

# ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES

QUE RECIBIERON UN ALTA TERAPÉUTICA  
EN EL CENTRO PROVINCIAL DE DROGODEPENDENCIAS  
DE CÁDIZ ENTRE 1999 Y 2001



servicio provincial de  
**drogo**  
dependencias

Cádiz

***Edita:***

Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz  
Diputación Provincial de Cádiz  
C/.Valenzuela, 1  
Apdo. de Correos, 671  
11071 Cádiz

***Diseño:***

Ni-mú.com

***Maquetación:***

Jph. J.º Colón

***Segunda Edición***

***Impresión:***

Linea Offset , S.L.

***Depósito legal:*** CA-148/2006

Descripción del trabajo .....	9
Introducción, Justificación .....	11
Antecedentes de los estudios de seguimiento .....	15
Introducción .....	15
Metodología .....	17
Resultados .....	18
Cuestiones Metodológicas .....	18
Resultados obtenidos en los estudios de seguimiento .....	25
Análisis de los factores predictores de resultados en los estudios de seguimiento .....	27
Variables predictoras relacionadas con el paciente .....	28
Variables predictoras relacionadas con el tratamiento .....	32
Qué aportan los estudios de seguimiento sobre la eficacia de las distintas modalidades de tratamiento estudiada .....	34
Qué aportan los estudios realizados en España a estos hallazgos .....	37
Conclusiones .....	43
Programas Asistenciales Dispensados por los C.T.A. de Drogodependencias.....	49
Introducción .....	49
Objetivos del Programa Asistencial de los C.T.A. de Drogodependencias.....	50
Programas y actividades terapéuticas dispensadas desde los propios C.T.A. ....	53
Acogida .....	53
Valoración y Diagnóstico .....	53
Plan de Tratamiento Individualizado .....	55
Programa de Reducción de Daños .....	56
Programa de Desintoxicación .....	57
Fase o Etapa de Deshabitación .....	58
Fase o Etapa de Reinserción y Reincorporación Social .....	59
Programa de remisión de sanciones administrativas .....	60
Programas realizados en recursos externos al C.T.A. ....	61
Criterios de Cierre o Finalización de Programas .....	63
Referencias Bibliográficas de este capítulo .....	64

Objetivos del Estudio .....	65
Material y Método .....	67
Diseño del estudio .....	67
Centros que abarca .....	67
Población en Estudio .....	69
Tamaño de la muestra .....	70
Muestreo y Reclutamiento .....	70
Fuentes de Información .....	70
Variables del estudio .....	71
Entrevista de Seguimiento .....	73
El trabajo de Campo .....	73
Procesamiento de la Información .....	74
La Entrevista de Seguimiento: El Maudsley Addiction Profile .....	75
Datos Generales del Contexto donde se ha realizado el estudio .....	79
Resultados .....	83
1. Introducción .....	83
2. Descripción de la muestra en el inicio del tratamiento .....	84
2.1.- Muestra Global .....	84
Variables Sociodemográficas .....	84
Situación Sociolegal .....	84
Datos relacionados con la demanda de tratamiento .....	86
Variables Toxicológicas .....	87
Historia de los Tratamientos Previos .....	90
Estado de Salud .....	93
Prácticas de Riesgo .....	94
Resumen sobre el perfil del paciente al inicio del tratamiento .....	96
2.2.- Muestra excluyendo pacientes por Sanción Administrativa .....	97
Variables Sociodemográficas .....	97
Situación sociolegal .....	98
Datos relacionados con la demanda de tratamiento .....	99
Variables Toxicológicas .....	99
Historia de los Tratamientos previos .....	103
Estado de Salud .....	104

Practicas de riesgo .....	106
Resumen sobre el perfil .....	107
2.3.- Muestra de los que acceden para remisión sanción administrativa.....	108
Variables sociodemográficas .....	108
Situación sociolegal .....	110
Datos relacionados con la demanda de tratamiento .....	110
Variables toxicológicas .....	111
Historia de los tratamientos previos .....	113
Estado de salud .....	113
Prácticas de riesgo .....	114
Resumen sobre el perfil .....	115
3. Descripción de los tratamientos realizados y del régimen de utilización de recursos terapéuticos .....	116
3.1.- Descripción General de la Muestra .....	116
3.2.- Descripción excluyendo pacientes por Sanción Administrativa .....	123
3.3.- Descripción de la muestra de los que acceden al programa de remisión de sanciones administrativas .....	130
3.4.- Descripción por grupos específicos de pacientes .....	132
4. Descripción de los resultados de la entrevista de seguimiento .....	135
4.1.- Análisis de la muestra en relación a la localización y la realización de la entrevista .....	135
4.2.- Descriptivo del seguimiento del conjunto de la muestra .....	139
4.2.1. Consumo de sustancias .....	140
4.2.2. Practicas de riesgo .....	147
4.2.3. Estado de Salud Física .....	147
4.2.4. Estado de Salud Psíquica .....	149
4.2.5. Funcionamiento Personal/Social .....	150
4.2.6. Actividades delictivas .....	152
4.3.- Descripción del seguimiento excluyendo Sanciones Administrativas .....	153
4.3.1. Consumo de sustancias .....	154
4.3.2. Practicas de Riesgo .....	155
4.3.3. Estado de Salud Física .....	155
4.3.4. Estado de salud Psíquica .....	157
4.3.5. Funcionamiento Personal/Social .....	158
4.3.6. Actividades delictivas .....	159
4.4.- Descripción del seguimiento de los que tienen Sanciones Administrativas .....	160
4.4.1. Consumo de sustancias .....	160

4.4.2. Practicas de Riesgo .....	161
4.4.3. Estado de Salud Física .....	161
4.4.4. Estado de salud Psíquica .....	162
4.4.5. Funcionamiento Personal/Social .....	163
4.4.6. Actividades delictivas .....	163
5. Resultados de los análisis de drogas en orina .....	165
6. Discusión .....	171
7. Conclusiones .....	175
7.1. Conclusiones relacionadas con el objetivo general I .....	175
7.2. Conclusiones relacionadas con el objetivo general 2.A. ....	176
7.3. Conclusiones relacionadas con el objetivo General 2.B .....	177
7.4. Conclusiones relacionadas con el procedimiento del estudio .....	179
Agradecimientos .....	183
Referencias Bibliográficas.....	185
Anexo n° 1. MAP .....	195
Anexo n° 2. FIBAT.....	202

*ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES QUE RECIBIERON UN ALTA  
TERAPÉUTICA EN EL CENTRO PROVINCIAL DE DROGODEPENDENCIAS DE CÁDIZ  
ENTRE 1999 Y 2001*

CENTRO PROVINCIAL DE DROGODEPENDENCIAS  
DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE CÁDIZ

## DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO

Estudio de Seguimiento de pacientes que recibieron un Alta Terapéutica de Programa en el Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz entre 1999 y 2001

**Título**

Servicio Provincial de Drogodependencias (S.P.D.)  
Excm. Diputación Provincial de Cádiz

**Realización y Patrocinio:**

Sebastián S. Girón García

**Director de la Investigación:**

Este trabajo ha sido diseñado con un doble objetivo: 1) conocer cual es el perfil de los pacientes que recibieron un Alta Terapéutica General (A.T.G.) en cualquiera de los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias de la provincia de Cádiz y cual fue el régimen de utilización de recursos terapéuticos que utilizaron antes de terminar y 2) Conocer en qué situación toxicológica, de salud, y sociolegal se encontraban cuando fueron contactados y entrevistados para el seguimiento. Los datos de los participantes proceden de los registros tomados en dos momentos: cuando solicitaron entrar en tratamiento los pacientes proporcionaron información sobre su situación de consumo, y otras variables sociodemográficas y de salud que fueron registradas en la Ficha de Información Básica de Admisión a Tratamiento (FIBAT). Los datos referidos al régimen de utilización de recursos terapéuticos que han tenido a lo largo del tiempo que se mantuvieron en tratamiento están recogidos en el Sistema Provincial de Información sobre Toxicomanías (SPIT). En un segundo momento (el seguimiento) los pacientes han sido localizados y entrevistados por personal ajeno al C.P.D. utilizando una entrevista estructurada, el Maudsley Addiction Profile (M.A.P.) traducida y validada en Castellano y que registra información actualizada (referida al mes anterior a la fecha en que se realiza la entrevista) sobre consumo de sustancias, conductas de riesgo de transmisión de enfermedades, estado de salud, física y mental, funcionamiento personal y social y actividad delictiva. Al final de la entrevista se le solicitaba al paciente que facilitara una muestra de orina para su análisis de metabolitos de drogas y así poder tener un indicador de confiabilidad de la información proporcionada por este. Las drogas de abuso de los pacientes con Alta Terapéutica eran: Heroína, Cocaína, Heroína y Cocaína, Alcohol, Derivados del Cannabis y Benzodiacepinas. Se ha diseñado y entrevistado a un grupo de comparación de pacientes sin A.T.G. pareado con los casos en edad, sexo, droga motivo de demanda y fecha de inicio de tratamiento con el objetivo de poder controlar las diferencias en los perfiles de los pacientes con A.T.G.

**Resumen:**

**Universo:** Todos los pacientes que recibieron un Alta Terapéutica General en cualquiera de los C.T.A. de Drogodependencias de la Provincia de Cádiz entre el 1 de Enero de 1999 y el 31 de Diciembre de 2001. En total fueron 1068 pacientes.

**Muestra:** Para el estudio se ha extraído una muestra representativa del universo, estratificada por edad, sexo, droga motivo de demanda y servicio de tratamiento que dio la incidencia de A.T.G. y que se ha cifrado en 200 pacientes por conveniencia. Pareada con esta muestra se han seleccionado otros 200 pacientes para la comparación

**Trabajo de Campo:** Se ha realizado por personal ajeno al C.P.D. de Cádiz. La localización, el contacto y las entrevistas de seguimiento se han realizado entre el 1 de Octubre de 2003 y el 31 de Mayo de 2004. Por tanto los pacientes pueden haber sido seguidos a los 2, 3 o 4 años de haber terminado el tratamiento.

**Tasas de Respuesta:** Fue imposible localizar al 31 % de la muestra caso. Realizaron la entrevista de seguimiento el 29,5 % de los pacientes contactados. El restante 40 % se distribuía en: pacientes que rehusaron colaborar (22,5 %), fallecidos (2 %), habían cambiado de domicilio fuera de la provincia de Cádiz (9,5 %), estaban en prisión (0,5 %) y el resto por otras razones.

En la muestra de comparación no se pudo localizar al 33,5 % de los pacientes. Realizaron la entrevista de seguimiento el 26,5 % de la muestra. Rehusaron colaborar el 25 % de los pacientes. El resto no se pudo entrevistar por diferentes razones (Fallecidos el 4 %, en prisión el 3,5 %, cambio de domicilio fuera de la provincia de Cádiz el 4,5 %, y el resto por otras causas).

**Fuentes de la Información:** FIBAT, SPIT y Entrevistas personales a los participantes (M.A.P.).

**Procesamiento de la Información:** Programa estadístico SPSS.

**Dirección Estadística:** Manuel A. García Sedeño

## INTRODUCCIÓN. JUSTIFICACIÓN

Una aproximación parcial a la comprensión del trastorno adictivo es el estudio de las variables que se asocian a los resultados de los tratamientos no sólo por su trascendencia clínica, sino también porque supone una de las fuentes primordiales desde donde formular hipótesis para realizar la aproximación científica a este grupo de trastornos. En este sentido, la retroalimentación que proporcionan los resultados de los tratamientos aplicados a drogodependientes ha sido uno de los soportes en los cuales se ha asentado gran parte de los conocimientos sobre las adicciones y ha servido como plataforma para el diseño de nuevos programas de tratamiento mas ajustados a las necesidades de los pacientes. A pesar de ello son múltiples las dificultades con que se enfrentan los investigadores en este terreno: desde la multicausalidad del trastorno, aceptada por la comunidad científica, que introduce el estudio de variables individuales (biológicas y psicológicas) y sociales, todas en interacción, hasta los diferentes perfiles adictivos, referidos no sólo a los tipos de sustancias consumidas sino también a las distintas formas en las que el adicto se vincula a su consumo (lúdico, ansiolítico, antidepresivo, anestésico, etc.). Los recursos terapéuticos empleados para el abordaje de las adicciones han experimentado notables adelantos a lo largo de los últimos años, tanto en el plano farmacológico como en el psico y socioterapéutico. La medicina basada en la evidencia ha tenido un lugar preponderante en estos avances. Sin embargo, todavía quedan muchos pacientes que no se pueden beneficiar de ellos, probablemente por la imposibilidad de poder cubrir todas y cada una de las necesidades terapéuticas que cada caso particular plantea.

La impresión clínica y la realidad constatada en múltiples estudios es que algunos pacientes que han recibido tratamiento para su drogodependencia se mantienen en abstinencia a lo largo del tiempo tras concluir el tratamiento. Pero también hay muchos pacientes que recaen después del mismo. Otros incluso han continuado usando drogas mientras estaban en el proceso terapéutico o lo abandonaron mientras estaban en él, y un grupo importante de pacientes que habían solicitado hacer un tratamiento ni siquiera lo iniciaron. Por otra parte no debe olvidarse que un porcentaje no bien determinado de pacientes adictos son capaces de superar su adicción sin recurrir a ningún servicio de tratamiento.

Conocer la evolución de los pacientes que han realizado un programa de tratamiento para su adicción una vez que han salido con un “alta terapéutica” del mismo se nos brinda como una oportunidad interesante de profundizar tanto en los elementos situacionales que pueden tener

un papel relevante en dicha evolución como en la función que ha jugado el propio tratamiento. Con respecto al primero de estos ámbitos, muchos estudios han demostrado que algunos factores psicosociales, como la severidad de la drogodependencia, la comorbilidad psiquiátrica, la falta de estructuras de apoyo, familiares y sociolaborales, y la gravedad de la situación legal inciden de entrada en forma negativa sobre la evolución postratamiento.

Con respecto al papel que juegan los tratamientos, está demostrado que el tiempo de permanencia en los programas guarda relación de forma directa con los mejores resultados. Por tanto, averiguar qué componentes o tipos de tratamientos pueden resultar mas eficaces y eficientes para conseguir ese objetivo, constituye igualmente una necesidad de los estudios de investigación.

No resulta fácil diseñar estudios que puedan responder de forma sistemática y rigurosa a las cuestiones que hemos planteado. Se requieren estudios con muestras muy amplias, multicéntricas y con una gran complejidad metodológica, que a veces sólo están al alcance de agencias e instituciones nacionales y supranacionales. No obstante estas dificultades, algunos estudios de investigación realizados sobre aspectos parciales de los problemas mencionados, han respondido satisfactoriamente a algunas cuestiones. En este sentido, los estudios de seguimiento de pacientes que han recibido algún tipo de tratamiento, y que han sido localizados posteriormente en diversos momentos temporales, se han prodigado como una buena fuente de información para conocer la eficacia de algunos programas y los resultados de los tratamientos.

La red de Centros de Tratamiento Ambulatorio del Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz (antiguo Centro provincial de Drogodependencias – C.P.D. –) lleva varios años aplicando un completo paquete de recursos terapéuticos a una amplia población de pacientes con diversas drogodependencias. Uno de los resultados tangibles y medibles es la cantidad de usuarios que finalmente han salido de programa con un “Alta Terapéutica”. Hemos de suponer que dicha incidencia de salida del sistema de tratamiento refleja los máximos logros del paciente en cuanto a sus propias metas de rehabilitación y reincorporación social. El recorrido terapéutico que se diseña para lograr estos fines pretende ajustarse, tanto en medios como en procedimientos, a las necesidades que se han detectado en cada caso, por lo que resulta razonable plantearse cual puede ser la función de esos recursos invertidos en la consecución de dichos objetivos. Un primer paso para ello sería conocer si los pacientes que han salido de programa con “Alta Terapéutica” mantienen los objetivos alcanzados durante el tratamiento tras haberlo concluido. Y si no lo han logrado, en qué situación se encuentran con respecto a las condiciones iniciales previas al comienzo de la intervención terapéutica.

El análisis de los resultados terapéuticos, a la vista de las acciones que se han implementado para conseguirlos, constituye una fuente de información esencial para comprender mejor el curso del proceso adictivo y valorar, en su contexto, la importancia relativa de los medios que se emplean en su tratamiento.

Para poder abordar este análisis parece importante responder algunas cuestiones relacionadas con qué factores o variables determinan que una persona con un problema adictivo, frente a un tratamiento dado, pueda tener la mejor de las evoluciones posibles. Y para ello tenemos que intentar responder alguna de las siguientes preguntas: ¿Cuál es la situación actual de los pacientes que habían realizado un tratamiento en cualquier Centro de Tratamiento Ambulatorio de la Provincia de Cádiz durante un periodo de tiempo determinado y que habían concluido el mismo con una incidencia de tipo “Alta Terapéutica General”? Y más específicamente ¿mantienen la abstinencia de la droga por la que demandaron tratamiento en el momento en que se les localice?, ¿Qué programas realizaron los pacientes que recibieron un alta terapéutica?. Si en algún caso los pacientes repitieron programas terapéuticos ¿en cuantas ocasiones lo hicieron antes del alta terapéutica general?, ¿Cuánto tiempo se invirtió en la realización de cada uno de esos programas?. ¿Hay relación entre la situación actual del paciente en el momento del seguimiento y la situación que presentaba en el momento de la admisión al tratamiento?

Para responder a estas cuestiones se ha diseñado e implementado un Estudio de Seguimiento, cuyas características metodológicas y resultados se exponen en los siguientes epígrafes.

## ANTECEDENTES DE LOS ESTUDIOS DE SEGUIMIENTO

### Introducción

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre estudios de seguimiento de pacientes con trastornos por dependencia con el ánimo de responder a varias cuestiones: 1) En primer lugar conocer cual es la utilidad actual que tiene hacer este tipo de trabajos de investigación; 2) La segunda cuestión está relacionada con cuales son los aspectos metodológicos a considerar a la hora de diseñar un estudio de estas características y 3) la tercera es poder contar con datos que permitan hacer las comparaciones pertinentes con nuestra población en estudio.

El abordaje terapéutico de las drogodependencias ha ido alcanzando complejidad y dotándose de nuevos recursos conforme ha avanzado el conocimiento sobre su etiopatogenia y sobre todos los factores que favorecen o dificultan su curso. Una gran parte de la investigación relacionada con este campo ha girado en torno a los resultados de los tratamientos con el objetivo de poder responder algunas cuestiones importantes, por ejemplo: ¿Qué utilidad tienen los tratamientos para drogodependientes? ¿Qué factores influyen en que un tratamiento sea mas eficaz? ¿Por qué algunos pacientes se benefician de los tratamientos y otros no?

Vaillant en 1966 publicó una serie de trabajos, hoy considerados clásicos, basados en el seguimiento de 12 años de 100 pacientes que habían ingresado en el Hospital de Lexington en 1.952. El 94 % de los pacientes fueron seguidos hasta su muerte o hasta 10 años después de finalizado su tratamiento en Lexington. La conclusión más importante es que, tras su estancia en el hospital, un 90 % de pacientes había recaído y otro 90 % había estado en algún momento del periodo de seguimiento en prisión, pero a los 12 años, el 46 % estaban abstinentes e integrados en la comunidad y, de estos, el 30 % había mantenido la abstinencia al menos durante tres años y no había sido condenado en los últimos 4 años por un delito relacionado con drogas o robo. Al cabo de estos 12 años un 13 % de los pacientes había fallecido. Otra observación de Vaillant fue el hecho de que a medida que aumentaba el tiempo de estancia en Lexington se retrasaba la recaída, independientemente de que el paciente ingresase voluntaria o judicialmente. En el seguimiento a los 20 años se observó que habían fallecido un 23 % de pacientes, un 25 % era todavía consumidor, un 35 % estaba abstinente y el estado del 17 % restante se desconocía o dependía de la definición de buen resultado que se utilizara.

La simplicidad metodológica de estos primeros trabajos fue sustituyéndose conforme se necesitaba una mayor seguridad y confiabilidad en los resultados de estos estudios, debido sobre todo a que empezaban a sostener científicamente el quehacer de los clínicos y terapeutas. Muestras cada vez mas amplias, seguimientos prolongados de cohortes de pacientes en diferentes modalidades terapéuticas, aparición de grupo control o comparación, sistemas de validación de la información facilitada por los pacientes, etc. fueron dotando a la investigación de tratamientos en drogodependencias de la complejidad que requiere este campo. Durante los años 70 y 80 se implementaron algunos de los trabajos de seguimiento que mas información proporcionaron sobre la historia natural de la adicción y de su remisión.

El programa DARP (Drug Abuse Reporting Programe) organizado en 1.969 por un grupo de la Universidad Católica de Texas en su momento fue probablemente el principal estudio de evaluación de tratamientos que hasta entonces nunca se había realizado en la línea de comparar la eficiencia de diferentes tipos de tratamiento. Financiado por el National Institute on Public Health y posteriormente por el National Institute on Drug Abuse (NIDA) norteamericano, realizó, durante la década de los 70, entrevistas estructuradas a una muestra de 44000 pacientes procedentes de 52 centros públicos. Las modalidades estudiadas (mantenimientos con metadona, comunidad para toxicómanos, programas libres de droga y centros de desintoxicación física solamente) se compararon entre sí y con un grupo de comparación formado por sujetos que iniciaron tratamiento pero no continuaron el mismo (grupo de admisión solamente). El DARP focalizó su atención fundamentalmente en la clasificación de tratamientos y pacientes, en la evaluación de los resultados obtenidos por estos y en el desarrollo de escalas sobre grados de éxito.

La experiencia obtenida en el DARP fué la base de otro gran programa, el T.O.P.S. (Treatment Outcome Prospective Study) que supuso la entrevista de 11.000 pacientes de 41 centros durante los años 1.979, 80 y 81. Entre otras innovaciones incluyó entrevistas durante el tratamiento (al mes y periódicamente cada tres meses en los dos primeros años) y a los 3, 6 y 12 meses de su finalización. Entre los resultados mas interesantes que generó esta investigación podemos destacar los siguientes: en todas las modalidades de tratamiento, más del 30 % de pacientes refirieron no consumir la droga por la que ingresaron al tratamiento durante todo el periodo de seguimiento. En la modalidad de mantenimiento con metadona el consumo de heroína disminuyó en un 50 % en los pacientes con periodos cortos de tratamiento y en un 70 % en los que permanecieron entre 3 y 24 meses. En la modalidad residencial un 20 % de los pacientes con permanencia corta en el tratamiento y un 33 % de los pacientes con larga estancia declararon no consumir drogas semanalmente durante el periodo de seguimiento. En la modalidad de programas libres de drogas el 25 % de los pacientes refirió no consumir ninguna droga con periodicidad semanal.

Una conclusión generalizada de los estudios de seguimiento es que los tratamientos para la adicción son eficaces y producen diversos grados de mejoría que están relacionados con variables individuales, terapéuticas y ambientales o circundantes. Entre las terapéuticas, la que mas claramente está relacionada con el pronóstico es la permanencia del paciente en tratamiento durante un largo periodo de tiempo. Desde que se constató este hecho y hasta la actualidad se han ido realizando aproximaciones al conocimiento de las variables que pueden estar involucradas en que la permanencia de los pacientes aumente. El objetivo de esta revisión es conocer qué aportaciones se han producido en los últimos años en relación tanto con esta importante cuestión, como con el diseño de los estudios de seguimiento.

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en:

- La base de datos de Medline ([www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/)),
- Publicaciones y monografías del NIDA ([www.nida.nih.gov/](http://www.nida.nih.gov/))
- La Cochrane Library Plus ([www.update-software.com/clibplus/clibpluslogon.htm](http://www.update-software.com/clibplus/clibpluslogon.htm))

con las siguientes características:

1.- Artículos publicados durante los últimos 12 años (desde 1993 a 2004)

2.- Descriptores utilizados: Follow-up Studies, Drug Abuse, Treatment, Treatment Outcome, Methodological Issues, Meta-analysis, Research Design, Patient Compliance and Patient Dropouts (Estudios de Seguimiento, Drogodependencia, Tratamiento, Resultados del Tratamiento, Cuestiones Metodológicas, Meta-análisis, Diseño de Investigación, Pacientes Cumplidores y Pacientes que Abandonan). La búsqueda se ha realizado combinando de diferentes formas dichos descriptores.

3.- Criterios de inclusión en la selección de artículos:

- Estudios de seguimiento de pacientes con trastornos por consumo o dependencia de sustancias
- Los estudios deben tratar sobre:
  - ◆ Cuestiones metodológicas de la investigación
  - ◆ Resultados de los tratamientos realizados
  - ◆ Factores predictores de resultados de tratamientos

## **Metodología**

- ◆ Evaluación de la eficacia de los tratamientos realizados
- ◆ Revisiones Bibliográficas
- ◆ Ensayos clínicos

Con estas estrategias de búsqueda han aparecido varios cientos de trabajos. En primer lugar, y tras analizar la pertinencia del tema abordado por el trabajo a través del título, se desecharon un grupo importante de artículos. El segundo paso consistió en la lectura y análisis de los resúmenes, para valorar si eran incluidos o no en la revisión. Al aplicar los criterios de inclusión finalmente seleccionamos 52 artículos. Igualmente, y a través de las referencias bibliográficas de algunos de esos artículos se han podido seleccionar trabajos y documentos que no están publicados como artículos en revistas científicas y que son enormemente pertinentes a los objetivos de esta revisión (Libros o documentos disponibles a través de internet). Los documentos descargados a través de sitios Web vienen referenciados en la Tabla nº 1. Para la revisión de los estudios de seguimiento españoles se han utilizado 11 trabajos, algunos de las cuales son anteriores a 1993. Otros 5 artículos mas son anteriores a esa fecha pero nos han sido útiles para abordar algunos aspectos históricos de los estudios de seguimiento.

## Resultados

Analizaremos los contenidos de los artículos revisados agrupándolos por la temática que abordan.

### 1.- Cuestiones Metodológicas de los Estudios de Seguimiento.

Históricamente, la implementación de estudios de seguimiento de poblaciones de pacientes drogodependientes que se han sometido a tratamiento, han cubierto dos posibles objetivos: 1) Conocer su evolución a lo largo del tiempo después del tratamiento, analizando la relación de dicha evolución con variables del propio paciente, antes, durante o después del tratamiento y 2) Evaluar la eficacia del tratamiento y conocer si un tratamiento es mejor que el no-tratamiento u otras modalidades terapéuticas (Fernández Hermida y Secades Villa, 1999). Los desafíos metodológicos a los que se enfrenta la realización de un estudio de seguimiento son diferentes según cual de ellos sea el objetivo perseguido. A nuestro juicio pueden agruparse en: problemas de diseño, problemas de reclutamiento, localización y contacto con los pacientes, los posibles sesgos debidos a la no localización y no respuesta y la confiabilidad en la información que proporcionan los propios pacientes, así como el método de recogida de la información. Analizaremos seguidamente lo que aporta la literatura sobre estas materias.

## a) Problemas de Diseño

Es obvio que si se intenta realizar un estudio de evaluación de un tratamiento, el diseño del mismo debe contemplar una serie de características que aseguren al máximo que las conclusiones del mismo serán válidas. En este sentido y dentro de los posibles diseños, los que mas pueden aproximarse a este fin son aquellos que reúnen características experimentales (Quasi-experimentales o Ensayos Clínicos Controlados). No obstante, dentro de los diseños no experimentales, los de tipo Caso-Control y los de Cohortes pueden ser útiles para encontrar asociaciones que permitan inferir conclusiones sobre la eficacia de un tratamiento. Por tanto, definir el objetivo de la investigación se asocia implícitamente a elegir el tipo de diseño mas conveniente, teniendo en cuenta que el mayor control de variables que suponen los estudios experimentales conllevará mayores esfuerzos científicos y económicos, asegurando al mismo tiempo un mayor rigor en sus hallazgos. Si el objetivo es conocer la evolución de un grupo de pacientes tras el tratamiento, y analizar qué relación puede tener dicha evolución con variables pre-tratamiento, o del tratamiento, los estudios de cohortes o de tipo caso-control pueden cubrir con cierta garantía dicho objetivo.

Hay dos características metodológicas compartidas por la mayoría de los estudios de seguimiento revisados: 1) la ausencia de asignación aleatoria a tratamiento y 2) la falta de valoración de los pacientes no localizados o que rehúsan responder a la entrevista de seguimiento (Gerstein D.R., Johnson R.A. (2000)). Al analizar detenidamente la importancia de estos dos hechos nos encontramos que si no son debidamente considerados pueden influir en forma de sesgo en las conclusiones inferidas a partir de los resultados encontrados. Así, no todos los pacientes drogodependientes que necesitan tratamiento acceden al mismo. Los que deciden entrar en tratamiento en muchas ocasiones no lo hacen guiados por su propia motivación, sino por presiones de diverso tipo. Los programas de tratamiento disponibles a veces requieren que los pacientes tengan una serie de características (por ejemplo familiares de apoyo, exigencia de que los pacientes no tengan trastornos comórbidos, etc.) que determinan el tipo de toxicómano que se benefician de ellos, etc. La imposibilidad de hacer estudios de seguimiento con pacientes que aleatoriamente hayan sido asignados a los tratamientos que se quieren valorar, determina que haya que ser muy cautelosos a la hora de poder generalizar inferencias y conclusiones. Ello se complica aun mas a partir de la información que no proporcionan los pacientes que no se han podido localizar o que rehúsan hacerlo. Mas adelante se comentará detenidamente este aspecto.

En la literatura española revisada encontramos que las dificultades metodológicas en la fase de diseño a las que se presta mayor atención están relacionadas con la utilización de diseños retrospectivos, en lugar de prospectivos y con la falta de grupo control o de comparación

(Fernández Hermida y Secades Villa, 1999). Ambas circunstancias afectan a la validez externa del trabajo y por tanto condicionan las inferencias que puede hacerse de sus conclusiones. Los estudios americanos que involucran seguimientos muestrales amplios (entre 6593 participantes de NTIES y 3045 de CALDATA – CALDATA, NTIES, DATOS y SROS– , así como el trabajo Británico NTORS (1075 participantes), resuelven ambas cuestiones. Con relación al tipo de diseño, todos estos trabajos son prospectivos: se recluta a la muestra en el momento en que el paciente accede al tratamiento y tras solicitar su consentimiento para participar en el estudio se le recoge información en ese momento, en el momento en que concluye el tratamiento y posteriormente en el tiempo en que se ha decidido hacer la entrevista de seguimiento. Así pues la cohorte a seguir queda definida en el momento de la admisión al tratamiento.

Con relación a la presencia de grupo control es evidente que por cuestiones éticas no puede ser definido por la asignación aleatoria de un paciente a un grupo de no tratamiento. Para poder soslayar este problema se suele recurrir a formar el grupo de comparación con los pacientes que tras acceder al tratamiento no lo realizaron, generalmente debido a un abandono prematuro del mismo.

#### b) Problemas de Reclutamiento

La cuestión del reclutamiento para la investigación es otro aspecto metodológico importante. El reclutamiento comienza con la identificación, la captación y alistamiento de los participantes para el estudio. Se requiere informar a los potenciales participantes y generar su interés en el proyecto. El reclutamiento debe contemplar dos metas: por un lado que la muestra represente adecuadamente a la población diana y que sean suficientes participantes para que el tamaño muestral sustente el poder estadístico requerido por el estudio. Cuando esta fase del trabajo presenta problemas, ello puede afectar la temporalidad del proyecto, reducir la capacidad del estudio para detectar diferencias en los tratamientos y a veces conducir a que los investigadores abandonen el ensayo (Patel M.X., Doku V., Tennakoon L. (2003)).

En los estudios mencionados anteriormente, los pacientes son reclutados en el momento de la admisión al tratamiento. Además de pedirles la firma de un consentimiento informado, se les solicita que faciliten formas de poder ser localizados una vez concluido el tratamiento, bien a través de familiares, de servicios sociales o de sus servicios de medicina general. Y en el momento del contacto tras la localización se incentiva su participación con el abono de una determinada cantidad de dinero. Que los pacientes estén advertidos de que pueden ser localizados en el futuro con una finalidad de investigación ayuda a que la reacción del paciente, si es localizado sin ser advertido, no influya de forma negativa en su participación en el estudio.

### c) Localización y contacto

Se le ha dedicado una atención exhaustiva a este problema de los estudios de seguimiento. Si el objetivo del seguimiento es proporcionar información de retroalimentación pertinente y fiable sobre la evolución de los pacientes tras el episodio de tratamiento, es lógico pensar en contar con el mayor número posible de pacientes entrevistados tras su localización. Sin embargo, el grupo de pacientes drogodependientes es especialmente difícil de seguir. Las dificultades de reinserción social que sufre este tipo de enfermos condiciona una mayor inestabilidad laboral y familiar, con frecuentes cambios de domicilio; continuar consumiendo drogas después del tratamiento igualmente puede ser un factor que dificulte la localización. En otras ocasiones los pacientes rechazan el contacto porque ya se encuentran rehabilitados y no quieren recordar o que se les moleste por el pasado. Prisión, enfermedad física o mental, o fallecimiento son también factores asociados a la dificultad de localización. La mayor parte de los estudios de seguimiento revisados no logran localizar alrededor de un 30 a un 50 % de la muestra base. Entrevistar muestras no suficientes durante el seguimiento probablemente introduce un sesgo derivado de que son entrevistados aquellos pacientes que son más fácilmente localizados o que están más dispuestos a participar en el estudio. Como resultado de ello, los pacientes cuya vida es más estable pueden ser entrevistados más frecuentemente que los que tienen una vida inestable. Una baja tasa de seguimiento puede excluir pacientes que son indigentes, que continúan usando drogas o que están involucrados en actividades delictivas. Por todo ello, es preciso prestar especial atención a los factores que se asocian a la dificultad de localización, así como a la influencia de la proporción de pacientes que no cooperan, en los resultados finales de la investigación.

Nemes y cols. (1998) realizaron un estudio para evaluar la eficacia comparada de dos tipos de tratamiento en comunidad terapéutica, en Washington D.C. Tras asignar aleatoriamente a los pacientes a uno de los dos tipos de tratamiento, los siguieron a lo largo de varios años tras el mismo, dedicando especial atención a contactar y localizar a los pacientes para la realización de la entrevista de seguimiento. La muestra estaba constituida por 412 adictos a Cocaína (194 y 218 en cada tipo de tratamiento). Las entrevistas de seguimiento comenzaron a hacerse 31 meses después de que el primer paciente comenzara el experimento y se localizaron y entrevistaron a 380 pacientes, el 93 % de la muestra, tras diversas estrategias y esfuerzos de localización. En un estudio posterior, centrado en analizar las dificultades para realizar el seguimiento a la muestra (Nemes y Cols. 2002), los autores llegan a las siguientes conclusiones: completar el tratamiento está positivamente asociado con tener éxito en la realización del seguimiento. La edad y el número de detenciones previas al tratamiento se relacionan con la dificultad para el seguimiento. Las personas que resultaron más fáciles de encontrar, tenían mayor probabilidad de estar empleadas en el momento del seguimiento. Las personas difíciles de localizar era más probable que estuvie-

ran utilizando cocaína y que hubieran sido detenidas tras dejar el tratamiento. Los autores concluyen que cuando se localiza a menos del 80 % de la muestra base los resultados conducen a subestimar el consumo de cocaína y a sobreestimar la situación de estar empleado.

En los trabajos que se han realizado para valorar qué factores pueden influir en la dificultad para contactar y localizar a los pacientes tras el tratamiento (Walton y cols., 1998; Cottler y cols. 1996; Stinchfield y cols. 1994; Rohrer y cols. 1999; Claus y cols. 2002), sólo se ha podido constatar con certeza que los pacientes que requieren de mayores esfuerzos hasta ser localizados se caracterizan por haber vuelto a usar drogas tras el tratamiento y que las características sociodemográficas al inicio de tratamiento no pueden predecir si un paciente será más fácil o difícil de localizar (Walton y cols. 1998). En el trabajo citado anteriormente de Cottler y cols. lo que si se pone de manifiesto es que los que van a requerir mayor esfuerzo para su localización, son consumidores de varias sustancias y probablemente padezcan síntomas de depresión y ansiedad. En el estudio de Stinchfield y cols. los pacientes que se caracterizaron por ser difíciles de contactar eran los que habían tenido peores resultados durante el tratamiento.

Por tanto, elaborar conclusiones a partir de muestras de pacientes en seguimiento que sean insuficientes, puede conducir a un importante sesgo en la medida en que podemos generalizar resultados no acordes con la realidad. Partiendo de esta premisa, y aceptando que en los seguimientos vamos a encontrar una pérdida de muestra, la cuestión que se plantea es cual es la pérdida tolerable para que las conclusiones no estén sesgadas. Para aproximarse a este objetivo, Hansten y cols. (2000) diseñaron un estudio dirigido a conocer qué efectos tenía la localización y seguimiento de diferentes tasas de pacientes sobre la estimación de resultados del tratamiento. Aprovechando una muestra de 654 pacientes sobre los que se realizaba un ensayo clínico para valorar la eficacia de una entrevista motivacional breve que se aplicaba en el momento de su entrada en tratamiento, los pacientes fueron seguidos posteriormente para comprobar el efecto sobre los resultados del tratamiento de dicha entrevista. Los autores diseñaron un procedimiento de búsqueda de los participantes que incluía una gradación de esfuerzos de localización (teléfono, postal, a través de agencias – servicios sociales, agentes judiciales, tribunales – etc.). Establecieron como límite un plazo de 90 días para localizar y entrevistar al paciente. Lograron entrevistar a 587 participantes (90 % de la muestra base). El 60 % de la muestra base fue localizada y entrevistada dentro de los 10 primeros días en que se intentó su localización. El 70 % estaba entrevistada a los 19 días y a los 42 días estaba localizada y entrevistada el 80 % de la muestra. El rango de intentos de localización por participante iba de 0 a 22. Los participantes que fueron contactados antes de los 19 días tenían un promedio de 7 intentos de localización. Los 22 intentos se los atribuyeron los participantes que finalmente no fueron contactados. Los autores comparan los resultados obtenidos por los primeros análisis sobre la submuestra de pacientes

que fueron fáciles de localizar (60 %) con los resultados del conjunto de la muestra localizada (90%). Encontraron que había una asociación significativa entre las dificultades para la localización y los resultados del tratamiento y el posterior uso de sustancias por parte de los pacientes. Sin embargo, las estimaciones realizadas, basadas sobre el 60 % de la muestra que fue fácil de localizar se diferenciaban poco de las que se basaban en el 90 % de la muestra y los modelos predictivos de resultados, basados en el 60 % eran razonablemente similares a los basados en la muestra final. Ellos concluyen que las tasas de seguimiento por debajo del 70 % producen resultados válidos y que el estudio de la pérdida de pacientes durante el periodo de seguimiento puede ser impredecible a partir de las características y circunstancias de los participantes en la línea base del estudio.

Gerstein y Johnson (2000), han realizado un amplio estudio sobre los sesgos introducidos en los estudios de seguimiento por la selección de los pacientes en el mismo y por la proporción de los que no realizan la entrevista de seguimiento. Para ello han revisado y analizado los cuatro últimos grandes estudios de seguimiento realizados en Estados Unidos: CALDATA, NTIES, SROSY DATOS (ver tabla n° 1). Todos estos estudios realizan un muestreo aleatorio en dos etapas: en una primera fase, y sobre el conjunto de entidades y centros que proporcionan tratamiento a drogodependientes, seleccionan una muestra desde la cual, en una segunda etapa, se seleccionan aleatoriamente a los pacientes. Al hacerlo de esta manera garantizan que la probabilidad de que un paciente que recibe tratamiento se seleccione para el estudio, sea máxima. La realidad es que hay una pequeña proporción de centros que no cooperan, con la consecuencia de que sus usuarios no van a poder ser seleccionados, y otra proporción de pacientes seleccionados que rehúsan colaborar en el seguimiento (rango de pacientes entrevistados entre 48 % y 70 %). En este trabajo los autores además ponen énfasis en el hecho de que los pacientes que acceden a tratamiento no lo hacen de forma aleatoria. En efecto, diferentes estudios que comparan poblaciones de pacientes adictos que están en tratamiento frente a adictos que no lo están, encuentran que los pacientes que demandan tratamiento no son los que tienen un mayor nivel de problemas relacionados con el consumo. Por otro lado, el acoplamiento de un paciente a una determinada prestación terapéutica está influido por las características de los servicios que proporciona el tratamiento, y por el contexto sociocultural del paciente. En suma, que los pacientes tratados no son una buena representación de los pacientes que tienen problemas de adicción. Por tanto, la falta de aleatoriedad en el acceso del paciente al tratamiento, el que las entidades que proporcionan los tratamientos no sean seleccionadas de forma aleatoria y la falta de colaboración de algunas de estas entidades y de los pacientes representan desafíos importantes para la validez y generalización de los hallazgos de los estudios de seguimiento.

#### d) Validez del auto-informe

Estudiar los niveles de consumo de drogas en una población de pacientes drogodependientes, así como las conductas asociadas a dicho consumo, requiere el uso de métodos basados en la información que proporciona el propio paciente. Dadas las peculiares características de este tipo de población (conductas delictivas relacionadas con el consumo, ilegalidad del propio consumo, etc.) se ha cuestionado la validez de la información que facilitan. Se ha intentado asegurar la confiabilidad en la información obtenida de esta forma a través de estudios que utilizan otras fuentes para corroborar la validez del autoinforme. Contrastar los datos con la información que facilita la familia, otros registros oficiales (empleo, escolaridad, delincuencia, etc.), resultados de análisis de drogas en orina, etc., es el método utilizado para verificar el grado de concordancia que tiene el autoinforme. Sobre este asunto se ha publicado una gran cantidad de literatura (en los últimos años: Solbergsdottir y cols., 2004; Secades y cols., 2003; Jhingan y cols., 2002; Weiss y cols. 1998; Winters y cols 1990). Incluso el National Institute on Drug Abuse (NIDA) de Estados Unidos ha publicado una concienzuda monografía (ver tabla nº 1) sobre esta cuestión. La mayoría de los estudios coinciden en destacar que la concordancia entre los informes que facilita el paciente sobre su consumo de drogas y sus actividades relacionadas y los resultados de comprobar su verosimilitud en las fuentes mencionadas, suele ser bastante alta. Wish y cols. (1997) diseñaron un estudio para valorar la validez de la información proporcionada por una muestra de pacientes en el momento de acceder a una unidad de tratamiento. Para ello contrastaron la información con resultados de análisis de drogas en orina y en el pelo. De los 487 pacientes que iniciaron tratamiento, pudieron conseguir muestras de orina y/o pelo de 326. Las conclusiones más importantes y llamativas de este estudio son: 1) la validez del autoinforme del paciente puede variar según la droga por la que se pregunta y el encuadre del tratamiento que solicita (si solicita Programa de Metadona es probable que no mienta sobre el uso de opiáceos, pero pueda pensar que el consumo de cocaína, si lo tiene, pueda perjudicarlo); 2) el policonsumo de drogas puede ser infradiagnosticado a través del autoinforme; 3) el análisis del pelo detectó más uso de cocaína que el análisis de orina; 3) aun así, aunque algunos pacientes tiendan a informar menor uso de drogas, en general esta información puede ser sustancialmente válida; 4) la validez de la información sobre el uso de drogas puede ser menor en el seguimiento que al inicio del tratamiento; 5) los individuos con los mayores problemas de consumo de drogas tienen mayor probabilidad de admitir sus problemas en una investigación o en una entrevista clínica. Por todo ello los autores concluyen que es importante incluir medidas toxicológicas del uso de drogas en las investigaciones de resultados de tratamiento para validar los autoinformes de uso reciente de drogas y ajustarlos al uso real de sustancias.

## 2.- Resultados Obtenidos en los Estudios de Seguimiento

Los primeros estudios de seguimiento de adictos seguían un diseño metodológico simple consistente básicamente en identificar y entrevistar a una muestra de pacientes que habían realizado algún programa de tratamiento al cabo de un periodo de tiempo de haberlo finalizado. Se buscaba sobre todo conocer cual era la situación del paciente en el momento del seguimiento y con relación al uso de drogas. Y aunque no diseñados para evaluar los tipos de tratamiento directamente, podían inferirse conclusiones a este nivel. Conforme se han ido perfeccionando los diseños metodológicos se ha podido incluir como objetivo de los estudios de seguimiento la evaluación de los tipos de tratamiento realizados por los pacientes.

En un principio, los estudios de seguimiento intentaban medir la evolución de los pacientes a través de un solo criterio: si continuaban o no consumiendo la droga que motivó el tratamiento y cuanto tiempo habían mantenido la abstinencia después del episodio de tratamiento. Posteriormente y dada la complejidad del fenómeno, los investigadores decidieron valorar la evolución a través de índices de evolución, que incluían mediciones sobre otros cambios que también experimentaban los pacientes: en su situación familiar, laboral, judicial, económica, de salud, etc. De los muchos estudios publicados sobre esta cuestión nosotros vamos a detenernos en revisar aquellos que se han editado en los últimos años, que abarcan muestras poblacionales grandes y que tienen un diseño metodológico riguroso. Para ello nos vamos a centrar en los 5 estudios citados en la tabla nº 1 cuyas características vienen especificadas en la tabla nº 2, realizando un resumen de los hallazgos mas relevantes en las áreas evaluadas: consumo de drogas y alcohol, actividades delictivas, situación laboral, salud y necesidades terapéuticas posteriores al tratamiento índice.

Con respecto al consumo de sustancias tras el tratamiento, los resultados de todos estos estudios de seguimiento son similares. Hay reducciones significativas y generalizadas del consumo, tanto de la sustancia que motivó la entrada en tratamiento, como de otras. Así, el estudio CALDATA encontró una reducción del 20 % aproximadamente entre el uso de drogas antes del tratamiento y posteriormente en el seguimiento. El estudio SROS encuentra una reducción del consumo de heroína del 11 % tras el tratamiento, del 45 % de Cocaína, del 14 % de Alcohol y no encuentra diferencias significativas entre el consumo ilegal de metadona antes y después del tratamiento. También analiza el consumo en los pacientes que no han dejado de consumir tras el tratamiento, descubriendo reducciones significativas en alcohol, derivados del cannabis y cocaína. El estudio NTIES constata una reducción del 35 % de consumo de la droga principal, y reducciones del 21,7 % de Cocaína, 11 % de Heroína y 27,8 % de derivados del cannabis. El estudio DATOS realiza el seguimiento al año de haber terminado o abandonado el tratamiento, y quizás sea el que

mayores reducciones de consumo descubre en el momento del seguimiento. Desde el 69 % de reducción del uso diario de Heroína en los pacientes que se encuentran en mantenimiento con metadona, hasta el 67 % de reducción de Cocaína semanal en los pacientes que reciben tratamientos residenciales de larga duración. Las reducciones del consumo de alcohol, cannabis y heroína oscilan entre el 50 y el 60 % en el momento del seguimiento, en las otras modalidades de tratamiento. El estudio Británico NTORS encuentra que el 38 % de los pacientes, a los 4-5 años de haber terminado el tratamiento está abstinentes a todas las drogas (el 66 % de la muestra NTORS eran heroínómanos).

Con relación a las actividades delictivas (posesión de drogas, venta, distintos tipos de robos, etc.) también se encuentran reducciones significativas en los pacientes tras haber realizado un tratamiento (Prendergast y cols. 2002). La mayor parte de los estudios constatan reducciones de entre un tercio a dos tercios de pacientes que han cometido delitos, siendo el robo en tiendas la actividad delictiva que más se reduce y el que menos la posesión de sustancias (sólo se reduce un 7,4 % en el estudio NTIES). También hay constancia de que cuanto mayor es el tiempo de permanencia en tratamiento, más disminuye el nivel de actividades delictivas.

Otro ámbito de especial interés para los investigadores es el del empleo y la fuente de ingresos económicos de los pacientes. Todos los estudios, salvo el SROS, encuentran que tras haber realizado el tratamiento hay una tendencia moderada a aumentar el nivel de empleo (13 % en DATOS a 15 % en NTIES). CALDATA constata que a mayor permanencia en tratamiento, más positivo es el efecto sobre el nivel de empleo, siendo más destacada esta tendencia en los pacientes que realizan tratamiento de tipo residencial. NTIES encuentra una reducción del 4,3 % en la recepción de subsidios sociales tras el tratamiento.

La mejoría en el estado de salud del paciente es otro aspecto que se ha investigado en los trabajos revisados. NTORS encuentra mejorías considerables y mantenidas, tanto en la salud física como en la mental, y describe una mortalidad anual del 1,2 % de la muestra, hallazgo similar al realizado por el estudio SROS que informó de una mortalidad de 277 pacientes en los 5 años del seguimiento (9 % de la muestra). Además este estudio demuestra que tras el tratamiento se reducen las conductas de riesgo para la transmisión de enfermedades contagiosas (tras el tratamiento disminuye la vía intravenosa y el compartir jeringuillas) y disminuye el promedio de sobredosis letales (Gossop y cols. 2002 y Stewart y cols. 2002). CALDATA constata una reducción del 30 % en hospitalizaciones tras el tratamiento y una mejoría en otros indicadores de salud.

No todos los estudios han abordado el problema de las necesidades terapéuticas para la adicción que ha podido tener el paciente tras la realización del episodio de tratamiento que se está

estudiando. SROS encuentra que el 50 % de los pacientes realizaron al menos un tratamiento después del investigado. DATOS describe que, dependiendo de la modalidad de tratamiento realizado, hay un rango entre 25 % y 74% de pacientes que repiten tratamiento.

### 3.- Análisis de Factores Predictores de Resultados en los Estudios de Seguimiento

De especial interés clínico y terapéutico es el estudio de la posible influencia que ejercen sobre los resultados del tratamiento distintas variables que definen la situación de partida del paciente que inicia tratamiento (Edad, sexo, historia del consumo de sustancias, delincuencia, situación laboral, historia de tratamientos previos, estado de salud mental, etc.) así como variables asociadas a las características de las modalidades de tratamiento disponibles. Se intenta construir un modelo matemático donde la variable dependiente, “estado del paciente tras el tratamiento” (nivel de gravedad de la dependencia, de las actividades delictivas, de problemas psiquiátricos y médicos, y de la situación laboral) es explicada por la influencia directa o la interacción de las diferentes variables “independientes” mencionadas anteriormente. A partir de los análisis de correlación de variables, con aplicación de las técnicas de regresión bivariante y multivariante, los estudios que estamos revisando encuentran algunos datos llamativos.

En primer lugar replican uno de los hallazgos que subrayaron los primeros estudios de seguimiento: la permanencia de tiempo en tratamiento está directamente relacionada con la evolución postratamiento, de forma que en los programas de mantenimiento con metadona, los pacientes que están más de un año en tratamiento son los que tendrán una evolución más favorable. Los pacientes en modalidades ambulatorias y residenciales sin mantenimiento de metadona que permanecen en tratamiento más de tres meses, tienen las evoluciones postratamiento más favorables. El estudio DATOS encuentra que los pacientes que estaban más de un año en metadona tenían cuatro veces menos probabilidad de estar usando heroína en el momento del seguimiento que los que permanecían en metadona menos de ese periodo de tiempo. Los pacientes que estaban más de tres meses en Comunidad Terapéutica eran los que tenían menor consumo de cocaína y de alcohol, menor nivel de actividades delictivas, de conductas de riesgo de contagio de VIH y de desempleo en el momento del seguimiento. Los pacientes en modalidades ambulatorias libres de drogas, además de mejorar en las variables que acabamos de mencionar, disminuían también la ideación y las tentativas autolíticas.

