comunidad terapéutica o un programa de reinserción sociolaboral. La desintoxicación por sí sola, no es suficiente para que la evolución del adicto sea positiva si no se complementa con otro programa de tratamiento que atienda la rehabilitación.

En el Programa DROSS, Melgarejo et al (1988), realizan un seguimiento a un año de una muestra de 125 pacientes. Se recoge información tanto del paciente como de los familiares.

Las variables tomadas en el seguimiento y que inciden en el índice de recuperación son: El consumo de heroína, alcohol, y otras drogas en el último mes, los problemas

legales, el trabajo actual y los estudios, la convivencia y el ingreso hospitalario en el último trimestre.

Obtuvieron peores resultados los individuos con problemas de consumo de alcohol en la familia, con un prematuro inicio del consumo de heroína y su adicción, y un inicio del tratamiento a edad más avanzada.

Se observaron mejores resultados en individuos cuya familia estaba en una situación económica desahogada, permanecían más tiempo en tratamiento, y sus períodos de abstinencia dentro del mismo eran más largos.

La mayor parte de estos estudios siguen un método epidemiológico de selección de la muestra y establecen una "línea base", con criterios arbitrarios o no demasiado claros afectando así a la representatividad de la muestra estudiada.

En este sentido, en un estudio realizado por el Grupo Interdisciplinar sobre Drogas (GID) (Comas y cols, 1992), se empleó el método sociológico de muestreo con 15 centros diferentes. A partir de un censo con todos los casos atendidos (6.962), se trabajó con la totalidad de cuestionarios y fichas de acogida de cada centro. A partir de los datos obtenidos se estableció una muestra por cuotas en función del sexo, edad, zona de residencia y centro. Y se estableció al azar una "línea base" de trabajo de 1.204 casos, representativa de la población estudiada.

CAPITULO TERCERO: METODOLOGIA

3-1.- CARACTERISTICAS DEL PROGRAMA DE COMUNIDAD TERAPEUTICA "HAIZE-GAIN" AL QUE ACUDEN LOS RESIDENTES

3.1.1. Introducción

El Programa de Comunidad Terapéutica HAIZE-GAIN se inició en 1982. La iniciativa surgió de un colectivo de familias afectadas y personas sensibilizadas, en unión de un grupo de profesionales. Nació de una propuesta de creación que fue aprobada por la Diputación de Gipuzkoa, y gestionada por la Asociación Guipuzkoana para la Investigación y Prevención del Abuso de Drogas (AGIPAD).

3.1.2. Aspectos generales

Haremos una descripción de este programa, funcionamiento e intervenciones que se hacen en general:

Consta de tres fases: Admisión-diagnóstico, Residencial- internamiento, y Seguimiento-reinserción. Las fases de Admisión y Seguimiento se atienden en el centro ambulatorio de AGIPAD en San Sebastián y la fase Residencial se realiza en un centro situado en Oiartzun (Gipuzkoa).

Se contemplan 4 posibilidades en cuanto a la salida del residente del centro:

1.- "Alta Terapéutica". Cuando el asistido ha finalizado el tratamiento después de la fase de seguimiento-reinserción. Sólo se da el alta si no hay consumo de heroína o no hay consumo reiterado de otras drogas.

2.- "Alta Voluntaria". Es el abandono por parte del residente. Es usual en Admisión-diagnóstico, menos frecuente en Residencial-internamiento, y muy escaso en Seguimiento- reinserción.

3.- "Alta Concertada". Es similar al abandono pero con el visto bueno del centro. Se da muy raramente.

4.- "Exclusión Condicional" (EC). Las razones pueden ser muy variadas, veremos más adelante cuáles son en cada fase. La exclusión puede ser de dos tipos:

- Por un tiempo predeterminado (entre una semana y seis meses).
- Con una condición que tiene que cumplir el residente antes de reingresar.

La desintoxicación es una condición previa para iniciar el tratamiento, cuando esto se ha cumplido se realizan un par de citas informativas con toda la familia que esté disponible, donde se analiza la demanda.

A lo largo de todo el programa se realizan análisis de orina para derivados de opiáceos, Tetrahidrocannabinol, anfetamina y cocaína.

Una de las exigencias es que exista un acompañamiento familiar o en su caso un responsable.

3.1.3.- Fases

1.- **Admisión-diagnóstico.** Donde se establece el contrato terapéutico.

En esta fase encontramos diferentes tipos de intervenciones:

- De dos a tres sesiones individuales y/o familiares semanales con el terapeuta de referencia, que se prolongarán durante toda la fase de Admisión-Diagnóstico.
- Aproximadamente un mes después de comenzar esta fase, se inician los grupos de apoyo, uno para los residentes y otro para los padres o familiares responsables.

La duración de esta fase es de 2 a 4 meses dependiendo de la evolución del asistido y de la situación del grupo en la fase de Residencial-Internamiento.

Los abandonos de tratamiento suelen ser aquí muy frecuentes. Las expulsiones en esta fase pueden ser debidas a dos razones:

a.- Consumo de cualquier tipo salvo tabaco. Si se da un primer consumo, se intenta trabajar con el asistido. Normalmente no se pasan de dos o tres consumos sin exclusión, depende de la situación del toxicómano (por ejemplo si tiene contención familiar o no). La exclusión en este caso es de 7 ó 15 días pero si el compromiso es muy pobre puede ser de hasta 6 meses.

b.- Si no realiza el plan diario. Esta posibilidad por sí sola es muy rara ya que normalmente esto suele ir unido al consumo.

Los requisitos para pasar de esta fase a la siguiente son que el asistido cumpla el plan diario, que no haya consumos, que muestre un interés y un planteamiento serio para salir adelante, y que existan plazas libres en la Comunidad Terapéutica.

2.- **Residencial-internamiento.** Esta es la fase en la que el residente ingresa en la Comunidad Terapéutica donde se inicia una terapia de grupos de 9 ó 10 meses de duración.

Existe también la posibilidad de que el residente asista optativamente a una terapia individual que se suele pactar a 24 sesiones con una frecuencia semanal y de 50 minutos de duración.

Los cuatro primeros meses de esta fase son de incomunicación con el exterior, y a partir de este momento, el toxicómano se entrevista periódicamente con un asistente social, con quien se comienza a trabajar la conflictiva de las salidas.

Dentro de la Comunidad hay una serie actividades laborales y socioculturales divididas en diferentes áreas de trabajo donde el residente aprende a ir adquiriendo progresivamente responsabilidades y a ir resolviendo los conflictos interaccionales que se van produciendo.

Coincidiendo con la primera bajada de Comunidad se realiza la primera sesión familiar si se ve oportuno y si la familia así lo quiere. Se hace una sesión cada dos meses aproximadamente que será quincenal en la siguiente fase.

Mientras los residentes están en Comunidad se hace un grupo pequeño y cerrado con los padres o responsables, de dos sesiones mensuales, una de ellas formativa, psicoeducacional, donde se trae un profesional que expone una problemática, y luego se debate; y la otra es una sesión dinámica, de apoyo. Estos grupos duran entre 10 meses y un año que es el tiempo aproximado que dura esta fase y que el residente está en Comunidad. Los padres pueden permanecer en este grupo independientemente de que abandone el hijo.

Las razones posibles de exclusión en esta fase son:

.— Consumo en Comunidad.
.— Relaciones sexuales.
.— Agresión a personas o animales.

Pueden haber dos tipos diferentes de exclusión:

a.- A casa definitivamente si es una falta grave.

b.- Retroceso a la fase de Admisión-diagnóstico, donde se pueden dar tres situaciones diferentes:

- Que el residente vuelva a hacer toda la admisión.
- Que se trabaje el tema de la exclusión durante el tiempo que sea necesario hasta que quede resuelto y que suba de nuevo a Comunidad.
- Que durante un tiempo prefijado (normalmente 15 días) aclare en Admisión-diagnóstico los motivos de su exclusión con psicólogos y educadores, antes de reingresar en Comunidad.

Antes del "Alta Voluntaria" o abandono de la Comunidad, tiene que pasar primero por una semana de reflexión. Si abandona sin haber transcurrido esa semana y luego decide volver tiene que empezar Admisión-diagnóstico desde el principio y no antes de transcurridos 6 meses. También se le puede derivar a otros centros.

Puede darse el caso de que un residente no finalice la fase de Residencial-Internamiento, y sin embargo siga manteniendo contactos y citas durante un tiempo indeterminado con la fase de Seguimiento-Reinserción.

Los requisitos para pasar de la Comunidad Terapéutica a la fase de Seguimiento-reinserción son:

- El tiempo de estancia. No pueden estar en Comunidad más de 12 meses.
- El juicio del equipo terapéutico. Tanto a los 6 como a los 12 meses se hace una reunión con el tutor, el asistente y el terapeuta para ver si el residente ha madurado, y se decide si se acepta la fecha de salida propuesta por él.

3.- Seguimiento-reinserción

Esta fase tiene una duración aproximada de un año y en ella, se realizan sesiones semanales, que a partir del sexto u octavo mes se hacen quincenalmente, donde el residente aborda con una asistente social toda la problemática de adaptación y de reinserción social (amistades, trabajo, etc).

Se realizan sesiones de terapia familiar cada quince días, espaciándose más adelante a una frecuencia mensual. También se puede hacer terapia de pareja si resulta oportuno.

En esta fase los padres asisten a una sesión mensual de grupo de apoyo hasta el momento de la despedida.

Aquí la exclusión se puede dar por consumo. Por un solo consumo en un principio no hay exclusión, al contrario, se aborda el problema de la recaída. Pero si el consumo es progresivo, hay una exclusión por un tiempo o hasta que presente un planteamiento claro de seguir sin consumir, de buscar un trabajo, etc, se retoma el punto en el que se dejó, y no hay un retorno a las fases anteriores.

3.2.- PROCEDIMIENTO METODOLOGICO

3.2.1.- Criterios de selección y localización de los asistidos

Las condiciones para establecer la pertenencia de los asistidos a la muestra es haber ingresado en la fase de residencial-internamiento del programa de Comunidad Terapéutica HAIZE-GAIN a lo largo de sus 10 primeros años de existencia desde septiembre de 1982 hasta octubre de 1992, y permanecer en esta fase al menos 30 días.

Los asistidos que iniciaron tratamiento en HAIZE-GAIN durante ese período de tiempo fueron 468, de los cuales cumplen las condiciones 166 heroinómanos. La distribución por frecuencias de estos asistidos en función del año de ingreso en el programa es el que se expone en la TABLA Nº 1. Se tendrán en cuenta 10 intervalos de un año de duración cada uno, que van desde septiembre a agosto del año siguiente ambos meses inclusive. En esta tabla y en la primera columna se exponen el número total de asistidos que reúnen las condiciones de la muestra (N=166, 35,47% del total). En la segunda y tercera columnas aparecen los asistidos que se muestran colaboradores por teléfono y dispuestos a rellenar el cuestionario (N1=96, 57,8% de N) y los porcentajes respecto a N. En las dos últimas columnas aparecen los asistidos que realmente responden la ficha de seguimiento (N2=69, 41,56% de N y 71,9% de N1) con sus porcentajes relativos de N y N1.

TABLA Nº1: Criterios de selección y localización de los asistidos.

PERIODO	N Ss. seleccionados	N1 Ss. colaboradores	% de N1 sobre N	N2 Ss. del seguimiento	% de N2 sobre N y N1
1982-1983	14 8,4%	8 8,3%	57,1%	4 5,8%	28,6% 50%
1983-1984	14 8,4%	4 4,2%	28,5%	2 2,9%	14,3% 50%
1984-1985	12 7,2%	5 5,2%	41,6%	3 4,3%	25% 60%
1985-1986	19 11,4%	12 12,5%	63,2%	8 11,6%	42,1% 66,6%
1986-1987	15 9%	8 8,3%	53,3%	7% 10,1%	46,7% 87,5%
1987-1988	17 10,2%	5 5,2	29,4%	2 2,9%	11,8% 40%
1988-1989	15 9	7 7,3%	46,6%	7 10,1%	46,7% 100%
1989-1990	19 11,4%	13 13,5%	68,4%	9 13,04%	47,4% 69,2%
1990-1991	20 12%	14 14,6%	70%	12 17,4%	60% 85,7%
1991-1992	21 12,7%	20 20,8%	95,2%	15 21,7%	71,4% 75%
	166 100%	96 100%		69 100%	

El contacto con el centro se realizó a través del director del mismo. Todo el personal que participó en la recogida de datos se mostró colaborador.

La recogida de información sobre el paso por el programa de los residentes seleccionados, se realizó a través de los archivos e historiales del centro.

Esta información se recogió por los terapeutas de referencia de cada residente, lo que permitió que al final de la ficha de recogida de información del centro, los terapeutas hicieran una predicción sobre el consumo de los asistidos en el seguimiento atendiendo a su evolución dentro del tratamiento.

En el seguimiento se realizaron los siguientes pasos:

1.- Localización

Para la localización de los sujetos del seguimiento se entrenó a una trabajadora del centro familiarizada con los asistidos.

Para ello se procedió a la localización telefónica de los exresidentes, con los datos del centro, explicando la finalidad del proyecto. Este paso se realizó en 15 días del 5 al 20 de mayo de 1994. Se encontraron en esta fase diferentes situaciones:

"Asistidos no localizados". En estos casos no contestan al teléfono cuando se les llama después de varios intentos. En 15 ocasiones el número de teléfono no corresponde con la dirección y el nombre del asistido por lo que se consulta con la guía telefónica, para comparar con los datos que tiene el centro. En algún caso se comprueban errores en los datos del centro y se llama al nuevo teléfono. Aún así 25 (15,1%) teléfonos correctos no contestan.

