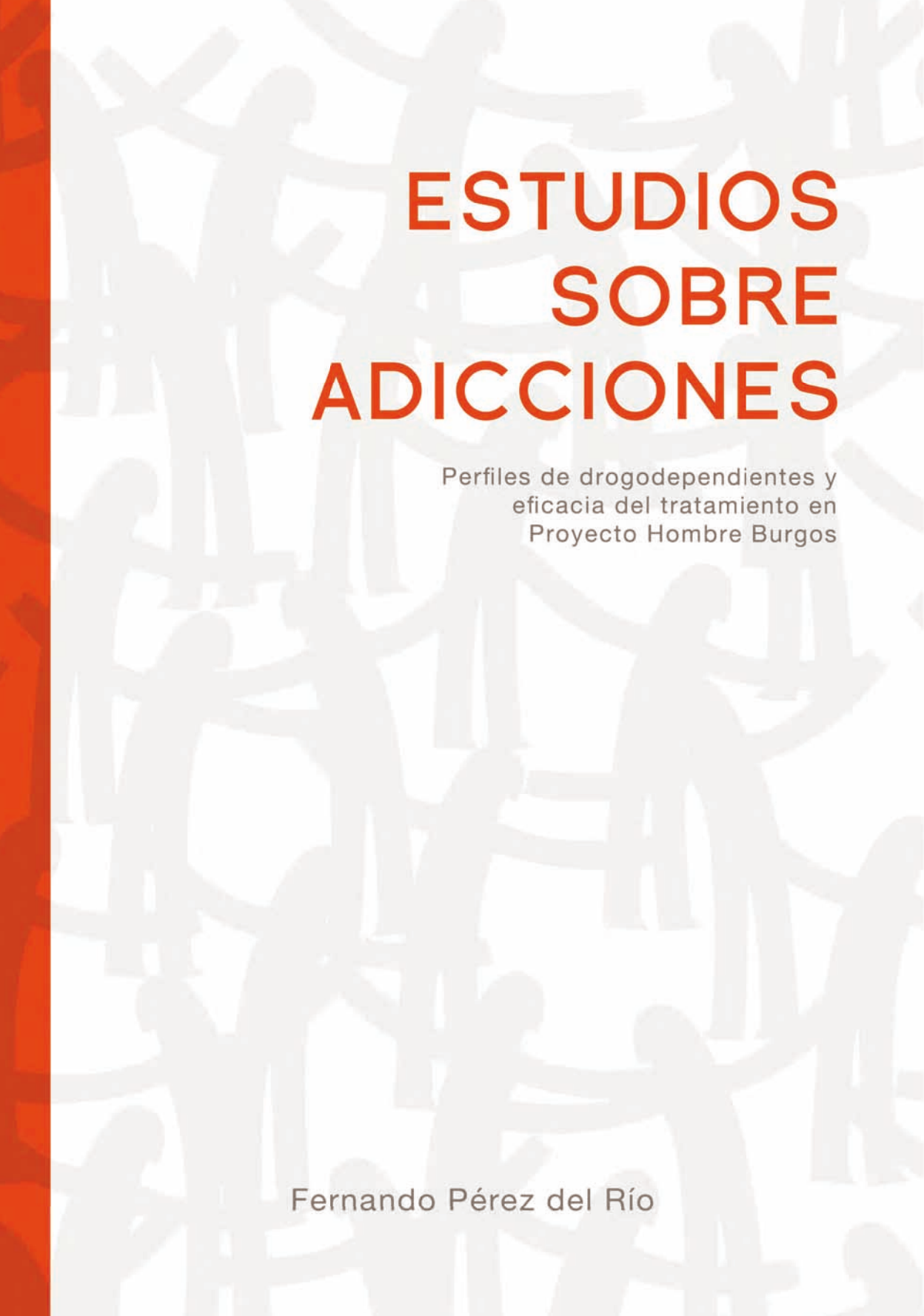




ESTUDIOS SOBRE ADICCIONES

Perfiles de drogodependientes y
eficacia del tratamiento en
Proyecto Hombre Burgos

Fernando Pérez del Río

ESTUDIOS SOBRE ADICCIONES

PERFILES DE DROGODEPENDIENTES Y EFICACIA
DEL TRATAMIENTO EN PROYECTO HOMBRE BURGOS

Fernando Pérez del Río
Burgos, 2011

PUBLICACIONES DE LA EXCMA. DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE BURGOS

Impreso en España

ISBN-13: 978-84-692-2442-7

Depósito Legal: BU.253-2011

Impresión y diseño: Imprenta Provincial

Diseño de la portada: Estudio Pardiez - www.estudiopardiez.com

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradecer a la Excelentísima Diputación de Burgos la publicación de este trabajo y reconocer su compromiso con lo social.

Asimismo, deseo expresar mi agradecimiento al profesor de la Universidad Complutense de Madrid José Luis Graña, que me enseñó cuestiones fundamentales de una forma lúdica dando gratos paseos por la Casa de Campo de Madrid.

A mi familia: Conchi y Guillermo; a Proyecto Hombre Burgos; y a los compañeros de trabajo y profesores que de alguna u otra forma han realizado aportaciones a este trabajo, Adelina, Almudena, Rafa Gómez, Elena de la Peña, Juan Jesús, M.^a Paz García y a Fernando Lara.

A la diseñadora Sara Pascual de Frutos y a la Imprenta Provincial.

Y como siempre, siendo ya una larga tradición, al escritor y amigo Toño Pérez.

A mi padre

ÍNDICE

PARTE I

PRÓLOGO

1. INTRODUCCIÓN	15
2. CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS DROGAS	27
2.1 Drogas y Toxicidad	27
2.2 Uso y hábito	29
2.3 Abuso	30
2.4 La dependencia	31
2.5 La drogodependencia	32
2.6 La tolerancia	37
2.7 Síndrome de abstinencia	39
2.8 Intoxicación	41
2.9 Vías de administración	43
2.10 Clasificación y tipos de drogas	44
2.11 Drogas estimulantes del sistema nervioso	47
2.12 Drogas depresoras del sistema nervioso	51
2.13 Drogas que alteran la conciencia	56
2.14 Comorbilidad y patología dual	61
3. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS DROGODEPENDENCIAS	65
3.1 Tendencias actuales de consumo	65
3.2 Epidemiología de la cocaína	69
3.3 Epidemiología de la heroína	72
3.4 Epidemiología del alcohol	74
3.5 Epidemiología de la patología dual	76

4.	RECURSOS Y ASISTENCIA A LOS DROGODEPENDIENTES	79
4.1	Recursos de primer nivel	82
4.2	Recursos de segundo nivel	83
4.3	Recursos de tercer nivel	87
4.4	Recursos de cuarto nivel	90
5.	EVALUACIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS	93
5.1	Introducción	93
5.2	Evaluación de pacientes	93
5.3	Evaluación de programas	96
5.3.1	Dificultades en la investigación	98
5.3.2	La situación de la evaluación	101
5.3.3	La situación de la evaluación en España	103
6.	PROYECTO HOMBRE	107
6.1	Introducción histórica	107
6.2	Marco teórico en Proyecto Hombre Burgos	117
6.2.1	Modelo transteórico del cambio	120
6.2.2	Entrevista motivacional	130
6.3	Estructura del programa	135
6.4	Filosofía	135
6.5	Recorrido de los pacientes	136
6.6	Definición de los programas	137
6.6.1	Primeros Coloquios (PC)	137
6.6.2	Programa Ambulatorio (IRIS)	138
6.6.2.1	Estructura del programa	139
6.6.2.2	Mínimos para acceder al programa	140
6.6.2.3	Fases	140
6.6.2.4	Instrumentos	141
6.6.3	Comunidad Terapéutica (CT)	143
6.6.3.1	Estructura del programa	143
6.6.3.2	Fases	143
6.6.3.3	Criterios para la posible finalización en la CT	146
7.	CONSIDERACIONES FINALES DE LA PRIMERA PARTE	147

PARTE II

8. INVESTIGACIÓN	151
8.1 Introducción	151
9. ESTUDIO DE LOS PERFILES DE DROGODEPENDIENTES EN PROYECTO HOMBRE BURGOS	153
9.1 Objetivos	153
9.2 Hipótesis	154
9.3 Método	154
9.3.1 Selección del dispositivo que atiende a drogodependientes	154
9.3.2 Participantes	155
9.3.3 Formación del equipo de campo	156
9.3.4 Instrumentos	156
9.3.5 Variables	164
9.3.6 Procedimiento	164
9.3.7 Diseño	166
9.3.8 Análisis de datos	166
9.4 Resultados	168
9.4.1 Resultados de la muestra general	168
9.4.2 Análisis de los conglomerados en dos fases	174
9.5 Discusión del primer estudio	204
9.6 Variables implicadas en la recuperación terapéutica	208
10. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BIOPSICOSOCIAL EN DROGODEPENDIENTES COMUNIDAD TERAPÉUTICA	209
10.1 Objetivos	209
10.2 Hipótesis	210
10.3 Método	210
10.3.1 Participantes	210
10.3.2 Instrumentos	210
10.3.3 Variables	211
10.3.4 Procedimiento	212
10.3.5 Diseño	212
10.3.6 Análisis de datos	212

10.4 Resultados	212
10.5 Discusión general del segundo estudio	223
10.6 Variables implicadas en la recuperación terapéutica	232
11. CONCLUSIONES GENERALES FINALES	235
11.1 Conclusiones del primer estudio	235
11.2 Conclusiones del segundo estudio	240
11.3 Consideraciones futuras	242
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	245
ANEXOS	259

PARTE I

PRÓLOGO

Hace ya 25 años se creó el PNsd, que aglutinó a diferentes colectivos para dar respuesta a uno de los problemas sociales más importantes. El Plan Nacional sobre Drogas fue un acicate para mejorar el sistema de atención a drogodependientes y conocer mejor la extensión del problema de las drogodependencias, pero aún sigue siendo prioritario el estudio de las mismas tanto a nivel nacional como a nivel local. De igual manera sigue siendo importante apostar por la prevención y el tratamiento de las drogodependencias, pues no debemos olvidar que España continúa formando en las filas de los países desarrollados donde las prevalencias de consumo de sustancias son más elevadas.

El presente libro: *Estudios sobre adicciones. Perfiles de drogodependientes y eficacia del tratamiento en Proyecto Hombre Burgos*, es el resultado de dos extensas investigaciones relacionadas con las drogodependencias en Burgos.

Este trabajo, iniciado en 2005, es el resultado sistemático y minucioso de evaluar con el fin de optimizar los tratamientos; en sus páginas leeremos cómo después de seis meses de tratamiento en la Comunidad Terapéutica se evidencia que los usuarios evaluados no sólo dejan de consumir sustancias, sino que sufren otra suerte de cambio, como es el darse cuenta de que el problema que padecen no sólo es debido a las drogas. Los pacientes, tras este periodo corto de tratamiento, son conscientes de las consecuencias que en ellos ha operado el consumo de sustancias y se esfuerzan decididamente en mejorar sus relaciones familiares y sociales, en aumentar notablemente su autoeficacia y en modificar su entorno con objeto de cambiar ellos mismos y atesorar nuevos hábitos. Además, en la presente investigación se pone de manifiesto cómo los usuarios comienzan a retomar actividades que para ellos fueron beneficiosas en el pasado, por ejemplo, practicar deporte, y, algo que deseo subrayar, se comprueba también el grado de compromiso y responsabilidad que adquieren tanto de sus cambios como de sus nuevos objetivos. En definitiva, comienzan a ejercer control sobre su propia vida.

El segundo estudio, por su parte, evidencia cómo han ido evolucionando durante esta década los perfiles de personas con problemas de adicciones que demandan ayuda. Hace diez años, la mayor parte de las demandas por tratamiento eran a causa de la heroína; hoy día, como bien se expone en el presente estudio, encontramos dos grupos claramente significativos: los alcohólicos y los politoxicómanos, los cuales consumen preferentemente sustancias psicoestimulantes.

La Diputación Provincial de Burgos es sensible a las problemáticas sociales y, nuevamente, reconoce el esfuerzo que realizan las ONG y las fundaciones que tienen por objeto tratar a personas con problemas.

Por último, queremos dejar constancia de nuestro apoyo a un trabajo como este, y a su autor D. Fernando Pérez del Río, que tanto incumbe a Burgos, reconociendo la rigurosidad con que ha sido elaborado desde una perspectiva científica.

Excelentísimo Presidente de la Diputación de Burgos
Vicente Orden Vígara

1. INTRODUCCIÓN

A primera vista, el uso de drogas ha sido una constante en todas las épocas y culturas. Su consumo se ubicaba en contextos determinados y ritualizados, por ejemplo bajo la batuta de chamanes que oficiaban de intermediarios entre los saberes constatables de este mundo y lo trascendental, aquello que no llega a percibirse únicamente con los sentidos. Las drogas poseen una función instrumental determinada para cada cultura. En unos casos, se usan para mitigar el cansancio; en otros, para facilitar determinadas sanaciones o actuar como una válvula de escape para evitar el malestar, y en otros muchos casos, más propios de nuestra época, sirve simplemente para procurarse diversión. Según la antropóloga Dobkin de Ríos (1984), las drogas se pueden estudiar desde tres diferentes ángulos: la primera perspectiva sería la utilización de las drogas y lo sobrenatural, que se da en aquellas circunstancias en que hombres y mujeres utilizan sustancias con fines mágico-religiosos, para adivinar el futuro, para orientarse en su búsqueda de lo favorable y lo diabólico. La segunda categoría sería las drogas y el tratamiento de las enfermedades (medicina tradicional, herbolaria), y la última categoría la conformaría el placer y la interacción social (Romero, 2005).

Aunque sea difícil esbozar qué factores favorecen la fuerte expansión de las drogas, podemos no obstante plantear algunas razones que explican su popularidad. Pero antes de nada, hemos de decir que los sistemas sanitarios deben identificar el consumo como un problema en el estilo de vida, es decir, deben hacer explícito y público el problema. Con el Neopositivismo de finales del s. XVIII y principios del s. XIX, el alcoholismo y la toxicodependencia, así como otras formas derivadas de las conductas morales o naturales, se convierten en una enfermedad. Con esto la ciencia favorece una motivación autorizada para la estigmatización social de los comportamientos desviados de las normas (De Dominicis, 1997).

Buen ejemplo de todo esto nos lo ofrece el médico Magnuss Huss (1807-1890), quien en el año 1849 publica un artículo sobre la embriaguez bajo el título de *Alcoholismus Chronicus*. Se comienza así a estudiar el alcoholismo como entidad clínica y se intenta descifrar su patología asociada. Dicho autor desarrolló asimismo asociaciones de ayuda que promocionaban la templanza (Freixa i Sanfeliu, 2002). Siglos antes ya podíamos encontrar textos donde se describían algunos síntomas y consecuencias del alcohol, por ejemplo “a comienzos del siglo XVI, en su célebre *Vanquete de Nobles y Caballeros e modo de vivir...* (1530). El médico de cámara del Emperador Carlos V, Luis Lobera de Ávila dedica el capítulo XI a ‘*de los vinos y de los daños y utilidades dellos y de sus complexiones*’”, Barona (2003). Otro ejemplo, entre tantos, de los problemas que ocasionaba el alcohol, lo encontramos en el recuento de la diócesis barcelonesa, a la cabeza de la etiología u origen de la ruptura matrimonial entre 1565 y 1654 se encuentran los malos tratos 82%, casi siempre físicos, pero también de carácter atormentador para quienes reciben insultos y humillaciones constantes. Siguen, a continuación, las amenazas de muerte (citadas en un 34,5% de los procesos), el intento de asesinato 22% [...], el derroche de bienes mediante el juego, el alcoholismo, el furor y la demencia, la incitación al adulterio y el trabajo excesivo [...]. El alcoholismo o el adulterio se presentan como constantes en la destrucción familiar, por citar sólo los más mencionados (Gil, 2008).

Una india oriunda de Pampocolca, en el valle peruano del río Andamayo, declaraba en 1791 sobre las desgracias que le acarreaban las borracheras de su marido, citado por Gil Ambrona 2008, *op. cit.*, pp. 88.

“Yo soy casada el espacio de serca de veynte y seis años, y no he conocido la cara del gusto en todo este tiempo, porque él es el hombre todo entregado a la embriaguez. Tiene por costumbre procrear en mí un hijo, y luego salir negándolo, hasta después de andarse de vagante, se recoxe por unos cortos días a volver a procrear otro, y al instante que me reconoce ensinta, vuelve a protestar lo mesmo y se retira hasta que yo haya librado del parto, ynjuiriándome en público y secreto, enajenando quanto he tenido de mis cortos bienes hasta llegar al estremo de dejarme desnuda”.

Pero como decíamos y según Pascual (2009), no se llega a considerar una enfermedad hasta las observaciones del sueco Huss. La adicción empieza a dejar de ser atribuida a falta de moral o a una voluntad débil y poco a poco comienza a entenderse como un problema médico. Así, en 1857 el Dr. Morel admitió que entre las diversas causas de degeneración de la especie humana se encontraba el alcoholismo, y es que en buena medida las relaciones entre la locura y la criminalidad encontraron en el alcoholismo un excelente nexo, ocasionando grandes gastos en mantenimiento y curación de estos enfermos en asilos, hospitales

y prisiones, en cuanto al tratamiento curativo, realmente nada había. Incluso para paliar la falta de recursos en algunas regiones de España existía la creencia de que las recortaduras de las uñas, servidas en una bebida alcohólica cualquiera, bastaban para que desapareciese el hábito de la embriaguez. La visión de Morel con su modelo degeneracionista contribuyó a ofrecer una imagen aun más negativa y moralizada de los alcohólicos, una imagen que cuajó en mitad del siglo XIX en Francia y posteriormente influyó al resto de países.

Así que no es de extrañar que “a principios del siglo XIX, el prestigioso médico y miembro fundador de la Sociedad Española de Higiene, Ángel Pulido, publica en *El Siglo Médico* un artículo donde afirma que ‘la higiene, o la sanidad pública, tiene derecho a ser creída, es una religión..., porque procede de aquella divina razón que encierra la verdad, el bien y la moral’”, Barona (2003). El higienismo aportó responsabilización, pero también culpabilización, en sus intervenciones respecto al consumo de sustancias. El desarrollo de una higiene privada en las sociedades postindustriales implicaba, pues, de una parte responsabilización del individuo frente a la enfermedad y, de otra, la culpabilización del enfermo. Se trata de un viejo concepto que planteó ya el filósofo suizo Jean Jacques Rousseau al distinguir entre *enfermedades naturales y enfermedades por la culpa*. El ejemplo más típico es el del alcoholismo, que dio lugar no sólo a campañas antialcohólicas, sino también a una imagen negativa del alcohólico. Algo semejante sucedió también con respecto a las toxicomanías, la sífilis, el tabaco o el SIDA (Barona, 2003).

Una vez identificado el problema con la ayuda de autores como Magnuss Huss (1807-1890), creado el diagnóstico y admitido en la sociedad; algunos de los principales factores favorecedores de la expansión de las drogas han sido el crecimiento de las ciudades, la marginalidad y los estilos educativos inadecuados, o excesivamente rígidos o demasiado flexibles, también se han esbozado como hipótesis de tal expansión, las agotadoras jornadas laborales. Pero si tuviéramos que destacar entre todos un factor principal, éste no sería otro que la formidable expansión del comercio y la comunicación. Con la Revolución Industrial se desplegaron las industrias químicas y farmacéuticas y por consiguiente aparecieron las drogas sintéticas, y no sólo trajo consigo la necesidad de producir sino también la de intercambiar, es decir, la de consumir.

“La aparición de una industria de cerveza en países como Gran Bretaña, la mejora en las técnicas de producción y comercialización, la expansión de las destilerías por el territorio europeo, el crecimiento demográfico y las grandes concentraciones de obreros entorno a núcleos de crecimiento industrial son algunos de los factores sociales que dieron impulso al fenómeno del incremento espectacular del consumo de alcohol y la transformación de las pautas sociales

del consumo”, Barona (2003). Consecuentemente, el consumo de sustancias comienza a ser un grave problema social y político desde el momento en que se produce, se intercambia y comercializa a una mayor escala.

Hacia 1900 todas las drogas conocidas se encuentran disponibles en farmacias y droguerías, pudiéndose comprar también al fabricante por correo. Esto sucede a nivel planetario, lo mismo en América que en Asia y Europa (Escotado, 2005).

Bien es cierto que en cada epidemia podemos encontrar elementos concretos favorecedores de la misma, como lo es en el caso de la heroína el fácil acceso a la jeringuilla hipodérmica. Asimismo, también podemos agregar factores culturales en momentos históricos definidos que han favorecido el consumo de determinadas sustancias, por ejemplo el consumo de anfetaminas en Japón tras la Segunda Guerra Mundial o el descenso de consumo de opio en China tras la llegada al poder del partido comunista. Muchas veces se ha mencionado la importancia comercial que llegaron a tener las drogas; el ejemplo socorrido son las guerras del opio entre China y Gran Bretaña, expresión máxima de los conflictos comerciales que han generado las drogas entre diferentes países.

Todos estos factores anteriormente señalados y otros que seguro se han quedado en el tintero, propician que se extienda el consumo masivo de sustancias en el mundo, y un problema tan singular reclama ser abordado en su conjunto. No solamente desde un modelo jurídico y represivo, ni desde un modelo médico donde el paciente es considerado únicamente un enfermo.

No cabe duda de que hoy nos encontramos en otra coyuntura cultural. Quedan lejos los síntomas de conversión y parálisis de la punitiva Inglaterra victoriana de principios de siglo XX, donde existía una rígida e inflexible estructura social, donde se hallaba un importante respeto por las figuras de autoridad y, en el cual, los valores predominantes eran entre otros el respeto a las costumbres y la moral religiosa (Pérez, 2007). Una cultura que se da de bruces con innumerables avances tecnológicos y científicos que tendrán lugar a lo largo de dicha centuria. Asimismo, con el Mayo del 68 la sociedad habrá de enfrentarse con nuevos dilemas éticos. “Frente al ahorro represivo, el gasto; contra la calculada utilidad, la inmediatez, y frente a la finalidad, la aventura. La reunión de estos tres elementos dibuja el triángulo de la cultura de consumo”, Verdú (2008). Sloterdijk (2005), por su parte, nos recuerda que sin el concepto de “‘de-sinhibición’, no puede haber ninguna teoría seria de la Modernidad”.

Ya centrados en el siglo XX conviene aclarar que los países europeos fueron adaptándose paulatinamente a los cambios y problemas que iban generando las drogas. El sistema sanitario de cada país iba absorbiendo las nuevas demandas y los nuevos problemas asociados a las drogas. Según Santodomingo (2009), la

sensibilidad y preocupación de los médicos especialistas españoles ante la situación asistencial de los enfermos mentales, y con ellos de los pacientes alcohólicos y toxicómanos, determinaron la fundación de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (A.E.N.) en 1924, y de la Liga Española de Higiene Mental en 1926. Ambas incluyeron como objetivos primordiales de sus reuniones y proyectos la realización de actividades asistenciales y también preventivas, relacionadas con la adicción a sustancias. Como consecuencia directa de la actividad de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (A.E.N.) y de la Liga Española de Higiene Mental, en 1931 fue constituido el Consejo Superior Psiquiátrico, y en ese mismo año fue promulgada la Ley de Internamiento del Enfermo Psíquico, en la cual “la toxicomanía incorregible” fue causa explícita de ingreso psiquiátrico. En los años 40 y 50 del s. XX, se pusieron en funcionamiento algunos Dispensarios de Higiene Mental y Toxicomanías, aunque sus posibilidades de actuación eran escasas. Según Santodomingo, también se creó una Unidad de Hospitalización para Alcohólicos en el Hospital Clínico Universitario de San Carlos en Madrid. Esta Unidad se formó en el Departamento de Psiquiatría, dirigido por el *Prof.* Juan José López Ibor, y en él se llevaban a cabo técnicas de desintoxicación en grupos de pacientes, con apomorfina y emetina, entre otras sustancias. La Unidad funcionó desde 1963 a 1966. Dentro del panorama general podemos considerar a estas experiencias como aisladas.

Inmersos en este panorama de escasez de problemas, recursos y conocimientos, España se encontró de golpe, como si se tratara de un volantazo, con un problema casi desconocido hasta la Transición Democrática, y dadas nuestras condiciones de entonces, sobra decir que no estábamos suficientemente preparados para enfrentarnos a las dificultades que se nos avecinaban. Así, numerosos clínicos se vieron obligados a adaptarse a marchas forzadas con mayor o menor suerte. El caso español fue algo excepcional, por pasar en poco tiempo de una cierta ingenuidad y precariedad a estar frente a una epidemia; en los primeros años de la epidemia de la heroína, el desconocimiento sobre cómo tratar a estos pacientes casi era generalizado, los servicios sanitarios se vieron desbordados y a nadie se le escapa que en muchas ocasiones se juntó la falta de experiencia con el “miedo” a tratar a estas personas, pues nadie ignoraba que el drogodependiente solía y suele causar numerosos problemas. La imposibilidad, en ciertas ocasiones, de dar contención a este tipo de personas, y el rechazo a tratarlos, en otras, facilitará el fuerte desarrollo en España de diferentes organizaciones como la Asociación Proyecto Hombre.

Las entidades que germinaron en aquellos años, que en parte daban respuesta al problema, eran centros escasamente profesionales, centros con un fuerte espíritu de voluntariedad, de modo que podían subsistir con pequeñas

subvenciones; esto quiere decir que eran “y siguen siendo” muy baratos para el Estado, lo cual facilitó su proliferación.

Un macro-estudio realizado en Inglaterra, llamado N.T.O.R.S., *National Treatment Outcome Research Study* (Gossop y col, 2003), tenía como objetivo poner de relieve los cambios respecto a los nuevos patrones de consumo, pero también evidenció lo beneficiada que sale una sociedad que invierte en programas para drogodependientes. Se estimó que por cada libra que se invertía en programas para adictos, se recuperaban y restituían tres libras. Es decir, la sociedad termina ahorrando, en médicos y en las múltiples consecuencias de las actividades delictivas, juicios, cárceles, etcétera.

Sin duda la delincuencia ligada directa o indirectamente a drogas ilícitas constituye el capítulo penal singular más importante en gran parte de los países del mundo y, desde luego, en los que se llaman avanzados, donde alcanza cotas próximas a tres cuartas partes de todos los reclusos. En los siglos XVIII y XIX, lo equivalente a esta proporción correspondía a disidencia política, y del siglo XIV al XVII, a disidencia religiosa (Escohotado, 2001).

Desde mediados de los 80 hasta principios de los 90 fue la heroína, la droga estrella –por calificarla de alguna forma–, una droga que sólo se vio frenada por fuertes campañas publicitarias y sobre todo por la aparición del *Virus de la Inmunodeficiencia Humana* (VIH). Supuso pasar de morfinómanos aislados a una epidemia de heroínómanos difícil de asimilar. El Plan Nacional sobre Drogas (PNsD) estimó que entre los años 1980 y 1985 había 80.000 consumidores habituales de heroína, 350.000 de anfetaminas, 18.000 a 21.000 de inhalantes y 1.900.000 a 2.300.000 de alcohol. En las encuestas del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) del año 1985, el 49,8% de los encuestados sostenía que el problema de la droga era muy importante, situándolo en el cuarto lugar.

A finales de los 80 e inicios de los 90, los consumos de drogas empezaron a dejar de estar tan vinculados a grupos marginales, también dejaron de estar claramente asociados a posiciones contraculturales: dejó de ser algo reducido y relativamente controlable. “A mediados de los años 90, el perfil de los consumidores y las pautas de consumo experimentaron algunos cambios”, PNsD Estrategia, (2009-2016). Un momento importante, en aquellos años, fue la aparición del Plan Nacional sobre Drogas (PNsD), creado en España el 20 de marzo de 1985. Fue un plan bien acogido tanto por los partidos políticos como por los sindicatos, se adaptó pronto a la realidad del país y constituyó además un modelo para articular otros planes. Actualmente casi todos los grandes ayuntamientos tienen sus propios planes para drogodependencias. En suma, fue sobre todo un importante apoyo a la red de atención a drogodependientes, en todos los sentidos, desde los años 80. Hoy en día, todas las ciudades disfrutan de una o varias asociaciones,

fundaciones o entidades adecuadamente insertadas en la red asistencial a través de diferentes convenios, además de la oferta del sistema sanitario público. Así, encontramos un amplio abanico de posibilidades donde las personas pueden dirigirse y pedir ayuda.

En aquellos años, el procedimiento indicado eran los tratamientos libres de drogas, pero pronto se observó que un número importante de toxicómanos no conseguía adaptarse a las exigencias de los tratamientos y rompía el contacto. El 54% no llegaba a iniciar el tratamiento: las personas de mayor gravedad en su dependencia eran las que no solían acudir a los centros (Marina, 1999). En los primeros años se considera que el programa tenía que cambiar al paciente sin hacer ningún esfuerzo extra a la hora de ajustarse a la realidad del usuario; se utilizan expresiones como “*café para todos*” o “*haz como si*”. Con el paso del tiempo, se observó que tales tratamientos no eran suficientes. Se empezó, pues, a dar importancia a los programas de reducción del daño, en los cuales por ejemplo se mantiene al paciente con agonistas opiáceos, diferenciándose de los programas libres de drogas. El objetivo, como su nombre indica, es la reducción del daño y no únicamente la abstinencia.

A partir de 1990, los programas de disminución del daño de corte más asistencial –mantenimiento con metadona, intercambio de jeringuillas– comienzan a coexistir con los programas libres de drogas. Paralelamente, los planes se fueron adaptando a la realidad social, poniendo énfasis en lo laboral, en lo judicial y en la realización de planes individuales en el tratamiento. Los procesos comienzan a diseñarse de forma personalizada y se empieza a tener en cuenta la motivación del paciente y la etapa donde se encuentre, según las fases establecidas por Prochaska y DiClemente (1994). También se comienza a estudiar y a tener más en cuenta la llamada “patología dual”, aunque desde hace ya mucho tiempo se citaba como “comorbilidad”.

Posteriormente, también se pondrá el acento en la disminución del riesgo, que no es lo mismo que la reducción del daño. La disminución del riesgo es un concepto más próximo a la prevención. Así, por ejemplo, con objeto de prevenir accidentes, estos programas destinan sus esfuerzos, por ejemplo, a evitar que las personas usen un vehículo habiendo bebido o bajo los efectos de cualquier droga. Otro tipo de programas son los de ocio nocturno.

Como ya decíamos, al inicio de la Transición Democrática no existía ninguna red asistencial especializada en drogodependencias, por lo que se comprende fácilmente que el sistema sanitario del Estado se viera incapaz de tratar y absorber a un gran número de pacientes heroinómanos, puesto que no había ni centros ni mucho menos profesionales especializados, ya que en el pasado reciente podemos destacar el interés de algunas Asociaciones como la A.E.N.,

en estos temas y poco más; en definitiva, el desconocimiento era grande. En buena lógica, algunos de los primeros clínicos decidieron ir al extranjero a formarse.

Como íbamos diciendo, este fue un periodo de importante expansión en España de organizaciones como Proyecto Hombre, asociación tutorizada y autorizada inicialmente por *Progetto Uomo* en Italia. Cabe destacar que desde el año 1989, la Asociación Proyecto Hombre recibe ayudas y subvenciones del PNSD y fue declarada de utilidad pública por el Consejo de Ministros en el año 1993.

Los primeros terapeutas de la Asociación de Proyecto Hombre España se formaron en Italia, en la mayoría de los casos recibieron la docencia en el *Centro Italiano di Solidarietà di Roma* (C.e.I.S). Corrían los años 80 cuando se consolida un modelo teórico para las drogodependencias basado en la psicología humanista, bio-psico-social, en su apuesta por la familia; un modelo relacional y de trabajo en equipos multidisciplinares, pero, por añadidura, en aquellos años carente de contrastación empírica.

El terapeuta de Proyecto Hombre aprende, por decirlo de alguna manera, de una tradición “oral”. Las dificultades de los tratamientos quedan minimizadas por la transmisión de la experiencia de “terapeuta tutor” a “terapeuta iniciado” o los llamados “precursistas” en Proyecto Hombre, donde lo importante no es únicamente el *Curriculum Vitae* sino saber llegar a las personas, ofrecer indistintamente firmeza, afecto y respeto. En definitiva: valer más que saber. Aunque hoy en día se intenta obtener ambas cosas, valer y saber, en un hecho que más de la mitad de los contratados a nivel nacional son licenciados en psicología (Memoria de la Asociación Proyecto Hombre 2008).

Para reducir los errores en este tipo de tratamientos los procesos se abordan siempre y sin excepción dentro del equipo multidisciplinar. Esta forma de trabajo, entre otras muchas ventajas, solapa la inexperiencia y la falta de formación clínica del terapeuta y, sobre todo los ensayos en el aprendizaje. En aquellos años era frecuente encontrar a licenciados en disciplinas que poco o nada tenían que ver con la clínica, por ejemplo licenciados en historia, licenciados en teología, o personas sin estudios básicos o ex pacientes, que desempeñaban y siguen desempeñando en la actualidad importantes tareas como terapeutas y educadores.

Tras el periodo de aprendizaje en el país transalpino, los primeros centros de Proyecto Hombre fundados en España, San Sebastián, Bilbao y Madrid, son nuevos referentes en la formación de cientos de terapeutas. Estos nuevos profesionales españoles van creando un estilo propio y, a su vez, irán abriendo nuevos centros y formando a su vez a nuevos clínicos. Así, hasta hoy en día, donde la asociación pasa a ser “referente”. Por ejemplo, sin ir más lejos hace unos años

tutorizó a los programas de Portugal y también dirige diferentes proyectos de formación en países de Hispanoamérica. Cabe señalar, además, que en el año 2007 una Comisión que representaba al Ministerio de Sanidad Francés fue encargada de buscar un estilo de comunidad terapéutica adecuado para implantarlo en toda Francia. Esta Comisión, después de visitar muchas comunidades en diversos países, decidió tomar como referencia el modelo de comunidad terapéutica de Proyecto Hombre España. No deja de ser una satisfacción para dicha Asociación que en pocos años se haya pasado de necesitar ir al extranjero para aprender, a que otros países se inspiren en los métodos y vengan a España a formarse.

En sus primeros pasos, la organización básica de estos centros de Proyecto Hombre estaba destinada a usuarios con problemas con la heroína. Era un diseño de tres estructuras: a) acogida para la desintoxicación, b) comunidad para la deshabituación y, por último, c) la reinserción.

Se trataba de un modelo estándar venido de una herencia bastante conservadora, muy bien estructurado y poco flexible en su *modus operandi*, sobre todo en los años 80 y principios de los 90. En cualquier caso, posteriormente, este modelo se ha visto reajustado hasta dar lugar a gran diversidad de programas mucho más adecuados a las necesidades de las personas y a las nuevas demandas. Pues, aunque pervive una población de antiguos heroinómanos que poseen un largo historial de consumo y siendo un colectivo muy castigado por el VIH, se trata de un grupo envejecido, salvo por la llegada de pacientes sueltos y de algunos inmigrantes de Europa del Este, y casi invisible para la sociedad, debido a los tratamientos con la metadona.

Así, los pacientes heroinómanos de los 80 –casi cortados por el mismo patrón–, que llegaban a Proyecto Hombre tras haber pasado por dos o tres centros anteriores, mostrando numerosos problemas legales y médicos, han dejado paso a otros nuevos perfiles de pacientes.

Se plantean nuevas demandas y retos. Hoy en día nos topamos con otros patrones, por ejemplo en España podemos destacar el aumento del consumo de diferentes drogas como las de síntesis, la heroína ha sido sustituida en parte por la cocaína y el cannabis; sustancias que aumentaron su consumo a lo largo de la década de los 90. Las drogas están más asociadas al ocio y a lo recreativo y encontramos a consumidores de fin de semana que abusan puntualmente de las drogas. Esto implica que los tratamientos y programas deben forjar nuevos ajustes, por ejemplo ya no serán tan importantes los aspectos educativos; antes, a los pacientes heroinómanos que no poseían el título de la Educación General Básica se los animaba a sacarse el título de la antigua Educación General Básica (E.G.B). Los nuevos perfiles de hoy en día ya no precisan tanto de esas acciones

formativas. Otro cambio importante es el aumento de la comorbilidad psiquiátrica en los pacientes, el clínico se ve frente al reto de trabajar con perfiles que portan mayor sintomatología a causa de la mayor variedad de sustancias que han consumido. En definitiva en el presente asistimos al policonsumo, lo cual ha llevado a los centros de tratamiento a trabajar de forma sistemática con la red de Salud Mental. Pese a esto las personas drogodependientes están mejor integradas en la sociedad, están más alejadas de lo marginal. Una última consideración que urge exponer es que se consume a edades más tempranas. Hoy, de una forma más descontextualizada, se puede consumir prácticamente en cualquier lugar del mundo cualquier tipo de sustancia psicoactiva.

A poco que se ojee este desarrollo y se tenga en cuenta el contexto actual, es fácil darse cuenta que con el paso de los años se va dando más importancia a la evaluación de los programas, a la calidad de las intervenciones y a la prevención.

En relación a la investigación, la Estrategia Europea 2005-2012 señala como objetivo: “una mejor comprensión del problema de la droga y el desarrollo de una respuesta óptima al mismo, mediante una mejora apreciable y sostenible de la base de conocimiento y de su infraestructura”. En cuanto a España, la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 tiene como objetivos “incrementar la cantidad y la calidad de la investigación, con el fin de conocer mejor las diversas variables relacionadas con las drogas y su capacidad de producir adicción, su consumo, su prevención y tratamiento, y potenciar la evaluación sistemática de programas y actuaciones”. Por último, cabe señalar la importancia dada a la prevención del consumo, que es considerada como el ámbito clave sobre el que se apoya la Estrategia 2009-2016.

Merced a lo expuesto, ponemos de manifiesto la necesidad de evaluar los programas, procurar su validez y eficacia, poder entender y conocer a nuestros pacientes en la máxima medida y, por otro lado adaptarnos a los cambios que se están originando continuamente y así, sentado lo anterior, desarrollar nuevos tratamientos o en la gran mayoría de los casos realizar ajustes en los programas que estamos desarrollando en la actualidad, ya que en definitiva no se trata tanto de aumentar en cantidad la red asistencial cuanto de avanzar y continuar en su mejora.

Otro importante aspecto a destacar, no es otro que el gran aumento de la investigación producida desde España en estas últimas décadas, sobre todo a partir de 1990. Aunque partíamos de una producción muy baja, tres artículos en 1976, en la actualidad, la producción española representa alrededor del 10% de la UE. España es el tercer productor en esta área ($n=501$; 10,4%), superada solamente por Gran Bretaña ($n=1.864$; 38,6%) y Alemania ($n=505$; 10,5%). Como se puede observar la diferencia con Alemania, sin embargo, es mínima

(sólo cuatro trabajos en 25 años). España se sitúa por delante de países como Francia (n=286; 5,9%) o Italia (n=347; 7,2%). Además del inglés, el castellano fue el único idioma cuyo uso creció. El castellano es el segundo idioma más utilizado 6,8%, por delante del francés 4,5% y el alemán 4,3% (Guardiola y Sánchez-Carbonell, 2006).

Ciertamente, el problema de las drogas ha existido siempre, pero hemos de señalar que en nuestra sociedad, según los sondeos y estudios fue una de las mayores preocupaciones en la pasada década. Sin embargo, a partir del año 2000, en las encuestas del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) se refleja que para la sociedad, las drogas han dejado de estar en los primeros puestos como preocupación.

Un problema complejo que afecta a toda la sociedad en su conjunto, al ámbito sanitario, judicial, policial y clínico, y que ha oscilado entre políticas prohibicionistas y liberales. Un problema en cualquier caso, al que en líneas generales se ha sabido dar una adecuada respuesta.

Por ello, el informe de la *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC, 2000), la Oficina de la ONU contra la Droga y el Delito, señala que las drogas ya no son un problema incontrolable, alejándose del carácter crónico y recidivante con que se las etiquetaba en décadas anteriores. Aunque no por ello dejen de generar sufrimiento en quienes las consumen compulsivamente y su entorno.

Como decíamos, la red diseñada para la atención a las drogodependencias está más o menos creada y lo que ahora está en juego es la profesionalización y optimización de los recursos existentes pero sin llegar a burocratizarlos. Éste es uno de los objetivos del presente trabajo, concretamente se pretende evaluar la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre Burgos Fundación Candéal y un segundo estudio nos ayudará a saber si nos encontramos ante nuevos perfiles.

La gran problemática y cronificación del adicto y sobre todo los pseudo-tratamientos bajo tintes “religiosos y empresariales” han ayudado a generar un clima de desconfianza que todavía perdura en algunos casos. Parece como si invariablemente existiera algo sospechoso, una creencia social por la cual los tratamientos para drogodependientes permanecieran bajo una aureola permanente de cuestionamientos de diversa índole. Sabemos que una creencia social de este tipo no es fácil de cambiar aunque los tratamientos de Proyecto Hombre apliquen las mismas técnicas que se enseñan en las Universidades de Psicología o que utilicen el mismo modelo que los servicios de la red sanitaria: prevención de recaídas, programas de reducción de daños, intervenciones con planteamientos estratégicos integrales, en fin...

Esta creencia en forma de prejuicio social que han sufrido estos tratamientos puede ser una de las razones por la cual los centros han dedicado un esfuerzo extra a la profesionalización. Sin ir más lejos, la mitad de los centros de Proyecto Hombre en España disfrutaban de cumplir la normativa del sistema de calidad ISO, UNE 9001:2008, el planteamiento de calidad supone reflexionar sobre el trabajo, unificar criterios y métodos, fortalecer puntos fuertes, intentar mejorar la satisfacción y resultados en relación a las personas que atienden estos centros. Un sistema realmente infrecuente en el ámbito de las ONGs, Asociaciones o Fundaciones, por lo menos en la presente década.

Para finalizar, el aspecto a contemplar en este trabajo es conocer el grado de recuperación de los usuarios, qué cambios se producen en las personas que tratamos. Nos detendremos en los programas –dispositivos asistenciales– que se desean evaluar y en los métodos e instrumentos que se utilizan en cada uno de ellos. Sabemos que los pacientes mejoran en muchas áreas, y mejoran más rápidamente estando en un programa que no teniendo ningún apoyo, Emrick (1978), y esto es algo que creemos apremia nuevamente plantear.

Según los autores Deben, Fernández, López-Goñi y Santos (2004) existen otros antecedentes en España, en Proyecto Hombre, que han acometido distintos estudios dirigidos a la evaluación de resultados de sus programas: March y Orte (1997) en Baleares; Fernandez, Secades, Benavente y Riestra (1999) en Asturias; Luengo, Romero y Gómez-Fraguela (2000) en Galicia; y Goñi (2003) en Pamplona. Aun cuando estos trabajos tienen distintas metodologías no dejan de ser una muestra de inquietud presente en los programas de tratamiento por verificar la utilidad terapéutica educativa.

En este trabajo, se han realizado dos evaluaciones sistemáticas de los pacientes. Una primera fase evaluativa en el momento que ingresan dentro del primer mes y otra evaluación a los seis meses de tratamiento. Tras esta exposición general, resta decir que se profundizará en los perfiles y en las características que poseen las personas que actualmente atendemos. Y como ya se ha presentado, analizaremos en qué medida el programa Comunidad Terapéutica es una estructura que ayuda a cambiar algunos aspectos de las personas que atendemos; se hará hincapié en la eficacia del programa evaluado.

A renglón seguido, repasamos brevemente los conceptos más importantes en drogodependencias, intentando definir el contexto donde se realiza la presente investigación.

2. CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS DROGAS

2.1. Drogas y toxicidad

De la Antigüedad nos llega un concepto –ejemplarmente expuesto en griego con el término *phármakon*– que indica al mismo tiempo “remedio” y “veneno”. No una cosa u otra, sino las dos inseparablemente. Cura y amenaza, pues, se solicitan recíprocamente. Unos fármacos serán muy tóxicos y otros, mucho menos; pero ninguno será sustancia inocua o mera ponzoña insustancial. Como dijo Paracelso: “Sólo la dosis hace de algo un veneno”. En el considerado primer tratado de botánica, Teofrasto (*Hist. plant.*, IX, 11, 6.) afirmaba lo siguiente: se administra una dracma si el paciente debe tan sólo animarse y pensar bien de sí mismo; el doble si debe delirar y sufrir alucinaciones; el triple si ha de quedar permanentemente loco; se administrará una dosis cuádruple si debe morir (Escohotado, 2001). Según Romero (2005), “*pharmakeuin* denominaba, dependiendo del contexto, tanto la práctica de la brujería como la utilización de medicinas”. Y Galeno de Pérgamo (130-200 d.C.), en relación a las drogas, afirmaba que éstas son como “espíritus neutros”, es decir, que pueden ser convenientes o no según sea el momento y la persona. Podríamos decir entonces que aquí reside una de las muchas paradojas de las drogas. Su propia definición no es fácil, y se nos pueden mostrar como algo relativo dependiendo siempre de la cantidad, del momento, de la situación y de la expectativa que de ellas se tenga. Nos hallamos ante sustancias que modifican el organismo, que pueden usarse con fines médicos o lúdicos, pero cuyo exceso puede conllevar graves deterioros, incluso la muerte.