Seguidamente vamos a analizar la relación de los resultados del tratamiento con las variables predictoras que han mostrado significación estadística en los estudios que se han revisado. Básicamente las investigaciones llevadas a cabo se centran en intentar perfilar qué características o circunstancias del paciente pueden influir en los resultados del tratamiento, y qué variables del tratamiento pueden ejercer igualmente efecto beneficioso sobre el mismo.

## I. Variables Predictoras Relacionadas con el Paciente

### *Edad, Sexo y Etnicidad*

Son variables que, por sí solas, no tienen una influencia directa y significativa sobre los resultados del tratamiento, pero que sí ejercen efecto indirecto cuando interactúan con otras variables predictoras. De los estudios revisados, el que le dedica mayor atención es NTIES. En su informe sobre predictores, NTIES encuentra que los cambios más positivos en el consumo de alcohol en el momento del seguimiento están relacionados con que los pacientes tuvieran más edad, que hubieran completado el tratamiento y que tuvieran más experiencias anteriores de tratamiento. Resultado también encontrado en el estudio SROS, que además añade que los pacientes con un uso de alcohol más intenso antes del tratamiento, tenían 11 veces más probabilidad de consumir alcohol después del tratamiento.

La variable edad también se encuentra asociada como predictor de reducción de la actividad delictiva postratamiento al nivel educativo. Los pacientes con mayor reducción de actividades ilegales eran los de más edad que poseían mayor nivel educativo (NTIES). Tener más edad y ser de raza negra o hispánica ejercía también influencia positiva sobre el estado de salud física postratamiento. Curiosamente, y en contraste, los hombres de raza negra y de más edad mostraban pocos cambios positivos en su situación psiquiátrica (NTIES).

El sexo femenino está asociado a los mayores índices de mejoría, tanto en el estado físico como en el mental, después del tratamiento (NTIES).

Por otro lado, cuando se analiza la influencia del sexo sobre los resultados del tratamiento en cuanto a reducción de actividades delictivas, NTIES encuentra que las mujeres tenían menores cambios en sus actividades delictivas que los hombres. Además otro estudio constata esta aseveración (Messina y cols., 2000) afirmando que las mujeres con más historial de detenciones en

el inicio del tratamiento tenían mas probabilidad de ser detenidas tras el tratamiento, así como menos probabilidad de estar empleadas en el momento del seguimiento.

### *Historia de consumo de drogas y alcohol*

Estas variables han recibido una atención considerable, ya que desde los primeros estudios de seguimiento se apreciaban tendencias consistentes en su relación con los resultados. SROS señala que el factor predictivo mas importante del consumo de drogas posterior al tratamiento era el nivel de consumo de cualquiera de las principales drogas antes del tratamiento, y el sexo masculino. Es decir, cuanto mayor gravedad tiene el consumo (mas años de consumo, variados tipos y cantidades de drogas consumidas, sobredosis, etc.) mayor es la probabilidad de continuar consumiendo tras el tratamiento. La influencia negativa de la historia del consumo sobre los resultados del tratamiento, en la dependencia a opiáceos, ha sido también destacada por un estudio de tipo meta-analítico publicado en 1998 (Brewer y cols.). El trabajo SROS concluye que el poder de la historia del consumo de drogas para predecir el consumo futuro tras el tratamiento es quizás otra forma de constatar la naturaleza altamente persistente y crónica de los problemas adictivos.

SROS también encuentra que el consumo de alcohol postratamiento no parecía estar influenciado por el consumo de cualquier droga ilegal antes del mismo.

### *Nivel educativo*

El nivel educativo es otra variable que no parece ejercer una influencia directa sobre los resultados del tratamiento. Como ya se ha comentado antes, el estudio NTIES encontró que los pacientes con reducciones mas importantes en la gravedad del uso de drogas eran aquellos que cuando accedieron al tratamiento tenían un mayor nivel educativo (Diploma Escolar Alto) y además estos pacientes se caracterizaban por completar el tratamiento, tener mas sesiones mensuales de terapia, y permanecer mas tiempo en tratamiento.

### *Situación Social (incluye laboral y familiar)*

La influencia que pueden ejercer sobre los resultados de tratamiento la situación social y familiar parece estar mediada a través de sus interacciones con otras variables. Los pacientes desempleados tienen mayor probabilidad de continuar usando drogas tras el tratamiento que los que trabajan, aunque la correlación entre desempleo y uso de drogas postratamiento es bastante ligera (Brewer y cols. 1998).

En un estudio diseñado por Walton y cols. para analizar la influencia predictora de variables relacionadas con el paciente y con el tratamiento sobre el consumo de alcohol y drogas a los dos años del tratamiento y que abarcó una muestra de 180 pacientes encontró como predictores de consumo de alcohol en el momento del seguimiento tener una insuficiente autoeficacia, estar implicado en actividades delictivas, estar soltero y tener bajos ingresos económicos. Otros estudios (Dobkin y cols. (2002) y Zarkin y cols. (2002)) han señalado que tener mayor soporte social en el inicio del tratamiento es un predictor positivo de permanencia en el mismo y de abstinencia posterior.

### *Delincuencia*

Este es otro grupo de variables que ha recibido bastante atención pero que, al igual que las comentadas anteriormente, hay que considerar en el contexto de sus interacciones con otras variables predictoras. La historia delictiva previa y el estatus legal tienen una influencia positiva con continuar el uso de drogas tras el tratamiento (Brewer y cols., 1998). El estudio SROS apreció que el predictor más importante de tráfico de drogas tras el tratamiento era precisamente el tráfico antes del mismo. Además, los pacientes de más edad tenían menos probabilidad de vender drogas tras el tratamiento. Igualmente SROS informa que a mayor tiempo de estancia en tratamiento, menor probabilidad de vender drogas, prostituirse o robar tras el mismo.

### *Trastornos psiquiátricos*

Hemos encontrado en la literatura varios estudios que intentan determinar la influencia de la psicopatología del paciente en el momento de iniciar el tratamiento, con los resultados del mismo. Los trastornos psiquiátricos que más atención han recibido son los de la esfera depresiva y los trastornos de la personalidad. Compton y cols. han publicado recientemente un estudio realizado sobre 401 pacientes (93 % de la muestra base) a los que localizaron al año de haber iniciado el tratamiento. Al comenzar el tratamiento investigaron el estado psicopatológico de los pacientes y a los 12 meses analizaron como estaban en relación al consumo de sustancias. Encontraron que algunos trastornos psiquiátricos en el inicio del tratamiento estaban asociados a peores resultados en el seguimiento: el trastorno depresivo mayor predijo un mayor uso de sustancias, así como más diagnósticos de dependencia añadidos posteriormente y más síntomas relacionados. El trastorno antisocial de personalidad predijo el uso de un mayor número de sustancias; y el trastorno de ansiedad generalizada parece influir en que los pacientes inicien otras dependencias. Los hombres con trastornos mentales en general, con depresión mayor y trastorno antisocial de la personalidad son los que obtienen peores resultados tras el tratamiento. En un

estudio meta-analítico sobre predictores de resultados de tratamiento se destaca que la depresión tiene una suave correlación positiva con continuar el uso de drogas tras el tratamiento (Brewer y cols. 1998).

Sin embargo, estos hallazgos no son replicados por otros trabajos. En efecto, otro estudio realizado sobre una muestra de 278 pacientes en tratamiento con metadona (Cacciola y cols., 2001) y cuyo objetivo era examinar la posible influencia de la comorbilidad psiquiátrica en el momento del inicio del tratamiento sobre los resultados del mismo, encontró que, de entrada, tener otros trastornos mentales se asociaba con peor estatus médico y psicosocial tanto en la admisión como en el seguimiento (realizado a los 7 meses). Los pacientes con una combinación de diagnósticos en el eje I y II tenían los problemas mas severos. El uso de sustancias en el ingreso y a los 7 meses no parecía tener relación con la comorbilidad aunque había una tendencia que indicaba un mayor abandono de tratamiento para los pacientes con trastornos de personalidad. En otro estudio realizado en Noruega sobre una cohorte de 200 pacientes que ingresaron en una Comunidad Terapéutica, los autores (Ravndal y cols., 1998) señalan que los trastornos de personalidad y la psicopatología en el momento del ingreso no predijeron el nivel de problemas de uso de drogas durante el seguimiento pero sí estaban relacionados con el riesgo de muerte (en esta cohorte hubo una mortalidad del 12.4 % a los 5 años).

### *Historia de los tratamientos previos*

Se han encontrado pocos trabajos que aborden la relación predictora de la historia de los tratamientos realizados antes del episodio índice con los resultados en el momento del seguimiento y casi todos los artículos están basados en la muestra investigada por DATOS. Estos trabajos encuentran que los pacientes con experiencias terapéuticas anteriores tenían al mismo tiempo problemas de drogas mas graves, mayor necesidad percibida de tratamiento y peores resultados tras el mismo que aquellos que accedían a tratamiento por primera vez (que lo hacían con una media de 30 años de edad y de 7 años de historia promedio de consumo). La experiencia de haber recibido un tratamiento anteriormente, provocaba un efecto negativo sobre la autoeficacia para resistirse al uso de drogas ante la influencia negativa del grupo de pares, una vez que el paciente había concluido el tratamiento (Grella y cols. 1999). Este mismo grupo de investigadores, utilizando datos registrados procedentes de pacientes cocainómanos, compararon a los pacientes que accedían a tratamiento por primera vez con aquellos que tenían una larga historia de tratamientos anteriores, constatando que estos últimos tenían resultados menos favorables tras el tratamiento índice (Hser y cols. 1999).

## 2. Variables Predictoras Relacionadas con el Tratamiento

Ya se ha comentado que todos los estudios de seguimiento en que se analizan variables predictoras encuentran que el tiempo de permanencia en tratamiento es un factor directamente relacionado con los resultados del mismo. Hay dos preguntas que surgen ante esta constatación ¿Qué variables del paciente pueden determinar que éste se mantenga mas tiempo en un tratamiento dado? Y ¿Qué factores relacionados con el propio tratamiento pueden incidir en que el paciente permanezca mas tiempo en él?. Sobre esta segunda cuestión ofrecemos a continuación los resultados que hemos encontrado en la literatura publicada.

### *Motivación hacia el tratamiento*

Incrementar la motivación hacia el tratamiento y hacia el cambio constituye un objetivo de primer orden para comprometer al paciente en su proceso terapéutico. Se ha constatado que con bastante frecuencia los pacientes drogodependientes acceden a tratarse por una motivación extrínseca: se sienten exigidos a tener que someterse a un tratamiento debido a situaciones familiares, judiciales, laborales u otras en las que han llegado a ciertos límites. Poder transformar esa motivación en una mas personal probablemente podría ser uno de los primeros objetivos terapéuticos.

Simpson y cols. realizaron un trabajo con el objetivo de conocer qué variables relacionadas con el proceso terapéutico podían influir en el mayor tiempo de permanencia de los pacientes en programa. La muestra estaba formada por 435 pacientes en mantenimiento de metadona y fueron seguidos al año de haberlo terminado o abandonado. Los análisis realizados establecieron que en esa muestra la mayor permanencia de tiempo en tratamiento podía predecirse a partir de una mas alta motivación para el mismo.

Con respecto a los pacientes que inician tratamiento por presión judicial o legal, el estudio NTIES encontró que los resultados relacionados con empezar un tratamiento por presión legal no eran tan buenos como cuando la motivación para el tratamiento obedecía a otras razones. El estudio SROS añade además que los pacientes que ingresaron en tratamiento en esa circunstancia tenían mas probabilidad de usar alcohol tras el tratamiento que los que ingresaban con otro tipo de motivaciones.

## *Terminar el programa de tratamiento*

Completar el programa terapéutico cubre un doble objetivo: el paciente va a permanecer un tiempo suficiente en tratamiento y además va a alcanzar las metas propuestas en el mismo. Son escasos los trabajos que evalúan los factores que pueden determinar que un paciente concluya su tratamiento, así como la influencia de este hecho sobre los resultados del mismo. El estudio SROS encontró que los pacientes que completaban su tratamiento tenían menor probabilidad de usar drogas tras el mismo que los que no completaban tratamiento. Weisner y cols. en otro trabajo realizado con una población de alcohólicos llegan a la misma conclusión. Ghodse y cols., evaluando un programa de desintoxicación encontraron que los pacientes que completaron la desintoxicación y estuvieron al menos 6 semanas en una unidad de recuperación o rehabilitación tenían resultados significativamente mejores que aquellos que no completaron el tratamiento (Ghodse y cols. 2002)

Zarkin y cols. realizaron un estudio para analizar específicamente que efecto tenía concluir un tratamiento sobre dos variables de resultados: empleo y delincuencia. Lo hicieron utilizando una submuestra del estudio NTIES que incluía a 986 pacientes tratados en régimen ambulatorio libre de drogas. Los autores encontraron que completar el tratamiento y permanecer por mas tiempo en él estaba significativamente relacionado con una mejor situación de empleo tras el tratamiento. El nivel de empleo en el momento del seguimiento entre los pacientes que habían completado el plan de tratamiento era casi el doble que los pacientes que no lo completaban, a pesar de que estos últimos hubieran permanecido un tiempo suficiente en él.

## *Características del tratamiento*

Algunas variables relacionadas con las particularidades que tiene un determinado tipo del tratamiento pueden ser analizadas como posibles predictoras de resultados, aunque no son muchos los estudios que abordan esta cuestión. Nielsen y cols. analizaron predictores de cumplimiento del programa terapéutico en una muestra de 150 alcohólicos que iniciaron tratamiento en una unidad ambulatoria libre de drogas. Entre otros resultados, constatan que las variables predictoras de cumplimiento en la fase de motivación eran: disponer de terapeutas caracterizados por una actitud de escucha empática y reflexiva, uso de disulfiram y de tratamiento psicofarmacológico.

Otro trabajo que aborda este aspecto (Kasarabada y cols., 2002) se realizó sobre una muestra multicéntrica de 511 pacientes a los que se le solicitó, mientras se encontraban en tratamiento, que valoraran a sus terapeutas en 14 dimensiones (empatía, directividad, etc.). Un año después de finalizado el tratamiento se les localizó para el seguimiento. Utilizando análisis de regresión

múltiple en el que se consideraron variables independientes las puntuaciones que habían dado sobre los terapeutas durante el tratamiento, y variables dependientes los resultados del mismo (gravedad del uso de alcohol, consumo de drogas y estado psiquiátrico medido a través del Addiction Severity Index) encontraron que las percepciones positivas que tenían los pacientes sobre sus terapeutas estaban asociadas de forma significativa con un mayor tiempo de permanencia en tratamiento (tanto en modalidades ambulatorias libres de drogas como en tratamientos residenciales) y con mejor funcionamiento psiquiátrico en el momento del seguimiento.

#### 4. Qué aportan los estudios de seguimiento sobre la eficacia de las distintas modalidades de tratamiento estudiadas

Aunque formalmente existen muchas variedades o tipos de modalidad de tratamiento para las adicciones, lo cierto es que es posible clasificarlas en 4 grandes grupos en función de cual es el recurso o método principal que emplean para lograr el objetivo de la rehabilitación y la reincorporación social del adicto. Son los siguientes: 1. Programas de desintoxicación exclusivamente (que puede ser en régimen ambulatorio u hospitalario); 2. Programas basados en la atención ambulatoria, llamados también libres de drogas; 3. Programas basados en la atención ambulatoria, pero orientados hacia el mantenimiento con metadona (también llamados tratamientos de sustitución); y 4. Programas residenciales, de corta o larga duración (también llamados de Comunidad Terapéutica, de estancia breve o larga). No pretendemos aquí describir detalladamente cuales son las características de cada una de estas modalidades. Nos referiremos exclusivamente a los trabajos que aportan algo con respecto a los resultados obtenidos en cada una de ellas.

##### *Programas de desintoxicación solamente*

Numerosos estudios han demostrado que desintoxicar a un adicto, sin proporcionarle ninguna otra medida de soporte, no suele lograr que los pacientes mantengan la abstinencia durante mucho tiempo. Actualmente los programas de desintoxicación son considerados, más que como tratamientos independientes, como la fase previa de otros tratamientos aunque en algunos centros todavía se proporciona este servicio en exclusiva. La desintoxicación por sí misma no suele ser un tratamiento eficaz contra la drogodependencia, al menos así lo sugieren los datos disponibles. El 54 % de los pacientes que sólo hacen la desintoxicación recaen en el uso diario de opiáceos en el año siguiente a la desintoxicación y un 14 % más usa opiáceos aunque con menor frecuencia (Simpson y cols. 1972). La mayor parte de las recaídas en el consumo se producen en las primeras semanas tras el tratamiento. En los últimos años ha recibido atención considerable en la literatura científica la denominada Desintoxicación Ultrarrápida bajo Anestesia General de

los pacientes con dependencia a opiáceos. Su evaluación, no obstante, tampoco es muy optimista. Hay una revisión de la Colaboración Cochrane sobre la materia (Gowing y cols. 2002) en la que se concluye que se necesita mucha más investigación sobre la evidencia de la eficacia de este tratamiento de desintoxicación. Un seguimiento realizado en Suiza sobre 16 pacientes a un año de la desintoxicación encontró que 14 pacientes habían recaído, de los que 12, en el momento del seguimiento estaban en un programa de mantenimiento con metadona (Bochud y cols. 2003). Los autores señalan la posible utilidad de las desintoxicaciones ultrarrápidas como un paso dentro de programas de tratamiento de larga duración. Otra revisión sobre la materia publicado por el JAMA en 1998 (O'Connor y Kosten, 1998) en la que se incluyeron 9 trabajos publicados sobre Desintoxicación Ultrarrápida y que comprendía una muestra de 424 pacientes sometidos a esta técnica de desintoxicación, concluye que: la literatura existente sobre el tema es muy limitada tanto por el número de pacientes evaluados como por la variabilidad de los protocolos utilizados, la falta de diseño aleatorio con ausencia de grupo control y la información proporcionada por los seguimientos realizados, que están hechos a muy corto plazo. Aconsejan los revisores que hacen falta trabajos que usen métodos de investigación rigurosos, resultados a largo plazo y comparaciones con otras modalidades de tratamiento para la adicción a opiáceos.

### *Programas ambulatorios libres de drogas*

Quizás sea esta una de las modalidades de tratamiento más extendida en todos los países. Son programas de tratamiento donde el paciente puede o no recibir tratamiento de desintoxicación en régimen ambulatorio (en función de sus necesidades y de la disponibilidad del servicio) y, posteriormente, realizar un seguimiento médico y psicológico que puede involucrar la utilización de diversas técnicas psicoterapéuticas: desde el asesoramiento y las intervenciones motivacionales, hasta recursos terapéuticos bien definidos (por ejemplo, terapias de grupo, modalidades cognitivo-conductuales, etc.) incluso involucrando a miembros de la familia (terapia familiar) o recursos de autoayuda de la comunidad (como por ejemplo Alcohólicos Anónimos). También incluye la utilización de fármacos para la deshabituación (interdictores de alcohol, anticraving, antidepresivos, eutimizantes, etc.). Los programas ambulatorios libres de drogas han sido ampliamente indagados en los grandes estudios de seguimiento. Los pacientes que pueden permanecer en ellos más de tres meses se benefician de reducciones importantes y significativas en el consumo de drogas, en actividad delictiva, en problemas graves de salud y aumentan la probabilidad de estar trabajando tras el tratamiento (NTIES, DATOS, SROS, NTORS). Los programas libres de drogas han sido valorados como los tratamientos más económicos y eficaces para la drogodependencia (Motjabai y Zivin, 2003, trabajo basado en el estudio SROS). Sin embargo, el ingreso de un determinado paciente en este tipo de programas tiene relación con un perfil tipo de paciente que puede adaptarse a ellos. En efecto, el estudio NTORS se detuvo en explorar las características y pro-

blemas diferenciales entre los pacientes adscritos a cada una de las modalidades de tratamiento al entender que estos factores pueden influir en los resultados del tratamiento, y encontró, que los que se adherían a los programas libres de drogas eran los que tenían problemas de adicción menos graves y menor nivel de complicaciones psicosociales asociadas al consumo (en comparación con perfiles de mayor gravedad que se integraban mejor en las otras modalidades de tratamiento).

### *Programas de mantenimiento con metadona*

La definición conceptual del tratamiento de mantenimiento con metadona (en adelante T.M.M.) implica la aceptación de la sustitución de la heroína (u otro opiáceo de abuso) por este opiáceo. Se espera que durante el tratamiento el paciente disminuya su uso de heroína y mejore su adaptación psicosocial, disminuyendo su actividad delictiva y aumentando su nivel de salud y su rehabilitación laboral. En general el TMM es efectivo para mantener a los pacientes adheridos al tratamiento y disminuye el uso de heroína mas que los tratamientos que no utilizan sustitución de opiáceos sobre todo cuando el paciente se mantiene en dosis superiores a los 50 mg./día (Mattick y cols. 2003, revisión Cochrane; Farré y cols. 2002). En la revisión de Mattick no se encuentra que tenga efecto sobre la actividad delictiva. Sin embargo, el estudio NTIES encuentra una reducción importante en consumo de drogas y actividades ilegales, pero no hay cambios significativos en la situación laboral ni en la de salud en el momento del seguimiento. Específicamente, el TMM parece eficaz en reducir las actividades delictivas relacionadas directamente con el uso de drogas, pero no con otro tipo de delitos. También es un tratamiento eficaz para disminuir las conductas de riesgo de transmisión del VIH y para mejorar la calidad de vida de los pacientes, sobre todo cuando continúan en el programa durante largos periodos de tiempo. Así mismo, se ha encontrado que mantener a los pacientes con dosis mayores a 50 mg./día permite lograr mejores tasas de retención que con dosis menores.

En conclusión puede afirmarse que el mantenimiento de metadona es un tratamiento eficaz cuando el paciente permanece en el tratamiento de forma continuada durante largos intervalos de tiempo. Si el paciente logra permanecer en el tratamiento varios años, los resultados mejoran a medida que pasa el tiempo: menor uso de drogas, tendencia a disminuir las actividades delictivas y tendencia a aumentar la actividad laboral.

### *Programas de comunidad terapéutica*

Aunque la Comunidad Terapéutica (en adelante C.T.) como institución aparece en los años 40 y dentro del marco de la Psiquiatría Social es hacia la década de los 70 cuando comienza a em-

plearse para el tratamiento de adictos, llegando a convertirse en uno de los principales medios terapéuticos para el abordaje de las toxicomanías. En Estados Unidos distinguen los tratamientos residenciales en dos grupos: los de corta duración (programas llevados a cabo en un ingreso no superior a tres meses) y los de larga duración (ingresos superiores a tres meses, por lo general el promedio de estancia para completar el programa está entre los seis y nueve meses). Los programas de C.T. son los que consiguen las reducciones más importantes en el consumo de drogas en el momento del seguimiento, así como las tasas más altas de empleo, en comparación con las otras modalidades (NTIES, SROS, DATOS). Las mayores reducciones en actividad delictiva y el incremento del empleo a tiempo completo ha sido relacionado con una estancia superior a los 6 meses en los pacientes que se tratan en C.T. de larga duración (Hubbard y cols. 2003). Los resultados encontrados en los diferentes estudios de seguimiento revisados son, a grandes rasgos, los siguientes: aproximadamente dos tercios de los pacientes que completan el tratamiento en C.T. en el seguimiento a un año de haber concluido permanecen en abstinencia de opiáceos y tienen pautas de conducta aceptadas por la comunidad en la que viven. Los resultados son mejores para aquellos pacientes que han permanecido más tiempo en C.T. y mucho mejores para los que han completado el programa terapéutico que para los que abandonaron antes de terminarlo. El estudio NTORS encuentra que en Inglaterra los pacientes que solicitan ingresar en C.T. eran los que tenían problemas más crónicos de uso de drogas, siendo más probable que utilizaran cocaína y alcohol en su historia de consumo que los pacientes que solicitaban otras modalidades de tratamiento.

En conclusión podemos constatar que todas las modalidades de tratamiento para las adicciones que se han estudiado parecen ser eficientes comparados con otras intervenciones sanitarias (Mojtabai y Zivin, 2003; Hser y cols. (DATOS) 1998): esto implica que todas consiguen mejorar la situación que los pacientes presentaban antes del tratamiento. El perfil de factores psicosociales y toxicofílico de los pacientes parece influir tanto en la elección que hace el sujeto del tipo de tratamiento como en los resultados que obtiene con él (Prendergast y cols. 2000)

## 5. Aportaciones de los estudios realizados en España a estos hallazgos

Por último no queremos terminar esta revisión sin hacer un breve recorrido por los estudios de seguimiento de adictos que se han realizado en nuestro país (algunas de sus características y resultados vienen recogidos en la tabla nº 3. Tras la realización a principios de los ochenta de numerosos estudios descriptivos de los pacientes atendidos en diversos centros de tratamiento, así como estudios sobre las características de diferentes modelos de abordaje, solamente es a partir de 1.983 cuando aparecen los primeros trabajos de seguimiento (Guardia Serecigni y cols. 1983 y 1987; Melgarejo Clará y cols. 1986; Sánchez Carbonell y cols. 1988, 1989 y 1993; García

López y cols. 1992; Valverde Eizaguirre y cols. 1991; Ochoa y cols. 1992). La mayor parte de estos trabajos eran prolongación de estudios descriptivos que se habían llevado a cabo anteriormente en el mismo centro. Partían de la iniciativa de los profesionales de un determinado servicio y por lo general no disponían de medios suficientes por lo que respondían a diseños sobre muestras pequeñas.

El primer estudio de seguimiento sobre una muestra de heroinómanos fue publicado en España en el año 1.983 (Guardia Serecigni y cols. 1983). Los autores siguieron una muestra de 73 pacientes que habían iniciado el tratamiento en un centro ambulatorio (SPOTT) dependiente de la Diputación de Barcelona. El instrumento de recogida de información fue una entrevista estructurada dirigida al paciente y la familia, que se efectuó en el Centro por personal del mismo. También se analizó la orina para confirmar la información dada por el paciente sobre su consumo de drogas. Se estudiaron seis grupos de variables (consumo de opiáceos, consumo de alcohol, consumo de otras drogas, trabajo, adaptación familiar y delincuencia) y establecieron una escala para medir el índice de recuperación del paciente. De sus hallazgos resulta destacable que un 37 % de los adictos estaban en situación favorable al año de tratamiento y un 36 % estaba en situación desfavorable. El resto de los pacientes – 20 – no pudieron ser localizados.

El segundo estudio publicado fue realizado por los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Barcelona en 1.985, y se presentó, en ese año como ponencia a las XIII Jornadas de Socidrogalcohol (Melgarejo-Clará y cols. 1986). Los autores seleccionaron una muestra de 125 pacientes que habían comenzado tratamiento en el programa DROSS entre un año y un año y medio antes de hacer el seguimiento. El diseño era del tipo "solamente después" ya que la realidad antes del tratamiento no fue suficientemente medida. Tampoco incluía grupo de comparación. Entre los resultados destacables de este estudio cabe citar que el alcoholismo familiar, la edad de inicio del consumo de heroína y la edad de inicio de la adicción más tardía, estaban correlacionadas con un peor índice de recuperación. Asimismo, la edad más temprana de inicio del tratamiento, los pacientes que habían tenido periodos de abstinencia previos en otros tratamientos y la mayor permanencia en tratamiento de aquellos que se habían iniciado más precozmente en el consumo de heroína, correlacionaban positivamente con el mejor índice de recuperación. Un último dato reseñable de este seguimiento es que el 54.9 % de los pacientes estuvo 6 meses o menos en tratamiento, siendo 36,8 % la tasa de abandono antes de los tres meses. Había una correlación fuertemente positiva entre tiempo de permanencia en programa e índice de recuperación.

El tercero de los estudios de seguimiento publicados en España se realizó en 1.987 (Guardia Serecigni y cols. 1987). Es el seguimiento a tres años de la misma muestra que se utilizó para describir su situación al año de tratamiento por el equipo del SPOTT de Barcelona. Sus objetivos

fueron averiguar la situación evolutiva de los heroínómanos respecto a seis variables (toxicológicas y sociales) definidas previamente, y relacionar la situación evolutiva con las características del tratamiento realizado. Respecto a los resultados cabe destacar que un 56 % de los pacientes (N = 41) se encontraban en situación favorable, un 30,2 % (N = 22) estaban en situación desfavorable y de 10 personas no había información. Los autores corroboran los hallazgos del estudio DARP y del TOPS respecto a la correlación positiva entre tiempo de permanencia en tratamiento y situación evolutiva, de forma que, de los 33 pacientes que permanecieron más de 3 meses en tratamiento, 29 se encontraban en situación favorable y sólo 4 (12,1 %) en situación desfavorable. También encuentran que cuanto mayor es la duración del tratamiento, mayores son las probabilidades de que el paciente se encuentre en el grupo de "evolución favorable". Y que la desintoxicación por sí sola no es suficiente para que la evolución del adicto sea favorable. Por último, el mayor porcentaje de pacientes en situación favorable se detectó entre los que realizaron un cambio de domicilio al medio rural ("poco contaminado"), o un programa de rehabilitación en comunidad terapéutica, o bien un programa de reinserción socio-laboral.

El proyecto EMETYST (Estudio Multicéntrico de Evaluación Y Seguimiento de Toxicómanos) se propuso adaptar a España la metodología usada en los estudios anglosajones de evaluación y es el primer estudio multicéntrico de seguimiento realizado en nuestro país (Sánchez Carbonell y col. 1988 y 1989). Sobre un total de 16 servicios de tratamiento ambulatorio se estudió una muestra de 311 adictos a heroína que habían comenzado tratamiento entre marzo y julio de 1.985. Los primeros seguimientos se hicieron a los 6 y a los 12 meses después de haber iniciado el tratamiento, situándose los objetivos en conocer el uso de drogas, el status psicológico, la ocupación y la situación legal de los pacientes. Posteriormente se publicó el seguimiento de la muestra a los dos años.

De los 311 pacientes que accedieron a someterse al estudio, que constituían un 75 % del total de los admitidos, en el seguimiento a los seis meses se logró entrevistar a 169 personas (54 %), al año se conectó con 203 (un 65 %), de los que 142 pacientes fueron entrevistados en ambos seguimientos (46 %), mientras que 81 nunca fueron entrevistados. En el seguimiento a los 6 meses había 9 pacientes en comunidad terapéutica, 14 encarcelados y 2 fallecidos. Al año, había 10 en comunidad terapéutica, 19 encarcelados y 3 fallecidos. Se utilizó como base de la entrevista el "Addiction Severity Index" traducido al castellano. De los resultados del estudio cabe destacar: que tanto a los 6 como a los 12 meses se produjo una disminución significativa en el uso de heroína, tranquilizantes y cannabis. En el caso concreto de la heroína, el 51 % de los pacientes había disminuido la frecuencia de su uso después de un año y el 17 % había reducido por completo el consumo diario. En el área psicológica, había mejorías estadísticamente significativas tanto en los problemas derivados del uso de drogas como en intención suicida. En el área legal en-

contraron una disminución significativa en el número de actividades ilegales a los seis meses, aunque no mejoró al cabo de los 12 meses. Por último, en el área ocupacional no hubo mejorías estadísticamente significativas.

Respecto a la duración del tratamiento los autores encontraron que el 29 % de los pacientes estuvo en tratamiento menos de un mes, el 31 % entre 1 y 3 meses el 17 % de 3 a 6 meses, el 14 % de 6 a 12 meses y sólo un 10 % estuvo en tratamiento mas de un año. En el seguimiento a los seis meses los pacientes que habían permanecido más de tres meses en tratamiento consumían menos tranquilizantes, tenían menos problemas relacionados con el uso de drogas y habían sido sentenciados y habían sido encarcelados con menor frecuencia que los que habían dejado el tratamiento antes de los 3 meses. Por último, en este seguimiento no se encuentra ninguna relación entre variables demográficas y capacidad predictora de resultados del tratamiento.

Las tasas de permanencia en tratamiento encontradas en el estudio EMETYST son similares a las obtenidas en los estudios americanos ya citados. Asimismo, las tasas de mortalidad son inferiores a las de otros estudios de seguimiento más amplios (sólo el 1 %). En el seguimiento a los dos años del proyecto EMETYST se logró contactar con 195 pacientes, distribuidos de la siguiente forma: 46 % entrevistados personal o telefónicamente, el 6 % permanecían en una comunidad terapéutica, un 9 % estaban encarcelados y un 2 % habían fallecido. De los entrevistados el 45 % habían iniciado un nuevo episodio de tratamiento en otros centros.

En lo relativo a la posibilidad de encontrar variables demográficas predictoras de la evolución no se encontró ninguna significativa. En este sentido la única variable con peso en la evolución fue el historial delictivo previo de forma que los pacientes que estuvieron encarcelados o estaban en libertad condicional durante el año anterior al inicio del tratamiento, tenían más probabilidades de obtener una puntuación mala o pésima en su evolución en el seguimiento.

El sexto estudio de seguimiento publicado en España (García López y Ezquiaga, 1992) se realizó entre 1.987 y 1988 en un Centro de Salud Mental de Madrid. Los autores hicieron un seguimiento a los seis meses de una muestra de 94 toxicómanos que habían iniciado tratamiento. La metodología empleada incluye un exhaustivo estudio antes del tratamiento con historia clínica y toxicológica, empleo del "Addiction Severity Index", y el inventario para la depresión de Beck, que se repitió en el momento del seguimiento a los seis meses (excepto la historia clínica).

De los resultados cabe destacar que el 21 % de la muestra no llegó a iniciar ningún tratamiento, un 67 % realizó una desintoxicación hospitalaria, un 9 % la ambulatoria y el 57 % fue objeto de seguimiento ambulatorio. El tiempo de permanencia medio fue de 107 días, con una am-

plia desviación estándar (91,4 días). Hubo un 83 % de altas por abandono de tratamiento. A los seis meses entrevistaron al 53 % de la muestra inicial, valorándose como evolución positiva la de un 36 % del total de la muestra. Al igual que en los otros estudios comentados, los autores observaron que había una mejor evolución cuanto mayor era el tiempo de permanencia en programa y cuanto menor era el índice de actividades delictivas previas.

Otro trabajo que intenta evaluar la eficacia de un tipo específico de intervención es el realizado en Madrid entre los años 1.989 y 1.991 con una muestra de 365 pacientes a los que se les había administrado naltrexona (Ochoa y cols. 1992). A los dos años de seguimiento un 47 % de los pacientes permanecían en programa. El tiempo medio de permanencia fue de 161 días. Hubo 55 pacientes que se retiraron menos de un mes, es decir, el 16 % del total. En este caso, la comparación con los resultados de otros estudios muestra claramente unos mejores índices de retención en el programa, determinando una alta tasa de eficacia. Sin embargo no midieron si había realmente una buena evolución tras el alta de tratamiento con naltrexona.

En el año 1.989 el Grupo Interdisciplinar sobre Drogas (GID)(Comas Aranau y cols. 1992), con la colaboración del Plan Nacional sobre Drogas, realizó un estudio de seguimiento multicéntrico sobre diferentes modalidades de tratamiento. Sin duda la novedad de esta investigación radica en que intenta sortear las dificultades metodológicas que habitualmente tienen los estudios de seguimiento sobre todo en lo relativo a cómo obtener la muestra a entrevistar y evitar elementos de sesgo a la hora de la selección y de la realización del trabajo de campo. Dicen los autores que "tanto los estudios de seguimiento como los descriptivos se han realizado bajo el esquema de lo "científico" entendido con los criterios metodológicos de las ciencias de la naturaleza aunque aquí los "ratones" no estén en el laboratorio y son sujetos situados en la sociedad y afectados por complejas, interdependientes, múltiples y desconocidas variables". Añaden que el modelo de experimento en condiciones de control no es válido ante una situación social compleja y que en este caso es necesario aplicar los modelos y metodologías que la investigación científica en el campo de las ciencias sociales ha desarrollado.

Con estos criterios y a partir de un censo de 6.962 sujetos obtenido de 14 servicios asistenciales diferentes, realizan un primer muestreo por cuotas (dispositivo, sexo y edad) y llegan a una muestra de 1.204 casos que constituyó la línea base nominal del estudio y que era representativa del censo. Al mismo tiempo se estableció una segunda muestra con los mismos criterios de representatividad por cuotas y puntos de muestreo obteniéndose 307 casos que constituyeron la muestra final y que equivalía a una muestra representativa de carácter sociológico, con un nivel de confianza de 95,5 %.

Los objetivos de este trabajo eran dos: 1º, conocer la situación actual, en 1989 de los sujetos que iniciaron algún tipo de tratamiento en una serie de centros asistenciales entre el 1 de enero de 1.984 y el 31 de diciembre de 1.986. 2º, tratar de probar la posible utilidad de las técnicas sociológicas de investigación aplicadas en las ciencias sociales a este tipo de estudios de seguimiento. Al no hacer comparación con la situación previa de la muestra sus resultados tenían un valor limitado para conocer la eficacia de los tratamientos, pero éste no era uno de los objetivos del trabajo. Entre sus resultados cabe destacar que el número de intentos de dejar las drogas se situaba en 2,4 veces en un centro terapéutico y en 2,1 el número de dispositivos distintos utilizados. Los dispositivos más utilizados eran los ambulatorios de carácter público y las comunidades terapéuticas profesionales siendo estas últimas y Proyecto Hombre las que poseían mayor índice de permanencia en tratamiento (el 50 % de los pacientes estaban más de 7 meses en las comunidades terapéuticas y más de 9 meses en Proyecto Hombre).

En el año 1996 se publicó un estudio de Seguimiento realizado sobre una muestra de 334 adictos a la heroína que recibieron tratamiento en Asturias. Fueron seguidos al cabo de una media de 40 meses del primer contacto con los centros asistenciales y se localizó al 81% de los sujetos. Solamente pudieron entrevistar al 42% de la muestra. Los investigadores encontraron que los pacientes que no consumían heroína presentaban mejor estado psíquico y menor actividad ilegal que los consumidores. No se encontraron diferencias significativas en cuanto al consumo excesivo de alcohol y el número de infectados por el virus del sida entre los que usaban heroína y los que habían dejado de consumirla.

En 1997 se publicó un estudio de seguimiento realizado en el ámbito del Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz, que abarcaba una muestra de 65 heroinómanos que habían iniciado el tratamiento en 1989 y a los que se localizó y entrevistó en 1995 (promedio de 6 años de seguimiento) (Girón García, 1997). Los resultados más interesantes de este trabajo fueron: se pudo localizar y entrevistar a 49 pacientes (75,3 % de la muestra). De ellos 27 (el 55,1 %) tenían una evolución favorable (abstinencia de heroína en el último mes, un promedio de 3,2 años de abstinencia de heroína durante el periodo de seguimiento) y su situación con respecto al consumo de otras sustancias, trabajo, actividades delictivas y estado de salud, era significativamente aceptable. El promedio de tiempo que habían permanecido en tratamiento era de 78,3 días, siendo 13 los pacientes que habían estado mas de tres meses en tratamiento (26,5 % de la muestra). Al analizar la influencia de posibles variables predictoras en los resultados, solamente se encuentra que el tiempo de permanencia en tratamiento influye directamente, en forma lineal, sobre la evolución.

El último de los estudios de seguimiento realizado en España, del que tenemos conocimiento, fue conducido para evaluar la eficacia del programa que la Asociación Proyecto Hombre dis-

pensa en tres Comunidades Autónomas: Asturias, Baleares y Galicia (Fernández Hermida y Secades Vila 2001). Dicho programa incluye una fase de Comunidad Terapéutica y otra de Reinserción Social. En realidad se trata de tres estudios diferentes llevados a cabo en cada una de esas áreas territoriales por tres equipos de investigadores distintos. La muestra global estaba constituida por 658 pacientes. Finalmente, y en un promedio de 3 años tras el inicio del tratamiento, fueron entrevistados 452 (el 68,69 % de la muestra), de los que 365 habían terminado el programa con un alta terapéutica y 87 pacientes habían salido del programa antes de su finalización. En el momento del seguimiento el 84,3 % de los pacientes se encontraba en abstinencia de drogas ilegales (el 90 % de los que habían concluido con un alta terapéutica y el 55,2 % de los que habían abandonado el tratamiento). Con relación a la actividad delictiva tras el tratamiento, solo evaluada en el estudio de Asturias, el 14,4% de los pacientes entrevistados (36 de 249) había tenido algún tipo de incidente (acusación, detención o condena). La mayor parte de ellos pertenecían al grupo de pacientes que habían abandonado el programa. Por último, el tiempo promedio de permanencia de los pacientes en programa está alrededor de los dos años y medio (no consta específicamente en el estudio el número de pacientes que superaron al menos los tres meses aunque se infiere que fue una gran mayoría).

Al comenzar este trabajo nos preguntábamos por tres aspectos relacionados con los estudios de seguimiento y vamos a intentar responder a esas cuestiones a partir de la información obtenida en esta revisión.

En primer lugar nos planteábamos la posible utilidad de hacer estudios de seguimiento en el momento actual. La respuesta es que gracias a la realización de los variados estudios de seguimiento que hemos analizado hemos conocido las características y necesidades asistenciales de los diferentes tipos de pacientes que solicitan tratamiento. Al referirnos a “distintos tipos” de pacientes no sólo estamos incluyendo la droga motivo de adicción sino el tipo de vinculación del adicto a la sustancia y su perfil de personalidad o psicopatología. En efecto, a lo largo de la historia de la atención a los pacientes drogodependientes nos hemos enfrentado a dos problemas que se han ido salvando paulatinamente: el primero tenía que ver con la filosofía de los tratamientos, según la cual había que conseguir que el paciente encajara en la idea de la adicción y de la rehabilitación que tenía el equipo de los terapeutas. Ello hizo, por ejemplo, que al principio el objetivo de tratamiento fuera conseguir la abstinencia plena del adicto y los programas se dirigían hacia este fin de forma que cualquier logro menor en relación con el de abstinencia se valoraba como un fracaso. El segundo problema está relacionado con las fluctuaciones que sufren las poblaciones de pacientes adictos con respecto a dos cuestiones: en primer lugar, la cronicidad de la

## **Conclusiones**

propia adicción, que conlleva periodos de abstinencia o de disminución significativa del consumo que a veces se siguen de recaídas, y en segundo lugar los cambios de sustancias o de conductas adictivas que aparecen en el transcurso de la vida del adicto. Por tanto, además de la información que tenemos los clínicos por el propio ejercicio de nuestra actividad, los estudios de seguimiento han sido útiles, y continuarán siéndolo en la medida en que proporcionan una aproximación científica a una realidad compleja y cambiante. Además de lo dicho, este tipo de investigación es útil para conocer la evolución de los pacientes tratados después de dejar el programa de tratamiento, ayudan a definir qué aspectos de cada modalidad de tratamiento pueden ajustarse más al perfil o tipología de los pacientes y a evaluar los efectos del tratamiento a medio plazo.

La segunda cuestión que nos proponíamos responder con la revisión estaba relacionada con los aspectos metodológicos de los estudios de seguimiento. La información obtenida de la revisión es que para que los resultados de este tipo de trabajos tengan validez y confiabilidad es preciso prestar una atención rigurosa a todo el desarrollo metodológico, incluyendo aspectos claves como por ejemplo, la importancia de contar con un grupo de pacientes para la comparación de los efectos del tratamiento (por ejemplo, pacientes que completan el tratamiento frente a los que no los completan); poder reclutar y entrevistar al mayor número posible de pacientes o dotar al trabajo de mecanismos que aseguren la validez de la información proporcionada por los pacientes. La presencia de un grupo de comparación de pacientes que solicitan tratamiento y luego no acceden al mismo, o de pacientes que abandonan el tratamiento es fundamental para poder afianzar la información extraída del grupo que lo completa y asegurar la validez externa de los resultados. El problema derivado de la dificultad que presentan este tipo de pacientes para colaborar en estas investigaciones puede aminorarse (aunque hay que contar con que siempre se plantearán) atendiendo al reclutamiento y a las estrategias diseñadas para el contacto. Reclutar desde el inicio del tratamiento ayuda a que el paciente coopere. Para poder contar con el sujeto en el futuro, cuando probablemente ya no esté en contacto con el servicio terapéutico, es imprescindible pedir su consentimiento y advertirle de la posibilidad de que nos pondremos en contacto con él. Por tanto, ello implica que o bien los estudios se diseñan de forma prospectiva o bien en el momento en que el paciente solicita tratamiento se le informa de la posibilidad de ser localizado y contactado posteriormente (fijando además otras fuentes de información para su localización: familiares; servicios sociales; médico de atención primaria, etc.). Una vez el paciente contactado es preciso estimular y motivar su participación en el estudio. Muchos de los trabajos que hemos revisado incentivan la participación de los pacientes con el abono de una determinada cantidad de dinero (sobre 15 dólares USA, en los trabajos norteamericanos analizados). Además si el paciente se presta a donar una muestra de orina el incentivo se incrementa. Esto hace que en dichos estudios puedan alcanzar tasas de respuesta de hasta el 70 u 80 % de los pacientes que iniciaron los tratamientos. No obstante varios trabajos revisados demuestran que conseguir tasas

de colaboración en torno al 60-70 % de los pacientes ya es suficiente para poder aceptar los resultados y realizar inferencias sobre la población de pacientes tratados. El último de los problemas metodológicos importantes es el de la validez de la información que proporcionan los entrevistados. En general puede afirmarse que la discordancia entre la descripción que realizan los sujetos de cómo se encuentran en el momento del seguimiento y cómo están realmente no es muy grande (se compara lo que cuentan con otros registros: por ejemplo información proporcionada por familiares, por agentes sociales, por registros penitenciarios o con los resultados de los controles de orina). De hecho la mayor parte de los estudios revisados encuentran tasas de concordancia de alrededor del 80-90 % o mayores, aunque no toda la información proporcionada goza de los mismos niveles: por lo general, en lo relativo al consumo de sustancias suele haber correspondencia, pero es menor respecto de las conductas delictivas. En cualquier caso, incorporar al estudio mecanismos para garantizar la confiabilidad en la información facilitada por el paciente, como el de los análisis de orina, ayuda a confirmar lo declarado por el mismo y por tanto avalan la validez externa.

La última de las cuestiones a las que tenía que responder esta revisión era la de proporcionar datos para la comparación de los resultados de nuestro estudio de seguimiento. No vamos a detallar aquí lo ya referido durante el capítulo aunque si señalaremos los hallazgos más importantes. Tras un episodio de tratamiento se produce una disminución del consumo de la sustancia por la que el paciente lo solicitó. Dicha disminución oscila en cada estudio y en función de cada droga y del periodo de seguimiento pero la mayoría de ellos la sitúa entre un 20 y un 40 %. También se producen mejorías en el nivel de inserción social, con incrementos moderados en el nivel de empleo y reducciones en la actividad delictiva (de entre un 30 a un 60 %). Mejora igualmente el estado de salud y las conductas de riesgo de transmisión de enfermedades contagiosas, así como el número de sobredosis letales. Por tanto el tratamiento mejora la calidad de vida de estos pacientes.

El estudio de los factores predictores de los resultados subraya la complejidad de la dinámica de la adicción y de la aplicabilidad de los tratamientos. En efecto, es difícil encontrar variables que por sí solas influyan o determinen un resultado dado. Solamente el tiempo de permanencia en tratamiento se alza, por sí sola, como una variable que contribuye a un mejor resultado del mismo. La mayor gravedad de la historia del consumo de sustancias previa al tratamiento y de actividades delictivas, se corresponde con unos resultados terapéuticos más pobres. La interacción de otras variables, como la motivación hacia el tratamiento, completar los objetivos marcados por el mismo y las características de la modalidad terapéutica también parece influir sobre los resultados. En suma, el modelo de predicción es claramente multivariante: es la interacción de variables y de factores la que puede definir mejor una correspondencia con un resultado esperado.

TITULO	AUTORES O EDITORES	FUENTE
<p>The Validity of Self-Reported Drug Use: Improving The Accuracy of Survey Estimates</p> <p>NTIES, The National Treatment Improvement Evaluation Study</p> <p>CALDATA, California Drug and Alcohol Treatment Assessment, 1991-1993</p>	<p>Harrison L., Hughes A.</p> <p>Center for Substance Abuse Treatment</p> <p>California Department of Alcohol and Drug Programs</p>	<p>NIDA Research Monograph 167, 1997 165.112.78.61/pdf/monographs/monograph167/download167.html</p> <p><a href="http://www.icpsr.umich.edu/SAMHDA/NTIES/NTIES-PDF/ntiesfnl.pdf">www.icpsr.umich.edu/SAMHDA/NTIES/NTIES-PDF/ntiesfnl.pdf</a></p> <p><a href="http://www.icpsr.umich.edu/access/index.html">www.icpsr.umich.edu/access/index.html</a> study n° 2295</p>
<p>DATOS, Drug Abuse Treatment Outcome Study</p> <p>SROS, Services Research Outcome Study, 1995-1996</p>	<p>Dwayne Simpson</p> <p>U.S. Department of Health and Human Services</p>	<p><a href="http://www.datos.org">www.datos.org</a></p> <p><a href="http://www.oas.samhsa.gov/sros/httoc.htm">www.oas.samhsa.gov/sros/httoc.htm</a></p>
<p>NTORS, The National Treatment Outcome Research Study</p> <p>D.C.I. The District of Columbia Treatment Initiative (1998)</p>	<p>Gossop M., Marsden J. And Stewart D.</p> <p>Nemes S., Wish E., Messina N., Hoffman J.</p>	<p>National Addiction Center <a href="http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/97/29/04019729.pdf">www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/97/29/04019729.pdf</a></p> <p>Center for Substance Abuse Treatment, Department of Health and Human Services. <a href="http://www.icpsr.umich.edu/SAMHDA/NTIES/NTIES-PDF/REPORTS/dci_init.pdf">www.icpsr.umich.edu/SAMHDA/NTIES/NTIES-PDF/REPORTS/dci_init.pdf</a></p>

Tabla n.º 1.– Documentos descargados desde sitios Web.