"Asistidos localizados pero no contactados". Se conoce la situación aproximada a través de una tercera persona, pero se encuentran muchas dificultades para contactar directamente con él (22 casos, 13,3%). Vamos a exponer las dificultades que hemos encontrado: La familia informa que el sujeto es difícil de localizar (4 casos), la madre no quiere que se sepa nada (2 casos), el paciente vive o trabaja fuera (5 casos), está en tratamiento en otro centro (8 casos), en prisión (1 caso), ingresados en hospital (2 casos). Aún así en 9 ocasiones enviamos cuestionarios ya que se dejó aviso a través de un familiar.

"Asistidos contactados colaboradores". Esta situación se da en 96 casos (57,8%). A los asistidos con los que se contacta se les explica por teléfono que con motivo del décimo aniversario del Programa de Comunidad Terapéutica HAIZE- GAIN, se está realizando un estudio donde se recoge la opinión de los que han pasado por el programa. Se explica que se enviará por correo un cuestionario, que se rellena en 15 minutos aproximadamente, donde se recoge opinión sobre el centro y sobre la situación actual del asistido y se reitera la importancia de la colaboración.

Se explica también que en el sobre que se enviará aparte del cuestionario hay otro sobre franqueado para enviar de vuelta, y se garantizará la confidencialidad de los datos ya que no es necesario poner el nombre. Es destacable que la totalidad de los asistidos contactados se mostraron dispuestos a rellenar el cuestionario.

"Asistidos fallecidos". Descubrimos esta situación en 23 ex-residentes (13,9%). Número que puede ser más elevado si tenemos en cuenta que hay 25 no localizados. De los 23 asistidos desconocemos la causa del fallecimiento en 4 casos (17,4%), sabiendo que 16 (69,6%) han muerto por SIDA, 2 más (8,7%) por accidente con motocicleta, y un suicidio (4,3%).

2.- Envió de cuestionarios

Antes de enviar los cuestionarios procedimos a marcar códigos en la primera página de cada uno de ellos, para así poder identificarlos posteriormente.

Se enviaron cuestionarios por correo a los 96 residentes contactados, y a 9 con los que se contactó indirectamente a través de un familiar. El sobre enviado contenía aparte del cuestionario, una carta explicando el motivo del mismo (ANEXO 3), y otro sobre ya franqueado para que el sujeto lo enviara de vuelta. Para este paso se emplearon 15 días del 21 de mayo al 10 de junio de 1994.

3.- Recepción de cuestionarios

Dimos un margen de un mes (desde el 10 de junio al 10 de julio de 1994) para recibir los cuestionarios. En cuyo plazo nos llegaron 69 cuestionarios (41,6%).

3.3.2.- Instrumentos de medida y variables

Utilizamos dos fichas de recogida de información, de elaboración propia, que adjuntamos con este informe (ANEXO 1 Y ANEXO 2).

A.- En la primera ficha (ANEXO 1), la información que se recogió de las historias del centro consistía en:

1.- Datos del residente dentro del proceso de programa: tiempo en tratamiento, consumos, incidencias, problemática legal, y apoyo familiar.

2.- Datos del residente anteriores al proceso de tratamiento: Se midieron variables de diferentes áreas: Socio- demográficos, trayectoria escolar y laboral, inicio en el consumo de la sustancia principal, antecedentes legales, situación orgánica, y tratamientos anteriores recibidos.

3.- Valoración pronóstico de evolución del residente realizada por el terapeuta, en cuanto al consumo de drogas.

B.- En el segundo cuestionario (ANEXO 2), obtuvimos la información directamente del ex-residente:

1.- Se pidió la valoración del ex-residente en ciertos aspectos sobre las diferentes fases del programa, sobre la utilidad del tratamiento y sobre el equipo terapéutico.

2.- Se recogió información referida a los 12 meses posteriores al tratamiento en cuanto al consumo de la sustancia principal, salud orgánica, y acontecimientos relevantes.

3.- Se pidieron datos sobre la situación actual en los últimos dos meses en las siguientes áreas: situación socio-laboral, problemática policial y judicial, situación orgánica, tratamientos anteriores, consumo en los últimos dos meses y razones para consumir.

Recogimos las siguientes variables de las fichas descritas anteriormente:

A.- Variables Sociodemográficas:

- Edad del asistido en Admisión
- Sexo
- Estado civil.
- Presencia de hijos: Sí o No.
- Ocupación laboral: Trabajaba al ingresar en tratamiento, o no.
- Con quién vive en el momento de ingresar en tratamiento: 1- Con la pareja; 2- Con los padres; 3-Con otros familiares; 4- Con amigos; 5- Solo; 6- En ambiente institucional controlado; 7- Ninguna situación estable.

B.- Variables de la historia clínica y toxicológica:

- Edad de inicio en el consumo continuado de heroína.
- Años de consumo continuado de heroína en el momento de la admisión.
- Antecedentes de drogodependencia en la familia: Sí o No.
- Número de tratamientos anteriores por drogodependencia.
- Presencia de VIH: Sí; No; Desconocido.
- Juicios o condenas pendientes en Admisión: Sí o No.

C.- Variables relacionadas con el tratamiento de HAIZE-GAIN

- Adaptación del residente al tratamiento: 1- Nunca se terminó de adaptar; 2- Le costó adaptarse pero acabó haciéndolo; 3- Buena adaptación desde el principio.
- Colaboración de los padres en el tratamiento: 1- Colaboran los dos; 2- Uno de los padres no colabora; 3- No colabora ninguno de los dos.
- Consumos de heroína durante el tratamiento: 0- Nada; 1- Un consumo; 2- Dos consumos; 3- Más de tres consumos.
- Tiempo de permanencia en tratamiento: en trimestres
- Tipo de finalización del tratamiento:

1.- Tratamiento completo

2.- Derivación a otro tratamiento

3.- Exclusión

4.- Abandono

5.- Fallecimiento

6.- Continúa en tratamiento

D.- Variables del seguimiento

1.- Los doce meses posteriores al tratamiento:

- Mejoría en la salud: Peor; Igual; Mejor.
- Consumos de heroína: 1.- Nunca; 2.- Una o dos veces/mes; 3.- Una o dos veces/semana; 4.- Más de dos veces/semana; 5.- Diariamente

2.- Los dos últimos meses

- Consumos de heroína:1.- Nunca; 2.- Una o dos veces/mes; 3.- Una o dos veces/semana; 4.- Más de dos veces/semana; 5.- Diariamente.
- Presencia de VIH: Sí o No.

E.- Variable: Valoración pronóstico de los terapeutas respecto al consumo de heroína de los asistidos:

1.- Los doce meses posteriores al tratamiento:

- Consumos de heroína:1.- Nunca; 2.- Una o dos veces/mes; 3.- Una o dos veces/semana; 4.- Más de dos veces/semana; 5.- Diariamente.

2.- Los dos últimos meses

- Consumos de heroína: 1.- Nunca; 2.- Una o dos veces/mes; 3.- Una o dos veces/semana; 4.- Más de dos veces/semana; 5.- Diariamente.

F.- Variables de valoración del tratamiento por parte del asistido: Se dividen en:

1.- Valoración de la fase Admisión-Diagnóstico:

- Considero importante la participación de mis padres o familiares en esta fase.
- Considero que el número de entrevistas era el adecuado.
- Me sirvió la organización del tiempo en el plan diario.
- Me fue difícil mantenerme sin consumir drogas durante esta fase.
- A mi juicio era necesario el control de orina.

2.- Valoración del Programa de Comunidad Terapéutica HAIZE-GAIN: Sí o No.

- Cree que el tiempo de tratamiento es idóneo.
- Si usted piensa que el tiempo no es el adecuado, ¿cómo debería ser?: 1 - Más largo; 2 - Más corto
- ¿Era adecuado el entorno físico de Comunidad para cubrir las necesidades?.
- ¿Los trabajos realizados en Comunidad eran adecuados?.
- Me sirvieron las terapias de grupo.
- Me sirvieron las terapias individuales.
- Me sirvieron las asambleas.

3.- Valoración de la fase Seguimiento-Reinserción: Sí o No.

- Considero importante la participación de mis padres o familiares.
- Me ha servido el asesoramiento sobre los recursos sociales existentes.
- Me ha servido la orientación profesional.
- Me han servido de apoyo las entrevistas.
- A mi juicio es necesario el control de orina.

4.- El tratamiento en HAIZE-GAIN me ha servido para: Sí o No.

- Aprender a convivir con los demás.
- Relacionarme mejor con mi familia.
- Aceptar mejor las normas.
- Ser más responsable.
- Ayudar a integrarme en la sociedad.
- Realizar un tratamiento fuera del centro.
- Tener mayor conciencia de mis problemas.
- Dejar de consumir heroína.
- Consumir menos heroína.
- Consumir menos otras drogas.
- No cometer delitos.
- Integrarme en el mundo laboral.
- Tener otras inquietudes.
- Ocupar mejor mi tiempo libre.
- Tener más confianza en mí mismo.
- Estar más a gusto conmigo mismo.
- Sentirme menos solo.
- Sentirme menos deprimido.
- Cuidarme más.

5.- Valoración del equipo terapéutico: Sí o No.

- La calidad en la relación fue la adecuada.
- Los profesionales estaban capacitados.

CAPITULO CUARTO: RESULTADOS

4.1.- DESCRIPCION DE LOS 166 RESIDENTES DE LA MUESTRA

4.1.1.- Características sociodemográficas de la muestra comparadas con otros estudios

La media en la edad de inicio de este tratamiento es de 23,61 años, con una desviación típica de 3,26 siendo la edad mayor de 35 años y la menor 16, desconociéndose esta información en un sujeto.

En cuanto al sexo tenemos que 138 (83,1 %) son varones, mientras que 28 (16,9 %) son mujeres.

Podemos apreciar un número elevado de solteros 149 (90,3 %) frente a 12 (7,4 %) casados, existiendo 4 separados (2,4%), de un total de 166 sujetos. De este total solamente 9 (5,5%) tienen hijos.

En el momento de la admisión se sabe que de un total de 162 residentes 23 (14,2%) son huérfanos de padre y 8 (4,9%), lo son de madre.

En cuanto al número de hermanos que forman el subsistema fraterno de la familia de origen, donde se incluye al asistido, tenemos información de 160 casos, con un intervalo de entre 1 y 10 hermanos, siendo la media de 3,57 y la desviación media de 1,60.

Un dato importante es el alto porcentaje de residentes que viven con los padres en el momento de la admisión a tratamiento 84,3% (140 asistidos) de un total de 162, seguido muy de lejos por los que viven con otros miembros de la familia (11 residentes, 6,6%), mientras que solo cuatro residentes (2,4%) viven con su propia familia nuclear, uno (0,6%) vive con amigos, dos (1,2%) viven solos, otros dos en ambiente institucional controlado y los dos restantes, viven en una situación inestable.

En cuanto al nivel de estudios podemos observar que 91 residentes (56,9%), de un total de 160, no han estudiado niveles superiores a EGB, y que 58 de ellos (36,3%) ni siquiera han aprobado el Graduado Escolar. 57 asistidos (35,6%) han realizado algún curso de FP, BUP, o REM, y solo 10 (6,3%) han llegado hasta COU, siendo solamente 2 (1,3%) los que han realizado algún curso universitario.

En cuanto a la ocupación laboral únicamente el 25,3% de los asistidos (41), trabajaban en el momento previo al inicio del tratamiento, de los datos que se tienen de 162 residentes de la muestra.

En la TABLA Nº 2 podemos apreciar la evolución de los datos referidos a la población de heroinómanos entre los años 1987 y 1992, extraídos del Sistema Estatal de Indicadores de Toxicomanías (SEIT, 1992).

TABLA Nº 2 Datos del SEIT sobre heroinómanos entre los años 1987-1992

Años	Edad media	Edad media de inicio en consumo	Porcentaje de varones	Total de sujetos
1987	24,9	19,7	80,5%	10.038
1988	25,4	19,8	81%	16.007
1989	25,7	19,9	81,3%	18.159
1990	26,2	20,1	82,7%	24.263
1991	26,5	20,3	84,2%	30.137
1992	26,7	20,4	84,3%	37.232

En un trabajo de Comas y cols. (1992) con una muestra de 6.963 asistidos, recogida durante los años 1984, 1985, y 1986 tenían una edad media de 23 años, con una edad de inicio en el consumo de alrededor de 19 años, el 79,2% son varones y el 20,6% son mujeres; La media de años en el consumo de heroína es de alrededor de 4 años; El 73% viven con la familia, y el 14,2 tiene familia propia formada; el 17,1% no tienen estudios, el 42,2% tienen estudios básicos y el 18,1% estudios medios; y Sólo el 24,4% tienen un trabajo remunerado.

En un estudio de seguimiento a 311 heroinómanos, Sánchez-Carbonell y cols. (1987 y 1988) a través del Estudio Multicéntrico de Evaluación de Tratamientos y Seguimientos de Toxicómanos (EMETYST), encontraron que estos asistidos tenían una media de edad de 24 años, el 78% eran varones y el 73% vivían con sus padres o familiares; el 53% habían trabajado durante el último año.