Se ha explicado en ocasiones que existen tres tipos de sustancias: las que asimila el organismo, las que no asimila –por ejemplo el plástico– y, por último, las que alteran o perturban el organismo, es decir, las tóxicas, donde incluimos las drogas. Aunque también conviene señalar, que una sustancia bien asimilada suele modificar el organismo de alguna manera.

En este orden de cosas, podríamos decir que existen multitud de sustancias tóxicas (drogas) en la naturaleza, que transforman el organismo continuamente, sustancias capaces de producirnos efectos psicoactivos. “Llámense drogas o medicamentos, estos compuestos, aun en cantidades relativamente pequeñas, pueden lesionar e incluso llegar a matar. Como a una sustancia de tales características la llamamos ‘veneno’, es propio de todas las drogas ser venenosas o tóxicas. La aspirina, por ejemplo, puede ser mortal para adultos a partir de tres gramos, la quinina a partir de bastante menos y el cianuro de potasio, desde una décima de gramo”, Escohotado (2001). La diferencia entre medicamento y droga no solo estriba en la sustancia en sí, sino también en la expectativa de uso. Fármacos como las benzodiacepinas o los opiáceos, de amplio uso como medicamentos, son también muy frecuentemente utilizados, con pautas de autoadministración, como drogas (Hervás, 2002). Hoy día, por droga entendemos todas las drogas, las duras y las blandas, sin distinción, y se han superado definiciones como la de Miller (1991) que matiza entre las drogas que son legales y las ilegales, diferenciación que casi ha quedado para uso restringido en cuestiones jurídicas.

De una forma simple y pragmática, podemos definir “droga” como “toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste”, Becoña (1995). Droga, según el diccionario de psicología Larousse (2003), es una “sustancia de acción psicótropa, cuyos efectos pueden ser narcóticos, estimulantes, deprimentes o alucinógenos. El uso prolongado de estas sustancias provoca tolerancia, habituación y adicción”.

Como se ve, existen muchas definiciones distintas de “droga”, pero para resumir diremos que es una sustancia psicoactiva que modifica el organismo vivo, generando en él un refuerzo positivo, lo cual promueve el deseo de repetir la conducta; aunque también pueden asumir otra intención, como es la de atenuar el dolor físico o emocional. Hablamos de sustancias que tras su administración ofrecen una recompensa emocional, pero también otras consecuencias negativas, puesto que afectan al comportamiento de una forma no deseada, a las funciones del cuerpo, a toda la persona en su conjunto y, por añadidura, puede afectar a terceras personas. Son sustancias que provocan tolerancia y abstinencia, y la mayoría de ellas pueden generar dependencia tanto física como psicológica.

Por lo tanto, un intento de una correcta definición debe incluir, no sólo los efectos individuales, tales como la dependencia o la tolerancia, sino también los aspectos sociales.

La drogas son sustancias psicoactivas externas al cuerpo que modifican el organismo con capacidad reforzadora positiva en sus primeros momentos, y

pueden llegar a ser un refuerzo negativo si su uso es continuado; pudiendo generar tanto dependencia psicológica y física indistintamente, y llevar a la persona a padecer problemas a todos los niveles, familiar, social, económico, etc.

2.2. Uso y hábito

Merced a lo expuesto hasta ahora, las drogodependencias, popularmente llamadas adicciones, son una cuestión de grado, es decir, que el proceso se ha de entender de un modo escalonado y queda lejos de la dicotomía “presente ausente”. De esta forma podremos establecer necesarias matizaciones entre *uso* y *abuso*, diferencias en ocasiones sutiles que intentaremos acotar. Autores como Edwards, Arif y Hodgson (1981) propusieron diferentes matices del *uso*. Por ejemplo, el *uso desaprobado*, que indica que la sociedad no aprueba el consumo de una determinada sustancia. El *uso nocivo*, o *uso peligroso*, por su parte, prevé las diferentes consecuencias que el consumo de drogas acarreará. Por fin, el *uso desadaptativo*, hace hincapié en la modificación de los hábitos que conlleva la ingesta de tóxicos. Actualmente, se emplea el término *uso* cuando no hay complicaciones, problemas o sufrimiento para la persona. Es decir, se trata de un uso ocasional, cultural, un uso definido para una situación definida, un uso esporádico (Pérez y Martín, 2007).

El *uso*, por lo tanto es la simple utilización, en momentos puntuales, con la intención de probar tan sólo o el capricho de atesorar una experiencia esporádica. Este tipo de uso suele ser en dosis moderadas. El siguiente escalón del *continuum*, lo encontramos en el *hábito*, que consiste en una “realización, casi automática, de actividades o acciones”, Larousse (2003). Esta definición aporta la idea de *repetición* de la adicción que resulta de gran interés.

El *hábito*, es un consumo más frecuente, el cual queda perfectamente ejemplificado en el hábito de tomar café, o sea, en el consumo de cafeína. Se trataría de la costumbre de consumir una sustancia, por la adaptación a sus efectos. Habría un deseo del producto, pero nunca se vivenciaría de manera imperiosa. No existe una tendencia a aumentar la dosis, ni se padecen trastornos físicos o psicológicos importantes cuando la sustancia se consigue, por lo que su búsqueda suele ser limitada y nunca deriva en alteraciones conductuales (Graña, Muñoz y Navas, 2007). El organismo, pues, ya ha sufrido una cierta adaptación a dicha sustancia. En relación al café podemos encontrar citas que nos ofrecen otra visión como la siguiente: “el café llega al estómago y produce inmediatamente una conmoción. Las ideas empiezan a moverse de un lado a otro como los batallones de un gran ejército en el campo de batalla. Los recuerdos llegan al galope, con las enseñas al viento” Balzac (2007). Tras este apunte colorido de la

literatura y regresando a nuestra explicación; destacamos el hecho de que la mayoría de las definiciones anteriores no hacen referencia al abuso de un objeto, como es el caso de la ludopatía; es decir, las definiciones se centran únicamente en las sustancias.

2.3. Abuso

Se habla de abuso cuando hay exceso, cuando hay un uso continuado, regularizado, que aumenta, se incrementa, empleando en ello bastante tiempo, de forma tal que la persona comienza a evitar determinadas situaciones sociales y siente angustia (Pérez y Martín, 2007). En el caso del abuso, ya encontramos consecuencias a nivel social, biológico y psicológico; de alguna manera es un paso intermedio de consecuencias más leves que las que se puede padecer en el siguiente escalón: la dependencia.

Tabla 1. Criterios para el abuso de sustancias DSM-IV-TR

-
- A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un periodo de doce meses:
- (1) Consumo recurrente de sustancias que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (por ejemplo, ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).
 - (2) Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (por ejemplo, conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).
 - (3) Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (por ejemplo, arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).
 - (4) Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (por ejemplo, discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación o incluso violencia física).
- B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.
-

El Real Colegio de Psiquiatras Británico formuló en 1987 la siguiente definición: “se entiende por abuso cualquier consumo de sustancias químicas que dañe o amenace con dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general”. Asimismo, se considera abuso el consumo de cualquier sustancia clasificada como ilegal. Nuevamente, es una definición donde sólo se habla del abuso de un tóxico, de una sustancia química, y también, no lo olvidemos, se puede abusar de un objeto como es el caso ya referido de la ludopatía.

Para explicar el abuso, la literatura al respecto se ha centrado más en las consecuencias que en la posibilidad de que genere abstinencia y tolerancia. Pero

entendemos que una pauta de abuso conlleva en casi todos los casos tolerancia y abstinencia. Y esta sería una diferencia esencial, respecto del uso y el hábito. Según el DSM IV-TR, para diagnosticarse abuso, la persona, debe haber abusado continuamente durante doce meses o bien debe ser persistente. Según el CIE 10, “el abuso” es entendido como un “*consumo perjudicial*”. Al igual que ocurría con el hábito, al abuso también se le puede aplicar un amplio abanico de matices y subtipos. Podríamos hablar de *abuso social*, *abuso ocasional*, etc. Por último, se debe señalar que conviene tener en cuenta que el abuso también dependerá de la vulnerabilidad de las personas, del contexto, del potencial adictivo de la sustancia o de la actividad que se realiza cuando se consume.

2.4. La dependencia

Podemos explicar la dependencia desde muchos puntos de vista y de muchas maneras, desde las fijaciones a un objeto que calma la angustia hasta mediante el condicionamiento clásico y operante.

En ocasiones podemos encontrar que la dependencia es una definición confusa, ya que es posible hablar de dependencia psíquica y, en otras ocasiones, de dependencia física, o incluso de dependencia social, aunque realmente todas se dan conjuntamente la mano en mayor o menor grado, es decir, puede predominar una sobre las otras, pero cuando una dependencia se da, repercute en otras áreas, siempre y cuando estemos hablando desde el terreno de la psicología, ya que “en medicina la dependencia *física* se refiere al hecho de que una persona necesite una sustancia, digamos la insulina”, de modo perentorio Alonso-Fernández (2003).

Dependiendo de autores y épocas, podemos hacer un esbozo de cómo se han considerado estas diferentes formas. Así, cuando se habla de dependencia psicológica, la literatura al respecto se ha referido a la necesidad de corte emocional. Situándonos en el terreno de las drogas, la dependencia psicológica se ha circunscrito al *craving*, una especie de deseo irreprimible de repetir la conducta consumatoria. En cuanto a la dependencia física, como la misma palabra indica, se refiere a la necesidad del organismo de una sustancia. Pero la dependencia puede estar también circunscrita a lo social; en tal caso la dependencia social vendría por la necesidad de consumir alguna sustancia por la necesidad o deseo de pertenecer a algún grupo social.

Este sería un ligero esbozo de la cuestión. Ahora bien, la acepción de dependencia también se puede vincular al trastorno de personalidad por dependencia, es decir, a personas que son dependientes de otras: co-dependientes, bi-dependientes, etc., y aquí la dificultad: se puede adensar.

Cierto es que, cuando trabajamos con los usuarios, en muchos casos suelen coincidir o coexistir ambos problemas, es decir, que una persona con problemas de dependencia de una sustancia (drogadicción), suele tener un estilo, en mayor o menor grado, de personalidad dependiente. De hecho, una vez tratado el síndrome de abstinencia que origina una sustancia, es frecuente trabajar rasgos que muchas veces tienen que ver con la personalidad dependiente.

En cuanto al trastorno de “personalidad dependiente”, la persona dependiente cree que sin el otro no puede vivir, es decir, el otro será en quien deposite todas sus esperanzas y quien tomará las decisiones oportunas. La persona dependiente interpelará, de mil sutiles formas, a ese otro para que sea éste quien actúe, quien domine, quien guíe, quien inicie los proyectos y se responsabilice de los riesgos. Necesita al otro para completarse, creando una especie de existencia simbiótica. La persona dependiente tiene una gran dificultad para afrontar la vida por sí misma. Podríamos decir que se da en estas personas una especie de “fobia” a la autonomía (Pérez y Martín, 2007). Según la profesora de ética Cortina (2007): “Cuando alguien se expropia, ha perdido el dominio de sí mismo y ya no es dueño de su vida, de sus acciones, ya no es libre. [...]. Lo importante, es escribir el guión de la propia vida, de la propia novela, no ser siervo, no ser esclavo, no ser alguien al que otros le acaben escribiendo la vida”.

2.5. La drogodependencia

Sentado lo anterior, podemos aseverar que, cuando una dependencia está motivada por una sustancia, estamos hablando de drogodependencia, un concepto este, más claro y mejor acotado. Una cita casi obligada es la definición que realizaron Edwards, Arif y Hodgson (1981), donde sostienen que para que exista una drogodependencia: a) debe existir evidencia subjetiva de compulsión para la utilización de las drogas durante los intentos de abandono del consumo; b) deseo de abandonar el consumo; c) un hábito de consumo de drogas relativamente estereotipado; d) evidencia de neuroadaptación con fenómenos de tolerancia y dependencia; e) el consumo de drogas, para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia; f) el predominio de las conductas de búsqueda de droga por encima de otras prioridades importantes.

En cuanto atañe a las definiciones, encontramos relevante la siguiente acepción por su simplicidad y perspicacia: “sus elementos principales son: a) el refuerzo o premio que el hábito farmacológico mismo proporciona; b) el vacío o deficiencia del que es síntoma; c) las incomodidades concretas que se derivan de interrumpirlo”, Escohotado (2001).

El concepto de drogodependencia es un concepto que se ha empezado a usar recientemente; en otras épocas se llamaron a estos pacientes toxicómanos, y más antiguamente “viciosos”, a los que se les atribuía fundamentalmente falta de voluntad. El concepto de drogodependencia es un concepto menos “duro” que el concepto de “toxicómano”, y de alguna manera nos aleja del sufijo de uso múltiple “manía” –toxicomanía– que tenía incluso connotaciones morales. En definitiva, la acepción mudó hasta alcanzar el concepto de drogodependencia, que es el que se utiliza hoy en día.

Decíamos que en el siglo XIX se utilizaba el concepto de toxicomanía y que ahora se utiliza el concepto de drogodependencia, pero en estas últimas décadas también se ha generalizado popularmente el concepto de adicción. El cual se ha impuesto socialmente, si bien es posible que vuelva a cambiar en el futuro. Antes de nada, hay que señalar que el concepto de *adicción*, no está reconocido en la clínica oficial DSM-IV. Es decir, según los criterios internacionales DSM, no nos podemos encontrar con un diagnóstico de *adicción*.

En otro orden de cosas, desde que se aceptara internacionalmente la ludopatía como trastorno mental, se da la circunstancia de que se puede depender de “algo” que no sólo sea una sustancia, por ejemplo de un objeto.

Las personas que trabajan con drogodependencias se vieron en el dilema de cómo denominar a sus pacientes, ya que empezaron a tratar a personas que no sólo tenían problemas con las drogas, por lo que el concepto de drogodependencia se quedó encorsetado. Por una parte, no se podía llamar a todas las personas drogodependientes, ya que podían ser dependientes de otras cosas que no fueran sustancias, y por otra parte, tampoco era conveniente denominar a las personas tratadas *dependientes*. Como decíamos antes, el concepto de dependencia es sumamente amplio, se utiliza también para gente desfavorecida, personas que por cualquier motivo dependen de otra, de forma que hablar únicamente de *dependientes* puede resultar un concepto socialmente confuso.

Así, en este terreno se prefiere usar el término “adicción”. De alguna manera, el concepto de *adicción* absorbe tanto a las dependencias de sustancias como a las dependencias que no son a sustancias.

Pero, en lo que se refiere a los términos, las cosas se complican más, ya que lo que está ocurriendo en los albores del siglo XXI, es la trivialización del concepto de adicción. Ciertamente, a todos o a todo, se le ha llamado *adictos o adicción*. Se ha convertido en un término popular que incluso en ocasiones está bien visto, como sucede con algunos famosos que padecen adicciones. Adicción, pues, es un concepto menos duro aún que drogodependiente, un concepto más comercial, pues no en balde proviene del anglosajón “sumar”. Posiblemente en

los próximos años encontremos modificaciones que converjan en un diagnóstico común a todos los trastornos adictivos, que albergue todas las adicciones con y sin sustancia, un diagnóstico que atienda al grado de severidad del problema, etcétera.

Para centrarnos un poco más, diremos que cuando hablamos de drogodependencia nos referimos al consumo de cualquier sustancia psicotropa o psicoactiva, y nos referimos tanto a las sustancias ilegales, ya sean la cocaína o la heroína, como a las sustancias legales como el alcohol o determinados medicamentos con o sin receta médica.

La drogodependencia provoca, en la mayoría de los casos, un también llamado “*síndrome de dependencia*”, y hoy la entendemos como un fenómeno multicausal, es decir, que incluye factores sociales, personales y biológicos en su origen. Un trastorno que en la mayoría de los casos provoca tolerancia y dependencia, pero sobre todo causa un gran sufrimiento a las personas que lo padecen.

Para resumir, podemos decir que la conducta adictiva es el uso repetido y abusivo de una sustancia psicoactiva y/o la implicación compulsiva en la realización de una conducta determinada que de forma directa o indirecta modifica el medio interno del individuo, de tal forma que obtiene un reforzamiento inmediato por el consumo o por la realización de esa conducta (Pomerleau y Pomerleau, 1987).

Desde otro punto de vista, debemos recordar, aunque sea una obviedad, que las personas llegan a ser diagnosticadas de drogodependientes tras un largo camino. En la mayoría de las ocasiones siguen una serie de pasos antes de llegar a ser drogodependientes, pasos que suelen iniciarse con la experimentación de sustancias con diferentes fines: la realización personal, tendencias místicas, etc.; pero que en la mayoría de las ocasiones se relaciona con fines lúdicos. De estas primeras experiencias se suele pasar a periodos de consumos abusivos, durante la semana o los fines de semana. Se podrá terminar llegando así a la fase de drogodependencia y, una vez instalados ahí; el consumo se producirá, en la mayoría de los casos, para evitar el malestar.

La drogodependencia es un trastorno que no podemos clasificar como un fenómeno estancado, inamovible. Es, por lo tanto, un problema de grado y de etapas, que se caracteriza precisamente por no tener límites, donde la mayor dificultad estriba en no parar, no tener fin, y donde se agrega la dificultad de que las personas que lo padecen no son demasiado conscientes del problema hasta que no han tocado fondo. La persona termina desvinculándose de los demás, de cualquier otro grupo humano salvo de otros consumidores, incluyendo en

muchos casos la separación de la pareja a no ser que se junten bajo el interés común de consumir, o caiga en la explotación del uno por el otro. La persona con problemas de drogodependencia termina en muchos casos perpetrando delitos para obtener dinero, vende propiedades de la familia sin permiso, y ésta termina por no reconocerlo y no saber a qué responde su conducta hasta que no se encuadra dentro de un problema de drogodependencia. La biografía del drogodependiente es bastante diferente a cualquier otro trastorno, en un sentido metafórico podríamos decir que es una biografía un tanto huérfana en el sentido de que casi en exclusiva está focalizada en el problema de la sustancia y todo lo que la rodea; su conducta y motivación están dirigidas única y exclusivamente a la obtención de la sustancia.

Tabla. 2. Criterios para la dependencia de sustancias. DSM-IV-TR

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:

- (1) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - (b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
- (2) Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - (a) El síndrome de abstinencia característico de la sustancia (v. criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).
 - (b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.
- (3) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
- (4) Existe un deseo persistente o se realizan esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- (5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ejemplo, visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), con el consumo de la sustancia (por ejemplo, fumar un pitillo tras otro) o con la recuperación de los efectos de la sustancia.
- (6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- (7) Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (por ejemplo, consumo de cocaína aun sabiendo que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que pueda empeorar, pongamos por caso, una úlcera).

Siempre existieron debates sobre la posibilidad de liberalizar algunas o todas las drogas. Por un lado, muchas personas sostienen que consumir es un acto de libertad e, indiscutiblemente uno decide lo que hacer con su cuerpo. En el lado opuesto, señalamos que una de las características fundamentales de este trastorno es que la sustancia te convierte en esclavo; el consumo de una sustancia, junto con sus manifestaciones a todos los niveles, adquiere tal centralidad

y prioridad en el individuo que éste subordina todo lo demás a esa sustancia, y por lo general cualquier otra circunstancia vital queda en segundo plano en relación a esta problemática, y uno termina perdiendo esa cotizada libertad. ¿Vamos a dar libertad a algo que la quita? Por último, cabe señalar que después del primer mes y antes de los doce meses se considera el problema en remisión temprana. Después de los doce meses, se considera en remisión sostenida. Esta remisión sostenida podrá ser total, si no cumple ningún criterio de dependencia, y parcial, si cumple algún criterio de dependencia durante doce meses o más.

Tabla 3. Síndrome de dependencia F1X.2 DSM-IV-TR

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un periodo de abstinencia lleva a la instauración del resto de las características del síndrome más rápidamente de lo que sucede en individuos no dependientes.

Pautas para el diagnóstico.

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión de consumir una sustancia.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.
- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia (ver F1X.3, F1X.4) cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).
- e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tales como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos durante periodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario respecto del consumo de la sustancia.

Una característica esencial del síndrome de dependencia es que debe estar presente el consumo de una sustancia o el deseo de consumirla. La conciencia subjetiva de la compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancia. Este requisito diagnóstico excluye a los enfermos quirúrgicos que reciben opiáceos para alivio del dolor y que pueden presentar síntomas de un estado de abstinencia a opiáceos cuando no se les proporciona la sustancia, pero que no tienen deseo de continuar tomando la misma.

El síndrome de dependencia puede presentarse en una sustancia específica (por ejemplo, tabaco y diazepam), para una clase de sustancias (por ejemplo, opiáceos) o para un espectro más amplio de sustancias diferentes (como en el caso de los individuos que sienten la compulsión a consumir por lo general cualquier tipo de sustancias disponibles y en los que se presentan inquietud, agitación o síntomas somáticos de un estado de abstinencia al verse privados de las sustancias).

2.6. Tolerancia

La tolerancia es uno de los conceptos clave en drogodependencias, ya que en principio es la razón por la cual las personas necesitan consumir más cantidad de una determinada sustancia para llegar a obtener el mismo efecto. En principio, cuando el cuerpo genera tolerancia, se supone que está desarrollando una dependencia problemática cada vez más intensa. “La cita más antigua sobre la tolerancia se la podemos atribuir al griego Teofrasto, discípulo de Aristóteles (Hist., *plant.*, IX, 17, 2): parece que algunas drogas son tóxicas debido a la falta de familiaridad, y quizá sea más exacto decir que la familiaridad les quita su veneno, porque dejan de intoxicar cuando nuestra Constitución las ha aceptado y prevalece sobre ellas”, Escohotado (2005). Pero también debemos destacar que no todas las sustancias poseen la capacidad de generar tolerancia, y conviene resolver que se pueden desarrollar problemas por consumir determinadas drogas sin que exista tolerancia a tales; por ejemplo, “los consumidores habituales de cannabis o fenciclidina (PCP) no advierten generalmente la aparición de tolerancia (aunque ésta se ha demostrado en estudios con animales y en algunos sujetos)”, (DSM-IV-TR). Se puede diagnosticar como drogodependiente, a una persona que dependa de una sustancia, que abuse de ella y no tenga tolerancia a la misma.

Como decíamos, la tolerancia se da cuando el cuerpo se adapta a la sustancia y una persona necesita consumir más cantidad de dicha sustancia. El alcohólico, por ejemplo, necesita más cantidad de alcohol, para obtener el mismo efecto farmacodinámico.

En el caso concreto de los alcohólicos, se habla de la *tolerancia innata*. Sería el caso de los hijos de alcohólicos que padecen una vulnerabilidad especial, es decir, que poseen menos sensibilidad al alcohol, de modo que con menores cantidades de alcohol generarían una dependencia más rápidamente.

Por otro lado, frente a la tolerancia innata, tenemos la *tolerancia adquirida*: la que se produce por la adaptación del organismo. La *tolerancia aguda* es la tolerancia que se desarrolla rápidamente, pero más que por factores biológicos se suele deber a que la persona ha consumido masivamente en un corto espacio de tiempo una determinada sustancia.

La persona que consume y lo hace de modo problemático, tiende a consumir cada vez más cantidades para conseguir el mismo nivel o el mismo efecto, pero también es cierto que “la tolerancia y el coste psicofísico pueden presentarse a juicios algo subjetivos” (Escohotado, 2001).

Para evitar la subjetividad, también se puede estimar la tolerancia por los análisis de sangre. Como decíamos, la tolerancia es necesidad de ingerir

cantidades crecientes de una determinada sustancia para alcanzar el efecto deseado ante una notable disminución de los efectos de la sustancia.

Obviamente, no se trata de que la eficacia de la sustancia se reduzca o disminuya; antes bien, lo importante es que el organismo se adapta. Por otro lado, el grado de tolerancia en las personas varía según el tipo de sustancia, pero también según la persona; su constitución, su peso, y a veces también depende de las expectativas, incluso del contexto.

Una persona consumidora que ha desarrollado una alta tolerancia puede consumir dosis de una misma sustancia que para otra persona –que no consume– podrían ser mortales. Como es de recibo, las personas no comienzan fumando dos paquetes de cigarrillos al día. “Los sujetos que consumen grandes dosis de opiáceos y estimulantes pueden presentar niveles de tolerancia considerables (por ejemplo, pueden multiplicar la dosis por diez), hasta llegar a niveles que serían letales para una persona que no consumiera la sustancia” (DSM-IV-TR).

En ocasiones, las mezclas que se aplican a las drogas hacen que la pureza sea pequeña. Esto es un peligro añadido, ya que si la persona, desconocedora del hecho, en el caso de consumir la misma cantidad en estado puro, puede provocarle una sobredosis. En los centros de drogodependientes, cuando un paciente abandona el tratamiento, se le suele avisar del peligro que puede tener consumir la misma cantidad que venía consumiendo. Algunas sobredosis suelen sobrevenir por este hecho: después de pasarse meses sin consumir, el paciente abandona el tratamiento y vuelve a ingerir la misma cantidad que venía consumiendo, pero su cuerpo ya ha cambiado y es posible que no aguante la misma cantidad.

Como decíamos, la tolerancia, aunque también dependa de las personas o los contextos, depende fundamentalmente del tipo de sustancia. Según Laporte (1976), “las drogas depresoras del sistema nervioso central, tienen gran capacidad para generar tolerancia y dependencia”; es el caso de la heroína y de la morfina.

Encontramos asimismo otros diferentes tipos de tolerancia, por ejemplo, la *tolerancia cruzada*, que acontece cuando una persona, tras consumir una sustancia, desarrolla también tolerancia a otra droga que suele ser similar, del mismo tipo o de la misma familia. Podemos utilizar un ejemplo casi siempre mencionado, y es el de una persona que consume heroína fácilmente y desarrolla además tolerancia a la morfina. Y el alcohol, en menor grado, presenta tolerancia cruzada con los barbitúricos (Kramer y Cameron, 1975). También cabe destacar la *tolerancia invertida*, la cual se presenta cuando, al consumir pequeñas cantidades, los efectos son significativos, es decir que en vez de necesitar más, basta con una pequeña cantidad. Suele darse en alcohólicos y en personas que consumen psicoestimulantes.

2.7. Síndrome de abstinencia

“Como unas doce horas después de la última dosis de morfina o de heroína, el intoxicado empieza a sentirse a disgusto. Una impresión de debilidad se apodera de él; comienza a bostezar, tiembla y suda a un mismo tiempo. Sus ojos y la parte interna de la nariz segregan una sustancia acuosa con intensidad... Durante algunas horas solamente manifiesta una agitación anormal, y cae en un sueño sin descanso... Al despertarse, dieciocho o veinticuatro horas después de su última dosis de droga, el intoxicado entra en la parte profunda de su infierno personal. [...] Una mucosidad acuosa, mana de la nariz y los ojos lloran abundantemente. Las pupilas se dilatan, los cabellos y el vello se erizan, y la piel presenta la típica carne de gallina. Treinta y seis horas después de la última dosis el intoxicado presenta un aspecto lamentable. En un esfuerzo desesperado por alcanzar un cierto bienestar, se tapa con todas las mantas que pueda encontrar. Todo su cuerpo tiembla, y sus piernas dan puntapiés involuntarios. Incapaz de dormir, se agita, se levanta, camina, se tiende en el suelo..., y llena el ambiente de sus gritos desesperados”. Laurie (1967), *op. cit.*, pp. 112.

Tras este panorama, bastante literal del síndrome de abstinencia sufrido por los consumidores de heroína, pasemos a la siguiente definición teórica y consensuada del síndrome: “conjunto de signos y síntomas que aparecen ante la interrupción brusca de la toma de un medicamento o sustancia tóxica hacia el que se ha desarrollado dependencia. Se caracteriza por ansiedad y diversas manifestaciones del sistema nervioso vegetativo, como sudoraciones y temblores. La intensidad del síndrome depende de diversos factores, entre ellos el tipo de droga que se ha utilizado, el tiempo durante el cual se ha estado consumiendo la sustancia, la tolerancia”, Larousse (2003).

Bien, en el caso inicialmente expuesto, nos encontramos ante un *síndrome de abstinencia agudo*, en el que surgen signos y síntomas en cuanto cesa el consumo, ya sea lentamente o de golpe. Pero la abstinencia no finaliza ahí. Al margen de los indeseables primeros momentos, el paciente llegará a otra fase, denominada *síndrome de abstinencia tardío*, y que se refiere a los efectos debidos a las drogas que se producen pasado un tiempo; por ejemplo, a los efectos que se producen principalmente después de una o varias semanas, aunque su duración puede extenderse a meses, incluso aparecer de forma esporádica durante años.

Otro síndrome descrito es el *síndrome de abstinencia condicionado*. Lo podemos explicar con este ejemplo: una persona tuvo problemas con la cocaína, se puso en tratamiento hace 16 meses y aún continúa bajo el mismo; ya no siente deseos de consumir, pero en una comida de trabajo se le cae el salero sobre la mesa, el camarero lo recoge diligentemente con un papel, pero deja una raya de sal sobre la mesa, en ese momento nuestro personaje siente un fuerte deseo de consumir, reaviva sus miedos, se siente ansioso, en fin... Técnicamente hablando, nos hallamos ante un estímulo ambiental, que provoca un síndrome de

abstinencia agudo cuando el paciente ya no consume. Es un condicionamiento que desencadena gran angustia en el paciente; los síntomas de la abstinencia por lo general son opuestos a los efectos que origina la sustancia cuando se consume.

Como ya dijimos, la abstinencia varía fundamentalmente con el tipo de sustancia, pero también con el peso, o la cantidad que se administra; igualmente es importante la vía de administración, ya que las vías intravenosas, la ingesta inhalada o fumada, son vías más rápidas de absorción, más inmediatas, generan mayor intoxicación, pues la droga llega más rápidamente a la sangre y al cerebro, con lo que también se puede desarrollar una dependencia mayor.

Tras esto, obviamente debemos señalar que también el síndrome de abstinencia dependerá de la sustancia. Así, podemos diferenciar diversos síndromes de abstinencia dependiendo de la clase sustancia; por ejemplo, el síndrome de abstinencia de los opiáceos, que, pese a ser extremadamente intenso, no hace correr peligro de muerte al consumidor. El síndrome de abstinencia de los opiáceos lo podemos dividir en cuatro fases: a) la primera fase aparece a las 8 horas, dándose signos como sudoración, rinorrea, ansiedad y lagrimeo; b) la segunda fase aparece a las 12 horas aproximadamente, y continúan los síntomas de la primera fase pero se incrementan en intensidad, y además se producen midriasis, piloerección, espasmos musculares, fases frío/calor, mialgias, artralgias, anorexia, etcétera; c) la tercera fase aparece entre las 18-24 horas, los síntomas de la fase anterior se incrementan en intensidad, y además surgen hipertensión, taquicardia, hipertermia, inquietud, náuseas e insomnio; d) por último, en la cuarta fase, que aparece entre las 24 y las 36 horas, encontramos los síntomas de la tercera fase y además facies febril, vómitos, diarreas, eyaculación espontánea y orgasmo (Jiménez-Lerma, Ariño e Iraurgi, 2002).

En cuanto al síndrome de abstinencia a la cocaína, según Gawin (1986), en la primera fase se da una abstinencia aguda también llamada *crash* que aparece al cabo de 6 a 12 horas aproximadamente y dura hasta cuatro días. Es una etapa de hundimiento psíquico y físico, con reducción progresiva del deseo de consumir sustancias. La sintomatología inicial más común es: agitación, depresión, anorexia, disforia, deseo de dormir y de consumir droga (*craving*). La sintomatología más tardía de esta primera fase se manifiesta en forma de agotamiento, hipersomnia e hiperfatiga.

La segunda fase es una etapa de abstinencia retardada en la que vuelve a aparecer un gran deseo de consumir droga. Su duración oscila entre una y diez semanas. La sintomatología más común es leve ansiedad, anhedonia, anergia y aparición de un gran deseo de consumir droga.

La tercera fase es una etapa de extinción con crisis esporádicas de deseo de consumir la sustancia. La duración de esta fase es indefinida. Según el DSM-IV-TR, “la abstinencia al alcohol se caracteriza por la aparición de síntomas de abstinencia entre 4 y 12 horas después de disminuir la ingesta de grandes cantidades tras un consumo prolongado”. El síndrome de abstinencia al alcohol; como también ocurre con los barbitúricos, sí resulta más peligroso, pudiendo incluso ocasionar la muerte.

Tabla 4. F1X.3 Síndrome de abstinencia CIE X

Conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad, que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y están relacionados con el tipo de la sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia. El síndrome de abstinencia puede complicarse con convulsiones.

Pautas para el diagnóstico.

El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores de la presencia del síndrome de dependencia (véase F1x.2), por lo cual este diagnóstico también debe ser tomado en consideración.

Los síntomas somáticos varían de acuerdo con la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos (por ejemplo, ansiedad, depresión o trastornos del sueño) son también rasgos frecuentes de la abstinencia. Es característico que los enfermos cuenten que los síntomas del síndrome de abstinencia desaparecen cuando vuelven a consumir la sustancia.

Los síntomas del síndrome de abstinencia pueden inducirse por estímulos condicionados o aprendidos, aun en ausencia de un uso previo inmediato de la sustancia. En estos casos el diagnóstico de síndrome de abstinencia sólo se hará si lo requiere su gravedad.

Tabla 5. Criterios para la abstinencia de sustancias DSM-IV-TR

- A. Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- B. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro en la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

2.8. Intoxicación

En primer lugar debemos recordar, que si atendemos a los manuales de psiquiatría de hace un siglo, por ejemplo Fursac (1921), la intoxicación podía ser producida por el alcohol o la morfina que eran considerados venenos, pero dentro de la intoxicación por “venenos” también se incluía la intoxicación por el *óxido de carbono* o la *intoxicación saturnina*, es decir por plomo. Así pues, en este trabajo nos referimos a la intoxicación por drogas.

“Se trata de un estado transitorio consecutivo al consumo de drogas que puede producir alteraciones de la conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento, del sueño o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas.” Sánchez-Carbonell (2000).

La intoxicación se suele revelar en que la persona manifiesta un comportamiento alterado: pérdida del equilibrio, desorden en la conducta psicomotora, alteración del juicio, menor capacidad de concentración, desbordamiento de los aspectos emocionales, inestabilidad del humor hasta llegar a desarrollar conductas más agresivas y desinhibidas.

Al igual que ocurre con otros conceptos, debemos matizar que la intoxicación dependerá de cada persona, de lo que crea ésta que ocurrirá al consumir la sustancia, del contexto donde la consume; dependerá asimismo de su masa corporal, de la dosis, del tipo de droga, de si está en ayunas o no, y de innumerales variables más.

Tabla 6. F1X.0 Intoxicación aguda (F1X.0) CIE X

Estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicotropas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas.

Pautas para el diagnóstico.

La intoxicación aguda suele estar en relación con la dosis de la sustancia, aunque hay excepciones en individuos con cierta patología orgánica subyacente (por ejemplo, con una insuficiencia renal o hepática) en los que dosis relativamente pequeñas pueden dar lugar a una intoxicación desproporcionadamente grave. La desinhibición relacionada con el contexto social (por ejemplo, en fiestas o carnavales) debe también ser tenida en cuenta. La intoxicación aguda es un fenómeno transitorio. La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo, y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia. La recuperación es completa excepto cuando el tejido cerebral está dañado o surge alguna otra complicación. Los síntomas de la intoxicación no tienen por qué reflejar siempre la acción primaria de la sustancia. Por ejemplo, las sustancias psicotropas depresoras del sistema nervioso central pueden producir síntomas de agitación o hiperactividad, o las sustancias psicotropas estimulantes dar lugar a un estado de introversión y retraimiento social. Los efectos de algunas sustancias como el cannabis y los alucinógenos son particularmente imprevisibles. Por otra parte, muchas sustancias psicotropas pueden producir efectos de diferentes tipos en función de la dosis. Por ejemplo, el alcohol, que a dosis bajas parece tener efectos estimulantes del comportamiento, produce agitación y agresividad al aumentar la dosis, y a niveles muy elevados da lugar a una clara sedación.

Tabla 7. Criterios para la intoxicación por sustancia DSM-IV-TR

- A. Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (o a su exposición). Nota: diferentes sustancias pueden producir síndromes idénticos o similares.
- B. Cambios psicológicos o de comportamientos desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (p. ej., irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.
- C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Se entiende que una intoxicación es aguda y reversible cuando, aunque tenga consecuencias importantes, las personas se recuperan del exceso de dicha sustancia en el organismo, pues una intoxicación, por obvio que suene decirlo, se refiere a los efectos de una sustancia.

No todas las sustancias tienen la capacidad de generar una intoxicación, tal y como lo entendemos; por ejemplo, el DSM IV-TR no aplica la capacidad de intoxicación a la nicotina. Y al igual que ocurre con anteriores conceptos, depende mucho de la clase de sustancia utilizada. Así, la intoxicación por estimulantes, suele traer como consecuencia el aumento de la presión arterial y de la temperatura del cuerpo. Por contra, la intoxicación por depresores del sistema nervioso, conlleva una bajada de la presión arterial y un descenso de la temperatura del cuerpo.

2.9. Vías de administración

En este terreno, y para explicar las vías de administración, tomaremos como referencia a Salazar y Rodríguez (1994). Según estos autores, existen cinco vías de administración:

a) Vía oral, que se subdivide en tres tipos: la ingestión (es la vía más lenta y la que comporta menos riesgo de intoxicación y dependencia), el mascado (la entrada de la sustancia activa se efectúa por medio de la trituración y de la absorción por la mucosa de la boca, y cuyo efecto es más rápido) y la sublingual, utilizada, por ejemplo, en el consumo de buprenorfina. La vía oral es la única vía de consumo del alcohol, y es la más utilizada para las anfetaminas, el LSD, los barbitúricos y drogas de síntesis.

b) Vía pulmonar, en que la sustancia puede ser inhalada y/o fumada. En cuanto a la primera, permite que la sustancia, tras la inhalación tarde entre 7 y 10 segundos en llegar al cerebro, generando cuadros de dependencia muy graves. Provoca serios problemas pulmonares y cerebrales. Es la vía característica para consumir tabaco y cannabis.

c) Vía nasal, en que la sustancia es aspirada (esnifada) a través de la mucosa nasal. Es la vía más utilizada para consumir cocaína, aunque casi todas las drogas pueden esnifarse.

d) Vía parenteral, que obliga a usar una jeringuilla hipodérmica como utensilio imprescindible para la administración de la droga. Para muchos consumidores, que usan esta vía, existe toda una mística alrededor de la preparación de la dosis. Este ritual termina igualmente por “engancharse” por el proceso de condicionamiento clásico. Por otra parte, al administrarse de esta forma la sustancia, se precisa menor cantidad para obtener igual gratificación. La vía

intravenosa, junto a la intramuscular y subcutánea, conforman los tres tipos de administración parenteral. La vía subcutánea es considerada la vía de los “novatos”, el paso intermedio entre fumar e inyectarse directamente en vena. La vía intramuscular es la vía de los “veteranos”, utilizada como alternativa a la venosa cuando ésta resulta de difícil acceso debido al deterioro de las venas por los frecuentes pinchazos. La vía intravenosa se puede llevar a cabo por cualquier tipo de vena, sobre todo la del antebrazo, y es la que suele ser escogida por heroínómanos y poli-toxicómanos. Según escribió Fursac (1921) en referencia a la técnica de los morfinómanos, “los sitios de elección para las inyecciones son: los brazos, antebrazos, muslos y piernas; siguen el vientre y el pecho. Frecuentemente estas regiones tienen cicatrices provocadas por inyecciones sépticas. Estas cicatrices son, por decirlo así, la marca de la morfinomanía, y permiten diagnosticarla a pesar de las frecuentes negativas del enfermo”.

e) En esta clasificación también encontramos la vía rectal o genital. Según los autores de esta clasificación la sustancia se aplica sobre la mucosa anal o genital. Aunque no es una vía especialmente asociada al consumo de drogas, sí que se ha asociado a fármacos. En cualquier caso, tanto la vía rectal como la genital, son más utilizadas por los consumidores de cocaína y de heroína. También la antropología de la mano de Marvin Harris (1980) nos ha dejado algún ejemplo del consumo de sustancias por esta vía, según Harris, “el agente alucinógeno activo en los ungüentos de las brujas era la atropina, un poderoso alcaloide descubierto en plantas europeas tales como la mandrágora, el beleño y la belladona. El rasgo más sobresaliente de la atropina es el ser absorbible a través de la piel intacta, [...] El empleo del bastón o escoba; servía para aplicar la planta que contenía atropina a las membranas vaginales sensibles”.

También en el año 2009 algunos medios de comunicación se hicieron eco de que algunas personas en la Comunidad Valenciana estaban consumiendo LSD líquido por la vía ocular, una vía hasta la fecha nunca utilizada o no registrada en ninguna clasificación anterior.

Para tener una idea aproximada de la vía más frecuente del consumo de la droga principal en los últimos 30 días, señalaremos que, según datos del Observatorio Español sobre Drogas (OED), de un informe del año 2004, la vía oral la emplea un 6,0% de los consumidores, la pulmonar un 53,4%, la intranasal un 22,2%, la parenteral alrededor de un 15,5%, y otras se reparten un escaso 3,0%.

2.10. Clasificación y tipos de drogas

Existen diferentes clasificaciones de las drogas, bastante consensuadas. Internacionalmente son importantes las clasificaciones que se incluyen en el DSM

Manual de Diagnóstico Estadístico (DSM) y la división que propone la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE); también cobra especial relieve la que establece la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En cuanto a la clasificación de drogas, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), en su conocido Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) del año 2002, divide las sustancias en 11 clases: alcohol, alucinógenos, anfetamina o simpaticomiméticos de acción similar, cafeína, cannabis, cocaína, *fenilciclohexilpiperidina* más conocida como fenciclidina o bajo la abreviatura (PCP), arilciclohexilaminas de acción similar, inhalantes, nicotina, opioides, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.

Para el DSM-IV-TR, existen dos tipos de trastornos. En primer lugar, trastornos por *consumir sustancias* de forma más o menos continuada, en cuyo caso entramos en el campo del abuso y la dependencia a sustancias, y en segundo lugar, existe otro tipo de *trastornos inducidos por las sustancias* como son la intoxicación, la abstinencia, el trastorno psicótico inducido por sustancias, el *delirium*, etc. Actualmente, estas divisiones son las más seguidas mundialmente.

Tabla 8. Efectos derivados del consumo de sustancias

	Dependencia	Abuso	Intoxicación	Abstinencia
Alcohol	X	X	X	X
Alucinógenos	X	X	X	
Anfetaminas	X	X	X	X
Cafeína			X	
Cannabis	X	X	X	
Cocaína	X	X	X	X
Fenciclidina	X	X	X	
Inhalantes	X	X	X	
Nicotina	X			X
Opioides	X	X	X	X
Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	X	X	X	X
Varias sustancias	X			
Otros	X	X	X	X
DSM IV-TR (APA, 2002)				

A renglón seguido, hemos de decir que a lo largo de la historia se han propuesto diferentes formas de clasificar las drogas. Por ejemplo, se distinguió entre drogas blandas y duras, una separación que hoy por hoy apenas se utiliza, ya que en cuestiones como la prevención no es demasiado conveniente realizar dichas diferencias.

Las definiciones han ido variando de una u otra manera, dependiendo del área que toquen así será su clasificación; cada una ha ido añadiendo matices o se ha ido ampliando la enunciación hacia uno u otro lado según la conveniencia.

Así se ha llegado a establecer drogas de utilización industrial, de utilización médica, drogas institucionalizadas, por ejemplo, se estableció una diferencia simple entre drogas legales e ilegales, una clasificación que tuvo bastante éxito. Otras clasificaciones diferencian entre drogas adictivas y no adictivas. Hoy día esta división se conserva, entre otras cosas, por las leyes vigentes que afectan al consumo y tráfico de drogas. Una clasificación que ha servido de referente a la sociedad para orientarse en el terreno de lo judicial, pero también ha sido orientativa para otros saberes, como la sociología.

A nuestro modo de ver, la diferenciación más sencilla y práctica se debe realizar en función de cómo afectan al sistema nervioso: las que lo estimulan o psicoanalépticos, las que lo deprimen o psicolépticas, y las que lo alteran o psicodislépticos. Se trata de una clasificación similar a la que propone la OMS, salvo que la clasificación por grupos de la OMS tiene como fin exclusivo diferenciar su peligrosidad.