	CALDATA	SROS	NTIES	DATOS	NTORS
Población diana	Pacientes procedentes de centros públicos de California que terminaron o dejaron el tratamiento entre 10/1991 y 9/1992	Pacientes procedentes de centros públicos de EE.UU que terminaron o dejaron el tratamiento entre 9/1989 y 8/1990	Pacientes admitidos a tratamiento entre 7/1993 y 9/1994	Pacientes tratados en una unidad típica en una de 11 ciudades de EEUU entre 11/1991 y 10/1993	Pacientes del sistema Nacional Servicios de Tratamiento de U.K. entre 2/1995 y 7/1995
Trabajo de campo	4/1993 a 12/1993	6/1995 a 3/1996	8/1993 a 10/1995	1994 a 1996	1997 y 1999/2000
Promedio de tiempo de seguimiento	15 meses	5 años	11 meses	1 año	2 años y 4-5 años
Muestreo	Probabilístico estratificado por modalidad de tratamiento y por geografía en California	Probabilístico estratificado por modalidad de tratamiento y por geografía en 48 estados de EEUU	Intencional, en 16 ciudades, basado en modalidad de tratamiento	Intencional, en 11 ciudades, basado en modalidad de tratamiento	Naturalístico, por modalidad de tratamiento en el territorio de U.K.
Modalidades De tratamiento incluidas	Desintoxicación con metadona Mantenimiento con metadona Ambulatorio sin metadona Tratamientos residenciales	Internamiento en Hospital Tratamientos residenciales Ambulatorio con metadona Ambulatorio libre de drogas	Tratamiento residencial breve Tratamiento residencial a largo plazo (mas de 2 meses) Ambulatorio con metadona Ambulatorio sin metadona Tratamiento correccional	Tratamiento de internamiento breve Internamiento a largo plazo (mas de 6 meses) Ambulatorio con metadona Ambulatorio libre de drogas	Tratamiento de internamiento Programas de rehabilitación Mantenimiento con metadona Desintoxicación con metadona
Muestra base	3045	3047	6593	4786	1075
Pacientes entrevistados en el seguimiento	1858	1799	5388	2966	496 de una submuestra de 650
Tasa de respuesta global excluyendo fallecidos	62 %	65 %	70 %	48 %	76 %

Tabla n.º 2.– Algunos datos comparativos de los estudios.

AUTORES	AÑO	SEGUIMIENTO	MUESTRA DE PARTIDA	MUESTRA FINAL	ABSTINENCIA	PERMANENCIA > de 3 Meses
GUARDIA y cols.	1983	1 AÑO	73	53	37 %	N.C.*
MELGAREJO y cols.	1985	12/18 MESES	125	125	47,6 %	67 %
GUARDIA y cols.	1987	3 AÑOS	73	63	56 %	52,4 %
SANCHEZ y cols.	1988	1 AÑO	311	203	51 %	41 %
SANCHEZ y cols.	1989	2 AÑOS	311	195	32 %	41 %
COMAS y cols.	1989	3-5 AÑOS	477	307	70 % **	N.C.
GARCIA-EZQUIAGA	1992	6 MESES	94	84	36 %	N.C.
MARINA Y COLS.	1996	40 MESES	334	139	45 %	N.C.
GIRON GARCÍA	1997	6 AÑOS	65	49	55,1 %	26,5 %
FERNANDEZ-HERMIDA Y COLS.	2001	3 AÑOS	658	452	84,3 %	N.C.

Tabla n.º 3.– Principales estudios de seguimientos españoles.

## PROGRAMAS ASISTENCIALES DISPENSADOS POR LOS CENTROS DE TRATAMIENTO AMBULATORIO DE DROGODEPENDENCIAS

Desde que en el año 1984 se puso en funcionamiento el Centro Provincial de Drogodependencias (C.P.D.) de Cádiz, hasta la actualidad, se han producido cambios sustanciales tanto en la filosofía de la atención que dispensa como en los programas terapéuticos ofertados e implementados y en los recursos humanos y físicos disponibles. Conforme se ha ido adquiriendo conciencia de la complejidad del fenómeno adictivo y de las necesidades específicas que tiene cada persona con un trastorno por dependencia, se ha ido abriendo el abanico de posibilidades de atención con un notable esfuerzo por ir adaptando la oferta asistencial a las mencionadas necesidades de la demanda.

### I. Introducción

Una idea básica anima el proceso de atención a una persona que solicita ayuda para un problema adictivo: su caso debe ser detenidamente estudiado para evaluar cuales son sus necesidades terapéuticas y cuales son sus capacidades y su disponibilidad para el cambio. El proceso a través del cual se realiza esta aproximación al paciente parte del presupuesto de que es precisa una valoración multidisciplinar de su situación dentro de un circuito de intervenciones dirigidas hacia todas las áreas afectadas por el problema. Ello se traduce por un lado en una organización específica de la atención, con unos profesionales cualificados para proporcionarla (de los ámbitos médico, psicológico y social) y en un completo paquete de recursos terapéuticos que se van a ir utilizando conforme se vaya estableciendo su idoneidad en relación con los objetivos marcados en cada momento.

La oferta asistencial de los Centros de Tratamiento Ambulatorio (C.T.A.) de Drogodependencias se estructura por fases o etapas en función de los objetivos perseguidos. El diagnóstico situacional, que incluye un juicio clínico sobre el tipo de trastorno relacionado con el consumo y sobre la disposición al cambio del paciente, es el primero de los objetivos abordados. A través de entrevistas clínicas y de instrumentación diagnóstica (médico-biológica, psicológica y social) se cubre esta primera etapa de la intervención a partir de la que se deciden, junto con el paciente, cuales son los objetivos y los recursos que se van a implementar para lograrlos.

Aunque el objetivo general de cualquier intervención terapéutica es alcanzar la reincorporación social del drogodependiente, para llegar a él pueden utilizarse diferentes caminos en función de la mayor o menor disposición, capacidades, habilidades y compromiso de la persona con este

objetivo y con la oferta del tratamiento. En este sentido se han diseñado y están disponibles programas adaptados a las circunstancias particulares de los pacientes y cuyos ejes van desde lo que se han denominado abordajes para la disminución del daño hasta los programas destinados a facilitar la reinserción social y laboral. En el primero de los casos, gran parte del trabajo está centrado en mejorar la calidad de vida del adicto situando en un segundo plano el objetivo de la abstinencia como meta, pero permitiendo, a través de su adherencia al terapeuta y al equipo, que puedan realizarse intervenciones motivacionales o de otra índole que faciliten en el futuro su acceso a programas de mayor compromiso con el cambio.

El Plan Andaluz Sobre Drogas y Adicciones establece que el eje de la intervención asistencial lo constituyen los Centros de Tratamiento Ambulatorio. Ello supone que el diseño de los planes de tratamiento, y el régimen de utilización de recursos para conseguir sus objetivos, se decide en los equipos y por los profesionales de estos dispositivos. En la práctica nos encontramos con que hay algunos programas que se realizan desde los propios C.T.A., y que a veces son suficientes para alcanzar las metas establecidas en el plan terapéutico, y en otras ocasiones, el C.T.A. se convierte en un gestor de utilización de recursos externos, como sucede con las unidades o dispositivos de internamiento o residenciales.

Seguidamente vamos a describir de forma resumida cuales son los objetivos y la oferta terapéutica disponible desde los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias de Cádiz.

## **2. Objetivos del programa asistencial de los C.T.A.**

Aumentar y mejorar la cobertura, calidad y accesibilidad del tratamiento que se lleva a cabo tanto desde los servicios ambulatorios como desde los equipos de instituciones penitenciarias, de los problemas derivados de las conductas adictivas- en la provincia de Cádiz.

### **Objetivos generales.**

- Atender las demandas derivadas del consumo de drogas y otras adicciones, desde un modelo de atención integrada, coordinado con la Red Sanitaria y de Servicios Sociales y adaptado a las necesidades individuales.
- Orientar y asesorar a familias y usuarios.

- Facilitar la desintoxicación, deshabitación y tratamientos con sustitutivos de las personas con problemas de adicción, ofreciéndoles los instrumentos necesarios para ello.
- Favorecer el proceso de maduración personal y social desarrollando las habilidades necesarias para hacer frente a situaciones de riesgo y su incorporación social.
- Prevenir o reducir la incidencia o severidad de los problemas asociados a la adicción.

## Objetivos específicos.

### A. Área biológica:

- Atender la sintomatología del síndrome de abstinencia orgánico.
- Prevenir, detectar y atender la patología orgánica y psiquiátrica asociada a las conductas adictivas.
- Valorar y en su caso incluir en tratamientos sustitutivos a aquellos pacientes que lo requieran.
- Formación en Educación para la Salud (profilaxis de enfermedades infecto-contagiosas, adquisición de hábitos saludables, etc.)

### B. Área psicológica:

- Realizar el diagnóstico y la valoración de la conducta adictiva.
- Motivar al usuario para que tome conciencia del problema, adquiera un compromiso y alcance el deseo de cambio.
- Motivar a la familia o miembros relevantes del paciente, a participar en el proceso terapéutico.
- Negociar con el propio usuario los objetivos terapéuticos y las estrategias necesarias para alcanzarlos.
- Extinguir actitudes y conductas desadaptativas y enseñar un repertorio de nuevos recursos personales favorecedores de un estilo de vida más saludable.

- Enseñar estrategias para el manejo de la ansiedad y aumento de la autoestima y autoeficacia (creencia del usuario sobre su habilidad para resolver sus problemas), así como técnicas de autocontrol ante situaciones conflictivas en relación a su adicción.
- Enseñar habilidades sociales y técnicas de asertividad para el abordaje de problemas de relaciones interpersonales (familiares, de pareja, amigos, etc.) que faciliten su incorporación social.
- Analizar y Prevenir recaídas.

### *C. Área Social:*

- Conocer y orientar los aspectos educativos, formativos, prestaciones sociales, vivienda, judiciales y sociolaborales para promover la normalización social mediante la gestión y coordinación en su caso, tanto de los recursos generales como específicos.
- Intervenir durante el proceso terapéutico en todas aquellas circunstancias judiciales, administrativas, económicas y sociolaborales que puedan afectar al mismo.
- Seguimiento, en coordinación con el resto del equipo, de los objetivos terapéuticos y metas propuestos con el paciente y su familia.
- Exploración de la dinámica familiar y su entorno para el conocimiento, detección e intervención ante situaciones de riesgo y/o daño.

### *D. Área educativo-ocupacional:*

- Fomentar el aprovechamiento del tiempo libre.
- Facilitar la formación en el ámbito ocupacional y prelaboral.
- Normalización de hábitos de los usuarios.

La situación mas común al inicio del proceso de atención es que o bien el interesado o bien un familiar suyo, realicen una solicitud de tratamiento. Esta demanda pone en marcha una serie de etapas definidas en función de los objetivos y de las estrategias que se van a utilizar para lograrlos. Al tiempo en que el paciente se mantiene en contacto con el servicio de tratamiento, realizando cualquiera de los procesos que seguidamente se describen, se le denomina Periodo Asistencial.

## A.- ACOGIDA

Hemos llamado al proceso de recepción, de estudio de la petición y de información, etapa de ACOGIDA.

Más específicamente los objetivos de la Acogida son:

- Analizar la demanda
- Informar sobre el funcionamiento, actividades y características de los dispositivos en función de la problemática personal del paciente y de sus capacidades
- Proponer el marco referencial donde va a tener lugar la relación: normas, pasos a dar, tiempos...
- Recoger la información que se estime pertinente sobre el usuario
- Indicar la realización de pruebas analíticas y el registro de otros indicadores a nivel médico, psicológico y social que se estimen de interés para el diagnóstico,
- Realizar una valoración global de presunción, previa al diagnóstico
- Establecer un clima de diálogo y una atmósfera que haga sentirse al paciente escuchado

El tiempo empleado en la etapa de acogida es variable. Algunos casos permiten lograr todos estas objetivos en una o dos sesiones y otros requieren de una mayor inversión temporal.

Desde el punto de vista clínico, se da por concluida la fase de Acogida cuando se disponga de la información suficiente que nos permita llegar a un acuerdo de mínimos con el paciente acerca de su proceso de tratamiento y acepta pasar a la nueva intervención propuesta.

## B.- FASE/PROGRAMA DE VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO.

En todo momento se ha propuesto como motivo principal del diagnóstico la dependencia, sin dejar a un lado otras circunstancias médicas, psicológicas o sociales que están influyendo en el proceso del tratamiento de la adicción, proponiéndose como objetivos de esta fase los siguientes:

- Facilitar el registro de síntomas, síndromes y otras circunstancias para posteriormente codificarlos.
- Realizar un diagnóstico multiaxial, donde se recojan aspectos médicos, psicológicos y sociales.
- Aumentar la fiabilidad y concordancia diagnóstica entre todos los profesionales.
- Facilitar que el proceso de recogida de información sea sistemático y ajustado a un proceso terapéutico establecido donde intervienen las tres figuras profesionales.

OBJETIVOS DIAGNÓSTICOS	INSTRUMENTACIÓN DISPONIBLE
<p>Conocer en las diversas fases del tratamiento de un paciente, la disposición y motivación para el cambio de la conducta adictiva.</p>	<p>Entrevista e Historia Clínica Cuestionario de evaluación categorial de los estadios del cambio.</p>
<p>Conocer Qué trastorno por consumo de sustancias es predominante y cuales secundarios (según criterios D.S.M.-IV)</p>	<p>Entrevista Semiestructurada para valorar trastornos clínicos (SCID, SCAN, etc.)</p>
<p>Conocer la Severidad de la Adicción</p> <p>Conocer y estimar el grado de afectación que el consumo de sustancias ha producido sobre el organismo y el grado de salud y valoración de la calidad de vida.</p>	<p>Analíticas, Secciones B y E de la Escala OTI acerca de las conductas de riesgo asociadas al VIH y Estado General de Salud y SF-36</p>

OBJETIVOS DIAGNÓSTICOS	INSTRUMENTACIÓN DISPONIBLE
Conocer en las diversas fases del tratamiento de un paciente, la disposición y motivación para el cambio de la conducta adictiva.	Entrevista, Historia Social y Ficha de Valoración de Estadio
Conocer y sistematizar toda la información pertinente al diagnóstico social, en cuanto a: Habilidades Sociales, Autonomía, Convivencia, Economía, Trabajo, Formación, Vivienda, Participación y Aceptación Social, Situación Judicial, Ocio, Relaciones Sociales, Etc.	Cuestionario de indicadores para el Diagnóstico Social y Eco-mapa.
Valoración Global entre la gravedad de los síntomas y el funcionamiento social.	Escala de Evaluación de la Actividad Global del D.S.M.-IV

### Valoración Social

OBJETIVOS DIAGNÓSTICOS	INSTRUMENTACIÓN DISPONIBLE
Conocer en las diversas fases del tratamiento de un paciente, la disposición y motivación para el cambio de la conducta adictiva.	Entrevista e Historia Clínica Psicológica Cuestionario de evaluación categorial de los estadios del cambio.
Conocer qué trastorno por consumo de sustancias es predominante y cuales secundarios (según criterios D.S.M.-IV)	Entrevista Semiestructurada para valorar trastornos clínicos (SCID, SCAN, etc.)
Conocer la Severidad de la Adicción  Conocer y medir el estado psicológico relacionado con el consumo de drogas, mediante un screening psicopatológico  Conocer y determinar el perfil de un trastorno de personalidad con dificultades emocionales y personales que pueda interferir en el tratamiento.	Escalas de Detección precoz de Trastornos Psicopatológicos (BSI, SCL-90, etc.)  Cuestionarios de personalidad tipo Millon o SCID II

### Valoración Psicológica

## EL PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO (PTI).

Se denomina de esta forma al conjunto de actividades, técnicas, estrategias y recursos a utilizar para conseguir los objetivos diseñados específicamente para cada persona con trastorno adictivo por el Equipo Terapéutico.

Una vez estudiada y valorada la persona por los distintos miembros del Equipo Terapéutico, se elabora el Diagnóstico, que debe ser global, es decir, “biopsicosocial” y seguir una sistemática y criterios que sean comprensibles y manejables por todos los técnicos, utilizando para ello los Criterios Diagnósticos DSM-IV y por tanto el “Diagnóstico Multiaxial”. En función de lo encontrado por las distintas disciplinas en los diferentes ejes, se diseñan los objetivos, técnicas, estrategias y recursos a utilizar en cada caso.

Una vez elaborado el Diagnóstico Multiaxial (global e integral) y el Plan Terapéutico Individualizado (P.T.I.), el Equipo Terapéutico propone y designa al técnico más adecuado para tutorizar el seguimiento del P.T.I. (Terapeuta de referencia y/o especializado, así como el grupo terapéutico indicado si fuese oportuno).

De entrada pueden tomarse dos caminos diferentes aunque al final puedan converger: proponer un programa de reducción de daños o proponer un programa con el objetivo de la Rehabilitación y la Reincorporación social.

## C.- PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

Los graves problemas que producen las drogas obligan a plantear objetivos terapéuticos y modelos de intervención, no sólo encaminados a la abstinencia, sino a ofrecer una ayuda variada que se adapte a las distintas realidades de los pacientes. En los programas de Reducción de Daños, las estrategias van dirigidas a intentar reducir la morbi-mortalidad relacionada con el consumo de drogas y a aumentar la calidad de vida de los consumidores. Los objetivos son facilitar a las personas consumidoras de drogas que no desean abandonar el consumo o que no se encuentran en condiciones de hacerlo, la ayuda necesaria para que mejore su estado de salud y sus condiciones de vida.

Son programas de reducción de daños:

- Tratamiento con agonistas opiáceos, como metadona
- Intercambio de jeringuillas y dispensación de preservativos y otros útiles higiénicos para el consumo
- Programas de educación en salud en los que se informa y educa a los pacientes sobre los riesgos asociados a las vías de administración de las sustancias, hábitos higiénicos y formas de consumo más seguras.

## D.- PROGRAMA DE DESINTOXICACIÓN

El objetivo de la desintoxicación es eliminar la sustancia del organismo, restaurando la capacidad de mantener su equilibrio funcional sin presencia de tóxicos. Se persigue al mismo tiempo paliar las molestias propias del síndrome de abstinencia y motivar a la persona para la continuación de las posteriores etapas terapéuticas.

Desde los C.T.A. se ofertan dos modalidades de desintoxicación domiciliaria.

La DESINTOXICACIÓN DOMICILIARIA propiamente dicha que se realiza en la casa del paciente, en tiempo que oscila alrededor de los 10 días, durante los cuales este no debe salir o ha de hacerlo acompañado y un familiar se encargará y responsabilizará de dar el tratamiento como se le haya indicado, pudiéndose trasladar los técnicos a realizar el seguimiento al domicilio del enfermo si fuera posible.

Al iniciar el tratamiento, tanto el paciente como su familia son informados tanto verbalmente como a través de un documento que firman que es el “Consentimiento Informado sobre la Desintoxicación Domiciliaria” donde se recogen las indicaciones generales que se consideran importantes para el éxito del mencionado tratamiento.

Al familiar que se responsabiliza del tratamiento, se le pormenorizan por escrito las pautas de la medicación que ha de administrar al paciente.

La otra modalidad terapéutica de desintoxicación específica para pacientes con dependencia de opiáceos, se denomina DESINTOXICACIÓN AMBULATORIA RÁPIDA, la cual exige la toma diaria de determinadas dosis de fármacos en el centro.

La elección de una u otra modalidad, como ya se ha apuntado, está en función del nivel de motivación, del apoyo familiar que se mantenga, de los años y nivel de consumo, del número de tratamientos previos, de la patología orgánica y/o psicopatología asociada, de que los fármacos a usar y/o el estado actual del paciente recomienden un control directo por parte de los profesionales, etc.

A nivel domiciliario, y en el caso de la Dependencia a Opiáceos se pueden realizar 2 tipos de tratamientos farmacológicos o una combinación de ellos. Los reseñamos a continuación por ser el tipo de dependencia más frecuentemente tratado: Tratamiento con sustitutivos: uso de fárma-

cos de acción similar a la heroína (metadona, dextropropoxifeno, codeína, etc.). Debemos indicar que el uso de metadona en programas de mantenimiento se describe con detalle en el Programa de Tratamiento con Opiáceos.

## E.- FASE O ETAPA DE DESHABITUACIÓN

La DESHABITUACIÓN es una fase del Proceso Terapéutico habitualmente posterior a la desintoxicación, cuyos objetivos son:

- Romper los hábitos y los estilos de vida relacionados con el consumo de drogas.
- Desarrollar la capacidad para funcionar con eficacia y autonomía, en un estilo de vida normalizado.
- Evitar la recaída en el consumo de drogas.

Las modalidades de deshabituación ofertadas en los C.T.A. son las siguientes:

### 1.- Programas con apoyo psicofarmacológico

- Programa de tratamiento con agonistas (Metadona)
- Programa de tratamiento con antagonistas opiáceos (Naltrexona)
- Tratamiento anticraving de alcohol (Naltrexona, Acamprosato)
- Tratamiento con interdictores de alcohol
- Tratamiento de tabaquismo.

### 2.- Programas basados en intervenciones psicoterapéuticas.

- Terapia Individual (Counseling)
- Terapia Individual dinámica breve
- Terapia Individual cognitivo-conductual (Prev. de recaídas)
- Terapia Individual de Incremento Motivacional
- Terapia Individual con otras orientaciones

- Terapia de Pareja con orientación cognitivo-conductual
- Terapia de Pareja de orientación dinámica
- Terapia de Pareja de orientación relacional
- Terapia de Pareja con otras orientaciones
- Intervenciones familiares psicoeducativas
- Terapia familiar relacional sistémica
- Intervenciones multifamiliares
- Terapia de familia con otras orientaciones
- Terapia Grupal dinámica
- Grupos de Autoapoyo
- Terapia Grupal con otras orientaciones

Cuando los pacientes que han sido estudiados en este trabajo se encontraban realizando sus tratamientos los programas o intervenciones específicas de tipo psicoterapéutico no se podían notificar como tales en el Sistema Provincial de Información en Toxicomanías y existía el consenso de que las técnicas de intervención individual se recogían bajo un epígrafe genérico denominado Seguimiento Individual.

## F.- FASE O ETAPA DE REINSERCIÓN O REINCORPORACIÓN SOCIAL

Por lo que respecta a la INCORPORACIÓN SOCIAL, la consideramos un proceso personalizado y dinámico, que se inserta transversalmente en el recorrido terapéutico del usuario ya sea en programas de reducción de daños, desintoxicación o deshabitación, aunque con objetivos graduales y contenidos adaptados a las fases del cambio, las necesidades y los diferentes ritmos de incorporación social de los pacientes.

Su objeto es la normalización social en cualquiera de sus dimensiones: Familiar, laboral, formativa, de tiempo libre, comunitaria, participación social. etc.

La incorporación social se realiza preferentemente desde las redes normalizadas y recursos generales pero frecuentemente éstos no están disponibles o no son accesibles para todos los

drogodependientes por lo que se hace necesario contar con recursos y medidas específicas tales como los siguientes:

- Centro de Día/Unidad Ocupacional (no disponible en todos los C.T.A.)
- Red de Artesanos: beca para aprendizaje de oficio o profesión durante un año.
- Programa Arquímedes y Programa Construye: incentivo económico, a través de subvenciones a empresas que colaboren en el Fomento de Empleo de Drogodependientes en proceso de Incorporación Social
- Programa de Empleo Municipal
- Programa de Formación Laboral para Drogodependientes
- Talleres de Empleo
- Estrategias Formativas Preelabórales
- Formación Profesional Ocupacional

## G.- PROGRAMA DE REMISIÓN DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS

Este programa surge como respuesta a los usuarios que acuden a los C.T.A. después de ser sancionados por consumir estas sustancias en la vía pública (artículo 25.1 de la Ley de Seguridad Ciudadana). Esta ley prevé en su artículo 25, apartado 2, que paralelamente, y atendiendo al fin resocializador y no exclusivamente retributivo y preventivo de la sanción, que pueden suspenderse tales sanciones en los casos en que el infractor se someta a un tratamiento de deshabitación en un centro o servicio debidamente acreditado. La realidad es que este programa aprovecha la imposición administrativa de que el paciente acuda al centro para realizar tareas de prevención primaria y secundaria del consumo de sustancias.

Los objetivos de este programa son:

- Aumentar la percepción de los riesgos asociados al consumo de drogas, proporcionando información objetiva, con el fin de prevenir que incurran en conductas de riesgo.
- Detectar a los usuarios en situación de riesgo, en relación al consumo de cánnabis y otras drogas, y orientarlos hacia un tratamiento más normalizado si procede.

- Prevenir las consecuencias asociadas al consumo de drogas.
- Modificar los vínculos entre los aspectos culturales de la diversión y el significado que adquiere el consumo de drogas.
- Dar una información en relación al cánnabis y otras drogas, encaminada a lograr preferentemente la abstinencia.

Las estrategias diseñadas para conseguir estos objetivos incluyen la posibilidad de realizar abordajes individuales o grupales. En cualquiera de los casos se contemplan las siguientes medidas: Seis sesiones de trabajo que se desarrollarían con una temporalidad quincenal, llevadas a cabo por un conductor especializado y cuya duración sería aproximadamente de dos horas y con un máximo de 6 a 8 participantes(en el caso de grupos). En el caso de que el paciente sea menor de edad, se solicita siempre la presencia de los padres o tutores, y se les informará conjuntamente de las características del programa.

Al principio y final del programa de las actividades realizadas, entrevistas individuales o sesiones grupales, se realizan controles de orina para detectar el consumo de drogas y se facilita el informe de alta en el programa, siempre y cuando los resultados de dichos controles resulten negativos.

Los criterios para la emisión de un informe de alta terapéutica con el fin de obtener la suspensión de las sanciones son: completar al menos 5 de las 6 sesiones programadas y que el resultado final del control de orina sea negativo.

Dentro del Plan Terapéutico Individual diseñado para cada paciente, a veces es preciso articular intervenciones en recursos de internamiento para abordar objetivos que quizás no pueden alcanzarse en el medio comunitario. Desde los C.T.A. se puede planificar en cada caso la utilización de recursos externos al mismo, tales como Comunidades Terapéuticas, Unidades de Desintoxicación Hospitalaria, Viviendas de Apoyo al Tratamiento o a la Reinserción, y otros, que son dependientes de organismos públicos o privados concertados y que se gestionan directamente desde el Comisionado para la Droga.

Las VIVIENDAS DE APOYO AL TRATAMIENTO son recursos de alojamiento y convivencia, ubicados en edificios o zonas de viviendas normalizadas, destinadas a drogodependientes durante los inicios de su proceso terapéutico.

#### **4. Programas realizados en recursos externos al C.T.A.**

Sus objetivos son: cubrir las necesidades básicas de los drogodependientes que inicien tratamiento (alimentación, higiene, ropa, vivienda, soporte convivencial), facilitar un lugar físico donde realizar los tratamientos de desintoxicación ambulatoria y/o de mantenimiento con metadona y por último, preparar al usuario para la adaptación a otros recursos (Comunidades Terapéuticas y Centros de Día).

Son criterios de derivación a este tipo de recurso: ser paciente drogodependiente (heroína/cocaína, alcohol, metadona), que carezca de un entorno social básico y apoyo familiar necesario, en los inicios de su proceso de tratamiento. Su finalidad es albergar a este perfil de adictos a drogas, y apoyarles en la desintoxicación y preparación para la incorporación a otros recursos, en la mayoría de los casos Comunidad Terapéutica o Programas de Centro de Día.

La DESINTOXICACIÓN EN RÉGIMEN DE INTERNAMIENTO está indicada para aquellos pacientes que presentan una situación personal que la hacen arriesgada (bien por su estado de salud, bien por la falta de apoyo familiar y/o social), o cuando se da una experiencia de fracasos repetidos en la desintoxicación a nivel ambulatorio. El acceso se realiza siempre a través de los CTA, cumplimentándose un protocolo específico para solicitar el ingreso del paciente.

Hay dos tipos de dispositivos encargados de cubrir esta necesidad: las Unidades Hospitalarias de Desintoxicación (en la Provincia de Cádiz contamos con una Unidad en el Hospital Punta Europa de Algeciras) y las Unidades de Desintoxicación en Comunidad Terapéutica: que se utilizan en los casos en los que esté prevista una estancia posterior en la comunidad para seguir la deshabitación.

En la DESHABITUACIÓN EN RÉGIMEN DE INTERNAMIENTO se realizan intervenciones similares a las disponibles en el nivel ambulatorio y está indicada para aquellos pacientes que presentan una situación personal que la hacen arriesgada, irrealizable o provienen de fracasos repetidos en la deshabitación a nivel ambulatorio.

El recurso mas importante con el que cuenta la Red de Atención a las Drogodependencias es la Comunidad Terapéutica. El acceso se realiza siempre a través de los Centros de Tratamiento Ambulatorio de esta Red, cumplimentándose un protocolo específico para la solicitud de ingreso. Las plazas son para pacientes con dependencias a distintos tipos de drogas (heroína, cocaína, alcohol, etc...) y hay algunas reservadas para los que están en Programa de Tratamiento con Metadona.

Las VIVIENDAS DE APOYO A LA REINSERCIÓN son recursos de alojamiento para aquellos drogodependientes que han concluido su proceso de rehabilitación y no disponen de un lugar de convivencia adecuado, ni de medios suficientes para conseguir su plena autonomía, acogiendo a usuarios que han finalizado programas de deshabituación tanto en Centros de Tratamiento Ambulatorio, como en Comunidad Terapéutica, consiguiendo una vida aceptable de madurez y control.

Una vez que el paciente se encuentra realizando alguno de los programas que se han descrito, puede ocurrir que o bien los concluyan por haber alcanzado los objetivos previstos o hayan de abandonarlos por diversas causas. Los criterios de terminación o cierre de programas habitualmente utilizados son los siguientes:

## **5. Criterios de cierre o finalización de programa**

**Alta Terapéutica:** se produce en el momento en el que se han logrado total o parcialmente los objetivos establecidos con el paciente.

**Alta Voluntaria:** cuando el paciente solicita el alta sin finalizar el proceso terapéutico pero habiendo alcanzado algunas metas de las inicialmente previstas.

**Alta Involuntaria:** cuando se producen situaciones ajenas al paciente o al programa que determinan su interrupción, como por ejemplo su ingreso en prisión, su hospitalización u otras circunstancias sobre las que no cabe posibilidad de decisión.

**Abandono de Programa:** Se cierra así el programa cuando el paciente no ha finalizado el tratamiento y no solicita el Alta Voluntaria.

**Alta Disciplinaria o Expulsión de Programa:** se produce cuando el paciente incumple alguna de las normas que rigen los programas dispensados o promueven o participan en agresiones y actividades delictivas diversas realizadas en el servicio de tratamiento (fraude, falsificación de documentos, robos, etc.)

**Alta Terapéutica General:** Se produce esta situación cuando el paciente, tras realizar un recorrido por los programas que se diseñaron en su Plan Terapéutico Individual, ha alcanzado las metas que se establecieron. A nivel clínico este hecho se corresponde con una interrupción del seguimiento y de las actividades terapéuticas y a nivel informático y administrativo, con el cierre de su periodo asistencial.

- Referencias bibliográficas de este capítulo**
- CENTRO PROVINCIAL DE DROGODEPENDENCIAS DE CÁDIZ (2003). Guía de Programas 2003-2004.
- COMISIONADO PARA LAS DROGODEPENDENCIAS (2003). Catálogo de los Servicios Asistenciales de los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Andalucía. [www.juntadeandalucia.es/iguldadybienestarsocial/UpLoad/Publicaciones/498\\_catal\\_ambulatorio.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/iguldadybienestarsocial/UpLoad/Publicaciones/498_catal_ambulatorio.pdf)

## OBJETIVOS DEL ESTUDIO

### I.- OBJETIVOS GENERALES

1º.- Describir la situación actual de los pacientes que recibieron una incidencia de tipo “Alta Terapéutica General” como causa de salida de programa terapéutico en los Centros de Tratamiento Ambulatorio de la provincia de Cádiz durante el periodo comprendido entre el 1 de Enero de 1999 y el 31 de Diciembre de 2001.

2º.- Describir el perfil de los pacientes que tuvieron un “Alta Terapéutica General” en relación con dos grupos de variables:

A.- Las que definen la situación del paciente en el momento de su entrada en tratamiento.

B.- Los programas realizados y los tiempos invertidos en la consecución de los diferentes objetivos terapéuticos perseguidos en el período estudiado.

3º.- Conocer si las características que definen a los pacientes que han recibido un alta terapéutica de programa difieren significativamente de aquellos pacientes que no han tenido dicho tipo de incidencia de finalización de tratamiento.

### 2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

#### *Derivados del Objetivo General I*

Describir la situación actual del grupo de pacientes que recibieron un “Alta Terapéutica General” (en adelante A.T.G.) en los Centros de Tratamiento Ambulatorio (en adelante C.T.A.) de Drogodependencias de la provincia de Cádiz. Dicha situación viene definida por seis grupos de variables que en su conjunto ofrecen un perfil general del estado del paciente:

- Consumo actual de sustancias
- Situación de salud

- Situación laboral
- Situación Familiar
- Situación legal
- Estado psicopatológico

### *Derivados del Objetivo General 2*

- 1.- Describir el perfil de los pacientes que recibieron un A.T.G. en el momento que realizaron su admisión a tratamiento, con objeto de conocer mejor la situación psicosocial y toxicológica desde la que partieron.
- 2.- Describir los programas realizados por los usuarios desde que iniciaron el periodo asistencial que terminó con A.T.G.

### *Derivados del Objetivo General 3*

- 1.- Comparar los perfiles descritos anteriormente con una muestra de pacientes definida por:
  1. No haber recibido una incidencia de tipo A.T.G.
  2. Haber realizado su demanda de tratamiento en las mismas fechas en que la hicieron los pacientes con A.T.G.
  3. Ser comparables en edad, sexo y droga motivo de demanda

### I.- DISEÑO DE ESTUDIO

Estudio de tipo descriptivo, multicéntrico y retrospectivo de una muestra de pacientes drogodependientes.

Tras la identificación de los pacientes que han sido “Alta Terapéutica General” (A.T.G.) en cualquiera de los C.T.A. de la Provincia de Cádiz, se analiza la relación de este resultado terapéutico con variables del paciente en el momento de su admisión al tratamiento y con la historia de los tratamientos que ha recibido.

Para poder valorar adecuadamente el perfil de estos pacientes se ha diseñado un grupo de comparación pareado con el de casos en edad, sexo, droga por la que demanda atención y fecha de inicio de tratamiento, seleccionados aleatoriamente entre todos los que cumplían ese perfil, pero que no han terminado el proceso con un “A.T.G.”

La muestra índice ha sido seleccionada de forma aleatoria de los pacientes que concluyeron con A.T.G. entre el 1 de Enero de 1999 y el 31 de Diciembre de 2001. Dado que la localización y el contacto se ha producido entre el 1 de Octubre de 2003 y el 31 de Mayo de 2004, nos encontramos una muestra de pacientes que han sido seguidos a los 2, 3 o 4 años tras haber concluido su tratamiento.

El trabajo se ha realizado con los pacientes atendidos en todos los Centros de Tratamiento Ambulatorio de la Provincia de Cádiz que han registrado A.T.G. en los tres años de estudio.

### 2.- CENTROS QUE ABARCA

Durante el período de tiempo comprendido entre el 1 de Enero de 1999 y el 31 de Diciembre de 2001 estaban funcionando en la provincia de Cádiz 19 Centros de Tratamiento Ambulatorio excluyendo los Servicios de las prisiones (ver tabla nº 4) con acceso a todos los programas de tratamiento y cuya distribución de pacientes con “Alta Terapéutica General” se presenta en la misma tabla.

Comarcas	C.T.A.	ALTAS TERAPÉUTICAS (N)			TOTAL
		1999	2000	2001	
Bahía de Cádiz	Cádiz	50	72	68	190
	Chiclana de la Frontera	6	15	4	25
	El Puerto de Santa María	45	94	77	216
	Puerto Real	1	2	19	22
	San Fernando	19	15	8	42
Campo de Gibraltar	Algeciras	68	86	60	214
	La Linea de la Concepción	18	18	27	63
	San Roque	8	9	23	40
	Tarifa	7	6	2	15
La Janda	Alcalá de los Gazules	0	1	1	2
	Barbate	4	3	4	11
	Conil de la Frontera	2	2	3	7
Jerez	Jerez de la Frontera	27	15	28	70
Sanlúcar de Barrameda	Sanlúcar de Barrameda	38	17	13	68
	Chipiona	1	5	7	13
	Rota	5	5	4	14
Sierra	Algodonales	4	4	3	11
	Arcos de la Frontera	0	2	2	4
	Ubrique	9	9	6	24
	Villamartín	3	7	7	17
Totales		315	387	366	1068

Tabla nº 4.- Distribución de los pacientes que han sido Altas Terapéuticas, por Servicio y por año

### 3.- POBLACIÓN EN ESTUDIO

#### 3.1.- Definición del caso

El estudio descriptivo se realiza sobre una población de pacientes que cumplen los siguientes criterios de CASO:

- Pacientes que demandaron tratamiento para sus problemas relacionados con el consumo de sustancias
- Que recibieron una incidencia de A.T.G. en cualquiera de los C.T.A. de la provincia de Cádiz.
- En el periodo comprendido entre el 1 de Enero de 1999 y el 31 de Diciembre de 2001.

La población a estudiar está formada por 1068 pacientes.

Si el paciente ha solicitado de nuevo tratamiento en el servicio (por recaída o por cualquier otro motivo, igualmente formará parte del estudio, dado que lo que nos interesa es describir la situación actual de los pacientes que recibieron el tipo de incidencia A.T.G.

#### 3.2.- Definición de los participantes del grupo de comparación

Para cumplir el objetivo de poder comparar las características personales, toxicológicas y del régimen de utilización de programas terapéuticos de la muestra de pacientes con A.T.G., se ha seleccionado una muestra de pacientes con las siguientes características:

1. No haber recibido una incidencia de salida de programa del tipo A.T.G.
2. Haber iniciado tratamiento en las mismas fechas que la muestra A.T.G.
3. Estar pareados en relación con:
  1. Haber demandado tratamiento para las mismas sustancias
  2. Tener el mismo sexo
  3. Tener la misma edad

A este grupo de pacientes lo denominamos “Grupo de Comparación”.

#### 4.- TAMAÑO DE LA MUESTRA

Los estudios de seguimiento de tratamientos de drogodependientes realizados en España, de los que tenemos constancia son 10 (ver tabla nº 3). Los tamaños muestrales de dichos estudios tienen un promedio de 245 pacientes con un rango que va de 65 a 658 pacientes.

Dado que las variables a estudiar son múltiples y que lo que se pretende es hacer una descripción general de la población, se decide un tamaño muestral por conveniencia, que se ha estimado en 200 pacientes, número que constituye una muestra suficientemente representativa en relación tanto a la población en estudio (1068 pacientes) como al intervalo de confianza que vamos a adoptar y con la expectativa de que una alta proporción de ellos mantendrán la abstinencia a la droga motivo de demanda.

#### 5.- MUESTREO Y RECLUTAMIENTO

La selección de individuos para el estudio que garantiza la representatividad de la población se ha efectuado siguiendo el principio de aleatoriedad, por cuotas y estratificando por edad y sexo. Con ello se ha pretendido buscar la representatividad de la muestra y no la comparación de parámetros entre servicios.

#### 6.- FUENTES DE INFORMACIÓN

- a. Los datos básicos de cada paciente vienen recogidos en la Ficha de Información Básica de Admisión a Tratamiento (FIBAT) del periodo asistencial que concluyó con A.T.G. (Anexo 2).
- b. A ello se sumarán los datos extraídos de entrevistas clínicas con los pacientes, utilizando un instrumento de evaluación estandarizado (el Maudsley Addiction Profile) en donde se han registrado específicamente las variables que reflejan el estado actual del paciente (Anexo 1).
- c. Una tercera parte de la información a analizar procede del registro pormenorizado de la historia de los programas de tratamiento realizados por el paciente en el último pe-

riodo asistencial, que se han obtenido a partir de la información que consta en el Sistema Provincial de Información de Toxicomanías (SPIT).

d. Por último, se les ha solicitado a los pacientes que han participado en el estudio que faciliten una muestra de orina para realizar un análisis toxicológico de drogas en orina.

## 7.- VARIABLES DEL ESTUDIO

Para la parte descriptiva referida a la situación actual de los pacientes interesaba sobre todo conocer una serie de datos relativos a:

- \* La situación médica
- \* La laboral
- \* La toxicológica
- \* La sociolegal
- \* La familiar
- \* La psicopatológica.

Diferentes estudios han demostrado que tanto las mejorías, como el impacto de los tratamientos, se pueden apreciar en los cambios que suelen producirse en dichas áreas. Por ello, la entrevista debe registrar información significativa que evalúe los aspectos antes mencionados y con el objetivo de tener una referencia de la confiabilidad de dicha información se le ha solicitado a los pacientes una muestra de orina para su análisis toxicológico.

Las variables medidas han sido:

- 1.- Estado de salud: definido por la presencia o ausencia de un número significativo de síntomas
- 2.- Situación Laboral. Diferentes estudios demuestran cómo el proceso de rehabilitación y normalización se sostiene en gran medida en la posibilidad de emplearse. Consideramos

importante conocer si el paciente está o no empleado en el momento de realización de la entrevista.

- 3.- Situación Toxicológica. Consumo de las sustancias que motivaron el tratamiento. Puesto que estamos trabajando con los resultados de un tratamiento para la dependencia es imprescindible valorar la situación de consumo/abstinencia en el momento del seguimiento.

Si bien una buena evolución vendría marcada por resultados favorables en las variables antedichas, puede suceder que el paciente sustituya una drogodependencia tras el tratamiento, por otra, cosa que matizaría la evolución.

En efecto, no es infrecuente encontrar que aunque ha habido una abstinencia a la droga que motivó la intervención, se ha desarrollado otra a una sustancia diferente, siendo la más frecuente el alcohol. De ahí el interés por conocer si ello ha ocurrido con las variables que miden el consumo de otras sustancias actualmente (en el último mes) así como si hay o no policonsumo, entendido este como el uso de dos o más drogas durante tres o más días a la semana durante el último mes.

- 4.- Situación sociolegal en el momento de la entrevista. Se ha observado que los tratamientos para drogodependientes inciden de forma especial en el status sociolegal: cuando el resultado es favorable hay una marcada tendencia a la disminución de las actividades delictivas y a pasar menos tiempo encarcelados. De nuevo este es un grupo de variables que sirven para perfilar una mejor situación y evolución.
- 5.- Situación Familiar: Los pacientes que mantienen la adicción tienen menor probabilidad de mantener una situación de autonomía respecto a la familia de origen. Por ello consideramos importante conocer la situación actual en la que vive y el tiempo que lleva en esta situación. El grado de conflictividad familiar puede ser igualmente un indicador de la situación del paciente dado que suele estar asociada a la presencia de los problemas relacionados con el consumo.
- 6.- Situación Psicopatológica: definida por presencia o ausencia de un número significativo de síntomas.

## 8.- LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO

The Maudsley Addiction Profile (M.A.P.)(Marsden, J., Gossop, G. Stewart, D. Best, D. Farrell, M. Lehmann, P. Edwards, C. & Strang, J. (1998).The Maudsley Addiction Profile (MAP):A brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction* 93(12):1857-1867. Se describe detalladamente en el siguiente epígrafe.

## 9.- EL TRABAJO DE CAMPO

### 9.1.- Selección de los pacientes

Desde la Base de Datos del S.P.I.T. se ha realizado un censo de pacientes a los que se les dió como incidencia de salida A.T.G. entre el 1 de Enero de 1999 y el 31 de Diciembre de 2001. Sobre ese censo y realizando la correcta estratificación y aleatorización se han extraído los 200 individuos de la muestra en estudio.

Posteriormente, y para el Grupo de Comparación, se han seleccionado 200 pacientes con las características anteriormente ya especificadas.

### 9.2.- El contacto

Se ha realizado un listado con las direcciones y teléfonos de localización de los pacientes de la muestra.

El primer contacto con el paciente se intentó hacer a través del que fue su terapeuta de referencia (profesional que estuvo asignado al paciente para dirigir su proceso terapéutico), aunque ello no fue posible en todos los casos. En el primer contacto con el paciente, por vía postal o telefónica, se le explicó el motivo del mismo, su inclusión en el estudio y se le solicitó su conformidad en él.

### 9.3.- Las entrevistas

Una vez acordado con los pacientes los momentos y lugares de encuentro para realización de las entrevistas, se ha procedido a llevarlas a cabo entre los meses de Octubre de 2003 y Mayo de 2004.

Para ello se ha dispuesto de un entrevistador externo al C.P.D. que ha sido el responsable de la realización del trabajo de campo.

## 10.- PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

### 1°.- Revisión de los datos

- Sobre soporte papel: valoración de respuestas inapropiadas o improcedentes y valores imposibles
- Sobre la base de datos: análisis de valores imposibles y valores extremos

### 2°.- Análisis descriptivo de la muestra estudiada

- Variables referidas a los pacientes al inicio del tratamiento
- Variables referidas a la Historia de los tratamientos
- Variables referidas a la situación actual (que para el análisis serían las variables dependientes)

Descriptores estadísticos: medias, medianas, rangos y proporciones, con sus correspondientes intervalos de confianza.

3°.- Análisis de la Situación de los pacientes con A.T.G. en relación con los predictores al inicio del tratamiento (FIBAT) y con las variables de la Historia de los Tratamientos.

Descriptores estadísticos: diferencias de medias mediante “t” de Student, diferencias de la mediana mediante la prueba de la mediana y de proporciones mediante Chi cuadrado.

4°.- Utilización del paquete estadístico S.P.S.S. en su décima versión.

## LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO: EL MAUDSLAY ADDICTION PROFILE

### **Introducción**

El Maudsley Addiction Profile (MAP) (Marsden y cols. 1998) es un entrevista breve que se diseñó y desarrolló dentro del contexto de la investigación sobre resultados de tratamientos en pacientes drogodependientes que se inició en 1995 en Gran Bretaña a través del proyecto National Treatment Outcome Research Study (NTORS). Dentro de los instrumentos utilizados para evaluar la situación del paciente antes, durante y después del tratamiento, los investigadores del NTORS se plantearon que había que ofrecer una alternativa distinta al EUROP-ASI, una versión europea del Addiction Severity Index, que requiere de entre 45 minutos a 1 hora para ser respondida.

El MAP está diseñado para ser aplicado en investigación sobre resultados de tratamiento con pacientes drogodependientes. Evalúa problemas en cuatro áreas: uso de sustancias, conductas de riesgo para la salud, salud física y psicológica y funcionamiento personal y social. La mayor parte de los pacientes entrevistados tardan un promedio de 12 minutos en completarla. El MAP es útil para poder monitorizar la evolución de los pacientes durante y después de un episodio de tratamiento. Los ítems del MAP están pensados para ser repetidos a lo largo del tiempo. Además puede ser suplementado con medidas adicionales de resultados y con cualquier cuestión pertinente que decidan los investigadores que lo utilicen. En principio las preguntas sobre las conductas investigadas tienen como periodo de referencia el del mes anterior a la realización de la entrevista. Pero este periodo de tiempo puede ser ampliado si los investigadores así lo deciden (por ejemplo a 3 meses o a 6 meses antes de la entrevista).

En el anexo nº 1 de este trabajo se reproduce el MAP completo. Nosotros hemos añadido una sección para incluir los resultados de los controles toxicológicos de drogas en orina que se le han realizado a los pacientes entrevistados y que nos ha parecido pertinente de cara a poder tener un índice de confiabilidad de las respuestas ofrecidas sobre el consumo de drogas.

### **Descripción del MAP**

En la primera sección se mide el consumo de sustancias (alcohol, heroína, otros opiáceos, benzodiacepinas, cocaína, crack, anfetaminas, alucinógenos, drogas de diseño y cannabis). Se le pregunta al paciente si usó cada una de esas sustancias y ante la respuesta afirmativa se inquiriere so-

bre los días de uso en el periodo evaluado, la cantidad típica usada en un día de consumo, la vía de administración utilizada mas frecuentemente y si tuvo algún episodio de sobredosis. Para ayudar a recordar la frecuencia de consumo en el periodo de referencia se le muestra al entrevistado una ficha de respuesta que contiene una lista con siete modelos comunes de frecuencia basados en expresiones verbales (en un periodo comprendido entre “un día a la semana” y “todos los días”). Se le pide al paciente que identifique si alguna de esas categorías resume la frecuencia de su propio consumo y después el entrevistador correlaciona la expresión elegida con un número (que corresponde aproximadamente con los días que el paciente utilizó la sustancia en el tiempo de referencia). Para conocer la cantidad que se consume en un día típico se le pide al entrevistado que lo exprese y se registra su expresión textualmente bien en base al peso de lo consumido o a su precio de compra. En el caso del alcohol se registra la clase de bebida y el número y cantidad de copas. Posteriormente el entrevistador convierte las cantidades registradas en Unidades de Bebida Estándar (UBE) de etanol. Con respecto a las vías de administración utilizadas por el paciente para el consumo se utilizan las siguientes categorías: oral, nasal, inhalación e inyección.

La sección segunda mide las conductas de riesgo de contagio o transmisión de enfermedades infecto-contagiosas. Se pregunta por la vía intravenosa y por las relaciones sexuales. En el primer caso interesa saber si ha compartido los útiles de inyección y en el segundo caso si utiliza preservativo y el número de personas con las que ha mantenido relaciones sexuales.

La sección tercera evalúa la presencia de una serie de síntomas físicos y los días en que se presentan tales síntomas en el último mes. Se agrupan en síntomas de tipo general, relacionados con la vía inyectada, gastrointestinales, cardiovasculares, músculo-esqueléticos y neurológicos.

La sección cuarta enfoca su atención sobre la presencia de síntomas psicológicos. De forma general trata de valorar la esfera ansiosa, la depresiva y la psicótica pidiéndole igualmente al entrevistado que trate de decir cuantos días del periodo estudiado ha presentado o ha sentido alguno de esos síntomas.

La quinta sección evalúa el funcionamiento personal y social. Nuevamente se inquiriere al entrevistado sobre donde ha estado viviendo durante el periodo de tiempo investigado, el tiempo que lleva viviendo en la dirección actual, los días que ha estado trabajando o desempleado, los días que ha estado en contacto con su familia y con sus amigos, así como los posibles conflictos habidos en esas relaciones, medidos a través de los días en que han ocurrido. Se valora asimismo la situación social preguntando por situaciones mas extremas aunque muy vinculadas a las consecuencias de la adicción: la mendicidad y la prostitución.

La última parte del MAP está dedicada a valorar la actividad delictiva, indicada a través de un listado de 11 tipos de delitos, preguntándose al entrevistado si ha cometido alguno de esos delitos, los días en que pudo haberlos cometido durante el periodo de estudio y por las veces cometidas en un día tipo.

Se han realizado varios trabajos de validación del MAP. El primero de ellos lo llevó a cabo el Equipo de investigadores que lo diseñó con un grupo de 240 pacientes de los servicios de tratamiento del Maudsley. En este trabajo se evaluó la validez concurrente de la información proporcionada por los pacientes sobre el consumo de drogas, las escalas de síntomas de salud física y mental y las medidas de conflictos en las relaciones. Test y re-test se realizaron en un intervalo de tres días.