En otro estudio de Diego Martínez, de la Fuente, y Arteagagoitia (1987), se analizan las variables sociodemográficas de 593 pacientes asistidos en 6 centros entre 1981 y 1985 y se observa que el 79% son varones, con una edad media de 22,97 años, el 60% son solteros, el 43% tienen hasta el graduado escolar y el 32% no tienen ni siquiera la EGB terminada; un 53% realizan trabajos eventuales mientras que solo el 17% trabaja con carácter fijo. La media de edad de inicio en el consumo de heroína es de 19,78 años.

4.1.2.- Características clínicas de los asistidos antes de iniciar el tratamiento

Un dato llamativo es el alto porcentaje de asistidos con antecedentes de drogodependencia en la familia, que incluyendo también el alcoholismo se presenta en 70 familias (el 42,1%) del total de la muestra.

También es significativa la tasa de antecedentes de psicopatología en la familia 53 (31,9%), detectado por la realización de algún tipo de tratamiento por problemas psicológicos de algún miembro directo de la familia.

La media de edad de inicio en el consumo de heroína con una frecuencia semanal, fue de 18,14 con una desviación de 2,68 años, el más joven tenía 13 años, mientras que el asistido que más tarde se inició en el consumo lo hizo a los 28 años.

En cuanto a la problemática judicial, 75 residentes (45,2%), nunca tuvieron problemas con la justicia, y los otros 90 asistidos (54,6%) tuvieron problemas en alguna ocasión, habiendo estado en prisión casi la mitad de ellos (44 asistidos, 26,7%).

De un total de 165 asistidos, 63 (38%) tenían una causa judicial pendiente y 20 (12%) de ellos estaban en libertad condicional, en el momento de la admisión al tratamiento.

En relación a la situación orgánica de los residentes en el momento de la admisión y más en concreto la situación con respecto a la infección de VIH, tenemos que del total de 166 asistidos de la muestra, desconocemos la situación de 60 residentes (36,1%), ya que en los primeros años no se realizaban análisis de VIH. De los 106 restantes, 42 (25,3% del total) eran seropositivos, mientras que los 64 residentes restantes eran seronegativos (38,6% del total). De los 42 seropositivos, 9 (5,4% del total), estaban tomando medicación para los síntomas relacionados con el SIDA.

Habían pasado algún tipo de hepatitis el 78,9 % (131) del total de asistidos. Cinco residentes (3%), habían tenido tuberculosis y dos (1,2%) epilepsia. Seis (3,6%) experimentaron enfermedades de transmisión sexual, y 78 (47%) sufrieron enfermedades bucodentales.

4.1.3.- Descripción de las actividades y situaciones de los asistidos durante el tratamiento

La mayor parte de los motivos alegados por los residentes (164) para iniciar el tratamiento están en la presión familiar, (64 residentes, 39%) presiones legales, (27 asistidos, 16,3%) y el deseo de un cambio de vida (63 residentes, 38,4%), otros motivos aparecen con mucha menor incidencia, como el deterioro físico en 3 asistidos (1,8%), o para "pasar el rato" (un residente), y otras razones en 4 asistidos (2,4%).

En cuanto a los tratamientos realizados con anterioridad al de HAIZE-GAIN, tene-

mos que de los 166 residentes 57 (34,3%) no habían realizado ningún programa antes de HAIZE-GAIN. De los 109 que sí han iniciado algún tratamiento, 86 (51,8%) han pasado por un solo tratamiento,. 19 (11,4%) han realizado dos programas y por último 4 (2,4%) han realizado tres tratamientos con anterioridad.

En la primera columna de la TABLA Nº 3 podemos apreciar el número de asistidos que ha pasado por cada tipo de tratamiento. Hay que tener en cuenta que el total (136), es superior al número total de residentes que han pasado por algún tipo de programa (109), esto es debido a que existen residentes que han realizado más de uno. En las siguientes columnas aparecen el intervalo de duración de cada tipo de tratamiento y las medias y desviaciones típicas medidas en meses.

TABLA Nº3 Tratamientos anteriores al de HAIZE-GAIN realizados por los 109 residentes.

TIPO DE TRATAMIENTO	Sujetos	Intervalo de duración	medias	Desviación
Naltrexona	8 4,8%	1-12	4,75	3,9
Tratamiento Ambulatorio	56 30,7%	1-24	4,23	4,1
Comunidad Terapéutica	6 3,6%	4-10	6,33	2,2
Proyecto Hombre	14 8,4%	1-12	3,71	3,2
Mantenimiento con Metadona	5 3,1%	2-12	6,4	2,1
Otros tratamientos	47 28%	1-24	2,97	3,6
TOTALES	136		4,73	2,6

De los 47 asistidos que pasaron por otros tratamientos diferentes, 33 (19,9%) estuvieron en un programa sólo de desintoxicación, 9 más (5,4%) lo hicieron en El Patriarca y 5 (3%) siguieron un tratamiento con tilitrate.

Vamos a analizar a continuación los consumos realizados durante el tratamiento en HAIZE-GAIN, que podemos apreciar en detalle en la TABLA Nº 4. Consumieron heroína a lo largo del tratamiento 63 asistidos (38% del total de residentes). Con el alcohol fueron mayores el número de consumidores (82 residentes, 49,3%). El consumo de cannabis durante el tratamiento es muy similar al de alcohol tanto en número de consumidores (83 residentes, 50%) como en frecuencia.

Menos frecuente es el consumo de anfetaminas y derivados durante el tratamiento (26 residentes, 15,6%). Sólo se detectaron 6 personas con consumos de cocaína (3,6%).

Los consumos se detectaron a través de análisis de orina, para las sustancias que figuran en las tablas. Durante la fase de Admisión-Diagnóstico se realizaba cada 2 ó 3 días, en la fase de Residencial-Internamiento después de cada salida. A lo largo de la fase de Seguimiento-Reinserción se realizaron controles cada semana, después de seis meses se hizo con una frecuencia quincenal pasando a mensual en el final de esta fase.

TABLA Nº 4 Consumo de los residentes durante el tratamiento de "HAIZE-GAIN"

SUSTANCIA	NÚMERO DE CONSUMOS				
	0	1	2	3 o más	N
Heroína	103 62%	28 16,9%	34 20,5%	1 0,6%	166
Anfetaminas y derivados	140 84,3%	11 6,6%	14 8,4%	1 0,6%	166
Alcohol	84 50,6%	3 1,8%	59 35,5%	20 12%	166
Porros	83 50%	6 3,6%	57 34,3%	20 12%	166
Cocaína	160 96,4%	1	5 3%	0	166

En cuanto a las causas del consumo durante el programa las razones alegadas eran muy variadas. De 165 asistidos 67 (40,4%) no consumieron ningún tipo de droga y de los 98 residentes restantes (59%) se desconocen las razones en 38 (22,9%) de ellos, de los otros sesenta, 17 (10,2%) lo hacían por desadaptación social, 17 (9,9%) decían no tener ninguna razón para consumir, 9 (5,4%) lo hicieron por nerviosismo, 6 (3,6%) residentes consumieron por tener problemas con la familia, otros 6 (3,6%) por depresión y soledad, 2 (1.2%) más por romper con la novia y otros dos (1,2%) por tener dificultades con el tratamiento.

El tiempo de estancia total de los residentes de la muestra en el programa de Comunidad Terapéutica HAIZE-GAIN, es de una media de 487,15 días, una desviación media de 307,09 y un intervalo de entre 66 y 1425 días de tratamiento.

En la fase de Admisión-Diagnóstico, la media es de 71,93 días, con un intervalo de entre 4 y 750 días y una desviación de 66,26.

El tiempo de estancia en la fase de Residencial-Internamiento, es de una media de 244,11 días, una desviación de 121,21 y un intervalo de entre 33 y 474 días. 79 residentes (47,6%) finalizaron esta fase.

De los 87 residentes (52,4%) que no finalizaron la fase de Residencial-Internamiento, 36 (21,7%) iniciaron la fase de Seguimiento-Reinserción, ya que esta posibilidad se permitía antes de 1988 en el Programa.

Han pasado por la fase de Seguimiento-Reinserción, un total de 115 residentes (69,3%) con un tiempo de estancia media de 249,17 días, siendo la desviación 204,17 y el intervalo de entre 3 y 998 días. De esos 115, 47 residentes (40,8% y 28,3% del total) lo han finalizado, 59 residentes (51,3%) no finalizaron esta fase, y 9 asistidos (7,8%) continúan en tratamiento en el momento de la recogida de datos.

En la TABLA Nº 5 se halla dividido por trimestres el período total de estancia de los residentes en el Programa de HAIZE-GAIN, así como en sus tres fases (Admisión, Residencial y Reinserción), Se exponen también el número de asistidos por tiempo total y los porcentajes parciales y acumulados.

TABLA Nº5 Período de estancia total y por fases en el Programa HAIZE-GAIN de los residentes medido en intervalos de tres meses.

Tiempo de estancia	Fases del programa				
	Admisión	Residencial	Reinserción	Total	Total acumu.
hasta 3 meses	121 72,9%	26 15,7%	35 30,4%	5 3%	5 3%
4-6 meses	44 26,5%	31 18,6%	14 12,2%	24 14,5%	29 17,5%
7-9 meses	1 0,6%	35 21%	15 13%	29 17,5%	58 35%
10-12 meses	0	33 19,8%	17 14,8%	13 7,8%	71 42,8%
13-15 meses	0	39 23,5%	19 16,5%	16 9,6%	87 52,4%
16-18 meses	0	2 1,2%	9 7,8%	10 6%	97 58,4%
19-21 meses	0	0	2 1,7%	13 7,8%	110 66,2%
22-24 meses	0	0	1 0,9%	11 6,6%	121 72,8%
25-27 meses	0	0	0	16 9,6%	137 82,4%
28-30 meses	0	0	1 0,9%	15 9%	152 91,4%
31-33 meses	0	0	1 0,9%	5 3%	157 94,4%
34-36 meses	0	0	1 0,9%	3 1,8%	160 96,2%
37 o más meses	0	0	0	6 3,6%	166% 100%
	166 100%	166 100%	115 100%	166 100%	

En el tipo de finalización del tratamiento encontramos varias posibilidades: Nos falta la información de un residente, de los 165 restantes 48 (29,2 %) han completado el tratamiento 25 de ellos (15,2%), con algún consumo a lo largo del tratamiento, 9 (5,4%) fueron derivados a otros tratamientos 6 de ellos (3,6%) a tratamiento ambulatorio dentro de la asociación AGIPAD; de los otros tres uno ingresó en otra Comunidad Terapéutica y los otros dos en centros ambulatorios. 21 residentes fueron excluidos (12,7%), y 75 (45,4%) abandonaron. Durante el tratamiento falleció uno de los residentes (0,6%), y 9 asistidos (5,4%) continúan en la actualidad en "HAIZE-GAIN", dos residentes más (1,2%) presentan otro tipo de finalización no incluida en las anteriores.

En la TABLA N° 6 se puede apreciar a lo largo de los 10 años del tratamiento el tipo de finalización que han ido siguiendo los diferentes asistidos en cada año de vida del Programa. Dentro del tipo de finalización hemos establecido tres categorías, en la primera columna se sitúan los residentes que han finalizado el programa completo y los que, de común acuerdo con el equipo terapéutico, han sido derivados a otros tratamientos. La segunda categoría la componen individuos que, o bien han abandonado o bien han sido excluidos del mismo. Y tenemos una tercera categoría con asistidos que no se incluyen en las anteriores, entre ellos residentes que continúan en tratamiento o que han fallecido en él.

TABLA N°6 Tipo de finalización del tratamiento de los residentes en función del año de ingreso.

Año de ingreso	Tipo de finalización						
	Tratamiento completo-derivación		Abandono-exclusión		Otros		
SEP 82-83	7	50%	7	50%	0		14 8,5%
SEP 83-84	4	28,6%	10	71,4%	0		14 8,5%
SEP 84-85	2	16,7%	10	83,3%	0		12 7,3%
SEP 85-86	6	31,6%	11	57,9%	2	10,5%	19 11,5%
SEP 86-87	4	28,6%	10	71,4%	0		14 8,5%
SEP 87-88	3	21,4%	14	78,6%	0		17 10,3%
SEP 88-89	9	60%	5	33,%3	1	6,7%	15 9,1%
SEP 89-90	11	57,9	8	42,1%	0		19 11,5%
SEP 90-91	9	45%	11	55%	0		20 12,1%
SEP 91-92	2	9,5%	10	47,6%	9	42,8%	21 12,7%
	57	34,5%	96	58,2%	12	7,3%	165 100%

Se produjeron reingresos de residentes en el programa en 20 casos (12%).

Según opinión de los terapeutas de referencia, 87 residentes (52,4%) obtuvieron un buen apoyo de sus padres durante el tratamiento, en 58 casos (34,9%) uno de los padres no participó en proceso terapéutico y en 21 casos (12,7%) padre y madre se resistieron a colaborar.

Los terapeutas de referencia emitieron una opinión sobre la adaptación al programa de 161 residentes, de los cuales 40 (24,1%) se adaptaron bien desde el principio al tratamiento, en 70 casos (42,2%) les costó adaptarse al principio pero acabaron haciéndolo, y 51 asistidos (30,7%) nunca se terminaron de adaptar.