Podemos encontrar otras clasificaciones que van en función de la separación que crean entre las sustancias que generan adicción y las que no. Otra clasificación que se ha utilizado en ocasiones con más o menos suerte ha sido separar las drogas en naturales, sintéticas y semisintéticas. Otra, ya clásica, es la de Lewin (1970). Este autor realizó una clasificación con cinco divisiones: a) *euphorica*, euforizantes y calmantes de la vida afectiva, forman parte de este grupo el opio y sus derivados (morfina, heroína y la cocaína); b) *phantastica*, son los alucinógenos, los agentes de las ilusiones. Constituyen parte de este grupo drogas como la mescalina, el cannabis, la amanita, el estramonio, la belladona; c) *inebrantica*, los embriagadores, después de una primera fase de excitación cerebral dan lugar a una depresión. Integran parte de ella el alcohol y el éter; d) *hypnotica*, agentes del sueño, en este grupo encontramos los barbitúricos y el bromuro; y e) *excitantia*, estimulantes y tónicos, café, tabaco, cola, mate y kat.

Llegados a este punto, cabe decir que en la práctica diaria se suele utilizar una división muy sencilla que consiste en tener en cuenta el afecto que la droga produce en el sistema nervioso; ésta es una clasificación que a la hora de la prevención resulta muy útil y es fácil de entender, y que se atribuye a Laporte (1976), según este autor primero estarían las drogas depresoras del sistema nervioso central, que tienen gran capacidad para generar tolerancia y dependencia. Después, vendrían las drogas estimulantes del sistema nervioso, que presentan tolerancia y dependencia psicológica pero cuya dependencia física es más difícil de observar. Por último, las drogas psicotomiméticas o psicodélicas, cuyo efecto principal no es la depresión, ni la estimulación, sino la deformación de la percepción y de la sensación.

Hoy sabemos que las drogas estimulantes también pueden generar dependencia física, después de la matización que podríamos realizar a esta clasificación, hemos de afirmar, que es una clasificación que se entiende fácilmente por ser didáctica, y por lo tanto será la que utilizaremos. A continuación, y siguiendo la clasificación realizada, según cómo afectan las drogas al sistema nervioso, expondremos muy brevemente los tipos de drogas y sus principales efectos físicos y psicológicos.

2.11. Drogas estimulantes del sistema nervioso

Nos referimos a los estimulantes vegetales, como el café y la coca; y en el plano químico, a la cocaína, el crack y las anfetaminas (Escohotado, 2001). De esta clase de sustancias, destaca por su repercusión la cocaína, ya que es una de las drogas estimulantes más consumidas actualmente y que más problemas está generando. Esta sustancia deriva de la planta de coca *Erythroxylum* y “es un alcaloide con acción anestésica en el sistema nervioso periférico y estimulante sobre el sistema nervioso central”, (Caballero, 2005). Como se sabe, la hoja de coca se ha venido consumiendo durante siglos en países de Sudamérica como Perú, Colombia y Bolivia. La altitud idónea se circunscribe entre los 500 metros y los 1000, y el clima propicio es el tropical. Las hojas de coca, al masticarse, proporcionan una absorción muy lenta, y su dosificación gradual ayuda a mitigar la fatiga del trabajo, aumentando al mismo tiempo la resistencia física y disminuye el hambre. “El naturalista suizo Von Tschdi, escribió un libro denominado *Travels in Perú*, siguiendo y verificando los descubrimientos hechos por Pizarro y, tuvo la ocasión de verificar las virtudes de la coca al observar como los porteadores con los que llegó a Perú en 1830 podían pasar cinco días sin tomar alimento alguno y durmiendo muy poco gracias al consumo de coca”. Pascual (2009). Estudios realizados en la momia incaica llamada Juanita revelaron datos interesantes; la muchacha, que murió a una edad de aproximadamente 13 años, fue de alto *status* y gozó de buena nutrición hasta que fue escogida para ser sacrificada a los Apus, o las deidades de la montaña. Antes de ser sacrificada y depositada en la cima de la montaña Amparo, recorrió a pie una larga distancia, subiendo hasta 6.380 metros sobre el nivel del mar. Para soportar la travesía, Juanita masticó coca y consumió chica, una bebida fermentada de maíz (Pérez y Trotter, 2005).

Con posterioridad, se conseguiría aislar el principio activo de esta planta, obteniéndose así la conocida *cocaine*. Un fuerte estimulante cuya absorción es más rápida y cuyos efectos son mucho más intensos. En el mercado se la conocerá por nombres como: “*farlopa*”, “*dama blanca*” o “*nieve*”, La acción estimulante de

la cocaína deriva principalmente de su capacidad para inhibir la recaptación de los neurotransmisores norepinefrina, serotonina y, sobre todo, dopamina en las sinapsis del sistema nervioso central (Caballero, 2005).

Las propiedades analgésicas de la cocaína han sido utilizadas en numerosas ocasiones a lo largo de la historia como remedio popular para los trastornos físicos y como anestésico local en curaciones y operaciones de cirugía menor. Según Rogues de Fursac (1921), además hacia 1878 se llegó a tratar a los morfinómanos con inyecciones de cocaína, lo cual facilitó la aparición de los primeros cocainómanos. Hubo épocas en las que el consumo de cocaína fue elevado, por ejemplo, a finales del siglo XIX. “La revista Lancet en un artículo de Dowdeswell publicado en 1876, describió los primeros efectos negativos, tales como cambios en el pulso y en la temperatura”, (Pascual, 2009). Poco después Freud redacta su famoso texto *Über Coca*. Se ha escrito en numerosas ocasiones, con indignación unas veces, con admiración otras, que Freud, clínico pionero donde los hubiere, probó y usó la cocaína, pero en sus textos pronto pasó de considerarla una sustancia estimulante que podía ayudar a tratar la ansiedad y la depresión a desaconsejar su uso ya que producía deterioro físico y alucinaciones.

Años más tarde, en 1914, tras el *Acta Harrison* se dictaminó que la cocaína fuese una sustancia ilegal en los EE UU, cuya administración quedaba delimitada a la utilización de médicos y a los laboratorios. En los años 70 esta sustancia sigue siendo utilizada y mezclada con determinados compuestos, usándose como dieta para la obesidad, e incluso para tratar la melancolía. Después se extenderán sus aplicaciones para fines más recreativos. A la cocaína se le dio rienda suelta hasta que asomó la epidemia más destacable en la historia de los Estados Unidos, hecho que se produjo a mediados de la década de 1980 (Withers y Pulvirenti, 1995). Una mayor petición de tratamientos empezó a originarse cuando, en muchas personas, se comenzaron a desarrollar cuadros de psicosis a causa de la cocaína, lo mismo que ocurriría con las anfetaminas. Estos casos hacen que la sociedad empiece a vislumbrar los riesgos de una sustancia asociada al *glamour*, al éxito, al trabajo.

Este principio de siglo XXI, ha sido testigo de un desconcertante aumento del consumo de cocaína en los países occidentales, sobre todo en España. Algunos analistas señalaron que en los años 2005 y 2006 la epidemia estaba tocando techo, ya que los datos difícilmente “podían ser peores”. España se colocaba entre los países más consumidores de cocaína del mundo, junto al Reino Unido y Estados Unidos.

Las cosas se complican más cuando la información de que disponemos también nos permite destacar el elevado consumo de cocaína entre los pacientes

que toman medicamentos como la metadona: “el 45,7% de los pacientes atendidos en programas de mantenimiento con metadona consumen cocaína u otros estimulantes”, (Díaz-Flores y col., 2001).

A continuación, realizaremos un breve resumen de las variaciones de esta sustancia. La más conocida es la cocaína en polvo o clorhidrato de cocaína, y en este caso la vía principal para su consumo suele ser nasal –la sustancia se esnifa– y su efecto suele durar entre un arco de dos a tres horas; en determinados casos encontramos personas que consumen esta sustancia inyectándosela, sobre todo en aquellos que ostentan un largo historial de consumos, e implica por añadidura una mayor gravedad del caso.

Otra forma es el *basuko*, también llamado pasta de coca. El basuko es el resultado de mezclar hojas de coca maceradas con ácido sulfúrico y otras diversas sustancias. Este producto tiene un alto porcentaje de sulfato de cocaína y se suele consumir fumado, mezclado con tabaco u otras sustancias.

Un derivado de la coca es el crack. Tiene este nombre por la semejanza del ruido que provocan los cristales al romperse y el que produce al ser consumido. “Es el resultado del mezclar el clorhidrato de cocaína con bicarbonato sódico más amoníaco, se presenta en forma de microcristales, que al ser sometidos a la acción del calor emiten unos vapores que son inhalados” (Terán, 2004); llega rápidamente al cerebro y es altamente adictivo.

Los efectos de la cocaína son los siguientes: en primer lugar, provocan una sensación de euforia con tendencia a la “fuga de ideas”, las personas están en un estado constante de alerta, nerviosas, hiperactivas, comporta un aumento de la presión arterial, lo que conlleva una respiración agitada, las pupilas se dilatan y disminuye considerablemente el apetito.

Según Caballero (2005), las complicaciones más frecuentes en consumidores de cocaína son estas: intoxicación (efectos simpaticomiméticos), ORL (sinusitis, perforación de tabique), cardiovasculares (infarto agudo de miocardio, arritmias), neurológicas (convulsiones, focalidad, cefaleas, mareos), respiratorias (neumotórax, bronquitis), obstétricas (abrupción placentaria, teratogenia), sexuales (disfunciones sexuales, amenorrea, ginecomastia), infecciones (HIV, hepatitis, endocarditis, abscesos), intoxicaciones por adulterantes, endocrinas y otros problemas renales y gastrointestinales.

Las anfetaminas

Un extraordinario hallazgo, comercializado en los años treinta, fueron ciertas aminas, como la anfetamina, la dexanfetamina y la metanfetamina (Escotado, 2005). Las sustancias más conocidas dentro de la familia de los

psicoestimulantes son las anfetaminas que fueron sintetizadas en esa misma década de los años treinta. Las anfetaminas se recetaron para el tratamiento de algunos de los trastornos del sueño, concretamente para la llamada narcolepsia y, al igual que la cocaína se recomendó para la obesidad, empleándose asimismo como estimulante para los cuadros depresivos (Seivewright, 2000). También se recetó para la congestión nasal, el mareo y la sobredosis de hipnóticos (Escohotado, 2005).

Tabla 9. Drogas estimulantes del sistema nervioso central

TIPO DE DROGA	COCAÍNA	ANFETAMINAS	KHAT (CATHA EDULIS)
Clasificación.	Estimulante	Estimulante	Estimulante
Nombres alternativos.	Coca, crack, nieve, copos basuko, suko, farlopa, perico, dama blanca, <i>speed ball</i> (con heroína)	Anfetas, cristal, pastis o pastillas, <i>speed</i> , <i>ice</i> .	Khat.
Efectos	Se encontrará eufórico, irritable, hiperactivo, con tendencia a la “fuga de ideas”, nervioso, tembloroso, con pupilas dilatadas, pálido, con taquicardia y respiración agitada. En ocasiones convulsiones.	Estará pálido, con pupilas dilatadas, taquicardia y respiración rápida, sudoroso en ocasiones, con temblores o convulsiones. Disminución de la fatiga y aumento del estado de alerta y concentración. Anorexia.	Hipertensión arterial, taquicardia y palpitaciones o arritmias. Aumenta la temperatura, cefalea, dilatación pupilar, boca seca o estomatitis, temblores y en ocasiones convulsiones. Trastornos digestivos, retención urinaria y leves alteraciones hepáticas.
Conducta	En ocasiones puede ser un policonsumidor con características comunes al heroínmano. Irritable, ansioso, excitado, con tendencia a la violencia. Psicosis paranoide en ocasiones.	Puede ser policonsumidor. Agitado, ansioso, irritable, hiperactivo, con tendencia a desarrollar conductas violentas.	Cambios en el comportamiento, euforia, trastornos del lenguaje, cierta agresividad, hiperactividad, insomnio, irritabilidad y agitación. Rara vez cuadros psicóticos similares a la esquizofrenia. Alguna vez alucinaciones hipnagógicas.
Vías de administración	Esnifada, fumada, venosa.	Oral, venosa, esnifada, rara vez fumada.	Oral (mascado de hojas). Muy rara vez fumada
Duración efectos (Vida media)	1-2 horas (3 horas)	2-4 horas (7-34 horas)	2-4 horas (4 horas)
Periodo de detección de orina	2-3 días.	2-4 días, según grado de acidez de la orina.	24-36 horas
Síndrome de abstinencia	No existe un gran síndrome de abstinencia, pero en ocasiones el ansia de la droga le producirá leves trastornos físicos junto con una gran alteración psíquica. Insomnio o somnolencia. Irritable, agitado, tendencia a la violencia y a la actuación en “cortocircuito”	Leve síndrome de abstinencia, que cursa con sueño, confusión, temblores, fatiga y ansiedad. Irritabilidad, insomnio. En ocasiones tendencia a la violencia.	No se conoce síndrome de abstinencia. Cierta irritabilidad y ansiedad.
Presentación	Polvo blanco, cristalino, inodoro.	Pastillas, cápsulas, polvo blanco cristalino.	Hojas en distinto grado de secado.
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Instituto de Toxicología Ministerio de Justicia. Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.			

Hasta hace relativamente poco tiempo esta sustancia se despachó sin receta médica, como un artículo más de venta en las farmacias, lo cual favoreció su uso generalizado en la sociedad. Pero no sólo el carácter fácilmente accesible hizo que esta sustancia se hiciera popular. No es de extrañar que una sustancia que quita el desánimo y el apetito se empezara a usar en la Guerra Civil española y, después, continuara su uso en la larga posguerra. Por añadidura una población diana de esta sustancia fueron los estudiantes, pues no en balde se trata de una sustancia deseable por sus efectos a la hora de aumentar la concentración en los estudios.

Las anfetaminas se asoman al cuerpo con una semivida más larga que la cocaína, es decir, los efectos duran más en el tiempo. Pero ambas sustancias también se asemejan, y al igual que otras, el consumo de estimulantes tiene más probabilidades de progresar y hacerse problemático en individuos con dificultades sociales o con trastornos psiquiátricos, incluyendo los trastornos de personalidad (Seivewright, 1997). Popularmente se conoce con el nombre de “*speed*”, una sustancia de color blanquecino con un tono entre rosado y anaranjado, según cómo la hayan mezclado. Tiene otros nombres, como “*hielo*” o “*chalk*”, y se suele esnifar, aunque también se puede fumar o inyectar. La eliminación del organismo suele ocurrir a las 12 horas aproximadamente.

2.12. Drogas depresoras del sistema nervioso

Eficaces depresores del sistema nervioso son los opiáceos, morfina, codeína, heroína, sucedáneos sintéticos del opio, tranquilizantes mayores, tranquilizantes menores, somníferos, los grandes narcóticos, cloroformo, éter, gas de la risa y fentanilos, vinos y licores (Escohotado, 2001). El consumo del opio está documentado en el año 4000 *a.C.* en la ciudad sumeria de Uruk, y en el año 1550 *a.C.*, en Egipto, se realizaban hasta 500 remedios con esta sustancia (León, 1990). Sin cambiar de escenario, en Egipto se utilizaba como analgésico y calmante (pomadas, vía rectal y oral), para evitar que los bebés gritasen fuerte. Su uso se extendió por Europa y Asia Menor (Pascual, 2009).

La heroína

A continuación, por los graves problemas que ha generado, abundaremos en la heroína. La heroína se extrae de la planta llamada bellota de la adormidera (*papaver somniferum*), y es de color marrón. En su historia, como suele ocurrir con determinadas sustancias cuando todavía no se conocen bien, o cuando se desconocen con exactitud sus efectos secundarios, se utilizó como medicamento para los morfinómanos; la morfina, por su parte, es un alcaloide del opio, y se consumió principalmente en el siglo XIX.

Según Rogues de Fursac (1921), la intoxicación crónica por la morfina da lugar al morfinismo. El morfinismo constituye la *morfinomanía*, cuando el veneno se ha convertido en necesidad para el organismo y su supresión provoca un conjunto de trastornos físicos y psíquicos llamados síntomas de abstinencia. La morfina no es, como en otros tiempos, un veneno aristocrático reservado a las clases elevadas. Ejerce sus estragos en todos los medios.

“En el año 1805 se sintetizó la *morfina* por Fiedrich William Sertüner y empezó a comercializarse por los laboratorios Merck a partir de 1827. En 1855 con la introducción de la inyección hipodérmica sustituyó al opio en los tratamientos médicos y desde 1870 fue muy utilizada durante la guerra civil americana y en la franco-prusiana, su consumo derivó en adicción en algunos casos, encontrando entre los morfinómanos un 25% de mujeres, un 65% entre terapeutas, personal sanitario o sus familias y el otro 10% correspondía a clérigos, profesionales liberales, gente de alta sociedad, bohemia y algunas prostitutas. Años más tarde, en 1874 se sintetizó la heroína (*diacetilmorfina*), fabricada por Bayer en 1883, que era cinco veces más adictiva que la morfina”, Pascual (2009).

De la heroína, se decía que era una sustancia que no producía dependencia, y por ello “también se recomendó y utilizó como remedio eficaz para el tratamiento de la tos y la disnea en asmáticos y tuberculosos”, Becoña (1994). La empresa farmacéutica Bayer comercializó este producto que apareció en el mercado con el nombre de heroína; en el prospecto de este fármaco ponía lo siguiente: 1) al revés que la morfina, esta sustancia produce un aumento de actividad; 2) adormece todo sentimiento de temor; 3) incluso en dosis mínimas hace desaparecer todo tipo de tos, hasta en los tuberculosos; 4) los morfinómanos tratados con esta sustancia perdieron de inmediato todo interés por la morfina (Escohotado, 2005). Hoy sabemos que el consumo de heroína activa el sistema opioide de forma antinatural y produce cambios en el cerebro que obligan a la administración continuada de esta droga ya que, si se interrumpe, aparece sintomatología de abstinencia, es decir, el sistema nervioso central necesitará la aportación externa de esta sustancia para mantener la regulación de las funciones que realiza (Guía sobre drogas, 2007).

En el siglo XX, se dieron todas las condiciones necesarias para que en Occidente se empezara a consumir esta droga por determinados grupos sociales. En la mayoría de los países, su consumo se asocia a grupos generalmente menos favorecidos o marginales. Las sucesivas guerras mundiales son un paréntesis que truncan el consumo de la heroína y no es hasta la conocida época de los *hippies*, a finales de los años 60 y principios de los 70, cuando eclosiona el problema de la heroína en los Estados Unidos.

Para tener una visión más amplia del problema, podemos aproximarnos desde otro ángulo. Así, en el caso de los opiáceos, en 1973 se descubrió la existencia en el cerebro de receptores para morfina y heroína, lo que facilitó el conocimiento de la forma de actuación de estas drogas. El que estos receptores estuvieran localizados en áreas implicadas en la integración de la información sobre el dolor fue una confirmación del papel analgésico atribuido históricamente a los opiáceos. Más tarde se identificaron sustancias capaces de interaccionar con dichos receptores, que recibieron el nombre de endorfinas (Baño, 1998). “Esto permitió conocer la distribución anatómica de los opioides endógenos, sus mecanismos de síntesis, de actuación y de degradación, así como las funcionalidades cerebrales en las que participaban”, Akil (1984).

Tras este paréntesis, y como íbamos explicando, en pocos años la heroína produjo un gran impacto, y esta misma crisis, aunque con algo de tardanza llegó a España aproximadamente en los años 1975 y 1977.

Es en estos años cuando se comienza a detectar el problema, y su eclosión sin comedimiento se produce entre el año 1979 y 1982. El mayor número de nuevos heroinómanos en tratamiento se alcanzará en el año 1992. No cabe juzgar que padres y vecinos alarmados comenzaran a pedir recursos para atender a los drogadictos que deambulaban por las calles de España. La mayoría de los heroinómanos eran consumidores por vía intravenosa.

Existen muchas hipótesis sobre las causas que fomentaron la rápida expansión de este problema en España. En primer lugar se ha dibujado un mapa social donde se estaban produciendo fuertes cambios sociales como la emigración del campo a las ciudades, y en segundo lugar se comenzó a producir un trascendental cambio de roles. Paralelamente se vivía la Transición Democrática y el comienzo de las libertades, el paro y el fácil acceso a la jeringuilla hipodérmica. En su conjunto, todo esto se sumó a un absoluto desconocimiento de las drogas y concretamente de la heroína. Un país “ingenuo” como era España se vio entonces desbordada a la hora de enfrentarse a las numerosas agresiones y delitos por drogas. Poco a poco la epidemia de la heroína fue tomando formas más marginales, o mejor dicho, las personas que consumían heroína se deterioraban con mucha rapidez y comenzaban a tocar fondo en poco tiempo. La epidemia llegó a su máxima expresión entorno a la mitad de los años ochenta. Esta época proporcionó un gran cambio de actitud en la sociedad sobre la percepción del riesgo de las drogas, antes casi inexistente; poco a poco fue apareciendo el VIH con sus consecuencias poco halagüeñas. El primer caso de SIDA constatado en España fue en el año 1981.

También, como sabemos, las adulteraciones generaban y siguen generando problemas médicos importantes, lo que aumentaba la percepción del riesgo.

Tabla 10. Sustancias depresoras del sistema nervioso central

TIPO DE DROGA	HEROÍNA (OPIÁCEOS)	G.H.B (GAMMA HIDROXIBUTIRATO)	POPPERS (NITRITO DE ISOBUTILO)
Clasificación.	Depresor	Depresor Psicodisléptico.	Ligero depresor Afrodisíaco.
Nombres alternativos.	Caballo, nieve blanca, pico, morfo.	Biberones éxtasis líquido, líquido X, Oro bebible, Gib.	Poppers
Efectos	Actitud pasiva, lentitud, distanciada, lenta de entendimiento, tendencia al sueño, pupilas contraídas y respiración lenta o entrecortada. Puede tener dolores cólicos, retención urinaria y de heces, y vasodilatación cutánea	Depresión neurológica, con anestesia, somnolencia, obnubilación y euforia. Puede llegar al coma, debilidad muscular, bradicardia, cefalea, respiración lenta e irregular, confusión, incoordinación, incontinencia, temblores.	Puede producir meta-hemoglobinemia. Cursa con enrojecimiento de la piel, cefalea y trastornos digestivos. La piel, primero transpirable, después fría y azulada. Causa hipotensión, taquicardia, depresión respiratoria, convulsiones, euforia, letargia, vértigos, coma.
Conducta	Conducta pausada, dócil, con tendencia al distanciamiento y sueño profundo, pero en ocasiones irritable.	Habitualmente sedado o con ligera euforia, aumento de la sociabilidad, relajación y deseo de comunicarse, lento de ideas y reacciones. En ocasiones con ideas delirantes, agitación, alucinaciones o crisis de pánico.	A veces hay lenguaje incoherente, tendencia al suelo, aumento del tiempo de respuesta, tendencia a la violencia y agresividad en ocasiones. Aumento del deseo sexual (hay erección y dilatación del esfínter anal).
Vías de administración	Venosa, nasal (esnifada) inhalatoria (fumada).	Oral. Pudiera emplearse vía venosa.	Inhalatoria. Excepcionalmente (y peligrosa) oral.
Duración efectos (Vida media)	3-6 horas (7 horas con sus metabolitos activos)	30 minutos 2 horas (20-40 minutos)	5 – 7 minutos (Escasos minutos)
Periodo de detección de orina	2-4 días.	Muy corto, depende del individuo. Unas 12 horas de media.	Indetectable La-hemoglobinemia sanguínea puede durar varias horas.
Síndrome de abstinencia	Presenta ansiedad, dolores, náuseas o vómitos, diarrea, fiebre, lacrimo, dilatación pupilar, sudoración, malestar general, irritabilidad, temblores, trastornos gastrointestinales, insomnio. Estará muy susceptible, agitado, puede tender a la violencia y ser poco paciente.	Apenas se conoce síndrome de abstinencia, caracterizado por insomnio, temblor, taquicardia y confusión. Puede haber delirios, agitación, ansiedad, paranoia o alucinaciones.	No se conoce bien el síndrome de abstinencia, aunque puede aparecer espasmo coronario tras su abuso. Produce cierta tolerancia a sus efectos.
Presentación	Polvo blanquecino, pardo, marrón. En ocasiones líquido.	Habitualmente en forma líquida, pero también como polvo blanco cristalino.	Líquido se presenta en botellitas de entre 10 y 30 cc.
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Instituto de Toxicología Ministerio de Justicia. Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.			

En aquellos años, las drogas eran uno de los problemas sociales más importantes según las encuestas de C.I.S., solo superado por problemas como por ejemplo el terrorismo. Hoy, en el año 2011, debemos recordar que el problema de las drogas no está ni entre las veinte principales preocupaciones de los ciudadanos.

Aproximadamente, a partir del año 1987, comienza un declive lento y progresivo, no aumenta significativamente el número de afectados, pero los que ya estaban enganchados acarrear muchas dificultades para abandonar la

dependencia. Bien conocido es también que a consecuencia de la expansión del VIH se impulsó el cambio de vía de administración de los drogodependientes, comenzando a consumirse la heroína de forma inhalada, lo que se llama un chino (se inhalan los vapores que surgen de quemar la sustancia en papel de plata), y la jeringuilla se evita en la medida de lo posible por el miedo al sida. La epidemia poco a poco pasa a ser “endémica”. Esto quiere decir que no aumenta específicamente el número de casos, pero la población de heroinómanos tampoco desciende significativamente. Un colectivo, de corte más silencioso, que fundamentalmente es tratado con metadona. Lo único que cambia, y seguirá siendo una constante en los siguientes años, es que cada vez este colectivo aumenta lentamente su media de edad. Pese a que se consideraba erradicada, la heroína tuvo un pequeño repunte en el año 2007. En principio las razones expuestas son el aumento de la producción en Afganistán y, posiblemente la llegada de inmigrantes de los países del Este que consumían esta droga.

El alcohol

Otra sustancia depresora del sistema nervioso central es el alcohol, ya que inhibe paulatinamente las funciones cerebrales. Produce una sensación de euforia cuando se consume, pero realmente es una sustancia depresora.

“En cuanto al alcohol cabe decir que el consumo originario y primitivo se basaba única y exclusivamente en las bebidas fermentadas, a partir de algunos frutos y cereales, fabricándose de estos últimos la cerveza, de la uva el vino y de la manzana la sidra fundamentalmente. Pero en la Edad Media se introdujo un aparato, el alambique, que permitía destilar estas sustancias y producir un alcohol, o al menos unas bebidas de mayor concentración alcohólica”. Pascual (2009).

El componente del alcohol es el etanol o alcohol etílico. Podemos hacer una división sencilla de las bebidas alcohólicas en dos tipos: por un lado, las bebidas fermentadas, vino, cerveza y sidra, que tienen una graduación entre los 4º y los 15º. Se producen por la fermentación de los azúcares de las frutas o de los cereales. Por otro lado, encontramos las que se obtienen de la destilación de las bebidas fermentadas, con lo que presentan mayor concentración de alcohol. El orujo, el pacharán, el *vodka*, el *whisky*, el ron o la ginebra, tienen entre 40º y 50º. Esto supone, que el 40% o el 50% de lo que se bebe es alcohol puro (Guía sobre drogas, 2007). El alcohol se consume por vía oral y puede llegar a permanecer en el organismo hasta 18 horas después. La vía de eliminación principal es el hígado.

Hoy día, el consumo de alcohol es legal y forma parte de nuestro acervo cultural en muchos sentidos. El consumo de alcohol, por parte de adolescentes se circunscribe fundamentalmente a los fines de semana de los jóvenes.

“Además de ser una droga adictiva, el alcohol es la causa de unas 60 enfermedades y dolencias diferentes, incluso lesiones, trastornos mentales y del comportamiento, afecciones gastrointestinales, cánceres, enfermedades cardiovasculares, pulmonares y músculo-esqueléticas, trastornos reproductivos, así como daño prenatal, mayor riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer”, Anderson y Baumberg (2006).

Otra sustancia depresora del sistema nervioso es el GHB, que se conoce también como éxtasis líquido. Es transparente y se consume por vía oral mezclado con agua.

2.13. Drogas que alteran la conciencia

Consideramos sustancias que alteran la conciencia las denominadas visionarias y alucinógenas; sustancias de potencia leve o media; MDMA o éxtasis; derivados del cáñamo: marihuana, hachís; sustancias de alta potencia: mescalina, LSD, ergina, hongos psilocibos y sus alcaloides, ayahuasca, iboga, kawa (Escotado, 2001).

El cannabis que se extrae de la planta *—cannabis sativa—*, es la droga ilegal que más se consume en España. De la resina de esta planta, se extrae el *hachís*, Según la R.A.E., “(Del ár. clás. *hasis*, hierba), compuesto de ápices florales y otras partes del cáñamo índico, mezcladas con diversas sustancias azucaradas o aromáticas, que produce una embriaguez especial”. También llamado *costo* o *chocolate*. Su aspecto por lo general es marrón y se deshace con el calor. Se fuman sus hojas, flores (*cogollos*); es lo que se denomina marihuana. También se puede llamar de otras formas: “*hierba*”, “*maría*”, etc. Los efectos de esta sustancia suelen durar, entre dos o tres a seis horas. Al igual que otras sustancias, a la hora de obtenerla en el mercado negro, también podemos encontrarla mezclada con otras sustancias como el opio, los estimulantes, incluso mezclada con otros productos, etcétera.

El cannabis se conocía en China hace al menos 10.000 años, y en el año 2737 *a.C.* aparece documentado su uso para el tratamiento de distintas enfermedades en ese país. Descubrimientos arqueológicos en Europa, indican que aquí ya existía en el año 7000 *a.C.* (Becoña, 1994). “En un tratado de medicina chino s., I, se decía que: El cáñamo tomado en exceso hace ver monstruos, pero si se usa largo tiempo puede comunicar con los espíritus y aligerar el cuerpo”, Pascual (2009).

Esta planta se utilizó, para rituales de paso e iniciación, y en relación al área de los usos médicos, la planta formaba parte de tratamientos para oftalmia, fiebre, insomnio, tos seca y disentería. Pero quizás, las propiedades “visionarias”

de esta sustancia fueron lo que la hicieron definitivamente popular. Es de destacar el Club “visionario” de los *haschischiens*, al que asistían, entre otros, escritores y poetas como Rimbaud y Balzac, un Club que fue fundado por el gran poeta francés Baudelaire, quien escribiera textos bajo el título *Paraísos artificiales* (Escohotado, 2005). Esta sustancia gozaba, y en parte sigue gozando, de la creencia popular de no provocar adicción alguna. Actualmente está asociada a lo natural, incluso a lo terapéutico. Debemos añadir aquí que en esta última década se ha popularizado el autocultivo dentro de los propios hogares, en garajes, pequeñas fincas valladas, áticos recónditos, trasteros, incluso dentro de armarios, lugares que si se acondicionan con instalaciones relativamente apropiadas pueden obtener varias cosechas al año y plantas con una alta concentración en *tetrahidrocannabinol* (THC) En la actualidad, se ha popularizado mucho e incluso existen revistas especializadas en esta planta. Incluso, podemos encontrar partidos políticos en diferentes países que abogan por su legalización. No deja de ser singular que el consumo como el cultivo de la planta *cannabis sativa*, suele estar asociado a los valores ecológicos y contraculturales, y hasta se relaciona a los valores solidarios. Hoy en día, también sabemos a ciencia cierta que la sustancia en cuestión provoca dependencia, y tras su abuso se puede llegar a la intoxicación. Intoxicación que llega a favorecer la aparición de cuadros psicóticos. Actualmente, una de las mayores alertas sanitarias son los adolescentes que llegan a urgencias con brotes psicóticos tras consumir cannabis.

El organismo genera tolerancia a esta sustancia, y al igual que la mayoría de las sustancias progresivamente crea necesidad de más cantidad para obtener los efectos anteriormente conseguidos. Las personas que abandonan la sustancia padecen ansiedad, sintomatología depresiva, insomnio y, de alguna manera, se manifiesta un efecto contrario a los síntomas del consumo; durante el periodo de abstinencia se sienten y muestran a los demás de una forma irritable.

A tiempo de sintetizar, el cannabis actúa sobre el sistema de gratificación y recompensa cerebral de la misma forma que lo hacen otras drogas, a través de estimular la liberación de dopamina. Por eso, entre otras cosas, el consumo continuado de cannabis produce adicción. La adicción aparece entre el 7% y el 10% de las personas que lo han probado, y en uno de cada tres que lo consumen habitualmente (Guía sobre drogas, 2007). El compuesto propio del cannabis es el *tetrahidrocannabinol* (THC), que actúa sobre el organismo generando diferentes reacciones tras ser consumido, de forma que puede provocar fallos en la memoria y en la concentración, provoca dificultad para pensar, desinhibición, somnolencia y relajación, percepción distorsionada de la realidad, cierta descoordinación motora, sequedad en la boca y cambios bruscos de humor. Todo ello bajo un fervoroso y agradable estado emocional

de entusiasmo si se consume en dosis bajas; si se consume en grandes cantidades puede producir episodios de fuerte ansiedad. Como apuntábamos, a largo plazo, puede provocar dependencia, pero también trastornos emocionales, enfermedades bronco pulmonares, cuadros psicóticos, problemas de memoria y de aprendizaje, etc.

Estos efectos también dependen de la concentración de THC. Las hojas trituradas y los llamados cogollos, que es lo que se denomina marihuana, pueden tener una concentración de THC que varía, según las fuentes consultadas, del 1% al 15 %. Por su parte, el llamado *hachís*, tiene un contenido de THC que va de un 15% a un 20%, ya que se obtiene del prensado de la resina de la planta hembra. Pero la mayor concentración de THC la encontramos en el llamado *aceite de hachís*, el cual es resultado de mezclar la resina con diferentes disolventes como el alcohol: se obtiene THC en proporciones entre 25% y 50%, aunque algunas fuentes señalan que la concentración puede ser de hasta un 75%. El THC, tiene una vida media aproximada de una semana, lo que significa que, una semana después de consumirlo, el organismo no ha conseguido eliminar más que aproximadamente el 50% (Guía sobre drogas, 2007).

LSD

Otra sustancia muy conocida, es el LSD (*Dietilamida de Ácido Lisérgico*). “El ácido lisérgico es un componente del moho del cornezuelo del centeno, un hongo denominado *Claviceps Purpúrea* que crece sobre el grano del centeno. Este fármaco produce cambios oníricos en el humor y el pensamiento, y alerta la percepción del tiempo y del espacio”, Pascual (2009). Descubierto por casualidad por Hofmann en 1938. Lo podemos encontrar en los llamados “*tripis*”, que tienen efecto hasta 8 o 10 horas tras ser ingeridos (ver tabla 11). Es una sustancia de gran impacto, y se suele presentar en papel secante, cuarteado para ser dividido con más facilidad, y sobre la superficie que se va a ingerir, se suelen insertar dibujos que representan dragones, formas geométricas o personajes como Popeye. Se consume dejando el papel bajo la lengua, hasta que se deshace. Otra de las características de esta sustancia es que no produce dependencia. Esta sustancia fue el mayor exponente del movimiento de la psicodelia, y uno de sus máximos defensores fue Aldous Huxley, quien escribió el conocido libro *Las puertas de la percepción* en 1954, donde se planteaba una superación de la dualidad mente-cuerpo. De alguna forma esta sustancia ayuda a integrar lo que pensamos con lo que sentimos, o dicho de otra forma, no hay posibilidad de dividir el cuerpo y la mente.

Otra sustancia, la MDMA (*3-4 metilenedioximetanfetamina*), se creó en 1912 cuando la compañía farmacéutica Merck la aisló de forma casual. En un

principio, y al no encontrarse una aplicación médica concreta, se abandonó su estudio. En los años cincuenta, el ejército norteamericano investigó en este terreno, buscando un fármaco, una especie de suero de la verdad que forzara a los prisioneros a declarar (Elolam, 2007).

Tabla 11. Drogas que alteran la conciencia

TIPO DE DROGA	LS DIETILAMIDA DEL ÁCIDO LISÉRGICO)	CANNABIS	DROGAS DE SÍNTESIS.
Clasificación	Psicodisléptico	Psicodisléptico	Psicodisléptico
Nombres alternativos.	Tripi, ácido, barriles, Disney, pizca, relámpago, terrón de azúcar.	Haschis, marihuana, grifa, hierba, costo, porro, etc.	Pastis o pastillas, éxtasis, Eva, droga o píldora del amor. También se llaman según el troquelado de la pastilla.
Efectos	Alucinaciones visuales, auditivas, táctiles, del propio cuerpo y del sentido del tiempo. Dilatación pupilar, hipertensión, taquicardia, sudoración, palpitaciones, temblores, visión borrosa, incoordinación, piloerección.	Se encuentra locuaz, con tendencia a la risa, leve taquicardia, ansiedad, alteraciones de memoria, desorientación, inyección conjuntival, visión amarillenta.	Presentan ansiedad, hiperactividad, taquicardia, aumento de temperatura, en ocasiones alteraciones visuales y más rara vez alucinaciones, temblores o cierta rigidez y dilatación pupilar. Comparten buena parte de los efectos de las anfetaminas.
Conducta	Su consumo está ligado a ambientes concretos. El consumidor está alerta, con tendencia a la despersonalización e ideas delirantes, con ansiedad, depresión, paranoia y, en ocasiones, crisis de pánico y psicosis.	Puede ser policonsumidor. Tendencia al síndrome amotivacional. Euforia, irritabilidad, bruscos cambios de humor. En ocasiones psicosis.	Suelen ser personas jóvenes cuyo consumo está relacionado con las actividades de ocio (discotecas, salas de música bacalao, fiestas, etc.) De apariencia normal, excepto que sean policonsumidores. Irritabilidad, ansiedad en ocasiones psicosis. Aumento de la sociabilidad.
Vías de administración	Oral. Sublingual. Rara vez venosa.	Fumada, rara vez oral.	Oral. Rara vez otras vías.
Duración efectos (Vida media)	8-12 horas (1,5-4 horas)	2-4 horas (14-38)	2-4 horas (7-20 horas, en función del grado de acidez en orina)
Período de detección de orina	1-5 días	20 días en uso esporádico. Hasta 80 días en uso regular o crónico.	2-3 días.
Síndrome de abstinencia	No hay síndrome de abstinencia. En función del "viaje" puede presentar gran agitación y pánico o sentimientos místicos tras abandonar el consumo. Episodios de recurrencia.	No hay apenas síndrome de abstinencia. Síndrome amotivacional, en ocasiones tendencia a las transgresiones leves de la legalidad.	Apenas hay síndrome de abstinencia. Irritabilidad, insomnio, temblores. Conducta algo agitada, ansiedad.
Presentación	"Sellos" con distintas figuras geométricas o personajes, comprimidos de reducido tamaño o polvo cristalino blanco	Aglomerado de hojas, flores y tallos; pasta; resina; líquido oleoso.	Comprimidos de distintas formas y colores, cápsulas, en ocasiones polvo cristalino blanco.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Instituto de Toxicología Ministerio de Justicia. Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

Entre las drogas de diseño descubiertas y distribuidas en los años ochenta, hay una amplia variedad de sustancias, caracterizadas muchas veces por un anillo bencénico (de tipo mescalínico), en su composición. Descritas habitualmente con siglas –como DOM, DOET, DOB, TMA, TMT, MDA, etc.–, la que mayor notoriedad alcanzó en esta década fue la MDMA, una droga difícil de clasificar en la familia visionaria, pues no abre tanto las puertas de la percepción como las de la emotividad (Escohotado, 2005).

Existe en el hombre, desde sus orígenes, una relación dialéctica entre tradición e innovación. Ahora bien, hasta la fecha, las innovaciones han sido, por lo general, el producto de combinar elementos ya existentes o de adaptar pautas conocidas a problemas desconocidos. Con las drogas de diseño nos hallamos ante un cambio cualitativo: la innovación sin tradición o la experimentación sin referentes previos. En occidente, desde hace siglos se han venido consumiendo diversas drogas provenientes de otras culturas para usos terapéuticos, religiosos, festivos, etc., sin embargo, las drogas de diseño suponen una ruptura con esta evolución. [...] Pronto comenzaron las prohibiciones como consecuencia de su utilización progresiva que llegó a causar alarma social. En Gran Bretaña el éxtasis en 1971 se incluyó en la *Misuse of Drugs Act* como droga de tipo A y en los Estados Unidos fue proscrita en 1985 (García y Chazarra, 1995).

MDMA o popularmente denominada “éxtasis”, es una droga sintética llamada de diseño. Se la han adjudicado muchos otros nombres, como “droga del amor”, “adán”, “pirujas” o “pastis” a secas. Esta sustancia comienza a encontrarse a finales de los 80 y sobre todo se puso de moda en los años 90. Como suele ocurrir, estuvo vinculada a las corrientes estéticas y sobre todo musicales de aquellos años, al estilo *new age*, a la música *tecno*, también a la *música psicodélica* y al llamado “*bacalao*”. Cada pastilla puede tener aproximadamente entre 60 y 110 miligramos de MDMA y sus efectos duran, como ocurre con otras drogas, entre dos y tres horas. Aunque a esta sustancia la incluimos entre las alucinógenas, bien es cierto que en el mercado suelen estar mezcladas en la mayoría de los casos con anfetaminas y metanfetaminas, lo cual robustece al “éxtasis” con un efecto fascinador estimulante y vigorizante.

Por lo general se consume en forma de pastillas, pero también hay variaciones de la sustancia que se presenta en piedras dentro de pequeñas bolsas o tarros, por lo que se le llama “cristal”; también se presenta en polvo, o en una estructura rocosa en apariencia, y en ocasiones se envuelve en papel y se consume por vía oral, lo que se ha denominado popularmente como “bombas o bombitas”, formato que se puso de moda a partir de 2005. Cada una de estas variantes tiene diferencias en cuanto a las sustancias que posee. El MDMA incrementa en el cerebro la actividad de ciertos neurotransmisores como la serotonina (que regula

el estado de ánimo, el sueño, las emociones y el apetito), la dopamina (responsable del sistema de gratificación cerebral y, por tanto, de los efectos placenteros de las drogas) y la norepinefrina (potente estimulante cerebral y cardíaco) (Guía sobre drogas, 2007). La sobredosis se manifiesta por taquicardia, hipertensión, alucinaciones visuales, hipertonía muscular, etc., pero uno de los mayores peligros es el llamado “golpe de calor” que se produce en quienes por ejemplo bailan durante horas, lo cual aumenta su temperatura corporal de forma considerable y puede llegar a provocar un problema renal. Pero, además de este riesgo, encontramos evidencias de otra suerte de problemas a largo plazo, y son problemas de índole psiquiátrico: depresión, psicosis, ataques de pánico, agresividad, etc. Cabe señalar que esta sustancia también produce dependencia y su ausencia en el organismo puede provocar síndrome de abstinencia.

Para ir finalizando y sin pretender abarcarlo todo, hablaremos de la Ketamina, sustancia que tiene un gran potencial alucinógeno. Fue sintetizada en 1962 y se utiliza hoy en día como analgésico y anestésico con fines sanitarios en veterinaria. Se presenta líquida e incolora. En el mercado negro, se le llama “*Special K*”. Administrada en cantidades elevadas puede provocar cuadros psicóticos. Otra sustancia con propiedades alucinógenas es la m-CPP meta-clorfenilpiperazina, se la denomina “*tiburón*” o “*Lacoste*”.

2.14. Comorbilidad y patología dual

Llamamos patología dual a la coexistencia de dos o más trastornos bien diferenciados dentro de la psicopatología, pero más concretamente es la cohabitación de cualquier trastorno psicopatológico con un abuso/dependencia de sustancias. El término de patología o diagnóstico dual es un término reciente, sin embargo el fenómeno no lo es. Se trata, de lo clásicamente denominado “comorbilidad”, es decir, lo que actúa al mismo tiempo (Martín, 2007).

Para aclarar este concepto, debemos explicar cómo se pueden solapar los trastornos. En un primer momento, sabemos que hay trastornos que son primarios y secundarios; en principio un trastorno secundario puede ser debido al primario. Así, podemos encontrar una persona que padece de fuertes migrañas (que en este caso es el trastorno primario), y que para calmar el intenso dolor que padece consume abundantes tranquilizantes, de tal forma que termina generando una dependencia a estos medicamentos (éste sería el trastorno secundario).

En este orden de cosas, se ha postulado que padecer una enfermedad puede favorecer el consumo de sustancias, pues se trata de personas más vulnerables. No es demasiado suponer que en esta línea se sitúan las teorías de la

automedicación. En principio, la autoadministración de drogas sería una manera de aliviar el malestar, la depresión, etcétera. Asimismo hay autores que afirman que el consumo de sustancias no sólo es consecuencia de algunas enfermedades, sino también del aislamiento y la pobreza, predisponen al consumo de drogas (Berman y Nobel, 1993). Por otro lado, podemos encontrar que una dependencia a una sustancia, o a varias, puede generar un trastorno de otra índole. Pongamos un ejemplo, un consumidor de cocaína (en este caso es un trastorno primario) puede desarrollar un trastorno de ansiedad (trastorno secundario), es decir podemos plantear que el cuadro de ansiedad es directamente debido al consumo de una sustancia, y así encontrar todo un abanico de trastornos mentales inducidos por sustancias (ver tabla 12).