El promedio de tiempo utilizado para responder la entrevista en esta muestra fue de 11,7 minutos. Los pacientes tuvieron pocos problemas para definir su frecuencia de consumo y la vía de administración utilizando las expresiones verbales que se le mostraban en las fichas de frecuencia y vía. La confiabilidad test re-test de las respuestas sobre consumo de drogas fue muy alta con coeficientes medios de correlación Intra-clase de 0,94 en conjunto y de 0,88 para los entrevistados que especificaban su vía de consumo.

Los coeficientes Kappa de fiabilidad test-retest para los demás items evaluados por el MAP fueron globalmente altos con un promedio de 0,84 y ratios F para las diferencias de los Coeficientes de Correlación Intraclase que no excedían de 1,84 para cualquier otra comparación ( $p < 0,05$ ).

Posteriormente se ha realizado otro estudio de validación del MAP avalado por la Federación Europea de Asociaciones de Intervinientes en Toxicomanías (ERIT) en el ámbito de tres países de la Unión Europea: España, Italia y Portugal (Marsden y cols. 2000). En este estudio también se valoraba la validez de otro cuestionario (el Treatment Perceptions Questionnaire) y participaron un total de 206 sujetos, de los cuales 124 formaban parte de la muestra de validación del MAP.

Los entrevistados tardaron un promedio de 15,5 minutos en completar la entrevista y fueron reentrevistados a los 3 días de promedio. En los ítems del MAP no aparecieron diferencias entre los coeficientes de fiabilidad retest obtenidos entre los tres países de la muestra. Todos los

## **Validez**

Coeficientes de Correlación Intra-clase se encontraban en un intervalo aceptable y con resultados muy semejantes a los encontrados en el primero de los trabajos de validación. La conclusión es que el MAP “satisface los requisitos de ser una herramienta que proporciona resultados eficaces, que no plantea expectativas poco razonables al personal clínico y a los pacientes entrevistados y que debe contribuir a estimular la mejora de la evaluación de los programas de tratamiento en la Unión Europea” (Marsden y cols. 2000).

## DATOS GENERALES DEL CONTEXTO EN EL QUE SE HA REALIZADO EL ESTUDIO

Antes de comentar los resultados obtenidos a partir de los casos estudiados queremos esbozar algunos datos generales que puedan ubicar al lector sobre el contexto donde se ha realizado el trabajo.

Los Centros de Tratamiento Ambulatorio (C.T.A.) del Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz (antiguo C.P.D.) han atendido un promedio anual de 6082 pacientes durante los años 1999, 2000 y 2001 (ver tabla nº 5). De ellos, el 76,5 % corresponden a usuarios que demandan para problemas derivados del consumo de heroína. Es, con diferencia, el grupo de pacientes más numeroso de todos los que se atienden en los C.T.A. Las proporciones de demanda de tratamiento por sustancia que la motiva, así como por año de estudio, están especificadas en la citada tabla nº 5. En el gráfico I hemos representado este volumen de demanda por droga y por año en términos absolutos.

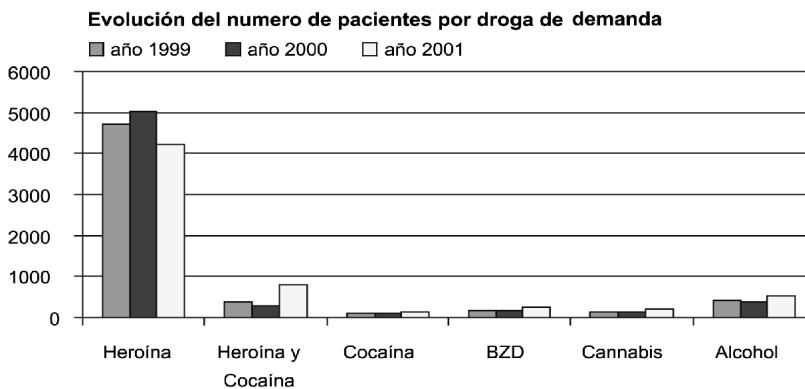


Gráfico I.-  
Evolución anual  
de demandas por  
tipo de droga.  
Valores absolutos

DROGA	PACIENTES EN TTO. EN 1999		PACIENTES EN TTO. EN 2000		PACIENTES EN TTO. EN 2001		PROMEDIO ANUAL DE PACIENTES EN TTO.	
	N	%	N	%	N	%	N	%
HEROÍNA	4704	79,2	5036	81,9	4222	68,5	4654	76,5
HEROÍNA+COCAINA	386	6,5	290	4,7	806	13,2	494	8,1
COCAINA	98	1,65	98	1,6	155	2,5	117	2
BZD	178	3	178	2,9	254	4,1	203	3,3
CANNABIS	134	2,25	153	2,5	194	3,1	160	2,6
ALCOHOL	434	7,3	394	6,4	534	8,6	454	7,5
TOTALES	5934	100	6149	100	6165	100	6082	100

Tabla nº 5.- Distribución de la población de pacientes atendidos por el C.P.D. de Cádiz en los años 1999,2000 y 2001. en relación a la droga motivo de demanda

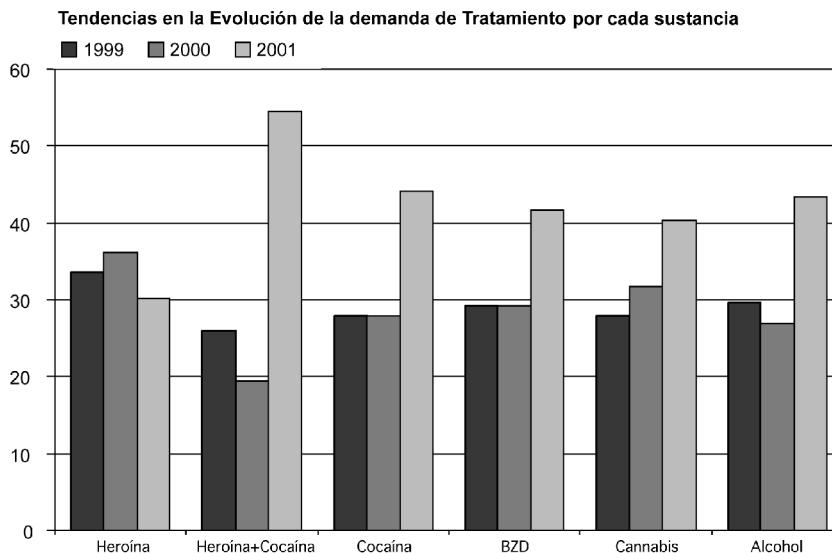


Gráfico 2.- Tendencias en la evolución de la demanda de tratamiento para cada sustancia a lo largo de los tres años en estudio.

En el gráfico 2 se han representado las tendencias en la evolución de la demanda para cada droga a lo largo de los tres años de estudio. Puede apreciarse una tendencia a la disminución de los pacientes que solicitan tratamiento para problemas derivados del consumo de heroína y al aumento de la demanda por el consumo de heroína y cocaína combinadas. El gráfico 2 también sugiere una discreta tendencia al aumento de la atención a pacientes con problemas por consumo de las otras sustancias tratadas.

El promedio anual de pacientes que logran un Alta Terapéutica General (A.T.G.) se encuentra expuesto en la tabla n° 6 y en el gráfico n° 3. En dicha tabla se han distribuido las altas en relación con la droga motivo de demanda y con la cantidad total de A.T.G. que se han producido por año y en el conjunto de los tres años. Puede apreciarse que el mayor volumen de A.T.G. se produce en los pacientes que demandan por cannabis (37,45 %), seguido por los que demandaron por consumo de heroína (35,23 %).

DROGA	A.T.G. EN 1999		A.T.G. EN 2000		A.T.G. EN 2001		TOTALES		PROMEDIO ANUAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N
HEROÍNA	121	38,41	129	33,34	127	34,7	377	35,23	125,6
HEROÍNA+COCAINA	9	2,85	11	2,84	18	5,0	38	3,58	12,6
COCAINA	41	13,01	35	9,04	28	7,65	104	9,74	34,6
BZD	4	1,27	1	0,25	2	0,54	7	0,66	2,33
CANNABIS	89	28,25	161	41,61	150	41,0	400	37,45	133,3
ALCOHOL	51	16,2	50	12,91	41	11,1	142	13,3	47,3
TOTALES	315	100	387	100	366	100	1068	100	356

Tabla n° 6.- Distribución de los pacientes con Alta Terapéutica General durante los años 1999, 2000 y 2001 por droga motivo de demanda y en relación a la cantidad de A.T.G.

Con respecto a la heroína parece que hay una estabilización en los porcentajes de pacientes que son dados de alta. Y aparece también una tendencia negativa a conseguir un A.T.G. de los pacientes con problemas derivados del consumo de cocaína.

Los pacientes que demandan por cannabis suelen hacerlo en una gran proporción debido a que han sido sancionados por la administración. Dicha sanción puede anularse si el paciente se somete a un programa de remisión de sanciones administrativas y es dado de alta, lo cual explicaría en parte este resultado. Dado que el sentido de este tipo de Alta Terapéutica General no es el mismo que para los pacientes que acceden a tratamiento para su adicción, hemos realizado la descripción de la muestra de la siguiente forma: una descripción de toda la muestra en su conjunto. Otra descripción de los pacientes que inician tratamiento para su drogodependencia excluyendo aquellos que accedieron para remisión de una sanción administrativa por consumo de cannabis. Y una tercera descripción de este último grupo de pacientes: los que iniciaron tratamiento para redimir la sanción administrativa.

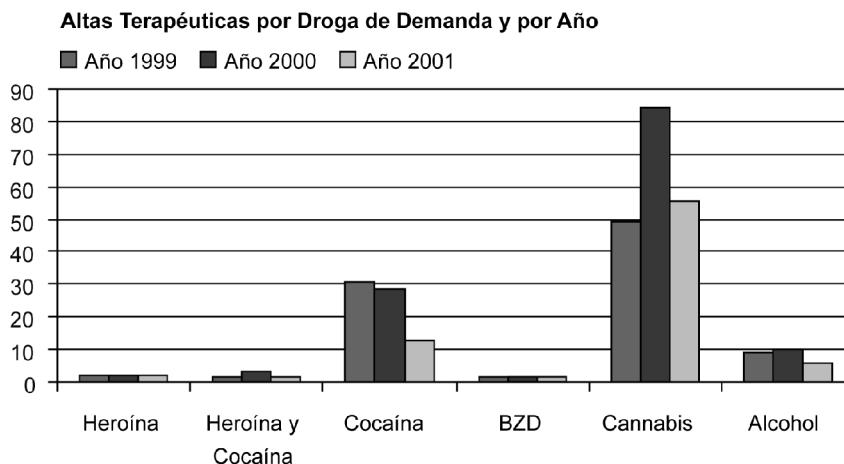


Gráfico 3.- Proporción de altas terapéuticas por droga de demanda y por año.

Aunque todos los pacientes que conforman la muestra caso concluyeron el episodio de tratamiento con una incidencia de tipo Alta Terapéutica General (A.T.G.), la realidad es que este concepto tiene un significado diferente al aplicarse al grupo de pacientes consumidores de derivados del cannabis que accedieron al servicio con el objetivo de conseguir la remisión de una sanción administrativa. En efecto, los pacientes dependientes que acceden por otras motivaciones, o los pacientes consumidores de cannabis que inician tratamiento por una razón distinta a la sanción administrativa, son susceptibles de recibir una atención terapéutica global e integrada, cuyo objetivo es la superación de la adicción y su reinserción social. Ello suele implicar la utilización de variados recursos y programas terapéuticos así como lapsos de tiempo de tratamiento mas prolongados. Los consumidores de cannabis que vienen a los Centros de Tratamiento Ambulatorio para conseguir eludir el pago de la sanción, también son tratados, pero el concepto de A.T.G. cuando se aplica a ellos se corresponde con el alcance de una serie de objetivos entre los cuales el que determina la finalización de dicha intervención es la desaparición del consumo el tiempo suficiente como para poder emitir un informe que explicita que el paciente ha acudido, ha sido estudiado y ha realizado una serie de actividades que han deparado la abstinencia a la sustancia durante ese periodo de tiempo. A pesar de la primacía de este objetivo, la intervención que se realiza sobre estos pacientes intenta dar cobertura a otras metas de tipo preventivo. Concretamente se realizan actividades de educación para la salud sobre consumo de drogas y screening de consumo de otras sustancias con el fin de hacer detección precoz de otras posibles adicciones.

Al realizar la descripción de la muestra en estudio se ha decidido tomar en consideración las particularidades mencionadas y por ello en cada epígrafe se va a realizar una descripción de la muestra en su conjunto y posteriormente una estratificación en relación a haber accedido a tratamiento o no, por una sanción administrativa.

## **2. Descripción de la muestra** 2.1.- MUESTRA GLOBAL

### **en el momento del inicio del tratamiento**

#### *Variables demográficas*

La muestra caso está formada por 200 individuos, 178 hombres y 22 mujeres, cuya edad media es de 30,05 años (desviación estándar 11,5; rango 15 a 72 años; mediana 26,95 años; moda 28,9 años). La muestra comparación está pareada con respecto a estas variables (misma distribución de sexos y edad media 29,07, desviación estándar 9,5). El 74,5 % de la muestra había iniciado el tratamiento entre los años 1997 y 2001. El 25,5 % restante inició tratamiento antes de 1997.

En relación con el estado civil, en la muestra caso encontramos que la gran mayoría estaba soltero/a en el momento de la demanda (68 %), al igual que en la muestra comparación (69,5 %). Las diferencias en la distribución de estado civil entre ambas muestras no son estadísticamente significativas. En el momento de la demanda se encontraban trabajando el 40 % de la muestra, y desempleados el 37 %. Estaban estudiando el 12 %. En el grupo de comparación encontramos que trabajaban el 38 %, que estaban desempleados el 46,5 % y estudiando el 3,5 %. Con respecto al nivel educacional, la muestra se distribuye de la siguiente forma: el 14 % no alcanza el nivel de estudios primarios. Un 69,5 % tiene estudios primarios o graduado escolar; el 12 % tiene secundaria y el 4,5 % estudios medios o superiores. En la muestra comparación encontramos algunas diferencias con respecto a la distribución de esta variable aunque no tienen relevancia estadística (ver tabla 7). La mayoría de los pacientes convivían con su familia de origen en el momento de solicitar el tratamiento (67 %) y el 24 % con la familia que ellos habían formado. Similar distribución tiene los pacientes del grupo de comparación (tabla 7).

#### *Situación sociolegal*

La ficha de información básica de inicio a tratamiento (FIBAT) sólo mide dos variables en este apartado: si el paciente antes de que iniciara el consumo había tenido problemas con la justicia, y qué tipo de problemas; Y las mismas cuestiones tras haber comenzado el consumo de drogas. El 91,5 % de la muestra caso (y el 93 % de la muestra comparación) no habían tenido ningún problema con la justicia antes de comenzar su uso de sustancias. Sin embargo, el 48,5 % de la muestra caso había tenido alguna incidencia de tipo delictivo tras el consumo, frente al 59 % de pacientes de la muestra comparación (ver tabla 19). La incidencia legal más frecuente era la Sanción Administrativa, que alcanzaba al 27,5 % de los pacientes "caso". Las diferencias encontradas entre las muestras estudiadas son estadísticamente significativas (Chi cuadrado 27,083 y  $p = 0.001$ ).

VARIABLES	GRUPO CASO		GRUPO COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
	N	%	N	%	
SEXO					No procede
Hombre	178	89	178	89	
Mujer	22	11	22	11	
ESTADO CIVIL					Chi=7,659 P=0,176
Soltero	136	68	139	69,5	
Casado o pareja de hecho	48	24	53	26,5	
Otros	16	8	8	4	
CONVIVENCIA ACTUAL					Chi=5,282 P=0,727
Familia de origen	134	67	128	64	
Familia propia	48	24	53	26,5	
Otros	18	9	19	9,5	
SITUACIÓN OCUPACIONAL					Chi=13,437 P=0,062
Trabajando	80	40	76	38	
Desempleado	74	37	93	46,5	
Estudiando	24	12	7	3,5	
Otros	22	11	24	12	
NIVEL DE ESTUDIOS					Chi=14,723 P=0,09
Menos de primarios	28	14	28	14	
Primarios	139	69,5	150	75	
Medios	24	12	17	8,5	
Universitarios	9	4,5	5	2,5	

Tabla n° 7.- Distribución de las muestras en relación a variablesociodemográficas

Por tanto, los pacientes que tienen un Alta Terapéutica tenían una menor probabilidad de haber cometido actividades delictivas antes de iniciar el tratamiento, que los pacientes que no terminaron con A.T.G.

## Datos relacionados con la demanda de tratamiento

La mayor parte de los pacientes refieren demandar tratamiento por propia iniciativa (47,5 %) y por indicación familiar (20,5 %). La muestra comparación sigue una distribución similar, y no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre ambas (tabla 8).

Con respecto al problema que motiva la demanda, en el grupo caso encontramos que el 35 % aduce una sanción administrativa o la amenaza de intervención judicial como motivación para comenzar el tratamiento. Seguido por problemas de salud o una situación personal límite (29 %) y por problemática familiar (24 %)(Tabla 8).

El 37 % de los pacientes hicieron una demanda inespecífica de tratamiento. El 40 % solicitó realizar algún programa de deshabitación o de desintoxicación. Un 15 % solicitaron tratamiento de mantenimiento con metadona. Las diferencias encontradas con la muestra comparación no son estadísticamente significativas (Tabla 8).

VARIABLES	GRUPO CASO		GRUPO COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
	N	%	N	%	
<b>VÍA DE ACCESO</b>					
Iniciativa propia	95	47,5	86	43	Chi=11,23 P=0,129
Familia	41	20,5	49	24,5	
Otros	64	32	65	32,5	
<b>PROBLEMA QUE MOTIVA LA DEMANDA</b>					
Problemática familiar	48	24	60	30	Chi=11,86 P=0,157
Amenaza para la salud o situación límite	58	29	66	33	
Problemas judiciales	70	35	61	30,5	
Otros	24	12	13	6,5	
<b>TIPO DE DEMANDA INICIAL</b>					
Metadona	30	15	39	19,5	Chi=13,45 P=0,14
Desintoxicación-deshabitación	80	40	76	38	
Ayuda no especificada	74	37	67	33,5	
Otras	16	8	18	9	

Tabla nº 8.- Distribución de la muestra en relación a variables de la demanda.

## Variables toxicológicas

La edad media de inicio de consumo de las sustancias se sitúa en los 19,89 años en la muestra caso y en los 19,31 años en la muestra comparación (tabla 9). Esta diferencia no tiene significación estadística. Con respecto a la edad media de inicio del consumo de la droga motivo de demanda tampoco se observan diferencias estadísticamente significativas entre ambas muestras. La sustancia que tiene una edad media de inicio menor es el cannabis y sus derivados, que comienzan a utilizarse con 17 años (media) y tras ella el alcohol que comienza a utilizarse con 18,44 años de promedio.

VARIABLES	GRUPO CASO			GRUPO COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	N	MEDIA	D.S.	MEDIA	D.S.	F	P
EDAD INICIO CONSUMO DE:							
Opiáceos	88	21,9	4,8	20,22	4,73	0,029	0,86
Cocaína + Heroína	5	31	7,25	22,8	4,82	0,697	0,42
Cocaína	17	21,59	3,76	22,62	8,15	3,909	0,057
Benzodiacepinas	2	28,5	0,71	33	15,56	-	-
Cannabis	56	17	2,74	16,62	2,43	0,112	0,738
Alcohol	32	18,44	9,8	18,19	6,92	0,271	0,605
Todas las drogas	200	19,89	6,08	19,31	5,62	0,438	0,508
AÑOS DE CONSUMO DE:							
Opiáceos	88	7,75	4,43	9	5,47	4,826	0,02
Cocaína + Heroína	5	2,6	1,52	4,8	8,53	4,518	0,06
Cocaína	17	5,12	4,65	5,81	4,04	1,161	0,29
Benzodiacepinas	2	21	1,41	4	1,41	-	-
Cannabis	56	4,54	6,34	4,32	3	2,47	0,115
Alcohol	32	29,81	14,29	24,68	10,78	4,7	0,03
Todas las drogas	200	10,16	11,48	9,8	9,11	2,02	0,156

Tabla nº 9.- Edad media de inicio de consumo y años de consumo de la droga de demanda antes del tratamiento.

El tiempo medio de consumo de la sustancia antes del tratamiento está alrededor de los 10 años (10,16 en la muestra caso y 9,8 en la muestra comparación, siendo la diferencia no significativa). Al distribuir el tiempo de consumo entre cada una de las drogas motivos de demanda, apreciamos que los pacientes que inician por alcohol tienen el promedio más alto de tiempo de consumo antes de iniciar el tratamiento (29,81 años), pero además los alcohólicos del grupo comparación llevan menos años de consumo promedio que los del grupo caso (24,68 años) (ver tabla 9 y 20), siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Asimismo los pacientes que demandan por heroína y que forman parte del grupo caso tienen significativamente un promedio de años de consumo menor que los del grupo comparación (7,75 años, frente a 9 años) (tabla 9 y 20).

Con respecto a las vías de administración de las drogas, fumar e inhalar las sustancias concentraban la mayor frecuencia en los consumidores de heroína, utilizando la vía intravenosa sólo un 10,2 % de la muestra caso. Aunque en la muestra comparación la vía intravenosa se utilizaba por el 14,7 % de los pacientes, la diferencia no es estadísticamente significativa. Con respecto al consumo de cocaína, la mayor parte de los pacientes la esnifan (en ambas muestras) y el consumo de heroína mezclada con cocaína se realiza preferentemente de forma inhalada o fumada (tabla 10).

Entre los pacientes que conforman la muestra caso, un 44 % de ellos refirieron ser consumidores de una sola sustancia, frente al 36,5 % de la muestra comparación. Una gran parte de los pacientes utilizaban dos o tres sustancias al mismo tiempo. El promedio del número de sustancias en el grupo caso es de 2,77 sustancias y el del grupo comparación es de 2,89. Esta diferencia no es estadísticamente relevante (tabla 11).

En la muestra caso, 138 pacientes declararon no haber utilizado nunca la vía intravenosa frente a 128 pacientes de la muestra comparación. Al evaluar la distribución de los periodos de tiempo que hace desde la última vez que los pacientes se inyectaron alguna sustancia no se han encontrado diferencias significativas entre ambas submuestras (tabla 10).

Con respecto a lo declarado por los pacientes sobre el motivo del primer contacto con la droga principal encontramos que la mitad de la muestra lo hizo por curiosidad y el 38 % por diversión/aumento de sociabilidad. Semejante distribución encontramos en la muestra comparación. El 87 % de los pacientes refirió que la incitación al primer contacto con la droga principal procedió del grupo de pares (tabla 10).

Alrededor del 57 % de la muestra carece de familiares con problemas de drogas o psicopatología. Un 37,5 % tiene familiares con alcoholismo u otra drogodependencia. En la muestra com-

paración, un 42 % de pacientes referían tener algún familiar con problemas de alcohol o drogas. Sin embargo las diferencias entre ambas muestras no alcanzan significación estadística (tablas 10 y 11).

VARIABLES	GRUPO CASO		GRUPO COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
	N	%	N	%	
<b>VIA DE ADMINISTRACIÓN MUESTRA TOTAL</b>					
Oral	34	17	34	17	Chi=4,453 P=0,666
Fumada-inhalada	128	64	132	66	
Esnifada	10	5	10	5	
Inyectada	9	4,5	13	6,5	
Otras o desconocida	19	9,5	11	5,5	
<b>VIA DE ADMINISTRACIÓN EN HEROINOMANOS</b>					
Fumada-inhalada	65	74,8	67	76,2	Chi=3,854 P=0,426
Inyectada	9	10,2	13	14,7	
Otras o desconocida	14	15,9	8	9,1	
<b>VIA DE ADMINISTRACIÓN EN COCAINÓMANOS</b>					
Fumada-inhalada	3	17,7	4	23,5	Chi=0,400 P=0,982
Esnifada	10	58,8	10	58,8	
Otras o desconocida	4	23,5	3	17,7	
<b>SUSTANCIAS CONSUMIDAS POR PACIENTE</b>					
Una	88	44	73	36,5	Chi=3,776 P=0,437
Dos	55	27,5	58	29	
Tres	36	18	37	18,5	
Cuatro	13	6,5	20	10	
Cinco o mas	8	4	12	6	
<b>TIEMPO DESDE LA ULTIMA INYECCIÓN</b>					
Menos de un año	7	3,5	13	6,5	CHI=8,204 P=0,514
Mas de 1 año	11	5,5	15	7,5	
Nunca se ha inyectado	138	69	128	64	
Deconocido	39	19,5	36	18	
<b>MOTIVO PRIMER CONTACTO DROGA</b>					
Curiosidad	104	52	88	44	Chi=6,944 P=0,225
Diversión aumento sociabilidad	76	38	95	47,5	
Evitar molestias psicológicas	15	7,5	9	4,5	
Otros o desconocida	5	2,5	8	4	
<b>INCITACIÓN AL PRIMER CONTACTO</b>					
Familia	17	8,5	12	6	Chi=2,107 P=0,834
Amigos	173	86,5	175	87,5	
Vendedor/traficante	3	1,5	4	2	
Otros o desconocido	7	3,5	9	4,5	
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>					
Alcoholismo	40	20	38	19	Chi= 5,121 P=0,401
Otros consumos de drogas	36	18	50	25	
Trastornos psicopatológicos	4	2	4	2	
Ninguno	114	57	101	50,5	
Otros o desconocido	6	3	7	3,5	
<b>NUMERO DE ANTECEDENTES FAMILIARES POR PACIENTE</b>					
Ninguno	116	58	101	50,5	Chi=1,714 0,634
Uno o dos	80	40	91	45,5	
Tres o cuatro	1	0,5	1	0,5	
Desconocido	3	1,5	7	3,5	

Tabla nº 10.- Distribución de otras variables de la historia toxicológica.

VARIABLES	GRUPO CASO			GRUPO COMPARACIÓN			SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	Np	MEDIA	D.S.	Np	MEDIA	D.S.	F	P
DROGAS CONSUMIDAS POR PACIENTE*:								
	112	2,77	0,92	127	2,89	0,99	0,683	0,41
ANTECEDENTES FAMILIARES POR PACIENTE**								
	81	1,16	0,40	92	1,16	0,40	0,005	0,945

Tabla n° 11.- Otras variables cuantitativas de la Historia Toxicológica

### Historia de los tratamientos previos

El 42 % de los pacientes que iniciaron el tratamiento habían realizado previamente algún tipo de tratamiento. El 37 % de los pacientes de la muestra comparación también habían realizado algún tratamiento anterior. La diferencia no es estadísticamente significativa (tabla 12). Sólo se aprecia una diferencia significativa si distribuimos la muestra en relación a haber realizado algún tratamiento anterior por el tipo de sustancia para la que se solicita ayuda (ver tabla 13) y son los pacientes que demandaron por problemas con Benzodicepinas, ya que los dos que pertenecen al grupo caso habían realizado tratamiento anteriormente. No obstante dado el escaso número de individuos estudiados (2 en cada submuestra) no es posible aceptar como válida tal diferencia.

VARIABLES	GRUPO CASO		GRUPO COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
	N	%	N	%	
HISTORIA DE TRATAMIENTOS ANTERIORES					
Si	84	42	74	37	Chi=0,969 P=0,325
No	115	57,5	124	62	
Desconocido	1	0,5	2	1	
TIPO DE TRATAMIENTOS PREVIOS REALIZADOS					
Desintoxicación exclusivamente	52	26	30	15	Chi=6,674 P=0,154
Deshabitación	18	9	25	12,5	
Metadona	6	3	10	5	
Otros o desconocido	9	4,5	10	5	
Ninguno	115	57,5	125	62,5	

Tabla n° 12.- Variables relacionadas con los tratamientos previos.

VARIABLES	GRUPO CASO		GRUPO COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
	N	%	N	%	
<b>OPIÁCEOS</b>					
Realizó Tratamiento previo	60	68,18	51	58	Chi=2,287 P=0,130
No realizó tratamiento previo	28	31,82	37	42	
<b>COCAÍNA + HEROÍNA</b>					
Realizó Tratamiento previo	5	100	4	80	Chi=1,111 P=0,292
No realizó tratamiento previo	0	0	1	20	
<b>COCAÍNA</b>					
Realizó Tratamiento previo	3	17,64	4	23,5	Chi=0,180 P=0,671
No realizó tratamiento previo	14	82,36	13	76,5	
<b>BENZODIACEPINAS</b>					
Realizó Tratamiento previo	2	100	0	0	Chi=4 P=0,046
No realizó tratamiento previo	0	0	2	100	
<b>CANNABIS</b>					
Realizó Tratamiento previo	3	5,35	4	7,14	Chi=0,172 P=0,678
No realizó tratamiento previo	53	94,65	52	92,86	
<b>ALCOHOL</b>					
Realizó Tratamiento previo	11	34,37	11	36,36	Chi=0,009 P=0,926
No realizó tratamiento previo	21	65,63	21	63,64	

Tabla n° 13.- Distribución de la muestra en relación a haber realizado algún tratamiento previo en función de la droga de demanda.

Si excluimos de la muestra en estudio a los 115 pacientes que no tenían historia de tratamientos anteriores encontramos que la mayor parte de los pacientes que han sido tratados anteriormente recibieron una desintoxicación (61,17 %) y con menor frecuencia habían realizado una deshabitación (21,17 %). En la muestra comparación se ha encontrado algunas diferencias que no alcanzan relevancia estadística (ver tabla 14).

Al realizar la distribución del promedio de tratamientos anteriores por droga motivo de demanda no encontramos ninguna diferencia relevante entre ambas submuestras, aunque se marca una tendencia dentro de los alcohólicos del grupo caso a haber recibido un promedio de mas tratamientos que los que pertenecen al de comparación (tabla 15).

Cuarenta y siete pacientes que habían hecho tratamientos anteriores los habían recibido en centros ambulatorios de drogodependencias (55,3 %)(tabla 14).

VARIABLES	GRUPO CASO		GRUPO COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
	N	%	N	%	
TIPO DE TRATAMIENTOS PREVIOS REALIZADOS					
Desintoxicación exclusivamente	52	61,17	33	44,6	Chi=5,975 P=0,113
Deshabitación	18	21,17	25	33,78	
Metadona	6	7,05	10	13,51	
Otros o desconocido	9	10,57	6	8,10	
Totales	85	100	74	100	
LUGAR DE TRATAMIENTOS PREVIOS					
Centro ambulatorio de drogodependencias	47	55,3	44	59,45	Chi=7,92 P=0,244
Unidad de desintoxicación hospitalaria	3	3,53	0	0	
Comunidad Terapéutica acreditada	5	5,87	6	8,1	
Consulta privada	7	8,23	2	2,7	
Recurso no acreditado	10	11,76	11	14,86	
Otros	13	15,3	11	14,86	
Totales	85	100	74	100	

Tabla nº 14.- Distribución de los tratamientos previos excluyendo los pacientes que no tenían historia de tratamientos anteriores.

VARIABLES	GRUPO CASO			GRUPO COMPARACIÓN			SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	N	MEDIA	D.S.	N	MEDIA	D.S.	F	P
Promedio de tratamientos previos por paciente	84	1,61	0,68	74	1,45	0,78	0,038	0,845
Tratamientos previos por paciente y droga								
Opiáceos	60	1,65	0,71	51	1,63	0,85	0,625	0,431
Cocaína + Heroína	5	1,60	0,55	4	1,25	0,50	0,728	0,422
Cocaína	3	2	1	4	1	0	7,714	0,062
Benzodiacepinas	2	1	0	-	-	-	-	-
Cannabis	3	1	0	4	1	0	-	-
Alcohol	11	1,55	0,52	11	1,08	0,51	2,4	0,136

Tabla nº 15.- Variables cuantitativas de la Historia de los Tratamientos Previos.

## *Estado de salud*

Se ha medido a través de variables objetivas (los resultados de los análisis de sangre que se practicaron) y a través de lo referido por el paciente. Todas las variables aparecen descritas en la tabla 16.

El 4 % de la muestra de pacientes con A.T.G. era seropositivo a VIH, aunque el 69 % de la muestra o no se llegó a realizar el análisis o su resultado era desconocido. El 27 % de los pacientes eran seronegativos a VIH. En la muestra comparación encontramos que hay un 8,5 % de pacientes seropositivos a VIH, siendo esta diferencia no significativa.

Con relación a los marcadores del virus de la hepatitis B un 1 % de la muestra es portadora del antígeno de la hepatitis B, un 5 % tiene el anticuerpo de superficie y un 4,5 % el anticuerpo total core. Esta distribución no es diferente, estadísticamente, de la encontrada en el grupo comparación.

Presenta anticuerpo de hepatitis C el 12 % de la muestra caso y el 14 % de la muestra comparación.

Un 1,5 % de pacientes tiene antecedentes de haber padecido tuberculosis, y en el momento de la demanda de tratamiento un paciente padecía la enfermedad. En la muestra de comparación, un 4,5 % de los pacientes había padecido tuberculosis y 3 pacientes padecían la enfermedad. Las diferencias entre ambas muestras no son estadísticamente significativas.

En la muestra caso, el 5,5 % de los pacientes había padecido o estaba sufriendo una enfermedad de transmisión sexual. En la muestra de comparación alcanzaban al 6 % los pacientes que cumplían estos criterios. Con respecto a los antecedentes de haber padecido episodios de sobredosis, el 7 % de los pacientes declaró haberlos padecido, frente al 8 % de los pacientes del grupo comparación.

El 10,5 % de los pacientes refirió haber padecido o estar padeciendo algún tipo de trastorno psicopatológico. Sin embargo, en la muestra comparación, eran el 16 % de los pacientes los que cumplían este criterio. La diferencia en este caso si es estadísticamente significativa por lo que puede afirmarse que los pacientes que fueron A.T.G. tenían una menor probabilidad de encontrarse padeciendo o de haber padecido un trastorno psicopatológico en el momento de iniciar el tratamiento (ver la tabla 16 y la tabla 19).

VARIABLES	GRUPO CASO		GRUPO COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
	N	%	N	%	
<b>VIH</b>					
Positivo	8	4	17	8,5	Chi=9,022 P=0,172
Negativo	54	27	59	29,5	
No realizado o desconocido	138	69	124	62	
<b>ANTIÉGENO VIRUS HEPATITIS B</b>					
Positivo	2	1	3	1,5	Chi=5,883 P=0,436
Negativo	61	30,5	71	35,5	
No realizado o desconocido	137	68,5	126	63	
<b>ANTICUERPO SUPERFICIE VIRUS H.B.</b>					
Positivo	10	5	13	6,5	Chi=7,648 P=0,265
Negativo	53	26,5	61	30,5	
No realizado o desconocido	137	68,5	126	63	
<b>ANTICUERPO COREVIRUS H.B.</b>					
Positivo	9	4,5	15	7,5	Chi=6,496 P=0,370
Negativo	54	27	59	29,5	
No realizado o desconocido	137	68,5	126	63	
<b>ANTICUERPOS VIRUS HEPATITIS C</b>					
Positivo	24	12	28	14	Chi=6,929 P=0,327
Negativo	39	19,5	46	23	
No realizado o desconocido	137	68,5	126	63	
<b>ANTECEDENTES DE TUBERCULOSIS</b>					
Ha padecido	3	1,5	9	4,5	Chi=4,329 P=0,228
Padece	1	0,5	3	1,5	
No padece	193	96,5	186	93	
Desconocido	3	1,5	2	1	
<b>ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b>					
Ha padecido	9	4,5	9	4,5	Chi=0,533 P=0,912
Padece	2	1	3	1,5	
No padece	187	93,5	187	93,5	
Desconocido	2	1	1	0,5	
<b>ANTECEDENTES DE SOBREDOSIS</b>					
Ha padecido	14	7	16	8	Chi=0,36 P=0,836
No ha padecido	184	92	181	90,5	
Desconocido	2	1	3	1,5	
<b>ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS</b>					
Ha padecido	9	4,5	3	1,5	Chi=10,953 P=0,012
Padece	12	6	29	14,5	
No padece	175	87,5	166	83	
Desconocido	4	2	2	1	

Tabla nº 16.- Distribución de la muestra según las variables que describen el estado de salud del paciente al inicio del tratamiento.

### Prácticas de riesgo

Ciento cuarenta y seis pacientes, el 73 % de la muestra, refirieron no haber tenido conductas de riesgo, frente a un 5 % que si las reconocieron. En la muestra de comparación, un 10,5 % de los pacientes afirmaron haber realizado prácticas de riesgo, y 127, el 63,5 % no. La comparación de estas diferencias ofrece significación estadística, de forma que se puede afirmar que en el grupo caso los pacientes tenían asociadas menos prácticas de riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas en el momento de iniciar el tratamiento (ver tablas 17 y 19). Si com-

ramos el promedio del número de prácticas de riesgo por paciente en ambas muestras, la significación estadística de la diferencia es llamativa por lo que se puede constatar que además los pacientes del grupo comparación concentran un mayor número de conductas de riesgo por persona (ver tablas 18 y 20).

PRACTICAS DE RIESGO	CASO		COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
	N	%	N	%	
Jeringas compartidas	2	1	12	6	Chi=9,261 P=0,026
Practicas sexuales de riesgo	8	4	9	4,5	
Ninguna	146	73	127	63,5	
Desconocido o no consta	44	22	52	26	
Totales	200	100	200	100	

Tabla n° 17.- Distribución de las muestra según antecedentes de prácticas de riesgo.

VARIABLES	GRUPO CASO			GRUPO COMPARACIÓN			SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	N	MEDIA	D.S.	N	MEDIA	D.S.	F	P
Promedio de practicas de riesgo de pacientes que las tienen	10	1	0	22	1,18	0,5	6,556	0,016
Practicas por droga de demanda								
Opiaceos	5	1	0	17	1,24	0,56	4,632	0,04
Cocaína + Heroína	1	1	0	1	1	0	-	-
Cocaína	1	1	0	1	1	0	-	-
Benzodiazepinas	0	-	-	0	-	-	-	-
Cannabis	2	1	0	2	1	0	-	-
Alcohol	1	1	0	1	1	0	-	-

Tabla n° 18.- Distribución de las muestra según el promedio de prácticas de riesgo por paciente (en el conjunto de la muestra), entre los que las exhiben y por droga motivo de demanda.

Al distribuir las practicas de riesgo por droga motivo de demanda encontramos que los pacientes consumidores de heroína concentran mayoritariamente las conductas de riesgo, y particularmente los que forman parte del grupo comparación (ver tabla 18 y tabla 20).

Las tablas 19 y 20 son un resumen de las variables cuya comparación entre las dos muestras ha resultado estadísticamente significativa

VARIABLES	CASO		COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	N <sub>1</sub>	%	N <sub>2</sub>	%	Chi	p
Incidencias Legales Posteriores al inicio del consumo	97	48,5	118	59	27,083	0,001
Antecedentes psicopatológicos	21	10,5	32	16	10,953	0,012
Practicas de Riesgo: ninguna	146	73	127	63,5	9,261	0,026

Tabla n° 19.- Variables cualitativas que difieren de forma estadísticamente significativa entre ambas submuestras

VARIABLES	CASO		COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	Media	D.S.	Media	D.S.	F	p
Tiempo de consumo antes del tratamiento:						
Alcohol	29,81	14,29	24,68	10,78	4,707	0,034
Heroína	7,75	4,43	9	5,47	4,826	0,029
Practicas de riesgo						
Por paciente	1	0	1,18	0,5	6,556	0,016
En consumidores de Heroína	1	0	1,24	0,56	4,632	0,04

Tabla n° 20.- Variables cuantitativas que difieren de forma estadísticamente significativa entre ambas submuestras

### *Resumen sobre el perfil del paciente al inicio del tratamiento*

Se trata de un paciente joven (edad media 30,5 años), varón (89 %), soltero, que tiene estudios primarios o graduado escolar y no está emancipado de su familia de origen, que en relación al empleo, el 40 % trabaja y el 37 % no, y que cuando accede a tratamiento lleva un promedio de 10,16 años de consumo de la sustancia problema. Además tiene un promedio de consumo de dos sustancias. Generalmente ha recibido un tratamiento anterior al actual y demanda realizar un programa de desintoxicación o deshabitación. Exhibe pocas conductas de riesgo, ha solicitado ayuda por heroína o cannabis y en una gran proporción el desencadenante ha sido una sanción administrativa. Los que van a terminar el tratamiento con un Alta Terapéutica General tienen me-

nos incidencias legales posteriores al inicio del consumo, manifiestan menos antecedentes de trastornos psicopatológicos y menos practicas de riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas. Los heroínómanos que terminarán el tratamiento con A.T.G. han estado menos años consumiendo heroína antes del tratamiento y tienen un menor índice de prácticas de riesgo por paciente. Por último, el alcohólico que finalizará su tratamiento con un A.T.G. lleva mas años consumiendo alcohol antes del tratamiento.

## 2.2.- DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA DE LOS PACIENTES QUE ACCEDIERON A REALIZAR EL PROGRAMA TERAPÉUTICO (EXCLUYENDO A LOS QUE REALIZARON EL PROGRAMA DE REMISIÓN DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS)

En este capítulo vamos a proceder a describir las características que presentaban en el momento de comenzar el tratamiento los pacientes que accedieron a realizar el programa terapéutico sin el condicionante de tener que afrontar una sanción administrativa. Se trata de una muestra de 150 pacientes del grupo caso y de 164 pacientes del grupo de comparación.

### *Variables demográficas*

La muestra caso está formada por 131 hombres y 19 mujeres, cuya edad media es de 33,18 años (desviación estándar 11,68). La muestra comparación está pareada con respecto a estas variables, por lo que no hay diferencias significativas entre ellas (similar distribución de sexos y edad media al inicio del tratamiento).

En relación con el estado civil, en la muestra caso encontramos que había una gran proporción de solteros/as en el momento de la demanda (58 %), al igual que en la muestra de comparación (64,02 %). Se encontraban trabajando el 45,33 % de la muestra, y desempleados el 38 %. Estaban estudiando el 2,66 %. En la muestra de comparación encontramos que trabajaban el 40,23 %, que estaban desempleados el 45,72 % y estudiando el 1,82 % (tabla 21). Las diferencias de distribución entre ambas muestras no son estadísticamente significativas.

Con respecto al nivel educacional, la muestra se distribuye de la siguiente forma: el 54,65 % no tiene completados los estudios que dan derecho al título de Graduado Escolar. Un 34 % alcanzó esta titulación y el 10 % tiene secundaria, estudios medios o superiores. En la muestra de comparación encontramos que el 63,40 % no completó la primaria; que tiene Graduado Escolar

el 26,21 %, y secundaria, medios o superiores el 8,51 %. La mayoría de los pacientes convivían con su familia de origen en el momento de solicitar el tratamiento (57,33 %) y el 24 % con la familia que ellos habían formado. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas de estas variables con la muestra de comparación (tabla 21).

Tabla n° 21.-  
Distribución de las muestra en relación a variables sociodemográficas.

VARIABLES	GRUPO CASO		GRUPO COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
	N	%	N	%	
<b>SEXO</b>					
Hombre	131	87,33	145	88,41	Chi=0,086 P=0,769
Mujer	19	12,67	19	11,58	
<b>ESTADO CIVIL</b>					
Soltero	87	58	105	64,02	Chi=9,393 P=0,094
Casado o pareja de hecho	48	32	51	31,08	
Otros	15	10	8	3,9	
<b>CONVIVENCIA ACTUAL</b>					
Familia de origen	86	57,33	98	59,75	Chi=6,971 P=0,540
Familia propia	36	24	41	25	
Otros	28	18,67	25	15,25	
<b>SITUACIÓN OCUPACIONAL</b>					
Trabajando	68	45,33	66	40,24	Chi=4,44 P=0,728
Desempleado	57	38	75	45,73	
Estudiando	4	2,66	3	1,82	
Otros	21	14	20	12,19	
<b>NIVEL DE ESTUDIOS</b>					
Menos de primarios	27	18	29	17,68	Chi=5,141 P=0,822
Primarios	107	71,33	120	73,16	
Medios	10	6,67	9	5,48	
Universitarios	5	3,32	5	3,03	

### Situación sociolegal

El 92 % de la muestra caso (y el 92,07 % de la muestra comparación) no habían tenido ningún problema con la justicia antes de comenzar su uso de sustancias. Sin embargo, el 34 % de la muestra caso había tenido alguna incidencia de tipo delictivo tras el consumo (sanción adminis-

VARIABLES	GRUPO CASO		GRUPO COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
	N	%	N	%	
<b>INCIDENCIAS LEGALES PREVIAS AL CONSUMO</b>					
Ninguna	138	92	151	92,07	Chi=6,05 P=0,534
Sanción Administrativa	2	1,33	0	0	
Detenciones, condenas y otros	10	6,67	13	7,93	
<b>INCIDENCIAS LEGALES POSTERIORES AL CONSUMO</b>					
Ninguna	99	66	75	45,73	Chi=19,258 P=0,014
Sanción administrativa	11	7,33	9	5,48	
Detenciones, condenas y otros	40	26,67	80	48,78	

Tabla n° 22.  
Distribución de la muestra en relación a su situación sociolegal.

trativa o Detenciones, condenas y otros), frente al 54,27 % de pacientes de la muestra comparación. La incidencia legal mas frecuente en este grupo de pacientes eran los procesos judiciales realizados o pendientes y las condenas, que alcanzaban al 48,78 % de ellos, frente al 26,67 % de los pacientes del grupo caso. Estas diferencias que se comentan son estadísticamente significativas. Por tanto, los pacientes que tienen un Alta Terapéutica General tienen una menor probabilidad de haber cometido actividades delictivas antes de iniciar el tratamiento, que los pacientes que no terminan con A.T.G. (ver tablas 22 y 32).

### *Datos relacionados con la demanda de tratamientos*

La mayor parte de los pacientes refieren demandar tratamiento por propia iniciativa (42 %) y por indicación familiar (25,33 %). Con respecto al problema que motiva la demanda, en el grupo caso encontramos que el 28 % aduce problemática familiar como motivación para comenzar el tratamiento, seguido por amenaza para la salud física o psíquica (24,66 %) y por sentirse el paciente en una situación personal límite (14 %).

El 26 % de los pacientes hicieron una demanda inespecífica de tratamiento. El 19,33 % solicitó realizar algún programa de deshabitación y el 24 % de desintoxicación. Un 20 % solicitaron tratamiento de mantenimiento con metadona (tabla 23). Las diferencias encontradas con la muestra de comparación en todas las variables comentadas en este epígrafe no son estadísticamente significativas.

### *Variables toxicológicas*

La edad media de inicio de consumo de las sustancias se sitúa en los 20,82 años en la muestra caso y en los 19,87 años en la muestra de comparación. La diferencia no es estadísticamente significativa. La sustancia que tiene una edad media de inicio menor es el cannabis y sus derivados, que comienzan a utilizarse con 16,5 años (media) y tras ella el alcohol que comienza a utilizarse con 18,44 años de promedio (tabla 24).

El tiempo promedio de consumo de la sustancia antes del tratamiento se sitúa entre los 10 y los 12 años (12,32 en la muestra caso y 10,97 en la muestra comparación) siendo la diferencia significativa al considerar esta variable para el conjunto de la muestra. Al distribuir el tiempo de consumo entre cada una de las drogas motivos de demanda, apreciamos que los pacientes que iniciaron tratamiento por alcohol tienen el promedio mas alto de tiempo de consumo anterior; pero además los alcohólicos del grupo comparación llevan menos años de consumo promedio

VARIABLES	GRUPO CASO		GRUPO COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
	N	%	N	%	
VÍA DE ACCESO					
Iniciativa propia	63	42	62	37,8	Chi=12,024 P=0,1
Familia	38	25,33	47	28,65	
Otros	49	32,67	55	33,53	
PROBLEMA QUE MOTIVA LA DEMANDA					
Problemática familiar	48	32	60	36,57	Chi=8,98 P=0,344
Amenaza para la salud o situación limite	58	38,66	66	40,24	
Problemas judiciales	20	13,34	25	15,23	
Otros	24	16	13	7,92	
TIPO DE DEMANDA INICIAL					
Metadona	30	20	39	23,78	Chi=14,35 P=0,11
Desintoxicación-deshabitación	65	45,33	67	40,85	
Ayuda no especificada	39	26	41	25	
Otras	16	10,67	17	4,26	

Tabla nº 23.- Distribución de la muestra en relación a variables de la demanda.

que los del grupo caso, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (Tabla 24). Asimismo, y como ya se ha comentado en el epígrafe anterior) los pacientes que demandan por heroína y que forman parte del grupo caso tienen un promedio de años de consumo menor que los del grupo de comparación, siendo esta diferencia igualmente significativa (ver tablas 24 y 33).

Las vías de administración de las sustancias fumada e inhalada concentran la mayor frecuencia en los consumidores de heroína, utilizando la vía intravenosa sólo un 6 % de los pacientes de la muestra caso (que son un 10,2 % de los heroínómanos). En la muestra comparación la vía intravenosa es utilizada por el 7,92 % de los pacientes (14,8 % de los heroínómanos) pero esta diferencia no es estadísticamente significativa (ver tabla 10, ya comentada). Con respecto al consumo de cocaína, la mayor parte de los pacientes la consumen por absorción a través de la mucosa nasal y el consumo de Heroína mezclada con cocaína se realiza preferentemente de forma inhalada (ver de nuevo la tabla 10).

Entre los pacientes que conforman la muestra caso, un 36 % de ellos refieren ser consumidores de una sola sustancia, frente al 30,48 % de la muestra comparación (tabla 25). Una gran parte

VARIABLES	GRUPO CASO			GRUPO COMPARACIÓN			SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	N	MEDIA	D.S.	N	MEDIA	D.S.	F	P
EDAD INICIO CONSUMO DE:								
Opiáceos	88	21,09	4,8	88	20,22	4,73	0,029	0,865
Cocaína + Heroína	5	31	7,25	5	22,8	4,82	0,697	0,428
Cocaína	17	21,59	3,76	17	22,63	8,15	3,909	0,057
Benzodiacepinas	2	28,5	0,71	2	33	15,56	-	-
Cannabis	6	16,5	3,39	20	16,53	2,22	0,708	0,409
Alcohol	32	18,44	9,87	32	18,19	6,92	0,271	0,605
Todas las drogas	150	20,82	6,59	164	19,87	5,93	0,672	0,413
AÑOS DE CONSUMO DE:								
Opiáceos	88	7,75	4,43	88	9	5,47	4,826	0,029
Cocaína + Heroína	5	2,6	1,52	5	4,8	8,53	4,518	0,066
Cocaína	17	5,12	4,65	17	5,81	4,04	1,161	0,29
Benzodiacepinas	2	21	1,41	2	4	1,41	-	-
Cannabis	6	5,2	2,95	20	4,32	2,58	0,0	0,992
Alcohol	32	29,81	14,29	32	24,68	10,78	4,707	0,034
Todas las drogas	150	12,32	12,37	164	10,97	9,53	3,77	0,053

Tabla n° 24.- Edad media de inicio de consumo y años de consumo de la droga de demanda antes del tratamiento.

de los pacientes utilizan dos o tres sustancias al mismo tiempo. El promedio del número de sustancias en el grupo caso es de 2,77 sustancias y el del grupo comparación es de 2,89 (tabla 26).