En cuanto a la problemática judicial que presentaban los asistidos al iniciar el tratamiento tenemos que de 165 residentes, 109 (66,1%) nunca tuvieron problemas con la justicia en el momento de la admisión, 6 (3,6%) tuvieron problemas en alguna ocasión pero ya no los tienen y 50 (30,3%) tenían algún juicio o condena pendiente en el momento de la admisión al programa. 32 asistidos (19,4%) cumplían pena alternativa en tratamiento.

Los terapeutas de referencia realizaron un pronóstico sobre el nivel de consumo de diferentes sustancias que los residentes tendrían un año después de salir del centro (TABLA Nº 7) y en caso de haber pasado más tiempo, el nivel de consumo que podían tener en la actualidad (TABLA Nº 8). Si tenemos en cuenta que la frecuencia en el consumo la codificamos como:

1.- Nunca.
2.- 1 ó 2 veces/mes
3.- 1 ó 2 veces/semana
4.- Más de 2 veces/semana
5.- Diariamente

Podremos interpretar con facilidad las TABLAS Nº 7 y Nº 8

TABLA Nº 7 Valoración pronóstico de los terapeutas sobre el consumo de los asistidos en los doce meses posteriores al tratamiento

SUSTANCIA	FRECUENCIA DEL CONSUMO					
	1	2	3	4	5	N
Heroína u opiáceos	43 28,5%	30 19,9%	15 9,9%	29 17,2%	34 22,5%	151
Cocaína, anfetaminas	47 35,3%	53 39,8%	19 14,3%	9 6,8%	5 3,8%	133
Alcohol	3 2%	24 16,3%	39 26,5%	36 24,5%	45 30,6%	147
Porros	8 5,3%	31 20,7%	23 15,3%	42 30,7%	46 30,7%	150
Alucinógenos	99 90%	11 10%	0	0	0	110
Sedantes	83 75,5%	22 20%	4 3,6%	0	1 0,9%	110

TABLA Nº 8 Valoración pronóstico de los terapeutas sobre el consumo de los asistidos en la actualidad

SUSTANCIA	FRECUENCIA DEL CONSUMO					
	1	2	3	4	5	N
Heroína u opiáceos	84 57,9%	24 16,6%	16 11%	16 11%	5 3,4%	145
Cocaína, anfetaminas	80 60,2%	31 23,3%	15 11,3%	4 3%	3 2,3%	133
Alcohol	9 6,5%	23 16,5%	39 28,1%	48 34,5%	20 14,4%	139
Porros	21 14,9%	40 28,4%	26 18,4%	34 24,1%	24 14,2%	141
Alucinógenos	101 92,7%	6 5,5%	1 0,9%	1 0,9%	0	109
Sedantes	85 79,4%	16 15%	4 3,7%	0	2 1,9%	107

4-2.- DESCRIPCION DE LOS 69 RESIDENTES QUE REALIZAN EL SEGUIMIENTO

4.2.1.- Características sociodemográficas

La media de edad actual de los 69 residentes que han contestado el cuestionario es de 29,35 años con una desviación de 2,55 y un rango que va desde 24 hasta 34 años.

Hay 60 varones (87%) y 9 mujeres (13%). 28 asistidos (40,5%) están casados o con pareja estable, un asistido viudo y otro separado, el resto (39, 56,5%) son solteros. En 53 casos (76,8%) no tienen ningún hijo, 15 (21,7) tienen un hijo, y uno de los asistidos tiene dos (1,4%). De los 69 residentes, 39 (56,5%) conviven con la familia de origen, 12 (17,4%) viven con su propia pareja e hijos, 9 (13%) viven con su pareja únicamente, 4 (5,8%) viven solos, 4 más con amigos y uno vive en una situación inestable (1,4). De 67 residentes que contestaron si estaban satisfechos con la situación anterior, 38 (57,6%) contestaron que sí, manifestando los otros 28 su insatisfacción.

De los 69 ex-residentes, 4 no tenían estudios (5,8%); 19 (27,5%) no habían terminado la EGB; 21 (30,4%) aprobaron el Graduado Escolar; 18 (26,1%) habían realizado algún curso de BUP, FP o REM; 6 (8,7%) habían hecho COU; y sólo uno tenía estudios universitarios (1,4%).

De los 69 residentes que contestaron el cuestionario, 35 (50,7%) trabajaban, pero sólo 25 (36,2%) ganaban lo suficiente para mantenerse, éstos llevaban trabajando un rango de 60 a 2250 días con una media de 932,4 días y una desviación de 671,2 de este grupo sólo el 11,1% buscaban un trabajo mejor. Los que no ganaban suficiente para mantenerse, llevaban una media de 590,6 días trabajando y una desviación de 518,68, siendo el intervalo de entre 15 y 1465, y 9 de ellos (90%), han buscado un trabajo mejor en los dos últimos meses.

24 (40,7%) de los asistidos que contestaron a esta pregunta no estaban trabajando en la actualidad llevando entre 30 y 2160 días sin trabajar con una media de 523,04 días, de ellos sólo 12 (50%) han buscado trabajo en los dos últimos meses.

Del total de asistidos que contestaron a las preguntas sobre el área laboral (67), 26 (38,8%) estaban satisfechos con su situación laboral frente a 41 (61,2%) que se mostraban insatisfechos.

La situación judicial de los que contestaron al cuestionario era la siguiente: 22 (31,9%) no habían tenido ningún problema hasta la fecha, 29 (42%) tuvieron problemas en alguna ocasión pero ya no tienen ninguno, 6 (8,7%) tienen juicios pendientes, 9 (13%) están en libertad condicional y 3 (4,3%) en prisión.

Respecto a la infección por VIH, contestaron 62 asistidos de los cuales, 26 (41,9%) presentan anticuerpos en la actualidad, y 7 (28% de los infectados) están tomando medicación para los síntomas del SIDA.

De 65 residentes 30 (46,2%) presentaban anticuerpos de Hepatitis B, C o Delta; dos (3,1%) tuvieron tuberculosis, y 4 (6,2%) enfermedades de transmisión sexual, 11 (16,9%) padecían enfermedades bucodentales.

Si tenemos en cuenta que 7 de los 69 asistidos que contestaron el cuestionario de seguimiento, continuaban en el programa en HAIZE-GAIN, 28 residentes sobre 62 (45,1%), han realizado un total de 54 tratamientos posteriores al de HAIZE-GAIN. De estos 28 residentes 15 (53,6%) estuvieron sólo una vez en tratamiento, 5 asistidos (17,9%) estuvieron 2 veces, y otros 5 (17,9%) tres veces, por último tres asistidos (10,7%) estuvieron cinco veces en tratamiento.

Antes de interpretar la TABLA Nº 9 debemos tener en cuenta que hay residentes que han estado más de una vez en el mismo tratamiento, y en más de un tratamiento diferente. Teniendo en cuenta esto, en la primera columna el número total de inicios de tratamiento (54), es mayor que el número de asistidos que han realizado cada programa (43), y este total a su vez es mayor que el total de residentes que han realizado algún tratamiento (28).

TABLA Nº 9 Tratamientos posteriores al de HAIZE-GAIN realizados por los 28 asistidos.

TIPO DE TRATAMIENTO	Nº total de inicios de tratamiento		Número de Ss que han realizado cada tratamiento		Número de sujetos que han realizado algún tratamiento
Naltrexona	9	16,7%	7	16,3%	28
Tratamiento Ambulatorio	18	33,3%	11	25,6%	
Comunidad Terapéutica	13	24,1%	11	25,6%	
Proyecto Hombre	5	9,3%	5	11,6%	
Mantenimiento con Metadona	2	3,7%	2	4,6%	
Desintoxicación	7	12,9	7	14,3%	
TOTAL	54	100%	43	100%	

Como hemos mencionado anteriormente 7 residentes (10,1%) de los que contestaron al cuestionario se encontraban todavía en tratamiento en HAIZE-GAIN. En ese momento se encontraban en otros tratamientos diferentes al de HAIZE-GAIN 15 asistidos (21,7%), y otros 47 (68,1%) no estaban en ningún tipo de programa. De 15 asistidos que estaban en tratamiento en otros centros se conoce el tipo de centro en 14 casos: uno estaba en tratamiento con naltrexona, 5 en tratamiento ambulatorio, 2 en Comunidad Terapéutica, 4 en Proyecto Hombre, y 2 más en mantenimiento con metadona. El tiempo que llevan estos asistidos en tratamiento es de una media de 8,29 y un intervalo de un mes y 36 meses.

En la TABLA N°10 hemos dicotomizado las variables "tratamientos anteriores" y "tratamientos posteriores" a HAIZE- GAIN en: ausencia y presencia, obteniendo una correlación positiva de 0,4021 estadísticamente significativa con un $p<0,001$.

TABLA Nº 10 Relación entre los tratamientos iniciados por los residentes, antes y después del ingreso en el programa HAIZE-GAIN.

TRATAMIENTOS POSTERIORES A HAIZE-GAIN	TRATAMIENTOS ANTERIORES A HAIZE-GAIN					
	SI		NO			
SI	24	38,7%	4	6,5	28	45,2%
NO	16	25,8%	18	29%	34	54,8%
	40	64,5%	22	35,5%	62	100%

4.2.2.- Adecuación del pronóstico de los terapeutas sobre el consumo de los asistidos

Vamos a analizar en este apartado el grado de correlación que existe entre el pronóstico de los terapeutas y el consumo de diferentes sustancias por parte de los asistidos que contestaron a la ficha de seguimiento y habían finalizado el tratamiento (N=62), tanto en el año posterior al programa como en los dos últimos meses.

Comenzando por los doce meses posteriores al tratamiento tenemos en las tablas Nº 11 y Nº 12 las previsiones de los terapeutas, y el consumo informado por los expacientes.

TABLA Nº11 Valoración pronóstico de los terapeutas sobre el consumo de los asistidos en los doce meses posteriores al tratamiento.

SUSTANCIA	FRECUENCIA DEL CONSUMO					
	1	2	3	4	5	N
Heroína u opiáceos	26 43,3%	12 20%	7 11,7%	9 15%	6 10,5%	60
Cocaína, anfetaminas	28 50%	19 33,9%	6 10,7%	2 3,6%	1 1,8%	56
Alcohol	2 3,4%	8 13,6%	23 39%	13 22%	13 22%	59
Porros	5 8,3%	17 28,3%	12 20%	13 21,7%	13 21,7%	60
Alucinógenos	43 89,6%	5 10,4%	0	0	0	48
Sedantes	41 83,7%	7 14,3%	0	0	1 2%	49

TABLA Nº12 Consumo manifestado por los asistidos en la actualidad sobre los doce meses posteriores al tratamiento.

SUSTANCIA	FRECUENCIA DEL CONSUMO					
	1	2	3	4	5	N
Heroína u opiáceos	30 50%	11 18,3%	6 10%	2 3,3%	11 18,3%	60
Cocaína, anfetaminas	43 74,1%	9 15,5%	3 5,2%	3 5,2	0	58
Alcohol	17 28,3%	15 25%	10 16,7%	8 13,3%	10 16,7%	60
Porros	27 45%	5 8,3%	7 11,7%	9 15%	12 20%	60
Alucinógenos	59 98,3%	1 1,7%	0	0	0	60
Sedantes	47 78,3%	1 1,7%	3 5%	4 6,7	5 8,5%	60

En las tablas Nº 13 y Nº 14 aparecen los datos sobre el pronóstico de los terapeutas sobre el consumo de los asistidos en la actualidad y el consumo real en los dos últimos meses.

TABLA Nº13 Valoración pronóstico de los terapeutas sobre el consumo de los asistidos en la actualidad

SUSTANCIA	FRECUENCIA DEL CONSUMO					
	1	2	3	4	5	N
Heroína u opiáceos	41 67,2%	10 16,4%	6 9,8%	4 6,6%	0	61
Cocaína, anfetaminas	38 69,1%	12 21,8%	4 7,3%	0	1 1,8%	55
Alcohol	3 5,2%	7 12,1%	24 41,4%	15 25,9%	9 15,5%	58
Porros	9 15,3%	20 33,9%	11 18,6%	14 23,7%	5 8,5%	59
Alucinógenos	45 95,7%	0	1 2,1%	1 2,1%	0	47
Sedantes	41 87,2%	3 6,4%	1 2,1%	0	2 4,3%	47

TABLA Nº 14 Consumo actual manifestado por los asistidos en los dos últimos meses.

SUSTANCIA	FRECUENCIA DEL CONSUMO					
	1	2	3	4	5	N
Heroína u opiáceos	45 73,8%	6 9,8%	4 6,6%	1 1,6%	5 8,2%	61
Cocaína, anfetaminas	54 90%	5 8,3%	1 1,7%	0	0	60
Alcohol	20 33,3%	14 23,3%	11 18,3%	8 13,3%	7 11,7%	60
Porros	34 56,7%	7 11,7%	4 6,7%	6 10%	9 15%	60
Alucinógenos	60 100%	0	0	0	0	60
Sedantes	51 85%	3 5%	1 1,7%	0	5 8,3%	60

De 53 casos en los que pudimos extraer las razones del consumo en los 12 meses posteriores al tratamiento 8 de ellos (15,1%) lo hacen por falta de adaptación, 32 (60,3%) informan que no tienen ningún motivo aparente, 2 (3,8%) lo hacen por problemas familiares, 3 (5,6%) lo hacen por falta de madurez, 3 por falta de motivación, 3 más por problemas en el programa. Un asistido (1,9%) dice consumir por sentirse confuso, y otro más por no ser consciente del problema.