Tabla 12. Trastornos mentales, inducidos por sustancias. DSM IV-TR

<i>Delirium</i> inducido por sustancia
Demencia persistente inducida por sustancias
Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias
Trastorno psicótico inducido por sustancia
Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
Trastorno sexual inducido por sustancias
El trastorno del sueño inducido por sustancias
Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos

En los casos en que se den juntos una dependencia y un trastorno mental habrá que asentar la atención en el curso de la enfermedad, en su inicio; que posiblemente sea atípico en caso de ser un trastorno por abuso de sustancias.

Uno de los primeros inconvenientes que nos encontramos cuando recibimos a un paciente con un problema de dependencia es determinar si los síntomas que presenta son debidos únicamente al consumo de cualquier sustancia o a un trastorno mental, algo que a veces no podemos saber con certeza, con lo cual se determina realizar un diagnóstico provisional. Los casos más difíciles de discernir, son los trastornos psicóticos, ya que en ocasiones no se diferencia con facilidad si son debidos a sustancias o no. También podemos determinar toda suerte de combinaciones: por ejemplo, dos trastornos primarios, uno independiente del otro, o también podremos entenderlo como un proceso en su conjunto.

Cuando llega una persona con un trastorno complejo, se pondrá atención a la evolución y a los antecedentes psicopatológicos, y habrá que revisar el diagnóstico provisional cuando el paciente haya dejado de consumir. Una vez que el paciente haya desbaratado su sintomatología relacionada con la drogodependencia, se podrá realizar un diagnóstico de carácter definitivo.

Aunque se hayan recomendado tiempos adecuados para realizar esta segunda evaluación que suelen ser de varias semanas, lo fundamental, pase el tiempo que pase, es que la persona ya no esté bajo los efectos de las drogas. Momento que también dependerá no sólo del paciente sino del juicio del clínico.

Si tuviéramos que establecer una jerarquía en importancia, es decir, si tuviéramos que discriminar qué trastorno es prioritario, diríamos que las psicosis son sin duda primarias a la drogadicción. En estos casos, se suele aconsejar tratar más intensamente el trastorno primario. Como decíamos, hay casos complejos, donde es difícil establecer cuál fue el origen del problema, si la psicosis o la dependencia. Algunos pacientes con esquizofrenia consumen para evitar o mitigar las alucinaciones o estabilizar sus estados emocionales, una manera de regular sus variables cambios anímicos o los fuertes cambios que les produce la medicación, por ejemplo y en relación a las sustancias, la gran mayoría de los esquizofrénicos fuma tabaco.

Existen otras muchas situaciones, en las que, salvando las distancias, encontramos similitudes entre diagnósticos. Se ha descrito que la intoxicación por alcohol es semejante a un *delirium* o a un cuadro confusional, y la abstinencia de opiáceos es comparable a un trastorno de ansiedad. En resumidas cuentas, en algunos casos, podemos dudar del parecido entre los efectos de la sustancia y los síntomas de la patología. A poco que se ojee, estas personas suelen presentar varios diagnósticos coexistentes en el eje I del DSM IV-TR, y al mismo tiempo cumplen los criterios para poder ser diagnosticados de otro trastorno, esta vez de un trastorno de la personalidad ubicado en el eje II del DSM IV-TR. Al mismo tiempo, suelen padecer algún trastorno orgánico encuadrado en el eje III del manual estadístico de los trastornos mentales, todo lo cual dificulta considerablemente el proceso de la elaboración del diagnóstico.

En buena lógica, observamos que con el paso del tiempo y la cronificación de las personas, se hace más difícil realizar el diagnóstico, ya que el deterioro que ejercen las sustancias vuelven más confusos los casos.

Conviene subrayar, que sí es cierto que en la actualidad encontramos un aumento de la patología asociada, sobre todo depresión, paranoia, y trastornos de personalidad, y en general aumentan los diagnósticos. El hecho de que aumente la sintomatología y el número de diagnósticos en las evaluaciones, se puede explicar a causa de la llegada de más personas policonsumidoras, y estos policonsumos han alterado el organismo de diferentes formas. Otra explicación es que con el paso del tiempo ha mejorado la precisión de las evaluaciones y por consiguiente el diagnóstico.

Hoy en día, el aumento de la psicopatología y la llegada de la renovada “patología dual”, han tenido un efecto positivo en el sentido de que todos nos hemos acercado. Asistimos a un verdadero encuentro entre los profesionales de la red sanitaria y las ONG que se dedican al tratamiento de las drogodependencias. Así, en estas últimas décadas se ha impuesto el trabajo en red, lo cual nos lleva a apostar por la apertura y por la colaboración entre entidades privadas y los dispositivos públicos.

3. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS DROGODEPENDENCIAS

3.1. Tendencias actuales de consumo

En relación a la epidemiología sobre las drogas, las encuestas más destacables en España son la Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas (EDADES) y La Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar (ESTUDES), ambas auspiciadas por el Plan Nacional sobre Drogas (PNsD). También tomaremos como referencias otros informes tales como el Europeo y el de la ONU. Naciones Unidas estimó en su informe de 2007 que un 4,2% de la población mundial mayor de 15 años consume drogas. Por su parte, el Informe del Observatorio Español sobre Drogas (OED), que se basa en la encuesta (EDADES), señala que en el año 2007 el total de personas que pidieron tratamiento fue de 50.555, de las cuales más de la mitad ya había recibido algún tratamiento previo –esto nos recuerda el carácter recidivante del trastorno–, y del total de las personas que pidieron tratamiento, el 85,8% eran hombres, y el 15,3% mujeres.

Tabla 13. Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en población de 15-64 años (%). España, 1995-2007

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007
Tabaco	-	69,7	64,9	68,4	68,9	69,5	68,5
Alcohol	-	90,6	87,3	89,0	88,6	93,7	88
Cannabis	14,5	22,9	19,6	23,8	29,0	28,6	27,3
Éxtasis	2,0	2,5	2,4	4,0	4,6	4,4	4,3
Alucinógenos	2,1	2,9	1,9	2,8	3,0	3,4	3,8
Anfetaminas/ <i>espeed</i>	2,3	2,7	2,2	2,9	3,2	3,4	3,8
Cocaína en polvo	3,4	3,4	3,1	4,8	5,9	7,0	8,0
Cocaína base	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	1,8
Heroína	0,8	0,6	0,5	0,6	0,9	0,7	0,8
Inhalables	0,7	0,8	0,6	0,8	1,0	0,8	1,1
Tranquilizantes	-	-	-	-	-	7,0	13,0
Somníferos	-	-	-	-	-	4,6	6,0

Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas en los entrevistados de 15-64 años (porcentajes). España, 1995-2007. Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Siguiendo con los datos ofrecidos por el Observatorio Español para las Drogas, en su Informe (EDADES) publicado en el 2009 y que refleja datos hasta el año 2007, la droga ilegal más consumida es el cannabis. La prevalencia de su consumo diario en los últimos 30 días es del 1,5%, y lo han consumido estos últimos 30 días el 7,2% de la población, con edades entre los 15 y 64 años. En este sentido “se observa un cambio de tendencia ascendente del consumo de cannabis y cocaína que venía observándose desde hace muchos años, y que ya se insinuaba en encuestas anteriores” (EDADES, 2009). Según esta misma encuesta en 1996 pidieron tratamiento por primera vez por problemas con el cannabis 1.300 personas, en el año 2000 aumentaron los ingresos hasta 2.487, en el año 2004 siguieron aumentando las personas que solicitaban tratamiento por esta sustancia hasta 5.389, pero a partir de este año comenzó un ligero descenso hasta 4.426 en 2005, y 4.619 en 2007.

Como cabía esperar, una de las drogas más consumidas es el tabaco, su prevalencia de consumo diario en los últimos 30 días, es del 29,6% entre españoles de 16-64 años. En el Informe de la OED destaca el descenso del consumo de tabaco, aunque la proporción de fumadores en España sigue siendo alta.

Tabla 14. Prevalencia de consumo de drogas diario
en la población de 15-64 años (%). España, 1995-2007

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007
Tabaco	-	34,9	33,6	35,7	36,7	32,8	29,6
Alcohol	-	12,7	13,7	15,7	14,1	14,9	10,2
Cannabis	-	0,7	0,8	1,5	1,5	2,0	1,5
Tranquilizantes	-	-	-	-	-	-	2,6
Somníferos	-	-	-	-	-	-	1,1

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Tabla 15. Prevalencia de consumo de drogas en los 12 últimos meses
en la población de 15-64 años. España, 1995-2007

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007
Tabaco	-	46,8	44,7	46,0	47,8	42,4	41,1
Alcohol	68,5	78,5	75,2	78,1	76,6	76,7	72,9
Cannabis	7,5	7,7	7,0	9,2	11,3	11,2	10,1
Éxtasis	1,3	0,9	0,8	1,8	1,4	1,2	1,2
Alucinógenos	0,8	0,9	0,6	0,7	0,6	0,7	0,6
Anfetaminas/espeed	1,0	0,9	0,7	1,1	0,8	1,0	0,9
Cocaína en polvo	1,8	1,6	1,6	2,5	2,7	3,0	3,0
Cocaína base	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,5
Heroína	0,5	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Inhalables	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Tranquilizantes	-	-	-	-	-	3,9	6,9
Somníferos	-	-	-	-	-	2,7	3,8
Tranquilizantes sin receta	-	-	-	-	-	0,9	0,9
Somníferos sin receta	-	-	-	-	-	0,8	0,8

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Las drogas de síntesis subieron ligeramente en el año 2001, pero tras el ascenso del año 2001 ha disminuido su consumo ligeramente y se ha estabilizado a la baja; por ejemplo, la prevalencia de consumo de éxtasis en los últimos 30 días bajó del 0,8% en 2001 al 0,6% en el año 2005 y 2007 según la (OED). También es cierto que más personas las han probado alguna vez en su vida, pasando del 2,0% en 1995 al 4,3% en 2007.

Tabla 16. Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días en la población de 15-64 años. España, 1995-2007

	1997	1999	2001	2003	2005	2007
Tabaco	42,9	40,1	41,4	42,9	38,4	38,8
Alcohol	64,0	61,8	63,7	64,1	64,6	60
Cannabis	4,6	4,5	6,4	7,6	8,7	7,2
Éxtasis	0,3	0,2	0,8	0,4	0,6	0,6
Alucinógenos	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1
Anfetaminas/speed	0,2	0,3	0,6	0,2	0,4	0,3
Cocaína en polvo	0,9	0,9	1,3	1,1	1,6	1,6
Cocaína base	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,3
Heroína	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Inhalantes	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
Tranquilizantes	-	-	-	-	2,7	4,7
Somníferos	-	-	-	-	2,0	2,5

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Con las anfetaminas y alucinógenos ocurre algo semejante, su prevalencia está relativamente estabilizada desde hace años.

A continuación nos referiremos al otro informe que consideramos igualmente importante en España: el Informe de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), en el año 2009 y que nos ofrece datos hasta el 2008. En este informe, se analiza una muestra de población más joven con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años.

En primer lugar, vemos cómo en general los adolescentes están más informados sobre el tema de las drogas. En el año 1994 tan solo el 23,7% de los jóvenes decía estar perfectamente informado mientras, esta cifra ha ido creciendo hasta el año 2004 donde el 48,4 decía estar perfectamente informado, en el 2008 sostiene estar perfectamente informado el 46,1 de los estudiantes entrevistados.

En cuanto a la disponibilidad percibida, vemos que esta depende de cada sustancia. Así, en el año 2008 era fácil para los encuestados conseguir sustancias como la heroína, al menos eso aseguraba un 23,2% de los encuestados frente al 48,0% de los jóvenes que en el año 1994 afirmaban que era fácil obtener dicha sustancia. Por el contrario, más cercanos a la actualidad, en el año 2008, es más fácil conseguir sustancias como el Hachis/Marihuana, así lo afirman el 63% mientras que en el año 1994 tan sólo el 30,8% decía que era fácil encontrarla.

En el año (2008) es un poco más difícil conseguir sustancias como los alucinógenos 28,6 y cocaína 32,7. En general se piensa que cada vez es más difícil conseguir drogas.

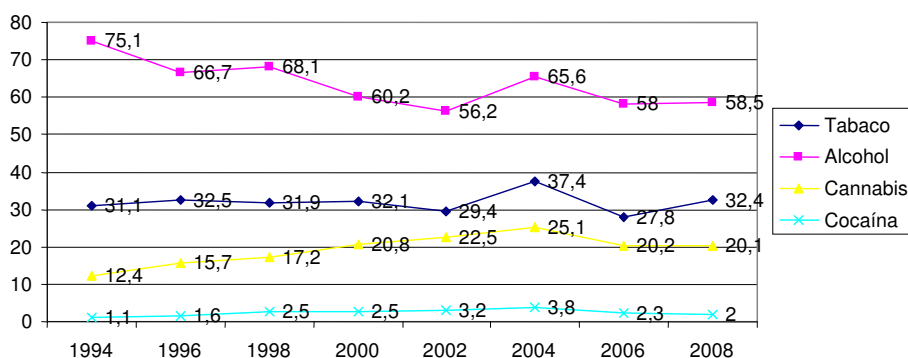
En otro orden de cosas, aumenta el riesgo percibido ante el consumo esporádico para todas las drogas. Pero uno de los datos más relevantes de este informe es que en dicho año descendió el consumo entre los adolescentes.

Tabla 17. Prevalencia del consumo de sustancias en estos últimos 30 días

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008
Tabaco	31,1	32,5	31,9	32,1	29,4	37,4	27,8	32,4
Alcohol	75,1	66,7	68,1	60,2	56,2	65,6	58,0	58,5
Cannabis	12,4	15,7	17,2	20,8	22,5	25,1	20,2	20,1
Cocaína	1,1	1,6	2,5	2,5	3,2	3,8	2,3	2,0

Fuente DGPNSD Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES). 1994-2008.

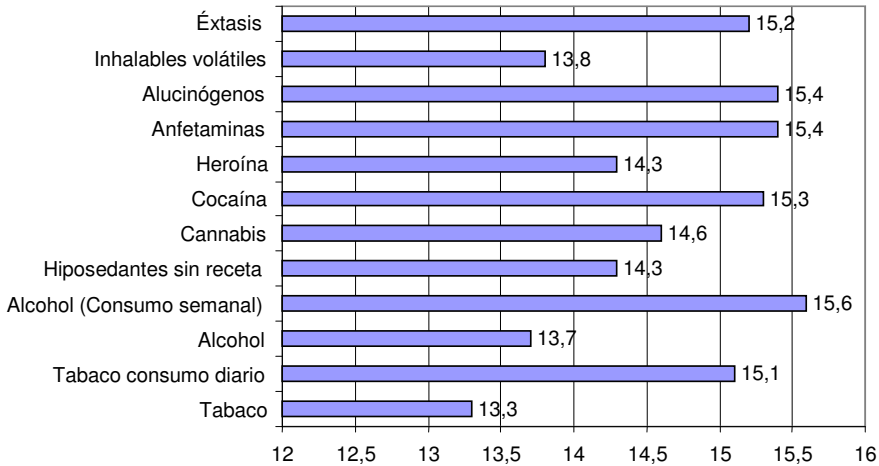
Gráfico1. Prevalencia de consumo en los últimos 30 días (ESTUDES)



En cuanto a la edad de inicio del consumo de alcohol sigue estabilizada, en el año 2008 es de 13,7 años. Se comienza el consumo de tabaco diario a los 15,1 en este sentido hay un ligero aumento de la edad, es decir, podemos sostener que los jóvenes que fuman a diario empiezan a hacerlo más tarde.

Según resumen los autores de la Encuesta Escolar (ESTUDES), encuesta que se realiza desde el año 1994, en general, el consumo de drogas entre los estudiantes de 14 a 18 años continúa siendo experimental u ocasional, vinculado al ocio y al fin de semana. El alcohol y el tabaco siguen siendo las drogas más consumidas, seguidas del cannabis. Ya en el año 2006 se comenzó a ver sin embargo una evolución muy positiva, con un descenso importante del consumo de las drogas más extendidas entre los estudiantes.

Gráfico 2. Media de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de secundaria de 14-18 años (ESTUDES 2008)



El descenso lo encontramos en sustancias como el tabaco, el cannabis y la cocaína. Sustancias cuyo consumo en estos últimos años era alto. “Una proporción importante de estudiantes consume varias drogas, observándose una asociación bastante estrecha entre el consumo de alcohol, tabaco y cannabis, por una parte, y entre el de los estimulantes: cocaína, éxtasis, o anfetaminas y los alucinógenos, por otra”, (ESTUDES, 2006). Otra valoración positiva de este informe, es que se considera que ha aumentado la percepción de riesgo entre los jóvenes.

En el informe del (ESTUDES, 2008), se resalta esta tendencia a la estabilización y también se destaca un aumento de prevalencia de las borracheras, el descenso de consumo de cocaína, baja el consumo experimental de tabaco, y por último hay un descenso en la incorporación de consumidores de cannabis.

3.2. Epidemiología de la cocaína

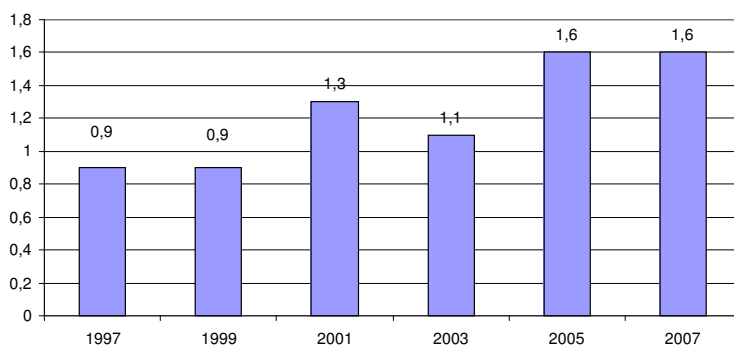
Durante años, se creyó que la cocaína era relativamente segura, incluso algunos expertos en drogodependencias pensaban que no era demasiado peligrosa y que no provocaba adicción; unas opiniones que pronto fueron refutadas, pero permaneció como si fuera una estela la creencia de ser una sustancia inocua, más inofensiva que otras, creencia que finalmente poco a poco se ha ido desvaneciendo. Pero este estado de opinión sobre la cocaína o “*farlopa*”, es una de las posibles variables, entre otras, que han terminado por poner a España a la cabeza

del consumo de esta sustancia. Así, en el año 2006, encontramos que el número de adictos a la cocaína era muy considerable. Podemos decir que ocurrió algo semejante en la época de la heroína: la gente tardó tiempo en ver sus efectos negativos.

Hoy, en el año 2009, el Nuevo Plan Nacional sobre Drogas se ha impuesto, como uno de sus objetivos, desterrar otra idea sobre las drogas, esta vez la idea asociada al *glamour* de las sustancias, sobre todo de la cocaína.

Si tomamos en cuenta la encuesta de EDADES, que entrevista a personas entre 15 y 64 años, nos viene a decir que en estos últimos años una de las sustancias más demandadas ha sido la cocaína, cuya prevalencia de consumo en los últimos 30 días, según este informe del Observatorio Español para las Drogas, ha pasado del 0,9% en 1997 a un 1,6% en el año 2007 (ver gráfico 3). Los datos ponen de manifiesto que hubo una tendencia creciente tanto en el consumo experimental como en el consumo continuado y en la actualidad se mantiene.

Gráfico 3. Prevalencia de consumo en los últimos 30 días.
Cocaína en polvo (EDADES)

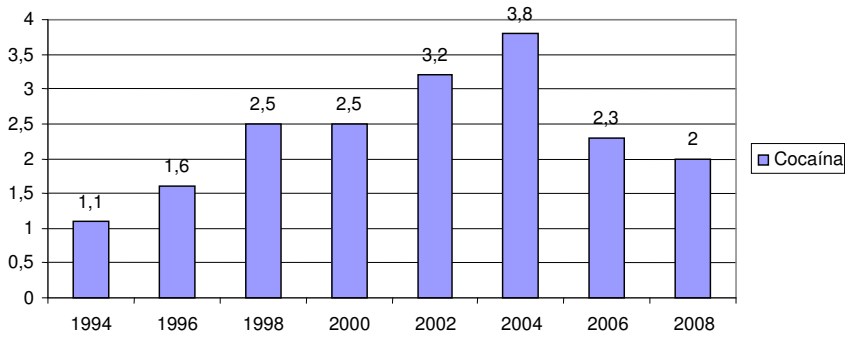


Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre abuso de Drogas (EDADES).

Pero si tenemos en cuenta la encuesta de ESTUDES, el consumo de cocaína entre jóvenes con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años ha disminuido. Así, podemos concluir que no se trata de ninguna contradicción, lo que ocurre es que aunque el consumo de cocaína aumente en general, no sucede de igual modo en la población más joven.

Para ilustrar el problema del consumo de la cocaína encontramos otra suerte de datos, por ejemplo, que la proporción de urgencias hospitalarias directamente relacionadas con drogas ilegales en las que se menciona la reacción aguda a cocaína pasó de ser un escaso 26,1% en el año 1996, al 44,4% en 2001, subió al 49,0% en 2002, y llegó al 63,4% en 2005, según el informe (EDADES 2009).

Gráfico 4. Prevalencia de consumo de cocaína en los últimos 30 días (ESTUDES)



Otra suerte de datos que pueden ejemplificar lo que ha ocurrido estos años son los relativos a personas tratadas por primera vez en la vida por problemas con la cocaína, en el año 1992 fueron 932 las personas tratadas, 1.892 en 1996, 5.977 usuarios nuevos en 2001, 11.851 en 2003, 15.258 en 2005, 13.463 en 2006, y 13.429 en 2007, según la encuesta (EDES 2009).

Durante estos años, el consumo de cocaína en Europa Occidental ha sido muy significativo, y España, en concreto, “duplica” la media europea. Por estas razones uno de los principales objetivos del Plan Nacional sobre Drogas ha sido frenar el consumo de esta sustancia en España, que junto con el Reino Unido y USA son los países donde más se consume a día de hoy.

Tabla 18. Edad de inicio de mujeres y hombres, y años de consumo de heroína

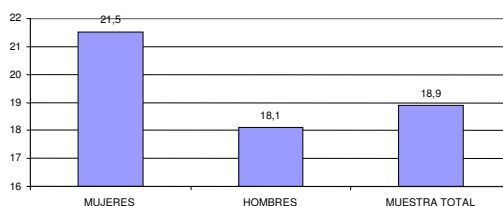
	EDAD DE INICIO	AÑOS DE CONSUMO
MUJERES	21,5	8,3
HOMBRES	18,1	11,9
MUESTRA TOTAL	18,9	10,9

Encuesta de la Asociación Proyecto Hombre 2005

En la actualidad, la Delegación del Gobierno sigue fomentando programas de prevención del consumo y tiene como foco de sus campañas informar sobre sus peligros. Los datos que ofrecemos a continuación son el resultado del cuestionario EuropASI (2005), información proveniente de la Escuela de la Asociación Proyecto Hombre en Madrid. En primer lugar en cuanto a las personas tratadas

por cocaína, el 89% son hombres, con una media de 30 años. El consumo suele iniciarse a los 21 años y por vía nasal; son personas que frecuentemente consumen otras sustancias, como alcohol o cannabis desde los 16 años aproximadamente. Son hombres solteros con cierto poder adquisitivo, dato que nos aleja de las hipótesis marginales de otras épocas; la mayoría, por ejemplo, poseen una vivienda propia. Gran parte de los usuarios encuestados, tiene completados los años de Educación General Básica y un 25% ha cursado estudios superiores durante un promedio de tres años. El 80,3% trabaja a tiempo completo, y en cuanto a los delitos, son personas que tienen menos imputaciones judiciales; según este informe, sólo el 11,9% ha estado en prisión. Son personas que mantienen sus lazos familiares, y en cuanto a las diferencias de género –en consumidores de cocaína–, no se encuentran diferencias significativas entre las edades de inicio. Existen matices, claro está... Por ejemplo, las mujeres consumen antes alucinógenos y cannabis, mientras que los hombres, por su parte, consumen antes todas las demás drogas, y también desarrollan más problemas médicos crónicos. Encontramos que hay más mujeres infectadas por VIH: un 8,8% de mujeres frente a un 3,4% de hombres (Abaitua, Rodríguez y Salas, 2005). Como cabe esperar, los hombres cometen más delitos, por ejemplo a la hora de conducir, en donde triplican a las mujeres: un 30,6% de hombres frente al 10,4% de las mujeres.

Gráfico 5. Edad de inicio en el consumo de la heroína de mujeres y hombres



3.3. Epidemiología de la heroína

En relación a la heroína, hemos pasado, en estas décadas, de un patrón de consumo “vía inyectada” a consumirla “fumada”. La heroína, junto con otros opiáceos e inhalantes volátiles, registraron prevalancias de consumo inferiores al 1%, (EDADES 2009). En primer lugar, lo más destacable durante estos años ha sido la estabilización del consumo de heroína y en segundo lugar la heroína y los inhalantes siguen siendo sustancias escasamente consumidas. Hay que puntualizar que la encuesta de la OEDT (EDADES) comienza a realizarse en el

año 1995, y esto quiere decir, que no se disponen de datos anteriores a estas fechas, concretamente no tenemos registros demasiado fiables de los años en que se produjo la denominada epidemia de la heroína. En líneas generales, desde que disfrutamos de estos registros más rigurosos, podemos decir que la heroína ha disminuido, pasando la prevalencia de consumo, en los 12 últimos meses del 0,5% en 1995 al 0,1% en 2007 (OED, según el informe del año 2009).

Gráfico 6. Años de consumo de heroína

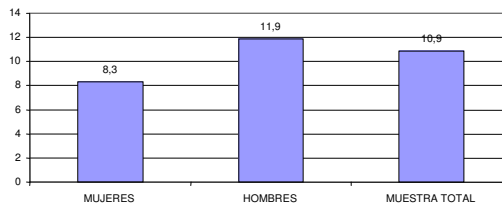
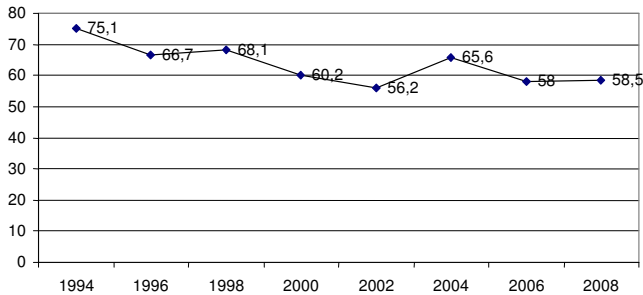


Gráfico 7. Prevalencia del consumo en los últimos 30 días (ESTUDES)



Otro ejemplo que puede ilustrar, tomando como referencia los datos del informe EDADES de 2009, es el número de personas tratadas por primera vez a causa de la heroína; en el año 1992 fueron 20.017, en el año 1996 bajó el número a 16.647, ya entrados en el nuevo siglo, concretamente en el año 2001 los tratados por primera vez de heroína fueron 7.461, y continúa descendiendo hasta 3.836 nuevos ingresos por heroína en el año 2004.

Cierto es que sí se ha detectado un pequeño repunte en los años 2004 a 2006. Tomando como referencia el informe sobre los datos obtenidos del EuropASI en el año 2005, podemos aseverar que la mayoría de los consumidores de heroína, concretamente un 87%, son varones, y con una media de edad de 32 años; en su

mayoría son personas que están solteras y viven en una gran ciudad. La edad de inicio del consumo de heroína está en los 19,5 años. Suele ser un paciente poli-consumidor, ya que además de heroína consume alcohol (algunos usuarios en grandes dosis). La edad media de inicio de alcohol y cannabis es más baja y se sitúa entre los 14 y 15 años. Mientras el consumo de cocaína, benzodicepinas, barbitúricos, sedantes o hipnóticos comienzan más tarde, entre los 17 y 21 años.

El 79,9% de los encuestados tiene estudios completos básicos y tan sólo un 20,5% cursó algún año de estudios superiores. El patrón de empleo más habitual es el de trabajo a tiempo completo, y más de la mitad, un 56%, son personas que suelen pasar bastante tiempo desempleadas. Por lo general, estas personas, no tienen cargas familiares; al contrario, suelen depender de sus familias o amigos para subsistir. Una gran mayoría de los encuestados, un 82,3%, ha sido acusado en alguna ocasión de cometer delitos: contra la propiedad, posesión o tráfico de drogas y delitos violentos; un 35,4% de usuarios ha estado alguna vez en prisión, y un 38,4% está pendiente de cargos, juicios o sentencias en el momento actual. Más de la mitad están infectados de hepatitis y un 11% de VIH. Son pacientes con una mayor dependencia de la sustancia que las mujeres, por lo cual necesitan más dinero.

La prostitución es el único motivo por el que las mujeres han tenido más problemas de tipo judicial que los hombres. La media de meses en prisión por algún delito es el doble en los hombres que en las mujeres (Abaitua, Rodríguez y Salas, 2005).

3.4. Epidemiología del alcohol

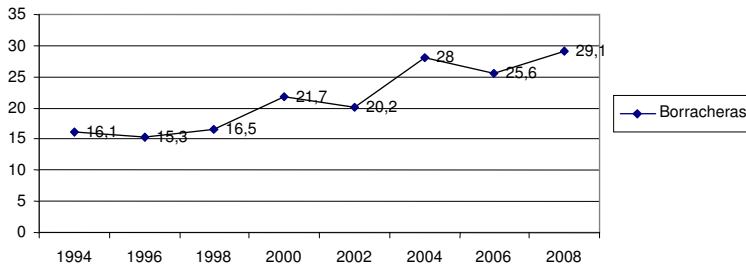
Uno de los primeros estudios epidemiológicos realizados en España sobre el alcohol fue de Viñes Ibarrola, en su trabajo *Alcoholismo stress-cáncer* (Pamplona, 1957) estimó una frecuencia de alcohólicos del 5% en la población general y Alonso Fernández encontró un 6,4% en la población general en Galicia (Santodomingo, 2009).

Más cercanos a la actualidad es la segunda sustancia psicoactiva más consumida, tras el tabaco encontramos al alcohol. Lo consumían todos los días el 14,9% de los encuestados en el año 2005, y el año 2007 consumen diariamente alcohol el 10,2% (EDADES, 2006).

En estos años ha disminuido la proporción de consumidores de bebidas alcohólicas, aunque ha aumentado la frecuencia de consumos intensivos o borracheras, según el Informe del Observatorio Español sobre Drogas del 2007. Es decir, en España hemos pasado de un patrón de consumo mediterráneo de alcohol, donde el vino o la cerveza se consume básicamente en las comidas, a un

patrón más anglosajón cuya característica es beber mayores cantidades de alcohol en poco tiempo, lo que se ha denominado *binge drinking*. “Aunque todavía son evidentes las diferencias entre países en cuanto a niveles y patrones de consumo, son inferiores a las de hace 40 años, existiendo en el conjunto de Europa muchas más similitudes en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas de lo que se suele suponer. En los años 90, se incrementó el consumo en atracones por parte de los adolescentes en la mayoría de países” (Anderson y Baumberg, 2006).

Gráfico 8. Porcentaje de borracheras en el último mes entre todos los estudiantes (ESTUDES)



El alcohol es una de las sustancias psicoactivas más consumidas y de la que más se abusa. Como sabemos, la epidemiología se puede estimar de muchas formas. Podemos calcular el número de bajas laborales provocadas por el alcohol, o el número de accidentes de tráfico donde el conductor había ingerido alcohol. También se realizan periódicamente estudios comparativos entre países. Así, dentro de los países europeos, los países nórdicos y centrales beben sobre todo cerveza, mientras que en el sur de Europa se bebe sobre todo vino (aunque España pueda ser una excepción). Dentro de la Unión Europea hay una tendencia a la armonización en los últimos 40 años. En cuanto a las personas que han desarrollado problemas con el alcohol, podemos estimar que 23 millones de europeos (5% de los hombres y 1% de las mujeres) sufren una dependencia alcohólica en cualquier año aisladamente considerado (Anderson y Baumberg, 2006).

Otro dato a destacar de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), encuesta realizada en España desde 1994, es que la prevalencia del consumo de sustancias en estos últimos 30 días en el año 2008 ha sido del 58,5%, es decir menor que en años anteriores; aunque por otro lado el número de borracheras ha aumentado. Por último cabe

destacar que “casi todos los estudiantes de 15 a 16 años (90%), han bebido alcohol alguna vez en la vida. La edad media de inicio se sitúa en los 12,5 años y la primera embriaguez en los 14 años” (Anderson y Baumberg, 2006).

3.5. Epidemiología de la patología dual

Entre las personas que consumen drogas, la prevalencia de diagnóstico dual más elevada, correspondería a aquellos individuos que demandan tratamiento con metadona o están ya adscritos a estos programas de mantenimiento con metadona. Estos pacientes tienen tasas que varían del 45% al 80% a lo largo de la vida. [...] En cuanto a las tasas de comorbilidad actual para la esquizofrenia, en estudios americanos, oscilan entre un 15% y un 60% (Ortiz y Cobo, 1998).

En una publicación que recoge diferentes estudios internacionales sobre psicopatología en personas drogodependientes, Fridell (1991, 1996) esbozó un cuadro clínico de comorbilidad en el ámbito de la drogodependencia [...]. Según este autor, se pueden distinguir tres grupos principales de trastornos: en primer lugar están los trastornos de personalidad (del 65% al 85%), en segundo lugar encontramos estados de depresión y ansiedad (del 30% al 50%) y, por último, cuadros de psicosis (15%). Otro autor, Verheul (2001), en su sinopsis sobre seis estudios de drogodependientes en tratamiento, puso de manifiesto que la prevalencia de trastornos de personalidad antisociales estaba en un 23%, en cuanto al trastorno límite en un 18% y de tipo paranoide en un 10% (OEDT, 2004).

En relación con las personas que padecen un problema de drogodependencia y los trastornos de la personalidad que puedan sufrir, se ha llegado a estimar que la relación entre ambos trastornos está situado entre el 70% y el 90% (Martínez, 1999).

Regier, Farmer y col. (1990), desde el *Epidemiological Catchment Area* (ECA), realizaron un estudio con una amplia muestra de 20.291 personas. La encuesta se aplicó tanto a población general, como a pacientes que estaban en diferentes centros de tratamiento. El estudio se realizó en cinco ciudades diferentes, y finalmente se puso de manifiesto que la tasa de comorbilidad del trastorno mental, asociado al consumo de drogas, era del 28,9%, es decir, se concluyó que las personas diagnosticadas de drogodependencia poseen una probabilidad 2,7 veces mayor de padecer un trastorno mental. En cuanto al alcohol, la comorbilidad llegó al 36,6%. Y por último, la tasa de comorbilidad de trastorno por abuso de sustancias asociado al trastorno mental fue del 53,1%. Kushner (1990), sostiene que la tasa estimada de problemas con el alcohol en pacientes ansiosos va de un 16% a un 25%.

Uno de los estudios más amplios fue realizado en Suecia. Se entrevistó a 45.570 hombres, y el seguimiento duró nada menos que quince años. Una de las conclusiones más destacables fue que existe una relación entre consumir cannabis y ser diagnosticado años después de esquizofrenia (Andréasson, Allebeck, Engstromm y Rydberg, 1987). En general, aproximadamente de dos tercios a tres cuartas partes de toxicómanos tienen un trastorno de personalidad subyacente (Seivewright y Daly, 1997).

Otros estudios ponen de manifiesto el aumento de la comorbilidad entre adolescentes, indigentes u otros colectivos. En el caso de España y según los datos ofrecidos anualmente por la Asociación Proyecto Hombre, el 45,1% de los usuarios que acudió a tratamiento por su adicción a la cocaína había recibido en alguna ocasión tratamiento ambulatorio por problemas psicológicos o emocionales. El 46,2% experimentó depresión severa y el 59,5%, ansiedad. Sobre el estado psiquiátrico de las mujeres que abusan de cocaína, podemos decir que también padecen más problemas psicológicos que los hombres y es más común (con unas diferencias altamente significativas) que tomen medicación prescrita para estos problemas. El 64% de mujeres toma medicación, frente al 18,8% de hombres. En relación al perfil psicosocial del heroinómano, aumentan las enfermedades psiquiátricas asociadas a las drogodependencias. El 49% experimentó depresión severa, el 67,4% ansiedad. En estos dos últimos ítems, se ha experimentado un aumento con relación a los datos del año 2003. Finalmente, derivados de su estado psiquiátrico, el 39% realizó intentos suicidas en alguna ocasión. En cuanto a las diferencias entre hombres y mujeres consumidores de heroína, el porcentaje de mujeres que alguna vez ha recibido tratamiento por problemas psicológicos o emocionales es más del doble que el de los hombres. Un 59,1% de ellas ha intentado suicidarse, frente a sólo un 31,9% de los hombres (Abaitua, Rodríguez y Salas, 2005).

4. RECURSOS Y ASISTENCIA A LOS DROGODEPENDIENTES

Con relación a los diferentes programas de tratamiento para personas drogodependientes hemos asistido a importantes cambios respecto a lo que se realizaba hace 20 años. En cualquier caso urge declarar que los programas de tratamiento siempre han intentado adaptarse a las nuevas demandas y a los nuevos retos.

En buena lógica, podemos decir que, a medida que se han diversificado los patrones de consumo de drogas, los programas se han ido acomodando a las nuevas realidades, adaptándose a los diferentes perfiles.

En líneas generales se ha pasado de tener programas diseñados con el objetivo de obtener la abstinencia, y en los que el usuario debía abandonar cualquier adicción a cualquier sustancia (los llamados programas libres de drogas) a una diversificación de la oferta asistencial, hoy por hoy encontramos mayor flexibilidad; los planes terapéuticos son más individualizados, y se han incorporado nuevos programas suficientemente avalados como los de reducción del daño, conjunto de medidas socio-sanitarias, individuales o colectivas que pretenden disminuir los efectos negativos (físicos, psíquicos y sociales) asociados al consumo de drogas y a mejorar la calidad de vida (O Hare y col., 1995). Esta forma de trabajar se originó en Inglaterra en los años 80, y supuso un cambio drástico a la hora de entender los tratamientos para las personas drogodependientes. Por ejemplo los primeros tratamientos con metadona fueron desarrollados por Dole y Nyswander en 1964. El uso de la metadona en el Reino Unido puede ser una de las razones por la cual allí “no se ha llegado a materializar una epidemia grave de VIH entre usuarios por vía parenteral similar a la experimentada en Estados Unidos y algunos países europeos” (Robson, 2003). Estos programas se plantearon como respuesta para contraponer la gran expansión que

tuvo la heroína, droga que llevó consigo una fuerte agitación social, y la metadona fue una corrección a determinados problemas sanitarios que se empezaban a vislumbrar como, por ejemplo, la hepatitis y VIH. “La propagación de VIH era un peligro mayor para la salud individual y pública que el abuso de drogas” (*Advisory Council on Misuse of Drugs*, 1988).

Agreguemos el hecho de que los nuevos programas se han ido estableciendo de un modo acorde y han sido adecuadamente trenzados con los anteriores como nuevas posibilidades dentro de la oferta sanitaria. Concretamente los programas de reducción del daño se diseñaron con el objetivo de acercar los centros a los usuarios tras verificar que un amplio colectivo de drogodependientes no llegaba a dichos centros, ni siquiera se conseguía contactar con esa población, en ocasiones llamada “población oculta”. Como cabe suponer no existe el programa que abarque todas las problemáticas de todos los drogodependientes al mismo tiempo, es lícito sostener, pues, que cada programa responde verdaderamente a las necesidades de un determinado grupo de personas con problemas de drogas.

La reducción de daños se nos presenta como una apuesta flexible para la población drogodependiente desde su nacimiento, en este sentido, se ha de aducir que han ayudado a mitigar, reducir y prevenir muchas patologías físicas y psicológicas.

Por ejemplo los *Programas de Intercambios de Jeringuillas* (el consumo intravenoso estéril), *Programas Móviles* (realización de cuidados básicos de enfermería), y la *Educación para un Sexo Seguro* siguen gozando de una gran importancia. Pero sobre todos los programas destacamos la metadona. Si un medicamento ha tenido éxito con los usuarios crónicos de heroína, éste ha sido la metadona. Un 30% de los pacientes atendidos con esta sustancia empieza a realizar tratamientos terapéuticos y a salir de su cronicidad, y entre un 90% y 95% de las personas que están siendo tratadas con metadona está insertado laboralmente en la actualidad (Proyecto Hombre Burgos, Memoria Anual, 2006).

Durante estos años el mayor aumento de programas se ha dado en los dispensadores de metadona, que han pasado de ser 113 centros y tratar a 9.470 pacientes en 1992 a 1.723 centros donde tratar a 78.806 pacientes en el año 2000 (Plan Nacional sobre Drogas, 2000).

Además de la metadona, existen otros medicamentos menos conocidos, tal es el caso del LAAM o Buprenorfina. “La Buprenorfina es un agonista parcial del receptor μ y antagonista del receptor κ . Se utiliza médicamente como analgésico” (Hammersley y Lavelle, 1990).

En la actualidad muchos clínicos se inclinan por administrar la Buprenorfina en lugar de la metadona. Otros métodos, como “los agonistas α^2 clonidina y lofexidina, pueden utilizarse también para aliviar el malestar asociado con la hiperactividad noradrenérgica central responsable de muchos de los síntomas de la abstinencia de opiáceos” (Winstock y Strang, 2002).

Estos últimos años hemos comenzado a oír hablar de los programas de reducción de daños y mantenimiento con heroína, como es el caso del denominado “uso compasivo de la heroína”. Hoy por hoy se están desarrollando investigaciones y programas experimentales sobre el uso de la heroína con pacientes graves.

A modo de recomendaciones, el Plan Nacional sobre Drogas marca los siguientes objetivos en el ámbito de la asistencia e inserción social:

1. Definir el circuito terapéutico del Sistema Asistencial y de integración social del drogodependiente. Se pretende que todos los Planes Autonómicos ofrezcan una red de recursos diversificados, que garanticen un abordaje integral de las drogodependencias. Dichas redes deberán contar con programas libres de drogas, programas de reducción de daños, concretamente de tratamiento con agonistas (metadona, LAAM, etc.) y programas específicos de atención a poblaciones especiales (reclusos, menores, minorías étnicas, mujeres, pacientes con patología dual, etc.).

2. Impulsar los programas de detección precoz e intervención temprana dirigidos a menores con problemas de consumo de drogas y a los hijos de adictos.

3. Ofrecer un servicio adecuado a las personas detenidas con problemas relacionados con las drogas mediante programas de atención a drogodependientes en Comisarías y Juzgados.

4. Extender los módulos terapéuticos a los centros penitenciarios polivalentes y potenciar experiencias como las comunidades terapéuticas penitenciarias.

5. Promover por parte de los Ayuntamientos programas para la integración social del drogodependiente (programas de formación ocupacional y empleo).

Hoy día, la cuestión no es tanto crear nuevos recursos asistenciales sino colaborar unos con otros y promover actuaciones comunes. Todos estamos de acuerdo en trabajar en red, aunque en ocasiones seguimos desconociendo la complejidad del sistema, y posiblemente este siga siendo uno de los desafíos de los próximos años: llegar a entenderse y trabajar conjuntamente de forma coherente. La experiencia nos dice que debemos ser flexibles, pero también sumamente claros e intentar promover protocolos de actuación comunes. Trabajar

en red tiene innumerables ventajas, entre ellas la de optimizar la labor o mejorar el servicio hacia nuestros pacientes, que por lo general precisan del apoyo de uno o varios programas al mismo tiempo.

Podemos dividir los recursos para las personas que padecen de adicción de diferentes formas. Son diferentes contextos donde las personas con problemas de adicción pueden ser atendidas en respuesta a la gravedad de su adicción, es decir, existen tratamientos para tratar desde cuestiones de poca gravedad como “primeros consumos” hasta el ingreso residencial para personas con más deterioro.

En el presente trabajo utilizaremos una exposición en cuatro niveles que nos sirve de orientación y resultaría útil para la exposición.

4.1. Recursos de primer nivel

En cuanto a los programas asistenciales, los recursos de primer nivel son programas fácilmente accesibles a la población, son dispositivos de orientación, información, captación, motivación, diagnóstico, y derivación a otros recursos más especializados en el tratamiento para drogodependientes. Una gestión, en suma, que tiene como fin ajustarse a lo que necesita el paciente.