En la muestra caso, 89 pacientes declaran no haber utilizado nunca la vía intravenosa, y 92 pacientes del grupo de comparación (tabla 25). La distribución de los periodos de tiempo que refieren los pacientes que hace desde la última vez que utilizaron esta vía, se distribuyen en ambas muestras de forma parecida, no encontrándose diferencias significativas. Con respecto a lo declarado por los pacientes sobre el motivo del primer contacto con la droga principal encontramos que el 45,33 % de la muestra lo hizo por curiosidad y el 42 % por diversión/aumento de sociabilidad. Semejante distribución encontramos en la muestra comparación. El 84 % de los pacientes refirió que la incitación al primer contacto con la droga principal procedió del grupo de pares (Tabla 25).

VARIABLES	GRUPO CASO		GRUPO COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
	N	%	N	%	
VIA DE ADMINISTRACIÓN MUESTRA TOTAL					
Oral	34	22,66	34	20,73	Chi=4,492 P=0,61
Fumada-inhalada	78	52	96	58,53	
Esnifada	10	6,67	10	6,09	
Inyectada	9	6	13	7,92	
Otras o desconocida	19	12,67	11	6,69	
SUSTANCIAS CONSUMIDAS POR PACIENTE					
Una	54	36	50	30,48	Chi=2,92 P=0,571
Dos	45	30	49	29,87	
Tres	31	20,66	32	19,51	
Cuatro	13	8,66	21	12,80	
Cinco o mas	7	4,66	12	7,31	
TIEMPO DESDE LA ULTIMA INYECCIÓN					
Menos de un año	7	4,67	13	7,93	CHI=7,27 P=0,608
Mas de 1 año	16	10,67	23	14,02	
Nunca se ha inyectado	89	59,33	92	56,10	
Deconocido	38	25,33	35	21,34	
MOTIVO PRIMER CONTACTO DROGA					
Curiosidad	68	45,33	63	38,41	Chi=6,350 P=0,274
Diversión aumento sociabilidad	63	42	85	51,82	
Evitar molestias psicológicas	15	10	9	5,48	
Otros o desconocida	4	2,67	7	4,26	
INCITACIÓN AL PRIMER CONTACTO					
Familia	16	10,67	12	7,31	Chi=2,080 P=0,838
Amigos	126	84	141	85,97	
Vendedor/traficante	3	2	4	2,43	
Otros o desconocido	5	3,33	7	4,26	
ANTECEDENTES FAMILIARES					
Alcoholismo	40	27,39	43	27,38	Chi= 1,73 P=0,785
Otros consumos de drogas	39	26,70	51	32,48	
Trastornos psicopatológicos	5	3,42	7	4,45	
Ninguno	71	48,63	72	45,85	
Otros o desconocido	1	0,68	0	0	
NUMERO DE ANTECEDENTES FAMILIARES POR PACIENTE					
Ninguno	75	50	79	48,17	Chi=0,753 P=0,861
Uno o dos	74	49,33	84	51,21	
Tres o cuatro	1	0,67	1	0,6	

Tabla n° 25.- Distribución de otras variables de la historia toxicológica.

VARIABLES	GRUPO CASO			GRUPO COMPARACIÓN			SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	N	MEDIA	D.S.	N	MEDIA	D.S.	F	P
DROGAS CONSUMIDAS POR POLICONSUMIDORES	112	2,77	0,92	127	2,89	0,99	0,683	0,410
ANTECEDENTES FAMILIARES POR PACIENTE	81	1,16	0,40	92	1,16	0,40	0,005	0,995

Tabla n° 26.- Otras variables cuantitativas de la Historia Toxicológica

Alrededor del 48 % de la muestra carece de familiares con problemas de alcohol, drogas o psicopatología (Tabla 25). En la muestra comparación, alrededor del 55 % de pacientes referían tener algún familiar con problemas de alcohol o drogas. Como los pacientes pueden haber referido tener mas de un familiar con trastorno adictivo o psicopatológico, se ha realizado el cálculo del promedio de familiares con antecedentes toxicológicos o psicopatológicos por cada paciente de forma que en la muestra caso la media es de 1,16 y en el grupo comparación la media es la misma (tabla 26).

### *Historia de los tratamientos previos*

El 54,67 % de los pacientes del grupo caso que iniciaron tratamiento habían realizado previamente algún tipo de tratamiento. El 45,12 % de los pacientes de la muestra comparación también habían realizado algún tratamiento anterior. La mayor parte de los pacientes que habían sido tratados anteriormente recibieron una desintoxicación (34,67 %) y con menor frecuencia habían realizado una deshabitación (11,33 %) (tabla 27). El promedio de tratamientos anteriores realizados por cada paciente era de 1,63 en el grupo caso y de 1,49 en el grupo de comparación siendo las diferencias no significativas (tabla 29).

VARIABLES	GRUPO CASO		GRUPO COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
	N	%	N	%	
HISTORIA DE TRATAMIENTOS ANTERIORES					
Si	82	54,67	74	45,12	Chi=2,855 P=0,091
No	68	45,33	90	54,87	
TIPO DE TRATAMIENTOS PREVIOS REALIZADOS					
Desintoxicación exclusivamente	52	34,67	33	20,12	Chi=8,708 P=0,069
Deshabitación	17	11,33	22	13,41	
Metadona	6	4	10	6,09	
Otros o desconocido	17	11,33	8	4,86	
Ninguno	68	45,34	91	55,48	

Tabla nº 27.- Variables relacionadas con los tratamientos previos

El estudio de los tratamientos previos realizados en función de la droga motivo de demanda sólo difiere en este apartado con respecto a la descripción de la muestra global (tabla 15) en los consumidores de cannabis. En efecto, en este grupo, los consumidores de derivados de cannabis que acceden a tratamiento no lo hacen para obtener una remisión de sanciones administrativas, sino para tratar su dependencia. Sólo cumplían este criterio 6 pacientes del grupo caso y 20 pa-

cientes del de comparación (tablas 28 y 29). Por esa razón sólo se reflejan en las siguientes tablas los datos relacionados con estos pacientes, ya que los datos referidos a los demás distribuidos por droga de demanda son los mismos descritos en las tablas 13 y 15.

VARIABLES	GRUPO CASO		GRUPO COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
	N	%	N	%	
CANNABIS					
Realizó Tratamiento previo	0	0	2	10	
No realizó tratamiento previo	6	100	18	90	

Tabla n° 28.- Distribución de la muestra de consumidores de cannabis que no demandaron el programa de remisión de sanciones administrativas en relación a haber realizado algún tratamiento previo en función de la droga demandada.

VARIABLES	GRUPO CASO			GRUPO COMPARACIÓN			SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	N	MEDIA	D.S.	N	MEDIA	D.S.	F	P
PROMEDIO DE TRATAMIENTOS PREVIOS POR PACIENTE	81	1,63	0,68	71	1,49	0,77	0,093	0,761
TRATAMIENTOS PREVIOS POR PACIENTE Y DROGA								
Cannabis	6	0	0	2	1	-	-	-

Tabla n° 29.- Variables cuantitativas de la Historia de los tratamientos previos.

### *Estado de salud*

El 5,33 % de la muestra de pacientes con A.T.G. era seropositivo a VIH, aunque se desconocía el resultado de esta variable en el 61,33 % (por estar pendiente de los resultados cuando se hizo la notificación de la FIBAT o por no haberse llegado a realizar el análisis o ser su resultado desconocido). El 33,33 % de los pacientes eran seronegativos a VIH. En la muestra comparación encontramos que hay un 10,36 % de pacientes seropositivos a VIH. No obstante, las diferencias entre ambas submuestras no son estadísticamente significativas (Tabla 30).

Un 1,34 % de la muestra es portadora del antígeno de la hepatitis B, un 6,67 % tiene el anticuerpo de superficie y un 6 % el anticuerpo total core. Esta distribución no es diferente, estadísticamente, de la encontrada en el grupo comparación (tabla 30).

Presenta anticuerpo de hepatitis C el 16 % de la muestra caso y el 17,07 % de la muestra comparación. Un 2 % de pacientes tiene antecedentes de haber padecido tuberculosis, y en el momento de la demanda de tratamiento un paciente padecía la enfermedad. En la muestra de comparación un 5,48 % de los pacientes había padecido tuberculosis y 3 pacientes padecían la enfermedad. En la muestra caso, el 6,66 % de los pacientes había padecido o estaba sufriendo una enfermedad de transmisión sexual. En la muestra de comparación alcanzaban al 7,3 % los pacientes que cumplían estos criterios. Con respecto a los antecedentes de haber padecido episodios de sobredosis, el 8,67 % de los pacientes declaró haberlos padecido, frente al 6,7 % de los pacientes del grupo comparación (tabla 30).

VARIABLES	GRUPO CASO		GRUPO COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
	N	%	N	%	
VIH					
Positivo	8	5,33	17	10,36	Chi=6,883 P=0,332
Negativo	50	33,33	53	32,31	
No realizado o desconocido	92	61,33	94	57,31	
ANTÍGENO VIRUS HEPATITIS B					
Positivo	2	1,34	3	1,83	Chi=3,439 P=0,752
Negativo	56	37,33	65	39,63	
No realizado o desconocido	92	61,33	96	58,53	
ANTICUERPO SUPERFICIE VIRUS H.B.					
Positivo	10	6,67	13	7,92	Chi=4,899 P=0,557
Negativo	48	32	56	34,14	
No realizado o desconocido	92	61,33	95	57,92	
ANTICUERPO CORE VIRUS H.B.					
Positivo	9	6	15	9,14	Chi=3,911 P=0,689
Negativo	49	32,67	54	32,92	
No realizado o desconocido	92	61,33	95	57,92	
ANTICUERPOS VIRUS HEPATITIS C					
Positivo	24	16	28	17,07	Chi=4,54 P=0,604
Negativo	35	23,33	41	25	
No realizado o desconocido	91	60,67	95	57,92	
ANTECEDENTES DE TUBERCULOSIS					
Ha padecido	3	2	9	5,48	Chi=3,75 P=0,29
Padecer	1	1,67	3	1,82	
No padecer	143	95,33	150	91,46	
Desconocido	3	2	2	1,21	
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL					
Ha padecido	8	5,33	9	5,48	Chi=0,554 P=0,907
Padecer	2	1,33	3	1,82	
No padecer	138	92	151	92,07	
Desconocido	2	1,33	1	0,6	
ANTECEDENTES DE SOBREDOSIS					
Ha padecido	13	8,67	11	6,7	Chi=5,397 P=0,145
No ha padecido	135	90	147	89,63	
Desconocido	2	1,33	6	3,65	
ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS					
Ha padecido	8	5,33	2	1,21	Chi=10,81 P=0,013
Padecer	12	8	29	17,68	
No padecer	126	84	131	79,87	
Desconocido	4	2,67	2	1,21	

Tabla n° 30.- Distribución de la muestra según las variables que describen el estado de salud del paciente al inicio del tratamiento.

El 13,33 % de los pacientes refirió haber padecido o estar padeciendo algún tipo de trastorno psicopatológico. Sin embargo, en la muestra comparación, son el 18,89 % de los pacientes los que cumplen este criterio. La diferencia en este caso si es estadísticamente significativa por lo que puede afirmarse que los pacientes que son A.T.G. tienen una menor probabilidad de encontrarse padeciendo o haber padecido un trastorno psicopatológico en el momento de iniciar el tratamiento (ver tabla 30 y 32).

### *Prácticas de riesgo*

Noventa y nueve pacientes, el 66 % de la muestra, refieren no haber tenido conductas de riesgo, frente a 8 (5,33 %) que si las reconocen. En la muestra de comparación, 20 pacientes (12,18 %) reconocen haber realizado practicas de riesgo, y 94, el 57,31 % no. La comparación de estas diferencias muestra significación estadística, de forma que se puede afirmar que en el grupo caso los pacientes tienen asociadas menos prácticas de riesgo (ver tablas 31 y 10).

Con respecto al promedio de número de prácticas de riesgo por paciente, así como al distribuir las por droga motivo de demanda, hemos encontrado los mismos resultados ya comentados en el capítulo anterior: hay una mayor concentración de personas con practicas de riesgo en el grupo de comparación y mayoritariamente en el grupo de consumidores de heroína (ver tablas 18 y 33).

PRACTICAS DE RIESGO	GRUPO CASO		GRUPO COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
	N	%	N	%	
Jeringas compartidas	2	1,33	12	7,31	Chi=8,136 P=0,043
Practicas sexuales de riesgo	6	4	8	4,87	
Ninguna	99	66	94	57,31	
Desconocido o no consta	43	28,67	50	30,48	
Totales	150	100	164	100	

Tabla n° 31.- Distribución de la muestra según antecedentes de prácticas de riesgo.

Las tablas 32 y 33 son un resumen de las variables cuya comparación entre las dos muestras ha resultado estadísticamente significativa

	GRUPO CASO		GRUPO COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	N <sub>1</sub>	%	N <sub>2</sub>	%	Chi	P
Incidencias Legales Posteriores al inicio del consumo	51	34	89	54,27	19,258	0,014
Antecedentes psicopatológicos	20	13,33	31	18,89	10,81	0,01
Practicadas de Riesgo:Alguna	8	5,33	20	12,18	8,13	0,04

Tabla n° 32.- Variables cualitativas que difieren de forma estadísticamente significativa entre ambas submuestras.

VARIABLES	GRUPO CASO			GRUPO COMPARACIÓN			SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	N	Media	D.S.	N	Media	D.S.	F	p
Tiempo de consumo antes del tratamiento:								
Del conjunto de la muestra	150	12,32	12,37	164	10,97	9,53	3,777	0,05
Alcohol	32	29,81	14,29	32	24,68	10,78	4,707	0,034
Heroína	88	7,75	4,43	88	9	5,47	4,826	0,029
Practicadas de riesgo								
Por paciente que las tienen	8	1	0	21	1,19	0,51	5,561	0,026
En consumidores de Heroína	5	1	0	17	1,24	0,56	4,632	0,04

Tabla n° 33.-

Variables cuantitativas que difieren de forma estadísticamente significativa entre ambas submuestras.

### *Resumen sobre el perfil del paciente que inicia tratamiento excluyendo a los que demandan programa de remisión de sanciones administrativas.*

Al realizar esta descripción, desgajando de la muestra a los pacientes que iniciaron programa de remisión de sanciones administrativas, hemos constatado que no hay diferencias sustanciales con respecto a las conclusiones del capítulo anterior, salvo las relacionadas con que aquel grupo de pacientes tiene una menor edad. Ello se traduce en que hay diferencias en la edad media en el momento del inicio de tratamiento (33,18 años) en que hay una menor proporción de solteros en el grupo de los que acceden a tratamiento (58 %, frente al 68 % de la muestra global), y en que tienen un nivel de ocupación en el estudio menor (2,66 % frente al 12 %). Además, el 28 % de los pacientes demandaron acuciados por problemas familiares (ante un 30 % de pacientes cuya de-

manda fue motivada por la sanción administrativa). Un 20 % de los pacientes demandaron tratamiento con metadona (en la muestra global eran un 15 %); y el tiempo de consumo de sustancias antes del tratamiento alcanza los 12,32 años, frente a los 10 años de la muestra en su conjunto. El 54,66 % de los pacientes habían realizado un tratamiento anterior (sólo el 42,5 % de la muestra global había realizado algún tratamiento anterior, y el promedio de tratamientos anteriores por paciente también era sustancialmente mayor (0,9 frente a 0,68). Al detraer a los consumidores de cannabis por sanción administrativa, se incrementa asimismo la proporción de portadores de VIH (6,83 % frente a 4 %) y del virus de la hepatitis C (20,5 % frente a 12 %). También se incrementan ligeramente la proporción de pacientes con trastornos psicopatológicos y que refirieron prácticas de riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas.

Los pacientes que han accedido a realizar un programa terapéutico para su drogodependencia y que lo van a terminar con un Alta Terapéutica General, son similares a los descritos en la muestra global: tienen menos incidencias legales posteriores al inicio del consumo, manifiestan menos antecedentes de trastornos psicopatológicos y menos prácticas de riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas. Asimismo, tienen un promedio de más tratamientos anteriores por paciente. Los heroínómanos que terminarán el tratamiento con A.T.G. han estado menos años consumiendo heroína antes del tratamiento y tienen un menor índice de prácticas de riesgo por paciente. Por último, el alcohólico que finalizará su tratamiento con un A.T.G. lleva más años consumiendo alcohol antes del tratamiento.

### 2.3.- DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA DE LOS SUJETOS QUE ACCEDIERÓN A REALIZAR EL PROGRAMA DE REMISIÓN DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS POR CONSUMO DE CANNABIS

#### *Variables demográficas*

La muestra de usuarios que terminaron el programa de remisión de sanciones administrativas con A.T.G. está formada por 50 individuos, 47 hombres y 3 mujeres (tabla 34), cuya edad media es de 20,69 años (desviación estándar 3,43). En el grupo de comparación hemos encontrado a 36 pacientes que accedieron a tratamiento por esta causa, y tiene una distribución similar en relación al sexo y a la edad (edad media 20,87 y desviación estándar 3,32).

Con respecto al estado civil, en la muestra caso encontramos que la gran mayoría estaba soltero/a en el momento de la demanda (98%), al igual que en la muestra comparación (94,4%).

En el momento de la demanda se encontraban trabajando el 24 % y desempleados el 34 %. Estaban estudiando el 40 %. En la muestra comparación encontramos que trabajaban el 27,77 %, que están desempleados el 50 % y estudiando el 11,11 %. Las diferencias de distribución entre ambas muestras son estadísticamente significativas (tablas 34 y 43).

Con respecto al nivel educacional, la muestra se distribuye de la siguiente forma: el 14 % no tiene completados los estudios que dan derecho al título de Graduado Escolar. Un 52 % alcanzó esta titulación, el 26 % tiene secundaria y son universitarios el 8 %. En la muestra comparación encontramos que el 44,44 % sólo llegaron a obtener el certificado de estudios primarios, que el 38,88 % tiene Graduado Escolar, el 16,67 % secundaria y no hay universitarios. Las diferencias encontradas tienen relevancia estadística (ver tablas 34 y 43).

La mayoría de los pacientes convivían con su familia de origen en el momento de solicitar el tratamiento (96 %).

Por tanto nos encontramos que los pacientes que terminaron el programa se sanciones administrativas con un A.T.G. eran en su mayor parte jóvenes que se encontraban estudiando y que tenían un nivel educativo mayor que los del grupo de comparación.

VARIABLES	GRUPO CASO		GRUPO COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
	N	%	N	%	
SEXO					
Hombre	47	94	33	91,67	Chi=0,176 P=675
Mujer	3	6	3	8,33	
ESTADO CIVIL					
Soltero	49	98	34	94,4	Chi=1,471 P=0,479
Casado o pareja de hecho	1	2	1	2,8	
Otros	0	0	1	2,8	
CONVIVENCIA ACTUAL					
Familia de origen	48	96	30	83,33	Chi=8,089 P=0,232
Familia propia	1	2	3	8,33	
Otros	1	2	3	8,33	
SITUACIÓN OCUPACIONAL					
Trabajando	12	24	10	27,77	Chi=20,696 P=0,004
Desempleado	17	34	18	50	
Estudiando	20	40	4	11,11	
Otros	1	2	2	5,55	
NIVEL DE ESTUDIOS					
Menos de primarios	7	14	16	44,44	Chi=13,811 P=0,017
Primarios	26	52	14	38,88	
Medios	13	26	6	16,67	
Universitarios	4	8	0	0	

Tabla n° 34.- Distribución de la muestra en relación a variables sociodemográficas

## Situación sociolegal

El 90 % de la muestra caso (y el 97,22 % de la muestra comparación) no habían tenido ningún problema con la justicia antes de comenzar su uso de sustancias. Sin embargo, el 94 % de la muestra caso había tenido alguna incidencia de tipo delictivo tras el consumo, siendo la sanción administrativa la mas frecuente, con un 88 %. Curiosamente, el 86,12 % de los pacientes de la muestra comparación habían tenido incidencias legales, pero sólo el 63,88 tenían sanciones administrativas, distribuyéndose el resto entre situaciones judiciales mas importantes. Las diferencias entre ambas muestras no son estadísticamente significativas aunque parece haber una tendencia a serlo ( $p=0,069$ ) (tabla 35).

VARIABLES	GRUPO CASO		GRUPO COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
	N	%	N	%	
INCIDENCIAS LEGALES PREVIAS AL CONSUMO					
Ninguna	45	90	35	97,22	Chi=5,106 P=0,078
Sanción Administrativa	5	10	0	0	
Detenciones, condenas y otros	0	0	1	2,78	
INCIDENCIAS LEGALES POSTERIORES AL CONSUMO					
Ninguna	3	6	5	13,88	Chi=8,7 P=0,069
Sanción administrativa	44	88	23	63,88	
Detenciones, condenas y otros	3	6	8	22,22	

Tabla nº 35.- Distribución de las muestras en relación a su situación legal.

## Datos relacionados con la demanda de tratamientos

La mayor parte de los pacientes refieren demandar tratamiento por propia iniciativa (64 %) y por indicación de amigos (20 %). La muestra comparación sigue una distribución similar, y no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre ambas (tabla 36).

Con respecto al problema que motiva la demanda del actual episodio de tratamiento encontramos que el 100 % de ambas submuestras aducen la sanción administrativa como motivación para comenzar el tratamiento. El 70 % de los pacientes hicieron una demanda inespecífica de tratamiento y el 30 % solicitó realizar algún programa de deshabituación (tabla 36).

VARIABLES	GRUPO CASO		GRUPO COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
	N	%	N	%	
VÍA DE ACCESO					
Iniciativa propia	32	64	24	66,66	Chi=3,221 P=0,666
Familia	3	6	2	5,55	
Otros	15	30	10	27,77	
PROBLEMA QUE MOTIVA LA DEMANDA					
Sanción Administrativa	50	100	36	100	-
TIPO DE DEMANDA INICIAL					
Deshabitación	15	30	9	25	Chi=1,591 P=0,451
Ayuda no especificada	35	70	26	72,22	
Otras	0	0	1	2,78	

Tabla nº 36.-Distribución de las muestras en relación a variables de la demanda.

### *Variables toxicológicas*

La edad media de inicio de consumo de derivados del cannabis se sitúa en los 17 años en la muestra caso y en los 16,68 años en la muestra comparación. El tiempo promedio de consumo de la sustancia antes del tratamiento está alrededor de los 4 años (3,70 en la muestra caso y 4,32 en la muestra comparación, siendo la diferencia no significativa) (Tabla 37).

El promedio del número de sustancias consumidas por cada paciente, incluyendo el cannabis es de 1,48 en el grupo caso y de 1,50 en el grupo comparación (tabla 39). Ningún paciente estudiado ha declarado haber utilizado nunca la vía intravenosa para administrarse una sustancia.

Con respecto a lo referido por los pacientes sobre el motivo del primer contacto con la droga principal encontramos que mas de las dos terceras partes de la muestra lo hizo por curiosidad y alrededor del 26 % por diversión/aumento de sociabilidad (tabla 38). El 94 % de los pacientes refirió que la incitación al primer contacto con la droga principal procedió del grupo de pares.

Alrededor del 86 % de la muestra carece de familiares con problemas de drogas o psicopatología. Un 12 % tiene familiares con alcoholismo u otra drogodependencia. En la muestra comparación, un 19,43 % de pacientes referían tener algún familiar con problemas de alcohol o drogas (tabla 38).

VARIABLES	GRUPO CASO			GRUPO COMPARACIÓN			SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	N	MEDIA	D.S.	N	MEDIA	D.S.	F	P
EDAD INICIO CONSUMO	50	17,06	2,69	36	16,68	2,54	0,024	0,877
AÑOS DE CONSUMO	50	3,7	3,67	36	4,32	3,25	0,162	0,688

Tabla n° 37.- Edad media de inicio de consumo de cannabis antes del tratamiento.

VARIABLES	GRUPO CASO		GRUPO COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
	N	%	N	%	
<b>MOTIVO PRIMER CONTACTO DROGA</b>					
Curiosidad	36	72	25	69,44	Chi=1,591 P=0,451
Diversión aumento sociabilidad	13	26	10	27,88	
Otros o desconocida	1	2	1	2,78	
<b>INCITACIÓN AL PRIMER CONTACTO</b>					
Familia	1	2	0	0	Chi=0,829 P=0,661
Amigos	47	94	34	94,45	
Otros o desconocido	2	4	2	5,55	
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>					
Alcoholismo	3	6	0	0	Chi= 6,383 P=0,172
Otros consumos de drogas	3	6	7	19,43	
Trastornos psicopatológicos	1	2	0	0	
Ninguno	43	86	29	80,55	

Tabla n° 38.- Distribución de otras variables de la historia toxicológica.

VARIABLES	GRUPO CASO			GRUPO COMPARACIÓN			SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	Np	MEDIA	D.S.	Np	MEDIA	D.S.	F	P
NUMERO DE DROGAS CONSUMIDAS POR PACIENTE*	16	2,5	0,82	13	2,38	0,51	1,138	0,296
ANTECEDENTES FAMILIARES POR PACIENTE**	6	1,33	0,52	7	1,14	0,38	2,417	0,148

Tabla n° 39.- Otras variables cuantitativas.

Np: pacientes que presentan la variable a medir;\* Consumen mas de una droga; \*\*Tienen algún antecedente familiar de trastor- no psicopatológico o consumo de sustancias

## Historia de los tratamientos previos

El 6 % de los pacientes que iniciaron el programa de remisión de sanciones administrativas habían realizado previamente algún tipo de tratamiento. El 8,34 % de los pacientes de la muestra comparación también habían realizado algún tratamiento anterior. La diferencia no es estadísticamente significativa (tabla 40).

VARIABLES	GRUPO CASO		GRUPO COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
	N	%	N	%	
HISTORIA DE TRATAMIENTOS ANTERIORES					
Si	3	6	3	8,34	Chi=0,176 P=0,675
No	47	94	33	91,66	
LUGAR DE TRATAMIENTO PREVIO					
Centro ambulatorio de DD	2	4	1	2,78	Chi=0,141 P=0,932
Otro	1	2	2	5,55	
Ninguno	47	94	33	91,66	

Tabla nº 40.- Variables relacionadas con los tratamientos previos.

Tampoco hemos encontrado diferencias significativas en las otras variables toxicológicas comparadas.

## Estado de salud

Ningún paciente de la muestra declaró ser seropositivo a VIH, ni entre los que se realizaron el análisis de sangre tampoco fue detectada esta enfermedad, aunque el 90 % de la muestra no se llegó a realizar dicha prueba. En la muestra comparación encontramos una distribución similar (tabla 41).

La mayor parte de los pacientes no se realizaron las pruebas y de los que se las hicieron todos eran seronegativos. Esta distribución no es diferente, estadísticamente, de la encontrada en el grupo comparación.

Tampoco aparecieron pacientes con antecedentes de haber padecido o ser seropositivos a hepatitis C aunque una gran proporción de la muestra no llegó a realizarse el análisis. Ninguno de los pacientes declaró haber padecido tuberculosis y solamente un paciente de la muestra caso refirió haber padecido una enfermedad de transmisión sexual.

VARIABLES	GRUPO CASO		GRUPO COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
	N	%	N	%	
<b>VIH</b>					
Positivo	0	0	0	0	Chi=4,795 ..P=0,441
Negativo	4	8	6	16,67	
No realizado o desconocido	46	92	30	83,33	
<b>ANTIGENO VIRUS HEPATITIS B</b>					
Positivo	0	0	0	0	Chi=3,992 P=0,551
Negativo	5	10	5	13,88	
No realizado o desconocido	45	90	31	86,12	
<b>ANTICUERPO SUPERFICIE VIRUS H.B.</b>					
Positivo	0	0	0	0	Chi=3,992 P=0,551
Negativo	5	10	5	13,88	
No realizado o desconocido	45	90	31	86,12	
<b>ANTICUERPO COREVIRUS H.B.</b>					
Positivo	0	0	0	0	Chi=3,992 P=0,551
Negativo	5	10	5	13,88	
No realizado o desconocido	45	90	31	86,12	
<b>ANTICUERPOS VIRUS HEPATITIS C</b>					
Positivo	0	0	0	0	Chi=4,212 P=0,519
Negativo	4	8	5	13,88	
No realizado o desconocido	46	92	31	86,12	
<b>ANTECEDENTES DE TUBERCULOSIS</b>					
No padece	50	100	36	100	-
<b>ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b>					
Ha padecido	1	2	0	0	-
No padece	49	98	36	100	
<b>ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS</b>					
Ha padecido	1	2	1	2,78	Chi=0,056 P=0,813
No padece	49	98	35	97,22	

Tabla n° 41.-Distribución de la muestra según las variables que describe el estado de salud del paciente al inicio del tratamiento.

### Prácticas de riesgo

La gran mayoría (alrededor del 90 % en las dos submuestras) declararon no realizar prácticas de riesgo

PRACTICAS DE RIESGO	CASO		COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
	N	%	N	%	
Practicas sexuales de riesgo	3	6	3	8,34	Chi=0,075 P=0,784
Ninguna	47	94	33	91,66	

Tabla n° 42.- Distribución de la muestra según antecedentes de prácticas de riesgo.

La tabla 43 es un resumen de las variables cuya comparación entre las dos submuestras ha resultado estadísticamente significativa.

VARIABLES	CASO		COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	N <sub>1</sub>	%	N <sub>2</sub>	%	Chi	P
Situación Ocupacional: Estudiantes	20	40	4	11,11	20,696	0,004
Nivel educativo: mayor de secundaria	17	34	6	16,67	13,811	0,017

Tabla n° 43.- Variables cualitativas que difieren de forma estadísticamente significativa entre ambas submuestras.

### *Resumen sobre el perfil del paciente consumidor de cannabis que accede al programa de remisión de sanciones administrativas*

Se trata de un paciente joven (20 años), varón (94%), soltero, estudiante (40 %), que no está emancipado de su familia de origen, y que mayoritariamente tiene estudios secundarios o universitarios. Accede a tratamiento para conseguir la remisión de una sanción administrativa que es el antecedente sociolegal más frecuente. La demanda de tratamiento que realiza es inespecífica. Lleva alrededor de 4 años consumiendo cannabis antes del tratamiento y no tiene antecedentes de haber realizado un tratamiento anterior. Se desconoce su estado de salud con respecto al padecimiento de enfermedades contagiosas (VIH, Hepatitis B y C) y refiere no realizar prácticas de riesgo.

El que va a terminar el programa con A.T.G. es estudiante con un nivel educativo medio alto

### **3. Descripción de los tratamientos realizados y de régimen de utilización de recursos terapéuticos**

#### **3.1.- DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA MUESTRA**

El régimen de utilización de recursos terapéuticos se ha medido a través de variables que definen los programas que se han realizado, el número de veces que los pacientes pueden haberse sometido a un tratamiento determinado, el tiempo que ha estado sometido a ese tratamiento y el tipo de incidencia de salida de programa (alta terapéutica, abandono, etc.). Esta información se ha obtenido a través del Sistema Provincial de Información en Toxicomanías (SPIT) donde los terapeutas van volcando cotidianamente la información generada por el trabajo que realizan con sus pacientes. Asumimos la posibilidad de un cierto sesgo derivado de que es probable que no se notifique todo lo que se realiza y de que los plazos en los que se notifica no se correspondan fielmente a la realidad. Sin embargo creemos que es posible aceptar la información generada por el sistema frente a la comparación de las submuestras ya que podemos asumir que los errores estarán distribuidos de forma aleatoria y homogénea, entre ambas.

#### *Programas utilizado por los pacientes*

El programa mas utilizado dentro de los ofertados por los C.T.A. es el de Mantenimiento con metadona. Lo utilizan un 27 % de los pacientes. En segundo lugar el programa mas frecuentemente utilizado es la desintoxicación domiciliaria, con un 16,5 % de los pacientes. Terapia Familiar, Grupo Terapéutico y Red de Artesanos son los siguientes programas mas notificados, con una frecuentación de 13 %, 10,5 % y 10 %, respectivamente (tabla 44). La primera lectura de estos resultados es que hay una alta proporción de pacientes que básicamente realizan un seguimiento individual que incluye tareas de apoyo psicoterapéutico no bien especificado.

De los programas analizados, solamente los de Grupo Terapéutico y de Centro de Día muestran diferencias estadísticamente significativas entre las muestras caso y comparación (tabla 44 y 48). En efecto, el Grupo terapéutico fue realizado mas frecuentemente por los pacientes del grupo caso (10,5 % frente al 3,5 % del grupo comparación), y el programa Centro de Día fue mas frecuentemente utilizado por los pacientes del grupo de comparación (3,5 % frente al 0 % del grupo caso). Estas diferencias son estadísticamente significativas. Sin embargo, debido a que el número de individuos que realizan Centro de Día es escaso (7 personas) y a que en el grupo de comparación no hubo ninguno, no es posible tomar en consideración esta diferencia.

VARIABLES	GRUPO CASO		G. COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	N*	%	N*	%	Chi	P
DESINTOXICACIÓN DOMICILIARIA	33	16,6	39	19,5	0,61	0,43
GRUPO TERAPÉUTICO	21	10,5	7	3,5	7,52	0,006
TERAPIA FAMILIAR	26	13	22	11	0,37	0,538
MANTENIMIENTO CON METADONA	54	27	63	31,5	0,979	0,323
GRUPO CONSUMIDORES	2	1	0	0	2,010	0,15
INTERDICTOS ALCOHOL	5	2,5	8	4	0,71	0,39
ANTICRAVING ALCOHOL	9	4,5	9	4,5	0	1
CENTRO DE DÍA	0	0	7	3,5	7,125	0,008
DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA	5	2,5	9	4,5	1,184	0,27
COMUNIDAD TERAPÉUTICA	7	3,5	15	7,5	3,078	0,079
PISO DE REINSERCIÓN	4	2	4	2	0	1
PROGRAMA RED ARTESANOS	20	10	13	6,5	1,618	0,203
PROGRAMA DE EMPLEO	0	0	1	0,5	1,03	0,31
PROGRAMA FORMACIÓN EMPL	2	1	2	1	0	1
ANTAGONISTAS OPIÁCEOS	12	6	13	6,5	0,04	0,836

Tabla n° 44.- Distribución de la muestra según los programas realizados por los pacientes.

### *Veces que se repiten los programas dentro del período asistencial*

Con relación al número de veces que se realizan los programas y los tiempos empleados hasta terminarlos o abandonarlos, la muestra de pacientes estudiada se comporta de la siguiente manera: por lo general se realizan los programas en una sola ocasión (medias en torno a 1). En la muestra caso, sin embargo hay 5 programas que se realizan como promedio mas de una vez: el programa de desintoxicación domiciliaria, el programa de terapia familiar, mantenimiento con metadona, el programa de grupo de consumidores, que tiene un marcado cariz informativo y motivacional, y el programa de Comunidad Terapéutica. Al contrastar la distribución de estas variables del grupo caso con los pacientes del grupo de comparación encontramos que excepto el programa de terapia familiar, que es mas veces utilizado por los pacientes que tuvieron A.T.G. el resto de los programas (grupo terapéutico, metadona y antagonistas opiáceos) son realizados mas veces por los pacientes del grupo comparación (estas diferencias son estadísticamente significativas) (ver tablas 45 y 49).

VECES QUE SE REALIZA EN EL PERIODO ESTUDIADO	GRUPO CASO			G. COMPARACIÓN			SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA***	
	N	MEDIA	D.S.	N	MEDIA	D.S.	F	Sig.
DESINTOXICACIÓN DOMIC.	33	1,3	0,68	39	1,2	0,41	3,26	0,075
GRUPO TERAPÉUTICO	21	1	1	7	1,14	0,38	18,72	<0,0001
TERAPIA FAMILIAR	26	1,68	1,21	22	1,04	0,21	18,70	<0,0001
P. METADONA	54	1,05	0,22	63	1,29	0,71	17,00	<0,0001
GRUPO CONSUMIDORES	2	3,5	3,5	1	0	-	-	-
INTERDICTORES	5	1	0	8	1,25	0,70	2,593	0,138
ANTICRAVING	9	1	0	9	1	0	-	-
CENTRO DE DÍA	0	0	0	7	1	0	-	-
DESINTOXICACIÓN HOSPITAL	5	1	0	9	1	0	-	-
COMUNIDAD TERAPÉUTICA	7	1,17	0,41	15	1,33	0,72	1,54	0,229
ANTAGONISTAS OPIACEOS	12	1	0	13	1,38	0,65	29,28	<0,0001

Tabla n° 45.- Número de veces que se realiza un programa durante el periodo asistencial estudiado.

### *Tiempos empleados en la realización de los programas terapéuticos*

Y con respecto a los tiempos empleados en la realización de los programas encontramos que el mas prolongado es el de metadona, con 851,81 días de promedio, seguido del programa de Formación para el empleo (487,5 días), Red de Artesanos (335,15 días), Antagonistas opiáceos (291,09 días) y Terapia Familiar, que alcanza una media de 250,93 días (tabla 46). El programa de menor duración es el de desintoxicación domiciliaria, con un promedio de 13,33 días. Al comparar estos resultados con los obtenidos por la muestra de comparación debemos llamar la atención sobre las diferencias estadísticamente relevantes entre ambos grupos. Así, los pacientes del grupo caso están un promedio de mas tiempo en desintoxicación domiciliaria, en Red de Artesanos y en Programa de Metadona. Por último comentar que los pacientes del grupo comparación tienen un promedio mas alto de número de veces que inician metadona (tabla 45), pero están un promedio menor de tiempo (tabla 46). Estas diferencias son estadísticamente significativas.

El promedio de tiempo de permanencia en tratamiento es de 714,93 días para los pacientes de la muestra caso y de 682,66 días de los pacientes del grupo de comparación (tabla 49). Dado

que el valor de las desviaciones estándar de ambas medias indica que los valores de la distribución son muy dispersos, hemos aplicado la prueba de la mediana para conocer si las diferencias en las distribuciones en ambas muestras difieren de forma estadísticamente significativa (tabla 49.1). Además y dado que en la muestra hay 38 pacientes que continúan en tratamiento desde que lo iniciaron (19 de ellos en Programa de metadona), y que forman parte del grupo de comparación, hemos creído oportuno calcular el tiempo de permanencia en tratamiento para aquellos pacientes que terminaron su periodo asistencial con cualquiera de las incidencias posibles (A.T.G., abandono, etc.). En este caso, el promedio de tiempo en tratamiento para la muestra investigada es de 714,9 días, frente a 381,45 días de los del grupo de comparación (tabla 49). Igualmente hemos calculado si las diferencias de ambas distribuciones son estadísticamente significativas a través del análisis de la mediana (tabla 49.1).

TIEMPO EMPLEADO EN	GRUPO CASO		G. COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA <sup>***</sup>	
	MEDIA	D.S.	MEDIA	D.S.	F	Sig.
DESINTOXICACION DOMIC.	13,33	4,97	12,39	8,81	8,5	0,005
GRUPO TERAPÉUTICO	52,92	41,25	67,0	40,84	0,046	0,833
TERAPIA FAMILIAR	250,93	155,91	172,77	195,16	0,533	0,472
P. METADONA	851,8	492,68	650,27	674,75	5,932	0,017
GRUPO CONSUMIDORES	27,5	38,8	0	-	-	-
INTERDICTORES	195,5	138,6	299,25	244,58	0,266	0,617
ANTICRAVING	222,8	144,1	306,22	246,11	0,817	0,379
CENTRO DE DÍA	0	0	120,57	245,5	-	-
DESINTOXICACIÓN HOSPIT.	13,8	5,07	13,67	10,72	1,78	0,206
COMUNIDAD TERAPÉUTICA	189,7	148,91	128,14	121,85	0,82	0,374
PISO REINSERCIÓN	178,33	97,45	123,0	194,05	2,962	0,160
RED ARTESANOS	335,15	51,48	304,85	122,65	4,68	0,03
PROGRAMA EMPLEO	0	0	975	-	-	-
P. FORMACIÓN EMPLEO	487,5	272,24	200,5	266,58	-	-
ANTAGONISTAS OPIÁCEOS	291,09	262,59	277,0	178,4	2,71	0,114

Tabla n° 46.- Tiempo empleado en hacer cada uno de los tratamientos recibidos (en días).

## Tipo de incidencias de salida de programa

Con respecto al tipo de incidencia de salida de programa (alta terapéutica, voluntaria, abandono, expulsión, etc.), hemos podido constatar que la frecuencia con que terminan con alta terapéutica los pacientes del grupo caso se diferencian del grupo de comparación de forma estadísticamente significativa en los siguientes programas: desintoxicación domiciliaria, grupo terapéutico, terapia familiar, interdictos de alcohol, anticraving de alcohol, piso de reinserción, metadona y antagonistas opiáceos (ver tablas 47 y 48). Por tanto podemos afirmar que los pacientes que estamos estudiando y que terminaron su programa terapéutico con un alta terapéutica general son pacientes que se implican mas en los programas que realizan, están un promedio de tiempo mayor en ellos, y cuando los terminan, lo hacen con mas frecuencia con un alta terapéutica de los mismos.

PROPORCION DE ALTAS TERAPÉUTICAS	GRUPO CASO			G. COMPARACIÓN			Chi	P
	N <sub>t</sub>	N <sub>a</sub>	%	N <sub>t</sub>	N <sub>a</sub>	%		
DESINTOXICACIÓN DOMICILIO	33	27	81,81	39	21	53,84	6,29	0,01
GRUPO TERAPÉUTICO	21	20	95,23	7	4	57,14	6,66	0,036
TERAPIA FAMILIAR	26	22	84,61	22	8	36,36	14,85	0,002
PROGRAMA DE METADONA	54	45	83,3	63	15	23,80	42,520	<0.0001
GRUPO DE CONSUMIDORES	2	-	0	0	-	-	-	-
INTERDICTORES ALCOHOL	5	4	80	8	2	25	6,0	0,05
ANTICRAVING ALCOHOL	9	4	44,44	9	2	22,2	6,0	0,05
CENTRO DE DÍA	0	0	0	7	1	14,28	-	-
DESINTOXICACION HOSPITAL	5	5	100	9	6	66,67	2,12	0,34
COMUNIDAD TERAPÉUTICA	7	5	71,42	15	7	46,66	2,025	0,567
PISO REINSERCIÓN	4	4	100	4	0	0	7	0,03
RED ARTESANOS	20	17	85	13	10	76,92	3,83	0,28
PROGRAMA DE EMPLEO	0	0	0	1	1	100	-	-
P. FORMACIÓN EMPLEO	2	1	50	2	1	50	0	1
ANTAGONISTAS OPIÁCEOS	12	9	75	13	3	23,07	6,6	0,03

N<sub>t</sub> : Pacientes que realizan ese programa en concreto; N<sub>a</sub> : pacientes que lo terminaron con Alta terapéutica

Tabla nº 47.- Tasas de terminación de programa con salida de tipo Alta Terapéutica.

VARIABLES	CASO		COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	N <sub>1</sub>	%	N <sub>2</sub>	%	Chi	p
Grupo Terapéutico						
Realiza Programa	21	10,5	7	3,5	7,52	0,006
No Realiza Programa	179	89,5	193	96,5		
Centro de Día						
Realiza Programa	0	0	7	3,5	7,125	0,008
No Realiza programa	200	100	193	96,5		
Desintoxicación domiciliaria						
Alta Terapéutica	27	81,81	21	53,84	6,29	0,01
No Alta Terapéutica	6	18,19	18	46,16		
Grupo Terapéutico						
Alta Terapéutica	20	95,23	4	57,14	6,66	0,03
No Alta Terapéutica	1	4,77	3	42,86		
Terapia familiar						
Alta Terapéutica	22	84,61	8	36,36	14,85	0,002
No Alta Terapéutica	4	15,39	14	63,64		
Metadona						
Alta Terapéutica	45	83,3	15	23,80	45,52	0,0001
No Alta Terapéutica	9	16,7	48	76,2		
Interdictores de alcohol						
Alta Terapéutica	4	80	2	25	6,0	0,05
No Alta Terapéutica	1	20	6	75		
Anticraving de alcohol						
Alta Terapéutica	4	44,44	2	22,22	6,0	0,05
No Alta Terapéutica	5	54,56	7	77,78		
Piso de Reinserción						
Alta Terapéutica	4	100	0	0	7	0,03
No Alta Terapéutica	0	0	4	100		
Antagonistas Opiáceos						
Alta Terapéutica	9	75	3	23,07	6,6	0,03
No Alta Terapéutica	12	25	10	76,93		

Tabla n° 48.- Variables cualitativas relacionadas con los tratamientos recibidos que difieren de forma estadísticamente significativa entre ambas submuestras.

Las tablas 48 y 49 muestran un resumen de las variables cuya comparación entre las dos submuestras ha resultado estadísticamente significativa

	CASO		COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	Media	D.S.	Media	D.S.	F	p
Número de veces que se repiten programas						
Grupo terapéutico	1	1	1,14	0,38	18,72	0,0001
Terapia Familiar	1,68	1,21	1,04	0,21	18,70	0,0001
Metadona	1,05	0,22	1,29	0,71	17,00	0,0001
Antagonistas opiáceos	1	0	1,38	0,65	29,28	0,0001
Tiempo empleado en cada programa*						
Desintoxicación domiciliaria	13,33	4,97	12,39	8,81	8,5	0,005
Metadona	851,8	492,68	650,27	674,75	5,932	0,017
Red de Artesanos	335,15	51,48	304,85	122,65	4,68	0,03
Tiempo de permanencia en tratamiento						
Muestra Total	714,9	819,5	682,6	940,6	2,985	0,085
Excluidos los que continúan en tratamiento	714,9	819,5	381,45	640,66	19,359	0,0001

Tabla n° 49.- Variables cuantitativas relacionadas con repetición de programas terapéuticos, tiempos empleados en cubrir los objetivos de los programas y tiempo total de permanencia en tratamiento que difieren de forma estadísticamente significativa entre ambas submuestras.

\* Días

	MEDIANA	CASO		COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
		>MEDIANA**	<MEDIANA***	>MEDIANA**	<MEDIANA***	CHI	P
Muestra total	285*	115	85	84	116	9,30	0,002
Excluidos los que continúan tratamiento	208*	124	76	58	106	25,74	0,0001

Tabla n° 49.I.- Tiempo de permanencia en tratamiento. Prueba de la mediana.

\* Días; \*\* Número de pacientes por encima de la mediana;\*\*\*Número de pacientes por debajo de la mediana

## *Resumen sobre los programas terapéuticos utilizados por la muestra estudiada en su conjunto*

El paciente que termina su tratamiento con un A.T.G. se caracteriza por haber realizado con mayor frecuencia grupo terapéutico y por haber terminado exitosamente programas específicos llevados a cabo durante el periodo asistencial (fundamentalmente desintoxicación, grupo terapéutico, terapia familiar, mantenimiento con metadona, interdictos y anticraving de alcohol, piso de reinserción y naltrexona).

Cuando ha accedido a estos programas específicos prácticamente ha realizado una vez cada uno de esos programas, a excepción de Terapia Familiar y ha estado mas tiempo en desintoxicación, metadona y red de artesanos que los pacientes que no terminaron con A.T.G. Por último, su tiempo de permanencia en tratamiento ha sido aproximadamente de dos años, frente a los 13 meses y medio de los que no terminaron con A.T.G.

### 3.2.- DESCRIPCIÓN DE LOS PROGRAMAS UTILIZADOS POR TODOS LOS PACIENTES EXCLUYENDO LOS QUE ACCEDIERON A TRATAMIENTO POR REMISIÓN DE UNA SANCIÓN ADMINISTRATIVA.

#### *Programas utilizado por los pacientes*

Al igual que para el conjunto de toda la muestra el programa mas utilizado dentro de los ofertados por los C.T.A. es el de Mantenimiento con metadona. Lo utilizan un 36 % de los pacientes. En segundo lugar el programa mas frecuentemente utilizado es el de desintoxicación domiciliaria, con un 21,33 % de los pacientes. Terapia Familiar, Red de Artesanos y Antagonistas Opiáceos son los siguientes programas mas notificados, con una frecuentación de 17,33 %, 13,33 % y 8,0 %, respectivamente (tabla 50).

#### *Veces que se repiten los programas dentro del periodo asistencial*

Por lo general, los programas se realizan en una sola ocasión (medias en torno a 1). En la muestra caso, sin embargo hay 5 programas que se realizan como promedio mas de una vez: el programa de Grupo de Consumidores, el programa de terapia familiar, el de desintoxicación do-

VARIABLES	GRUPO CASO		G. COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	N*	%	N**	%	Chi	P
DESINTOXICACIÓN DOMICILIARIA	32	21,33	39	23,78	0,268	0,605
GRUPO TERAPÉUTICO	10	6,67	7	4,26	0,880	0,348
TERAPIA FAMILIAR	26	17,33	22	13,41	0,929	0,335
MANTENIMIENTO CON METADONA	54	36,0	63	38,41	0,195	0,658
GRUPO CONSUMIDORES	2	1,33	0	0	-	-
INTERDICTORES ALCOHOL	5	3,33	8	4,87	0,471	0,493
ANTICRAVING ALCOHOL	9	6,0	9	5,48	0,038	0,845
CENTRO DE DÍA	0	0	7	4,26	6,548	0,01
DESINTOXICACIÓN HOSPITALARIA	5	3,33	9	5,48	0,854	0,356
COMUNIDAD TERAPÉUTICA	7	4,66	15	9,14	2,413	0,120
PISO DE REINSERCIÓN	4	2,66	4	2,43	0,016	0,898
PROGRAMA RED ARTESANOS	20	13,33	13	7,92	2,435	0,119
PROGRAMA DE EMPLEO	0	0	1	0,6	0,918	0,338
PROGRAMA FORMACIÓN EMPL	2	1,33	2	1,21	0,008	0,928
ANTAGONISTAS OPIÁCEOS	12	8,0	13	7,92	0,001	0,981

Tabla n° 50.- Distribución de la muestra según los programas realizados por los pacientes

\* Sobre la muestra total de 150 individuos;

\*\* Sobre la muestra total de 164 individuos

miciliaria, el de Comunidad Terapéutica y el de mantenimiento con metadona. Al contrastar la distribución de estas variables del grupo caso con los pacientes del grupo comparación encontramos que excepto el programa de terapia familiar, que es mas veces utilizado por los pacientes que tuvieron A.T.G., el resto de los programas (grupo terapéutico, metadona y antagonistas opiáceos) son realizados mas veces por los pacientes del grupo de comparación (estas diferencias son estadísticamente significativas)(ver tabla 51 y 55).