Para obtener una idea más aproximada del ajuste entre el pronóstico de los terapeutas y el consumo real de los asistidos caso por caso hemos elaborado las TABLAS N°15 y N° 16 donde se expresa las diferencias, en términos absolutos, entre las puntuaciones asignadas por los terapeutas y las reportadas por los propios residentes. Recordamos que las puntuaciones posibles en ambos casos son:

1 = Nunca.
2 = 1 ó 2 veces/mes
3 = 1 ó 2 veces/semana
4 = Más de 2 veces/semana
5 = Diariamente

Teniendo en cuenta esto obtendremos lo que vamos a llamar "grado de desajuste", que será una puntuación de entre 0 y 4. Cuando el grado sea 0 nos encontraremos ante un acierto exacto en el pronóstico, si el grado es 1 el pronóstico será muy aproximado, alejándose a medida que el grado es más alto hasta 4 que es el pronóstico más alejado del consumo real.

En la última columna de las TABLAS N° 15 y N° 16 se muestra la media de las diferencias, de forma relativa, para apreciar el grado y el signo de la aproximación. Es decir, cuanto más se aproxime a cero la puntuación, más acertado será el pronóstico de los terapeutas respecto a esa sustancia. Si el signo es positivo, el consumo de los residentes será menos frecuente que el que pronostiquen los terapeutas, y si es negativo, los residentes consumirán con más frecuencia.

TABLA Nº 15 Diferencia en términos absolutos entre la puntuación pronosticada por los terapeutas y el consumo real informado por los asistidos en las diferentes sustancias, en los 12 meses posteriores al tratamiento.

SUSTANCIA	GRADO DE DESAJUSTE DEL PRONÓSTICO					N	MEDIAS GRADO
		1	2	3	4		
Heroína u opiáceos	26 44,8%	18 31%	9 15,5%	4 6,9%	1 1,7%	58	0,172
Cocaína, anfetam.	28 52,8%	16 30,2%	5 9,4%	4 7,5%	0	53	0,377
Alcohol	10 17,2%	22 37,9%	14 24,1%	9 15,5%	3 5,2%	58	0,914
Porros	12 20,7%	21 36,2%	15 25,9%	7 12,1%	3 5,2%	58	0,690
Alucinógenos	42 89,4%	5 10,6	0	0	0	47	0,106
Sedantes	38 79,2%	5 10,4%	1 2,1%	2 4,2%	2 4,2%	48	-0,271

TABLA Nº 16 Diferencia en términos absolutos entre la puntuación pronosticada por los terapeutas y el consumo real informado por los asistidos en las diferentes sustancias, en los 2 últimos meses.

SUSTANCIA	PRONÓSTICO DEL CONSUMO					N	MEDIA GRADOS
	0	1	2	3	4		
Heroína u opiáceos	34 56,7%	12 20%	6 10%	7 11,7%	1 1,7%	60	-0,050
Cocaína, anfetam.	34 64,2%	13 24,5%	5 8,1%	0	1 1,6%	53	0,321
Alcohol	11 19,6%	18 32,1%	20 35,7%	6 10,7%	1 1,8%	56	0,893
Porros	11 19,3%	20 35,1%	14 24,6%	9 15,8%	3 5,3%	57	0,579
Alucinógenos	44 95,7%	0	1 2,2%	1 2,2%	0	46	0,109
Sedantes	36 80%	4 8,9%	1 2,2%	1 2,2%	3 6,7%	45	-0,111

En la actualidad 26 asistidos de 66 siguen consumiendo alguna droga según su criterio, de ellos 16 consumen heroína. Tres de ellos (11,5%) lo hacen por falta de adaptación, dos (7,7%) no tienen ningún motivo aparente, 6 (23,1%) lo hacen porque les gusta, y para pasar la vida lo mejor posible, 4 (15,4%) no consideran que sea consumo, uno (3,8%) lo hace por falta de madurez y otro porque no encuentra trabajo, dos (7,7%) lo hacen por ansiedad, 3 (11,1%) por falta de motivación, 3 más para sobrellevar mejor los problemas, y uno por aburrimiento y rutina.

Estos individuos que consumen al autocalificarse lo hacen de la forma siguiente: sólo un residente (3,8%) se califica como "soy un desastre no tengo remedio", 14 (50%) dicen que están bien como están, 8 (28,6%) que algún día lo conseguirán, que tienen esperanzas de dejar el consumo, y los otros 5 (17,9%) señalan otras razones.

4.2.3.- Valoración del tratamiento por parte de los residentes asistidos

Vamos a exponer a continuación, desde la TABLA Nº 17 a la Nº 21, la valoración que los ex-residentes hacen sobre diferentes aspectos de las tres fases del Programa de Comunidad Terapéutica HAIZE-GAIN (TABLAS Nº 17, Nº18 y Nº19). Aparecen el número total de residentes que contestan y el número y porcentaje de respuestas afirmativas.

TABLA Nº17 Valoración de la fase Admisión-Diagnóstico por parte de los residentes.

VALORACIÓN EN ADMISIÓN-DIAGNÓSTICO	Respuesta afirmativa	Total
-Considero importante la participación de mis padres o familiares en esta fase	66 97,1%	68
-Considero que el número de entrevistas era el adecuado	56 84,8%	66
-Me sirvió la organización del tiempo en el plan diario	50 74,6%	67
- Me fue difícil mantenerme sin consumir drogas durante esta fase	49 72,1%	68
-A mi juicio era necesario el control de orina	53 80,3%	66

TABLA Nº18 Valoración del Programa de Residencial- Internamiento por parte de los residentes.

VALORACIÓN DE RESIDENCIAL-INTERNAMIENTO	Respuesta afirmativa		Total de sujetos
-Cree que el tiempo de tratamiento es idóneo.	49	75,4%	65
-Si no lo es, ¿debería ser más largo?.	12	75%	16
-¿Es adecuado el entorno físico de Comunidad para cubrir necesidades?.	64	95,6%	67
-¿Los trabajos realizados en Comunidad eran adecuados?.	56	86,2%	65
-Me sirvieron las terapias de grupo.	47	74,6%	63
-Me sirvieron las terapias individuales.	47	77%	61
-Me sirvieron las asambleas.	59	89,4%	66

TABLA Nº 19 Valoración de la fase Seguimiento-Reinserción por parte de los residentes.

VALORACIÓN DE SEGUIMIENTO-REINSERCIÓN	Respuesta afirmativa		Total de sujetos
-Considero importante la participación de padres o familiares.	44	83%	53
-Me sirve el asesoramiento sobre los recursos sociales existentes.	42	81,5%	53
-Me ha servido la orientación profesional.	40	78,4%	51
-Me ha servido de apoyo las entrevistas.	48	88,9%	54
-A mi juicio es necesario el control de orina.	36	67,9%	53

En la TABLA Nº20 se expone la valoración que hacen los residentes, sobre la utilidad general del Programa HAIZE-GAIN. y en la TABLA Nº 21, por último podemos apreciar la opinión sobre los terapeutas.

TABLA Nº20 Valoración de los residentes, sobre la utilidad general del Programa HAIZE-GAIN.

VALORACIÓN DE LA UTILIDAD GENERAL DEL PROGRAMA	Respuesta afirmativa		Total de sujetos
-Aprender a convivir con los demás.	63	95,5%	66
-Relacionarme mejor con mi familia.	55	83,3%	66
-Aceptar mejor las normas.	60	89,6%	67
-Ser más responsable.	60	89,6%	67
-Ayudar a integrarme en la sociedad	41	67,2%	61
-Realizar un tratamiento fuera del centro.	16	30,8%	52
-Tener mayor conciencia de mis problemas.	62	93,9%	66
-Dejar de consumir heroína.	41	66,1%	62
-Consumir menos heroína.	27	61,4%	44
-Consumir menos otras drogas.	40	71,4%	56
-No cometer delitos.	34	59,6%	57
-Integrarme en el mundo laboral.	31	50%	62
-Tener otras inquietudes.	54	85,7%	63
-Ocupar mejor mi tiempo libre.	47	73,4%	64
-Tener más confianza en mí mismo.	57	86,7%	66
-Estar más a gusto conmigo mismo.	57	87,7%	65
-Sentirme menos solo.	39	62,9%	62
-Sentirme menos deprimido.	41	65,1%	63
-Cuidarme más.	56	84,8%	66

TABLA Nº21 Valoración del equipo terapéutico, por parte de los residentes.

VALORACIÓN DEL EQUIPO TERAPÉUTICO	Respuesta afirmativa	Total de sujetos
-La calidad en la relación fue la adecuada.	53 79,1%	67
-Los profesionales estaban capacitados.	55 93,2%	59

4-3.- RESULTADOS RELACIONADOS CON LAS HIPOTESIS DEL PRONOSTICO

Para las 11 hipótesis del segundo objetivo que consiste en el análisis de las variables que pueden influir en la evolución de los residentes, hemos realizado correlaciones entre estas variables obteniendo los siguientes resultados:

Los residentes más jóvenes no consumieron más heroína durante el tratamiento, pero sí permanecieron menos tiempo en el Programa si bien esta correlación no es alta ($r=0,1852$) ($p<0,05$).

No encontramos diferencias por sexos en cuanto al consumo de heroína durante el tratamiento, pero sí encontramos que las mujeres, estuvieron menos tiempo en el programa con una correlación también baja de -0,1585 ($p<0,05$).

Los residentes con antecedentes de toxicomanía en la familia no consumieron más heroína durante el tratamiento.

Los asistidos con más años de consumo de heroína en el momento de la admisión no tuvieron más consumos durante el programa que el resto.

Los residentes con juicios o condenas pendientes no consumieron más heroína durante el tratamiento que el resto.

Donde sí encontramos una correlación muy alta ($r=0,5469$; $p<0,001$) es entre el nivel de adaptación del residente al programa informado por los terapeutas de referencia y el número de días en tratamiento (hipótesis sexta). Es decir los asistidos que tenían problemas para adaptarse, permanecían menos tiempo que los que se adaptaban mejor, confirmándose así la hipótesis.

Si pasamos a analizar las hipótesis del seguimiento confirmamos también la hipótesis octava, ya que los residentes que permanecían más días en tratamiento informaban de una mayor mejoría en su estado de salud comparando el período de antes y después del

mismo, que los residentes que permanecían menos tiempo en el programa. La correlación encontrada fue de -0,291 con un $p<0,05$.

En la hipótesis nueve, no encontramos correlación significativa entre el número de días en tratamiento y el consumo de heroína en la actualidad, pero sí encontramos correlación estadísticamente significativa ($r=-0,3202$; $p<0,05$) cuando analizamos el consumo en los doce meses posteriores al programa. Es decir, los residentes que permanecían menos tiempo en tratamiento, consumían con más frecuencia heroína en el año después del tratamiento, que los residentes que permanecían más tiempo.

No encontramos confirmación de la hipótesis diez, ya que no había correlación estadísticamente significativa entre la razón de finalización del tratamiento y el consumo de heroína después del mismo.

Tampoco se confirma la hipótesis once. No encontramos diferencias en la incidencia del VIH en el seguimiento en función del año de ingreso del residente en el tratamiento.

Hemos encontrado correlaciones estadísticamente significativas entre otras variables no expuestas en las hipótesis.

Encontramos que los asistidos que no realizaron el seguimiento tenían más edad que los que no ($r=-0,1577$; $p<0,05$). Eran huérfanos de padre con más frecuencia ($r=0,2026$; $p<0,01$), y se adaptaban al tratamiento con más dificultad ($r=0,2802$; $p<0,001$).

También pudimos apreciar tres variables que correlacionaban significativamente con la variable consumo de heroína un año después del programa. Los residentes que consumían heroína eran en mayor medida mujeres ($r=-0,3547$; $p<0,01$); Había menos portadores de VIH en este grupo, que en el que no consumía ($r=0,2486$; $p<0,05$); y se adaptaban peor al tratamiento ($r=- 0,2866$; $p<0,05$).

Encontramos también una correlación alta ($r=-0,3358$; $p<0,001$) entre la adaptación del residente al tratamiento y la razón de finalización. Los abandonos y exclusiones eran más numerosos cuando el asistido no se adaptaba. También observamos una correlación ($r=-0,2378$; $p<0,01$) entre el apoyo de la familia y el tiempo de estancia del residente en tratamiento, a más apoyo menos tiempo de estancia.

Por último encontramos una correlación entre el hecho de ser portador de VIH y el tiempo de estancia en el programa ($r=- 0,1716$; $p<0,05$). Así los asistidos con VIH negativo tendían a estar menos tiempo en tratamiento.

Debido a que algunas correlaciones son débiles, y que profundizaremos en los análisis estadísticos en futuras fases de esta investigación, los resultados deben interpretarse con cautela.

CAPITULO QUINTO: DISCUSION-CONCLUSIONES

El primer punto a destacar es el alto grado de participación de la muestra en el seguimiento (71,9% de los localizados) y la buena disposición en general de las personas que han participado en el estudio a pesar de que el método de recogida de información por correo es el que menos éxito suele tener.

Dentro de las características de los asistidos que cumplen las condiciones de la muestra, destacan el número de hermanos que componen la familia del heroinómano, con una media de 3,57. También resaltamos el alto índice de huérfanos de padre entre los pacientes (14,2%). Todo esto unido a un alto porcentaje de familias con antecedentes de toxicomanía (42,1%) y psicopatológicos (31,9%), nos proporciona indicios para hipotetizar sobre el deterioro familiar del núcleo de referencia del drogodependiente, en casi la mitad de los casos.