Según Fernando Martín (1997) “los recursos que forman parte de este nivel pertenecen a dos categorías bien diferenciadas: recursos generales de primer nivel de Atención Primaria de Salud y de Servicios Sociales y recursos específicos con programas diversos de baja exigencia. Entre estos últimos cabe señalar los siguientes: servicios de información y orientación, (incluidos los de información telefónica), servicios de intervención y asesoramiento en Juzgados y programas diversos de reducción de los riesgos y de los daños, basados muchos de ellos en estrategias de acercamiento a la población drogodependiente”.

Debemos admitir que muchas de las primeras demandas llegan a los Equipos de Atención Primaria (EAP), los llamados médicos de cabecera. El médico de atención primaria, para determinar la derivación a uno u a otro servicio, se atiene a la evaluación y a su propio juicio, pero también a otra índole de cuestiones como, por ejemplo, la motivación del paciente y a si éste se ha visto sometido a tratamientos anteriores. La elección de realizar un programa u otro dependerá a la postre de la evaluación del clínico pero también de la demanda y de la motivación del paciente.

No será lo mismo tratar a una persona con un largo historial de tratamientos, a quien atribuimos una dilatada experiencia, que a otra que llega por primera vez; así, los objetivos podrán variar sustancialmente en ambos casos. Sabemos que casi un 40% de los pacientes que ingresan han realizado ya otros programas (OED, 2005).

El paciente con un problema de adicción tendrá que valorar cuestiones como el tiempo de duración del tratamiento, cuestiones médicas o de patología asociada, y no es impensable que tenga también que valorar las cuestiones económicas. “La desestructuración que se produce en el entorno familiar se acompaña de gran crispación, cuando no de malos tratos, y la alta evitación del daño, lleva a los pacientes a un círculo sin salida en el que se mantienen falseando su realidad, lo que hace que la demanda de tratamiento sea realizada muchas veces por terceras personas” (Agut y Sanz, 2004).

4.2. Recursos de segundo nivel

La organización de los recursos asistenciales para drogodependientes es competencia actualmente asumida desde hace años por cada Comunidad Autónoma. Esto implica que sea realmente difícil explicar los diferentes tipos de Centros y matices de los diferentes planes Autonómicos que se dan dentro de un mismo país.

Por ejemplo los Centros específicos de Atención ambulatoria al Drogodependiente, los llamados CADS en Castilla y León, son los recursos de referencia a nivel regional para el tratamiento de las personas con problemas de drogodependencia. En la Comunidad Valenciana encontramos otro tipo de centros similares, las Unidades de Conductas Adictivas (UCA), Centros que tienen como funciones la desintoxicación y deshabituación de los trastornos adictivos. Estos centros también desarrollan diversas actividades asistenciales para los enfermos y, en caso de que fuera necesario, gestionan una derivación a otros centros, a pisos tutelados o a otras ONGs. En el caso de los CADs, son los dispositivos de referencia ambulatorios para el tratamiento del abuso y dependencia de las drogas ilegales (Guía JCyL, 2005). Estos dispositivos tienen como misión principal realizar una evaluación diagnóstica bio-psico-social del paciente, diseñan el plan individual y pueden realizar tanto la desintoxicación como la deshabituación y, se debe añadir aquí otras funciones como son la coordinación con otros recursos de la red y, también será en estos mismos dispositivos donde se pueda trabajar la educación sanitaria, la inserción social y otras actividades preventivas.

Por otra parte, muchas asociaciones ofrecen servicios ambulatorios que consisten más o menos en lo mismo, apoyar en la inserción sociolaboral, terapia, apoyo familiar, tiempo libre, etcétera. Existen, no obstante, muchos estilos y formas de diseñar un centro de atención ambulatoria, y sobrepasa los límites de este trabajo hablar de los numerosos matices que comportan.

Para mayor abundamiento en el segundo nivel consideramos programas de segundo nivel los *Programas de deshabituación del tabaco* y las *unidades para el tratamiento del alcoholismo* (UTAS). Estos últimos, como su nombre indica, son los dispositivos de referencia ambulatorio para el tratamiento del abuso y dependencia alcohólica. Asimismo encontramos en el segundo nivel los *Centros de Día* (CD) para drogodependientes; son recursos que prestan un tratamiento intensivo, altamente estructurado y de elevada exigencia a drogodependientes en régimen intermedio (Guía JCyL, 2005). Son centros donde el paciente dedica una parte del día a realizar tratamiento de desintoxicación, rehabilitación o reinserción. Se imparte terapia psicológica y se da bastante importancia a la inserción sociolaboral. Se suelen desarrollar diversos talleres ocupacionales y, de forma sistemática, ofrecen cursos formativos como por ejemplo habilidades sociales y de educación sanitaria con objeto de reducir daños. Que sea de régimen intermedio quiere decir, entre otras cosas, que los usuarios van a dormir a su casa. Debemos añadir que son centros destinados a que el paciente pase tiempo suficiente en ellos para así, por un lado, poder ofrecer mayor contención, y por otro, el paciente se puede “ver” fuera de la terapia, elemento que aporta información adicional al clínico y por añadidura permite al paciente experimentar en la calle lo que está aprendiendo en el centro. Son centros donde se fomenta la participación e interacción entre los usuarios. Podemos decir, en suma, que es un recurso intermedio entre el tratamiento ambulatorio y el de un régimen de internado residencial como pueda ser la Comunidad Terapéutica.

“El perfil de los usuarios en los centros de día es de 34 años de media, varones en un 81% de los casos. Se observa un descenso de la heroína como droga principal. La combinación de heroína y cocaína mantiene su crecimiento. La vía inyectada pierde peso frente a la inhalada o fumada, que es la vía utilizada por el 49% de los pacientes atendidos” (Memoria JCyL, 2005).

También consideramos de segundo nivel los *Centros de Encuentro y Acogida* (CEA); éstos son estructuras destinadas a una estancia corta que en ocasiones se utilizará como paso previo a la entrada en una comunidad, con el fin de que los pacientes realicen la desintoxicación. También tienen como destino ofrecer distintos apoyos en la recuperación durante un tiempo determinado, lugares de estancia corta bajo supervisión de un equipo especializado que pueden tener diferentes funciones según estén organizados.

Insisto al recordar que estamos realizando una diferenciación teórica “en cuatro niveles”, sin aspirar por ello a ser excesivamente exhaustivos; tan sólo pretendemos brindar una orientación.

Encajamos en el segundo nivel los *Equipos de Salud Mental* (ESM). Los Equipos de Salud Mental se dividen en distritos, dependiendo de la población, su función es realizar una exploración íntegra del paciente y efectuar el tratamiento. Estos equipos pueden realizar derivaciones a otros lugares, si el caso lo precisa. En el *Hospital de Día* se realiza terapia, actividades y talleres. Es un lugar donde se puede hacer un seguimiento más próximo y verificar, por ejemplo que los pacientes toman su medicación.

Tabla 19. Circuito terapéutico

Primer nivel

Equipos de Atención Primaria de Salud
Centro de Acción Social (CEAS)
Servicios de Información y Orientación.
Servicios Sociales de Base
Servicios de Intervención y Asesoramiento en Juzgados
Programas de Reducción de los Riesgos y de los Daños

Segundo nivel

Hospitales Generales y Unidades de Hospitalización Psiquiátrica
Programas de Deshabitación del Tabaco
Unidades para el Tratamiento del Alcoholismo (UTAS)
Centro de Atención al Drogodependiente (CAD)
Centros Prescriptores y Dispensadores de Opiáceos
Centros de Día
Centros Específicos de Tratamiento Ambulatorio
Equipos de Salud Mental (ESM)
Programas Específicos de Atención en Centros Penitenciarios

Tercer nivel

Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH)
Unidades de Patología Dual (UPD)
Comunidades Terapéuticas (CT)
Comunidades Rehabilitación Alcohólicos (CRA)

Cuarto nivel

Centro de Actividades u Ocupacionales para la Integración Social
Pisos de Reinserción y otros Recursos de Apoyo Residencial
Cooperativas, Talleres y otros Recursos para la Integración Laboral

Modificado en 2010 por Fernando Pérez del original Fernando Martínez González (1997)

Por último, no sería acertado terminar este apartado sin antes hablar de los programas asistenciales en Centros Penitenciarios en general considerados de segundo nivel. Para valorar la importancia de los programas en las cárceles, empezaremos esbozando una serie de datos de principal relevancia. Según la Administración, el 54% de las personas ingresadas en prisión son drogodependientes. Dirección General de Instituciones Penitenciarias, (1995).

En un principio, veinte años después seguimos con cifras semejantes, “se estimó que el 77% de los que ingresaban en prisión un mes antes habían consumido drogas, incluido alcohol. Entre 24% y un 40% de los que entraban en prisión un mes antes habían consumido heroína y cocaína” (Encuesta Estatal ESDIP, 2006). “En Europa, entre un 10% y un 36% serían consumidores regulares dentro de las cárceles” (OEDT, 2004). “En las 77 cárceles que hay en España hay menos plazas que población reclusa, lo que supone un excedente que provoca sobreocupación, deteriora el clima interno y limita gravemente las posibilidades de reinserción” (Pérez, Lozano y Arenas, 2006).

Sentado lo anterior, existen y siempre han existido dos tendencias de actuación con relación a qué hacer y cómo conducirse con las personas reclusas en Centros Penitenciarios. Por un lado está la posibilidad de endurecer las penas y, por el otro, plantear alternativas, ya que las evidencias muestran que la prisión aumenta los riesgos sanitarios. Según el Informe Anual de 2005 OEDT, “la cárcel es un ambiente especialmente perjudicial para los consumidores de drogas problemáticos”; y se sigue observando que la cárcel tiende a castigar a quien tiene menos recursos económicos. Son personas con menos estudios y de formación menor, en gran medida extranjeros, un 11,2% son seropositivos (OEDT, 2004).

España, de alguna manera, ha sido pionera en Europa a la hora de tomar iniciativas para llegar a esta población; sin este tipo de medidas y en este contexto sería difícil tener acceso a ellos. Sin quedarse únicamente en la queja, se pusieron en marcha acciones que han mejorado la calidad de vida de los usuarios en las cárceles. Se han implantado numerosos programas de reducción de daños: programas de mantenimiento de metadona, intercambio de jeringuillas, se ha ofrecido apoyo jurídico a personas drogodependientes, etc.

Por otra parte, se han potenciado programas destinados a mujeres, mujeres que representan un 7,80% de la población penitenciaria, siendo un 25% de esas mujeres de etnia gitana (Estadística General de población penitenciaria, Informe 2005). Se han impulsado asimismo módulos terapéuticos, “comunidades terapéuticas” dentro de las cárceles. En el caso de las comunidades terapéuticas intrapenitenciarias, hablaríamos de un recurso de tercer nivel. Aunque la mayoría de las cárceles no tiene espacios físicos suficientes para su creación. En las cárceles, son los GAD, grupos de atención a drogodependientes, quienes coordinan las acciones e intervenciones en la prisión y velan por favorecer la rehabilitación de los drogodependientes a todos los niveles.

La cárcel está diseñada casi en exclusiva con un método conductista donde no se favorece la escucha en ninguna de sus formas. Un método éste del que muchos autores sostienen que fomenta la perpetua infantilización de los usuarios;

un espacio que promueve la pérdida de autonomía, y donde la única referencia es la propia prisión, por lo cual habrá que adaptarse a ella para poder progresar. De esta manera es fácil encontrar alienación y una separación y alejamiento de la sociedad que serán mayores a medida que pase el tiempo. Se trata, en suma, de un espacio de estancia con mucho tiempo fragmentado.

Por otro lado, los programas que se pueden desarrollar en la cárcel son de tres tipos. Los primeros, orientados a la salud, a la prevención y la educación, son los denominados Mediación en Salud en Prisión. Son programas en los que se forma en prevención de drogodependencia y enfermedades de transmisión sexual a mediadores y funcionarios con la intención de que, ya sean éstos o en ocasiones los mismos reclusos, los que puedan llegar a realizar la función de mediadores y, así, a su vez, promuevan la formación con los internos; es lo que se llama “efecto de bola de nieve”.

Para finalizar, el segundo tipo de programas ambulatorios, bien conocidos, son programas varios dedicados a la motivación, al tratamiento, al uso del tiempo y, sobre todo, los programas para preparar la vida en la calle.

4.3. Recursos de tercer nivel

Para empezar, son recursos con un nivel de especialización alto; son por lo tanto lugares donde el paciente es tratado residencialmente. Este tipo de recursos está diseñado para las personas que padecen un fuerte deterioro y tienen menos contención en su conducta, esto es, que el consumo las ha desestabilizado profundamente, generando problemas médicos, judiciales, etc. Se trata de personas que en muchos casos han perdido apoyos familiares y sociales, y por añadidura manifiestan estar muy poco motivadas. En estas condiciones se comprenderá fácilmente que sean personas que necesiten contención a todos los niveles. Por estas razones y algunas otras, que a buen seguro nos hemos dejado en el tintero, los programas ambulatorios de “segundo nivel” no suelen ser suficientes.

Los recursos de tercer nivel son espacios donde el paciente puede comenzar a restablecerse físicamente y a la par realizar trabajos terapéuticos-educativos. Estos programas son denominados integrales; esto quiere decir que en ellos se suelen trabajar casi todos los aspectos bio-psico-sociales. Se concede importancia a la familia, a la salud, a la inserción laboral, al tiempo libre, etcétera.

Son programas cuya duración varía en función de sus objetivos. En general suelen ser programas bien definidos, con un marco muy claro y aplican un plan a cada persona de forma individualizada.

Las personas que llegan a ingresar en estructuras de tercer nivel han sido derivadas por los dispositivos de segundo nivel.

Como recursos de tercer nivel destacamos, en principio, las *Unidades de Patología Dual* (UPD), son centros especializados destinados a tratar a personas que padecen varios o más diagnósticos. Uno de los diagnósticos es por dependencia a una sustancia y el otro por alguna enfermedad mental como esquizofrenia, trastorno bipolar o trastornos de personalidad. Los criterios de admisión varían dependiendo de cada centro.

También forman parte de este nivel las *Unidades de Hospitalización Psiquiátrica* (UHP), de las que no hablaremos en detalle en este trabajo, ya que la especialización se circunscribe más a las enfermedades mentales.

Las *Unidades de Desintoxicación Hospitalaria* (UDH) son recursos de ámbito regional cuya demarcación territorial es la Comunidad Autónoma. El acceso a estas unidades será siempre por derivación de un equipo terapéutico acreditado.

En estas unidades se realizan tratamientos de desintoxicación en régimen de internamiento, y son dispositivos que suelen estar insertados en un centro hospitalario.

En la *Unidad de Desintoxicación Hospitalaria* (UDH), el ingresado suele permanecer como máximo 40 días, y el mínimo de permanencia suele ser de 48 horas. De todos modos, la media de estancia oscila entre 10 y 20 días. “El perfil de los pacientes atendidos es el de un hombre de 39 años de media, con una antigüedad de consumo de 17 años. La droga principal sigue siendo la heroína y el uso combinado de heroína y cocaína, sustituyéndose la vía inyectada por la inhalada o pulmonar” (Memoria del Plan Regional sobre Drogas JCyL, 2005).

El ingreso de personas que requieren este tipo de servicios intensivos se suele aconsejar por varias razones; una de las más evidentes es que son personas que padecen un fuerte síndrome de abstinencia, pero también porque son usuarios que pueden desarrollar diferentes complicaciones médicas y precisan de una supervisión médica de forma continuada. Además de la desintoxicación pueden estar siendo tratadas por otra enfermedad; y aún otra razón más es que sean personas con conductas que pueden poner en peligro a ellos mismos o a los demás.

Otro tipo de centros residenciales de tratamiento intensivo y de más larga duración son los *Centros Residenciales para la Rehabilitación de Alcohólicos* (CRA). Como su nombre indica son centros residenciales especializados en la rehabilitación de alcohólicos. Podemos decir que son comunidades, aunque sólo para personas que tienen problemas con el alcohol. Así, estos centros, en un régimen de internamiento, tienen como función la desintoxicación, deshabitación y rehabilitación de las personas con problemas de alcohol.

Al llegar a este punto, quizás debo decir que los centros más “representativos” del tercer nivel son las *Comunidades Terapéuticas* (CT), también denominadas *Unidades de Deshabitación Residencial* (UDR). Desde que en España se creara la primera comunidad terapéutica en 1979 se ha ido incrementando su número año tras año hasta alcanzar la cifra de 119 comunidades en el año 2005, asistiendo a 5.935 personas (Comas, 2005).

La comunidad es un espacio de internamiento singular que tiene como función la desintoxicación (en los casos que fuera necesario) y deshabitación de las personas que han desarrollado problemas de dependencia, todo esto en un espacio de trabajo educativo terapéutico que se ha denominado de alta intensidad emocional.

La comunidad supone una separación temporal del paciente con su medio, y en el pasado suponía incluso una separación de su familia “en algunos tipos de comunidades”, aunque en la actualidad ya no hay separación alguna con la familia a no ser que así lo quiera el usuario. En cualquiera de los casos supone un parón temporal, un corte durante un espacio de tiempo, y de alguna manera una ruptura necesaria con lo que estaba padeciendo la persona.

Según (Rapaport, 1960), una comunidad es un lugar organizado en el que se espera que todos contribuyan al logro de las metas compartidas de crear una organización social con propiedades curativas. Pero incluso hasta hoy, según algunos autores, “la Comunidad Terapéutica es un tratamiento que todavía no está definido y encontramos una amplia diversidad de comunidades terapéuticas” (De Leon, 2004).

Respecto a España, las comunidades terapéuticas dieron buena respuesta a parte de los problemas tanto individuales como sociales originados por el fenómeno de las drogodependencias; concretamente en el periodo de la epidemia de la heroína, y hoy en día trabaja con personas alcohólicas, cocainómanas y politoxicómanas fundamentalmente.

Como ya comentábamos, el objetivo que todas las comunidades tienen es la rehabilitación de las personas con un problema de adicción, por lo general a través de una metodología ecléctica con un trasfondo humanista, a través del crecimiento personal, trabajando en paralelo los aspectos individuales y los grupales. Según el filósofo y sociólogo alemán Habermas, “un sistema cerrado pero operativamente abierto” (Comas, 2006).

La comunidad, pues, es un lugar idóneo para trabajar los aspectos grupales, ya que se observa al paciente en su día a día, se le ve relacionándose con los demás. Es un tratamiento a largo plazo, de elevada eficacia, intensivo, especializado en drogas ilegales y alcohol, un espacio libre de drogas donde se realiza

un seguimiento de los tratamientos psiquiátricos; un lugar que ofrece contención tanto por la estructura física como por los propios compañeros. Un espacio con una formación humanista. “La comunidad es un lugar de continua interacción con los demás. No sólo dispone el participante de un contacto cálido y acogedor, sino que todo el mundo está a su disposición en caso de necesidad. Cada individuo procede, con la ayuda de los demás, a su propia autoevaluación” (Duran-Dassier, 1994).

Como señalábamos, el proceso de deshabitación es lento, por lo que el paciente tendrá que enfrentarse a muchas cosas: sentimientos displacenteros, miedos, pensamientos, amigos que le ridiculizarán por su decisión de abandonar ese mundo.

La tarea del terapeuta, entonces, es acompañar al paciente en su proceso de deshabitación, una tarea que tiene facilidades si se está en la comunidad, ya que es un espacio donde fácilmente se abren muchas perspectivas y dinámicas facilitadoras del cambio; y a todo ello hay que añadir la autoayuda que en resumidas cuentas es el compromiso de ayudarse a sí mismo y a los demás. Es, en definitiva, una dinámica de la participación activa.

4.4. Recursos de cuarto nivel

Para finalizar, abordaremos la Reinserción Social o Rehabilitación. Algo que con mucha frecuencia ocurría cuando un paciente salía de un tratamiento en una comunidad, es que de repente se encontraba nuevamente en la calle y en el mismo entorno que había dejado antes de ingresar en la comunidad. La familia, por otro lado, solía desconocer el proceso que había realizado el usuario, lo cual dificultaba el entendimiento y la comunicación. Así que pronto se creó la reinserción que trata de amortiguar la salida del usuario de la CT.

En la mayoría de los casos suele ser en forma de pisos tutelados. Estos programas son un lugar intermedio entre la comunidad y la inserción social completa. Como es de recibo, existe gran variabilidad de centros y maneras de plantear una reinserción, pero en general la intensidad del trabajo terapéutico es menor. Se lo acompaña en su integración sociolaboral, en el reajuste con su familia y con su entorno afectivo, y se va realizando un seguimiento de cómo se va encontrando con el entorno; con los nuevos amigos que él desea tener, o retomar antiguas amistades o compañeros de trabajo. Se hace un seguimiento de cómo va ganando en autonomía.

Algunas asociaciones, a la hora de diseñar la reinserción, recomiendan una restitución de los daños causados, y otros centros, por su parte, dejan abierto

el camino a las propias decisiones del paciente. Lo que todas tienen en común es que estas estructuras suponen el final del proceso de deshabituación.

En el cuarto nivel se incluyen los programas o talleres de inserción socio-laboral. Según Martín (1997) podemos encajar en este nivel centros de actividades y ocupacionales para la integración social. Su función básica es el apoyo al tratamiento ambulatorio y al proceso de incorporación social del drogodependiente. Realizan actividades diversas de carácter formativo, cultural, ocupacional, recreativo y social.

También podemos encontrar, cooperativas, talleres y otros recursos para la integración laboral. Su cometido es apoyar el proceso de incorporación social y laboral del drogodependiente mediante la oferta de oportunidades de formación e integración laboral.

5. LA EVALUACIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS

5.1. Introducción

La evaluación hereda el paradigma positivista del siglo XIX, que recoge a su vez el triunfo del método experimental en las Ciencias Naturales en el siglo XVIII. Este método pretende, a través de la experiencia controlada en laboratorio y el análisis de hechos observables empíricamente, encontrar leyes que ligen y rijan los fenómenos (Silva, 1994). Según Labrador (1998), en tanto situada en un contexto concreto, ninguna evaluación tiene asegurada de antemano su validez, por más que utilicemos instrumentos objetivos fiables y válidos, debe recordarse que lo son en un determinado contexto que no reproduce nunca exactamente las condiciones en que nos toca trabajar.

En otro orden de cosas, hemos de señalar que, cuando hablamos de evaluación nos referimos tanto a la evaluación de pacientes como a la evaluación de los programas. Así, dividiremos la evaluación en dos partes; en la primera nos referiremos a la evaluación de los usuarios y en la segunda, abordaremos brevemente la evaluación de los programas para drogodependientes.

5.2. La evaluación de los pacientes

Para la evaluación se nos hacen imprescindibles pruebas psicodiagnósticas que aporten objetividad y valor añadido al juicio del clínico. Las pruebas psicodiagnósticas ayudan a la realización de un análisis descriptivo y explicativo de las personas, y podemos aseverar que es un proceso bajo el marco del método científico en cuanto al diseño y su posterior validación.

Si en algo han cambiado las intervenciones terapéuticas en estos últimos 20 años, es que ahora los clínicos ya no se basan tanto en sus interpretaciones y

en la batuta de sus famosas intuiciones. Hoy los procesos están basados en guías que han sido diseñadas teniendo en cuenta las evidencias científicas, en cuanto a evidencias nos referimos desde estudios estadísticos experimentales como al consenso de grupos de expertos. En las primeras Comunidades Terapéuticas primaba la intuición y el modelado. En no pocas ocasiones, nos hemos encontrado con las siguientes sentencias de personas que se formaron como terapéutas en una Comunidad Terapéutica: *“Esta manera de tratar funcionó para mí”*; o bien: *“Así es como era cuando pasé por ello”*; o también: *“Simplemente así se hacen las cosas”* (De Leon, 2004).

En relación con el tema de la evaluación existe mucha literatura sobre cuándo es el momento más adecuado y cómo hay que evaluar al nuevo paciente. Por ejemplo, con relación a las pruebas psicodiagnósticas, es requisito no padecer el síndrome de abstinencia ya que puede distorsionar las respuestas de los cuestionarios. Pero en lo que hay menos debate es en el hecho de realizar una evaluación, obtener datos y poder extraer una visión bio-psico-social adecuada del usuario; e igual de importante es, al emprender la evaluación, medir lo que realmente es necesario y no caer en el furor evaluativo ni en el exceso de burocracia. Encontramos que la burocracia es un arma de doble filo, y en demasiados casos pasa de ser algo necesario a ser un verdadero obstáculo que enlentece a las asociaciones y por añadidura al propio usuario. En estos casos se necesita de personal extra para responder a las constantes nuevas demandas evaluativas y obviamente, ese personal, siempre está en detrimento de la atención directa a los pacientes.

Continuando con la evaluación de los pacientes, destacamos que las entradas a los programas suelen estar diseñadas de muy diferentes formas. A nadie se le escapa la cuestión nada desdeñable de la necesidad de acoger adecuadamente a los usuarios, escucharlos, ofrecerles información aclaratoria del centro y responder a cuantas preguntas realicen. Es importante saber qué consideraciones han motivado a la persona a realizar un programa terapéutico-educativo; tras esto y no antes, y sin cambiar de escenario, poco a poco se comienza a realizar una evaluación en sentido estricto. Evaluación en la cual se recoge una serie de informaciones familiares, judiciales, psiquiátricas, biográficas y laborales, y también, si la entidad cuenta con los medios, se realiza un examen médico, que en estos casos incluye el análisis de posibles enfermedades que suelen ser comunes en este tipo de población, como la tuberculosis, el VIH, etc.

En cuanto a las *pruebas psicodiagnósticas*, de forma muy general podemos distinguir diferentes instrumentos para la evaluación, instrumentos que dividiremos en tres bloques:

a) En primer lugar encontramos los test psicológicos. Son métodos estandarizados para identificar a un sujeto de forma fiable y válida respecto a la norma de su grupo. Bien conocidos son los test psicológicos por ejemplo el 16 PF (*Cuestionario Factorial de Personalidad*. R. B. Cattell, A. K. S Cattell y H. E. P. Cattell), el MMPI (*Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota* S. R. Hathaway y J. C. Mcklinley) o el WAIS-R. (*Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos*. D. Wechsler).

b) En segundo lugar podemos encontrar bien desarrolladas diferentes *escalas de valoración*. Son instrumentos estandarizados que permiten a diversos informantes (clínicos, familiares u observadores entrenados o no entrenados, y al propio evaluado) cuantificar la conducta del paciente en áreas específicas. En esta línea encontramos el SCL-90 (*Cuestionario de 90 síntomas* L. R. Derogatis) o el STAI (*Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo* C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch y R. E. Lushene).

c) En tercer lugar encontramos las *entrevistas semiestructuradas*. Su objetivo es lograr que las respuestas de los entrevistados se ajusten a patrones uniformes de preguntas y sean directamente comparables y reproducibles. ASI (*Addiction Severity Index* de McLellan, Kushner, Metzger y Peters, 1992), PDE (*Examen de los Trastornos de la Personalidad*, Loranger, 1987). La entrevista SCAN (*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*, Wing, 1992, *Cuestionario para la evaluación clínica en neuropsiquiatría, versión española de Vázquez-Barquero* 1993). Otro ejemplo puede ser el cuestionario SCID (*Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de personalidad del DSM-IV*) (González e Iraugi, 2002).

A continuación pasaremos a exponer algunos cuestionarios específicos para las personas que padecen problemas de adicciones.

Primeramente encontramos numerosos cuestionarios que se han diseñado para una problemática concreta dentro de las adicciones, instrumentos que se denominan de cribado o barrido (*screening*). Son cuestionarios breves o muy breves que se pueden aplicar a mucha gente con el fin de detectar personas con problemas a sustancias, lo que en ocasiones se ha denominado “hallazgo de casos”, pero también son cuestionarios útiles para identificar la presencia de la problemática para la cual se han diseñado, aportando así información a la hora de plantear el diagnóstico cara a la planificación del tratamiento y, por añadidura, a la evaluación de los resultados. Entre los más conocidos y reconocidos podemos destacar un cuestionario para detectar problemas con el alcohol: el cuestionario CAGE (Ewing, 1984).

Después encontramos escalas de evaluación como la *Severity of Dependence Scale* (SDS), diseñado por Gossop y col. (1995); o el cuestionario *Severity of Alcohol Dependence Questionnaire* (SADQ), de los autores Stockwell, Murphy y Hodgson (1983), y también podemos destacar el cuestionario *Leeds Dependence Questionnaire* (LDQ), de Raistrick, Bradshaw, Tober y col. (1994).

En cuanto a las entrevistas estandarizadas multidimensionales, destacaremos las siguientes: *Addiction Severity Index* (ASI), de McLellan, Kushner, Metzger y Peters (1992); el *Opiate Treatment Index* (OTI), de Darke y col. (1992), y, por último, el *Maudsley Addiction Profile* (MAP) de Marsden, Gossop, Stewart, Best y col. (1998). El EuroASI, por ejemplo consiste en una entrevista que nos ofrece mucha información relevante del usuario, por ejemplo de su situación social y comunitaria, información relativa a dónde obtiene el dinero, información sobre su familia, su relación con los amigos, su situación judicial y un largo etcétera.

5.3. La evaluación de los programas

Algunas de las preguntas frecuentes -típicas-, de las personas que visitan centros de drogodependientes son: ¿Realmente se curan? ¿Pero de verdad se llegan a rehabilitar? ¿Cuántos consiguen volver a reanudar su vida laboral?

Antes de continuar, se ha de decir que los beneficios de los tratamientos terapéutico-educativos no se plantean como una cuestión dicotómica de todo a nada; no suelen tener como resultado a un grupo de personas curadas y a otro grupo de no curadas. Lo que se pone de manifiesto tras diferentes evaluaciones es que las personas tratadas mejoran en una cuestión de grado, se recuperan mejor en unas áreas que en otras y, ciertamente, estas mejoras, muchas veces son avances difícilmente medibles para la sociedad.

De igual forma debemos aclarar algunos conceptos, en ocasiones confusos, que facilitarán la lectura. La *eficacia* se define como el grado de consecución de los objetivos o, dicho de otro modo, la capacidad del programa para alcanzar el resultado pretendido. La *eficiencia* pone en relación los costes del programa con los resultados obtenidos. Y por último, la *efectividad* relaciona los recursos con los resultados, es decir, nos dice cuántos recursos hemos necesitado para conseguir esos resultados (Silva, 1994).

La evaluación de la eficacia de un programa de tratamiento para adictos exige claridad. En primer lugar, se nos hace imprescindible definir y acotar de forma precisa qué es lo que hay que evaluar en un programa terapéutico-educativo y, una vez sentado esto, emprendaremos el camino para abordar dicha evaluación.

En cuanto a los resultados, estos pueden ser variados. Tras haber obtenido las conclusiones del estudio, pronto se detectarán las amenazas y dificultades, pero también las oportunidades y fortalezas, “siguiendo un esquema DAFO”. La evaluación no es algo “neutral o aséptico”, y es de recibo que tras el análisis se establezcan mejoras y se intensifiquen determinados ajustes sobre los programas puestos en marcha. La evaluación, por ejemplo, puede ofrecernos datos sobre cómo mejorar el tratamiento en alguna de sus etapas, puede servir para invertir más o menos esfuerzos; incluso, dependiendo de los resultados obtenidos, para ajustar el personal de una forma más racional y redistribuir no sólo el personal sino las infraestructuras y materiales. Bien es cierto que en ocasiones se pueden encontrar resultados no esperados, aunque en general es de recibo esperar que las mejoras dependan de los objetivos que se hayan planteado en dicha evaluación.

En otro orden de cosas, podemos diferenciar varias líneas de investigación. En primer lugar encontramos los estudios de seguimiento y en segundo, los estudios de valoración.

Los estudios de seguimiento (follow-up studies), como su nombre indica, son estudios donde es prioritario el seguimiento de los usuarios. Se debe identificar la situación de un grupo de pacientes y, posteriormente ver su evolución. Después se pondrán de manifiesto las diferencias encontradas entre la primera medición, que se toma en algún momento del tratamiento, y la segunda, que se recoge un tiempo después de haber realizado el tratamiento. En estos casos no hay un grupo control o de comparación, así que se pueden establecer comparaciones, pero no se puede saber si a los usuarios que no realizaron el tratamiento les ha ido mejor.

Otra línea de evaluación, más común, es la *evaluación de los programas*. Dentro de ellos podemos diferenciar a su vez dos grandes variantes: en primer lugar se pueden simplemente comparar programas de tratamiento para drogodependientes, y así contrastar la eficacia de cada uno; en este caso es recomendable que la evaluación sea externa, independiente del centro evaluado, con lo cual se ganará en objetividad. Uno de los mayores problemas de este tipo de evaluaciones es encontrar dos programas que sean iguales, con idénticos objetivos y que trabajen con unas mismas problemáticas. En cuanto a los estudios de evaluación *cuasi-experimentales*. A continuación nos referiremos exclusivamente a este tipo de estudios. A partir de los años setenta comienzan a realizarse estudios de valoración considerados *cuasi-experimentales*; lo importante en ellos es determinar si tratarse terapéuticamente es mejor que no tratarse y, para esto, se evalúa al paciente antes y después del tratamiento; pero además, en este caso, se utiliza un grupo control o de comparación, (este grupo control o de comparación lo conforman las personas que abandonan el programa en la fase de

acogida o admisión). Podemos analizar los resultados esperados de un tratamiento utilizando ensayos clínicos controlados, es decir, para este tipo de análisis se debe seleccionar un grupo de pacientes con numerosos requisitos que serán los beneficiarios del tratamiento, y otro grupo que no serán beneficiarios del tratamiento. Como es de suponer, valorar la eficacia es el objetivo fundamental y, para conseguir esto, como íbamos diciendo, son determinantes aspectos como obtener información adecuada del paciente cuando éste inicia el tratamiento. Se precisa información de todo tipo, laboral, legal, familiar, etc.

Después, toda esa información que tenemos de los pacientes, que sí han recibido el tratamiento, se podrá comparar con el grupo que no ha recibido ningún tipo de tratamiento, es decir, con el grupo de personas con problemas de drogodependencias que no han recibido ayuda ninguna, pero que también han sido evaluados en la primera fase del programa (acogida o admisión). Ciertamente, aunque realizar la segunda evaluación del paciente al final del tratamiento sea lo más conveniente, sin embargo no es requisito *sine qua non*. Con esto se quiere añadir que se pueden realizar diferentes puntos de corte, esto es, se puede realizar una evaluación al principio, otra a medio tratamiento y otra al final. Sea como fuere, se pueden tomar diferentes puntos temporales, o incluso se pueden aprovechar las diferentes fases del tratamiento si las hubiere.

Desde otro ángulo, otro punto central es describir cómo es el Centro, detallar lo mejor posible el programa de tratamiento asistencial, pormenorizar sus técnicas, explicitar cuántas sesiones de terapia se realizan a la semana, cuántos grupos se llevan a cabo, tener en cuenta si se trabaja con la familia o no; todo ello para después poder comparar los distintos tipos de programas. Esta forma de evaluar requiere también definir claramente los objetivos del programa, con lo cual se maximiza la validez interna.

5.3.1. Dificultades de la investigación

Un primer problema, destacable y frecuente en población drogodependiente, es la llamada mortalidad experimental: muchos de los pacientes, tras la primera evaluación, no son encontrados, sus números de teléfonos móviles han cambiado, no responden o suelen contestar sus padres, quienes no saben nada de su hijo. En lo que todos estamos de acuerdo es en que localizar toxicómanos es muy complicado. En definitiva a estos pacientes no se les puede hacer una segunda evaluación para poder determinar si el no tratamiento es igual al tratamiento. En este sentido se suele considerar que un 20% de pérdidas ya es elevado (Polich y col., 1980), aunque en la práctica y en el terreno concreto de las drogodependencias suele ser superior a esta cifra.

Sin duda esto es un sesgo, ya que sí es cierto que sólo se recogen los datos de los pacientes que finalmente han obtenido éxito en el tratamiento. La pérdida de pacientes a lo largo del seguimiento implica que sólo se evalúan aquellos pacientes que mantienen un comportamiento más o menos adaptado al programa. En estas condiciones es muy compleja la interpretación de una mortalidad estadística que en muchos estudios se aproxima al 40% o al 50%. Pero hoy en día ya no existe ningún criterio fiable para afirmar que una pérdida máxima del 20%, del 30% o del 40% sea aceptable y permita una interpretación adecuada de los datos (Fernández y Secades, 1998). Como resulta obvio, otra de las críticas efectuadas a estos estudios es que finalmente sólo se estudia a los pacientes que tienen mejor comportamiento, esto es, a los que mejor se adaptan al tratamiento. Y por el contrario se expulsa a los que transgreden las normas mínimas de *no drogas* y *no violencia* en los centros.

Otra variable a tener en cuenta es la *remisión espontánea* o maduración. Esto puede ser debido a los efectos del simple paso del tiempo, y entendemos que este hecho es independiente de los tratamientos. La remisión o recuperación espontánea, aunque parezca un efecto debido al azar, suele ser debida a cambios vivenciales de gran intensidad del paciente, como muertes cercanas de compañeros, tener un hijo, etc. Aunque también se atribuye a la maduración, consecuencia del paso del tiempo y a cambios evolutivos derivados de ello.

Pero aquí no se terminan las dificultades; otro problema es medir las mismas categorías correctamente y, qué categorías son relevantes para ser medidas; podemos tomar como referencia, en primer lugar, si siguen consumiendo drogas, el estado psicológico del paciente, si ha cometido delitos, si ha encontrado trabajo, etc. Existe cierto debate en relación a qué variables son las más adecuadas para ser analizadas, a qué se considera éxito y en qué grado. Por ejemplo, consideramos como éxito la abstinencia, la retención en el programa, la satisfactoria relación familiar, la mejora de los problemas psíquicos, la correcta inserción laboral, la ausencia de actividades delictivas, etc.

Pero quizá el problema más destacable sea el grupo control. Para que sea un estudio *experimental* los usuarios deben ser distribuidos *al azar* entre los diferentes programas y el grupo control, es decir, según van llegando los pacientes al centro se les va asignando de forma aleatoria, *al azar*, un tipo de tratamiento u otro, y el grupo control. Esto, en teoría, no es demasiado complicado, lo que ocurre, es que no es ético, ya que estamos evaluando a personas con un riesgo de muerte muy alto. No sería lícito jugar de esa manera con la vida de las personas. Estas dificultades a la hora de investigar han llevado a algunos autores a proponer estudios *naturalistas* (Lasagna, 1974), estudios que acepten y encajen las particularidades de la práctica diaria. El problema clásico, planteado en numerosas ocasiones, es

la necesidad de obtener dos grupos, uno al que se le aplica el tratamiento y otro al que no se le aplica ningún tratamiento, como es el caso del presente estudio. Esto quiere decir que deberíamos tener un grupo, en este caso de drogadictos, para no tratarlos de ninguna de las maneras durante un par de años. Sin duda, y en esto todos los autores coinciden, tal método no constituiría una postura ética. Tampoco sería legal negar el tratamiento para la realización de una investigación. Como se ve, tener un grupo control se nos hace imposible. Merced a lo expuesto, se hace harto complicado poder realizar estos análisis. Para subsanar estas dificultades se han propuesto otras maneras y alternativas, como la que hemos expuesto anteriormente. Un diseño *cuasi experimental* que cuente con un grupo de personas que son evaluadas pero abandonan el tratamiento en la primera fase (en la fase de admisión o acogida). Abandonan el tratamiento en los primeros días o semanas, o dentro de un periodo de tiempo que se considere inicial o establecido por el diseño del estudio, y es con este grupo con el que se comparan resultados. Es decir, no existe grupo control pero sí existe un grupo de comparación. Así, se puede analizar a las personas que no han sido tratadas, y de esta forma podemos saber, por ejemplo, qué perfil tienen las personas que abandonan o qué grado de motivación tienen las que no continúan, en qué fase están, según las teorías de Prochaska y DiClemente, las que fracasan en el inicio. También se podrán realizar otros análisis, como por ejemplo determinar las variables de buen pronóstico.

En este tipo de enfoque, deben cumplirse las siguientes características:

Tabla 20. Características para una correcta evaluación

1. Los objetivos del tratamiento están definidos de forma precisa.
2. Los participantes deben cumplir estrictamente los criterios de inclusión.
3. Los participantes son asignados aleatoriamente al grupo de tratamiento o al grupo control.
4. Las muestras serán lo más homogéneas posibles en los problemas o diagnósticos antecedentes.
5. Donde sea posible, los estudios serán realizados bajo condiciones de simple y doble ciego.
6. La terapia se dirige, principalmente, a un problema específico más que a un grupo de problemas.
7. El modelo de tratamiento y su aplicación estarán definidos en manuales de psicoterapia o psicofarmacología.
8. El tratamiento debe ser realizado por expertos en el modelo que se desea confirmar.
9. La duración del tratamiento está prefijada o se atiene a un número de sesiones determinadas.
10. Los resultados están definidos de forma operacional y precisa.

(Weisz y col., 1992)

Para concluir, “un estudio de valoración de tratamiento en drogodependencia debe tener, en su diseño, datos *pre y post-tratamiento*, medidas tanto del comportamiento adictivo como del delictivo o laboral, grupo de comparación o de control, y análisis comparativos entre grupos” (Fernández y Secades, 1998).

Después de exponer algunas de las dificultades, se ha de señalar que se necesita homogeneizar el uso de las técnicas estadísticas, el diseño y los criterios de éxito. Es muy saludable que cada programa de tratamiento parta de diferentes presupuestos teóricos, trabaje con poblaciones específicas, plantee sus propias técnicas terapéuticas y persiga diferentes objetivos. Pero ello no debería ser obstáculo para que los investigadores en esta área acepten criterios comunes para medir y valorar sus resultados. Sólo de esta forma será posible comparar los diferentes programas y superar las deficiencias existentes (Sánchez-Carbonell, 1991).

5.3.2. La situación de la evaluación

Los países anglosajones son los que más tradición atesoran a la hora de implantar indicadores de referencia con el fin de evaluar. Por ejemplo es ya clásica la evaluación del tratamiento realizada en Inglaterra denominada: N.T.O.R.S; y en Escocia encontramos el *Project Drug Outcome Research in Scotland study* (D.O.R.I.S). En Estados Unidos periódicamente se realizan macro-estudios de evaluación de tratamientos, por ejemplo el *Drug Abuse Reporting Program* (D.A.R.P.), el *Treatment Outcome Prospective Study* (T.O.P.S.) y, más recientemente, el *Drug Abuse Treatment Outcome Study* (D.A.T.O.S.) (Marina, 1999). En la Universidad de New Jersey se realizó uno de los primeros estudios; se evaluó un programa de metadona, tres comunidades terapéuticas y un dispositivo ambulatorio. En este trabajo más de 4.000 personas con problemas de drogas fueron evaluadas y las conclusiones, entre otras, fueron que al cabo de un año, la retención en el programa de metadona, era alta. Otro resultado fue que el tratamiento ambulatorio tenía una retención mínima, un 5%, y su eficacia era limitada. En general, concluyó que tras el tratamiento se había reducido el consumo de drogas y las conductas delictivas (Quinones, Doyke y Sheffer, 1979).

Podemos destacar además algunos macro-estudios de evaluación de tratamientos por su calidad y relevancia histórica, el Programa D.A.R.P. (*Drug Abuse Reporting Program*), coordinado por Simpson y Sells (1983), fue un costoso estudio financiado en sus inicios por el *Nacional Institute of Mental Health*, un trabajo realizado durante la década de los años setenta que comenzó en el año 1969 y finalizó en 1973, y que evaluaba la eficacia ni más ni menos que de 52 programas públicos de tratamiento para drogodependientes en los Estados Unidos y Puerto Rico. Este estudio contó con una sorprendente muestra de 44.000 usuarios. En este macro-estudio se analizaron cuatro diferentes modalidades de tratamiento. En primer lugar los tratamientos de metadona, en segundo lugar las comunidades terapéuticas, en tercer lugar los dispositivos ambulatorios y, por último los dispositivos dedicados a las desintoxicaciones. Para obtener los datos de este estudio, se realizó un seguimiento que consistía en llevar a cabo una

segunda entrevista-evaluación cuatro años después de la primera admisión a tratamiento. Hubo un 39% de pacientes perdidos (Simpson, 1993). También se realizaron comparaciones entre las personas que habían finalizado el tratamiento y las que habían abandonado el dispositivo en la primera fase de admisión o acogida. Los resultados más destacables vienen a decir que los tratamientos, aunque se hayan diseñado de diferentes formas, tienen una eficacia parecida. Pero una de las conclusiones más significativas de este estudio es la conveniencia de que cada persona tenga su plan de tratamiento particular.

Las conclusiones generales indican que el tratamiento de mantenimiento con metadona, el tratamiento en comunidades terapéuticas y el ambulatorio (programas libres de drogas) son eficaces, y así se ve en la mejora de los resultados, sobre todo en lo relacionado con el consumo de drogas, la delincuencia y las actividades productivas como trabajar a tiempo completo. Dicho trabajo es concluyente al indicar que son necesarios un mínimo de varios meses para que el tratamiento ofrezca algunos resultados. En este estudio se encontraron variables de buen pronóstico como, cuanto más tiempo transcurrido en el programa más probabilidad de éxito terapéutico; también se encontró que un coeficiente intelectual alto correlaciona con una duración menor de la adicción.