### *Tiempos empleados en la realización de los programas realizados*

Y con respecto a los tiempos empleados en la realización de los programas encontramos que el mas prolongado es el de metadona, con 851,81 días de promedio, seguido del programa de formación para el empleo (487,5 días ), de Red de Artesanos (335,15 días), de Antagonistas Opiáceos (291,09 días) y de Terapia familiar (250,93 días). Al comparar estos resultados con los obtenidos por la muestra de comparación debemos llamar la atención sobre las diferencias esta-

VECES QUE SE REALIZA EN EL PERIODO ESTUDIADO	GRUPO CASO			G. COMPARACIÓN			SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA***	
	Np	MEDIA	D.S.	Np	MEDIA	D.S.	F	Sig.
DESINTOXICACIÓN DOMIC.	32	1,31	0,69	39	1,20	0,41	3,69	0,059
GRUPO TERAPÉUTICO	10	1	0	7	1,14	0,38	8,471	0,011
TERAPIA FAMILIAR	26	1,68	1,21	22	1,04	0,21	18,703	<0,0001
P. METADONA	54	1,05	0,22	63	1,29	0,71	17,002	<0,0001
GRUPO CONSUMIDORES	2	3,5	3,5	0	0	0	-	-
INTERDICTORES	5	1	0	8	1,25	0,70	2,593	0,138
ANTICRAVING	9	1	0	9	1	0	-	-
CENTRO DE DÍA	0	0	0	7	1	0	-	-
DESINTOXICACIÓN HOSPITAL	5	1	0	9	1	0	-	-
COMUNIDAD TERAPÉUTICA	7	1,17	0,41	15	1,33	0,72	1,547	0,229
ANTAGONISTAS OPIACEOS	12	1	0	13	1,38	0,65	29,281	<0,0001

Tabla n° 51.- Número de veces que se realiza un programa durante el periodo asistencial estudiado.

*Np: pacientes que realizan el programa*

dísticamente relevantes entre ambos grupos. Así, los pacientes del grupo caso están un promedio de mas tiempo en desintoxicación domiciliaria, en Programa de Metadona y en Red de Artesanos (ver tablas 52, 54 y 55).

Por último comentar que los pacientes del grupo de comparación tienen un promedio más alto de número de veces que inician metadona, pero están un promedio menor de tiempo. Estas diferencias también resultan estadísticamente significativas (ver tabla 51, 52 y 55).

El promedio de tiempo de permanencia en tratamiento es de 929,58 días para los pacientes de la muestra caso y de 811,52 días de los pacientes del grupo de comparación (tabla 55). Si sustraemos de la muestra total aquellos pacientes que todavía continúan en tratamiento desde que lo iniciaron (37 personas), las diferencias encontradas entre los promedios de tiempo de permanencia en tratamiento se incrementan (ver tabla 55). Debido a la dispersión de la distribución, indicada por las desviaciones estándar, optamos por aplicar la prueba de la mediana para comparar las diferencias de los tiempos de permanencia en cada uno de los subgrupos, encontrando que la

mediana del tiempo de permanencia en tratamiento es significativamente mayor en el grupo de los que terminaron con A.T.G. Por tanto podemos añadir como conclusión que los pacientes que permanecen mas tiempo en tratamiento tienen mas probabilidad de terminarlo con un Alta Terapéutica General.

TIEMPO EMPLEADO EN	GRUPO CASO		G. COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA***	
	MEDIA	D.S.	MEDIA	D.S.	F	Sig.
DESINTOXICACION DOMIC.	13,33	4,97	11,74	8,26	6,179	0,016
GRUPO TERAPÉUTICO	101,0	47,03	67	40,84	0,162	0,708
TERAPIA FAMILIAR	250,93	155,91	172,77	195,16	0,533	0,472
P.METADONA	851,8	492,68	650,27	674,75	5,932	0,017
GRUPO CONSUMIDORES	27,5	38,8	0	-	-	-
INTERDICTORES	195,5	138,6	299,25	244,58	0,266	0,617
ANTICRAVING	222,8	144,1	306,22	246,11	0,817	0,379
CENTRO DE DÍA	0	0	120,57	245,5	-	-
DESINTOXICACIÓN HOSPIT.	13,8	5,07	13,67	10,72	1,78	0,206
COMUNIDAD TERAPÉUTICA	189,7	148,91	128,14	121,85	0,82	0,374
PISO REINSERCIÓN	178,33	97,45	123,0	194,05	2,962	0,160
RED ARTESANOS	335,15	51,48	304,85	122,65	4,68	0,0389
PROGRAMA EMPLEO	0	0	975	-	-	-
P.FORMACIÓN EMPLEO	487,5	272,24	200,5	266,58	-	-
ANTAGONISTAS OPIÁCEOS	291,09	262,59	277,0	178,4	2,710	0,114

Tabla n° 52.- Tiempo empleado en hacer cada uno de los tratamientos recibidos.

### *Tipo de Incidencia de salida de programa*

Con respecto al tipo de incidencia de salida de programa (alta terapéutica, voluntaria, abandono, expulsión, etc.), hemos podido constatar que la frecuencia con que terminan con alta terapéutica los pacientes del grupo caso se diferencian del grupo de comparación de forma estadísticamente significativa en los siguientes programas: desintoxicación domiciliaria, terapia familiar, programa de metadona, interdictotes de alcohol, anticraving de alcohol, piso de reinserción y antagonistas opiáceos (ver tabla 53).

PROPORCIÓN DE ALTAS TERAPÉUTICAS	GRUPO CASO			G. COMPARACIÓN			Chi	P
	N <sub>t</sub>	N <sub>a</sub>	%	N <sub>t</sub>	N <sub>a</sub>	%		
DESINTOXICACIÓN DOMICILIO	32	27	84,37	39	21	53,84	6,29	0,01
GRUPO TERAPÉUTICO	10	9	90	7	4	57,14	2,815	0,245
TERAPIA FAMILIAR	26	22	84,61	22	8	36,36	14,85	0,002
PROGRAMA DE METADONA	54	45	84,9	63	15	23,80	42,520	<0.0001
GRUPO DE CONSUMIDORES	2	-	-	0	-	-	-	-
INTERDICTORES ALCOHOL	5	4	80	8	2	25	6.0	0,05
ANTICRAVING ALCOHOL	9	4	44,44	9	2	22,22	6.0	0,05
CENTRO DE DÍA	0	0	0	7	1	14,28	-	-
DESINTOXICACION HOSPITAL	5	5	100	9	6	66,67	2,12	0,34
COMUNIDAD TERAPÉUTICA	7	5	71,42	15	7	46,67	2,025	0,567
PISO REINSECCIÓN	4	4	100	4	0	0	7	0,03
RED ARTESANOS	20	17	85	13	10	76,92	3,83	0,28
PROGRAMA DE EMPLEO	0	0	0	1	-	-	-	-
P.FORMACIÓN EMPLEO	2	1	50	2	1	50	0	1
ANTAGONISTAS OPIÁCEOS	12	9	75	13	3	23,07	6,6	0,03

Tabla n° 53.- Tasas de terminación de programa con salida de tipo Alta Terapéutica.

*Nt* : Pacientes que realizan ese programa en concreto; *Na* : pacientes que lo terminaron con Alta terapéutica

Por tanto podemos afirmar, al igual que hicimos al describir la muestra completa, que los pacientes que estamos estudiando y que terminaron su programa terapéutico con un alta terapéutica general son pacientes que se implican mas en los programas que realizan, están un promedio de tiempo mayor en ellos, y cuando los terminan, lo hacen con mas frecuencia con un alta terapéutica de los mismos.

Las tablas 54, 55 y 55.1 muestran un resumen de las variables cuya comparación entre las dos submuestras ha resultado estadísticamente significativa

	CASO		COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	N <sub>1</sub>	%	N <sub>2</sub>	%	Chi	p
Centro de Día						
Realiza Programa	0	0	7	4,26	6,548	0,01
No Realiza programa	150	100	157	95,74		
Desintoxicación domiciliaria						
Alta Terapéutica	27	84,37	21	53,84	6,29	0,01
No Alta Terapéutica	5	15,63	18	46,16		
Terapia familiar						
Alta Terapéutica	22	84,61	8	36,36	14,85	0,002
No Alta Terapéutica	4	15,39	14	63,64		
Metadona						
Alta Terapéutica	45	83,3	15	23,80	45,52	0,0001
No Alta Terapéutica	9	16,7	48	76,2		
Interdictores de alcohol						
Alta Terapéutica	4	80	2	25	6,0	0,05
No Alta Terapéutica	1	20	6	75		
Anticraving de alcohol						
Alta Terapéutica	4	44,44	2	22,22	6,0	0,05
No Alta Terapéutica	5	54,56	7	77,78		
Piso de Reinserción						
Alta Terapéutica	4	100	0	0	7	0,03
No Alta Terapéutica	0	0	4	100		
Antagonistas Opiáceos						
Alta Terapéutica	9	75	3	23,07	6,6	0,03
No Alta Terapéutica	12	25	10	76,93		

Tabla n° 54.- Variables relacionadas con los tratamientos recibidos que difieren de forma estadísticamente significativa entre ambas submuestras.

	CASO		COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	Media	D.S.	Media	D.S.	F	p
Número de veces que se repiten programas						
Grupo terapéutico	1	0	1,14	0,38	8,471	0,011
Terapia Familiar	1,68	1,21	1,04	0,21	18,70	0,0001
Metadona	1,05	0,22	1,29	0,71	17,00	0,0001
Antagonistas opiáceos	1	0	1,38	0,65	29,28	0,0001
Tiempo empleado en cada programa*						
Desintoxicación domiciliaria	13,33	4,97	11,74	8,26	6,179	0,016
Terapia familiar	609,6	503,9	666,5	698,34	5,366	0,02
Metadona	851,8	492,68	650,27	674,75	5,932	0,017
Red de Artesanos	335,15	51,48	304,85	122,65	4,68	0,03
Antagonistas opiáceos	414,6	495,92	277,0	178,4	5,92	0,02
Tiempo de permanencia en tratamiento*						
Muestra total	929,58	839,67	811,52	992,34	4,871	0,028
Muestra excluyendo los que continúan en tratamiento	929,58	839,67	465,5	700,39	10,323	<0,0001

Tabla n° 55.- Variables relacionadas con repeticiones de programas terapéuticos, tiempos empleados en cubrir los objetivos de los programas y tiempo total de permanencia en tratamiento que difieren de forma estadísticamente significativa entre ambas submuestras.

\* Días

	MEDIANA*	GRUPO CASO		GRUPO COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
		>MEDIANA**	<MEDIANA***	>MEDIANA**	<MEDIANA***	CHI	P
Muestra total	474	88	62	67	94	9.03	0,003
Excluidos los que continúan tratamiento	390	101	49	37	90	40.0	<0.0001

Tabla n° 55.I.- Tiempo de permanencia en tratamiento. Prueba de la mediana.

\* Días; \*\* Número de pacientes por encima de la mediana;\*\*\*Número de pacientes por debajo de la mediana

## Resumen sobre los programas terapéuticos utilizados por la muestra excluyendo los que acceden al programa de remisión de sanciones administrativas

Al extraer de la muestra global a los pacientes que realizaron programa de remisión de sanciones administrativas solamente hemos encontrado una diferencia significativa en el perfil de utilización de recursos terapéuticos con respecto a la descripción de la muestra en su conjunto y es el haber participado en Terapia de Grupo. En efecto, los pacientes que han utilizado este programa terapéutico pertenecen todos a los que accedieron para remisión de una sanción administrativa. Salvo esto, todas las demás conclusiones son semejantes a las extraídas del apartado anterior (3.1).

### 3.3.- DESCRIPCIÓN DE LOS PROGRAMAS REALIZADOS POR CONSUMIDORES DE CANNABIS QUE ACCEDEN PARA REMISIÓN DE UNA SANCIÓN ADMINISTRATIVA.

De los 50 pacientes consumidores de cannabis que accedieron al programa de remisión de sanciones administrativas en la muestra caso, 12 realizaron un programa específico que fue notificado como terapia de grupo. Por tanto la mayoría de los pacientes realizaron un seguimiento individual. En el grupo de comparación (36 individuos) ningún paciente realizó grupo terapéutico. Ello determina que la diferencia sea estadísticamente significativa (tabla 56). De los 12 pacientes que realizaron Grupo Terapéutico, 11 terminaron con Alta Terapéutica General (ver misma tabla).

VARIABLES	GRUPO CASO		GRUPO COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	N	%	N	%	Chi	p
GRUPO TERAPÉUTICO						
Realiza	12	24	0	0	8,14	0,004
No realiza	38	76	36	100		
GRUPO TERAPÉUTICO						
Alta Terapéutica	11	91,66	0	0	-	-
No alta terapéutica	1	8,34	0	0		

Tabla nº 56.- Programas realizados y tipo de alta recibido por los consumidores de cannabis que acceden al programa de remisión de sanciones.

El promedio de veces que realizan el grupo terapéutico es de 1 vez y el promedio de tiempo empleado es de 38,5 días, con un rango de 13 a 98 días (tabla 57). El tiempo de permanencia en tratamiento antes del A.T.G. es de 70,96 días en el grupo caso y de 106,39 días en el grupo de comparación. Al comparar las medianas encontramos que hay mas pacientes del grupo de comparación que superan la mediana de permanencia en tratamiento (42 días), siendo esta diferencia significativa. Los 11 pacientes que realizaron Grupo Terapéutico pertenecían al Servicio de Algeciras.

VARIABLES	CASO		COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	Media	D.S.	Media	D.S.	F	p
Número de veces que se repiten programas						
Grupo terapéutico	1	0	0	0	-	-
Tiempo empleado en cada programa*						
Grupo Terapéutico	38,5	27,85	0	0	-	-
Tiempo de permanencia en tratamiento*						
Muestra completa	70,96	139,05	106,39	188,81	0,39	0,534

Tabla nº 57.- Frecuencia con que se realizan los programas y tiempos empleados en terminarlos.

\* Días

	MEDIANA	GRUPO CASO		GRUPO COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
		>MEDIANA**	<MEDIANA***	>MEDIANA**	<MEDIANA***	CHI	P
Excluidos los que continúan tratamiento	42	18	32	23	13	5,96	0,015

Tabla nº 57.1.- Tiempo de permanencia en tratamiento. Prueba de la mediana.

\* Días; \*\* Número de pacientes por encima de la mediana;\*\*\*Número de pacientes por debajo de la mediana

### **Resumen sobre el perfil de programas realizados por consumidores de cannabis que acceden al programa de remisión de sanciones administrativas**

Es un grupo de pacientes que básicamente realizan actividades de seguimiento individual durante un periodo de dos meses y medio aproximadamente antes de obtener el A.T.G. Dentro de este grupo, el 24 % habían realizado Grupo Terapéutico, y el 91,6 % de ellos había terminado dicho programa con A.T.G.

### 3.4.- ANÁLISIS DE LAS VARIABLES DEL TRATAMIENTO POR GRUPOS ESPECÍFICOS DE PACIENTES.

#### *Consumidores de Cannabis que acceden a tratamiento*

De los 6 pacientes consumidores de cannabis que accedieron al programa terapéutico para superar su adicción, sólo 1 realizó un programa específico que fue notificado como terapia de grupo. Por tanto la mayoría de los pacientes realizaron un seguimiento individual. En el grupo de comparación, donde había 20 sujetos que accedieron a tratamiento, ninguno de ellos realizó grupo terapéutico. El paciente que hizo el programa de grupo lo realizó en una sola ocasión y el tiempo que empleó fue de 97 días terminándolo con alta terapéutica.

El tiempo notificado por los terapeutas, de permanencia en tratamiento antes del A.T.G. de los pacientes de cannabis que iniciaron tratamiento para su adicción fue de 489,67 días en el grupo caso y de 220,26 días en el grupo de comparación. La prueba de la mediana (tabla 59.1) desvela que las diferencias de tiempo de permanencia entre ambos grupos no es significativa.

VARIABLE	GRUPO CASO		GRUPO COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	N	%	N	%	Chi	p
GRUPO TERAPÉUTICO						
Realiza	1	16,66	0	0	-	-
No realiza	5	83,34	20	100		
GRUPO TERAPÉUTICO						
Alta Terapéutica	1	100	0	0	-	-
No alta terapéutica	0	0	0	0		

Tabla nº 58.- Programas realizados y tipo de alta recibido por los consumidores de cannabis que acceden al programa de remisión de sanciones.

VARIABLES	CASO		COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	Media	D.S.	Media	D.S.	F	p
Número de veces que se repiten programas						
Grupo terapéutico	1	0	0	0	-	-
Tiempo empleado en cada programa*						
Grupo Terapéutico	97	0	0	0	-	-
Tiempo de permanencia en tratamiento*						
Muestra completa	489,67	444,5	220,26	335,99	1,047	0,317

Tabla nº 59.- Frecuencia con que se realizan los programas y tiempos empleados en terminarlos.

	MEDIANA	CASO		COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
		>MEDIANA**	<MEDIANA***	>MEDIANA**	<MEDIANA***	CHI	P
Muestra total	116	4	2	8	12	-	0,378

Tabla n° 59.1.- Tiempo de permanencia en tratamiento. Prueba de la mediana.

\* Días; \*\* Número de pacientes por encima de la mediana; \*\*\*Número de pacientes por debajo de la mediana

### *Programa de mantenimiento con metadona*

Dado que el programa de mantenimiento con metadona tiene una serie de características particulares en relación con: 1) la mayor adherencia que implícitamente provoca dispensar una sustancia que produce abstinencia si no se toma, 2) los largos periodos de tiempo en que están los pacientes recibiendo el tratamiento y 3) que en nuestra muestra era el programa mas realizado, hemos contemplado la posibilidad de analizar las diferencias en el régimen de utilización de recursos de estos pacientes como grupo exclusivo, con respecto al resto de los pacientes y destacaremos solamente las diferencias estadísticamente significativas con el grupo de comparación.

En los programas realizados sólo se diferencian en la utilización del Centro de Día, que es mas frecuentado en el grupo de comparación. Realizan con mas frecuencia Terapia Familiar y están mas tiempo en red de artesanos los pacientes de metadona del grupo caso, y no hay diferencias significativas en el tipo de alta con que terminan los programas.

### *Programas realizados por el subgrupo de heroínómanos*

Entre los pacientes que iniciaron tratamiento por consumo de heroína hemos encontrado que los que pertenecen al grupo caso han realizado con mas frecuencia el programa Red de Artesanos. Se observa así mismo que el tiempo que permanecen en desintoxicación domiciliaria, el número de veces que realizan programa de terapia familiar, el tiempo que permanecen en programa de metadona y en red de artesanos, así como el tiempo de permanencia en conjunto en tratamiento es significativamente mayor que en la muestra de comparación. Y al mismo tiempo han estado menos veces en programa de metadona y menos veces en programa de antagonistas opiáceos (diferencias igualmente significativas estadísticamente). Por último, alcanzan con mayor probabilidad alta terapéutica a la finalización de los programas de metadona, de red de artesanos y de antagonistas opiáceos.

### *Programas realizados por el subgrupo de cocainómanos*

Al analizar el grupo de pacientes que demandaron tratamiento para problemas derivados del consumo de cocaína encontramos que los del grupo caso tenían menos frecuencia de realización de desintoxicación domiciliaria (0 frente a 23, 52 %) y habían permanecido menos tiempo en conjunto en tratamiento (216,82 días, frente a 501,24 días (ambas diferencias son estadísticamente significativas).

### *Programas realizados por el subgrupo de alcohólicos*

Por último, al ver las particularidades que pueden presentar los que iniciaron tratamiento por consumo de alcohol hemos encontrado que son pacientes que en los programas de desintoxicación domiciliaria, en terapia familiar y en la utilización de interdictotes y anticraving de alcohol tienen una mayor frecuencia de altas terapéuticas que sus pares del grupo de comparación. Asimismo realizan con menos frecuencia programa de comunidad terapéutica. Estas diferencias son estadísticamente significativas. También hemos observado que tienen un promedio mayor de veces que realizan programa de terapia familiar y menor tiempo promedio de realización de este programa.

### *Programas realizados por el subgrupo de consumidores de heroína y cocaína combinadas*

Dentro de la muestra caso solamente se seleccionaron 5 pacientes consumidores de heroína y cocaína mezcladas (y sus correspondientes 5 pares en el grupo de comparación). La escasez de la muestra hace que resulten difíciles las comparaciones entre ambas submuestras. El programa más frecuentado por estos pacientes es el de metadona, seguido por el de terapia familiar. Tres de los 5 pacientes del grupo comparación realizaron una desintoxicación domiciliaria y eso hace que la diferencia entre las dos submuestras sea estadísticamente significativa. No se han encontrado otras diferencias relevantes desde el punto de vista estadístico.

### *Programas realizados por pacientes coinsumidores de Benzodiazepina*

Lo mismo que lo comentado en el apartado anterior sucede con los pacientes que iniciaron tratamiento por su dependencia a benzodiazepinas. En este caso además la muestra es tan escasa que no permite realizar comparaciones estadísticas. La conclusión que podemos extraer sobre los programas que realizan los consumidores de BZD es que, fundamentalmente, realizan seguimiento individual y que los que obtuvieron un A.T.G. estuvieron menos tiempo en programa que los del grupo comparación.

#### 4.1.- ANÁLISIS DE LA DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA EN RELACIÓN A LA LOCALIZACIÓN Y LA REALIZACIÓN DEL SEGUIMIENTO.

#### 4.- Descriptivo del seguimiento

El trabajo de campo del seguimiento se ha realizado entre el 1 de Octubre de 2003 y el 31 de Mayo de 2004. Previamente se había hecho un listado con los datos básicos para la localización de los pacientes incluidos en el estudio: nombre, apellidos y dirección y teléfono, en caso de que lo tuvieran.

La primera conclusión de la realización del trabajo de campo es que ha resultado sumamente laborioso poder localizar y contactar con los pacientes. Han cooperado en el seguimiento el 29,5 % de la muestra. Han rehusado colaborar 53 pacientes (26,5 %), de ellos 8 (4%) adujeron o bien ellos o bien sus familiares que se encontraban bien y que no querían remover el pasado. Ha sido imposible localizar a 62 pacientes (31 % de la muestra): en estos casos o bien las direcciones postales, o los teléfonos facilitados no eran los correctos o no existían. Diecinueve pacientes (9,5 %) fueron localizados pero vivían en otras provincias ya que habían cambiado sus domicilios por cuestiones de trabajo. Un 2 % había fallecido y el resto (1,5 %) no estaban disponibles por estar enfermos, hospitalizados o en prisión. En la muestra de comparación la distribución es similar (las diferencias no son estadísticamente significativas) aunque cabe llamar la atención sobre la mayor proporción de fallecidos (4 %) y de pacientes que se encontraban en prisión en este grupo (3,5 %) (ver distribución de las muestras en el gráfico 4 y tabla 60).

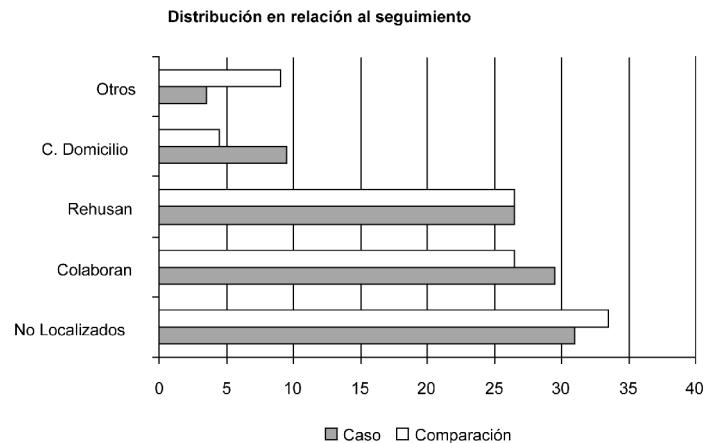


Gráfico 4.- Distribución de la muestra en relación a su respuesta al seguimiento.

	Nt	GRUPO CASO		GRUPO COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
		N	%	N	%	
Localizados:						
Participan	112	59	29,5	53	26,5	Chi=12,789 P=0,119
Rehusan	106	53	26,5	53	26,5	
Cambio Residencia	28	19	9,5	9	4,5	
Hospital	3	1	0,5	2	1	
Prisión	8	1	0,5	7	3,5	
Fallecidos	12	4	2	8	4	
Otros	2	1	0,5	1	0,5	
No Localizados						
	129	62	31	67	33,5	
Totales	400	200	100	200	100	

Tabla 60.-Distribución de la muestra en relación a su respuesta a la localización y al seguimiento.

Nt.- Muestra Total

Antes de proceder a la descripción de los resultados de la entrevista de seguimiento ha sido necesario conocer algunas características de los pacientes que no se localizaron o rehusaron colaborar en el estudio. El objetivo era averiguar si el perfil de estos pacientes difería significativamente de los que se han podido entrevistar y en efecto se han encontrado algunas diferencias relevantes que están reflejadas en las tablas 61,62,63 y 64.

La primera de las encontradas es que ha habido una mayor colaboración en la realización de las entrevistas de los pacientes que se encontraban en tratamiento en el momento del seguimiento: el 42,85 % de los entrevistados estaban en tratamiento, frente al 6,25 % de entrevistados entre los que no se encontraban en tratamiento en el momento del seguimiento (tabla 61). Al estudiar las posibles diferencias entre estar en tratamiento, ser entrevistado y pertenecer al grupo caso o comparación nos encontramos que de los pacientes que han participado en el estudio (N = 112), 48 estaban en tratamiento en el momento de la entrevista, frente a 64 que no estaban realizando tratamiento (tabla 62). Al distribuir la muestra de pacientes entrevistados en función de estar realizando tratamiento en el momento de la entrevista y de su pertenencia al grupo caso o comparación, encontramos la distribución que se refleja en la tabla 62. En ella se aprecia que el 28,13 % de los pacientes del grupo de comparación que no estaban en tratamiento fueron entrevistados, frente al 71,87 % de los pacientes del grupo caso. Esta diferencia es estadísticamente significativa y hay que interpretarla como que los pacientes del grupo de comparación que no estaban en tratamiento han sido menos cooperadores que los pacientes que terminaron con A.T.G.

La segunda diferencia encontrada es que las mujeres han sido mas accesibles que los hombres para colaborar en el estudio. En efecto, accedieron a realizar la entrevista de seguimiento 18 mujeres (que representan el 16,07 % de los entrevistados), frente a 26 que no lo hicieron (que representan el 9,02 % de los no localizados-no entrevistados)(tabla 61).

Con relación a la distribución de los pacientes por droga motivo de demanda, y por su colaboración en el estudio hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas (tabla 61). En efecto podemos afirmar que hemos encontrado una aceptable colaboración de los pacientes dependientes de heroína y de alcohol, y han sido mas difíciles de localizar y entrevistar los pacientes que demandaron por cocaína, por heroína y cocaína y por derivados del cannabis.

Hemos encontrado diferencias también en otra variable de la FIBAT entre los pacientes que respondieron y el resto. Los que colaboraron tenían una significativa mayor tasa de antecedentes familiares de consumo de drogas o psicopatología (51,11 % frente al 38,99 % de los pacientes no localizados o no respondedores)(tabla 61). Quedan por discutir las posibles hipótesis explicativas de este hallazgo.

Con respecto a la historia de los tratamientos realizados también hemos hallado algunas diferencias entre los pacientes respondedores y el resto. Los pacientes que colaboraron en el seguimiento se desintoxicaron en su domicilio con mayor frecuencia que los demás (25 % frente al 15,3 %) y también utilizaron con mayor frecuencia el ingreso en Comunidad Terapéutica (3,5 % de los que no hicieron el seguimiento frente al 10,7 % de los que respondieron)(tabla 61).

Otra diferencia encontrada es que los pacientes que han colaborado realizaron con mayor frecuencia el programa Red de Artesanos (14,3 % frente al 5,9 % de los no localizados y no respondedores).

El promedio de veces que los pacientes realizaron grupo terapéutico, programa de metadona y el tiempo que permanecieron en tratamiento es mayor entre los que colaboraron en el seguimiento que entre el resto. También encontramos que el promedio de prácticas de riesgo entre los respondedores es significativamente mayor que entre los no respondedores. Sin embargo, entre el grupo de los que no realizaron el seguimiento hemos encontrado un promedio significativamente mayor de veces que recibieron terapia familiar (tabla 63).

El promedio de tiempo de seguimiento ha sido de 3,24 años tras la salida del programa terapéutico con un A.T.G. mientras que para los pacientes del grupo de comparación el promedio de tiempo de seguimiento ha sido 4,61 años. Esta diferencia es estadísticamente significativa (tabla 64).

Podemos tomar como una de las conclusiones de este epígrafe que posiblemente hayamos localizado y entrevistado a los pacientes que son mas accesibles, bien porque están mejor o bien porque todavía se encontraban realizando tratamiento. Esto nos obliga a ser sumamente cautelosos en las inferencias que pueden derivarse de los resultados de la entrevista de seguimiento que seguidamente vamos a exponer.

	NO ENTREVISTADOS		ENTREVISTADOS		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	N <sub>1</sub>	%	N <sub>2</sub>	%	Chi	P
En tratamiento en el momento de la entrevista	18	6,25	48	42,85	78,43	0,0001
Sexo mujer	26	9,02	18	16,07	4,08	0,04
Consumidores de						
Heroína	120	68,18	56	31,82	13,23	0,02
Alcohol	38	59,37	26	40,63		
Cocaína	28	82,35	6	17,65		
Cannabis	91	81,25	21	18,75		
Antecedentes familiares de						
Alcoholismo	49	17,56	29	26,60	11,16	0,02
Otra drogodependencia	57	20,43	24	22,01		
Trastornos Psicopatológicos	3	1,0	5	4,5		
Tratamientos realizados						
Desintoxicación domiciliaria	44	15,27	28	25	5,16	0,02
Comunidad Terapéutica	10	3,47	12	10,71	8,13	0,004
Red artesanos	17	5,90	16	14,28	7,48	0,006

Tabla nº 61.-Variables cualitativas que difieren de forma estadísticamente significativa entre no entrevistados y entrevistados en el seguimiento.

PACIENTES ENTREVISTADOS EN TRATAMIENTO*	N	GRUPO CASO		GRUPO COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
		N	%	N	%	
SI	48	13	22,03	35	66,03	Chi=22,075 P<0.0001
NO	64	46	71,87	18	28,13	
Totales	112	59	100	53	100	

Tabla nº 62.- Distribución de la muestra de pacientes en tratamiento y su colaboración en la entrevista de seguimiento en función de pertenecer al grupo caso o comparación.

\* En el momento de la entrevista de seguimiento

	NO ENTREVISTADOS		ENTREVISTADOS		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	Media	D.S.	Media	D.S.	F	P
Número de veces que realiza						
Grupo Terapéutico	1	0	1,11	0,37	11,52	0,002
Terapia familiar	1,47	1,15	1,04	0,21	4,121	0,04
Metadona	1,06	0,24	1,46	0,89	45,81	0,0001
Tiempo en tratamiento excluyendo activos*	527,88	739,53	766,78	893,12	5,01	0,02

Tabla nº 63.- Variables cuantitativas que difieren de forma estadísticamente significativa entre no entrevistados y entrevistados en el seguimiento.

\* Días

	CASO		COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	Media	D.S.	Media	D.S.	F	P
TIEMPO DE SEGUIMIENTO*	3,24	0,89	4,61	2,8	33,644	<0.0001

Tabla nº 64.- Promedio de tiempo en el que se ha realizado la entrevista de seguimiento en relación con pertenecer al grupo caso o al de comparación (excluyendo los pacientes que continúan en activo.

\*Años

## 4.2.- DESCRIPTIVO DE LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO DE LA MUESTRA EN SU CONJUNTO

A pesar de las dificultades encontradas para la realización del trabajo de campo nos parece interesante hacer constar los resultados que hemos obtenido en cada una de las variables estudiadas. En primer lugar porque representan el perfil de situación del paciente entrevistado y en segundo lugar porque, en el peor de los escenarios posibles, es decir, que los pacientes entrevistados sean los que se encuentran en una mejor situación con respecto a los no entrevistados, nos permiten contar con una línea base de partida sobre la que poder realizar y evaluar posteriores trabajos y estimaciones.

La mayor parte de las variables estudiadas por el MAP son cuantitativas. No obstante hay dos grupos de variables cualitativas: el consumo o la abstinencia de las sustancias y la vía de administración de las sustancias consumidas.

Al estudiar la distribución de la muestra en relación con la droga motivo de demanda y la obtención de colaboración en el seguimiento encontramos que los pacientes que han colaborado mas han sido los alcohólicos (40,62 % de los que estaban previstos entrevistar), seguidos de los heroínómanos (31,81 %) (tabla 65). En la muestra final entrevistada, sin embargo, la mitad de los que han colaborado han sido heroínómanos, seguidos por los alcohólicos (23,21 %). (tabla 65).

	Total Muestra	Muestra entrevistada	% Entrevistados*	% Entrevistados**	CASO	COMPARACIÓN
Heroína	176	56	31,81	50,0	28	28
Heroína+cocaína	10	2	20	1,78	0	2
Cocaína	34	6	17,64	5,35	3	3
BZD	4	1	25	0,9	1	0
Cannabis	112	21	18,75	18,75	14	7
Alcohol	64	26	40,62	23,21	13	13
Totales	400	112	100	100	59	53

Tabla nº 65.- Distribución de los pacientes seguidos por droga motivo de demanda y por grupo.

\* En relación a la droga de demanda; \*\* En relación con el total de entrevistados

#### 4.2.1. Consumo de sustancias en el momento del seguimiento

##### Alcohol

Cuarenta y dos pacientes, el 71,18 % de los entrevistados que terminaron con un A.T.G. (N= 59) declararon haber consumido alcohol durante el último mes. La diferencia con la proporción de consumidores del alcohol del grupo comparación (62,26 %) no resulta estadísticamente significativa. Las proporciones de pacientes que consumen otras sustancias tienden a ser bajas en ambos grupos de estudio, siendo las diferencias encontradas entre ellos no significativas (tabla 66).

Al analizar el promedio diario de consumo de sustancias, entre las personas que las consumen (tabla 67) encontramos que, en general, y con excepción del alcohol, la cantidad declarada de sustancias consumidas también tiende a ser baja, llegando a 0 en el caso de la heroína en la muestra caso. Sin embargo en la muestra de comparación estos promedios son mas altos, siendo las diferencias encontradas en consumo de BZD, Cocaína y Crack estadísticamente significativas (tabla 67). Se da la circunstancia de que aunque en el grupo caso hay una proporción mas alta de

consumidores de cocaína su consumo diario es significativamente menor que el del paciente consumidor de cocaína del grupo de comparación. Por tanto, los resultados mostrados en esta tabla sugieren que los pacientes del grupo caso que consumen alguna sustancia tienen una tendencia a moderar la cantidad consumida mayor que los pacientes del grupo de comparación.

	CASO		COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	N <sub>1</sub>	%	N <sub>2</sub>	%	Chi	p
<b>ALCOHOL</b>						
Consume	42	71,18	33	62,26	1,005	0,316
No consume	17	28,82	20	37,74		
<b>HEROÍNA</b>						
Consume	0	0	2	3,76	0,626	0,132
No consume	59	100	51	96,24		
<b>BZD</b>						
Consume	8	13,56	14	26,41	2,166	0,141
No consume	51	86,44	39	73,59		
<b>COCAÍNA</b>						
Consume	8	13,56	5	9,46	0,148	0,700
No consume	51	86,44	48	90,54		
<b>CRACK</b>						
Consume	2	3,39	2	3,76	0,16	0,688
No consume	57	96,61	51	96,24		
<b>CANNABIS</b>						
Consume	22	37,28	20	37,6	0,02	0,961
No consume	37	62,72	33	62,4		
<b>HEROÍNA Y COCAÍNA</b>						
Consume	0	0	3	5,64	1,604	0,205
No consume	59	100	50	94,36		

Tabla n° 66.- Consumo de sustancias de la muestra completa localizada en el momento de la entrevista de seguimiento.

Nt: muestra total entrevistada; Nc: muestra de consumidores de esa sustancia; \*: media de consumo diario entre los consumidores

PROMEDIO CONSUMO DIARIO DE	G. CASO				G. COMPARACIÓN				SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	Nt	Nc	MEDIA*	D.S.	Nt	Nc	MEDIA*	D.S.	F	P
ALCOHOL	59	42	4,44	4,78	53	32	2,84	2,72	3,431	0,068
HEROÍNA	59	0	0	0	53	2	3,5	4,94	-	-
BZD	59	8	0,55	1,04	53	14	2,67	2,47	7,148	0,015
COCAÍNA	59	8	0,68	0,78	53	5	2,3	2,88	7,45	0,02
CRACK	59	2	0,38	0,30	53	2	1,1	0,84	100	<0,0001
CANNABIS	59	22	3,34	4,27	53	20	2,57	2,74	0,498	0,484
HEROÍNA Y COCAÍNA	59	0	-	-	53	3	0,14	0,13	-	-

Tabla nº 67.- Distribución de la muestra en relación al promedio declarado de consumo diario de sustancias durante el último mes entre los consumidores de esa sustancia

### Consumo de Sustancias en los Tratados por Problemas de Alcohol

Para conocer la evolución que han tenido los pacientes que demandaron tratamiento por sus problemas de alcohol y que recibieron un A.T.G. se ha estratificado la muestra de forma que se ha encontrado que de los 13 pacientes alcohólicos seguidos, 7 estaban consumiendo en el momento del seguimiento, frente a 5 de los pacientes que no terminaron con A.T.G. (tabla 68). Esta diferencia no resulta estadísticamente significativa.

VARIABLES	CASO		COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	N <sub>1</sub>	%	N <sub>2</sub>	%	Chi	p
ALCOHOL						
Consume	7	53,84	5	38,46	0,6	0,44
No consume	6	46,16	8	61,54		

Tabla nº 68.- Consumidores de alcohol entre pacientes que iniciaron tratamiento para problemas de alcohol

El promedio diario de consumo de alcohol entre los que beben y fueron A.T.G. es de 4,42 Unidades de Bebida Estándar (UBE)/día durante el último mes, frente a 3,26 UBE/día del grupo de comparación. Esta diferencia si es estadísticamente significativa (tabla 69) y sugiere que el consumo de alcohol entre los bebedores del grupo caso es mayor que entre los bebedores del grupo de comparación.

Por otro lado, entre los alcohólicos del grupo de comparación hay 3 que consumen diariamente BZD (2,35 tomas por día de una BZD frente a ninguna en los del grupo caso) (tabla 69). Por último, comentar que sólo hay un paciente de cada uno de los grupos consumidor de cannabis.

PROMEDIO CONSUMO DIARIO DE	G. CASO				G. COMPARACIÓN				SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	Nt	Nc	MEDIA*	D.S.	Nt	Nc	MEDIA*	D.S.	F	P
ALCOHOL	13	7	4,42	1,47	13	5	3,26	3,53	10,656	0,009
BZD	13	0	0	0	13	3	2,35	2,04	-	-
CANNABIS	13	1	0,7	0	13	1	0,43	0	-	-

Tabla n° 69.- Consumo de alcohol y otras drogas entre los que iniciaron tratamiento por consumo de alcohol

Nt: muestra total entrevistada; Nc: muestra de consumidores de esa sustancia; \*: media de consumo diario entre los consumidores

### Consumo de Sustancias en los Tratados por Consumo de Heroína

Ningún paciente de la muestra caso refirió estar consumiendo heroína durante el mes anterior a la realización de la entrevista de seguimiento frente a 1 paciente de la muestra de comparación (tabla 70). El promedio de consumo de heroína del paciente que consumía del grupo comparación era de 2 dosis al día.

	CASO		COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	N <sub>1</sub>	%	N <sub>2</sub>	%	Chi	p
HEROINA						
Consume	0	0	1	3,57	-	-
No consume	28	100	27	96,43		

Tabla n° 70.- Consumidores de heroína entre pacientes que iniciaron tratamiento para problemas de heroína

Al analizar el consumo actual de otras sustancias entre los pacientes que demandaron tratamiento para su adicción a la heroína encontramos que los pacientes del grupo caso tenían un promedio de consumo diario de alcohol mas elevado que sus pares del grupo de comparación (3,85 UBE/día frente a 3,22 UBE/día; aunque la diferencia no es estadísticamente significativa). El consumo de BZD entre los pacientes heroínómanos del grupo de comparación que las toman es significativamente mayor que el de los pacientes que terminaron con A.T.G. También encontramos un menor consumo de cocaína en este grupo de pacientes, aunque la diferencia con el grupo de comparación no resulta, en este caso, estadísticamente significativa (tabla 71).

PROMEDIO CONSUMO DIARIO DE	G. CASO				G. COMPARACIÓN				SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	Nt	Nc	MEDIA*	D.S.	Nt	Nc	MEDIA*	D.S.	F	P
ALCOHOL	28	19	3,85	3,72	28	19	3,22	2,55	3,137	0,08
HEROÍNA	28	0	0	0	28	1	2	0	-	-
BZD	28	3	0,38	0,5	28	11	2,76	2,66	5,176	0,04
COCAÍNA	28	4	0,49	0,37	28	4	2,85	3,01	4,799	0,07
CANNABIS	28	11	2,13	2,04	28	11	2,37	2,19	0,16	0,693
HEROÍNA Y COCAÍNA	28	0	-	-	28	3	0,14	0,13	-	-

Tabla n° 71.- Consumo de alcohol y otras drogas entre los que iniciaron tratamiento por consumo de heroína

Nt: muestra total entrevistada; Nc: muestra de consumidores de esa sustancia; \*: media de consumo diario entre los consumidores

#### Consumo Sustancias en los Tratados por Consumo de Benzodicepinas

Solamente se ha podido entrevistar a un paciente que demandó tratamiento para su consumo de BZD y que terminó con A.T.G. No ha sido posible realizar comparaciones estadísticas.

#### Consumo Sustancias en los Tratados por Consumo de Cocaína

Se han entrevistado 6 pacientes que demandaron tratamiento para sus problemas de consumo de cocaína (3 del grupo caso y 3 del de comparación. Los 3 pacientes del grupo comparación refirieron encontrarse en abstinencia de Cocaína, frente a 2 del grupo caso. El escaso número de pacientes entrevistados determina la dificultad para realizar la comparación estadística (tabla 72).

	CASO		COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	N <sub>1</sub>	%	N <sub>2</sub>	%	Chi	p
COCAÍNA						
Consume	2	66,67	0	0	-	-
No consume	1	33,33	3	100		

Tabla n° 72.- Consumidores de cocaína entre pacientes que iniciaron tratamiento para problemas de cocaína

Con respecto al consumo de otras sustancias, los cocainómanos que habían tenido un A.T.G. consumían mayor cantidad de alcohol (9,16 UBE/día frente a 5,5 UBE/día) que los pacientes del grupo comparación. Las diferencia encontrada es estadísticamente significativa (tabla 73).

PROMEDIO CONSUMO DIARIO DE	G. CASO				G. COMPARACIÓN				SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	Nt	Nc	MEDIA*	D.S.	Nt	Nc	MEDIA*	D.S.	F	P
ALCOHOL	3	2	9,16	11,07	3	2	5,5	4,94	27	<0,0001
COCAÍNA	3	2	0,41	0,11	3	0	0	0	-	-
CANNABIS	3	1	3	-	3	2	0,15	0,02	-	-

Tabla n° 73.- Consumo de alcohol y otras drogas entre los que iniciaron tratamiento por consumo de cocaína

Nt: muestra total entrevistada; Nc: muestra de consumidores de esa sustancia; \*: media de consumo diario entre los consumidores

### Consumo Sustancias en los Tratados por Consumo Derivados del Cannabis

Se han podido entrevistar 21 pacientes que accedieron a tratamiento por problemas de consumo de cannabis (14 del grupo caso y 7 del grupo de comparación) siendo las proporciones de consumidores idénticas en ambos grupos (tabla 74)

	CASO		COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	N <sub>1</sub>	%	N <sub>2</sub>	%	Chi	p
CANNABIS						
Consume	8	57,14	4	57,14	0	1
No consume	6	42,86	3	42,86		

Tabla n° 74.- Consumidores de cannabis entre pacientes que iniciaron tratamiento para problemas de cannabis

PROMEDIO CONSUMO DIARIO DE	G. CASO				G. COMPARACIÓN				SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	Nt	Nc	MEDIA*	D.S.	Nt	Nc	MEDIA*	D.S.	F	P
ALCOHOL	14	13	3,07	2,7	7	4	0,71	0,46	6,930	0,01
HEROÍNA	14	0	0	0	7	1	7	0	-	-
BZD	14	2	0,08	0,02	7	0	0	0	-	-
COCAÍNA	14	2	1,3	1,6	7	0	0	0	-	-
CANNABIS	14	8	3,29	2,4	7	4	4	4,08	1,155	0,308
CRACK	14	1	0,16	0	7	0	0	0	-	-

Tabla n° 75.- Consumo de alcohol y otras drogas entre los que iniciaron tratamiento por consumo de cannabis

Nt: muestra total entrevistada; Nc: muestra de consumidores de esa sustancia; \*: Media de consumo diario entre los consumidores

Entre los consumidores de cannabis, el consumo de alcohol de los que pertenecen al grupo caso es significativamente mayor, que el del grupo de comparación (tabla 75). Con respecto al resto de sustancias consumidas no se han encontrado diferencias significativas. Lo más llamativo de este análisis es que había un paciente que inició tratamiento por consumo de cannabis que en el momento del seguimiento declaró estar consumiendo heroína.

#### Consumo Sustancias en los Tratados por Consumo de Heroína y Cocaína

No se ha podido entrevistar en el grupo caso a ninguno de los pacientes que iniciaron tratamiento para esta adicción. Los dos pacientes entrevistados pertenecen al grupo de comparación y ambos declararon continuar consumiendo las sustancias.

#### Estimación del consumo de sustancias en la población en estudio

Resulta evidente que el escaso número de individuos entrevistados en el seguimiento (sólo un 29,5 % de la muestra prevista) impide poder realizar una inferencia de los resultados obtenidos sobre la población en estudio. Sin embargo, es posible hacer una inferencia basada en el peor de los casos, definiendo esta situación como aquella en la que los pacientes que están en abstinencia entre los entrevistados sean los únicos que están en abstinencia en el conjunto de la muestra. Es decir, el numerador de esta operación son los entrevistados que no consumen, pero en lugar de ubicar en el denominador a los entrevistados, vamos a ubicar al conjunto de los pacientes que estaban previstos para ser entrevistados y de la mayor parte de los cuales desconocemos su situación con respecto al consumo, pero asumiendo que pudieran estar consumiendo. Probablemente esta estimación sea peor que la real, pero dadas las dificultades que hemos mencionado anteriormente nos parece más cautelosa. Los resultados se muestran en la tabla 76.

Al distribuir la muestra global entre los grupos caso y comparación, no aparecen diferencias estadísticamente significativas en las proporciones de abstinencia alcanzadas para cada droga en cada uno de los grupos.

Tabla n° 76.-  
Distribución de muestras en relación al consumo/abstinencia actual. Estimación basada en el peor de los casos

DROGA	MUESTRA PREVISTA	ENTREVISTADOS	PROPORCIÓN DE ENTREVISTADOS	ABSTINENCIA ENTRE ENTREVISTADOS	PROPORCIÓN DE ABSTINENCIA EN LA MUESTRA
HEROÍNA	176	56	31,8	55	31,25
COCAÍNA	34	6	17,64	3	8,82
CANNABIS	112	21	18,75	9	8,03
ALCOHOL	64	26	40,62	15	23,43

#### 4.2.2 Prácticas de riesgo

El Maudsley Addiction Profile (MAP) evalúa las conductas de riesgo para transmisión de enfermedades contagiosas a través del uso de la vía intravenosa y de las relaciones sexuales sin protección. Dentro del grupo de pacientes que tuvo A.T.G., todas las variables estudiadas puntuaron 0 salvo en el número de personas con que se mantiene un coito sin utilizar preservativo. Sin embargo los pacientes del grupo comparación tuvieron mayor promedio de veces que utilizaban vía intravenosa y que tuvieron relaciones sexuales sin preservativo (diferencias estadísticamente significativas ambas), así como un promedio mayor de relaciones con mas personas sin utilizar el preservativo, que los pacientes del grupo caso (tabla 77).

VARIABLE	GRUPO CASO		GRUPO COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
	Np	MEDIANA	Np	MEDIANA	P
Nº inyecciones ultimo mes	0	0	1	1	-
Nº inyecciones en un día tipo	0	0	1	1	-
Nº veces comparte aguja	0	0	0	0	-
Coito no protegido ultimo mes	0	0	9	9	-
Nº personas relaciones sexuales sin preservativo	4	2	8	2	0,547

Tabla nº 77.-

Conductas de riesgo en el momento del seguimiento

*Np: pacientes que presentan la conducta*

#### 4.2.3 Estado de salud física

El MAP evalúa el estado de salud de los pacientes entrevistados a través de la presencia/ausencia de 24 síntomas durante algún día del mes anterior a la entrevista. Los problemas presentados por mas pacientes son rinorrea, tos persistente, problemas de memoria y trastornos del sueño (21, 19, 18 y 15 pacientes, respectivamente)(ver tabla 78). El rango de días durante el mes en que aparecen los síntomas varía entre 0 y 30, siendo los pacientes que presentan trastornos del sueño los que declaran haber tenido este problema mas días durante el mes (ver la distribución en la tabla 78). En el grupo de comparación encontramos una distribución similar en la proporción de pacientes que manifestaban haber padecido síntomas físicos, excepto los que vienen reflejados en la tabla 79. Podemos comprobar que los problemas para dormir, el dolor torácico, los problemas de memoria y las parestesias son referidas por mas pacientes del grupo de comparación.

Además, al analizar las diferencias en el promedio de días en que se han padecido los síntomas físicos entre los dos grupos en estudio, encontramos que los pacientes que terminaron con A.T.G. tienen promedios significativamente mayores de días en que han sentido tos persistente,

fatiga y cansancio físico, sudor, náuseas, problemas de memoria y temblores. No obstante, el número de sujetos que presentan estos síntomas en ambas submuestras es bastante exiguo (entre 2 y 5 pacientes) excepto para los síntomas tos persistente (19 pacientes) y problemas de memoria (18 pacientes).