Los datos comparados de algunas características generales que aparecen en la TABLA Nº 22 entre los asistidos de la muestra que iniciaron tratamiento y los que colaboraron en el seguimiento, apuntan hacia una "normalización", ya que podemos apreciar que aumenta significativamente el porcentaje de asistidos casados o con pareja estable, con hijos, emancipados de su familia nuclear y con trabajo, siendo solo un 8,2% los residentes que han consumido heroína a diario en los dos últimos meses. Aunque no podemos suponer que todo el mérito se deba al tratamiento ya que el paso del tiempo y la maduración de las personas que dan los años juegan un papel muy importante, pero para algunos parece que se ha movido algo que le permite salir del círculo de la dependencia a una mayor autonomización.

TABLA Nº 22 Características sociodemográficas de los asistidos de la muestra al inicio del tratamiento y de los que realizan el seguimiento, expresadas en porcentajes.

	166 sujetos	69 sujetos
Media de edad	23,61	29,35
% de varones	83,1 %	87 %
% de casados o con pareja estable	7,4 %	40,5 %
% de sujetos con hijos	5,5 %	23,1 %
% de pacientes que viven con la familia de origen	90,9 %	56,5 %
% de sujetos que trabajan	25,3 %	50,7 %

Sin embargo hemos encontrado otros factores que entorpecen o interrumpen ese proceso de normalización. Uno de los más importantes es la incidencia de VIH en los asistidos del seguimiento, donde hemos encontrado un empeoramiento de salud debido a este problema. Es significativo que el 69,6 % de los residentes fallecidos a lo largo del seguimiento sea por SIDA, y teniendo en cuenta que el 41,9% de los asistidos del seguimiento tiene anticuerpos VIH, es de esperar que el porcentaje de fallecidos por esta enfermedad aumente con el tiempo.

Después del tratamiento de HAIZE-GAIN, un 13,3% de los residentes, que no habían tenido ningún problema con la ley (detención, juicio, condena o encarcelamiento), lo tienen por primera vez, pero también es cierto que el porcentaje de residentes que al inicio del programa tenían problemas pendientes (38,2%), ha disminuido al 26,1% en la actualidad. Esta disminución se produce sobre todo en el número de asistidos con juicios pendientes, ya que por otra parte, el porcentaje de individuos en libertad condicional o en prisión aumenta del 12% al 17,3%.

Por lo tanto y como conclusión, parece ser que disminuye el porcentaje de residentes con problemas pendientes, pero aumenta la gravedad de estos problemas.

Con esta conclusión coinciden algunos estudios (Sánchez- Carbonell, Brigos y Camí, 1989) esto podría ser debido a la lentitud de procesos judiciales en España que llevan un cierto retraso respecto a la reinserción de los drogodependientes en otros aspectos.

Es interesante relacionar los tratamientos realizados por los asistidos del seguimiento, antes y después de pasar por el programa. Esta relación se puede establecer de forma más gráfica en la TABLA Nº 10. Podemos apreciar el porcentaje alto de residentes que inician tratamiento antes de HAIZE-GAIN (64,5%) y que este porcentaje disminuye cuando analizamos asistidos que han iniciado tratamientos posteriores (45,2%). Pero lo más interesante es la forma en la que se reparten estos porcentajes: se puede apreciar que si un residente ha realizado algún tratamiento anterior, la probabilidad de que vuelva a iniciar otro después es del 60%, sin embargo si no ha realizado tratamientos antes, la probabilidad de que lo inicie después baja a casi la mitad 18,2%.

Esto nos hace pensar en un tipo de residente asistido que necesita estar de forma constante en tratamiento para su problema de drogodependencia, o en el perfil de un "consumidor crónico de tratamientos".

Si comparamos el número de veces que los residentes inician los diferentes tipos de programas, antes y después de la estancia en HAIZE-GAIN (TABLAS Nº 3 y Nº 9), observamos que los porcentajes se mantienen en el Tratamiento Ambulatorio, Proyecto Hombre y Mantenimiento con Metadona, disminuyendo los tratamientos de desintoxicación y desapareciendo los de El Patriarca y Tilitrate, y aumentando muy significativamente el de Naltrexona (de 4,8% a 16,7%) y sobre todo el de Comunidad Terapéutica (de 3,6% a 24,1%), porcentaje en el que recordamos no se incluye el trata-

tratamiento de HAIZE-GAIN. Este espectacular incremento nos hace pensar, en que un número importante de los asistidos que prueban un tratamiento de Comunidad Terapéutica, parecen preferir con posterioridad este tipo de programas.

Cuando comparamos el consumo que los residentes del seguimiento hacen de las diferentes sustancias, en el año posterior al tratamiento y en la actualidad (TABLAS N°12 y N° 14), observamos que hay un descenso generalizado en el consumo de todas las sustancias, y especialmente en el consumo de heroína, ya que el porcentaje de abstinentes pasa de un 50% a un 73,8% en la actualidad y el porcentaje de asistidos que consumen a diario en los dos períodos pasa de un 18,3% a un 8,2%. Parece ser que a través del programa se ha logrado transmitir una "conciencia de riesgo" del consumo de heroína. La única sustancia que no experimenta un descenso claro en el consumo es el alcohol.

Ahora vamos a analizar el grado de ajuste entre la valoración pronóstico del terapeuta, y el consumo de las diferentes sustancias informada por los ex-residentes después del tratamiento y en la actualidad. Atendiendo a las TABLAS N° 15 y N° 16 donde se expresa este grado de ajuste tenemos que el mayor desajuste entre el pronóstico y el consumo se da en el alcohol (0,914 y 0,893 de media) pensando los terapeutas que el consumo va a ser bastante más frecuente de lo que es en realidad. Sin duda el pronóstico más ajustado, y por lo tanto en el que el desajuste se acerca más a 0, es el de consumo de heroína en los dos períodos (0,172 y -0,050 de media), donde se acertó con exactitud la frecuencia del consumo en el 44,8% y el 56,7% respectivamente.

El pronóstico de los terapeutas se ajusta ligeramente más en la actualidad que en el período inmediatamente posterior al tratamiento, para todas las sustancias. Pero lo cierto es que teniendo en cuenta cada sustancia por separado y comparando cada período, el acierto en el pronóstico es muy similar. Otra cuestión que llama la atención es que los terapeutas son ligeramente pesimistas en casi todos sus pronósticos de consumo, es decir, piensan que los residentes van a consumir más de lo que consumen en realidad en todas las sustancias, salvo en los sedantes donde los asistidos consumen más de lo que esperaban los terapeutas.

La valoración en general de los residentes hacia el tratamiento es positiva. Si analizamos por fases (TABLAS N°17, N°18 y N° 19), en la fase de Admisión-Diagnóstico, un porcentaje especialmente alto de pacientes (97,1%) valoran como positiva la participación de los padres en esta fase, bajando al 83% cuando esta pregunta se hace en la fase de Seguimiento-Reinserción.

En la fase de Residencial-Internamiento, destaca la valoración positiva del entorno físico de Comunidad (95,6%), así como la utilidad de las asambleas (89,4%) y los trabajos realizados (86,2%), también cabe resaltar que de las 16 personas (24,6%) que pensaban que el tiempo de tratamiento no era el idóneo, 12 (75%) opinaban que debería

ser más largo. En la fase última del programa destacan los asistidos el apoyo que reciben de las entrevistas (88,9%), es también importante destacar que el 33,1% de los residentes consideran innecesario el control de orina.

En la sección sobre utilidad general del Programa para los residentes, las preguntas donde más asistidos han contestado de forma positiva han sido: aprender a convivir con los demás (95,5%), tener mayor conciencia de los problemas (93,9%), aceptar mejor las normas (89,6%), ser más responsable (89,6%). También se puede destacar que al 30% de los asistidos, el Tratamiento les sirvió para realizar un tratamiento fuera del centro, al 50% para integrarse en el mundo laboral, y al 59,6% para no cometer delitos.

En cuanto a la valoración del equipo, el 93,2% de los residentes pensaban que los profesionales estaban capacitados y el 79,1% pensaron que la calidad de la relación fue adecuada.

Esta mejoría general que experimentan los residentes en la mayor parte de las áreas estudiadas, es probable que no se deba sólo al tratamiento, pero sí parece que los asistidos han entrado en una dinámica de cambio que incluye, autonomía, independencia y conducta social. La cuestión de hasta qué punto esta "normalización" es debida a la influencia del programa o a una "maduración natural" (Winick, 1964), requiere una profundización que será el objetivo de futuras fases de esta investigación.

BIBLIOGRAFIA

Aiken, L.S. (1986). Retrospective self-reports by clients differ from original reports: Implications for the evaluation of drug treatment programs. *The International Journal of the Addictions, 21 (7), 767-788.*

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic Criteria from DSM-III-R.* Washington: APA.

Bale, R.N., Cabrera, S., & Brown, J. (1977). Folow up evaluation of drug treatment. *American Journal Drug Alcohol Abuse,* 4, 233-249.

Bale, N.R., (1980) Therapeutic Community vs Methadone Maintenance. A Prospective Controlled Study of Narcotic Addiction Treatment Design and On Year Follow-up. *Archieves General of Psychiatri, 37, Febrero.*

Benson, G. (1985). Course and outcome of drug abuse and medical and social conditions in selected young drug abusers. *Acta Psychiatr. Scand., 71, 46-66*

Comas, D., Carrón, J., Hernández, M.I., Nieva, P., & Silva, A. (1992). *Los estudios de seguimiento. Una experiencia metodológica.* Madrid: Fundamentos.

Corty, E., Ball, J.C., & Myers, C.P. (1988). Psychologycal symptoms in methadone maintenance patients: Prevelence and C. over treatment. *Journal of Con. and Clin. Psy.,* 56, (5), 776-777.

Corty, E., & Ball, J.C. (1987). Admissions to methadone maintenance: Comparisons between programs and implications for treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 4, 181-187.

Craddock, S.G., Bray, R.M. & Hubbard, R.L. (1985). *Drug use before and during drug abuse treatment:* 1979-1981 *TOPS admision cohorts.* Research Triangle Institute for the National Institute on Drug Abuse, Nº de la publicación (ADM) 85-1387, Rockville, EEUU.

De Leon, G., & Schwartz, S. (1984). Therapeutic communities: What are the retention rates?. *American Journal drug alcohol abuse,* 10 (2), 167-284.

De Leon, G. (1984). *The therapeutic Community: A study of effectiveness.* National Institute on Drug Abuse Treatment Research Monografic Series, Rockville Maryland.

Dole, V.P., & Joseph, H. (1978). Long-term outcome of patients treated with metadona maintenance. *Annals of the New York Academy of Science,* 311, 181.

Gearing, F.R., & Thompson, F. (1975). *What's good about methadone maintenance afther ten years?".* Proceedings of 2nd National Drug abuse conference, inc. New Orleans, *(Drug abuse - Modern trends, issues and Perspectives* (pp. 645-666) La., 1975).

Greif, G.L, & Porembski, E. (1987). Significant others of I.V. Drug abusers with AIDS: New challenges for drug treatment program. *Journal of Substance abuse Trearment,* 4, 151-155.

Guardia, J., & Gonzalez, S. (1983). Estudio de seguimiento (un año) de adictos a la Heroína" *Revista de Psiquiatria de la Facultad de Medicina de Barcelona,* (10), 357-381.

Guardia, J., Masip, J., & Viladrich, C. (1987). Estudio de seguimientos de adictos a la heroína a los tres años de su admisión a tratamiento. *Comunidad y Drogas,* 3, 61-79.

Hubbard, R.L., Rachal, J.V., Graddock, J.G., & Cavanaugh, E.R. (1984). Trearment Outcome Prospective Study (TOPS): Client characteristics and behaviors before, during and after treatment. In: F.M. Tims, & J.P. Ludford (Eds.), *Drug Abuse Treatment evaluation: strategies, progress and prospects* (pp.42-68). National Institute on Drug Abuse. Research Monograph 51. DHHS Publ. ADM 84-1329.

Joe, G., Singh, B., Lehman,W. , Simpson, D., & Sells, S. (1983). Agency differences in post-treatment outcomes: a follow-up of drug abuse treatment clients. *Internatinal Journal of Addiction,* 18, 523-538.

Joe, G.W., Person P.Jr., Sells, S.B., & Retka, R.L. (1972). An evaluative study of methadone and drug free therapies for opiate addiction. IBR Report N° 72-14. S.B. Sells (Ed.) *Evaluation of Treatment. Ballinger Press, Cambridge. Massachusetts.*

Joe, G.W. (1976). Studies of retention in treatment of drug users in the DARP: 1969-1971 admisions. S.B. Sells (Ed.) *Evaluation of Treatment.* Vol. 1, Chap. 18, Ballinger Press, Cambridge, Massachusetts.

Kosten, R.T., & Rounsaville, B.J. (1986). Psychopathology in opioid addicts. *Psychiatric clinics of north america,* 9 (3), 515-532.

Kosten, T.A., Kosten, T.R. & Rounsaville, B.J. (1989). Personality disorders in opia te addicts show prognostic specificity. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 6, 163-168.

Kosten, T.R., Jalali, B., Hogan, I.K., & Kleber, H.D. (1983). Family denial as a prognostic factor in opiate addict treatment outcome. *The Journal of N. and Mental Disease,* 171 (10), 611-616.