Este amplio trabajo encontró a personas que mostraban peores resultados, precisamente entre aquellos que sólo habían realizado un programa de desintoxicación hospitalaria, es decir los que realizan un tratamiento de corta duración y con el único objetivo de desintoxicarse. Con el paso del tiempo no resultó ser un tratamiento eficaz; de igual forma, se encontraron peores resultados en el grupo control, es decir en las personas que realizaron la primera evaluación pero posteriormente abandonaron sin llegar a finalizar ningún tipo de tratamiento (Simpson y Sells, 1982).

Otro de los macro-estudios de evaluación de tratamientos más citados y reconocidos es el *Treatment Outcome Prospective Study* (T.O.P.S.), de Hubbard (1989). Este proyecto se inspiró en el programa D.A.R.P., del que antes hablábamos. En esta ocasión se realizó una evaluación a una muestra de 11.000 personas de 41 centros especializados entre los años 1979 y 1981. Fue una investigación longitudinal; se realizaron varios puntos de corte, esto es, se evaluó a los pacientes en diferentes momentos: antes del tratamiento, durante y después del tratamiento; a una parte de la muestra se la evaluó entre los 12 y los 24 meses, y a otra entre los 3 y los 12 (Hubbard y col., 1984). Al igual que en el caso anterior, se compararon los tipos de tratamientos entre sí y se realizaron comparaciones con el grupo control. En este caso hubo pérdidas de casos que oscilaron entre el 29% y el 42% (Hubbard, 1989).

Las conclusiones son parecidas al trabajo anterior que acabamos de comentar y son, entre otras, las siguientes: a) hay una clara mejoría en los pacientes respecto a dejar de consumir y a no delinquir; b) los resultados son mejores a medida que el paciente permanece más tiempo en tratamiento; c) no existe diferencia entre los que se querían tratar voluntariamente y los que iban obligados por medidas judiciales; d) el porcentaje de abandonos al inicio de los tratamientos es muy elevado, en torno a un 36% en los centros ambulatorios; e) el tratamiento no ejerce influencia en el consumo de alcohol y en el empleo; f) las personas que abusaban de más de un tipo de droga obtienen peor pronóstico.

Otro estudio que consideramos destacable responde a las iniciales D.A.T.O.S. (*Abuse Treatment Outcome Studies*), coordinado también por el autor anterior, que no es otro que Hubbard. Esta vez se evaluó a 2.966 pacientes entre los años 1991 y 1993, usuarios que estaban realizando indistintamente cuatro tipos de tratamiento. Con el fin de evidenciar su eficacia, se evaluó a pacientes consumidores de metadona (pacientes externos), a los usuarios que estaban en tratamiento a corto plazo “en hospitalización”, a los que estaban realizando programas libres de drogas (ambulatorio) y, por último, a los que estaban realizando un programa en comunidades terapéuticas. Se realizó un seguimiento de cinco años. En esta ocasión, tanto el malestar psicológico como la delincuencia, así como el consumo de drogas, se redujeron en un 50%; por el contrario, aumentaron las personas que rinden y producen, es decir que por ejemplo trabajan a tiempo completo. Los autores concluyeron al igual que en los casos anteriores, que la permanencia es un factor de éxito (Hubbard y col., 1997).

En general, en cuanto a los resultados obtenidos, podemos decir que gran parte de la literatura sobre la evaluación, Gossop y col. (1999) y Simpson y col. (1997), asevera que los tratamientos, enfocados por diferentes modelos, detectan una mejoría en los pacientes a los tres y a los seis meses, es decir, que se da una mejoría en comparación con los que no se benefician de ningún tipo de tratamiento (Hubbard y col., 1997).

5.3.3. La situación de la evaluación en España

Los primeros estudios de seguimiento fueron trabajos básicamente de verificación, pues pretendían confirmar estadísticamente los perfiles de los antes denominados “toxicómanos” españoles. Algunos estudios también asumían como objetivo observar y comprobar la influencia de los tratamientos. En buena lógica, las primeras conclusiones extraídas son básicamente datos sociodemográficos, tipos de enfermedades, enfermedades mentales, etc.; pero también se empezó a constatar que la dependencia es un itinerario que discurre

por periodos de consumo y abstinencia, que los tratamientos ofrecen buenos resultados y que con la abstinencia se mejora la salud (Marina, 1999).

A continuación expondremos brevemente algunos trabajos pioneros en este campo. (Bedate y Romero, 1985) en el año 1983, evaluaron una muestra de 84 usuarios un año después de que realizaran la desintoxicación y publicaron un artículo bajo el título “Evaluación de 84 heroínómanos un año después del tratamiento hospitalario del síndrome de abstinencia”.

Otros autores (Melgajero y col., 1986), evaluaron a 125 personas heroínómanas que entraron al centro los años 1983 y 1984. El 54% tuvo resultados positivos, y se obtuvieron conclusiones similares a otros estudios, por ejemplo, que cuanto más tiempo se está en tratamiento, mejor. O que cuando una persona ingresa más joven, mejor pronóstico tiene.

En cuanto a España, podemos diferenciar dos periodos: antes de la creación de PNsd en 1985 y después. Antes de la creación del Plan Nacional, los estudios partían de centros privados y ONGs de forma bastante aislada, eran trabajos descriptivos, sociodemográficos, y algunos, los menos, de seguimiento. Uno de los primeros trabajos, y de los más destacables, es el estudio de una muestra de heroínómanos a los que se realizó un seguimiento dos años después del inicio del tratamiento. A este proyecto se le denominó EMETYST (*Estudio Multicéntrico de Evaluación de Tratamientos y Seguimiento de Toxicómanos*) (Sánchez-Carbonell, Brigos y Camí, 1989). Durante dos años se hizo un seguimiento a 311 adictos a la heroína y se les entrevistó mediante un cuestionario adaptado a partir del material del proyecto T.O.P.S.; los puntos de corte de la evaluación fueron a los 6, 12 y 24 meses de tratamiento. La muestra del estudio la conformaron personas con problemas con la heroína admitidas indistintamente en 16 servicios especializados ambulatorios entre marzo y julio del año 1985.

A lo largo del seguimiento se observó: a) reducción del consumo de heroína, cannabis y tranquilizantes; b) mejora del estado psicológico; c) disminución de actividades ilegales; d) por el contrario, el consumo de cocaína, alcohol y tabaco no experimentó cambio alguno; e) tampoco aumentó el porcentaje de personas que trabajaron o estudiaron; f) sorprendentemente no se observó que convivir con la familia en el seguimiento sea un buen factor de mejor adaptación social ni de consumo de drogas (esto, según los propios autores, puede ser debido a que en la pasada década apenas se trabajó con la familia); g) a los dos años, el 54% se mantenía abstinente de la heroína; h) para finalizar, se observaron variables de buen pronóstico que coinciden con otros estudios: los pacientes que permanecieron más de 90 días en tratamiento demostraron mayores probabilidades de recuperarse; i) los que carecen de

historia judicial previa, presentaron una mejor evolución global; j) se observó también que las características de la muestra son similares a las de otros países (Sánchez-Carbonell y col., 2005).

La conclusión global de todos estos trabajos es que aproximadamente una tercera parte de los adictos a drogas opiáceas se recupera de su adicción o mejora, otro tercio empeora o muere y el último tercio alterna periodos de recuperación con otros de consumo. Sin embargo, todas las modalidades de tratamiento se han mostrado parcialmente eficaces. Los adictos con antecedentes legales y los que presentan problemas mentales evolucionan peor (Sánchez-Carbonell, 1991).

6. PROYECTO HOMBRE

6.1. Introducción histórica

Es conveniente ofrecer una explicación de la entidad y de sus programas, y por añadidura esbozar el marco teórico donde se sustenta. Pero antes de nada conviene resolver algunas cuestiones preliminares que tienen que ver con la historia. Dentro de la pequeña historia de Proyecto Hombre, cobra un papel esencial y singular todo lo relacionado con la Comunidad Terapéutica.

Si nos propusiéramos realizar una extensa revisión en el tiempo sobre el concepto de “comunidad”, podríamos llegar a retrotraernos fácilmente a las primeras órdenes religiosas o los *Kibbutz*, en Israel. *Terapéutica* proviene del griego “*therapeutikos*”, que significa cambio, y “comunidad” se define como “aquel grupo de personas que se unen para alcanzar uno o varios objetivos que por sí solas no podrían o les sería difícil cumplir” (Palacios, 2004). Pero no entra en nuestro propósito extendernos demasiado, así que nos centraremos exclusivamente en las Comunidades Terapéuticas para drogodependientes.

Las primeras Comunidades Terapéuticas semidirectivas democráticas para el tratamiento de las adicciones se diseñaron y tuvieron su arranque en el continente europeo. En su origen eran “medio-sanatorios”, ya que estaban ubicados en espacios hospitalarios.

Según el psiquiatra francés Rogues de Fursac en su Manual de Psiquiatría del año 1921, “el asilo de alcohólicos (o asilo de bebedores) propiamente dicho, debe ser un establecimiento de tratamiento y redención moral. Recibirá todos los sujetos susceptibles de enmienda. [...] El medio más eficaz es meterlos en las sociedades de abstinencia, donde encuentran ayuda, protección, vigilancia y vida social.” Rogues de Fursac, entre otras cosas médico jefe de los asilos del Sena, expone en 1921 como las medidas preconizadas por la Comisión sueca: *La lutte antialcoolique dans les Pays scandinaves*, (acción directa e individual sobre el bebedor), tuvieron una

influencia importante y, por otro lado destaca la importancia de ubicar en establecimientos especiales a los reincidentes e incorregibles; disponerlos en lugares donde pudieran realizar diferentes tareas por ejemplo agrícolas, de tal modo que su manutención no ocasionara demasiado gasto a la sociedad. Pero en relación a este último punto, subraya a modo de conclusión satisfactoria, que estas experiencias de asilos para bebedores ya estaban realizándose concretamente en Alemania desde hace años, al parecer con buenos resultados.

Los clínicos alemanes del siglo XIX iban tanteando diferentes formas de actuar, y algunos observaron la importancia de implantar un cuidado especial para gente muy deteriorada.

Todo esto fue desembocando en la particular propuesta del neurólogo y psicoanalista alemán Ernst Simmel en los años veinte del siglo XX. Este clínico creó un modelo terapéutico en Tegel (Berlín), donde el personal informaba de los actos de los pacientes adictos (Pérez y Martín, 2007; Pérez, 2010). “Para Simmel (*Psychoanalytic treatment in a sanatorium*, 1929), se trataba esencialmente de reunir los distintos aspectos de la transferencia en una única y central que él pudiera interpretar sin limitación. Paralelamente, se restringía expresamente la vida pulsional de los pacientes, es decir, nada de relaciones sexuales, prohibición de consumir alcohol, dietas estrictas y otras limitaciones análogas. Cabe mencionar que, en sus inicios, este tipo de tratamiento estaba especialmente dirigido a pacientes toxicómanos” (Álvarez, Esteban y Sauvagnat, 2004).

Podemos destacar también otras aportaciones e ideas sobre el tratamiento para adictos que propuso (Simmel, 1937), sistema que el autor calificó en su día de metapsicología: a) en primer lugar, se precisa tratar al paciente *in situ*, conviviendo en la estructura diseñada para tal efecto; b) el personal trabaja en equipo, concibiendo propuestas y elaborando conjuntamente los planes individualizados; de este modo, todo el equipo conocía los objetivos y desarrollo de cada paciente; c) su estructura y forma de trabajar confiaba en los recursos de las personas, en su fuerza, en que ellos fueran realizando un trabajo en interacción: un trabajo interpersonal. Como consecuencia, el Centro se constituye como lugar de entrenamiento terapéutico educativo donde los pacientes van regulando su conducta y donde se van encontrando salidas aceptables a sus tendencias; d) se trabajaba el contexto familiar y los roles familiares si el caso lo precisaba; e) se trata de un sistema donde —ya en los años veinte— se abordó el objetivo de que los terapeutas expertos formasen a los nuevos. Exactamente tal y como se hace hoy por hoy. Sin duda, lo puesto en práctica por Simmel nos recuerda a lo que hacemos hoy en día; cierto es también que otras cuestiones, como por ejemplo, el importante concepto de autoayuda entre los pacientes, no fueron explicitados por Simmel en sus textos.

En otro orden de cosas y atendiendo a la tradición de la psiquiatría del siglo XIX, vemos que ya existía en Alemania una orientación de corte más psicológica y pionera en Europa *die Psychiker* frente al movimiento organicista llamado *die Somatiker*. También encontramos autores como Johann Christian Heinroth (1773-1843) y, sobre todo, Griesinger (1817-1868); ambos influirían enormemente en la psiquiatría europea. Así no resulta extraño que surgieran originales propuestas provenientes de clínicos alemanes.

Pero estas precursoras experiencias comunitarias desarrolladas en Alemania no tardaron en caer en el más profundo de los olvidos. De hecho, abundantes textos fueron perseguidos e incluso quemados por el partido que gobernó Alemania antes de la II Guerra Mundial, según narra el propio Ernst Simmel (1882-1947), quien por cierto provenía de una familia judía y fue detenido por la Gestapo durante un tiempo por ser miembro de la *Asociación de Médicos Socialistas*; logró escapar a Bélgica, después huyó al Reino Unido y finalmente terminó en Estados Unidos ejerciendo como clínico. Sea como fuere, estas propuestas no aparecen citadas prácticamente en casi ningún libro, salvo muy honrosas excepciones. Para mayor *inri*, lo que sí encontramos en casi la mayoría de las publicaciones son comentarios como los siguientes: “El término Comunidad Terapéutica es moderno. Fue utilizado por primera vez para describir las comunidades terapéuticas psiquiátricas que nacieron en el Reino Unido durante los años 40.” [...] “Comunidades Terapéuticas en hospitales psiquiátricos, propuestas y llevadas a la práctica por Jones (1953) y otros profesionales pioneros en el Reino Unido” (De Leon, 2004).

Este mismo autor, De Leon, considerado *gurú* en la materia, llega a afirmar lo siguiente: “La Comunidad Terapéutica psiquiátrica prototipo fue desarrollada por primera vez en la unidad de rehabilitación social del Hospital Belmont (llamado posteriormente Henderson), en Inglaterra, a mediados de los años 40. [...] Y la gran novedad consistía en tratar a pacientes internos psiquiátricos con trastornos de personalidad a largo plazo”.

—En 1946 a Thomas Main se le atribuye que fuera el primero en utilizar el concepto de comunidad terapéutica—. En definitiva, y como el lector ya habrá advertido, esta “gran novedad” clínica se desarrolló en Inglaterra décadas después de la experiencia en Tegel, Berlín. El origen de la Comunidad Terapéutica, pues, se establece “oficialmente” en una unidad de rehabilitación para pacientes con trastornos “de personalidad”, es decir, que ni siquiera eran drogodependientes. En resumidas cuentas, resulta difícil entender por qué se ignoran las definitivas y cuantiosas aportaciones germánicas con relación a la Comunidad Terapéutica.

En lo que respecta a España, recientemente fue publicado un libro bajo el título de *Historia de las adicciones y su abordaje en España*, editado por la asociación científica *Sociodrogalcohol*, donde se nos recuerda muy por encima y sin mayor lujo de detalles que el movimiento de las Comunidades Terapéuticas, como alternativa a la asistencia hospitalaria para los trastornos adictivos, tuvo su cuna en EE.UU. Y en cuanto a Europa atañe, en 1972 Lucien Engelmeier habría fundado la organización “*Le Patriarche*” (*La Boere*, Francia), un modelo asistencial en régimen libre de drogas (Santodomingo, 2009). En fin...

No obstante todo lo cual, se nos ocurre pensar que tal vez la razón principal por la cual no se reconozca el origen germánico de la Comunidad Terapéutica sea que el pueblo alemán perdió la II Guerra Mundial. Otra razón a sumar que podemos esbozar es la lucha entre modelos teóricos. Concretamente, este autor del que hablamos, Ernst Simmel, era psicoanalista. No todas las personas afiliadas a un modelo teórico concreto están emocionalmente preparadas para digerir que un modelo con fama de “individualista” sea el promotor de algo tan grupal como la Comunidad Terapéutica.

Llegados a este punto, habremos de detenernos un instante en otra posible causa que explique este tenaz ninguneo a la aportación teutona. Si se nos permite poner como ejemplo a “George de Leon”, podría ser simplemente que este autor anglosajón no tenga a bien citar a autores que no hablan o escriben en otro idioma que no sea el inglés. Otra posible razón que podemos aventurar es que el terapeuta se forma en las propias comunidades terapéuticas y, durante muchos años –casi como si se tratara de una tradición– no se ha insertado la cultura de registrar de forma escrita este saber. Tanto la metodología como los instrumentos y, sobre todo las formas de actuar con los pacientes en diferentes situaciones, se transmiten casi siempre oralmente, de una forma muy práctica. Son estilos que ayudan a un terapeuta a enfrentarse a situaciones con un fuerte componente emocional. En una expulsión, por ejemplo, un terapeuta fácilmente puede experimentar intenso miedo, y trabajar y entender esas emociones propias es algo difícil de ser plasmado sobre un papel. Se aprende fundamentalmente de la experiencia, del ensayo-error, pero sobre todo de la imitación del estilo y de las habilidades del compañero con más experiencia al que se le atribuye un supuesto saber. Con todo esto se desea indicar que lo que hoy conocemos mejor es lo que posiblemente más cerca de nosotros ha acontecido en el tiempo, quedando en el olvido todo lo demás.

En definitiva, podemos aseverar sin gran riesgo a equivocarnos que no existió una fuerte cultura a la hora de registrar la historia, salvo en estas últimas décadas. Tampoco ha sido frecuente verificar las fuentes de información ni comprobar si estas recetas históricas que nos indican de donde venimos son ciertas o no. Es decir, padecemos un problema del que se quejan no pocos historiadores.

No es de extrañar que en uno de los últimos libros publicados sobre comunidades terapéuticas en España, su autor, el sociólogo Domingo Comas (2005) utilizara en su introducción la siguiente cita de Marco Fabio Quintiliano: “si la memoria no se ejercita, desaparece el recuerdo de las cosas, de tal manera que, cuando falta el recuerdo, la cosa deja de existir, aunque sea tan real como una piedra en el camino”.

La conclusión de todo esto parece obvia: el origen de la Comunidad Terapéutica para drogodependientes es difícilmente atribuible a un momento histórico concreto, pero, dado el material expuesto, vemos que el hecho de proponer el origen de la Comunidad puede responder en ciertos casos, más, a diversos intereses personales de algunos autores que al rigor histórico. Quizás ya sea tiempo, en pleno siglo XXI como estamos, de poner a cada uno en su sitio; reconocer las definitivas aportaciones de los alemanes a la Comunidad Terapéutica y concretamente las contribuciones de Ernst Simmel (1882-1947), y hacer un poquito de justicia.

Una comunidad es una microcultura con una gran capacidad curativa, pero sobre todo con una gran potencialidad para el cambio. Pese a esta evidencia que todos los que han pasado por allí han manifestado, las comunidades siempre han aspirado a poseer un aval “científico”, un *status* basado en la evidencia objetiva.

La comunidad es un lugar donde se procura la búsqueda del bien común, y donde se hace evidente la necesidad de ayudar y ser ayudado por otras personas. Tanto la reclusión de tintes individualistas como la cultura de “*hacer lo que me da la gana*” chocan frontalmente en la comunidad. Un lugar que posibilita el encuentro con otros, frena el aislamiento que suele ser tan propio de las personas que padecen problemas con las drogas. La CT también puede ofrecer un cierto maternaje y protección a personas definidas por padecer carencias afectivas importantes. Los compañeros que reciben al nuevo compañero poco a poco lo irán integrando bajo el compromiso de la honestidad y la autoayuda, y actúan como “co-terapeutas”, como amortiguadores en el encuentro con la comunidad.

Es un lugar donde se puede trabajar el conflicto y lo emocional *in situ*, sin riesgo de huir a otro lugar y evitar el conflicto, es decir, al ser residencial, uno se ve obligado “voluntariamente” a solucionar lo que le ocurre, y a implicarse en la resolución del problema que ha tenido; la persona se ve inmersa en buscar recursos personales para corregir esa dificultad, ya que no le queda otro remedio. Obviamente no se trata de un tratamiento ambulatorio donde un paciente acude una vez por semana, cuenta lo que le ocurre, pero después no hay continuidad. Y por añadidura, el clínico no tiene la posibilidad de observar al

paciente interactuando con los demás. Para explicarlo de una manera coloquial, en la comunidad, al convivir y tener información del usuario las 24 horas del día, rápidamente se ven las dificultades y potenciales del paciente. Al convivir de continuo, las personas terminan siendo “ellas mismas”, lo cual, sin lugar a dudas, facilita el tratamiento.

El permanecer en una misma ubicación tiene otra suerte de ventajas, además de la contención y el seguimiento que acabamos de explicar. El antropólogo y arquitecto Amos Rapoport, afirmaba en 1975 que el entorno construido cumple tres funciones: a) en primer lugar hace que el grupo mantenga su identidad y exprese su diversidad; b) hace recordar a la gente cómo comportarse ayudando a la enculturación y apoyando la conducta individual; c) y en tercer lugar hace de recurso mnemotécnico, permite que la gente recuerde comportamientos, pues fija la información en un espacio físico delimitado. Según De Dominicis (1997) “Rapoport, estudió durante tres años la estructura nueva creada por Maxwell Jones en Henderson Hospital. Él identifica cuatro características fundamentales de las Comunidades Terapéuticas: democratización, permisividad, comunitaridad de intentos y de fines, y la confrontación con la realidad”.

Siguiendo con el transcurso histórico de la comunidad; tras la II Guerra Mundial encontramos los nuevos referentes en Estados Unidos, una de las fundaciones que más influencia ha tenido en España fue Synanon, creada en 1958 por un expaciente, Dederich, que provenía de la asociación alcohólicos anónimos. Los grupos de Alcohólicos Anónimos ayudaron a la transición y creación de estas estructuras, transición en el sentido de que estos grupos de alcohólicos empezaban a hacerse visibles para la sociedad en un periodo donde poco a poco se estaba dejando de considerar el alcoholismo como un vicio moral y paulatinamente pasaba a considerarse socialmente una enfermedad.

Synanon era una organización que diseñó un tipo de Comunidad Terapéutica que tenía como características, entre otras: a) alejar al drogodependiente de su entorno; b) utilizar la confrontación creando un clima de alta intensidad emocional que, según ellos, favorecía el cambio; c) pedir responsabilidad por los actos; d) en este lugar cobró máxima importancia el ataque a las defensas del paciente, y la importancia de tocar fondo; e) no contar con clínicos, ni especialistas, ni profesionales de ningún tipo entre sus filas; tan sólo expacientes formaban parte de la plantilla.

Pero esta fundación derivó hacia un movimiento más religioso que clínico, según muchos autores la falta de crítica interna y externa, entre otras razones, hizo fracasar este proyecto que llegó a sufrir un proceso de encapsulamiento, pero también es bien cierto que dejó una extensa estela de influencias. Dederich,

una persona polémica, se une más tarde al obispo O'Brien y fundan una nueva asociación llamada Daytop, que según algunas personas es erróneamente "una vez más" el origen de la Comunidad Terapéutica. En principio uno de los éxitos de esta segunda fundación es el patrocinio y apoyo de la iglesia católica (Daytop, 2003). En esta ocasión las cuatro fuentes de las que se nutre el tratamiento de *Daytop Village* según (Duran-Dassier, 1994) son las siguientes: a) *la cultura americana*. La tendencia a la agrupación, la continua interacción con los demás, la tolerancia confesional y el espíritu de autosuperación. Asimismo, existe una predisposición a la movilidad, tanto geográfica como de roles; b) *los Alcohólicos Anónimos*. De este grupo se tomó, básicamente, el concepto de autoayuda. La relación horizontal y la ayuda al otro que se encuentra en la misma situación en que estaba yo; c) *Carls Rogers*, la preocupación profunda por el otro está presente en ambos modelos. Máxime cuando el éxito de la terapia de Rogers se basa en la autenticidad de la acogida al otro; d) *el conductismo*, entendido como el comportamiento objetivo, es decir, el comportamiento objetivo es el objeto de modificación en Daytop. Esto permite diferenciar a la persona del comportamiento, alejando los juicios sobre la persona y procurando mejoras en la conducta. El ataque al error del otro es la señal de pertenencia al centro y, es la expresión de la ayuda comunitaria.

El C.e.I.S., *Centro Italiano di Solidarietà di Roma* –centro que influiría a la asociación de Proyecto Hombre en España–, fue creado por Mario Picchi en 1971 y surge a su vez bajo la tutoría y asesoramiento de Daytop en Estados Unidos. Este programa italiano, aunque fuertemente influenciado por la tutela de Estados Unidos, tiene la suficiente perspicacia de realizar ciertos cambios, de modo que pueda ser un programa ajustado a la cultura europea, y concretamente a la cultura mediterránea, por ejemplo se cuenta con la familia, por lo cual deja un tanto de lado la denominada "*cultura americana*" que no contaba demasiado con los familiares.

Con el paso de los años se van realizando otra suerte de modificaciones, por ejemplo se va superando la impronta de la cultura heredada de los alcohólicos anónimos que consistía en trabajar sólo con la abstinencia, *drug free*. También se supera definitivamente el rechazo a cualquier tratamiento con fármacos destinados a tratar la adicción. Hay que recordar que la cultura de los alcohólicos anónimos y Synanon promovió un cierto anti-profesionalismo y anti-intelectualismo; debe tenerse en cuenta que ellos no contaban con clínicos entre sus filas; por el contrario, las comunidades en Europa disfrutaban de un talante más intelectual, más profesional, buena prueba de ello es que desde el inicio cuentan con profesionales.

Como íbamos diciendo las comunidades italianas introducen cambios y nuevas posturas, empezaron a impulsar investigaciones que apuntaban a identificar factores causales y/o predisposiciones de las personas que padecen problemas con las sustancias. Y ya había autores que sostenían que esta “evaluación” de los pacientes también suponía un riesgo implícito, a saber ofrecer una visión demasiado determinista de los drogodependientes, es decir, se podía llegar a determinar que la drogodependencia era causa directa de, por ejemplo, la marginalidad y pobreza, y ya en aquellos años se decía que estas posturas podían llevar a dejar sin espacio a la responsabilidad y a la creatividad individual. También se puede caer en el otro extremo y se puede tender a exagerar o sobrevalorar las responsabilidades personales, sin tener en cuenta el fracaso en la socialización o en el desarrollo (De Dominicis, 1997).

Por lo que respecta a España, el desconocimiento sobre el problema de las drogodependencias era prácticamente total en la época de la Transición Democrática. Los primeros terapeutas, para salir de la nebulosa inicial, tuvieron que ir a formarse al extranjero; concretamente se puso en el punto de mira como primera referencia a Italia, por cercanía cultural y por la accesibilidad del idioma. Así es como Proyecto Hombre (PH) en España, bajo la influencia y auspicio del Proyecto Hombre Italiano, *Progetto uomo*, comienza su andadura.

Hemos de detenernos un momento en explicar en qué consisten las tutorías. A grandes rasgos, la forma de creación de un centro se basa en aprender de otro; los nuevos terapeutas en formación pasan de seis meses a un año en el centro responsable de la tutoría, que finalmente lo autorizará; y así sucesivamente, un centro que ya es experto tutoriza al siguiente que inicia su andadura. A este respecto, los centros dan una máxima prioridad a lo vivencial, por ejemplo en algunas Entidades, los nuevos terapeutas llegan a pasar por las mismas fases que los pacientes para experimentar y de alguna manera “entender mejor” lo que le ocurre y lo que siente el paciente.

La metodología usada para formar a los terapeutas es una metodología básicamente vivencial y fundamentalmente se desarrolla dentro de los equipos. Esta formación experiencial es uno de los aspectos más característicos de PH.

Para continuar esta parte podemos enfocar la explicación desde otro ángulo: al profesional podemos pedirle varias cosas, competencia técnica y la muy distinta competencia ética, la competencia técnica exige conocer la teoría. Cada día nos encontramos casos con una sintomatología más compleja, nos encontramos con personas con diferentes dificultades que obligan a una formación continua que se nos muestra imprescindible. La competencia ética, sin embargo, implica que se esté dispuesto a salir del despacho. Hay que estar dispuesto a trabajar en equipo, con grupos. La competencia ética implica no

invadir a los compañeros de grupo. Tener la soltura de trabajar el conflicto, su sentido de la responsabilidad, el interés. La competencia ética implica ser dialogante (Torralba, 2005). Por ejemplo en una comunidad se da un aprendizaje social, esto quiere decir que el terapeuta tiene que estar abierto a las críticas no sólo de los miembros del equipo sino de los residentes (Ottenberg, 1991). Una especie de *curriculum oculto* que consiste, a parte de lo expuesto, en saber no contagiar los miedos a los pacientes. Consiste en tener la capacidad de reconocer los puntos ciegos de uno mismo. Y lo más importante, que esté dispuesto a crecer como persona.

Pero volvamos nuevamente a nuestro breve recorrido histórico. Podemos destacar varios factores por los cuales la expansión de la Asociación Proyecto Hombre fue rápida. En primer lugar, mientras España todavía está encajando la Transición Democrática se ve sorprendida, en los años 80, por un enorme problema y no es otro que las personas drogodependientes, concretamente heroínómanos. Un problema para el cual el sistema sanitario no estaba preparado y, además, justamente en ese periodo, muchos psiquiatras propugnan enviar a su casa o devolver a la sociedad a sus pacientes, vaciar los manicómos. Conviene señalar que tanto los alcohólicos y toxicómanos eran internados en psiquiátricos (manicomios), hasta pasados los años 60. Podemos situar el movimiento de la antipsiquiatría en los años 70, donde entre otras muchas cosas se intentaba integrar a la gente, a los enfermos, en la sociedad y no recluirla. Esto quiere decir en resumidas cuentas, que la epidemia de la heroína encuentra desprevenido, o mejor dicho, en pleno debate teórico sobre cómo actuar, al colectivo de los psiquiatras que son los que en teoría debían dar respuesta.

A esto se suma según el sociólogo Comas (1988) que en España no se llegó a plantear realmente la Psiquiatría Social, hasta la década de los 80, quizás porque la institución política democratizada con mayor retraso fueron las diputaciones provinciales de las que dependían la mayoría de manicomios.

En este proceso surgen asociaciones que ofrecen dar respuesta a este problema como Proyecto Hombre. Así, las primeras iniciativas pioneras a partir de los años 70, son propuestas privadas sensibles a la problemática social existente; en su inicio eran proyectos con un diseño muy poco elaborado y mucho voluntarismo.

Según Roldán (2004), tras esta primera fase denominada “mítica” sigue otra segunda fase que comprende desde el año 1985 hasta 1992 y es llamada fase de la “Guerra a las drogas”. En este periodo las administraciones han ido estructurando recursos de atención ambulatorios, hospitalarios y residenciales hasta ir completando un amplio panorama asistencial. En un tercer periodo que cubre desde el año 1993 hasta 1998 o fase de “normalización”, coincide con el gran

desarrollo de los programas de reducción de riesgos y mantenimiento con metadona. Los programas libres de drogas pierden protagonismo y con ellos las CCTT. Se produce en estos años una rápida transformación de las CCTT; flexibilizando los programas y ampliando la oferta de servicios más allá de los programas libres de drogas.

Debemos añadir aquí a modo de breve apunte que otra de las razones de la rápida creación de centros por toda la península es el apoyo de muchas instituciones como la iglesia católica.

El programa clásico para el tratamiento de las drogodependencias es un proceso de tres fases claramente diferenciadas, incluso en lugares físicamente diferentes. Las fases son: *acogida*, *comunidad* y *reinserción*. Este método en tres fases hizo muy característico a los programas de Proyecto Hombre. *Grosso modo*, la acogida estaba destinada a la desintoxicación, la comunidad a la deshabituación y por último la reinserción, a la integración en la sociedad. En los albores de las comunidades terapéuticas, las personas entraban directamente a la comunidad, es decir, la desintoxicación inicial se hacía en la comunidad, tal como se realizaba en Daytop Village (EEUU), y tal como lo diseñó mucho antes Simmel en Tegel (Berlín), pero en el C.e.I.S., de Roma, lo que ocurrió fue, que las listas de espera comenzaron a ser muy largas. Una de las soluciones para subsanar el problema de la saturación fue crear una unidad anterior a la comunidad, que se llamó *Aco-gida*. La razón de esta singular estructura fue fundamentalmente para amortiguar la presión asistencial o, dicho de otra forma, para reducir las listas de espera, más que por motivos metodológicos o clínicos fundamentados. Esto quiere decir que la Acogida pasó a ser el lugar donde los pacientes llegan por primera vez, y se vio abocada a tener como destino las primeras admisiones y las desintoxicaciones, ya que otros trabajos de más concentración o elaboración no eran posibles si el paciente está con el síndrome de abstinencia. Esto no restaba para que fuera un espacio donde se pudieran empezar a trabajar algunas cuestiones de salud, higiene, organización, trabajo en grupo, etc.

Pese a estas tres fases bien diferenciadas a las que nos referimos, el tratamiento se ha entendido siempre como un continuo y no en compartimentos estancos independizados y aislados unos de otros. En definitiva, este modelo, *acogida*, *comunidad*, *reinserción*, fue copiado tal cual por Proyecto Hombre España, y posteriormente lo hará Portugal ya en la década de los 90, fijándose a su vez en el modelo Español. Y como si se tratara de una cascada, los centros de Proyecto Hombre España fueron a su vez los tutores de los centros de Proyecto Hombre en Portugal y son referencia para muchos programas en Hispanoamérica.

Así, como íbamos comentando, después de las primeras etapas de formación, el 20 de agosto de 1984 se abre el primer centro de Proyecto Hombre en

Madrid hasta asumir 26 centros en 15 Comunidades Autónomas en la actualidad. Cada uno de estos centros conserva su autonomía propia, es decir, son centros independientes unos de otros salvo que pertenecen a una Asociación común y comparten una filosofía.

Podemos diferenciar las comunidades de varias formas. Quizás una de las divisiones más interesantes por su sencillez y pragmatismo sea la visión ofrecida por Coduras (1990). Este autor nos ofrece tres características esenciales. En primer lugar, el tipo, *profesionalidad voluntariado*: pueden ser comunidades con personal con titulación universitaria y personal exdrogodependiente que hizo el programa, o equipos mixtos. En segundo lugar: *confesionalidad aconfesionalidad*. En tercer lugar: *gratuidad o no* de los servicios. Según esta explicación podemos concluir que los centros de Proyecto Hombre en España son profesionales que cuentan con voluntarios, son aconfesionales, y gratuitos. En esta mano se sitúa Proyecto Hombre, centro de nuestro estudio.

6.2. Marco teórico en Proyecto Hombre Burgos

La Fundación Candéal-Proyecto Hombre Burgos es un programa biopsicosocial, terapéutico-educativo, de carácter solidario, aconfesional, apartidista y sin ánimo de lucro. Tiene como finalidad la prevención, rehabilitación y reinserción de personas con problemas de adicción, así como la atención a sus familiares. En 1990 nace la Fundación Candéal como entidad jurídica que dará soporte a Proyecto Hombre en Burgos. En 1991 el programa Proyecto Hombre de Burgos comienza su andadura y desde entonces ha ido creando diferentes programas para dar respuestas a las necesidades sociales que ha ido detectando.

Estos programas nacen con un cierto carácter de voluntariado que se ha conservado hasta nuestros días. El voluntariado es un movimiento que ha encajado con el espíritu comunitario de los centros, es un modelado notable para personas que han perdido el sentido de comunidad.

Son programas con una filosofía de horizontalidad en cuanto al trabajo en equipo. Horizontalidad que tiene como objetivo conseguir sistemas de trabajo que aprovechen los potenciales de las personas; pero no así en cuanto a la jerarquía de la toma de decisiones que es piramidal o vertical.

Parafraseando a Pérez (2009), forzosamente de un modo breve y dentro de un ejercicio de transparencia, podemos resumir que Proyecto Hombre tiene unas raíces fundamentalmente Humanistas, nutridas en autores como Abraham Maslow (1908-1970), Gordon Allport (1897-1967) y Carl Rogers (1902-1987). El fin es la persona, y desde una concepción positiva se postula que puede cambiar.

Ahora bien, durante estas décadas se ha evolucionado considerablemente desde una corriente humanista y psicodinámica de corte vivencial y experiencial en su praxis a una presente etapa, influenciada por los modelos que engloban definitivamente a la familia, por modelos cognitivo conductuales, el psicodrama, la gestalt, y bien conocido es también que se ha incorporado un abanico de técnicas proveniente de todos los modelos psicológicos sin excepción, llegando a ser un modelo eminentemente ecléctico. Un tratamiento éste que podemos abordar desde diferentes estilos y modelos, pero en la actualidad sigue siendo fundamental el encuentro del usuario con la terapia, su vivencia; siendo la terapia un lugar donde reencontrarse con uno mismo y con los demás. Como ya se expuso, son programas bio-psico-sociales, terapéutico-educativos, que tienen como finalidad la prevención, rehabilitación y reinserción de personas con problemas de adicción así como la atención a sus familiares. Dentro del eclecticismo que en la actualidad caracteriza a Proyecto Hombre, se ha de aclarar que, aunque nos una cierta filosofía común, cada entidad es autónoma.

A continuación pasaré a describir las particularidades propias que influyen al programa en su conjunto, y siempre desde una óptica particular, se exponen una serie de principios estratégicos y una suerte de elementos que se considera funcionan adecuadamente con personas que padecen dependencias.

a) En primer lugar, podemos decir que básicamente se sigue un tratamiento “*por objetivos*”, objetivos que forman un nexo de unión que comanda todo el proceso. Me refiero a los objetivos que quiere trabajar el paciente acordados con el clínico. He de avisar que hay otro tipo de objetivos que son los que se marca cada programa a modo de ruta necesaria, cuestión que abordaremos posteriormente y que no nos debe llevar a confusión.

Como decíamos, se sigue un tratamiento por objetivos junto con sus medios de cómo van a conseguirlos. Por ejemplo, los padres demandan que su hijo deje de consumir los fines de semana, pero es conveniente que antes de conseguir esto se intente que la relación mejore. Así, una forma de comenzar a trabajar puede ser aprender a pedir y preguntar, saber apoyar, cómo manejar los límites, etcétera. Desde los primeros pasos se trabaja qué pueden hacer los padres para que su hijo se responsabilice de sus actos, y así sucesivamente hasta conseguir el objetivo. Se trata, en definitiva, de hacer a los padres partícipes del proceso, sin llegar por supuesto a adjudicarles el puesto ideal de coterapeutas.

A esta línea conductora del proceso que denominamos trabajo por objetivos debemos añadir que los objetivos deben seguir una determinada estrategia, que no es otra que ir a lo fundamental, lo cual significa acercarse al problema principal de la persona; a este fin sirve de gran ayuda construir lo que podemos denominar “hipótesis del problema” o, dicho de otra forma, los objetivos deben

ayudar a encontrar y modificar la función del síntoma, lograr el cambio y modificar la pauta disfuncional en la familia. Ofrezco a continuación una breve explicación de qué se entiende por “hipótesis del problema”. Pongamos el siguiente ejemplo: una mujer bebe alcohol desde hace cinco años y justo hace cinco años su marido murió. En este caso, en un principio podemos plantear una hipótesis de trabajo inicial que consiste en tratar un duelo no elaborado, y así poder tener un esquema adecuado de actuación a la hora de originar un cambio.

Otra forma de explicarlo sería diciendo que de todas las posibles explicaciones que tenemos sobre el problema de la persona, hemos de comenzar modificando la que consideramos más importante. La hipótesis nos guía en el tema esencial de la terapia, ya que lo importante es saber por qué razón la persona hace lo que hace, y posiblemente la misma pauta de relación que los pacientes tienen con el objeto la tengan en sus relaciones personales. De hecho, es aconsejable que el tratamiento vaya enfocado también hacia esa pauta relacional.

b) En segundo lugar, cobran especial relevancia, por méritos sintéticos, *los metamodelos o modelos transteóricos*, como el de Prochaska y DiClemente. Esta teoría sostiene que en el proceso de cambio de las personas, éstas pasan por una serie de etapas: precontemplación, contemplación, preparación para la acción, acción y mantenimiento (Prochaska, 1994).

c) En tercer lugar, son importantes los modelos que podemos denominar “*comunicacionales*”, como la *Entrevista Motivacional* que, salvando las distancias, podemos considerarla como un “sistema de técnicas eclécticas” que posibilitan la interacción entre clínicos y también ofrecen cobijo a todos los demás modelos. La entrevista motivacional es otro elemento que podemos denominar “transteórico”, útil en estos casos; además, se puede aplicar de forma independiente a la orientación del clínico. Podríamos decir entonces que es un método adecuado para iniciar la terapia con personas que tienen en común estar muy desmotivadas. En estos casos, es muy aconsejable y motivador trabajar las ambivalencias iniciales. Es importante también saber si un adolescente, con relación, por ejemplo, a un juego electrónico, sufre con la repetición. Este joven puede aseverar: “hago lo que quiero y lo repito, hago lo que quiero y además estoy en contra de lo que hago” (Flores, 2008). Esto es significativo, ya que en muchos casos vienen obligados por los padres y esa repetición no supone ninguna dificultad para ellos, aunque, por otra parte, no podemos eludir el hecho de que la falta de conciencia del problema es una característica de cualquiera de las innumerables formas de la dependencia. En definitiva, la Entrevista Motivacional es una técnica que no tiene más mérito que el haber sabido absorber ideas provenientes de otros modelos. Una síntesis que finalmente tiene como eje escuchar al paciente y alejarse de la persuasión externa. Por lo demás,

sabemos que la terapia no sólo consiste en informar o aconsejar, sino que de este modo la terapia se inclina hacia una postura más humanista que apela a la libertad de decisión del paciente sobre su futuro, en cooperación con el clínico. Estas técnicas tienen en común facilitar y promover el cambio en las personas, que es de lo que se trata.

d) En cuarto lugar, es importante destacar todo lo que tenga que ver con el “*trabajo en grupo*”. Tenemos que recordar que en la mayoría de las ocasiones nos encontramos con pacientes asentados en posturas muy individualistas, en algunos casos desvinculados de lo social o ensimismados en su mundo. Así, en estos tratamientos, es importante fomentar la comunidad, el encuentro con el otro, fomentar, en suma, todo lo que tenga que ver con el “nosotros”.

e) Y en quinto y último lugar, consideramos que lo indicado en estos casos es *trabajar con la familia*, ya que en la mayoría de las ocasiones, por no decir en todas, son los padres los que demandan el tratamiento. Importa también que el terapeuta logre un lugar de neutralidad dentro de la familia y que, desde esa neutralidad, analice sin tardanza el problema en su justa medida, y a ser posible sin dramatizar y, siempre que lo requiera la situación, realizando devoluciones positivas de las cosas buenas y de los pequeños avances conseguidos.

A continuación por su importancia hablaremos con más detalle del modelo transteórico del cambio y de la Entrevista Motivacional.

6.2.1. Modelo transteórico del cambio

Prochaska y DiClemente analizaron cómo cambian las personas y en qué consiste su cambio. Comenzaron estudiando a personas adictas que no seguían un tratamiento estandarizado y analizaron qué les hace cambiar y qué etapas van sucediéndose sobre ellos. Estos autores dan especial relevancia a la motivación para el cambio. Pero sobre todo a cómo se puede operativizar este proceso con el objetivo de intervenir terapéuticamente acorde a la etapa en que esté ubicado el paciente.

Podemos decir que es un modelo con cuatro dimensiones, cuatro piedras angulares que son: en primer lugar los estadios, *precontemplación, contemplación, preparación, etc.*; en segundo lugar, los procesos, *aumento de la conciencia, liberación social, relieve dramático, etc.*; en tercer lugar, los niveles de cambio, *síntoma/situacional, cogniciones desadaptadas, conflictos interpersonales actuales*; y por último, los marcadores de cambio, *balance decisional, expectativas de autoeficacia*. “La proliferación de nuevas terapias y un sentimiento de insatisfacción generalizada con todos los acercamientos (debido a sus limitaciones), han llevado a estos autores a utilizar una terapia que integre diversos acercamientos. Se unen, por ejemplo, las potentes técnicas conductuales, el

profundo *insight* del psicoanálisis, los métodos experienciales cognitivos, la filosofía liberal del análisis existencial y la relación terapéutica del humanismo”, Graña, Muñoz y Navas (2007).