N° DE DÍAS CON	GRUPO CASO			GRUPO COMPARACIÓN			SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	Np	MEDIA	D.S.	Np	MEDIA	D.S.	F	P
Poco apetito	9	18,11	11,74	13	23,07	9,57	1,289	0,27
Dolor de garganta	13	9,46	5,69	9	15,22	11,7	8,91	0,007
Rinorrea	21	12,04	8,1	12	16,58	12,27	8,148	0,008
Trastornos del sueño	15	27,6	7,18	24	21,41	11,56	2,797	0,103
Tos persistente	19	22,63	8,93	12	16,83	12,29	4,307	0,047
Fatiga/cansancio	5	30	0	9	16,44	11,52	17,346	0,001
Sudor	2	30	0	6	9,83	6,7	6,283	0,046
Náuseas	5	15,2	14,30	2	1,5	0,7	7,793	0,038
Vómitos	3	30	0	2	7	8,48	-	-
Dolor de estómago	12	25,25	11,09	14	25,57	8,34	0,414	0,526
Diarrea	1	2	0	4	2,25	1,25	-	-
Dolor torácico	2	21,5	12,02	8	12,25	10,3	0	0,986
Dificultad respiratoria	13	26,30	8,20	20	22,5	8,38	1,241	0,274
Taquicardia	4	20,75	13,2	7	16,14	13,7	0,462	0,514
Dolor óseo o articular	9	25,22	9,74	12	22,16	9,37	0,032	0,860
Dolor muscular	13	25,84	10,13	12	17,58	12,04	2,860	0,104
Cefalea	11	22,63	10,48	17	13,58	10,79	0,023	0,881
Amnesia	18	26,61	7,39	27	20,37	10,96	15,579	<0,0001
Hormigueos	1	4	0	8	16,12	13,02	-	-
Ataques/síncope	1	2	0	0	0	0	-	-
Temblo/agitación	3	27	5,19	5	11,0	13,28	6,877	0,039
Lagunas de memoria	3	18	14,4	6	13,16	10,90	0,278	0,614
Dificultad para inyectarse	0	0	0	0	0	0	0	0
Abscesos/infecciones	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla n° 78.- Estado de salud física en el momento del seguimiento

*Np: pacientes que presentan el síntoma*

	CASO		COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	N	%	N	%	Chi	p
<b>TRASTORNOS DEL SUEÑO</b>						
Presenta	14	24,1	24	45,3	5,5	0,019
No Presenta	44	75,9	29	54,7		
<b>DOLOR TORÁCICO</b>						
Presenta	2	3,4	8	15,1	4,7	0,03
No presenta	57	96,6	45	84,9		
<b>PROBLEMAS DE MEMORIA</b>						
Presenta	18	30,5	27	50,9	4,85	0,028
No presenta	41	69,5	26	49,1		
<b>HORMIGUEOS, ADORMECIMIENTO</b>						
Presenta	1	1,7	8	15,1	6,78	0,009
No presenta	58	98,3	45	84,9		

Tabla n° 79.- Comparación de proporciones de individuos que presentan síntomas físicos en el momento del seguimiento, en el conjunto de la muestra

#### 4.2.4. Salud psíquica

La distribución del promedio diario de síntomas psicológicos que tienen los pacientes entrevistados durante el mes anterior a la entrevista muestra que los que tuvieron un A.T.G. exhibían un promedio bajo de clínica de malestar psicológico. Las quejas más frecuentes consistían en sentirse nerviosos (40 pacientes, un promedio de 3,3 días al mes) y solos (24 pacientes un promedio de 4,37 días al mes). En la muestra comparación la frecuencia es un poco más alta en todos los síntomas evaluados y esto hace que las diferencias con la muestra comparación sean estadísticamente significativas. Es decir, el malestar psicológico de la muestra comparación es significativamente mayor que el de los pacientes del grupo caso (tabla 80). Únicamente hemos encontrado una diferencia entre las proporciones de individuos de uno y otro grupo que presentan el síntoma “Tensión nerviosa” (tabla 81). Solamente un 47,5 % de los pacientes que terminaron el tratamiento con un A.T.G. habían manifestado sentir “tensión nerviosa”, frente al 66 % de los pacientes del grupo de comparación. La distribución del número de pacientes que presentan síntomas psicológicos es similar en ambas submuestras.

DIAS QUE SE HA SENTIDO	GRUPO CASO			GRUPO COMPARACIÓN			SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	Np	MEDIA	D.S.	Np	MEDIA	D.S.	F	P
Tenso	28	2,21	0,78	35	4,77	5,77	17,185	<0,0001
Asustado	21	2,14	0,72	19	5,36	8,24	12,149	<0,0001
Miedo	13	2,15	0,98	13	4,92	7,93	5,042	0,03
Nerviosismo	40	3,3	4,42	37	5,91	8,13	10,5	0,002
Pánico	2	1,5	0,7	4	11,25	13,04	2,639	0,180
Desesperanza	25	2,24	1,12	20	7,8	10,38	28,23	<0,0001
Desvalorizado	22	2,09	1,01	19	7,57	10,54	27,42	<0,0001
Desinterés	21	2,19	1,2	19	8,15	10,38	25,58	<0,0001
Soledad	24	4,37	5,92	26	8	10,98	10,66	0,002
Suicidio	2	1,5	0,7	3	20,66	16,16	8,84	0,059
Paranoia	1	2	0	4	9,25	13,88	-	-
Alucinaciones	1	2	0	0	0	0	-	-

Tabla n° 80.- Estado de salud psíquica

VARIABLES	CASO		COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	N <sub>1</sub>	%	N <sub>2</sub>	%	Chi	p
TENSIÓN NERVIOSA						
Presenta	28	47,5	35	66	3,917	0,048
No Presenta	31	52,5	18	34		

Tabla n° 81.- Comparación de proporciones de individuos que presentan síntomas psíquicos en el momento del seguimiento, en el conjunto de la muestra

#### 4.2.5. Funcionamiento personal/social

El MAP evalúa este área a través de tres grupos de variables: 1) donde está viviendo el paciente en el momento en que se realiza el seguimiento y cuanto tiempo lleva viviendo en esa situación; 2) las circunstancias y la actividad laboral y ocupacional y 3) las relaciones familiares y sociales, durante el mes anterior a la realización de la entrevista.

La mayoría de los pacientes viven en una casa, bien propia o alquilada, llevan un promedio de 14,54 años viviendo en esa dirección y trabajan aproximadamente la mitad del mes (tabla 82). No podemos comentar su nivel de conflictividad familiar y social porque no tenemos datos de com-

paración con muestras poblacionales normalizadas. La distribución de estas variables en la muestra comparación es similar a la de la muestra caso, excepto en tres variables (ver tabla 83). En el grupo caso hay una mayor proporción de pacientes que han vivido durante el último mes en su casa y una menor proporción de pacientes en contacto con su familia.

NOCHES EN	GRUPO CASO			GRUPO COMPARACIÓN			SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	Np	MEDIA	D.S.	Np	MEDIA	D.S.	F	P
Casa propia	59	28,7	3,5	45	27,6	5,53	5,098	0,026
Otras casas	3	3	2,6	11	21,18	10,88	7,226	0,020
Hotel/hostal	1	7	0	0	0	0	-	-
En la calle	0	0	0	0	0	0	-	-
Prisión/comisaría	0	0	0	0	0	0	-	-
Hospital/residencia terapéutica	1	20	0	1	1	0	-	-
Tiempo en dirección actual	58	15,12	11,74	48	16,39	13,20	2,58	0,111
DIAS QUE HA:								
Trabajado	33	23,69	8,8	28	24,53	7,71	2,387	0,128
Perdido por ausencia	3	12,6	15	0	0	0	-	-
Trabajo voluntario	8	16,12	13,36	2	30	0	7,676	0,024
Cursos formación	4	17,75	12,12	1	20	0	-	-
Cuidando personas	4	30	0	7	20,57	11,81	106	<0,0001
Sin trabajo	31	24,67	8,47	31	27,03	6,94	3,13	0,082
En contacto con pareja	31	29,32	3,77	24	28,75	4,27	1,032	0,314
En contacto con familia	24	29,62	1,83	36	28,44	5,31	4,504	0,038
En contacto hijos hasta 18 años	7	30	0	9	26,7	9,66	4	0,065
En contacto con amigos	11	25,45	6,89	9	16,33	11,56	5,270	0,034
En conflicto con pareja	16	24,0	9,79	18	18,55	9,62	0,248	0,622
En conflicto con familia	19	25,31	8,09	23	16,26	10,76	2,116	0,154
En conflicto hijos hasta 18 años	7	26,57	6,1	3	12	15,71	7,194	0,028
En conflicto con amigos	1	14,0	0	2	4,5	4,94	-	-
En prostitución	0	0	0	1	10	0	-	-
En mendicidad	0	0	0	1	30	0	-	-

Tabla n° 82.- Funcionamiento personal/social en el conjunto de la muestra.

Np: pacientes que presentan la variable medida; \* En años.

Al comparar los promedios de días que los pacientes han puntuado en cada variable entre la muestra caso y la de comparación hemos encontrado diferencias significativas en las siguientes variables: los pacientes con A.T.G. viven mas días en su propia casa, dedican mas días a trabajo voluntario y tienen un promedio mayor de días de trabajo perdidos por absentismo, están mas días al mes en contacto con amigos y tienen una media mayor de conflictos con hijos menores de 18 años (tabla 82). Los pacientes que no tuvieron A.T.G., viven mas días en casas diferentes a la suya propia, pierden menos días de trabajo por absentismo y tienen menos conflictividad con hijos de hasta 18 años (tabla 82).

	CASO		COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	N	%	N	%	Chi	p
ULTIMO MES VIVIDO EN CASA PROPIA						
SI	59	100	45	84,9	7,45	0,001
NO	0	0	8	15,1		
ULTIMO MES VIVIDO EN OTRAS CASAS						
SI	3	5,08	11	20,75	4,92	0,02
NO	56	84,92	42	79,25		
DIAS EN CONTACTO CON LA FAMILIA						
SI	24	40,67	36	67,92	8,26	0,004
NO	35	59,33	17	32,08		

Tabla nº 83.- Comparación de proporciones de individuos que presentan síntomas físicos en el momento del seguimiento, en el conjunto de la muestra

#### 4.2.6. Actividades delictivas

Se ha medido a través del promedio de días en que el paciente ha cometido un tipo de delito determinado durante el mes anterior a la realización de la entrevista. Puede afirmarse que la muestra entrevistada no refiere una llamativa actividad ilegal. Quizás ello coincida con que tam-

DIAS QUE HA COMETIDO	GRUPO CASO			GRUPO COMPARACIÓN			SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	Np	MEDIA	D.S.	Np	MEDIA	D.S.	F	P
Hurtos domésticos	0	0	0	1	10	0	-	-
Robo en tiendas	0	0	0	1	10	0	-	-
Alterar orden público	0	0	0	1	1	0	-	-

Tabla nº 84.- Actividades ilegales

poco el consumo de sustancias ilegales era especialmente grave entre los pacientes. No obstante, y por dejar constancia de este resultado, sólo hemos encontrado un paciente en cada una de las categorías de los siguientes delitos: hurtos domésticos, robo en tiendas y alteración del orden público. Esos pacientes pertenecen todos al grupo de comparación. No se ha podido realizar estimación estadística de la diferencia al ser tan escasos los individuos que puntuaban en estas variables (tabla 84).

#### 4.3.- DESCRIPTIVO DE LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO EXCLUYENDO A LOS PACIENTES QUE ACCEDIERON AL PROGRAMA DE REMISIÓN DE SANCCIONES ADMINISTRATIVAS

	CASO		COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	N <sub>1</sub>	%	N <sub>2</sub>	%	Chi	p
<b>ALCOHOL</b>						
Consume	30	65,21	32	64	0,016	0,901
No consume	16	34,79	18	36		
<b>HEROÍNA</b>						
Consume	0	0	2	4	1,879	0,17
No consume	46	100	48	96		
<b>BZD</b>						
Consume	6	13,04	14	28	3,2	0,071
No consume	40	86,96	36	72		
<b>COCAÍNA</b>						
Consume	6	13,04	5	10	0,219	0,640
No consume	40	86,96	45	90		
<b>CRACK</b>						
Consume	1	2,17	2	4	0,264	0,607
No consume	45	97,83	48	96		
<b>CANNABIS</b>						
Consume	14	30,43	20	40	0,958	0,328
No consume	32	69,57	30	60		
<b>HEROÍNA Y COCAÍNA</b>						
Consume	0	0	3	6	2,849	0,091
No consume	46	100	47	94		

Tabla nº 85.- Consumo de sustancias de la muestra excluyendo los que acceden al programa de remisión de sanciones administrativas en el momento del seguimiento

### 4.3.1. Consumo de sustancias

De los 59 pacientes del grupo caso que fueron localizados y entrevistados, 46 iniciaron tratamiento para su deshabituación de drogas sin estar sujetos al programa de remisión de sanciones administrativas. En el grupo de comparación, fueron 50 los que cumplían con esta condición.

En la tabla 85 se describe el comportamiento de la muestra con respecto al consumo de sustancias. Puede apreciarse en dicha tabla que las diferencias de proporciones de consumidores en los grupos estudiados no difieren estadísticamente y además, tampoco hay diferencias sustanciales con la distribución correspondiente al conjunto de la muestra que puede verse en la tabla 66.

Con respecto al promedio diario de consumo declarado de sustancias, nuevamente corroboramos que el consumo de alcohol y de derivados del cannabis es alto en ambas submuestras, aunque mayor en el grupo de pacientes que terminaron con A.T.G. El uso de otras sustancias tiende a ser bajo en las dos grupos aunque mas alto en los pacientes que forman parte del grupo de comparación, de forma que el consumo de BZD y de cocaína es significativamente mayor en los pacientes que no terminaron con A.T.G. (ver tabla 86).

PROMEDIO CONSUMO DIARIO DE	G. CASO				G. COMPARACIÓN				SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	Nt	Nc	MEDIA*	D.S.	Nt	Nc	MEDIA*	D.S.	F	P
ALCOHOL	46	30	4,92	5,33	50	31	2,93	2,72	4,95	0,03
HEROÍNA	46	0	-	-	50	2	3,5	4,94	-	-
BZD	46	6	0,71	1,18	50	14	2,67	2,47	4,41	0,05
COCAÍNA	46	6	0,466	0,29	50	5	2,3	2,88	9,23	0,01
CRACK	46	1	0,6	0	50	2	1,1	0,84	-	-
CANNABIS	46	14	3,37	5,13	50	20	2,57	2,74	0,94	0,339
HEROÍNA Y COCAÍNA	46	0	-	-	50	3	0,144	0,13	-	-

Tabla n° 86.- Distribución de la muestra en relación al promedio declarado de consumo diario de sustancias durante el último mes, entre los consumidores excluyendo a los de remisión de sanciones administrativas

Nt: muestra total entrevistada; Nc: muestra de consumidores de esa sustancia; \*: media de consumo diario entre los consumidores

Hemos de aplicar aquí las mismas conclusiones extraídas para la muestra en su conjunto: los pacientes del grupo caso que beben consumen un promedio significativamente mayor de alcohol

que sus homólogos del grupo de comparación, y los pacientes de este subgrupo tienden a mostrar niveles significativamente mas altos de consumo de cocaína y benzodicepinas.

El análisis del consumo de sustancias entre los pacientes tratados por cada una de las drogas no es diferente del descrito en el apartado 4.2.1. por lo que no se repite aquí. La estimación del consumo de sustancias en la población en estudio es la reflejada en la tabla 71, con excepción del cannabis. Dado el bajo número de individuos en la muestra de consumidores de cannabis que accedieron a tratamiento sin el condicionante de estar sometidos al programa de remisión de sanciones administrativas (1 paciente del grupo caso y 4 pacientes del grupo de comparación) no nos parece adecuado realizar una estimación de resultados en la población en estudio.

#### 4.3.2.Prácticas de riesgo

Como se aprecia en la tabla 87 las practicas de riesgo referidas por los pacientes que terminaron su tratamiento con un A.T.G. son prácticamente inexistentes, y aunque en el grupo de comparación hay algún paciente que ha declarado tener practicas de riesgo, no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

VARIABLE	GRUPO CASO		GRUPO COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
	Np	MEDIANA	Np	MEDIANA	P
Nº inyecciones ultimo mes	0	0	1	1	-
Nº inyecciones en un día tipo	0	0	1	1	-
Nº veces comparte aguja	0	0	0	0	-
Coito no protegido ultimo mes	0	0	7		-
Nº personas relaciones sexuales sin preservativo	1	-	6		0,547

Tabla nº 87.- Conducta de riesgo en el momento del seguimiento

*Np: pacientes que presentan la conducta*

#### 4.3.3.Estado de salud física

En primer lugar hay que constatar las escasas diferencias encontradas cuando estudiamos este grupo de pacientes con respecto a la muestra en su conjunto. Las proporciones de pacientes que presentan síntomas en el grupo de pacientes que terminaron con A.T.G. y en el grupo de comparación son similares excepto en los síntomas que aparecen en la tabla 88. Los pacientes del

grupo caso presentaban con menos frecuencia trastornos del sueño, problemas de memoria y parestesias, que el grupo de comparación.

	CASO		COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	N <sub>1</sub>	%	N <sub>2</sub>	%	Chi	p
TRASTORNOS DEL SUEÑO						
Presenta	10	22,2	24	48	6,848	0,009
No Presenta	35	77,8	26	52		
PROBLEMAS DE MEMORIA						
Presenta	11	23,9	26	52	7,97	0,005
No presenta	35	76,1	24	48		
HORMIGUEOS, ADORMECIMIENTO						
Presenta	1	2,2	8	16	5,39	0,02
No presenta	45	97,8	42	84		

Tabla n° 88.- Comparación de proporciones de individuos que presentan síntomas físicos en el momento del seguimiento, excluyendo los que accedieron al programa de remisión de sanciones administrativas

Con respecto al promedio de días que presentan los síntomas estudiados, la muestra sigue básicamente el mismo perfil descrito en el Estado de Salud Física de la muestra en su conjunto (ver tabla 89 y comparar con tabla 78).

N° DE DÍAS CON	GRUPO CASO			GRUPO COMPARACIÓN			SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	Np	MEDIA	D.S.	Np	MEDIA	D.S.	F	P
Poco apetito	8	19,87	11,20	13	23,07	9,57	0,344	0,565
Dolor de garganta	9	9,66	5,93	7	13,42	11,9	4,47	0,053
Rinorrea	16	11,62	7,38	10	15,60	12,71	12,58	0,002
Trastornos del sueño	11	27,54	8,14	24	21,41	11,56	6,694	0,014
Tos persistente	14	23,57	8,91	11	15,63	12,13	2,251	0,147
Fatiga/cansancio	4	30,0	0	9	16,44	11,52	13,69	0,003
Sudor	2	30,0	0	6	9,83	6,7	6,28	0,046
Nauseas	4	18,50	14,15	2	1,5	0,7	8,96	0,04
Vómitos	3	30,0	0	2	7	8,48	-	-
Dolor de estómago	10	27,2	8,85	14	25,27	8,34	0,267	0,611

N° DE DÍAS CON	GRUPO CASO			GRUPO COMPARACIÓN			SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	Np	MEDIA	D.S.	Np	MEDIA	D.S.	F	P
Diarrea	0	-	-	4	2,25	1,25	-	-
Dolor torácico	2	21,5	12,02	8	12,25	10,30	0	0,98
Dificultad respiratoria	10	27,7	7,27	20	22,5	8,38	3,8	0,06
Taquicardia	4	20,25	13,20	7	16,14	13,70	0,462	0,514
Dolor óseo o articular	9	25,22	9,74	11	21,45	9,49	0,02	0,889
Dolor muscular	12	25,5	10,50	11	16,45	11,95	1,703	0,206
Cefalea	11	19,87	11,17	15	14,73	10,91	0,245	0,626
Amnesia	1	28,09	5,14	26	20	11	26,37	<0.0001
Hormigueos	1	4	-	8	16,12	13,02	-	-
Ataques/síncope	3	2	0	0	0	0	-	-
Temblor/agitación	3	27,0	5,19	5	11	13,28	6,877	0,039
Lagunas de memoria	2	26,0	5,65	6	13,16	10,90	1,130	0,329
Dificultad para inyectarse	0	0	0	0	0	0	0	0
Abscesos/infecciones	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla n° 89.- Estado de salud física en el momento del seguimiento excluyendo a los pacientes que accedieron para remisión de una sanción administrativa

*Np: pacientes que presentan el síntoma*

#### 4.3.4. Estado de salud psíquica

Tampoco en este apartado hemos encontrado diferencias significativas entre el comportamiento de la muestra global y el de la muestra cuando se le sustraen los pacientes que accedieron para remisión de una sanción administrativa. La tabla 90, como puede comprobarse, no difiere sustancialmente de la tabla 80, y por tanto corrobora la impresión de que los pacientes que no terminaron con A.T.G. tienen una mayor media de días que experimentan síntomas de discomfort psíquico frente a los pacientes que si terminaron con A.T.G.

DIAS QUE SE HA SENTIDO	GRUPO CASO			GRUPO COMPARACIÓN			SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	Np	MEDIA	D.S.	Np	MEDIA	D.S.	F	P
Tenso	23	2,13	0,8	34	4,88	5,82	15,10	<0.0001
Asustado	15	2,2	0,8	18	5,55	8,43	8,73	0,006
Miedo	11	2,18	1,07	12	5,25	8,19	4,49	0,046
Nerviosismo	31	3,54	24,97	36	6,02	8,22	7,46	0,008
Pánico	1	2	-	4	11,25	13,04	-	-
Desesperanza	19	2,26	1,19	20	7,8	10,38	21,05	<0.0001
Desvalorizado	17	2,29	1,04	19	7,57	10,54	20,66	<0.0001
Desinterés	16	2,37	1,31	18	8,5	10,57	20,34	<0.0001
Soledad	20	4,85	6,40	25	8,2	11,16	8,42	0,006
Suicidio	1	2,00	-	3	20,6	16,16	-	-
Paranoia	1	2,00	-	4	9,25	13,8	-	-
Alucinaciones	1	2,00	-	0	0	-	-	-

Tabla n° 90.- Estado de salud psíquica de la muestra excluyendo a los pacientes que accedieron para remisión de una sanción administrativa - Np: pacientes que presentan el síntoma

#### 4.3.5. Funcionamiento personal/social

Básicamente la distribución de las variables que miden el funcionamiento personal y social del grupo de pacientes en el que no se incluyen a los que accedieron para remisión de sanciones administrativas (ver tabla 91), sigue el mismo perfil de la muestra global, representado en la tabla 82, por lo que no añadiremos aquí los mismos comentarios que realizamos en el apartado 4.2.5.

NOCHES EN:	GRUPO CASO			GRUPO COMPARACIÓN			SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	Np	MEDIA	D.S.	Np	MEDIA	D.S.	F	P
Casa propia	46	29,21	3,30	42	27,85	5,58	6,709	0,011
Otras casas	1	2	0	10	22,9	9,7	-	-
Hotel/hostal	0	0	0	0	0	0	-	-
En la calle	0	0	0	0	0	0	-	-
Prisión/comisaría	0	0	0	0	0	0	-	-
Hospital/residencia terapéutica	1	20	0	1	1	0	-	-
Tiempo en dirección actual*	46	14,54	12,39	48	16,12	13,42	1,39	0,24

DIAS QUE HA:								
Trabajado	23	24,21	9,16	25	24,8	7,18	2,42	0,12
Perdido por ausencia	2	17,5	17,67	0	-	-	-	-
Trabajo voluntario	8	16,12	13,36	2	30,0	-	7,67	0,024
Cursos formación	1	1	0	1	20,0	-	-	-
Cuidando personas	4	30,0	0	7	20,57	11,81	106,68	<0,0001
Sin trabajo	27	26,0	7,4	31	27,03	6,94	0,440	0,510
En contacto con pareja	24	29,12	4,28	21	28,57	4,55	0,630	0,432
En contacto con familia	20	29,5	2,01	34	28,35	5,45	3,641	0,062
En contacto hijos hasta 18 años	7	30	0	8	26,37	10,25	4,719	0,049
En contacto con amigos	9	24,44	7,28	9	16,33	11,56	3,93	0,068
En conflicto con pareja	13	25,23	8,86	18	18,55	9,62	1,227	0,227
En conflicto con familia	12	25,42	8,34	22	15,63	10,58	1,009	0,323
En conflicto hijos hasta 18 años	7	26,57	6,1	2	15,5	20,5	17,997	0,004
En conflicto con amigos	0	-	-	2	4,5	4,9	-	-
En prostitución	0	-	-	0	-	-	-	-
En mendicidad	0	-	-	0	-	-	-	-

Tabla n° 91.- Funcionamiento personal/social excluyendo los que acceden para remisión de una sanción administrativa. - *Np: pacientes que presentan la variable medida;\* En años.*

#### 4.3.6. Actividades ilegales

Nuevamente en este apartado hemos de comentar que no se han encontrado diferencias en el comportamiento de esta submuestra (tabla 92) con respecto a lo descrito en el apartado 4.2.6. y a la tabla 84.

DIAS QUE HA COMETIDO	GRUPO CASO			GRUPO COMPARACIÓN			SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	Np	MEDIA	D.S.	Np	MEDIA	D.S.	F	P
Hurtos domésticos	0	0	0	1	10	0	-	-
Robo en tiendas	0	0	0	1	10	0	-	-
Alterar orden público	0	0	0	1	1	0	-	-

Tabla n° 92.- Actividades ilegales excluyendo los pacientes que acceden a remisión sanciones administrativas

## 4.2.- DESCRIPCIÓN DE LA ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES QUE ACCEDIERON AL PROGRAMA DE REMISIÓN DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS

### 4.4.1. Consumo de drogas

Dieciséis pacientes que iniciaron el programa de remisión de sanciones administrativas pudieron ser localizados y entrevistados para el seguimiento. De ellos 13 pertenecían a los que terminaron el programa con A.T.G. y 3 al grupo de comparación. El escaso número de individuos en estudio sólo hace posible la descripción de algunas variables registradas con el M.A.P.

A pesar de las diferencias encontradas entre los grupos Caso y Comparación en estudio creemos que no es posible extraer conclusiones determinantes, ya que lo más probable es que los tres pacientes localizados y entrevistados del grupo comparación no sean suficientemente representativos de la muestra a la que pertenecen. No obstante, de los trece pacientes localizados del grupo caso sí destacaríamos el hecho de que refieren mantenerse en abstinencia de cannabis 5, que suponen un 38,47 % del total.

Con respecto al promedio de días de consumo de cada una de esas sustancias, véase la distribución en la tabla 93. Los consumidores de cannabis del grupo caso que continúan fumando en la actualidad tienen un promedio diario de consumo de 3,29 cigarrillos.

PROMEDIO CONSUMO DIARIO DE	G. CASO			G. COMPARACIÓN			SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	Np	MEDIA	D.S.	Np	MEDIA	D.S.	F	P
ALCOHOL*	12	3,25	2,84	1	0,2	-	-	-
BZD	2	0,08	0,02	0	-	-	-	-
COCAÍNA	2	1,33	1,64	0	-	-	-	-
CRACK	1	0,16	-	-	-	-	-	-
CANNABIS	8	3,29	2,42	0	-	-	-	-

Tabla n° 93.- Distribución de la muestra en relación al promedio declarado de consumo de sustancias

\* Unidades de Bebida estándar; - Np: pacientes que consumen

#### 4.4.2.Prácticas de riesgo

Los pacientes entrevistados sólo declaran conductas de riesgo a través de las relaciones sexuales, siendo escaso el número de pacientes que las refieren. Las diferencias entre submuestras no se pueden analizar por la insuficiencia de individuos en estudio (tabla 94).

VARIABLE	GRUPO CASO		GRUPO COMPARACIÓN		SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
	Np	MEDIANA	Np	MEDIANA	P
Coito no protegido ultimo mes	2	1	2	2	-
Nº personas relaciones sexuales sin preservativo	1	2	0	0	-

Tabla nº 94.- Conductas de riesgo en el momento del seguimiento de los pacientes que accedieron para remisión de una sanción administrativa - *Np: pacientes que presentan la conducta*

#### 4.4.3.Estado de salud física

En la tabla 95 sólo se han reflejado aquellos síntomas de los explorados por el MAP en los que los pacientes han tenido alguna puntuación. Lo mas llamativo son las quejas sobre problemas de memoria, padecidos por 7 pacientes durante una parte importante de días durante el mes an-

Nº DE DÍAS CON	GRUPO CASO			GRUPO COMPARACIÓN			SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	Np	MEDIA	D.S.	Np	MEDIA	D.S.	F	P
Poco apetito	1	4	-	-	-	-	-	-
Dolor de garganta	4	9	5,9	2	21,5	12,02	3,14	0,138
Rinorrea	5	13,4	11,01	2	21,5	12,02	0,0008	0,932
Trastornos del sueño	4	27,7	4,5	0	-	-	-	-
Tos persistente	5	20	9,4	1	30	-	-	-
Fatiga/cansancio	1	30	-	0	-	-	-	-
Dificultad respiratoria	3	21,6	11,15	0	-	-	-	-
Cefalea	3	30	0	2	5	5,6	-	-
Amnesia	7	24,28	10,02	1	30	-	-	-

Tabla nº 95.- Estado de salud física en el momento del seguimiento de los pacientes que accedieron para remisión de una sanción administrativa

*Np: pacientes que presentan el síntoma*

terior a la entrevista, y los trastornos del sueño, que presentan 4 pacientes durante un promedio de 27,7 días. El bajo número de individuos de la muestra de comparación impide poder realizar pruebas estadísticas sobre las diferencias encontradas entre los dos grupos de estudio.

#### 4.4.4. Salud psíquica

La tabla 96 muestra la distribución del promedio de días que los pacientes han experimentado determinado síntoma psicológico durante el mes anterior a la entrevista. Nuevamente hay que comentar que el bajo número de individuos entrevistados dificulta realizar comparaciones estadísticas. No obstante, se aprecia un promedio bajo de días en que los pacientes presentan síntomas. Mas interesante resulta la comparación de esta tabla con la misma referida a la muestra en su conjunto (tabla 80). Los consumidores de cannabis que accedieron al programa de remisión de sanciones administrativas y que fueron entrevistados presentan unos niveles mas bajos de clínica de malestar psicológico cuando se comparan con la muestra en su conjunto.

DIAS QUE SE HA SENTIDO	GRUPO CASO			GRUPO COMPARACIÓN			SIGNIFIC/ ESTADÍS	
	Np	MEDIA	D.S.	Np	MEDIA	D.S.	F	
Tenso	5	2,6	0,54	1	1	0	-	
Asustado	6	2	0	1	2	0	-	
Miedo	2	2	0	1	1	0	-	
Nerviosismo	9	2,44	1,23	1	2	0	-	
Pánico	1	1	0	0	-	-	-	
Desesperanza	6	2,16	0,98	0	-	-	-	
Desvalorizado	5	1,4	0,5	0	-	-	-	
Desinterés	5	1,6	0,5	1	2	0	-	
Soledad	4	2	0	1	3	0	-	
Suicidio	1	1	0	0	-	-	-	
Paranoia	0	-	-	0	-	-	-	
Alucinaciones	0	-	-	0	-	-	-	

Tabla n° 96.- Estado de salud psíquica de la muestra de pacientes que accedieron para remisión de una sanción administrativa

*Np: pacientes que presentan el síntoma*

#### 4.4.5. Funcionamiento personal/social

La mayoría de los pacientes viven en su casa propia o alquilada, llevan un promedio de 16 años viviendo en esa dirección y trabajan aproximadamente algo mas de la mitad del mes (tabla 97).

Los que terminaron con A.T.G. no presentan diferencias significativas con respecto a la muestra de comparación.

NOCHES EN	GRUPO CASO			GRUPO COMPARACIÓN			SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA	
	Np	MEDIA	D.S.	Np	MEDIA	D.S.	F	P
Casa propia	13	27,23	3,98	3	25,33	5,03	0,021	0,888
Otras casas	2	3,5	3,5	1	4	0	-	-
Tiempo en dirección actual*	13	16	9,7	2	6,5	7,7	0,443	0,517
DIAS QUE HA:								
Trabajado	10	22,5	8,2	3	22,3	13,7	2,109	0,174
Perdido por ausencia	1	3	-	0	-	-	-	-
Cursos formación	3	23,3	5,7	0	-	-	-	-
Sin trabajo	3	15,75	11,05	0	-	-	-	-
En contacto con pareja	7	30	0	3	30	0	-	-
En contacto con familia	4	30	0	2	30	0	-	-
En contacto con amigos	2	30	0	1	30	0	-	-
En conflicto con pareja	3	18,6	14,01	0	-	-	-	-
En conflicto con familia	7	25,14	8,2	1	30	0	-	-

Tabla n° 97.- Funcionamiento personal/social de los pacientes que accedieron a tratamiento para remisión de una sanción administrativa - Np: pacientes que presentan la variable medida;\* En años.

#### 4.4.6. Actividades delictivas

La muestra entrevistada no refiere actividad ilegal.

#### Estimación del consumo de cannabis en la población en estudio

Hemos realizado en este grupo de pacientes el mismo tipo de estimación que se ha descrito anteriormente, basada en el peor de los casos. Hemos definido esta situación como aquella en

la que los pacientes que están en abstinencia entre los entrevistados sean los únicos que están en abstinencia en el conjunto de la muestra. Probablemente esta estimación sea peor que la real, pero dadas las dificultades que ya hemos mencionado nos parece mas cautelosa (este cálculo solo se ha realizado para la muestra de pacientes que terminaron con A.T.G.). Los resultados se muestran en la tabla 98.

DROGA	MUESTRA PREVISTA (N)	ENTREVISTADOS (N)	PROPORCIÓN DE ENTREVISTADOS	ABSTINENCIA ENTRE ENTREVISTADOS	PROPORCIÓN DE ABSTINENCIA EN LA MUESTRA
CANNABIS	86	16	18,6	8	9,30

Tabla nº 98.- Consumo/abstinencia de cannabis en el momento actual. Estimación basada en el peor de los casos (incluyendo todos los entrevistados)

## 5.1.- MUESTRA DE PACIENTES QUE ACCEDIERON A TRATAMIENTO, EXCLUYENDO LOS QUE REALIZARÓN PROGRAMA DE REMISIÓN DE SANCCIONES ADMINISTRATIVAS

### 5.- Resultado de los controles toxicológicos de drogas en orina

La muestra que ha sido seguida está formada por 96 pacientes (46 del grupo caso y 50 del grupo comparación). De ellos 26 pacientes eran alcohólicos (13 casos y los mismos de comparación), a los que no se le han solicitado pruebas de orina por dos razones: habitualmente no se analiza el alcohol en orina y por tanto durante su tratamiento no son pacientes a los que se le solicite este tipo de análisis. Los pacientes que tendrían que haber proporcionado control de orina son 70. Sin embargo sólo se han recolectado 55 muestras (78,57 %). En la tabla 99 se distribuyen los pacientes en relación a haber proporcionado una muestra de orina y a su pertenencia al grupo caso o al de comparación. Algunos pacientes rehusaron activamente hacerse el control y otros pusieron una excusa en el momento de tener que proporcionar la muestra y luego no se presentaron a facilitarla. No obstante, el 78,78 % de los entrevistados pertenecientes a la muestra caso lo hicieron y el 78,37 % de los entrevistados del grupo de comparación.

CONTROL DE ORINA	GRUPO CASO		GRUPO COMPARACIÓN				SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
	N	%	N	%	N	%	
LO FACILITAN	26	78,78	29	78,37	55	78,57	Chi=0 P=1
NO LO FACILITAN	7	21,22	8	21,63	15	21,43	
TOTALES	33	100	37	100	70	100	

Tabla n° 99.-

Distribución de los pacientes en relación a haberse realizado o no el control de orina propuesto

Analizaremos seguidamente los resultados encontrados sobre cada una de las sustancias de abuso que se han estudiado a través de la entrevista y a través de las pruebas de orina con el objetivo de validar lo declarado por el paciente en la entrevista.

### *Heroína*

La tabla 100 muestra la distribución encontrada. Puede apreciarse una coincidencia completa entre lo declarado por el paciente en la entrevista y lo encontrado en la orina.

RESULTADO CONTROL ORINA	CONSUMO REFERIDO				TOTAL
	SI		NO		
	N	%	N	%	
POSITIVO	1	100	0	0	1
NEGATIVO	0	0	54	100	54
TOTALES	1	100	54	100	55

Tabla n° 100.- Distribución de los resultados de los análisis de orina a heroína según el consumo declarado por los pacientes

### *Cocaína*

En la Tabla 101 apreciamos que el 100 % de los pacientes que manifestaron no consumir cocaína efectivamente no tenían resultados positivos en orina.

RESULTADO CONTROL ORINA	CONSUMO REFERIDO				TOTAL
	SI		NO		
	N	%	N	%	
POSITIVO	13	100	0	0	13
NEGATIVO	0	0	42	100	42
TOTALES	13	100	42	100	55

Tabla n° 101.- Distribución de los resultados de los análisis de orina a cocaína según el consumo declarado por los pacientes

### *Benzodiazepina*

En la Tabla 102 se presenta la distribución correspondiente a los consumidores de benzodiazepinas. Encontramos que un 11,36 % de pacientes que declararon no estar consumiendo estas sustancias, tenían resultados positivos en orina.

RESULTADO CONTROL ORINA	CONSUMO REFERIDO				TOTAL
	SI		NO		
	N	%	N	%	
POSITIVO	11	100	5	11,36	16
NEGATIVO	0	0	39	88,64	39
TOTALES	11	100	54	100	55

Tabla n° 102.- Distribución de los resultados de los análisis de orina a BZD según el consumo declarado por los pacientes

## Cannabis

La Tabla 103 muestra que el 10,34 % de los que declararon no fumar derivados del cannabis tenían resultados positivos a la sustancia en orina, y un 15,39 % de los que dijeron que la consumían tenían controles negativos. Se abre así la interrogante de la propia confiabilidad en los instrumentos de análisis, ya que resulta muy alta la proporción de falsos negativos.

RESULTADO CONTROL ORINA	CONSUMO REFERIDO				TOTAL
	SI		NO		
	N	%	N	%	
POSITIVO	22	84,61	3	10,34	25
NEGATIVO	4	15,39	26	89,66	30
TOTALES	26	100	29	100	55

Tabla n° 103.- Distribución de los resultados de los análisis de orina a cannabis según el consumo declarado por los pacientes

## Metadona

Entre los pacientes que se entrevistaron para el seguimiento había 11 que se encontraban en ese momento en programa de mantenimiento con metadona. Dentro del screening realizado en las orinas se evaluaron los metabolitos de metadona, de forma que ha sido posible analizar también esta sustancia. En la tabla 104 observamos que había 8 pacientes (18,18 %) que estaban tomando metadona sin estar oficialmente en un programa, y que había 2 pacientes en programa con resultados negativos a metadona, lo cual incrementa nuestro interés sobre el grado de confiabilidad de los instrumentos de análisis.

RESULTADO CONTROL ORINA	CONSUMO REFERIDO				TOTAL
	SI		NO		
	N	%	N	%	
POSITIVO	9	81,81	8	18,18	17
NEGATIVO	2	18,19	36	81,82	38
TOTALES	11	100	44	100	55

Tabla 104.- Distribución de los resultados de los análisis de orina a Metadona según el consumo declarado por los pacientes

## 5.2.- RESULTADOS DE LOS CONTROLES TOXICOLÓGICOS DE DROGAS EN ORINA A LOS PACIENTES QUE REALIZARON EL PROGRAMA DE REMISIÓN DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS POR CANNABIS

La muestra que ha sido seguida está formada por 16 pacientes (13 del grupo caso y 3 del grupo comparación). De los 16 pacientes que tendrían que haber proporcionado control de orina sólo lo han hecho 10 (62,5 %). En la tabla 105 se distribuyen los pacientes en relación a haber proporcionado una muestra de orina y a su pertenencia al grupo caso o al de comparación. Las diferencias no son estadísticamente significativas. Analizaremos seguidamente los resultados encontrados sobre cada una de las sustancias de abuso que se han estudiado a través de la entrevista y a través de las pruebas de orina.

CONTROL DE ORINA	GRUPO CASO		GRUPO COMPARACIÓN				SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
	N	%	N	%	N	%	
LO FACILITAN	9	69,23	1	33,33	10	62,5	Chi=1,34 P=0,1
NO LO FACILITAN	4	30,77	2	66,67	6	37,5	
TOTALES	13	100	3	100	16	100	

Tabla nº 105.-

Distribución de los pacientes en relación a haberse realizado o no el control de orina propuesto

### *Heroína*

La tabla 106 describe la distribución encontrada. Puede apreciarse una coincidencia completa entre lo declarado por el paciente en la entrevista y lo encontrado en la orina.

RESULTADO CONTROL ORINA	CONSUMO REFERIDO				TOTAL
	SI		NO		
	N	%	N	%	
POSITIVO	0	0	0	0	0
NEGATIVO	0	0	10	100	10
TOTALES	0	0	10	100	10

Tabla nº 106.- Distribución de los resultados de los análisis de orina a heroína según el consumo declarado por los pacientes

### *Cocaína*

En la Tabla 107 apreciamos que el 87,5 % de los pacientes que manifestaron no consumir cocaína efectivamente no tenían resultados positivos en orina y que 1 de los dos pacientes que refirieron haber consumido tenía un resultado negativo. En la tabla 108 se ha hecho la misma distribución en relación a la cocaína en forma de crack. El 88,89 % de los que dijeron no haberlo consumido efectivamente resultaron negativos en el control de orina.

RESULTADO CONTROL ORINA	CONSUMO REFERIDO				TOTAL
	SI		NO		
	N	%	N	%	
POSITIVO	1	50	1	12,5	2
NEGATIVO	1	50	7	87,5	8
TOTALES	2	100	8	100	10

Tabla n° 107.- Distribución de los resultados de los análisis de orina a cocaína según el consumo declarado por los pacientes

RESULTADO CONTROL ORINA	CONSUMO REFERIDO				TOTAL
	SI		NO		
	N	%	N	%	
POSITIVO	1	100	1	11,11	2
NEGATIVO	0	0	8	88,89	8
TOTALES	1	100	9	100	10

Tabla n° 108.- Distribución de los resultados de los análisis de orina a cocaína crack según el consumo declarado por los pacientes

### *Benzodicepina*

En la Tabla 109 se presenta la distribución correspondiente al consumo de benzodicepinas. Encontramos que los dos pacientes que reconocieron haberlas tomado no tenían ese resultado en la orina, y si que el 100 % de los que afirmaron no haberla consumido efectivamente tenían controles negativos.

RESULTADO CONTROL ORINA	CONSUMO REFERIDO				TOTAL
	SI		NO		
	N	%	N	%	
POSITIVO	0	0	0	0	0
NEGATIVO	2	100	8	100	10
TOTALES	2	100	8	100	10

Tabla n° 109.- Distribución de los resultados de los análisis de orina a BZD según el consumo declarado por los pacientes

### *Cannabis*

La Tabla 110 muestra que el 50 % de los que declararon no fumar derivados del cannabis tenían resultados positivos a la sustancia en orina, y un 16,67 % de los que dijeron que la consumían tenían controles negativos (falsos negativos).

RESULTADO CONTROL ORINA	CONSUMO REFERIDO				TOTAL
	SI		NO		
	N	%	N	%	
POSITIVO	5	83,33	2	50	7
NEGATIVO	1	16,67	2	50	3
TOTALES	6	100	4	100	10

Tabla n° 110.- Distribución de los resultados de los análisis de orina a cannabis según el consumo declarado por los pacientes

### *Metadona*

En la tabla 111 observamos que el 100 % de los pacientes refieren no consumir metadona y efectivamente tienen ese resultado en el análisis de orina.

RESULTADO CONTROL ORINA	CONSUMO REFERIDO				TOTAL
	SI		NO		
	N	%	N	%	
POSITIVO	0	0	0	0	0
NEGATIVO	0	0	10	100	10
TOTALES	0	0	10	100	10

Tabla n° 111.- Distribución de los resultados de los análisis de orina a metadona según el consumo declarado por los pacientes

### *Cannabis y positivos en orina*

Los tres pacientes localizados y entrevistados del grupo de comparación manifestaron estar en abstinencia de cannabis. Sin embargo dos de ellos tuvieron resultados positivos en orina, por lo que la falta de fiabilidad de lo declarado en este grupo alcanza un alto grado (tabla 112). Del grupo caso había 8 pacientes, de los 13 contactados, que declararon estar consumiendo cannabis (61,53 %), alcanzando los controles positivos en orina al 83,33 %. Hemos de pensar que en esta muestra el grado de sinceridad, al menos en lo relativo al consumo de sustancias, es bastante bajo.

RESULTADO CONTROL ORINA	Grupo caso		Grupo Comparación		TOTAL
	N	%	N	%	
POSITIVO	5	83,33	2	66,67	7
NEGATIVO	1	16,67	1	33,33	2
TOTALES	6	100	3	100	9

Tabla n° 112.- Distribución de los pacientes que consumen cannabis entre los grupos caso y comparación del control de orina

El diseño de este trabajo pretendía responder a tres objetivos: cómo están en el momento del seguimiento los pacientes que terminaron su tratamiento con un Alta Terapéutica General (A.T.G.), quienes son esos pacientes y qué programas y recursos terapéuticos emplearon antes de terminar con el alta. Sin embargo, las dificultades para localizar y obtener colaboración en la entrevista de seguimiento han propiciado que el primero de los objetivos mencionados sólo haya podido ser respondido parcialmente.

En efecto, con respecto a los dos últimos objetivos los registros sobre los que se han trabajado, la Ficha de Información Básica de Admisión a Tratamiento (FIBAT) y el Sistema Provincial de Información en Toxicomanías (SPIT), estaban completados en el 100 % de la muestra seleccionada. Por tanto, el perfil del paciente en el inicio del tratamiento, así como el régimen de utilización de recursos terapéuticos antes del Alta General, pueden ser inferidos a la población de pacientes que obtuvieron un Alta Terapéutica General en el periodo estudiado.

Nuestros resultados coinciden y confirman los hallazgos de otros estudios de seguimiento revisados. En el caso concreto de los consumidores de heroína hemos comprobado que los que tenían un promedio menor de años de consumo antes del tratamiento tenían una evolución mas favorable que los que llevaban mas tiempo consumiéndola, resultados presentados por el seguimiento SROS (1996) y por el meta-análisis de Brewer y cols. (1998). En estos dos trabajos igualmente se constata que la actividad delictiva previa al tratamiento es un indicador de peor evolución, resultado similar al obtenido en nuestra investigación. Mas difícil resulta poder comparar la influencia de la presencia de trastornos psicopatológicos en la evolución postratamiento. La FIBAT sólo registra la presencia/ausencia de clínica psiquiátrica en el momento de la admisión al tratamiento, o entre los antecedentes del paciente, pero no el tipo de trastorno o enfermedad del que había sido diagnosticado o estaba siendo tratado. El dato, por tanto, es inespecífico, aunque valioso. La tendencia general de los estudios revisados (Compton y cols. 2003; Brewer y cols. 1998; Cacciola y cols. 2001) es a confirmar que los pacientes con comorbilidad psiquiátrica tienden a presentar peores evoluciones, y de alguna forma esto es lo que constatamos en nuestros resultados. Con respecto a las conductas de riesgo (compartir útiles de administración parenteral y relaciones sexuales sin preservativos) referidas por el paciente en el momento de iniciar el tratamiento, comprobamos dos hechos importantes: los que tuvieron un A.T.G. se exponían con menor frecuencia a esas situaciones de riesgo y tenían un menor promedio de conductas de riesgo que los pacientes que no terminaron el tratamiento con A.T.G. Todo ello conforma un perfil de persona en el que la adicción no ha logrado que renuncie al control de algunos aspectos de su vida (su situación sociolegal y sus conductas de riesgo) e incluso que haya llegado antes a pensar y desear cambiar su situación (menos años de consumo de heroína).

Con respecto al régimen de utilización de recursos terapéuticos, en nuestro sistema de tratamiento, una vez que el paciente ha sido incorporado al mismo y tras el diseño de un plan terapéutico individualizado, va a disponer de una amplia cartera de recursos que se irán implementando conforme sean requeridos en función de las necesidades que vayan surgiendo. En una situación típica, tomemos como ejemplo una dependencia a heroína, tras su diagnóstico puede optarse por una desintoxicación y posterior tratamiento con antagonistas, o directamente por un mantenimiento con agonistas. Es posible incluso, que alguien que comience por una de estas dos vías, finalmente acabe en la otra. Mas adelante y en el transcurso de su seguimiento podría implementarse, por ejemplo, un periodo de estancia en un recurso residencial o un programa de reinserción social. En la literatura consultada hemos encontrado trabajos que se basan en el análisis y descripción de programas de tratamiento específicos (residenciales, metadona, ambulatorios, etc.). Sin embargo, nuestro servicio de atención a veces se oferta como un programa específico y determinado y en otras ocasiones como una agencia de gestión de programas de tratamiento. De ahí que nos encontremos con dificultades para comparar las variables que hemos analizado en este trabajo con los resultados encontrados en otros estudios de seguimiento. Solamente hemos podido comparar la variable “tiempo de permanencia en tratamiento” y hemos podido constatar que efectivamente, los pacientes que concluyeron su tratamiento con un A.T.G. tenían un promedio de tiempo de estancia en tratamiento significativamente mayor que los que no lo terminaron.

Ya hemos comentado que el primero de los objetivos planteados, cómo se encontraban los pacientes que terminaron su tratamiento con A.T.G. en el momento del seguimiento, sólo se ha podido alcanzar parcialmente. Las dificultades para contactar, localizar y reclutar a los pacientes para el estudio han determinado que la muestra que finalmente ha cooperado presente diferencias significativas con el conjunto de la muestra y que por tanto, algunas de las conclusiones o inferencias que pudieran extraerse de su descripción y análisis hayan de asumirse con enorme cautela. La tasa de entrevistas de seguimiento realizadas en nuestro estudio llega al 29,5 % de la muestra prevista, muy por debajo de las tasas alcanzadas en los estudios de referencia (62 % en CALDATA; 65 % en SROS; 70 % en NTIES; 48 % en DATOS; y 76 % en NTORS)(tabla nº 2). Igualmente lejos del 60-70 % de muestra entrevistada que puede ser razonablemente representativa de la población en estudio (Hansten y cols. 2000). En este sentido, las dificultades para llegar al menos a la colaboración del 70 % de la muestra, nos han llevado a reflexionar sobre algunos aspectos metodológicos: fundamentalmente relacionados con las tareas de localización y las de obtención de cooperación con los pacientes contactados. Las direcciones y teléfonos de aproximadamente el 30 % de la muestra no eran válidos y por tanto ni siquiera se ha podido hacer el contacto con esos pacientes. Esta cifra, sin embargo, es similar a la proporción de pacientes no localizados en otros estudios de seguimiento. La interpretación de este dato, la alta movilidad o inestabilidad de

residencia de los pacientes, puede también ser complementada en nuestro caso con otras posibles explicaciones. Puede ser que al paciente no le interese que conozcamos esta información y deliberadamente mienta sobre ello o cabría también la posibilidad de que en algunos casos hubiéramos cometido errores en el registro de dicha información. No obstante, los cambios de domicilio posiblemente expliquen la mayor proporción de faltas en localización ya que tenemos que considerar que al encontrarnos en una provincia laboralmente deprimida, los pacientes que se han incorporado al mundo del trabajo opten por desplazarse a lugares donde estén más cubiertas estas necesidades.