Kosten, T.R., Rounsaville, B.J., & Kleber, H.D. (1986). A 2.5-year follow-up depression, life crises, and treatment effects on abstinence among opioid addicts. *Archieves General of Psychiatry,* 43, 733-738.

Kosten, T.R., Rounsaville, B.J., & Kleber, H.D. (1987). Multidimensionality and prediction of treatment outcome in opioid addicts: 2.5 year follow-up. *Comprehensive psychiatry, 28* (1), 3-13.

LaPorte, D.J., McLellan, A.T., Erdlen, F.R., & Parente, R.J. (1980). Treatment outcome as a function of follow-up difficulty in substance abusers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 49 (1), 112-119.

McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E., & O'brien, C.P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patient. The Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease,* 168, 26-33.

McLellan, A.T., Luborsky, L., O'brien, C.P., Barr, H.L., & Evans, F. (1986). Alcohol and drug abuse treatment in three different populations: Is there improvement and is it predictable?. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse,* 12 (1 & 2), 101-120.

Melgarejo, M., Sanahuja, P. Perez, E., Masferrer, J., Sala, L.I. & Piña, L. (1986). Estudio descriptivo de 431 heroinómanos usuarios del Programa DROSS. *Font informatiu,* 5, Noviembre.

Melgarejo, M., Sanahuja, P., Masferrer, J., Sala, LL., Perez, F., & Piña, L. (1988). Tratamiento de 182 heroinómanos y resultados: Seguimiento a un año (1985-86). *Fons Informatiu,* 13, 1-141.

National Institute on Drug Abuse. (1981). Effectiveness of drug abuse treatment program. *Department of health and Human Services,* Publications nº (ADM) 81-1143.

Nieva,P (1988) *Evolución de centros de tratamiento de la drogodependencia.* Tesis doctoral. UNED. Madrid.

Page, R.C., & Mitchell, S. (1988). The effects of two therapeutic communities on illicit drug users betwen 6 months and 1 year after treatment. *The International Journal of the Addictions,* 23 (6), 591-601.

Research Triangle Institute. (1982). *Intreatment and follow-up estudies. (Treatment outcome prospective study, TOPS).* Data colletions forms. Research Triangle Parck NC: RTI.

Robertson, J.R., Bucknall, A.B.V., Skidmore, C.A., Roberts, J.J.K., & Smith, J.H. (1989). Remision and relapse in heroin users and implications for manegement: Treatment control or risk reduction. *The International Journal of the Addictions,* 24 (3), 229-246.

Rogalski, C.J. (1987). Factor structure of the Addiction Severity Index in an impatient detoxification sample. *The International Journal of the Addictions* 22 (10), 981-992.

Rounsaville, B.J., Dolinsky, Z.S., & Babor, T.F. (1987). Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholism. *Archives of General Psychiatry,* 44, 505-513.

Rounsaville, B.J., Kosten, T.R. & Kleber, H.D. (1986). Long-term changes in current psychiatric diagnoses of traeted opiate addicts. *Comprehensive Psychiatry,* 27 (5), 480-498.

Royo, J. (1990). *Estudio de seguimiento de adictos a la heroína dos años despues de haber finalizado el programa de abstinencia en régimen de ingreso (Comunidad Terapéutica).* II congreso del colegio oficial de psicólogos, (pp. 239-251). Valencia.

Sanchez-Carbonell, J., & Camí, J. (1986). Recuperación de heroinómanos. Definición, criterios y problemas de los estudios de Evaluación y Segumiento. *Medicina Clínica,* 87 (9), 377-382.

Sanchez-Carbonell, J. (1988). Conocimientos y valoración de las medidas y servicios de atención al toxicómano. *Comunidad y Drogas* 8, 9-24.

Sanchez-Carbonell, J., Brigos, B., Camí, J. (1988). Evolución de una muestra de heroinómanos 2 años despues del inicio del tratamiento. (Proyecto EMETYST). *Medicina Clínica,* 92, Barcelona.

Sells, S.B. (1974). Studies of effectiveness of treatment for drug abuse. (vol.I). In Sells, S.B. (Ed.), *Evaluation of Treatment.* Ballinger Press, Cambridge. Massachusetts.

Sells, S.B. (1975). The DARP research program and data system. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse,* 2 (1), 1-14.

Sells, S.B., & Simpson, D.D. (Eds.). (1976a). Evaluation of Treatment outcomes for the 1971-1972 Admision cohort. *In The effectiveness of drug abuse treatment (Vol IV). Ballinger,* Cambridge, Massachusetts.

Sells, S.B., & Simpson, D.D. (1976b). Evaluation of Treatment outcomes for the 1972-1973 Admision cohort. In Sells, S.B., Simpson, D.D. (Eds.), *The effectiveness of drug abuse treatment (Vol V).* Ballinger, Cambridge, Massachusetts.

Sells, S.B., Simpson, D.D., Joe, G.W., Demaree, R.G., Savage, L.J., & Lloyd, M.R. (1976). A national follow-up study to evaluate the effectiveness of drug abuse treatment: A report on cohort 1 of the DARP five years later. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse,* 3 (4), 545-556.

Simpson, D.D. (1979). The relation of time spent in drug abuse treatment to posttreatment outcome. *American Journal of Psychiatry,* 136 (11), 1449-1453.

Simpson, D.D. (1981). Treatment for drug abuse: follow up outcomes and lenght of time spent. *Archives of General Psychiatry,* 38, 875-880.

Simpson, D.D., Curtis, B., & Butler, M.C. (1975). Description of drug users in treatment: 1971-1972 DARP Admissions. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 2 (1), 15-28.

Simpson, D.D., & Sells, S.B. (1982a). Effectiveness of treatment of drug abuse: an overview of the DARP Research Program. *Adv. Alcohol Substance Abuse*, 2 (1), 7-29.

Simpson, D.D., & Sells, S.B. (1982b). *Evaluation of drug abuse treatment effectiveness: summary of DARP, Follow-up research.* DHHS Publication No.(ADM) 82-1194. Washington DC: U.S. Gobernment Printing Office, NIDA.

Sistema Estatal de Indicadores de Toxicomanías SEIT (1992). *"Informe de situación y memoria de actividades"*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Stimmel, M., Goldberg, J., Cohen, M., & Ratkopf, E. (1979). Detoxification for metadone maintenance: risk factors associated with relapse to narcotic use. *Annals of New York Academy of Sciences*, 311, 173-180.

Stimson, G.V., Oppenheimer, E., & Thorley, A. (1978). Seven-year follow-up of heroin addicts: drug use and outcome. *British Medical Journal*, 1, 1190-1192.

Vaillant, G.E. (1966a). A twelve-year follow-up of New York Narcotic addicts: I the relation of treatment to outcome. *American Journal of Psychiatry*, 122, 727-737.

Vaillant, G.E. (1966b). A twelve-year follow-up of New York Narcotic addicts: IV some characteristics and determinants of abstinence. *American Journal of Psychiatry*, 123, 573-585.

Vaillant, G.E. (1973). A twenty-year follow-up of New York Narcotic addicts. *Archieves General of Psychiatry*, 29, 237- 241.

Vaillant, G.E. (1988), What can long-term follow-up teach us about relapse and prevention of relapse in addiction?. *British Journal of Addiction*, 83, 1147-1157.

Wilson, S. (1978). The effect of treatment in a therapeutic community on intravenous drug abuse. *British Journal of Addiction*, 73, 407-411.

Winick, C. (1964). Maturing out of narcotic addiction. *Bulletin on Narcotics*, 16, 1-9.

(ANEXO 1)

INFORMACION DEL CENTRO.

DATOS ANTERIORES AL TRATAMIENTO

Nombre: **Código**.....

Dirección:

A. DATOS PACIENTE EN EL MOMENTO DE REALIZAR DEMANDA EN ADMISiON

Fecha: (primera entrevista de admisión)

1.- Edad (años)

2.- Sexo: 1. - Hombre 2 .- Mujer.

3.- Estado Civil:

1.- Soltero
2.- Casado sin hijos
3.- Casado con hijos
4.- Separado sin hijos
5.- Separado con hijos
6.- Vive con compañía

4.- Padres: Vive el padre: 1.- Si 2.- No

Vive la madre: 1.- Si 2.- No

5.- Nº de hermanos: .....

6.- ¿Con quién vive en el momento de la admisión?

1.- Con pareja e hijos
2.- Con pareja sin hijos
3.- Con los padres
4.- Otros miembros familia
5.- Con amigos
6.- Solo/a
7.- En ambiente institucional controlado
8.- Ninguna situación estable

7.- Estructura familiar:

— Hábitos tóxicos de la familia: 1.- Si, Cuáles.....
2.- No

— Antecedentes psicopatológicos: 1.- Si, Cuáles.....
2.- No.

8.- Estudios realizados:

9.- Ocupación laboral:

10.- Motivo de la consulta:

1.- Presiones familiares
2.- Presiones legales
3.- Cambio de vida
4.- Deterioro de vida.
5.- Pasar el rato
6.- Otros.....

11.- Edad inicio de consumo de la sustancia principal (Heroína)

12.- Problemática judicial:

A) Anteriores:	—Nunca tuvo problemas judiciales	1.- Si	2.- No
	—Tuvo problemas en alguna ocasión	1.- Si	2.- No
	—Estuvo en prisión	1.- Si	2.- No
B) Pendientes:	—Juicios pendientes	1.- Si	2.- No
	—Libertad condicional	1.- Si	2.- No

13.- Situación orgánica:

A) Tiene anticuerpos VIH
1.- Si
2.- No (pasar a la opción C)
3.- No se conoce

B) Está tomando medicación para los Síntomas SIDA 1.- Si 2.- No

C) Tiene otros problemas orgánicos

—Hepatitis	1.- Si	2.- No
—Tuberculosis	1.- Si	2.- No
—Epilepsia	1.- Si	2.- No
—Enfermedades de transmisión sexual	1.- Si	2.- No
—Enfermedades bucodentales	1.- Si	2.- No

14.- Tratamientos anteriores, por problemas de drogas:

	Año	Duración
+ Naltrexona	.....	.....
+ Terapia ambulatoria	.....	.....
+ Comunidad Terapéutica	.....	.....
+ Proyecto Hombre	.....	.....
+ Mantenimiento con Metadona	.....	.....
+ Otros Cuál.....	.....	.....

B. DATOS DURANTE EL TRATAMIENTO DE RESIDENCIAL Y SEGUIMIENTO

1.- Fecha de ingreso en Residencial .....

2.- Fecha de final de Residencial .....

3.- Realizó Seguimiento: 1.- Si 2.- No

4.- Fecha de final de Seguimiento .....

5.- Fecha de final de Tratamiento .....

6.- ¿Ha tenido algún consumo de durante el tratamiento

1.- Si
2.- No
—Señale el número de consumos: (según el siguiente código)

0.- Nunca
1.- Una vez
2.- Esporádicamente
3.- Habitualmente

A.- Heroína
B.- Alcohol
C.- Hachis
D.- Speed
E.- Cocaína
F.- Medicación para dormir
G.- Otras (especificar)

7.- ¿Ocurrió algo, algun acontecimiento relevante, que el paciente considere como causa de que llegase a recaer en el consumo de heroína?

1.- Si Causa.....
2.- No
3.- Se desconoce

8.- Tiempo de tratamiento y tipo de finalización:

Nº total de meses en tratamiento .....
Nº de meses en Comunidad .....
* Finalizó la fase de Comunidad: 1.- Si 2.- No
* Finalizó la fase de Reinserción: 1.- Si 2.- No

※ Razón de la finalización del tratamiento:

1.- Tratamiento completado, no uso de drogas
2.- Tratamiento completado, algún uso de drogas
3.- Alta debido a hospitalización, encarcelamiento, cambio de domicilio, etc.
4.- Transferido a otra modalidad de AGIPAD: - Servicio Ambulatorio

5.- Transferido a otro centro o modalidad no perteneciente a AGIPAD
A) Servicio Ambulatorio de tratamiento
B) Comunidad Terapéutica
C) Centro de día
D) Taller Ocupacional
E) Otros (Especificar)

6.- Expulsión
7.- Abandono
8.- Encarcelado
9.- Fallecido
10.- Otros (especificar...)

9.- Problemática legal durante el tratamiento:

—Nunca tuvo problemas policiales o judiciales	1.- Si	2.- No
—Tuvo problemas en alguna ocasión	1.- Si	2.- No
—Juicios pendientes anteriores que le surgieron	1.- Si	2.- No
—Cumplimiento alternativo de pena durante tto.	1.- Si	2.- No

10.- Apoyo y colaboración familiar en el tratamiento:

1.- Buen apoyo de los padres
2.- Uno de los padres no colabora o se resiste a colaborar
3.- Se resisten a colaborar los dos padres

11.- Incidencias y adaptación al tratamiento por parte del paciente:

1.- Nunca se terminó de adaptar
2.- Le costó adaptarse pero acabó haciéndolo
3.- Buena adaptación desde el principio

Comentarios (reingreso con fechas).....

.....

.....

Valoración pronóstico del terapeuta:

— ¿Con qué frecuencia crees que ha consumido en los 12 meses siguientes a su salida de AGIPAD, y con qué frecuencia crees que consume ahora?

Utilizar el siguiente código de Frecuencia

1.- Nunca
2.- 1 ó 2 veces/mes
3.- 1 ó 2 veces/semana
4.- Más de 2 veces/semana
5.- Diariamente

Sustancia	12 meses	Ahora
— Heroína u opiáceos	.....	.....
— Estimulantes (cocaína)	.....	.....
— Estimulantes (cocaína o anfetaminas)	.....	.....
— Alcohol	.....	.....
— Porros	.....	.....
— Alucinógenos (LSD, etc.)	.....	.....
— Sedantes (pastillas)	.....	.....