El cambio, por lo general, no es un proceso continuo a modo de una fila de huellas en sentido lineal. La recomendación de estos autores es un modelo en espiral, diseñado esquemáticamente en cinco etapas por las cuales cualquier persona que quiera cambiar debe pasar. Aunque estos autores han llegado a definir hasta siete fases. Las más destacables son cinco etapas: *precontemplación, contemplación, preparado para la acción, acción y mantenimiento*. Son etapas en espiral, es decir, no es un modelo de círculo cerrado, lineal con principio y fin. (Las personas pasarían en un inicio por la *precontemplación*, que es donde se inicia el cambio, y llegarían al impagable *mantenimiento*, pero en cualquier momento de la secuencia una persona puede recaer y volver a empezar; empezar desde el inicio o desde la etapa anterior). Una persona puede salir en cualquier instante de ese circuito desembocando en una recaída. En este sentido, una de las aportaciones más interesantes de estos autores es precisamente “la recaída”, como un paso más en el proceso. Trabajar la *recaída* ha sido un tema espinoso durante muchos años. Hoy podemos encontrar posturas que plantean incluso trabajar la recaída planificada. “Tras el estudio de 311 episodios de recaídas, encontraron tres situaciones fundamentales que explican casi el 75% de todas las recaídas. Éstas consistían en: 1) estados emocionales negativos (explicaban el 35% de las recaídas) como la frustración, ira, ansiedad, depresión, etc. Ya fuera antes o durante la ocurrencia de ese primer *lapsus*; 2) conflictos interpersonales (16% de las recaídas), relaciones con situaciones que incluían un conflicto actual o reciente vinculado a las relaciones interpersonales; y, finalmente, 3) la presión social (20% de las recaídas)”, Cumming, Gordon y col. (1982). Por estas y otras razones, en la práctica se intenta anticipar, imaginar y visualizar la situación de peligro, así como las respuestas alternativas que la persona puede ofrecer a la situación de peligro. Para ello, se trabaja el autocontrol y, sobre todo, en el caso de que la persona ya haya recaído, se trabajan las razones por las cuales llegó a esa situación, qué ideas irracionales tuvo antes, qué tipo de conflictos tuvo antes del consumo. Se aprende de la recaída. Se entiende como un error puntual, no global. Como es lógico, lo adecuado es haberlo trabajado antes, trabajar la solución de problemas, decisiones, trabajar que el paciente descubra qué uso funcional hace de la sustancia. Las posturas clásicas se han basado en la abstinencia de cualquier tipo de sustancia, por lo cual tiene menos sentido trabajar la recaída, ya que se pensaba y en algunos casos se sigue pensando, que es una forma de dar paso, o como dejar la puerta entreabierta, a que la persona consuma. Incluso para algunos es como dar pie a que se consuma. Pero trabajar la recaída es muy importante

ya que en el curso crónico de la drogodependencia contamos con que probablemente vaya a recaer, la cuestión es cómo esté preparada esa persona. Si una persona no está preparada para la recaída, es probable que sienta que ha fracasado totalmente, es posible que tenga miedo y vergüenza a la hora de regresar al centro para pedir ayuda otra vez, y todos estos motivos pueden hacer que el paciente no salga de esa espiral. Pero si se ha trabajado la recaída, el paciente habrá identificado las situaciones potencialmente peligrosas. Entenderá por qué en determinados momentos sentirá deseo de consumir aunque haya pasado mucho tiempo desde que lo dejara. Habrá aprendido a generar respuestas adecuadas para ponerse a salvo; respuestas alternativas a la ansiedad que siente en determinadas situaciones o con determinadas relaciones interpersonales. Sabrá que en algunos lugares puede sentir un insospechado y fuerte deseo de consumir, sabe que tendrá una fuerte respuesta fisiológica, semejante a esos primeros momentos de abstinencia, y que puede volver por un proceso de respuesta condicionada. Y sabrá que puede pedir nuevamente ayuda para poder parar el ciclo. Las personas van pasando por etapas y pueden recaer en cualquier momento, es decir, podrían empezar desde el inicio o desde alguna de las etapas anteriores.

Es un proceso dinámico del cambio, donde se acierta a pensar que a base de cometer errores y aciertos, va aprendiendo, el paciente va madurando, aunque también la sobreexperiencia puede ser un lastre. Estos autores proponen un cambio no dirigido por el clínico, no se trata de un cambio impuesto. Son etapas donde el paciente necesita tiempo para comprender. Pero a su vez, como ya decíamos, fraguan una guía de lo que le puede ir ocurriendo al paciente. Una guía abierta que da cabida a diferentes técnicas, desde la terapia familiar a la psicodinámica.

Una de las ventajas de este modelo que podemos denominar “transteórico”, es la posibilidad de ubicar al paciente en una etapa y desde ahí poder acompañarlo mejor en su proceso, ya que disponemos de información sobre qué le está ocurriendo, en qué etapa está, cuál es su motivación actual para cambiar. De esta forma se puede elaborar una estrategia más precisa para la persona. Saber en qué momento está el paciente nos da ciertas ventajas, por ejemplo, podemos anticiparnos a los errores que pueda cometer.

Una de las reflexiones que podemos hacer tras aplicar este modelo, es que se adapta a lo que ocurre en la realidad.

a) Estadios

Precontemplación

Todos, probablemente, nos hemos encontrado en la tesitura de encontrarnos con un amigo o un familiar que abusa de las drogas pero éste no es demasiado consciente de ello, niega su problema o se siente incapaz de cambiar. La

pregunta habitual es cómo ayudarlo, cómo aconsejar. En estos casos es muy raro que acudan a un centro a pedir ayuda, y es de lo más normal que cuando llegan a los centros vengan presionados por diferentes situaciones judiciales, por una amenaza de separación de su pareja o por una oportuna presión familiar. En esta fase la persona sabe que algo no anda bien, pero todavía o no ha tocado fondo o no se ve en la necesidad de cambiar; no encuentra razones convincentes para cambiar su actual modo de vivir. Buena prueba de ello suele ser que suelen abandonar el tratamiento cuando la presión externa desaparece. Las expresiones más frecuentes son del tipo: “*yo puedo controlar lo que estoy haciendo*”. Según Fernando Martín (1997), “los individuos precontemplativos se caracterizan por procesar poca información sobre sus problemas y por dedicar poco tiempo y energía a evaluarse. Igualmente experimentan menos reacciones emocionales ante las consecuencias negativas de su adicción que otros individuos y hacen pocos esfuerzos para solicitar ayuda a los demás con el fin de superar sus problemas. Se puede afirmar que los drogodependientes en la etapa precontemplativa no se dan cuenta de sus problemas o los minimizan, no es que no puedan ver la solución, es que no pueden ver el problema”.

Son personas situadas en la decepción de sí mismas, o dicho coloquialmente nos encontramos ante una persona, desmoralizada. Son numerosas las ideas irracionales que suelen tener en la etapa de la precontemplación. Las ideas que suelen utilizar con más frecuencia son: la negación, la minimización de su problema, la racionalización de su situación, etc. Es una etapa en la que la persona necesita aclaraciones sobre su problema, información de lo que ocurre. Cuando se está con él, es importante no centrarse demasiado en las sustancias, hay que ofrecer una visión más amplia del problema y escudriñar qué es lo que está fallando en su vida para que él adopte esas pautas. Por último, según los autores, Prochaska y col. (1994), los procesos de cambio característicos de esta etapa son: el aumento de la concienciación, las relaciones de ayuda y liberación social, que después explicaremos. En cuanto a la aplicación práctica, podemos decir que “en la precontemplación sería necesario plantearse incrementar la conciencia y experiencia en el cambio”, DiClemente (2003). Será tarea del terapeuta poner en solfa la situación actual y sus riesgos.

La contemplación

En la contemplación, encontramos que por un lado se acepta y se ve la necesidad del cambio aunque por otro lado se rechaza, dicho de otra manera, las personas en esta etapa son más o menos conscientes de su problemática y ven la necesidad de cambiar, quieren entender lo que les está pasando y, de hecho, entienden los objetivos que tienen que cumplir para cambiar, pero por otro

lado, no lo aceptan o no quieren algunos aspectos de lo que supone el cambio, surgen temores y muchas dudas; estas ambivalencias llegan a bloquear cualquier acción para el cambio, finalmente la persona tan solo piensa en hipótesis de lo que podría ocurrir. También suele ser frecuente en esta etapa que el usuario intente por su cuenta reducir el consumo, o incluso dejar las drogas. “Los procesos de cambio característicos de esta etapa son: el relieve dramático, autorrevaluación y las relaciones de ayuda”, Prochaska y col. (1994).

En cuanto a la aplicación práctica, podemos decir que en la contemplación habría que aumentar la motivación (balance decisonal), DiClemente (2003). Será tarea del clínico trabajar la ambivalencia, ya que en esta fase la persona está más predispuesta al cambio, a recibir información, a valorar sus acciones, es conveniente, pues, analizar y sopesar los pros y los contras de seguir o no consumiendo drogas, y fomentar la autoeficacia del paciente y enfocarla hacia el cambio.

Preparación para la acción

Los autores inicialmente la denominaron fase de *toma de decisión*. “Respecto al tránsito hacia el estadio de preparación, se suponen dos cambios a nivel cognitivo: 1) comenzar a enfatizar en la solución más que en el problema y 2) pensar más acerca del futuro que del pasado. Al final de la fase de contemplación es un tiempo de anticipación, actividad, ansiedad e incluso excitación”, Graña, Muñoz y Navas (2007). Es la etapa donde el paciente se plantea un cambio, de hecho es el momento de esbozar un trabajo a realizar; sin tardar comienza a diseñar un plan o estrategia para comenzar el cambio. Pero antes de la acción, se pueden “y deben” realizar algunas tareas, las más frecuentes son: a) reducir al máximo la sustancia que se está consumiendo; b) reducir o eliminar lo que recuerde a la sustancia; c) hablar con la gente del cambio que se va a realizar. Respecto a los procesos, en el estadio de preparación, surge la autoliberación y siguen presentes la auto-evaluación y las relaciones de ayuda, Prochaska y col (1994). En la preparación para la acción es conveniente establecer un compromiso y plan efectivo, (DiClemente, 2003).

Acción

Es el momento de modificar conductas, el momento esperado donde se han puesto las expectativas de cambio. Los individuos en la etapa de acción modifican su comportamiento y las circunstancias que le rodean con el fin de superar sus problemas, para ello confían en su fuerza de voluntad y en la capacidad de cambio, creen en su autonomía para cambiar sus vidas, utilizan

con éxito técnicas como el Contracondicionamiento y el control de estímulos y confían en el apoyo y comprensión de familiares y amigos (Martín, 1997).

Tabla 21. Asignación terapéutica
y modelo de cambio de comportamiento de Prochaska y DiClemente

Etapas de cambio	Proceso de cambio	Intervenciones terapéuticas más adecuadas para cada proceso de cambio	Mejores asignaciones terapéuticas
I. Precontemplación	Aumento de la concienciación	- Observaciones - Confrontaciones - Interpretaciones - Biblioterapia	- Programas de reducción de los daños desarrollados por medio de estrategias de acercamiento
	Relaciones de ayuda	- Alianza terapéutica - Apoyo social - Grupos de autoayuda	
	Liberación social	- Técnicas en Solución de Problemas	
	Reevaluación del entorno Reevaluación ambiental	- Entrenamiento empático - Documentales	
II. Contemplación	Autorrevaluación	- Clarificación de valores - Imaginación	- Reducción de daños, incluido el mantenimiento con sustitutivos de bajo umbral - Asesoramiento legal - Apoyo psicosocial - Motivación orientada a la inclusión en programas libres de drogas
	<i>Se mantienen las relaciones de ayuda</i>	- Corrección de Experiencias emocionales	
	Relieve dramático o Alivio dramático	- Psicodrama - Pérdida de aflicción - Representación de roles	
III. Preparación	Autoliberación	- Terapia para la toma de decisiones - Resoluciones de Año Nuevo	- Programas de reducción de daños - Reforzamiento de las actividades de motivación destinadas a la inclusión en programas libres de drogas
	<i>Siguen presentes la auto-evaluación y las relaciones de ayuda</i>	- Técnicas de logoterapia - Técnicas para el realce de Propósitos	
IV. Acción,	Autogobierno o Manejo de Contingencias	- Manejo o contratos de contingencias - Refuerzo explícito y encubierto - Autovigilancia	- Programas libres de drogas de distintos niveles de exigencia - Prevención de recaídas
V. Mantenimiento	Contracondicionamiento	- Relajación - Desensibilización - Asertividad - Autoestados positivos	
	Control de estímulos o control ambiental	- Control o Reestructuración ambiental - Evitación de situaciones de alto riesgo - Técnicas de Desvanecimiento	

Prochaska y DiClemente (1994) Adaptado por Fernando Pérez del Río (2009).

Según Prochaska y col. (1994), los procesos que surgen en la acción son contracondicionamiento, control ambiental y manejo de contingencias. En la etapa de acción es conveniente plantear la resolución de problemas y el aumento de la autoeficacia, (DiClemente, 2003).

Mantenimiento

Es el periodo donde se hace balance de lo conseguido, pero también es donde se presta atención a las posibles recaídas. El proceso que surge es la autoliberación/compromiso. Además del *mantenimiento*, otro concepto que en ocasiones se utiliza es la *finalización*. En esta etapa de finalización es donde la vida se normaliza, y definitivamente desaparece el miedo a la sustancia, a la recaída. Esta etapa llamada de finalización supone un debate, ya que algunos clínicos consideran que una persona que ha tenido problemas con las drogas nunca se llega a recuperar, aunque otros clínicos ponen de manifiesto que, en efecto, sí llega un momento en que a la persona se la puede dar por recuperada. Volviendo a la etapa de mantenimiento, “la definición operacional de este estadio se caracteriza por dos criterios necesarios: 1) el deseo de consumo de la sustancia en cualquier lugar o situación es nulo, y 2) la confianza o seguridad (relacionada con las expectativas de autoeficacia) de no consumir la sustancia psicoactiva bajo cualquier circunstancia es máxima.” Velicer, Prochaska, Rossi y Show (1992). Por último, en el mantenimiento, es conveniente trabajar con la prevención de recaídas y la resolución de problemas en contextos específicos, (DiClemente, 2003).

b) Procesos de cambio

Prochaska y col. (1994) explicaron que “los estadios representaban la dimensión temporal, mientras que los *procesos* daban la posibilidad de comprender la forma en que ocurrían los cambios.” Son diez los procesos de cambio. En general los estadios iniciales de precontemplación y contemplación tienen procesos de corte más emocional y cognitivo, por ejemplo, aumento de la concienciación, liberación social y relieve dramático o activación emocional. Por otro lado en los estadios finales podemos encontrar procesos de acción de corte más conductual. Así encontramos los procesos llamados control de estímulos, contracondicionamiento y manejo de contingencias.

Aumento de la concienciación

Es aumentar la cantidad de información sobre uno mismo, desarrollar el ser consciente de lo que le ocurre, de los problemas y oportunidades. Es un proceso básicamente cognitivo donde el paciente va tomando conciencia de su problema. Analiza la problemática asociada, y la necesidad y beneficios de cambiar el problema.

Prochaska y col. (1994) consideran que es el proceso más ampliamente utilizado. “Su descripción inicial parte de la obra de Sigmund Freud, que planteaba que el objetivo del psicoanálisis era hacer consciente lo inconsciente”.

Relieve dramático

Consiste en saber y poder expresar lo que se siente, por ejemplo lo emocionalmente negativo asociado a la conducta adictiva. Se sobreentiende que versa entorno al eje central de la problemática del drogodependiente; una problemática que genera dolor tanto al que lo padece como a los que rodean a la persona. Es una técnica útil para darse cuenta de las resistencias y defensas de las personas. Ponerse en el lugar de otro (es útil el psicodrama). Según Prochaska, Norcross y DiClemente (1994), las técnicas más representativas tanto para el aumento de la conciencia como para el relieve dramático son: el análisis de resistencias, asociación libre de ideas, interpretación de sueños del psicoanálisis.

Relaciones de ayuda

Consiste en todo el abanico de posibles relaciones personales que pueda ayudar a la persona con problemas de drogas a la hora de emprender su proceso. Mide la existencia de apoyos sociales (familiares, amigos) que pueden facilitar el cambio. En este sentido, es importante saber qué habilidades tiene la persona para mantener, recuperar o iniciar estos apoyos, es decir, cómo la persona procura apoyos para solucionar su problema. Este proceso también tiene relación con la alianza terapéutica.

Liberación social

Darse permisos para el cambio y después del permiso, procurar formas de actuar nuevas o alternativas frente a las secuencias problemáticas que se vienen sucediendo. O dicho de otra forma más sencilla, tomar decisiones ante los nuevos retos y ante las nuevas situaciones que se avecinan. Básicamente consiste en el aumento de la capacidad del paciente de tomar una decisión de cambio.

Auto-liberación o compromiso

Es una categoría que nos viene a decir cómo se compromete la persona ante las elecciones que va haciendo. Intenta medir la capacidad de creer y decidirse por el cambio. Representa la creencia de que es el propio paciente el elemento esencial en el cambio de su propia conducta; adquirir nuevas conductas y habilidades es posible. Podemos decir que este apartado tiene dos vertientes, por un lado, una parte consiste en la importancia de la liberación emocional de lo que se dice; es decir, es importante saber si no comparte con nadie lo que está realizando y lo que está cambiando, y por otro lado es igualmente importante el compromiso y la responsabilización de la decisión que se ha expresado.

En este sentido, son dos conceptos que van unidos, ya que la auto-liberación, racional o emocional, por sí misma, no tendría mucho sentido si no se

asumen las decisiones. Según Prochaska, Norcross y DiClemente (1994), las técnicas representativas, tanto para las relaciones de ayuda, para la liberación social, como para la auto liberación son: clarificación y reflejo. Empatía y comprensión/calidad. Expresión libre, del Humanismo/existencial.

Auto-reevaluación

La persona con problemas de adicción realiza una evaluación de sí misma (cognitivo afectiva) de su vida, de su problema, y analiza qué consecuencias e impacto tendría modificar el problema sobre su estilo de vida, sus valores, etc. Sin lugar a dudas, es importante evaluar, pero también es necesario saber cómo el paciente evalúa lo que ocurre; de qué manera sopesa –los *pros* y los *contras*–. Al hablar de auto-evaluación, nos referimos a la evaluación que se hace fundamentalmente de lo que el paciente piensa y siente en relación al proceso de cambio que está siguiendo. Es un aspecto importante, que se ha de tenerse en cuenta a lo largo de todo el proceso, ya que se entiende que la persona padece fuertes cambios, y es necesario ir paulatinamente reconociendo los cambios que se están haciendo. Las técnicas más representativas para trabajar la auto-evaluación y también el relieve dramático son: la toma de decisiones y el *feedback*, la confrontación es útil, la focalización de la Gestalt y el modelo experiencial.

Contracondicionamiento

Generar respuestas alternativas (tanto a nivel cognitivo, afectivo o conductual) a los estímulos condicionados generados por las drogas y por la conducta adictiva. O dicho de una forma más simple, se trata de procurar actividades que sean alternativas conductuales a la conducta problema.

En el tratamiento fácilmente se observa, que se da, un proceso de condicionamiento, se consume más cocaína o un ludópata juega más a las máquinas cuando está más ansioso, mientras que se consumirá o jugará menos si el nivel de relajación es mayor. En este sentido, la mayoría de las actividades saludables pueden ser una técnica efectiva de contracondicionamiento. Las técnicas más representativas para trabajar el contracondicionamiento y la auto-evaluación son la psicoeducación, la identificación de pensamientos disfuncionales y la reestructuración cognitiva del modelo cognitivo.

Control de estímulos

Otra de las partes importantes es modificar el ambiente en la medida que sea posible. Es necesario saber cómo la persona controla los estímulos asociados al problema, cómo el paciente controla o evita las situaciones que él mismo identifica de riesgo. Por ejemplo, el que deja de fumar puede tirar los ceniceros,

ya que éstos le recuerdan el problema; algo que se hace cuando una persona ya está en acción. En suma no exponerse a estímulos relacionados con drogas, o evitar situaciones de riesgo. La reestructuración del ambiente baja la probabilidad de encontrarse con un estímulo condicionado a la conducta adictiva.

Manejo de contingencias. (Autogobierno)

Son estrategias conductuales que ayudan a que se mantenga o aumente una determinada conducta. En este apartado el paciente analiza cómo se refuerzan o como se castigan las conductas. Se trata de los autoreforzamientos y los heteroreforzamientos con objeto de controlar los cambios. “Sin embargo el castigo es raramente utilizado por los terapeutas en consulta. No sólo es éticamente cuestionable, sino que sólo sirve para suprimir el problema de conducta a corto plazo y no en episodios prolongados de tiempo. Por esto, las recompensas o refuerzos positivos son generalmente usadas sobre el comportamiento dirigido a la acción (abstinencia). Estos refuerzos pueden ser de dos tipos: 1) autoalabanzas (formas simples de recompensarse a uno mismo), y 2) recompensas externas (por ejemplo: muestras de alegría por parte de la familia del drogodependiente ante la abstinencia)”, Graña, Muñoz y Navas (2007). Se ha de añadir que para que el cambio se dé podemos utilizar técnicas de autorrefuerzos, pero para que el cambio sea a largo plazo lo más importante es que el paciente procure sentido a lo que se hace.

Reevaluación ambiental

El adicto realiza una evaluación de la situación, de sus relaciones, y evalúa las consecuencias de seguir con la conducta adictiva y el beneficio de cambiarlo entorno a sus relaciones interpersonales, familiares, personas allegadas, etc. En este apartado se analiza cómo los problemas afectan a los demás, esto es, cómo el consumo de drogas termina por perturbar al entorno actual. La persona valora qué función cumple el consumo de drogas no sólo en él mismo, sino en las relaciones interpersonales. Por último, las técnicas más empleadas para trabajar estos tres últimos epígrafes (control de estímulos, autogobierno, reevaluación ambiental) son: asertividad, entrenamiento en relajación, manejo de contingencias, y entrenamiento en autocontrol.

c) Los niveles de cambio

La tercera dimensión de este modelo son los niveles de cambio. Son los aspectos importantes a tener en cuenta en la evaluación y en la intervención, y que no requieren demasiadas explicaciones. Son los siguientes: 1) en primer lugar, el síntoma/situacional; 2) en segundo lugar, es importante trabajar, detectar y tratar las cogniciones desadaptadas; 3) un tercer punto esencial es

detectar y analizar los conflictos interpersonales actuales; 4) en cuarto lugar, otro aspecto importante a tener en cuenta en la terapia son los conflictos familiares; 5) y, por último, analizar las características personales duraderas. Estos serían los puntos más importantes a tratar en la intervención.

d) Los marcadores de cambio

Balance decisional. Expectativas de autoeficacia

Encontramos dos marcadores de cambio. En primer lugar, la persona realiza un balance decisional donde considera los *pros* y los *contras* del esfuerzo que está realizando. Confianza/seguridad *vs* tentación de consumir drogas. Es una valoración que se realiza en muchos momentos y situaciones y que suele marcar un punto de inflexión.

Una de las cuestiones que resultan interesantes es la capacidad de predicción que pueda poseer este marcador denominado “Balance Decisional”. “Así, la variable (balance decisional) sería un buen predictor del comportamiento futuro en drogodependientes situados en los estadios de precontemplación, [...] pero en cuanto a las escalas de los *pros* y *contras*, no mostraron valor predictivo en lo referente al comportamiento futuro de los drogodependientes situados en los estadios de acción y de mantenimiento”. Prochaska, Norcross y DiClemente (1994). Es decir el marcador, balance decisional, nos es útil al comienzo del proceso. En cuanto a las expectativas de autoeficacia. La autoeficacia puede ser *de capacidad* o *de resultados*. Sea como fuere, las expectativas de autoeficacia son determinantes en la toma de decisiones, y en consecuencia, en todas las áreas de las personas; sabemos que la autoeficacia está construida por la enseñanza, y está influida por la capacidad de la persona, y las experiencias que ha tenido en su vida. Sin duda, la autoeficacia es una variable que resulta determinante en situaciones complicadas. Una mayor autoeficacia es un buen indicador de menores consumos de sustancias y de futuras recaídas en personas ya tratadas. “Las expectativas de autoeficacia permanecen bajas en la precontemplación y contemplación, y aumentan conforme el drogodependiente pasa hacia el estadio de acción, y alcanzando su máxima expresión en la etapa de mantenimiento”, DiClemente (1986). En conclusión, el marcador, balance decisional y “autoeficacia baja” nos sirve como predictor en las primeras etapas, mientras que el marcador “autoeficacia alta” nos es útil en las últimas.

6.2.2. Entrevista motivacional

Podemos decir que es un método para iniciar la terapia con personas que tienen en común estar muy desmotivadas. La entrevista motivacional es un conjunto de “técnicas motivacionales” que tienen como eje vertebrador escuchar al

paciente. Maneras que se alejan de los estilos terapéuticos más persuasivos y directivos; la entrevista motivacional plantea un enfoque muy distinto, que consiste en diseñar un proceso donde se le ofrece al paciente más responsabilidad y dignidad a la hora de tomar sus decisiones, apelando a la libertad del paciente sobre su futuro en cooperación con el clínico o, dicho de una forma más coloquial, al paciente se le ofrece ser el protagonista de su propio proceso. Por lo expuesto, podemos sostener que la entrevista motivacional se aproxima a los postulados humanistas. Miller y Rollnick, los precursores de la Entrevista Motivacional, han afirmado en numerosas ocasiones que lo que crearon es algo que aprendieron de sus pacientes. Sea considerado un modelo o un conjunto de técnicas, lo que sí se puede afirmar es que la entrevista motivacional queda lejos de ser autoritaria; todas las técnicas y modelos tienen el común denominador de facilitar y promover el cambio en las personas, pero en este caso afirmamos, pues, tiene más de apoyo al paciente que de discusión y confrontación. Según Patterson y Forgatch (1985) “los estilos terapéuticos confrontativos y abiertamente conductivos, por ejemplo, tienden a producir altos niveles de resistencia en el paciente”.

Hemos de detenernos un momento, antes de nada, en exponer algunas ideas que ayudarán a una mejor comprensión de este método; estos autores, retomando toda una suerte de ideas, ya antiguas, nos vuelven a recordar una serie de principios, entre los cuales destacamos los siguientes:

a) En primer lugar se da gran importancia a no estigmatizar al paciente. Se acepta a la persona tal como es, sin emitir juicios ni sentencias moralizantes, sin culpabilizar, ya que en la mayoría de los casos están suficientemente culpabilizados. Subrayan la importancia de aceptar las ideas de los pacientes tal como son. Por todo esto se puede decir que se mantiene una actitud incondicional hacia el paciente, se le acepta tal como es. Aunque los autores insistan en que no hay que confundir esto con la aprobación o aquiescencia, no se tiene por qué estar de acuerdo con el paciente. No se trata de proteger al paciente, no se trata de identificarse con él.

b) Entre sus principios generales destacamos que, para ayudar a que una persona cambie, no sólo se trata de informar o aconsejar. Es decir, vuelven a recordar la importancia de ayudarlo a hacerse *responsable* de sus propios problemas. Aunque esto no quite para que se pueda ofrecer un buen consejo en un momento oportuno, siempre y cuando sea preciso, y no de forma abusiva. Los consejos deben ser certeros y claros a la hora de identificar la problemática, y es más que recomendable que ese consejo tenga alguna sugerencia para el cambio.

c) Ponen de manifiesto que las resistencias y el *impasse* son más debidos al terapeuta que al usuario y nos recuerdan que en la mayoría de las ocasiones, cuando el terapeuta esta en un *impasse* con el paciente, este *impasse* se debe a dificultades más del clínico que del paciente.

d) La importancia de expresar y practicar la empatía con el paciente.

e) Otro aspecto fundamental es la importancia de crear discrepancia, aprovechar la disonancia, entre lo que quiere y desea el paciente, y su estado real actual. Es motivador poner sobre la mesa las discrepancias entre lo que se es en el momento actual y lo que se quiere ser o dónde estar. Discrepancia que genera motivación siempre y cuando se imprima auto-eficacia en el paciente y se fortalezcan sus pequeños avances. Es de recibo que hay que confiar en que las personas puedan cambiar, pero la motivación y el esfuerzo debe surgir del paciente.

Es importante hacer conscientes y explícitas las ambivalencias, ya que estas ayudan a tener una conciencia más clara de su situación general actual. También el poner de manifiesto la ambivalencia es uno de los caminos más rápidos y sencillos para llegar a la problemática del paciente. Quien trabaje con adicciones, sabrá de las numerosas ambivalencias que este tipo de personas puede vivenciar, por ejemplo, quieren dejar de consumir pero el consumir lleva todo un estilo de vida, soporta una cultura y estar vinculado a un grupo de personas. El consumir sustancias conlleva una pauta que posiblemente ayude a no asumir otros compromisos y responsabilidades. E incluso puede implicar también terminar con una relación especial con el objeto “sustancia”. Este proceso debe estar cobijado bajo el lema de *—no estoy en tu contra sino contigo—*.

f) Otro de los puntos destacables “de sentido común” en la entrevista motivacional, es lo que los autores denominan la eliminación de obstáculos, obstáculos que no tienen que ser de carácter únicamente intra-psíquicos, o mecanismos de defensa. Cualquier persona que consume pueden tener obstáculos denominados “de contexto”, por ejemplo, una madre que no puede entrar en tratamiento ya que no tiene con quién dejar a su hijo o no tiene dinero. En este punto el clínico debe ofrecer alternativas. Cuando hablamos de eliminar obstáculos también se refiere a que la persona no se debe ver en ninguna “encerrona”, por ejemplo, que en el tratamiento se le ofrezca algo que después no es así. De hecho, utilizará mecanismos de defensa en estos casos, y se resistirá al cambio.

g) Miller y Rollnick (1999) nos proponen toda una suerte de recomendaciones útiles que fomentan la motivación. Por ejemplo nos aconsejan realizar resúmenes de lo que ha dicho el paciente para centrar la sesión.

Después de esta muy breve exposición, sin duda es difícil medir, evaluar y objetivizar el tratamiento, al igual que es difícil medir el sufrimiento. Por ejemplo, muchas veces, para explicar este tipo de hechos se ha utilizado la siguiente exposición: dos terapeutas, que aplican el mismo tratamiento en el mismo contexto y a las mismas horas, obtienen resultados diferentes. Es decir, pese a que se haya dado mucha importancia a los modelos y a las técnicas basadas en lo científico y en lo experimental, seguimos preguntándonos por qué algunos clínicos en igualdad de condiciones, en un mismo centro y utilizando las mismas técnicas, retienen más a los pacientes, dan más altas, tienen menos abandonos y sus pacientes están más satisfechos. “La investigación indica que [...] algunas características de los terapeutas están asociadas con un éxito en el tratamiento”, Miller y Rollnick (1999).

De esta forma, estos autores decidieron investigar qué atesoran en común los terapeutas que más éxito tienen, independientemente de que estén inscritos a una corriente u otra.

Al emprender el presente estudio también pusieron atención e investigaron minuciosamente cómo se curan las personas que tienen un problema de adicción sin ayuda profesional, y por qué fases pasan. Preguntándose también otra suerte de cuestiones como, por ejemplo, cómo es posible la gran cantidad de curaciones por el efecto placebo de un medicamento (Miller y Rollnick, 1999). De todas estas preguntas nace la Entrevista Motivacional, como ya se indicó, nutriéndose de las corrientes humanistas y poniendo el acento en la escucha minuciosa a los pacientes y, quizás, su mayor “innovación” (o recordatorio) consiste en intentar que las personas desarrollen soluciones a sus dificultades por ellas mismas, ya que esto es mucho más motivador que recibir un consejo externo o una imposición. Es decir nos vienen a recordar la siguiente evidencia: “generalmente las personas se convencen más por las razones que descubren ellas mismas, que por las que les explican los demás”, según sostuvo el matemático y filósofo francés Blaise Pascal (1623-1662). Se puso la palabra “*innovación*” entre comillas ya que estos autores realmente no han creado nada nuevo, ni siquiera su fundamentación con rigor teórico; lo que sí realmente ha sido una innovación es la organización sistemática de unas pautas y estrategias para una buena *praxis*. De todos modos, un *cocktail* de técnicas que nos vuelve a recordar que no solamente son importantes los contextos o los modelos, nos demuestra además que sí existen determinadas variables de los clínicos que son fundamentales, por ejemplo, la forma de relacionarse. Unas relaciones y maneras que ocurren de forma rápida ya desde la primera sesión.

Otro de los aspectos centrales es que el paciente asume más responsabilidad. Este método plantea una forma de trabajar en la que se intenta que el

paciente tenga más control sobre sus decisiones y sea responsable de sus cambios. O dicho de otra forma, el terapeuta no da la receta, no dice lo que el paciente debe hacer.

Un estilo en el cual el clínico no se ubica en el lugar de supuesto saber sino que por el contrario, lo que hace es devolver control al paciente. Sin lugar a duda, el control es de lo que más carece una persona con problemas de adicción. Todo esto genera más reflexión en el paciente, y no es arriesgado suponer que también supone asumir los peligros de su propio discurso.

No se trata de que el clínico únicamente le inserte nuevos significados, sino que ayudará a que el paciente los genere por sí mismo, y este proceso se esgrime como facilitador del cambio. La entrevista motivacional se fundamenta en la estrategia de, conseguir que los pacientes se comprometan a los cambios que ellos quieran. Son estrategias semidirectivas que forman un estilo que busca convencer, persuadir, pero no imponer.

Un estilo que intenta llegar a las vivencias subjetivas de los pacientes, intenta construir desde la propia realidad de las personas. Para trabajar desde la realidad de los pacientes se suelen utilizar técnicas como realizar devoluciones al paciente, lo que en inglés se denomina *feedback* (retroalimentación). Una estrategia que busca aclarar objetivos y ofrecer ayuda de forma activa, (Miller, 1985; Miller y Rollnick, 1991). La entrevista motivacional puede ser denominada como otro elemento “transteórico” útil en la terapia, un meta-modelo, ya que como decíamos, cualquier escuela o modelo de psicología puede adoptar su estilo.

En general, y sobre todo en el campo de las adicciones, vemos a la mayoría de las personas bloqueadas en diferentes *impasses*, y para salir del *impasse*, la entrevista motivacional nos abre nuevas perspectivas. Es como la mecha inicial en la cual nos podemos ayudar para comenzar la terapia. Dado el material hasta ahora reunido, una de las aportaciones más evidentes nos sitúa ante la ventaja de no “quemarse”, evita el *burnt-out*. A este respecto vemos que el esfuerzo lo hace fundamentalmente el paciente, así en efecto, no hay que estar “tirando” del paciente para que cambie.

Los autores también nos señalan cuestiones fundamentales del proceso, como los frecuentes errores que suelen cometer los terapeutas, como el hacer preguntas cerradas que no tienen salida y que no facilitan que hable el paciente. Para explicar esto se hace imprescindible algún ejemplo: una pregunta cerrada es preguntar el nombre o la edad. Indudablemente, son mejores las preguntas abiertas que dejan expresarse al paciente, por ejemplo ¿cómo te sientes? ¿Cómo has llegado hasta aquí? O el error frecuente de la trampa del experto, que

consiste en un clínico muy experimentado que tiene respuestas para todo y, como consecuencia acaba teniendo únicamente paciente sumisos que son los que encajan con su estilo.

Hay que fomentar que la persona procure alternativas propias desde la libertad. Cuando una persona plantea sus propias alternativas desarrolla motivación intrínseca, que es mucho más aconsejable. Aunque bien es cierto que cuando no hay ninguna motivación es válida la motivación externa.

6.3. Estructura del programa

Proyecto Hombre Burgos cuenta con una plantilla de 25 personas y, aproximadamente unos 20 voluntarios. Las estructuras físicas donde se ubican los programas son: un centro destinado a los servicios ambulatorios junto con la Administración, situado en el barrio de Gamonal de la ciudad de Burgos.

La segunda estructura con la que se cuenta es una Comunidad Terapéutica situada en un pueblo cercano a Burgos, llamado San Medel, y cuenta con un tercer centro situado en la ciudad donde se ubican los programas para jóvenes, y donde también se ubica la reinserción.

6.4. Filosofía

La entidad Proyecto Hombre Burgos comparte una serie de ejes filosóficos y estratégicos con el resto de las entidades de la Asociación Proyecto Hombre, que de forma muy reducida intentaremos resumir: a) la persona como principio y como fin; b) la importancia del sentido comunitario; c) la concepción de la vida como proceso de cambio en el que todos estamos; d) la importancia de la honestidad con uno mismo y con los demás; e) la importancia del trabajo sobre los valores.

Desde que en 1991 comenzara su andadura; siempre se ha tenido como objetivo dar respuesta a las necesidades sociales que se han ido detectando, mejorar su calidad de vida de los usuarios desde la prevención, la educación y el tratamiento. Para lograr estos objetivos se fueron diseñando diferentes programas, en la actualidad Proyecto Hombre Burgos dispone de diferentes programas para la atención a las personas con adicción:

1. Primeros Coloquios: evaluación, orientación y derivación al recurso apropiado en función de la problemática en adultos.
2. Programa Caracol: tratamiento de reducción de daños con “metadona.”

3. Programa Iris: programa ambulatorio de tratamiento y prevención de adicciones o dependencias así como los problemas derivados de las mismas.
4. Programa Familias: asesoramiento y apoyo a familias que tienen un miembro con adicción o en proceso de desarrollarla.
5. Comunidad Terapéutica: centro residencial de tratamiento y prevención indicada de adicciones.
6. Reinserción: acompañamiento educativo-terapéutico en el proceso de integración social de personas con adicción.
7. Llave: programa educativo-terapéutico en Centro Penitenciario para problemas de adicción.
8. Kairós: evaluación, orientación y derivación al recurso apropiado en función de la problemática en adolescentes.
9. Identidad: prevención indicada en adolescentes en situación de alto riesgo.
10. Brújula: prevención selectiva de adolescentes en situación de riesgo.
11. Faro: prevención para padres, educadores y población general; Formación en prevención a mediadores sociales.
12. PAR: apoyo, asesoramiento y formación a familias de adolescentes en situación de riesgo.
13. Ariadna: programa de tratamiento y prevención de adicciones sin sustancia “especialmente en cuanto a las TIC Tecnologías de la Información y Comunicación” para adultos y para adolescentes.

6.5. Recorrido de los pacientes

Cuando un paciente llega al centro, se lo acoge de inmediato, y como explicaremos más adelante, se tiene una primera cita donde se atiende su demanda y se recogen unos primeros datos. Este primer encuentro está ubicado en un dispositivo que se hace llamar *programa de Primeros Coloquios*. En otros lugares se denomina, acogida, admisión, o primeras entrevistas, etc. Tras varias entrevistas de valoración, se prepara al usuario para ser derivado al programa que se ajuste más a sus necesidades. Esta derivación siempre es acordada con el paciente; es decir, se cuenta con él en la decisión que se determine.

A la hora de la selección de los pacientes, el único requisito que se le pide, es que él quiera “algo”; es decir, lo único que se exige para aceptar a un paciente es que quiera mejorar algún aspecto de su vida, que quiera dejar las sustancias, etc. Esto quiere decir que si una persona no quiere nada de nada, y tan sólo quiere “estar por estar”, en principio no sería aceptado.

Como hemos expuesto antes, Proyecto Hombre Burgos tiene varios tipos de tratamientos. Así, podemos encontrar a un usuario que sólo pida un tratamiento de metadona, o a otro que demande ser tratado en una Comunidad Terapéutica ya que precise de más contención, o a otro que demande un tratamiento para su hijo menor de edad, etc.

Pero, en lo que respecta al presente trabajo, sólo son dos programas los que se evalúan: el tratamiento ambulatorio y la Comunidad Terapéutica. En el caso de entrar en el recorrido del tratamiento ambulatorio, el paciente comienza y finaliza en ese mismo tratamiento; no es así en el caso de comunidad, ya que después de la Comunidad Terapéutica, el usuario es destinado a otra estructura llamada reinserción. La reinserción puede llevarse a cargo en la propia vivienda del usuario o en los pisos que la entidad tiene habilitados para este fin.

6.6. Definición de los programas

6.6.1. Primeros Coloquios

Según la fundamentación del propio programa: *Primeros Coloquios* es un programa que asume una doble función, de una mano y dentro de un espacio de acogida, recoger la primera petición de ayuda y, de otra mano, se ofrece información a los usuarios y a sus familias de los distintos recursos del programa. En otro orden de cosas, también asume como finalidad trabajar en red y realizar la derivación a otros dispositivos, ya sean internos o externos al programa.

Marco teórico

Primeros Coloquios es un espacio terapéutico, de motivación y de toma de decisiones, siendo un momento muy importante en el cual el usuario tiene el protagonismo en todo momento.

La estructura de Primeros Coloquios está planteada desde la motivación para el cambio y hace hincapié en una escucha activa. Se ofrece la posibilidad de que los usuarios tomen la decisión de cuál es el programa más adecuado para alcanzar sus objetivos, claro está, esta decisión es tomada junto con el asesoramiento del terapeuta.

Objetivo general

Acoger al usuario y sus demandas, canalizándolas hacia el recurso más adecuado que facilite la consecución de los objetivos del usuario.

Objetivos específicos

1. Identificar conjuntamente con el usuario el problema que le trae.
2. Recoger información e informar al usuario de los posibles programas y sus objetivos.
3. Valorar conjuntamente con el usuario y el equipo la fase más adecuada.
4. Derivar al usuario al programa que se valore adecuado conjuntamente.
5. Recoger las derivaciones e intervenciones de los distintos programas o servicios de la red, dándoles una continuidad.
6. Recoger e informar a las familias y el entorno de referencia de los recursos que Proyecto Hombre Burgos ofrece.

Número de grupos y coloquios por semana en el programa ambulatorio
Primeros Coloquios.

Tabla 22. Frecuencia de grupos, coloquios y seminarios de Primeros Coloquios

Nº de grupos	Nº de colóquios	Nº de colóquios totales.
Uno a la semana.	Variable. Se puede citar a un usuario a diario, todos los días, aunque lo más frecuente es tener una o dos entrevistas a la semana.	Cuatro entrevistas de media.

6.6.2. Programa ambulatorio (IRIS)

Según afirma la propia fundamentación del programa IRIS, es un “signo” de nuestros tiempos la existencia de un perfil de persona adicta que ha roto con esquemas anteriores; estamos ante personas con conductas adictivas que compatibilizan su adicción con el ritmo intenso de trabajo y de vida. Un ritmo propio de la sociedad actual.

La cocaína, como “la reina” de las drogas en este contexto, se ha impuesto en el *ranking* de sustancias adictivas, asociándose a valores actuales como el individualismo, la inmediatez o el hedonismo. Asimismo, otras sustancias (también “viejas conocidas” como el alcohol, el *hachís* o cualquier tipo de pastillas) siguen estando presentes como formas de placer y evasión.

Pues bien, este tipo de casuística empezó a llegar a los centros de tratamiento de drogodependencias, y se hizo necesario responder, aunque ello supusiera en unos casos la renovación de estructuras o incluso el replanteamiento del trabajo realizado durante años. Así surge el Programa Iris.

Estas nuevas demandas de tratamiento se refieren no sólo a cambiar los nuevos hábitos adictivos, sino que también exigen la adaptación de los procesos

terapéuticos a los contextos particulares, de tal forma que muchos quieren, legítimamente, seguir haciendo compatible su proceso de cambio personal con su actividad laboral y con la permanencia en su familia y, continuar con su ámbito de relaciones y actividades de tiempo libre.

Se considera fundamental aprovechar los recursos que atesora la persona y, por lo tanto, apostamos por una forma de trabajar conjunta, esto es, que aproveche el entorno de relaciones que ya tiene el usuario. Es decir, en definitiva son personas que por su menor gravedad y menor deterioro, pueden ser tratadas ambulatoriamente, obviamente en estas circunstancias se debe fomentar todo lo que ayude a estabilizar el usuario, trabajo, familia, etc.

Según reza la fundamentación de este programa, el objetivo es acompañar a la persona hasta que pueda llegar a ser plenamente responsable de sus decisiones y vivir en un marco de valores que asuma con libertad. Pensamos que la desestructuración provocada por un proceso reiterado y mantenido en el tiempo de consumo de sustancias, no es sólo una realidad producida por las drogas, sino más bien consecuencia de un estilo de vida determinado; por ello el abandono de las “conductas adictivas” es requisito para recuperar la autonomía e independencia.

6.6.2.1. Estructura del programa

El programa ambulatorio denominado IRIS lo conforma un equipo multidisciplinar de profesionales formado por psicólogos, pedagogos, educadores sociales y psicoterapeutas.