Con respecto a los pacientes contactados que rehusaron colaborar, un 26,5 % de la muestra seleccionada, hemos de considerar varias cuestiones para poder explicar esta elevada tasa. La primera de ellas es que el diseño del estudio, de tipo retrospectivo, ha determinado que para el paciente haya sido una sorpresa que le hayamos localizado y contactado. Este efecto sorpresa puede haber influido en que algunos de ellos se hayan sentido incomodados, e incluso enfadados por haber irrumpido en su vida de este modo. De hecho un 4 % de la muestra (15,09 % de los que rehusaron) refirió no querer participar porque se encontraban bien y no querían recordar esa parte de su pasado. Creemos que tal vez, para una parte de los pacientes, esta dificultad podría haberse sorteado estimulando e incentivando su participación a través de algún tipo de gratificación económica. En efecto, todos los estudios revisados incluyen entre sus estrategias para lograr que el paciente se preste a la entrevista de seguimiento, el abono de una determinada cantidad de dinero que serviría para intentar vencer su resistencia a la misma. Por otro lado, la utilización de diseños de tipo prospectivo, en lugar de retrospectivos como el nuestro, facilitan que el contacto de seguimiento no sea tan sorpresivo para el paciente, puesto que a éste se le pide el consentimiento en el inicio de su tratamiento para ser contactado y posteriormente localizado.

Aunque estas dos circunstancias, baja tasa de localización y alta tasa de no cooperación, han condicionado que los pacientes entrevistados no representen fielmente al conjunto de los seleccionados, hemos creído interesante considerar, al menos en lo concerniente al consumo de sustancias, que los entrevistados en abstinencia sean, en el peor de los casos, los únicos individuos de la muestra que están sin consumir la sustancia por la que demandaron tratamiento. En la tabla 113 reflejamos una comparativa de resultados. En ella podemos comprobar que dependiendo del estudio y del tiempo en que se ha efectuado el seguimiento tras el tratamiento, así como de las modalidades terapéuticas empleadas, las proporciones de abstinencia para las drogas investigadas ofrecen una gran variabilidad. Nuestros resultados con respecto a alcohol y a heroína parecen situarse dentro del rango de resultados ya corroborados por esos trabajos. Y nos quedamos por debajo en la abstinencia a cannabis y a cocaína. No obstante es necesario llamar la atención sobre el hecho de que las altas tasas de abstinencia a cocaína obtenidas por los estudios DA-

TOS y NTORS se deben a que sólo se ha evaluado la abstinencia de los pacientes que han estado recibiendo tratamiento en una unidad residencial, en tanto que los cocainómanos de nuestro estudio no habían recibido ninguno ese tipo de tratamiento. A pesar de ello, los modestos resultados obtenidos por los tratamientos implementados para cocainómanos en los centros de tratamiento ambulatorio de Cádiz deben servir de estímulo para alcanzar mayores cotas de eficacia en este terreno.

	SROS	NTIES	DATOS	NTORS	CALDATA	C.P.D. CÁDIZ
HEROÍNA	14 %	46,5 %	69 %*	38 %**	20 %	31,25 %
COCAÍNA	45 %	21,7 %	67 %**	75 %**	-	8,82 %
CANNABIS	28 %	50 %	-	-	-	8,03 %
ALCOHOL	14 %	-	-	-	-	23,43 %
TIEMPO DE SEGUIMIENTO	5 AÑOS	11 MESES	1 AÑO	4-5 AÑOS	15 MESES	3,24 AÑOS

Tabla nº 113.- Comparación de las tasas de abstinencia de drogas entre el estudio de seguimiento del C.P.D. de Cádiz y otros estudios de seguimiento

\* Pacientes en P.M. metadona; \*\* Tras ingreso en Comunidad Terapéutica

Cuando se realizó el diseño del estudio se contempló como criterio a evaluar la finalización del programa terapéutico con una incidencia de tipo Alta Terapéutica General (A.T.G.). Sin embargo, una vez comenzado el trabajo de investigación se pudo constatar que bajo la incidencia "A.T.G." que tenían todos los pacientes que conformaban el grupo "Caso", había pacientes que realizaron un programa terapéutico en sentido estricto y pacientes que realizaron un programa de remisión de sanciones administrativas. La diferencia entre ambos estriba en que los objetivos terapéuticos y las actividades implementadas para cada uno de los dos tipos de casos son obviamente distintos a pesar de que al finalizar sus respectivos recorridos terapéuticos con éxito a todos se les daba un A.T.G. Por eso se ha optado por realizar análisis y descripciones, en primer lugar de la muestra en su conjunto y posteriormente dividiéndola en relación a haber realizado el programa de remisión de sanciones administrativas o no haberlo realizado.

### 7.1.- CONCLUSIONES RELACIONADAS CON EL OBJETIVO GENERAL I: SITUACIÓN DE LOS PACIENTES EN EL MOMENTO DEL SEGUIMIENTO

En primer lugar es preciso subrayar las dificultades encontradas para localizar y entrevistar a los pacientes seleccionados para el estudio. Esto ha provocado que, probablemente, se hayan entrevistado a los pacientes más accesibles (en una mayor proporción se encuentran en tratamiento o han realizado programas terapéuticos con un mayor compromiso rehabilitador y reinsertador). Por tanto, es posible que en algunos aspectos la muestra finalmente entrevistada no sea representativa de la población en estudio.

#### 7.1.1. Consumo actual de sustancias

Debido a las dificultades anteriormente comentadas se ha optado, sobre todo en lo concerniente a los resultados sobre el consumo actual de sustancias, por realizar una estimación de consumo en la población basada en el peor de los casos posibles, esto es, que los entrevistados en abstinencia sean los únicos pacientes que no consumen de toda la muestra. Para realizar este cálculo se ha sustituido en el denominador de estas proporciones, el número total de pacientes entrevistados, por el número total de los que estaban previstos entrevistar. Lo más probable es que estemos subestimando la proporción de abstinentes en la muestra y en la población, pero este es un bajo precio a pagar en relación al sesgo concerniente a la probabilidad de baja representatividad de los entrevistados.

Es preciso señalar que aun así, las proporciones reflejadas en la tabla 71, como ya se han discutido y excepto para la cocaína, están dentro de márgenes de referencia notificados por otros estudios de seguimiento.

Los resultados obtenidos sobre consumo de sustancias en los controles toxicológicos realizados en orina muestran una concordancia muy alta, sobre todo en heroína y en cocaína, y suficientemente alta en BZD y cannabis. La concordancia baja a un 80 % en el consumo de metadona (el 20 % de los que dijeron que no la consumían, mintieron).

### *7.1.2. Otras variables medidas en la entrevista de seguimiento*

Pensamos que los resultados obtenidos en la entrevista de seguimiento de las otras variables medidas (salud, conductas de riesgo, funcionamiento personal y social y actividades delictivas) son susceptibles de ser evaluados con la misma cautela empleada para el consumo de sustancias.

### *7.1.3. La entrevista de seguimiento en los pacientes que acceden al programa de remisión de sanciones administrativas*

Con respecto al programa de remisión de sanciones administrativas únicamente señalar que no hemos encontrado estudios de referencia que abarquen la evaluación o el seguimiento de este tipo de programas. Al realizar la estimación del consumo de la sustancia basándonos en el peor de los casos posibles, resulta que un 8,03 % de los pacientes que realizaron dicho programa se mantendrían en abstinencia de la sustancia.

Los resultados toxicológicos de drogas en orina para este grupo de usuarios alcanzan una alta concordancia en todas las sustancias, excepto en cannabis, de forma que el 50 % mintieron sobre su consumo. Esto determina una baja confiabilidad en lo declarado por estos pacientes con respecto a la droga por la que demandaron atención.

## 7.2.- CONCLUSIONES RELACIONADAS CON EL OBJETIVO GENERAL 2.A: PERFIL DE LOS PACIENTES EN EL MOMENTO DE INICIAR EL TRATAMIENTO

### *7.2.1. Perfil del paciente al inicio del tratamiento. Muestra global*

Se trata de un paciente joven (edad media 30,5 años), varón (89 %), soltero, que tiene estudios primarios o graduado escolar y no está emancipado de su familia de origen, que en relación al empleo, el 40 % trabaja y el 37 % no, y que cuando accede a tratamiento lleva un promedio de 10,16 años de consumo de la sustancia problema. Además tiene un promedio de consumo de dos sustancias. Generalmente ha recibido un tratamiento anterior al actual y demanda realizar un

programa de desintoxicación o deshabituación. Exhibe pocas conductas de riesgo, ha solicitado ayuda por heroína o cannabis y en una gran proporción el desencadenante ha sido una sanción administrativa. Los que van a terminar el tratamiento con un Alta Terapéutica General tienen menos incidencias legales posteriores al inicio del consumo, manifiestan menos antecedentes de trastornos psicopatológicos y menos prácticas de riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas. Los heroínómanos que terminarán el tratamiento con A.T.G. han estado menos años consumiendo heroína antes del tratamiento y tienen un menor índice de prácticas de riesgo por paciente. Por último, el alcohólico que finalizará su tratamiento con un A.T.G. lleva más años consumiendo alcohol antes del tratamiento.

### *7.2.2. Perfil del paciente al inicio del tratamiento excluyendo a los que demandan programa de sanciones administrativas*

Al realizar esta descripción, desgajando de la muestra a los pacientes que iniciaron programa de remisión de sanciones administrativas, hemos constatado que no hay diferencias sustanciales con respecto a las conclusiones del capítulo anterior, salvo las relacionadas con que este grupo de pacientes tiene una menor edad. Ello se traduce en que hay diferencias en la edad media en el momento del inicio de tratamiento (33,18 años) en que hay una menor proporción de solteros en el grupo de los que acceden a tratamiento (58 %, frente al 68 % de la muestra global), y en que tienen un nivel de ocupación en el estudio menor (2,66 % frente al 12 %). Además, el 28 % de los pacientes demandaron acuciados por problemas familiares (ante un 30 % de pacientes cuya demanda fue motivada por la sanción administrativa). Un 20 % de los pacientes demandaron tratamiento con metadona (en la muestra global eran un 15 %); y el tiempo de consumo de sustancias antes del tratamiento alcanza los 12,32 años, frente a los 10 años de la muestra en su conjunto. El 54,66 % de los pacientes habían realizado un tratamiento anterior (sólo el 42,5 % de la muestra global había realizado algún tratamiento anterior, y el promedio de tratamientos anteriores por paciente también era sustancialmente mayor (0,9 frente a 0,68)). Al detraer a los consumidores de cannabis por sanción administrativa, se incrementa asimismo la proporción de portadores de VIH (6,83 % frente a 4 %) y del virus de la hepatitis C (20,5 % frente a 12 %). También se incrementan ligeramente la proporción de pacientes con trastornos psicopatológicos y que refirieron prácticas de riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas.

Los pacientes que han accedido a realizar un programa terapéutico para su drogodependencia y que lo van a terminar con un Alta Terapéutica General, son similares a los descritos en la muestra global: tienen menos incidencias legales posteriores al inicio del consumo, manifiestan menos antecedentes de trastornos psicopatológicos y menos prácticas de riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas. Asimismo, tienen un promedio de más tratamientos anterior-

res por paciente. Los heroínómanos que terminarán el tratamiento con A.T.G. han estado menos años consumiendo heroína antes del tratamiento y tienen un menor índice de prácticas de riesgo por paciente. Por último, el alcohólico que finalizará su tratamiento con un A.T.G. lleva más años consumiendo alcohol antes del tratamiento.

### *7.2.3. Perfil del paciente consumidor de cannabis que accede al programa de remisión de sanciones administrativas*

Se trata de un paciente joven (20 años), varón (94%), soltero, estudiante (40 %), que no está emancipado de su familia de origen, y que mayoritariamente tiene estudios secundarios o universitarios. Accede a tratamiento para conseguir la remisión de una sanción administrativa que es el antecedente sociolegal más frecuente. La demanda de tratamiento que realiza es inespecífica. Lleva alrededor de 4 años consumiendo cannabis antes del tratamiento y no tiene antecedentes de haber realizado un tratamiento anterior. Se desconoce su estado de salud con respecto al padecimiento de enfermedades contagiosas (VIH, Hepatitis B y C) y refiere no realizar prácticas de riesgo.

El que va a terminar el programa con A.T.G. es estudiante con un nivel educativo medio alto.

## 7.3.- RELACIONADAS CON EL OBJETIVO GENERAL 2.B: REGIMEN DE UTILIZACIÓN DE RECURSOS Y PROGRAMAS TERAPÉUTICOS

### *7.3.1. Programas terapéuticos utilizados por la muestra estudiada en su conjunto*

El paciente que termina su tratamiento con un A.T.G. se caracteriza por haber realizado con mayor frecuencia grupo terapéutico y por haber terminado exitosamente programas específicos llevados a cabo durante el periodo asistencial (fundamentalmente desintoxicación, grupo terapéutico, terapia familiar, mantenimiento con metadona, interdictotes y anticraving de alcohol, piso de reinserción y naltrexona).

Cuando ha accedido a estos programas específicos prácticamente ha realizado una vez cada uno de esos programas, a excepción de Terapia Familiar y ha estado más tiempo en desintoxicación, metadona, red de artesanos y naltrexona que los pacientes que no terminaron con A.T.G. Por último, su tiempo de permanencia en tratamiento ha sido aproximadamente de dos años, frente a los 13 meses y medio de los que no terminaron con A.T.G.

### *7.3.2. Programas terapéuticos utilizados por la muestra excluyendo los que acceden al programa de remisión de sanciones administrativas*

Al extraer de la muestra global a los pacientes que realizaron programa de remisión de sanciones administrativas solamente hemos encontrado una diferencia significativa en el perfil de utilización de recursos terapéuticos con respecto a la descripción de la muestra en su conjunto y es el haber participado en Terapia de Grupo. En efecto, los pacientes que han utilizado este programa terapéutico pertenecen todos a los que accedieron para remisión de una sanción administrativa. Salvo esto, todas las demás conclusiones son semejantes a las extraídas del apartado anterior.

### *7.3.3. Programas realizados por consumidores de cannabis que acceden al programa de remisión de sanciones administrativas*

Es un grupo de pacientes que básicamente realizan actividades de seguimiento individual durante un periodo de dos meses y medio aproximadamente antes de obtener el A.T.G. Dentro de este grupo, el 24 % habían realizado Grupo Terapéutico, y el 91,6 % de ellos había terminado dicho programa con A.T.G.

## 7.4.- CONCLUSIONES RELACIONADAS CON EL PROCEDIMIENTO DE ESTUDIO

Para mejorar la calidad de los resultados de futuros estudios de investigación basados en las condiciones y circunstancias en que se ha realizado el presente, hemos constatado que resulta imprescindible prestar una atención rigurosa a los siguientes factores:

1.- Extremar la calidad de los datos que se registran en la Ficha de Información Básica de Inicio de Tratamiento (FIBAT) y rellenarla adecuadamente. En efecto, aunque una gran proporción de las FIBATs con las que se han trabajado están correctamente cumplimentadas, hay variables de la ficha a las que no se les presta suficiente atención, como por ejemplo todas las relativas a los resultados de los análisis de sangre sobre marcadores serológicos de hepatitis y VIH. El hecho de que la FIBAT se rellene en las primeras entrevistas hace que algunas veces, por olvido del terapeuta, no se hagan constar en la misma, posteriormente, los resultados de los análisis de sangre, que suelen demorarse entre dos y cuatro semanas desde que se le hace la solicitud al paciente.

2.- El mismo comentario anterior es aplicable a la notificación diaria que se realiza al Sistema Provincial de Información en Toxicomanías (SPIT). En este caso se han detectado valores imposibles, aunque no en una alta proporción (por ejemplo, desintoxicaciones que duran 300 días). No obstante, para la descripción y el análisis realizado en esta investigación, ese tipo de valores han sido desechados; pero es evidente que mejorar la calidad de la notificación redundará en que las descripciones sobre los programas realizados durante el periodo asistencial se aproximen más a la realidad. Con respecto a los programas notificados se hace necesario que los terapeutas unifiquen criterios sobre cuando y en que condiciones registrar que un paciente accede a un determinado programa. Los programas donde se realiza un ingreso, comunidad terapéutica, unidad de desintoxicación hospitalaria y piso de reinserción, así como Red de Artesanos, resultan más fáciles de acotar en el tiempo que aquellos que son puramente ambulatorios (como algunos tipos de intervenciones psicoterapéuticas o incluso algunos programas farmacológicos específicos). La notificación probablemente será más confiable si se optimizan los sistemas informáticos, con la inclusión de alarmas y de otros mecanismos que ayuden a los terapeutas a prestar atención al registro de la información que generan.

3.- En relación al procedimiento de reclutamiento, contacto y localización de la muestra, se han detectado varios problemas.

Al intentar hacer el contacto inicial con el paciente a través del terapeuta de referencia se ha verificado una demora excesiva entre la solicitud del equipo investigador de que se hiciera ese contacto, y que efectivamente se hiciera. La explicación más sencilla es que el volumen de trabajo cotidiano distrae al terapeuta de esta labor añadida y “extraña” a su práctica habitual. Ello ha llevado a que el mismo equipo que ha realizado el trabajo de campo haya sido el que intentara realizar el contacto con el paciente, con el consiguiente riesgo de rechazo al mismo al no ser reconocido por él.

Al implementar las tareas de localización se ha encontrado que aproximadamente un 30 % de la muestra fue imposible de localizar. Las direcciones y teléfonos que constaban en sus historias no eran válidos por lo que no se ha podido constatar cuál es la causa de este problema. Pensamos que en algunos casos se habrán cometido errores en el registro de los datos personales; en otros casos se habrán producido cambios de domicilio y teléfono; y en otros los pacientes habrán mentido u ocultado deliberadamente su información personal. Para minimizar en lo posible este problema sería necesario garantizar la verosimilitud de la información a través, por ejemplo, de solicitar al paciente su Documento Nacional de Identidad, y que en la ficha de admisión pudiera constar la dirección y el teléfono de una persona significativa que pudiera proporcionar información sobre el pacien-

te en caso de necesidad de tener que contactar con él. En determinados programas terapéuticos de Estados Unidos se le solicita al paciente que facilite la identidad de su médico de cabecera y, en caso de que utilice servicios sociales, su trabajador social de referencia.

Por último, se ha registrado una proporción muy alta de pacientes que han rehusado colaborar (el 26,5 %). En estos casos parece fundamental disponer de algún tipo de incentivo que estimule la colaboración del paciente en el estudio. En alguno de los estudios revisados este incentivo es económico, de forma que al paciente se le abona una cierta cantidad de dinero por participar en el mismo, a la que se le añade algo más si facilitan una muestra de orina.

4.- Es posible que alguno de los problemas ya mencionados hubieran sido menos importantes si el diseño de la investigación hubiese sido longitudinal prospectivo. Aunque los estudios longitudinales tienen el inconveniente de que suelen ser más prolongados en el tiempo y más costosos, tienen la ventaja de que al producirse el reclutamiento en el mismo momento en que el paciente comienza el tratamiento, este queda advertido de que podrá ser localizado y seguido, provocando quizás una menor tasa de rechazo a su participación en la investigación. También se facilita de esta forma la posible colaboración de familiares, con lo que es probable que se mejore la tasa de localización y participación.

5.- De los objetivos iniciales de este trabajo se han alcanzado de forma suficientemente satisfactoria los dos primeros (conseguir una imagen de quienes son los pacientes que más se benefician de los tratamientos ofertados y disponibles en los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias de la provincia de Cádiz, así como cuál es su régimen de utilización de recursos terapéuticos). Con más reservas, debido sobre todo a la escasa tasa de colaboración en el estudio, puede afirmarse que el tercer objetivo (conocer cómo se encontraban los pacientes que habían terminado con un A.T.G. en el momento del seguimiento) se ha logrado parcialmente al poder perfilar, al menos de forma aproximada la situación de abstinencia/consumo de sustancias en el momento del seguimiento.

6.- Por último, añadir que las futuras líneas de investigación deben contemplar, por un lado, análisis más centrados sobre grupos específicos de usuarios (por ejemplo, por droga motivo de demanda), o por programas específicos de tratamiento, pero teniendo en cuenta todas las consideraciones realizadas en este epígrafe.



## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar queremos hacer un reconocimiento público y mostrar nuestra gratitud hacia los pacientes que se han prestado a participar en esta investigación, ya que nos han permitido poder aprender de nuevo sobre sus singulares experiencias y sobre el papel que han podido jugar en sus vidas las intervenciones terapéuticas que han realizado.

En segundo lugar queremos dejar constancia de que este trabajo habría sido imposible de efectuar sin la colaboración de los profesionales y del personal auxiliar que trabajan en el Servicio de Drogodependencias de Cádiz, a todos los cuales queremos hacer extensivo nuestro agradecimiento por su disponibilidad y su participación en el mismo. Especialmente queremos reconocer la labor desempeñada por D. Juan Díaz Suárez y por D. Francisco José Jaime Lora en la construcción de la base de datos que hemos utilizado como plataforma de la investigación y a D. José Manuel Martínez Delgado por sus provechosas sugerencias en las sucesivas revisiones y consultas que le hemos solicitado sobre el texto.

Por último, queremos agradecer el esfuerzo realizado por D<sup>a</sup> Carmen García Guerrero, trabajadora social, en la implementación del trabajo de campo

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOCHUD TORNAY C, FAVRAT B, MONNAT M, DAEPPEN JB, SCHNYDER C, BERTSCHY G, BESSON J. (2003) Ultra-rapid opiate detoxification using deep sedation and prior oral buprenorphine preparation: long-term results. *Drug Alcohol Depend.* 69(3):283-8.

BREWER D.D., CATALANO R.F., HAGGERTY K., GAINEY R.R., FLEMING C.B. (1998) A Meta-analysis of Predictors of Continued Drug Use during and After Treatment for Opiate Addiction. *Addiction* 93(1): 73-92

CACCIOLA J.S., ALTERMAN A.I., RUTHERFORD M.J., MCKAY J.R., MULVANEY F.D. (2001) The relationship of psychiatric comorbidity to treatment outcomes in methadone maintained patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 61 (3): 271-280.

CALDATA, California Drug and Alcohol Treatment Assessment , CALIFORNIA DEPARTMENT OF ALCOHOL AND DRUG PROGRAMS, 1991-1993. [www.icpsr.umich.edu/access/index.html](http://www.icpsr.umich.edu/access/index.html) Study n° 2295

CLAUS R.E., KINDLEBERGER L.R., DUGAN M.C. (2002) Predictors Of Attrition In A Longitudinal Study Of Substance Abusers. *Journal of Psychoactive Drugs*.34(1):69-74

COMAS D., CARRON J., HERNANDEZ M.I., NIEVA P., SILVA A.: "Los estudios de seguimiento (una experiencia metodológica)". Grupo Interdisciplinar sobre Drogas. Editorial Fundamentos. 1.992. Madrid.

COMPTON W.M 3rd, COTTLER L.B., JACOBS J.L., BEN-ABDALLAH A., SPITZNAGEL E.L. (2003), The role of psychiatric disorders in predicting drug dependence treatment outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 160 (5): 890-895.

COTTLER L.B., COMPTON W.M., BEN-ABDALLAH A., HORNE M., CLAVERIE D. (1996) Achieving A 96.6 Percent Follow-Up Rate In A Longitudinal Study Of Drug Abusers. *Drug and Alcohol Dependence*.41(3):209-17.

CHARNEY D.A., PARAHERAKIS A.M., NEGRETE J.C., GILL K.J. (1998) The impact of depression on the outcome of Addictions treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 15(2): 123-130.

DATOS, Drug Abuse Treatment Outcome Study. SIMPSON D. [www.datos.org](http://www.datos.org)

DOBKIN P.L., DE C.M., PARAHERAKIS A., GILL K. (2002). The Role of Functional Social Support in Treatment Retention and Outcomes Among Outpatient Adult Substance Abusers. *Addiction* 97(3): 347-356

DUVALL H.J., LOCKE B.Z., BRILL L.: "Follow up study of narcotic drug addicts five years afetr hospitalitation". *Public Health Reports*, 1.963. n° 78, pp 185-193.

FARRÉ, M., MAS A., TORRENS M., MORENO V., CAMÍ J. (2002): "Retention rate and illicit opioid use during methadone maintenance interventions: A Meta-analysis. *Drug Alcohol Dependence* 65 (3): 283-290.

FERNÁNDEZ GÓMEZ C, TORRES HERNÁNDEZ M.A. (2002) Evaluación de Resultados del Tratamiento: el Maudsley Addiction Profile (MAP), en Iraurgi Castillo I, Gonzalez Saiz F. (editores): *Instrumentos de Evaluación en Drogodependencias*, pags: 387-402.

FERNÁNDEZ HERMIDA J.R., SECADES VILLA, R. (1999) La evaluación de Programas de Tratamiento para Drogodependientes en España, *Psicothema*, vol 11.n°2, 279-291

FERNÁNDEZ HERMIDA J.R., SECADES VILA R. (2001) Evaluación de la Eficacia del Programa. *Proyecto Hombre*. Editado por Asociación Proyecto Hombre.

GARCIA LOPEZ A., EZQUIAGA E.: "Indicadores pronóstico en la evolución a los seis meses de un grupo de 94 drogodependientes atendidos en un centro de salud mental". *Rev. Psiquiatria Fac. Med. Barna.*, 1.992, 19, 1, pp. 26-34.

GERSTEIN D.R., JOHNSON R.A. (2000), Nonresponse and Selection Bias in Treatment Follow-up Studies, *Substance Use and Misuse*, 35(6-8), 971-1014

GHODSE A.H., REYNOLDS M., BALDACCHINO A.M., DUNMORE E., BYRNE S., OYEFESO A., CLANCY C., CRAWFORD V. (2002). Treating and opiate-dependent impatient population: one year follow-up study of treatment completers and noncompleters. *Addictive Behavior*, 27 (5): 765-778.

GIRON GARCÍA S. (1997) Estudio de Seguimiento de una Muestra de Heroínómanos a los Seis Años de Iniciado el Tratamiento. *Folia Neuropsiquiátrica*, 33 (2), 17-46

GIRON GARCIA S., MARTINEZ DELGADO J.M. (1998). Seguimiento de una Muestra de Heroínómanos a los Seis Años de Tratamiento: Relación del Tiempo de Permanencia con la Evolución. *Revista Española de Drogodependencias*, 23 (1), 25-34.

GOSSOP M, STEWART D, BROWNE N, MARSDEN J. (2002) Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of coping responses. *Addiction*. 97(10):1259-67.

GOSSOP M, MARSDEN J, STEWART D, TREACY S. (2002) Reduced injection risk and sexual risk behaviours after drug misuse treatment: results from the National Treatment Outcome Research Study. *AIDS Care*. 14(1):77-93.

GOWING L., ALI R., WHITE J. (2002) Opioid antagonists under heavy sedation or anaesthesia for opioid withdrawal. *Cochrane Database Syst. Rev.* (1) CD002022

GRELLA CE, HSER YI, JOSHI V, ANGLIN MD. (1999) Patient histories, retention, and outcome models for younger and older adults in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*. 1;57(2):151-66.

GUARDIA SERECIGNI J., GONZALEZ NAVARRO S.: "Estudio de Seguimiento (un año) de adictos a la heroína". *Rev. Depto. Psiquiatría Facultad Med. Barna.*, 10, 6, 357-381 (1.983).

GUARDIA SERECIGNI J., MASIP VIDAL J., VILADRICH SEGUES C.: "Estudio de seguimiento de adictos a heroína a los tres años de su admisión a tratamiento". *Comunidad y Drogas* (1.987), 3, pp. 61-79.

HANSTEN M.L., DOWNEY L., ROSENGREN D.B., DONOVAN D.M. (2000), Relationship between follow-up rates and treatment outcomes in substance abuse research: more is better but when is "enough" enough? *Addiction* 95(9), 1403-1416

HARRISON L., HUGHES A. (1997) The Validity of Self-Reported Drug Use: Improving the Accuracy of Surveys Estimates, en Harrison L. And Hughes M.S. Editors "The Validity of Self-Reported Drug Use: Improving the Accuracy of Surveys Estimates", NIDA Research Monograph 167, pp: 1-16. [165.112.78.61/pdf/monographs/monograph167/download167.html](https://pubs.nida.nih.gov/publications/165/112.78.61/pdf/monographs/monograph167/download167.html)

HSER Y.I., ANGLIN M.D., FLETCHER B. (1998) Comparative Treatment Effectiveness. Effects of Program Modality and Client Drug Dependence History on Drug Use Reduction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15 (6): 513-523.

HSER YI, GRELLA CE, HSIEH SC, ANGLIN MD, BROWN BS. (1999) Prior treatment experience related to process and outcomes in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*. 1;57(2):137-50.

HUBBARD, R. L., CRADDOCK, S. G., FLYNN, P. M., ANDERSON, J., & ETHERIDGE, R. M. (1997). Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4), 261-278.

HUBBARD RL, CRADDOCK SG, ANDERSON J. (2003) Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *Journal of Substance Abuse Treatment* 25(3):125-34.

HUNT G.H., ODOROFF M.E.: "Follow up study of narcotic drug addicts after hospitalizations". *Public Health Reports*, 1962. n° 77, pp: 41-54.

IRAURGI CASTILLO J. (2000), Cuestiones Metodológicas en la Evaluación de Resultados Terapéuticos, *Trastornos Adictivos* 2(2), 99-113

JHINGAN HP, JAIN R, DESAI NG, VASWANI M, TRIPATHI BM, PANDEY RM. (2002) Validity Of Self-Report Of Recent Opiate Use In Treatment Setting. *Indian J Med Sci*. 56(10):495-500.

KASARABADA ND, HSER YI, BOLES SM, HUANG YC. (2002) Do patients' perceptions of their counselors influence outcomes of drug treatment? *Journal of Substance Abuse Treatment*. 23(4):327-34.

MARINA P. 1999 ¿Qué nos han enseñado los estudios de seguimiento de toxicómanos? *Adicciones*, 11 (3),

MARINA P., VAZQUEZ-BARQUERO J.L., JIMENEZ J.M., ERKOREKA I (1996) Los beneficios de la abstinencia: un estudio de seguimiento de los adictos a la heroína. *Adicciones* 8 (3) 295-309

MARK B.A., SALTER J., (1999), Methodological Issues in Treatment Effectiveness and Outcome Research, *Outcomes Management for Nursing Practice*, 3(1), 12-18.

MARSDEN, J., GOSSOP, G. STEWART, D. BEST, D. FARRELL, M. LEHMANN, P. EDWARDS, C. & STRANG, J. (1998). The Maudsley Addiction Profile (MAP): A brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction* 93(12): 1857-1867.

MARSDEN J, NIZZOLI U, CORBELLI C, MARGARON H, TORRES M, CASTRO DEL PRA-DOI, STEWART D, GOSSOP M. (2000) New European instruments for treatment outcome research: reliability of the Maudsley Addiction Profile and treatment perceptions questionnaire in Italy, Spain and Portugal. *Eur Addict Res. Sep*;6(3): 115-22.

MATTICK R.P., BREEN C., KIMBER J., DAVOLI M. (2003) Methadone Maintenance Therapy Versus No Opioid Replacement Therapy for Opioid Dependence. *Cochrane Database Syst. Rev.* (4) CD002209.

MAZUMDAR S., LIU K.S., HOUCK P.R., REYNOLDS C.F. (1999), Intent-to-Treat Analysis for Longitudinal Clinical Trials: Coping with the Challenge of Missing Values. *Journal of Psychiatr Research*, 33(2): 87-95.

MELGAREJO CLARÁ M., SANAHUJA BELTRAN P., MASFERRER SENTENA J., SALA FORÉS L., PEREZ ANTON F., PIÑA CORTES L., GUARDIA OLMOS J.: "Estudio de seguimiento en población heroínómana". *Fonts Informatiu. Programa DROSS. Barcelona* nº 1, abril 1.986, pp: 1-38.

MESSINA N., WISH E. NEMES S. (2000). Predictors of treatment outcomes in men and women admitted to a therapeutic community. *American Journal of Drug And Alcohol Abuse* 26 (2): 207-227.

MOJTABAI R., ZIVIN J.G. (2003). Effectiveness and cost-effectiveness of four treatment modalities for substance disorders: a propensity score analysis. *Health Services Research* 38 (1.1): 233-259

NEMES S., WISH E., MESSINA N., HOFFMAN J. (1998) The District of Columbia Treatment Initiative (D.C.I.). Ed. Center for Substance Abuse Treatment, Department of Health and Human Services. [www.icpsr.umich.edu/SAMHDA/NTIES/NTIES-PDF/REPORTS/dci\\_init.pdf](http://www.icpsr.umich.edu/SAMHDA/NTIES/NTIES-PDF/REPORTS/dci_init.pdf)

NEMES S., WISH E., WRAIGHT B., MESSINA N. (2002) Correlates of treatment Follow-up Difficulty, Substance Use and Misuse, *37(1): 19-45*

NIELSEN B., NIELSEN A.S., WRAAE O. (2000) Factors Associated with Compliance of Alcoholics in Outpatient Treatment. *Journal of Nervous Mental Disease*, 188 (2): 101-107.

NTIES, National Treatment Improvement Evaluation Study, CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE TREATMENT. (1997) The Final Report. [www.icpsr.umich.edu/SAMHDA/NTIES/NTIES-PDF/ntiesfnl.pdf](http://www.icpsr.umich.edu/SAMHDA/NTIES/NTIES-PDF/ntiesfnl.pdf)

NTORS. The National Treatment Outcome Research Study. GOSSOP M., MARSDEN J. AND STEWART D. (2001) Changes in Substance Use, Health and Criminal Behaviour during the Five years after Intake. National Addiction Center [www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/97/29/04019729.pdf](http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/97/29/04019729.pdf)

OCHOA E., ARIAS F., SOMOZA J.C., VICENTE N., JORDA L.: "Retención en un programa de tratamiento con naltrexona: dos años de seguimiento". *Adicciones*, 1.992, vol. 4, n° 3, pp. 207-212.

O'CONNOR P.G., KOSTEN T.R. (1998) Rapid and ultrarapid opioid detoxification techniques. *JAMA* 279(3): 229-234.

O'DONELL J.A.: "A follow up of narcotic addicts, morality, relapse and abstinence". *Am. J. Orthopsychiatry*, 1.964. N° 34, pp 948-954.

PATEL M.X., DOKU V., TENNAKOON L. (2003), Challenges in recruitment of research participants, *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 9, 229-238

PRENDERGAST M.L., PODUS D., CHANG E. (2000) Program Factors and Treatment Outcomes in Drug Dependence Treatment: An Examination Using Meta-Analysis. *Substance Use and Misuse* 35(12-14): 1931-1965.

PRENDERGAST M.L., PODUS D., CHANG E. URADA D. (2002) The Effectiveness of Drug Abuse Treatment : a Meta-analysis of Comparison Group Studies. *Drug and Alcohol Dependence*. 67 (1): 53-72.

RAVNDAL E., VAGLUM P. (1998) Psychopathology, treatment completion and 5 years outcome. A prospective study of drug abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment* 15 (2): 135-142.

ROHRER J.E., VAUGHAN M.S., CADORET R., ZWICK J. (1999) Follow-Up Contact Bias In Evaluation Of Substance Abuse Treatment Programs. *Adm. Policy Mental Health*, 26(3): 207-212.

SANCHEZ CARBONELL J., CAMI J., BRIGOS B.: "Follow-up of Heroin Addicts in Spain (EMETYST project): results 1 year after treatment admission". Br. J. Addiction (1.988), 83, 1439-1448.

SANCHEZ CARBONELL J., BRIGOS B., CAMI J.: "Evolución de una muestra de heroinómanos dos años después del inicio del tratamiento (proyecto EMETYST)". Med. Clin. (Barc), 1.989, vol 92, n° 4, pp. 135-139.

SANCHEZ CARBONELL J.: "La evaluación de la eficiencia del tratamiento ambulatorio con heroinómanos". Adicciones, 1.993. Vol.5, n° 4, pp. 359-370.

SECADES VILLA, R.; FERNÁNDEZ HERMIDA J.R., (2003) The Validity of Self-Reports in a Follow-up Study with Drug Addicts, Addictive Behavior, 28 (6), 1175-1182.

SIMPSON D.D., JOE G.W., ROWAN-SZAL G.A. (1997), Drug Abuse Treatment Retention and Process Effects on Follow-up Outcomes. Drug and Alcohol Dependence 47 (3): 227-235.

SIMPSON, D. D., JOE, G. W., & BROWN, B. S. (1997). Treatment retention and follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). Psychology of Addictive Behaviors, 11(4), 294-307

SIMPSON, D. D., JOE, G. W., BROOME, K. M., HILLER, M. L., KNIGHT, K., & ROWAN-SZAL, G. A. (1997). Program diversity and treatment retention rates in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). Psychology of Addictive Behaviors, 11(4), 279-293.

SIMPSON D., SAVAGE L.J., LLOYD M.R. (1979): Follow-up evaluation of treatment of drug abuse during 1969 to 1972. Arch. Of Gen. Psychiatry. 36(7): 772-780.

SPOTTS D., HINDIN R., GARFIELD F., BUTLER K.F., GRIBAUDSKAS A., SMITH J. (1996), Strategies for Follow-up of Drug Users: Field Research Guidelines, Substance Use and Misuse, 31 (13) 1891-1927.

SROS, Services Research Outcome Study. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1995-1996. [www.oas.samhsa.gov/sros/httoc.htm](http://www.oas.samhsa.gov/sros/httoc.htm)

STINCHFIELD R.D., NIFOROPULOS L., FEDER S.H. (1994) Follow-up Contact Bias in Adolescent Substance Abuse Treatment Outcome Research. Journal of Stud. Alcohol. 55(3): 285-289

STOUT R.L., BROWN P.J., NOEL N. (1996) Determinants of Research Follow-up Participation in an Alcohol Treatment Outcome Trial, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (3), 614-618

SOLBERGSDOTTIR E, BJORNSSON G, GUDMUNDSSON LS, TYRFINGSSON T, KRISTINSON J. (2004) Validity Of Self-Reports And Drug Use Among Young People Seeking Treatment For Substance Abuse Or Dependence. *J Addict Dis.* 23(1):29-38.

STEWART D, GOSSOP M, MARSDEN J. (2002) Reductions in non-fatal overdose after drug misuse treatment: results from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *J Subst Abuse Treat.* 2002 Jan;22(1):1-9.

VAILLANT G.E.: "A twelve-year follow up of New York Narcotic addicts: I. The relation of treatment to outcome". *Am. J. Psychiatry*, 1.966a. N° 122, pp 727-737.

WALTON M.A., RAMANATHAN C.S., REISCHL T.M. (1998), Tracking Substance Abusers in longitudinal Research: Understanding Follow-up contact difficulty. *American Journal of Community Psychology*, 26(2): 233-253.

WALTON M.A., BLOW F.C., BINGHAM C.R., CHERMACK S.T. (2003) Individual and social/environmental predictors of alcohol and drug use 2 years following substance abuse treatment. *Addictive Behavior* 28 (4): 627-642

WEISNER C., MATZGER H., KASKUTAS L.A. (2003), How important is Treatment? One-year outcomes of treated and untreated alcohol-dependent individuals. *Addiction* 98(7): 901-911.

WEISS RD, NAJAVITS LM, GREENFIELD SF, SOTO JA, SHAW SR, WYNER D. (1998) Validity Of Substance Use Self-Reports In Dually Diagnosed Outpatients. *Am J Psychiatry*. 155(1):127-8.

WISH E.D., HOFFMAN J.A., NEMES S. (1997) The Validity of Self-Reports of Drug Use at Treatment Admission and at Follow-up: Comparisons With Urinalysis and Hair Assays, en Harrison L. And Hughes M.S. Editors "The Validity of Self-Reported Drug Use: Improving the Accuracy of Surveys Estimates", NIDA Research Monograph 167, pp: 200-226.

WINTERS KC, STINCHFIELD RD, HENLY GA, SCHWARTZ RH (1990-91) Validity Of Adolescent Self-Report Of Alcohol And Other Drug Involvement. *Int J Addict.* 25(11A):1379-95

ZARKIN GA, DUNLAP LJ, BRAY JW, WECHSBERG WM. (2002) The effect of treatment completion and length of stay on employment and crime in outpatient drug-free treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 23(4):261-71.

SECCIÓN A: USO DE SUSTANCIAS

El entrevistador leerá en voz alta: “Vamos a empezar por conocer el uso que hizo usted de diferentes sustancias a lo largo del último mes. Por último mes entendemos los últimos 30 días”.

Por cada droga, pregunte al paciente que recuerde el número total de días que ha utilizado o consumido dicha sustancia. Utilice “0” para Nunca, No, Ninguno, etc. (Ver Ficha 1 en Anexo).

Pídale al paciente que recuerde las cantidades típicas o habituales (número de dosis, copas, etc.) de esas sustancias consumidas durante un día.

Solicite al paciente que indique la vía principal de administración de dicha sustancia durante el pasado mes y escriba el número. (Ver Ficha 2 en Anexo)

	En el último mes	En el último mes			
		¿Cuántos días ha usado esta droga: (ficha 2)	Dosis consumidas en un día típico.	Vía principal de administración. (ficha 1)	¿Cuántas veces ha tenido una sobredosis?
A1	Alcohol				
A2	Heroína				
A3	Otros opiáceos I				
A4	Benzodiazepinas I				
A5	Cocaína Clorhidrato				
A6	Cocaína Crack				
A7	Anfetaminas				
A8	Cannabis				
A9	LSD, alucinógenos				
A10	Drogas de Diseño (Éxtasis y otras)				

## SECCIÓN B: CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD

B1	¿Cuántos días se ha inyectado alguna vez drogas en el último mes?. Introducir un valor de 0 a 30. Si ha respondido Ninguna vez (Valor "0") el entrevistador debe ir a la pregunta B5.	
B2	En un día habitual de los que se inyecta ¿cuántas veces se ha inyectado?	
B3	En el último mes ¿Cuánta veces ha utilizado una aguja o jeringuilla que hubiera sido utilizada por alguien mas?	

Entrevistador: Ahora le voy a preguntar un par de cuestiones acerca de su comportamiento sexual durante el último mes.

B4	En el último mes ¿Cuántas veces ha mantenido relaciones sexuales con penetración sin utilizar un condón (o preservativo)? Si ha respondido "0", NO, NINGUNA, etc., el entrevistador debe ir a la Sección C.	
B5	¿Con cuantas personas distintas ha mantenido Ud. Relaciones sexuales con penetración sin utilizar condón?	

## SECCIÓN C: SALUD FÍSICA

Ahora vamos a repasar su salud física en el último mes ¿Cuántos días ha tenido usted los siguientes problemas?.

		(0 - 30)
C1	Poco Apetito	
C2	Dolor de garganta	
C3	Rinorrea	
C4	Trastornos del sueño	
C5	Tos persistente	
C6	Fatiga / cansancio	
C7	Sudor frío o caliente	
C8	Nauseas	
C9	Vómitos	
C10	Dolor de estómago	
C11	Diarrea	
C12	Dolor torácico	
C13	Dificultad respiratoria	
C14	Taquicardia	
C15	Dolores óseos o articulares	
C16	Dolores musculares	
C17	Dolores de cabeza	
C18	Olvido de las cosas	
C19	Hormigueos / adormecimiento	
C20	Ataques/síncopes	
C21	Temblores / Agitación	
C22	Lagunas de memoria	
C23	Dificultades para inyectarse	
C24	Problemas por inyección: abscesos / infecciones	

## SECCIÓN D: SALUD PSIQUICA

Ahora voy a pedirle que piense acerca de cómo se ha sentido en el último mes ¿Cuántos días ha tenido usted las siguientes experiencias o sentimientos? Entrevistador, mostrar ficha 3

		(0 – 30)
D1	Sentirse tenso o con los nervios de punta	
D2	Repentinamente asustado sin ninguna razón	
D3	Sentir miedo	
D4	Nerviosismo o intranquilidad interior	
D5	Episodios de terror o pánico	
D6	Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	
D7	Sentimientos de desvalorización	
D8	Sentimientos de desinterés por las cosas	
D9	Sentimientos de soledad	
D10	Pensamientos de poner fin a su vida	
D11	Ideas persecutorias	
D12	Alucinaciones	

## SECCIÓN E: FUNCIONAMIENTO PERSONAL / SOCIAL

Entrevistador: voy a preguntarle ahora algunas cuestiones generales acerca de su vida en el último mes. (Utilizar “0” para No o Ninguno).

E1	¿Cuántas noches ha pasado en los siguientes lugares?	(0 – 30)
	En mi casa propia o alquiler	
	En casa de amigos, de familiares, pareja u otros	
	Hotel, hostel u otra vivienda temporal	
	En la calle, sin techo	
	Prisión / otro tipo de detención / comisaría	
	Hospital u otro tratamiento residencial	
	Otro, especificar :	
E2	¿Cuanto tiempo ha vivido usted en la dirección actual? Expresar en Días / Meses / Años	

### TRABAJO Y FORMACIÓN

E3	¿Cuántos días ha tenido usted trabajo pagado (incluyendo trabajo ocasional)? Si ha respondido “0”, el entrevistador debe ir al apartado E5	
E4	¿Cuántos días ha perdido en el último mes por indisposición o por ausencia no autorizada?	
E5	¿Cuántos días ha realizado algún trabajo voluntario?	
E6	¿Cuántos días ha participado en algún curso de formación o educación?	
E7	¿Cuántos días estuvo usted cuidando a personas dependientes o discapacitadas u ocupándose de su casa?	
E8	¿Cuántos días estuvo sin trabajo durante el último mes?	

### RELACIONES

E9	¿Cuántos días estuvo en contacto con ...?:	(0 – 30)
	Su compañero / a	
	Sus familiares	
	Hijos de hasta 18 años	
	Amigos	

E10	¿Cuántos días tuvo serios conflictos con ...?:	(0 – 30)
	Su compañero / a	
	Sus familiares	
	Hijos de hasta 18 años	
	Amigos	
E11	¿Cuántos días ha ejercido la prostitución en el último mes?	
E12	¿Cuántos días ha practicado la mendicidad en el último mes?	

### ACTIVIDADES ILEGALES

Entrevistador: Esta sección se refiere a cosas ilegales que usted puede haber hecho en el último mes (mostrar tarjeta 4). Asegurar al paciente su confidencialidad.

Marcar con “0” en caso negativo.

E13		Días cometidos (0-30)	Número de veces en un día normal
	Venta de drogas		
	Fraude / falsificación		
	Hurtos domésticos		
	Robo en una propiedad		
	Robo a una persona		
	Robo en tiendas		
	Robo en vehículos		
	Otros robos (especificar)		
	Lesiones a otros		
	Alterar el orden público		

TARJETA O FICHA 1	
1	ORAL
2	ESNIFADA / NASAL
3	FUMADA
4	INYECTADA

TARJETA O FICHA 2	
0	NINGUNO
1	1 DÍA SÓLO
2	2 DÍAS
3	3 DÍAS
4	1 DÍA A LA SEMANA
9	2 DÍAS A LA SEMANA
13	3 DÍAS A LA SEMANA
17	4 DÍAS A LA SEMANA
21	5 DÍAS A LA SEMANA
26	6 DÍAS A LA SEMANA
30	TODOS LOS DÍAS
	ALGÚN OTRO NÚMERO

TARJETA O FICHA 3	
0	NUNCA
1	RARAS VECES
2	A VECES
3	A MENUDO
4	SIEMPRE

## FICHA DE INFORMACIÓN BÁSICA DE ADMISIÓN A TRATAMIENTO

1. CODIGO DEL CENTRO.....□□□□□□□□
2. N° DE HISTORIA.....□□□□□□□□□□
3. FECHA DE ADMISIÓN A TRATAMIENTO .....□□    □□    □□    □□  
DÍA    MES    AÑO
4. CODIGO DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO
- 4.A. PRIMERA LETRA DEL PRIMER APELLIDO .....□
- 4.B.SEGUNDA LETRA DEL PRIMER APELLIDO.....□
- 4.C. PRIMERA LETRA DEL SEGUNDO APELLIDO.....□
- 4.D. SEGUNDA LETRA DEL SEGUNDO APELLIDO ...□
5. FECHA DE NACIMIENTO .....□□ □□ □□
6. PROVINCIA DE NACIMIENTO.....□□
7. SEXO (1.Hombre 2.Mujer 3.Desconocido).....□
8. PROVINCIA DE RESIDENCIA .....□□
9. MUNICIPIO DE RESIDENCIA .....□□□
888. Reside Extranjero 999.Desconocido
10. ESTADO CIVIL..... □
11. SITUACIÓN LABORAL PRINCIPAL EN EL MOMENTO DE LA  
ADMISIÓN A TRATAMIENTO .....□□
12. MÁXIMO NIVEL DE ESTUDIOS COMPLETADOS .□□
13. CONVIVENCIA ACTUAL .....□

14. INCIDENCIAS LEGALES

3 PREVIAS AL CONSUMO.....

3 POSTERIORES AL CONSUMO .....

15. VIA DE ACCESO .....

16. PROBLEMA QUE MOTIVA LA DEMANDA.....

17. TIPO DE DEMANDA INICIAL.....

18. ANTECEDENTES DE CONSUMO DE DROGAS

18.1. DROGA PRINCIPAL.....

18.2. AÑO DE INICIO DE CONSUMO DE LA DROGA PRINCIPAL (9.Desconocido) .....

18.3 VIA DE ADMINISTRACIÓN DE LA DROGA PRINCIPAL EN LOS ULTIMOS 30 DÍAS.....

1.Oral

2.Fumada en cigarrillos o pipa

3.Inhalada (incluyendo en “chinos” o papel de plata)

4.Esnifada en polvo

5. Inyectada

6. Otras (especificar)

9.Desconocida

18.4 OTRAS DROGAS CONSUMIDAS EN LOS ULTIMOS 30 DÍAS ANTES DE SER ADMITIDO A TRATAMIENTO

..... AÑO I.C.....

..... AÑO I.C.....

..... AÑO I.C.....

..... AÑO I.C.....

19 TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE QUE SE INYECTÓ POR ÚLTIMA VEZ CUALQUIER SUSTANCIA PSICOACTIVA.....

20. MOTIVO DEL PRIMER CONTACTO CON LA DROGA PRINCIPAL .....

21. ORIGEN DE LA INCITACIÓN AL PRIMER CONTACTO CON LA DROGA PRINCIPAL.....

22. ANTECEDENTES FAMILIARES.....

23. REALIZACIÓN PREVIA DE ALGÚN TRATAMIENTO POR LA DROGA PRINCIPAL  
(1. Si, 2. No, 9. Desconocido).....☐

24. TIPO DE TRATAMIENTOS PREVIOS.....☐☐☐☐

25. LUGAR DE TRATAMIENTOS PREVIOS .....☐☐☐☐

26. TRASTORNOS SOMÁTICOS Y PSICOPATOLÓGICOS

ESTADO SEROLÓGICO OBJETIVO FRENTE AL VIH.☐

HEPATITIS B:

AgHBs-Antígeno de superficie .....☐

AcHBs-Anticuerpo de superficie .....☐

AcHBc- Anticuerpo total Core.....☐

HEPATITIS C.....☐

T.B.C.....☐

Para esta y las siguientes categorías:

1. Ha padecido      2.Padece      3.No padece

E.TS .....☐

SOBREDOSIS.....☐

OTROS .....☐

ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS.....☐

27.PRACTICAS DE RIESGO .....☐☐☐☐

28.TIPO DE ASISTENCIA PRESCRITA .....☐

29.ACEPTACIÓN DE LA ASISTENCIA PRESCRITA.....☐