(ANEXO 2)

CUESTIONARIO DE OPINION SOBRE EL PROGRAMA DE COMUNIDAD TERAPEUTICA HAIZE-GAIN

Ejemplos de cómo se rellena el cuestionario:

Ejemplo 1

Si usted tiene carnet de conducir y se le hace la siguiente pregunta, contestará de la siguiente forma:

Pregunta N° 1.- ¿Tiene usted carnet de conducir?

1.- Si
2.- No

(Es decir, tachará el número correspondiente a la opción correcta)

Ejemplo 2

Si usted en los 12 últimos meses ha consumido alcohol con frecuencia diaria, porros una o dos veces a la semana, cocaína una o dos veces al mes, y ninguna otra sustancia todo ello mantenido durante al menos un mes de los últimos 12 meses, deberá contestar a la pregunta N° 2 de la siguiente manera:

Pregunta N°2.- ¿Con qué frecuencia consumió en los 12 meses siguientes a su salida de Haize-Gain?: (ponga un número del 1 al 5 detrás de cada sustancia para indicar la frecuencia de consumo, si esta frecuencia se ha mantenido al menos durante un mes a lo largo de esos 12 meses).

Sustancia		Frecuencia
—Heroína u opiáceos	.....1.....	1.-Nunca
—Estimulantes(cocaína o anfetaminas)	.....2.....	2.- 1 ó 2 veces al mes
—Alcohol	.....5.....	3.- 1 ó 2 veces/semana
—Porros	.....3.....	4.- Más de 2 veces/ semana
—Alucinógenos (LSD, etc)	.....1.....	5.- Diariamente
— Sedantes (pastillas)	.....1.....	

A- ¿QUÉ OPINION TIENE USTED SOBRE EL PROGRAMA DE COMUNIDAD TERAPEUTICA DE HAIZE GAIN?

1. Valoración de la fase Admisión-Diagnóstico:

-Considero importante la participación de mis padres o familiares en esta fase	1 -Si	2 -No
-Considero que el número de entrevistas era el adecuado	1 -Si	2 -No
-Me sirvió la organización del tiempo en el plan diario	1 -Si	2 -No
- Me fue difícil mantenerme sin consumir drogas durante esta fase	1 -Si	2 -No
-A mi juicio era necesario el control de orina	1 -Si	2 -No

※ Sugerencias para mejorar esta fase:

.....

.....

2.- Valoración del Programa de Comunidad Terapéutica HAIZE-GAIN:

-Cree que el tiempo de tratamiento es idóneo	1 -Sí	2 -No
-Si usted piensa que el tiempo no es el adecuado, ¿cómo debería ser?	1 - Más largo	2 - Más corto
-¿Era adecuado el entorno físico de Comunidad para cubrir las necesidades?	1 -Sí	2 -No
-¿Los trabajos realizados en Comunidad eran adecuados?	1 -Sí	2 -No
-Me sirvieron las terapias de grupo	1 -Sí	2 -No
-Me sirvieron las terapias individuales	1 -Sí	2 -No
-Me sirvieron las asambleas	1 -Sí	2 -No

※ Sugerencias para mejorar esta fase:

.....

.....

3.- Valoración de la fase Seguimiento-Reinserción:

-Considero importante la participación de mis padres o familiares	1 -Si	2 -No
-Me ha servido el asesoramiento sobre los recursos sociales existentes	1 -Si	2 -No
-Me ha servido la orientación profesional	1 -Si	2 -No
-Me ha servido de apoyo las entrevistas	1 -Si	2 -No
-A mi juicio es necesario el control de orina	1 -Si	2 -No

※ Sugerencias para mejorar esta fase:

.....

.....

4.- El tratamiento en HAIZE-GAIN me ha servido para:

-Aprender a convivir con los demás	1 -Sí	2 -No
-Relacionarme mejor con mi familia	1 -Sí	2 -No
-Aceptar mejor las normas	1 -Sí	2 -No
-Ser más responsable	1 -Sí	2 -No
-Ayudar a integrarme en la sociedad	1 -Sí	2 -No
-Realizar un tratamiento fuera del centro	1 -Sí	2 -No
-Tener mayor conciencia de mis problemas	1 -Sí	2 -No
-Dejar de consumir heroína	1 -Sí	2 -No
-Consumir menos heroína	1 -Sí	2 -No
-Consumir menos otras drogas	1 -Sí	2 -No
-No cometer delitos	1 -Sí	2 -No
-Integrarme en el mundo laboral	1 -Sí	2 -No
-Tener otras inquietudes	1 -Sí	2 -No
-Ocupar mejor mi tiempo libre	1 -Sí	2 -No
-Tener más confianza en mi mismo	1 -Sí	2 -No
-Estar más a gusto conmigo mismo	1 -Sí	2 -No
-Sentirme menos solo	1 -Sí	2 -No
-Sentirme menos deprimido	1 -Sí	2 -No
-Cuidarme más	1 -Sí	2 -No

5.- Valoración del equipo terapéutico:

-La calidad en la relación fue la adecuada	1 -Sí	2 -No
-Los profesionales estaban capacitados	1 -Sí	2 -No

B- UN AÑO DESPUÉS DE SU SALIDA DEL PROGRAMA DE COMUNIDAD TERAPEUTICA DE HAIZE-GAIN

1.- Número de meses máximo de abstinencia en algún tratamiento desde que dejó HAIZE-GAIN .....

2.- ¿Con qué frecuencia consumió en los 12 meses siguientes a su salida de Haize-Gain?: (ponga un número del 1 al 5 detrás de cada sustancia para indicar la frecuencia de consumo, si esta frecuencia se ha mantenido al menos durante un mes a lo largo de esos 12 meses).

Sustancia		Frecuencia
—Heroína u opiáceos	.....	1.-Nunca
—Estimulantes(cocaína o anfetaminas)	.....	2.- 1 ó 2 veces al mes
—Alcohol	.....	3.- 1 ó 2 veces/semana
—Porros	.....	4.- Más de 2 veces/ semana
—Alucinógenos (LSD, etc)	.....	5.- Diariamente
— Sedantes (pastillas)		

3.- ¿Ocurrió algo, algún acontecimiento relevante, que usted considere como causa de que llegase a consumir?

1.- No

2.- Si -Causa.....

4-. ¿Cómo diría usted que era su salud física en los 12 meses después del programa comparándola con el período de 12 meses anterior al programa?:

1.- Mejor

2.- Igual

3.- Peor

C.- SITUACION ACTUAL

Fecha actual: (día, mes y año)

....

1.- Edad (años) .....

2.- Sexo: 1.- Varón 2.- Mujer

3-Estado civil: (tachar el número que proceda)

1.- Casado o pareja
2.- Casado en 2ª nupcias
3.- Viudo/a
4.-Separado
5.- Divorciado
6.-Soltero

4.- Hijos: (poner el número) .....

5.- ¿Con quién vive actualmente?: (tachar el número que proceda)

1.- Con pareja e hijos
2.- Con pareja sin hijos
3.- Con los padres
4.- Con la familia
5.- Con amigos
6.-Solo/a
7.- En ambiente institucional controlado
8.-Ninguna situación estable

6.- ¿Estás satisfecho con esa situación? 1.- Si 2.- No

7.- Estudios realizados: (tachar un número, solo si se ha completado)

1.- Sin estudios
2.-EGB
3.- Graduado escolar
4.- FP, REM, BUP
5.- COU
6.- Universitarios

8.- Ocupación laboral actual (contestar una de las tres opciones A,B o C):

A.- Trabajo y gano suficiente para mantenerme

- ¿Cuánto tiempo hace que trabaja en este empleo?:
  meses..... días.....
- ¿Ha buscado trabajo o un trabajo mejor durante los 2 meses anteriores a esta entrevista?
  1.-Si 2.-No

B.- Trabajo pero no gano suficiente para mantenerme

- ¿Cuánto tiempo hace que trabaja en este empleo?:
  meses..... días.....
- ¿Ha buscado trabajo o un trabajo mejor durante los 2 meses anteriores a esta entrevista?
  1.-Si 2.- No

C.-No trabajo

+ ¿Cuánto tiempo hace que trabajó por última vez en un empleo? (en meses) .....

+ ¿Cuánto tiempo mantuvo ese trabajo? (en meses) .....

+ ¿Ha buscado trabajo o un trabajo mejor durante los 2 meses anteriores a esta entrevista? 1.-Si 2.- No

+ ¿Cuánto tiempo estuvo empleado en los últimos dos meses? (días) .....

9.- ¿Estás satisfecho con esa situación laboral? 1.-Si 2.- No

10.- Problemática policial o judicial: (tachar un número)

1.- Nunca tuve problemas policiales o judiciales
2.- Tuve problemas en alguna ocasión.
3.- Tengo juicios pendientes.
4.- Estoy en libertad condicional
5.- Estoy en prisión

11.- Situación orgánica:

A) Tengo anticuerpos VIH
1.-Si
2.- No (pasar a la opción C)

B)Estoy tomando medicación para los Sintomas SIDA 1.- Si 2.-No

C) Tengo otros problemas orgánicos
- Hepatitis 1.- Si 2.-No
-Tuberculosis 1.-Si 2.-No
-Epilepsia 1.-Si 2.-No
-Enfermedades de transmisión sexual 1.-Si 2.-No
-Enfermedades bucodentales 1.-Si 2.-No

12.- Tratamientos posteriores al finalizar el tratamiento en HAIZE-GAIN:

A) ¿Ha realizado algún tratamiento después de salir de Haize-Gain? 1.-Si 2.- No

B) Fecha aproximada en que acudió a un tratamiento por primera vez después de salir de Haize-Gain: .....

C) ¿Ha realizado alguno de los siguientes tratamientos desde entonces?: (poner número de veces)

1.- Naltrexona .....
2.- Tratamiento ambulatorio .....
3.- Comunidad Terapéutica .....
4.- Metadona .....
5.- Otros programas .....

D) ¿Está actualmente en tratamiento?

1.- Si (ir al apartado F)
2. - No (ir al apartado E)

E) En caso de no estar en tratamiento actualmente:

1.- Señale del 1 al 5 cual ha sido el último tratamiento que ha recibido
2.- ¿Cuántos meses hace que lo dejó?
3.- ¿Llegó a completar el programa?
1.-Si 1.-No

F) En caso de estar actualmente en tratamiento:

1.- Señale del 1 al 5 cual es el tratamiento que recibe

2.- ¿Cuántos meses lleva en él?

13.- ¿Con qué frecuencia ha consumido las siguientes sustancias en los 2 últimos meses?: (ponga un número del 1 al 5 detrás de cada sustancia para indicar la frecuencia de consumo, si esta frecuencia se ha mantenido al menos durante un mes de los 2 últimos meses).

Sustancia		Frecuencia
—Heroína u opiáceos	.....	1.- Nunca
—Estimulantes(cocaína o anfetaminas)	.....	2.- 1 ó 2 veces al mes
—Alcohol	.....	3.- 1 ó 2 veces/semana
—Porros	.....	4.- Más de 2 veces/ semana
—Alucinógenos (LSD, etc)	.....	5.- Diariamente
— Sedantes (pastillas)	.....	

SI USTED ACTUALMENTE NO REALIZA CONSUMO DE DROGAS, LA ENTREVISTA HA FINALIZADO.

EN EL CASO DE QUE SIGA CONSUMIENDO, CONTESTE A LAS PREGUNTAS SIGUIENTES:

14.- ¿Ocurrió algo, alguna acontecimiento relevante, que usted considere cómo causa de que llegase a consumir?

1. - Si -Causa.....

2.-No

15.- ¿Cuáles son los motivos que más le influyen para que usted siga consumiendo?:

.....

.....

.....

16.- Y para terminar cómo valoraría usted su situación actual en relación al consumo:

1.- Soy un desastre no tengo remedio

2.- Estoy bien como estoy

3.- Algún día lo conseguiré, tengo esperanzas de dejar el consumo

4.- Otra ¿cuál?.....

GRACIAS POR SU VALIOSA COLABORACION. Envíenos, por favor, este cuestionario con el sobre ya franqueado que se adjunta.

(ANEXO 3)

Estimado amigo-a:

Hace poco celebramos el décimo aniversario del Programa de Comunidad Terapéutica de Haize-Gain, que como sabes nació en 1982.

Diez años es tiempo suficiente para reflexionar sobre nuestra labor de ayudar a personas con problemas de drogodependencia. Hemos pensado que para esta labor de reflexión, la información más valiosa es la opinión de los que habéis estado con nosotros a lo largo de estos años.

Esa opinión, muy valiosa para nosotros, la podréis dar en el cuestionario que adjuntamos en el sobre ya franqueado. Si rellenas el cuestionario y lo envías nos darás la posibilidad de mejorar en nuestro trabajo y asi poder ofrecer una mayor calidad en el servicio.

Por supuesto, te garantizamos, como siempre, el anonimato y la confidencialidad de la información y opiniones que nos envíes.

Agradeciendo de antemano tu colaboración, recibe un cordial saludo:

GABRIEL ROLDAN INTXUSTA
Psicólogo-Director

Te recordamos que estamos a tu disposición en la nueva dirección que figura en la cabecera.