Tiene como función y objetivo principal, asesorar y ayudar a resolver problemas derivados de un proceso de adicción o dependencia, así como superar la adicción misma en aquellas personas que quieran recuperar y/o potenciar su capacidad de decisión y autonomía en los ámbitos en los que la hayan perdido o debilitado, aprovechando las estructuras de apoyo externo con las que cuentan. Está dirigido a personas mayores de 21 años, que cuenten con apoyo social (familia, pareja o amigos), así como un soporte económico que permita su autonomía; personas que necesiten apoyo especializado para realizar cambios positivos en su vida.

El programa ambulatorio consiste básicamente en tratamiento psicológico ambulatorio a través de: a) grupos de trabajo terapéuticos; b) seminarios terapéuticos; c) terapia individual; d) terapia familiar y de pareja.

IRIS está dividido en tres momentos: en la primera fase se esboza una definición del problema, en una segunda fase hay ejecución y elaboración de soluciones, y en una tercera fase se consolida el trabajo realizado, teniendo siempre en cuenta que el proceso no es lineal, es decir que cada caso debe ser individualizado.

6.6.2.2. Mínimos para acceder al programa

Toda persona mayor de 21 años, que haya visto afectados sus valores o estilo de vida por algún proceso de adicción o de dependencia, y que cuente con soporte económico, apoyo social y afectivo, es decir, familia, amigos y/o pareja que esté dispuesto a acompañarle en el proceso terapéutico.

Será admitido siempre que sus hábitos adictivos le permitan seguir insertado en la sociedad y que no necesite de una estructura de contención que le “frene” o “separe” del hábito adictivo. Antes de ingresar debe haber efectuado una consulta médica para tener un diagnóstico psiquiátrico y, estar dispuesto a llevar a cabo el tratamiento farmacológico, en caso de ser necesario, cuyas tomas deberán ser supervisadas por un acompañante. Debe respetar el compromiso de asistencia a los coloquios y grupos. Según el propio programa, si en el transcurso del proceso terapéutico desaparecieran los mínimos exigidos referentes al control en el consumo de modo que suponga una agresión y un daño a la integridad de la persona, el usuario quedará excluido del Programa Iris.

6.6.2.3. Fases

Fase 1.^a: *Motivación*

Esta fase asume como objetivo que el usuario tome conciencia del problema y se afiance en la decisión de cambiar. Este trabajo pasa por establecer una fuerte alianza y supone fijar entrevistas con su red natural de apoyo. Se trabaja a nivel individual (en entrevistas) y a nivel colectivo (en grupos de trabajo terapéutico). Al inicio, los coloquios tendrán una periodicidad semanal y se irán distanciando (cada dos semanas), siempre valorando la individualidad de cada proceso. Una vez definida la meta a conseguir se pasa a la segunda fase, de trabajo personal.

Fase 2.^a: *Trabajo personal*

En esta fase cada usuario define cuál va a ser su trabajo a realizar para la consecución de la meta marcada en la fase anterior. Se hará a través de contratos terapéuticos en los que se establecerán los objetivos a conseguir, se definirán los medios de los que se dispone. Por último se definirá un tiempo para la evaluación de dicho contrato terapéutico y se pondrán de manifiesto las posibles interferencias y los límites personales.

La fase de trabajo personal se desarrolla principalmente en los grupos de autoayuda; y teniendo entrevistas como soporte del trabajo grupal. Si en algún momento del proceso fuera necesario se harían coloquios con una frecuencia mayor.

Cuando el usuario ha conseguido su meta pasa a la fase de consolidación. La duración de esta fase varía en el arco de un año a un año y medio.

Fase 3.ª: *Consolidación*

Tras haber conseguido sus objetivos y haber realizado la evaluación del último contrato terapéutico, el usuario comunicará esta evaluación al grupo de trabajo terapéutico y se despedirá de él.

Empezará un trabajo de mantenimiento de logros, de consolidación de objetivos, que se hará a nivel individual en coloquios con el terapeuta.

Tras la superación de esta etapa, durante un tiempo no inferior a un año, se realizará una evaluación de todo el proceso, y a su término, se producirá el alta terapéutica.

Alta terapéutica de IRIS

La valoración se hará en función de la consecución de las metas individuales propuestas y, tras haber evaluado su contrato terapéutico y los objetivos de fase.

En la evaluación final se tendrá en cuenta: Desaparición de la dependencia o control de la misma (según la meta del usuario). Adquisición y potenciación de la capacidad de decisión. Constatación de un proceso de cambio realizado a nivel conductual, cognitivo y afectivo. Permanencia de la relación con las estructuras externas de apoyo –familia, amigos, pareja, etc.– o creación de nuevas.

Todo esto significa que el usuario ha debido permanecer en fase de consolidación con estos objetivos conseguidos, como mínimo, un año.

6.6.2.4. Instrumentos

Coloquios

Su objetivo es motivar al usuario, acompañar y apoyar el trabajo del grupo y los contratos terapéuticos. Según las fases, la periodicidad de los coloquios podrá ser:

- Fase de motivación: al inicio serán semanales y, posteriormente, podrán ser quincenales.
- Fase de trabajo personal: la frecuencia será de un coloquio cada dos semanas. En casos excepcionales la frecuencia de los coloquios podrá ser semanal.
- Fase de consolidación: en general se tendrá una entrevista cada 15 días, salvo excepciones o situaciones especiales.

Contrato terapéutico

En la fase de motivación se establecerá la meta que el usuario quiere conseguir en su proceso, es decir el paciente decide dónde quiere llegar en el tratamiento y cómo conseguirlo, todo esto se traduce en unos objetivos y unos medios. Se trabajará sobre las áreas social, familiar, de responsabilidad y tiempo libre, desde los ejes: afectivo-cognitivo-conductual. El guión que se seguirá en los contratos terapéuticos será: a) objetivos a corto plazo; b) medios para su consecución; c) posibles interferencias y dificultades en la consecución de los objetivos propuestos; d) establecimiento de sus límites personales; e) tiempo de revisión y evaluación de los objetivos. Tras la evaluación positiva del contrato terapéutico, se realizará otro nuevo contrato con una nueva propuesta de trabajo. Tanto la presentación del contrato terapéutico como la evaluación del mismo se realizarán por escrito y en grupo. Cada contrato se adapta a cada fase; así, por ejemplo, en la fase de consolidación de objetivos, se realizará un contrato en el que se establecerán los objetivos y logros a mantener.

Grupo de trabajo terapéutico educativo

Al grupo de trabajo terapéutico se accede con el compromiso, y no es otro, que respetar las normas de grupo: el horario, la confidencialidad de lo dicho en el grupo, no utilizar ningún tipo de violencia ni física ni verbal, y no asistir al grupo bajo los efectos de sustancias psicoactivas. Para mantener el espíritu de autoayuda en el grupo, se pide que no se traslade la relación creada en el espacio terapéutico a otro espacio de ámbito social. En el grupo de autoayuda se tratarán los objetivos personales y las dificultades que vayan surgiendo, se analizarán las fortalezas, los éxitos y fracasos, todo ello tanto a nivel cognitivo como afectivo y conductual. Se pretende que sea el mismo grupo el que confronte, que se exijan unos a otros, que organice tiempos. La existencia de retroalimentación (*feedback*) al final del grupo será fundamental para valorar y hacer una conclusión personal.

Seminarios

Su objetivo es dar información y ofrecer formación. Tienen una periodicidad mensual. Los seminarios se planificarán en base a programaciones anuales y se tratarán ejes transversales tales como: *Qué es Proyecto Hombre. Seminario médico. Sexualidad. Autoayuda. Las tres áreas de la personalidad. Emociones y sentimientos. Mensajes racionales y mensajes irracionales. Valores y sentido de vida. Proceso personal. Toma de decisiones. El contrato terapéutico. Comunicación y escucha. Límites personales. Fases de la deshabituación de la cocaína. Saber decir adiós. Autoestima. Asertividad. Tiempo libre y ocio. Prevención de recaídas.* Y otros temas que se abordarán dependiendo de la evolución del grupo. En cuanto al

programa IRIS, el índice de retención es de 17,8 meses de media. En relación al número de grupos y coloquios que tienen lugar de forma sistemática en el programa ambulatorio IRIS (ver tabla 22 bis).

Tabla 22 (bis). Frecuencia de grupos, coloquios y seminarios del programa ambulatorio (IRIS)

Nº de grupos	Nº de coloquios	Seminario Taller
Semanales	Fase I semanal	Mensuales
	Fase II quincenal	
	Fase III quincenal	

6.6.3. Comunidad Terapéutica (CT)

6.6.3.1. Estructura del programa

La Comunidad Terapéutica está dirigida por un equipo multidisciplinar de profesionales formado por psicólogos, pedagogos, educadores sociales y psicoterapeutas. La Comunidad incluye otros servicios integrados en Proyecto Hombre Burgos como: abogado, enfermera, médico, pedagogo y psicólogo. Este recurso altamente especializado está destinado a personas que sufren problemas de drogodependencias y adicciones en general, y las consecuencias de las mismas.

El objetivo fundamental de la comunidad es ayudar a personas con adicción o dependencia a superar su problemática, ofreciendo un espacio residencial que permita: a) un tratamiento educativo-terapéutico; b) un contexto que facilite el refuerzo de su personalidad, ya que todo ello está destinado a que el paciente aprenda a desarrollar sus capacidades personales y fomente las potencialidades; c) un cambio personal que mejore su calidad de vida; d) una desintoxicación y deshabitación de drogodependencias; e) la prevención de riesgos de salud; f) la mejora de la comunicación y relación familiar.

Por último cabe destacar que los tratamientos son individualizados, utilizándose terapia individual, grupal y familiar desde una intervención biopsicosocial.

6.6.3.2. Fases

Fase 1

El objetivo principal de la primera fase es entender e integrar el sistema terapéutico del centro como método para el cambio personal.

Los objetivos específicos son los siguientes:

1. Realizar un proceso de desintoxicación.
2. Adquirir hábitos de aseo, higiene, alimentación, vestimenta, etc.
3. Actualizar su situación jurídica, médica y social.
4. Aceptar las normas, aceptar los límites, las reglas de convivencia, los criterios de actuación y las responsabilidades personales.
5. Conocer los instrumentos terapéuticos de toda la Comunidad.
6. Aceptar el sistema terapéutico.
7. Decidir cambiar.

Para conseguir estos objetivos se utilizan los siguientes instrumentos: entrevista personal, coloquios individuales, grupo de convivencia, grupo de autoayuda, seminarios, dinámicas, encuentro de motivación, encuentro de confrontación, sectores de trabajo.

Semanalmente se realiza con las familias un grupo o taller-seminario a la semana.

Fase 2

El objetivo general de la segunda fase es comenzar el proceso de conocimiento y cambio en las tres áreas de la persona.

Los objetivos específicos son:

1. Identificar los problemas a elaborar.
2. Iniciar la terapia en relación a sus conflictos personales, duelos, etc.
3. Mostrar una coherencia comportamental en la aceptación de límites y criterios de la Comunidad Terapéutica.
4. Integrar el sistema terapéutico.

Para conseguir estos objetivos se utilizan los siguientes instrumentos: entrevista, coloquios, grupo de convivencia, grupo de autoayuda, seminarios, dinámicas, encuentro de motivación, encuentro de confrontación, grupo de fin de semana, ficha de seguimiento personal, sectores de trabajo.

Fase 3

El objetivo general de esta fase es profundizar en el autoconocimiento para posibilitar el crecimiento personal.

Los objetivos específicos son:

1. Potenciar sus propios recursos, habilidades y estrategias.

2. Iniciar, desarrollar y mantener el proceso de cambio personal en las tres áreas –afectivo, cognitiva y conductual–.
3. Mejorar la comunicación.
4. Trabajar el proceso de recaída: trabajar los factores de riesgo y protección como medio de prevención.
5. Aprender a hacer un uso adecuado del tiempo libre e integrarlo en su proceso personal y en el nuevo estilo de vida elegido.
6. Fomentar las relaciones interpersonales sanas.

Para conseguir estos objetivos se utilizan los siguientes instrumentos: Anamnesis. Seminarios cada quince días. Sonda sexual opcional por proceso. Sonda familiar opcional por proceso. Grupos dinámicos, semanales. Grupos estáticos (al menos uno). Grupos de trabajo semanales. Grupos de salida. Ficha de seguimiento personal. Taller de sexualidad quincenal.

Fase 4

El objetivo general de esta cuarta fase es mantener el cambio personal e iniciar su puesta en práctica en el exterior.

Los objetivos específicos son:

1. Identificar los recursos, estrategias, habilidades que se han empleado y han funcionado.
2. Decidir continuar el proceso de cambio en las tres áreas.
3. Trabajar y crear estrategias para mejorar la comunicación en la familia.
4. Conocer los riesgos y puesta en práctica de estrategias de prevención de recaídas.
5. Desarrollar habilidades sociales para las relaciones interpersonales.
6. Potenciar actividades y relaciones sociales fuera de la Comunidad Terapéutica.
7. Potenciar sus aficiones en la Comunidad Terapéutica y fuera de ella.

Para conseguir estos objetivos se utilizan los siguientes instrumentos: seminarios quincenales, sonda sexual (opcional), grupos dinámicos semanales, grupos estáticos, grupos de trabajo donde se va realizando un seguimiento de los objetivos propuestos por cada persona, grupos de salida de fin de semana, ficha de seguimiento personal (3.^a), taller sexualidad cada 15 días.

6.6.3.3. Criterios para la posible finalización en la CT

- Se han tenido que identificar los recursos, las estrategias y las habilidades que el usuario ha empleado y han funcionado dentro del proceso de cambio en CT.
- El paciente ha de conocer los riesgos de recaídas en las adicciones y las formas de poner estrategias de prevención.
- Es necesario haber trabajado en el proceso terapéutico la gestión de los sentimientos placenteros y displacenteros.
- Puesta en práctica de lo aprendido en la Comunidad Terapéutica: relaciones interpersonales, *hobbies*, gestión económica y tiempo libre.
- Conocimiento y cambio personal en las tres áreas de la persona: cognitivo, conductual y afectivo.
- Capacidad de tomar decisiones en relación a su autonomía personal, identificando y siendo coherente con sus valores.
- Ser consciente del problema identificado y haber trabajado aspectos para la solución del mismo.
- Identificación de valores personales.

Número de grupos y coloquios

El índice de retención es de 4,88 meses de media, (año 2008-2009). Número de grupos y coloquios por semana en la Comunidad Terapéutica.

Tabla 23. Frecuencia de grupos, coloquios y seminarios de Comunidad Terapéutica

Nº de Grupos	Nº de coloquios	Nº de seminarios	Grupo de Tiempo Libre	Encuentros (confrontación y valoración)
4	1	1	1	5

7. CONSIDERACIONES FINALES DE LA PRIMERA PARTE

En esta primera parte hemos recurrido a un breve resumen de los principales temas relacionados con el tratamiento de las drogas. Desde un inicio se ha intentado dejar constancia de las valoraciones “casi siempre relativas” que podemos hacer sobre las sustancias psicoactivas, ya que no son por sí mismas ni malas ni buenas, se nos exige, pues, un esfuerzo extra a la hora de entender esta problemática.

Se han expuesto los principales conceptos como adicción, abuso, intoxicación, dependencia, conceptos que en muchos casos no están demasiado claros como, sin ir más lejos, el mismo constructo “de adicción”, y aún no siendo la intención de este trabajo, se ha expuesto cuál sería la definición más conveniente en cada caso.

Nos hemos detenido en la epidemiología que, en un principio justifica y fuerza casi todos los cambios que se realizan en los tratamientos y en la prevención a través de los años. De hecho, descubrir los nuevos perfiles en Proyecto Hombre Burgos es una de las razones del presente trabajo. Son muy destacables las amplias transformaciones que se han ido sucediendo en estas últimas décadas en cuanto a las sustancias consumidas y al perfil de consumidores. De aquellas personas con problemas con la heroína, al fenómeno del botellón.

Dedicamos un capítulo entero a exponer los diferentes tipos de tratamientos fraguados específicamente para personas que poseen problemas de adicción, programas que diferenciamos en cuatro niveles. El primer nivel o atención general lo entendemos por todas aquellas personas o entidades que intervienen de alguna u otra forma y pueden hacer una derivación y a la par informar, por ejemplo los médicos de cabecera. Esbozamos un segundo nivel fundamentalmente de tratamientos ambulatorios donde ya encontramos programas

especializados, un tercer nivel donde ubicamos los tratamientos intensivos de alto umbral o alta exigencia como puede ser la Comunidad Terapéutica, y por último, un cuarto nivel donde ubicamos la reinserción y los programas de inserción social y laboral.

Pasando a otro capítulo, de un tiempo a esta parte subrayamos la importancia de la evaluación de los programas, y no solamente la evaluación de las personas. Asimismo ofrecemos un breve recorrido de los estudios más importantes de estas últimas décadas, la mayoría de ellos con origen en países como Estados Unidos y el Reino Unido.

En otro orden de cosas, se ofrece un repaso de la breve historia de Proyecto Hombre en España, breve tanto por los años que han transcurrido como por la escasa literatura recogida sobre el tema; una Asociación que sabiendo conjugar los actuales modelos y técnicas de la psicología nunca ha dejado de atesorar un carácter humanista en sus intervenciones terapéutico educativas, ya que ciertamente “los avances técnicos no se han acompañado nunca de ningún avance moral”, Colina (2007).

Se exponen algunas apuestas de Proyecto Hombre Burgos, sus líneas de trabajo y algunas de las apuestas en la última década como puede ser la entrevista motivacional, o las teorías del cambio, etc. Se ha intentado exponer la actual necesidad de realizar estudios como el presente, se insiste, aunque la historia sea relativamente breve, –hace poco se celebraron los 25 años de Proyecto Hombre Madrid–, los tratamientos terapéuticos educativos para drogodependientes acaparan una larga tradición, de hecho el origen de la Comunidad Terapéutica se puede establecer en Alemania, concretamente en Tegel (Berlín), hace casi un siglo.

Finalmente se deja constancia de algunos textos que son de interés para entender el presente trabajo, y que a buen seguro agradecerá el lector, como puede ser la explicación, justificación e instrumentos de los programas evaluados, el programa ambulatorio llamado IRIS y la Comunidad Terapéutica, y para finalizar, a modo de anexo dejamos constancia de algunos otros textos de interés como una breve explicación de cada herramienta terapéutica utilizada en estos programas.

PARTE II

8. INVESTIGACIÓN

8.1. Introducción

La importancia de evaluar la situación actual de los drogodependientes y la necesidad de optimizar los programas terapéuticos de Proyecto Hombre Burgos, fueron razones suficientes para que en el año 2005 se iniciara la presente investigación. La aplicación de los cuestionarios junto con la recogida de datos se realizó en dos momentos claramente diferenciados, durante el primer mes de tratamiento, en la denominada fase de Acogida o Admisión, y en un segundo momento, establecido a los seis meses de tratamiento. Esta segunda parte es el resultado pormenorizado de estos análisis.

Dentro del primer mes, en la Acogida o Admisión se evalúa a todos y cada uno de los usuarios que ingresan en el centro. En el caso de no saber leer o escribir, o tener dificultades en ello, el terapeuta lo ayuda. Tras la Acogida los pacientes son derivados a diferentes programas ajustados a sus necesidades, pero en la presente investigación, de los 13 programas que están en funcionamiento actualmente en la entidad hemos acotado a dos el número de tratamientos a estudiar, esto quiere decir hemos analizado a los pacientes que fueron admitidos en estos dos programas y permanecieron en ellos seis meses: uno, la Comunidad Terapéutica, y el otro un programa Ambulatorio llamado IRIS.

En una primera aproximación vemos que los datos de diferentes investigaciones nos ofrecen unos perfiles que han ido cambiando y evolucionando a través de los años, por ejemplo en la década de los años 90 existía un claro perfil de heroinómano. Teniendo en cuenta que existe una continua evolución, todo apunta a la necesidad de plantear como primer objetivo establecer nuevas agrupaciones de pacientes en virtud de diferentes variables, por ejemplo: el consumo de sustancias, la gravedad de la adicción, la situación médica del paciente, el empleo, su situación sanitaria, su situación judicial, etc. De esta forma se

pretende obtener diferentes grupos homogéneos. Tipologías que nos permitirán configurar la realidad de la población estudiada y por añadidura, realizar estas agrupaciones de pacientes simplificará los diferentes análisis estadísticos desde una metodología fundamentalmente cuantitativa.

Como segundo objetivo se quiere evaluar en qué cambian los pacientes a los seis meses de tratamiento; esta segunda investigación pretende ahondar en la comprensión de la problemática de las drogodependencias a través de la exposición y análisis de algunos procesos psicológicos involucrados en la conducta adictiva.

Como consecuencia de ello se pudo tener la oportunidad de optimizar las actuaciones terapéuticas, ya que al fin y al cabo se trata siempre de mejorar los tratamientos en pro de un mejor servicio.

Para concluir, si fuera necesario resumir en pocas palabras la intención y objetivo fundamental de este estudio, es comprobar si existen diferentes perfiles en los usuarios y, por otro lado, comparar los cambios acaecidos en los pacientes a los seis meses del proceso educativo-terapéutico, es decir, con una mirada nueva poder saber cuáles son los nuevos perfiles y los beneficios del tratamiento de la Comunidad Terapéutica.

ESTUDIO 1

Objetivo: Realizar diferentes tipologías de pacientes drogodependientes en virtud de diferentes variables como: consumo de sustancias, gravedad de la adicción y otras variables sociodemográficas.

ESTUDIO 2

Objetivo: Poner de manifiesto las diferencias, entre el primer mes y a los seis meses de tratamiento en la Comunidad Terapéutica, en diferentes variables terapéuticas.

9. ESTUDIO DE PERFILES DE DROGODEPENDIENTES EN PROYECTO HOMBRE BURGOS

En primer lugar, para alcanzar el objetivo se agrupa a las personas en determinadas variables que sean de interés, por ejemplo las que padecen problemas con una determinada sustancia, las que poseen un determinado estilo de vida o están caracterizados por determinados comportamientos, etc.

Mediante el análisis de conglomerados se realizan diferentes agrupaciones de personas con problemas de drogodependencia que tengan algunas características comunes.

El fin es poder obtener grupos homogéneos, estas agrupaciones serán los nuevos perfiles que nos ayudarán a acotar la problemática, por añadidura entenderla mejor y poder realizar intervenciones más ajustadas a la realidad.

9.1. Objetivos

Analizar la población de drogodependientes en Proyecto Hombre Burgos en relación a las siguientes variables:

- Variables sociodemográficas: principal fuente de ingreso, género, relaciones familiares, etc.
- Variables de consumo: tiempo de consumo a lo largo de la vida, consumo de dosis o grandes dosis de alcohol, cocaína etc., y así sucesivamente con las demás sustancias.
- Variable gravedad de la adicción: enunciada en las siete áreas del Euro-
pASI, problemas médicos, empleo, con el alcohol y las demás sustancias, problemas legales, familiares/sociales y psicológicos.

Finalmente constituir grupos específicos homogéneos de drogodependientes mediante la realización de un análisis de conglomerados.

9.2. Hipótesis

La hipótesis inicial que planteamos es la siguiente: se espera obtener dos grupos de consumidores relativamente bien definidos, el primer grupo estará formado por pacientes que consumen preferentemente heroína, este primer grupo será un colectivo de más edad, la mayoría de ellos toman metadona y llevan consumiendo drogas más tiempo.

La segunda tipología serán los pacientes que consumen cocaína, en este segundo colectivo concurrirán personas con mayor poder adquisitivo, de menor edad y con un historial de consumo menor. Personas con un deterioro menor a nivel médico y psiquiátrico, por lo cual se cree que acuden fundamentalmente a programas ambulatorios.

Colorario 1: el grupo de consumidores de heroína presentará diferencias significativas en las variables sociodemográficas respecto al grupo de cocainómanos.

Colorario 2: el grupo de personas con problemas con la heroína mostrará una pauta de consumo más elevada, mayor duración. En definitiva, es un grupo que presentará unos consumos más cronificados.

Colorario 3: se encontrarán diferencias a nivel de gravedad de la adicción, enunciado en las siete áreas empleadas. Los índices serán: problemas médicos, empleo, con el alcohol y las demás sustancias, legales, familiares/sociales y psicológicos.

9.3. Método

9.3.1. Selección del dispositivo que atiende a drogodependientes

El dispositivo asistencial seleccionado para el presente estudio fue Proyecto Hombre Burgos. Centro que desde hace años apostó por la investigación y que en la actualidad posee un Departamento de Investigación I+D con el fin de mejorar en sus tratamientos y la prevención. El lugar natural de las *primeras entrevistas* o *admisión* está situado en la ciudad de Burgos y es llamado Acogida. En la Acogida hay establecidos dos requisitos mínimos para poder desarrollar una entrevista inicial: en primer lugar no estar bajo los efectos de las drogas en ese momento, puesto que la entrevista sería confusa a la par que inviable en la mayoría de los casos; el segundo requisito consiste en la no utilización de la violencia tanto física como psicológica en ninguna de las instalaciones de la entidad.

En el proceso de selección se tuvieron en cuenta estos criterios mínimos de exclusión e inclusión. Por otro lado, cabe destacar que se trata de un centro privado, conveniado, gratuito y que a la hora de aceptar a los pacientes, no hace ninguna diferenciación a nivel socioeconómico, étnico o cultural.

El centro tiene como fin desde hace varias décadas el tratamiento de las drogodependencias y su prevención e incluye también a las familias desde un riguroso abordaje clínico y educativo. Desde el año 2004 posee el certificado de calidad ISO 9001:2008 UNE. Desde una perspectiva integradora cuenta con programas destinados a cubrir las diferentes necesidades de este colectivo, desde la primera acogida, la comunidad, los programas ambulatorios, a programas de cuarto nivel diseñados para las últimas fases del tratamiento como la reinserción.

Son programas con un marco delimitador y unos objetivos claros, pero por otro lado flexibles en cuanto a las líneas de actuación terapéutica educativa, es decir, los procesos se individualizan y se ajustan también a los objetivos del paciente.

Otra cuestión que conviene tratar es que en el centro se atiende a personas con adicción a cualquier sustancia psicoactiva y adicciones sin sustancia o comportamentales.

Cuenta con un equipo multidisciplinar conjugado por psicólogos, psiquiatras, abogado, personal de enfermería, trabajadores sociales, educadores sociales y monitores. De esta forma se ofrece una cobertura lo más integral posible para una mejor atención hacia las personas con problemas de adicciones y sus familiares.

9.3.2. Participantes

La muestra fue extraída fundamentalmente de personas de la zona geográfica donde se ubica el Centro. La obtención de los participantes fue algo sencillo ya que se seleccionaron todos los usuarios mayores de 21 años que llegaron al Centro.

Durante este corto periodo de tiempo todas las personas fueron diagnosticadas según los criterios del DSM IV-TR. Los usuarios a los que se les administró el protocolo de evaluación fueron informados de la finalidad evaluativa e investigadora de los cuestionarios; en este sentido todos los pacientes dieron su consentimiento para su participación en el estudio, en suma, los usuarios realizaron los test libremente. Estos cuestionarios se aplicaron en el arco temporal desde junio de 2005 hasta enero de 2008. Después se introdujeron los datos en un programa de ordenador SPSS. Finalmente se obtuvo una muestra de 204 pacientes, de los cuales 159 personas realizaron un tratamiento en la Comunidad Terapéutica (CT) y 32 realizaron un tratamiento ambulatorio. Los datos nos muestran que la edad media es de 33,08 con edades comprendidas

entre los 22 años y los 56 años. De todos los encuestados son varones el 88,7% y mujeres el 11,3%, (181 varones y 23 mujeres). El 3,9% de los encuestados son de nacionalidad extranjera.

9.3.3. Formación del equipo de campo

Se formó previamente a los clínicos del centro para que aplicaran las pruebas correctamente y se explicó detalladamente cada parte de los diferentes cuestionarios. En la formación que recibieron por igual, los sanitarios mostraron las posibles dificultades, se resolvieron dudas y sirvió como acicate para familiarizarse con los protocolos y como entrenamiento previo, aunque no se les informó de los objetivos del estudio, es decir, desconocían lo que se pretendía evaluar. Se usó la técnica denominada de doble ciego, donde ni el evaluado ni el evaluador son conocedores de lo que finalmente se pretende estudiar.

Las personas encargadas de la aplicación de los cuestionarios mostraron interés en todo momento; se debe subrayar que son terapeutas que tenían suficiente experiencia y pericia en el trato con las personas con problemas de drogodependencias.

Se valoró que los profesionales que aplicaran el protocolo de evaluación tuvieran interés por la evaluación y se tuvo en cuenta si habían tenido otras experiencias en anteriores investigaciones. Asimismo se tuvo en consideración la posibilidad de aplicar los cuestionarios dentro del horario laboral de los trabajadores de la entidad. Para finalizar, se les dijo que recibirían la publicación del estudio o un resumen del mismo, con los resultados de las evidencias encontradas.

9.3.4. Instrumentos

Como ya se ha expuesto se realizan dos estudios, para la primera investigación se realizó un análisis de conglomerados esencialmente con los datos obtenidos del EuropASI. Para el segundo estudio, se eligieron una serie de test adaptados a la población española que consiguieran recoger la suficiente información sobre las variables que se desean estudiar y así poder demostrar la hipótesis que se trazó al inicio. Las preguntas de los cuestionarios están destinadas a escudriñar ciertos aspectos del usuario con problemas de drogas. En este caso nos interesa: a) explorar su estado y proceso de cambio; b) obtener información objetiva sobre el balance decisional; c) información referente a la expectativa de autoeficacia que tiene el paciente, d) sobre su conflicto decisional de abandonar las drogas; e) y sobre la variable agresividad. Evaluar, en suma, ciertos aspectos que han podido de alguna manera favorecer o mantener una drogodependencia. Pero sobre todo, una vez controlados esos factores, poder mejorar el tratamiento.

En definitiva ambos estudios obtienen sus datos de los cuestionarios que a continuación se exponen, cuestionarios que son aplicados como ya se ha dicho en dos momentos bien diferenciados, al primer mes de tratamiento y a los seis meses.

En la primera fase, los instrumentos de evaluación aplicados fueron los siguientes:

- a) EuropASI, este cuestionario recoge datos sociodemográficos, situación médica, empleo/soportes, uso de alcohol y drogas, situación legal, historia familiar, relaciones familiares y sociales, estado psiquiátrico.
- b) SCL-90 (Derogatis 1975) Psicopatología, versión abreviada.
- c) IPDE Trastornos de personalidad.
- d) Escala de evaluación del cambio de la Universidad de *Rhode Island* (URICA).
- e) Inventario de procesos de cambio (Tejero y Trujols, 1994), versión genérica drogas. Procesos de cambio según el modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente.
- f) Cuestionario de Balance Decisional (Tejero y Trujols, 1994), versión genérica: drogas.
- g) Cuestionario de Autoeficacia – situaciones de riesgo. Tentación/autoeficacia. 30 ítems por columna.
- h) AQ. Cuestionario de Agresión (Buss y Perry, 1992).

La segunda fase de la aplicación se establece cuando el usuario lleva seis meses de tratamiento. Se le aplican seis protocolos de evaluación que exponemos a continuación.

- EuropASI, este cuestionario recoge datos sociodemográficos, situación médica, empleo/soportes, uso de alcohol y drogas, situación legal, historia familiar, relaciones familiares y sociales, estado psiquiátrico.
- Escala de evaluación del cambio de la Universidad de *Rhode Island* (URICA).
- Inventario de procesos de cambio (Tejero y Trujols, 1994), versión genérica: drogas. Procesos de cambio según el modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente.
- Cuestionario de Balance Decisional (Tejero y Trujols, 1994), versión genérica: drogas.
- Cuestionario de Autoeficacia – situaciones de riesgo. Tentación/autoeficacia. 30 ítems por columna.
- AQ. Cuestionario de Agresión (Buss y Perry, 1992).

a) EuropASI –*European Adaptation of Addiction Severity Index*–

En primer lugar se realizó un análisis estadístico de los resultados del EuropASI. Se analizaron los datos descriptivos en todas las variables cualitativas y cuantitativas de la muestra general, esto nos permitió tener una visión global de la población con la que trabajamos. Destacamos a modo de apunte y siguiendo a Alfonso García (2009), que este cuestionario *Addiction Severity Index* -EuropASI- ha sido el más utilizado para la recogida de información en este tipo de investigaciones.

Originariamente fue diseñado en Estados Unidos, aunque la versión que hemos aplicado es la adaptación europea. El Índice Europeo de Gravedad de la Adicción (EuropASI) (Bobes y col., 1996; Guerra, 1994a, 1994b) se trata de una entrevista clínica semiestructurada. La duración de aplicación de este instrumento heteroaplicado se estima entre 45 – 60 minutos. Este cuestionario nos entrega una visión de la magnitud del problema del paciente y nos da pistas sobre qué elementos han podido contribuir al problema de la drogodependencia. A la par también es útil para la investigación, ya que se puede pasar antes y después del tratamiento, con lo cual se logra analizar los cambios en las diferentes áreas que son independientes entre sí.

Este cuestionario “consta de 159 ítems que exploran siete escalas de composición variable de ítems que permite dos tipos de puntuaciones por escala: 1) la valoración de la gravedad por el entrevistador (VGE) [...] y 2) una puntuación compuesta (PC) derivada de la suma ponderada de alguno de los ítems de cada escala”, Iraugi, González y Gisbert (2002).

El objetivo de este cuestionario es evaluar todo lo relacionado con el consumo de sustancias. Como hemos dicho, se divide en siete apartados independientes entre sí que aglutinan diferentes aspectos. Todos los apartados comienzan con preguntas estructuradas y terminan realizando unas preguntas subjetivas sobre los problemas expuestos, su gravedad y su necesidad de tratamiento. En relación a estas últimas preguntas subjetivas, la autoevaluación que realiza el paciente se basa en una escala tipo *Likert* (0: ninguna. 1: leve. 2: moderado. 3: considerable. 4: extrema).

Como decíamos las últimas preguntas de cada apartado están relacionadas con la puntuación sobre la severidad y las responde el clínico a su propio juicio (VGE). La escala de severidad mide estimaciones de necesidades de tratamiento en cada área según el clínico. El rango de la escala oscila desde 0 (no necesita ningún tratamiento) hasta 9 (tratamiento necesario en situación de riesgo vital). La entrevista no consta de puntos de corte, de esta forma la interpretación de los resultados se basa en relación a la mayor o menor gravedad “por ejemplo” la adicción. En definitiva cada escala está basada en la historia de los síntomas, estado actual y

valoración subjetiva de sus necesidades de tratamiento en cada área. Asimismo, también podemos encontrar una serie de preguntas referidas a la situación del paciente, donde el clínico debe dictaminar si el usuario ha sido capaz de entender y comprender las preguntas. A continuación resumimos los siete bloques de preguntas:

1. Situación médica: en este apartado encontramos 16 ítems referidos a determinadas preguntas tales como si el usuario padece hepatitis, si se ha vacunado, si sufre VIH, cuántas veces estuvo hospitalizado, etc. Finalmente se pide una evaluación de la situación por parte del paciente.
2. Empleo/soportres: encontramos 26 ítems que abordan esta temática, aspectos tales como, por ejemplo, de dónde sacaba el dinero el paciente, hasta dónde duró su formación académica, cuál era la profesión, deudas que ha contraído y al final, como en cada apartado, se pide una evaluación del paciente.
3. Uso de alcohol y otras drogas: este apartado consta de 28 ítems, de forma sistemática se recoge información sobre la edad a la que empezó a consumir cada sustancia, se registra cuánto tiempo la consumió a lo largo de la vida y cuál era la vía de administración principal. Todas y cada una de estas preguntas se realizan con cada tipo de sustancia: heroína, cocaína, etc. Además este bloque incluye otra suerte de preguntas como: “¿Qué tratamientos realizó anteriormente? ¿Cuáles fueron los periodos de abstinencia?” Y como en los anteriores apartados, encontramos una evaluación del paciente.
4. Situación legal: 23 ítems que ofrecen una visión de la realidad “legal” del paciente. Este apartado incluye preguntas como: antecedentes, si está en libertad condicional, meses de estancia en prisión y recoge los tipos de delitos cometidos.
5. Historia familiar: en este apartado se pregunta con quién ha vivido el paciente, si con sus padres, solo, en qué tipo de ciudad vivió, etc.
6. Relaciones familiares y sociales: 26 ítems. Este apartado incluye preguntas referidas a las relaciones familiares, sobre si hubo abusos físicos, psíquicos o sexuales e interroga asimismo por otras relaciones. Como en todos los apartados podemos encontrar una evaluación subjetiva del paciente y otra a juicio del clínico.
7. Estado psiquiátrico: 22 ítems que muestran una panorámica de la situación psiquiátrica del usuario. En esta sección encontramos preguntas sobre si el paciente ha tenido intentos de suicidio, si ha pasado periodos de ansiedad o depresión, etc. Información de cuántos ingresos tuvo en salud mental y preguntas acerca del tratamiento psicológico recibido.

Todos estos datos sitúan mejor al clínico en el sentido de obtener una idea más correcta de la problemática del paciente.

b) Inventario -SCL-90-R-

El SCL-90-R. *Baltimore Clinical Psychometric Research*, es un Inventario de Evaluación Clínica de síntomas de Psicopatología. Se trata de un cuestionario autoaplicable que consta de 90 síntomas, su autor es Leonard Derogatis, (Derogatis, 1975). Es un cuestionario con 5 niveles de respuesta (0-4) y se estima que puede ser contestado en unos 30 minutos.

Es un cuestionario “breve adaptado y validado a la población española, tiene baremos obtenidos en diferentes contextos por el Doctor González Rivera que nos suministra dimensiones sintomáticas primarias. Los 90 síntomas nos ofrecen información sobre nueve dimensiones que son: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo”, TEA (2005) y un conjunto de síntomas diversos.

En cuanto a la *somatización*, es calculada por 12 ítems que reflejan los problemas propios del diagnóstico de somatización. La *obsesión compulsión* lo conforman 10 ítems. La *sensibilidad interpersonal* es calculada por 9 ítems que comprenden los sentimientos de inferioridad e insuficiencia personal. La *depresión* tiene 13 ítems, y 10 la *ansiedad*, la *hostilidad* está calculada por 6 ítems, la *ansiedad fóbica* por 7 ítems, la *ideación paranoide* integra 6 ítems, el *psicoticismo* 10, y hallamos en último lugar 7 ítems adicionales referidos a síntomas diversos.

Este inventario también ofrece tres índices globales. En primer lugar mide el Índice Global de Gravedad (GSI), que nos ofrece una media global de la intensidad del sufrimiento psíquico. El Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI) relaciona el número de síntomas con el sufrimiento o distrés; es un indicador de la intensidad sintomática media. Total de Síntomas Positivos (PST) calcula el número de síntomas presentes y la amplitud de la psicopatología encontrada. Es un instrumento que en poco tiempo permite un chequeo rápido y general del paciente, por lo cual este inventario se suele utilizar frecuentemente para investigación.

c) *Internacional Personality Disorder Examination* (IPDE)

La versión actual del *International Personality Disorders Examination* (IPDE) se desarrolló a partir del *Personality Disorders Examination* (PDE) y se ha realizado en dos módulos, uno para los criterios de los trastornos de la personalidad CIE-10 y el otro para el DSM-IV.

El Examen Internacional de Trastornos de la Personalidad (IPDE) (Loranger y col., 1994; adaptado por López-Ibor y col., 1996) es una entrevista clínica

semiestructurada, se utiliza para el diagnóstico y está organizado de una manera que intenta proporcionar un balance óptimo entre una entrevista clínica natural y espontánea, y los requisitos de estandarización y objetividad. El cuestionario autoaplicado consta de 59 ítems dicotómicos, verdadero *vs* falso.

Para la realización del presente trabajo se ha utilizado la versión basada en el CIE-10. El cuestionario (*screening*) subraya e identifica pautas, en relación a los trastornos de personalidad: F60.0 Paranoide, F60.1 Esquizoide, F60.2 Disocial, F60.30 Impulsivo, F60.31 Límite, F60.4 Histriónico, F60.5 Anancástico, F60.6 Ansioso, F60.7 Dependiente.

Como ya se expuso en el apartado de comorbilidad, la importancia de los trastornos de la personalidad en psicología es evidente, tanto por su propia prevalencia como por el papel que juegan en comorbilidad con otros trastornos. Podemos resumir de los estudios anteriormente expuestos en la primera parte que son entre un 30% a un 50% los pacientes que además de padecer una drogodependencia sufren al mismo tiempo un trastorno de la personalidad, y esto hace que la evolución del cuadro por el que acuden al clínico, probablemente sea más complicado de lo que en principio cabría esperar.

d) Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de *Rhode Island* (URICA)

Como su nombre indica, es una escala de evaluación del cambio diseñado en la Universidad de *Rhode Island*; *University of Rhode Island Change Assessment* (URICA) (McConaughy, DiClemente, Prochaska y Velicer, 1989; McConaughy, Prochaska y Velicer, 1983). Es un autoinforme destinado a evaluar el estado de cambio respecto a la modificación de cualquier conducta problema, en nuestro caso una determinada conducta adictiva. Al tratarse de un autoinforme en el que la formulación de cada uno de los diferentes ítems no hace referencia a una conducta problema o adicción concreta sino genéricamente al término *problema* que el evaluador habrá definido previamente con el propio adicto en función de la conducta adictiva que esté presente (por ejemplo, problema = adicción a la heroína, problema = sobrepeso, etc.), la versatilidad de esta escala es, pues manifiesta”, Graña (1994).

Esta escala evalúa cuatro de los cinco estadios de cambio diseñados según el modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente: precontemplación, contemplación, acción, mantenimiento.

En cuanto a las instrucciones a cumplimentar, cada una de las frases del cuestionario describe cómo puede sentirse una persona cuando empieza un tratamiento o cómo puede sentirse cuando aborda un problema en su vida. —*Por favor, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas frases*—.

Se puntúa de 1 a 5 y el cuestionario tiene un total de 32 preguntas. En cada caso, el paciente debe responder en función de cómo se siente ahora mismo y no en función de cómo se sintió en el pasado o de cómo le gustaría sentirse. Se recuerda que siempre que aparezca la palabra *problema* se refiere al problema concreto “*con las drogas*”, es decir, si el problema es con la cocaína debe contestar pensando en el problema con dicha sustancia.

e) Inventario de Procesos de Cambio (IPC)

En su origen fue un inventario de Procesos de Cambios para Adictos a la Heroína (IPC-AH); (Tejero, Roca, Trujols y Campins, 1993; Tejero y Trujols, 1988; Tejero, Trujols y Furió, 1993; Tejero, Trujols y Hernández, 1990) es un autoinforme que consta de 40 ítems (cuatro para cada una de las diez escalas correspondientes a los diez procesos de cambio), desarrollado conforme a las directrices teóricas que se desprenden del trabajo de Prochaska y DiClemente, y basado en un inventario de procesos de cambio para fumadores por ellos desarrollado (DiClemente y Prochaska, 1985; Prochaska, Velicer, DiClemente y Fava, 1988) (Graña, 1994).

Pero para el presente estudio se utiliza la versión genérica: *drogas*, (Tejero, Trujols, Roca y Camping, 1994). Esta versión para drogas es autoadministrada, consta igualmente de 40 ítems y se puntúa de 0-3 (0: no es en absoluto mi caso; 1: algunas veces es mi caso; 2: bastantes veces es mi caso; 3: muchas veces es mi caso). La duración que se estima para su realización es de 10 a 15 minutos. “El objetivo de este inventario es tratar de identificar qué procesos de cambio (estrategias cognitivo conductuales) ha desarrollado un determinado paciente, por tanto, conocer su estadio respecto a su proceso/estado de adicción. El instrumento se ha desarrollado conforme a las directrices teóricas del trabajo de Prochaska y DiClemente.” Iraugi, González y Gisbert (2002). Los procesos de cambio son los siguientes: *Aumento de la concienciación, Autoliberación, Liberación social, Autorreevaluación, Reevaluación ambiental, Contracondicionamiento, Control de estímulos, Manejo de contingencias, Relieve dramático, Relaciones de ayuda.*

f) Cuestionario de Balance Decisional (BD)

El cuestionario denominado Balance Decisional para dependientes a la heroína (BD-AH) de (Tejero, Trujols y Roca, 1994) es un autoinforme que fue diseñado con el objetivo de evaluar el “posible conflicto” ante el abandono de la adicción a los opiáceos.

En el presente trabajo se utiliza el Cuestionario de Balance Decisional (BD) de Tejero, Trujols y Roca (1994) en su versión genérica: *drogas*, y no sólo para los dependientes a la heroína. En este cuestionario se pregunta al paciente por

los *pros* y *contras* del consumo de la sustancia con la que tiene problemas.

La subescala de los *pros* consta de 10 ítems que recogen lo positivo y el beneficio de las drogas o de su consumo. La segunda subescala *contras* está formada por otros diez ítems que plantean las consecuencias indeseables, perjudiciales y aversivas del consumo de drogas.

Es un cuestionario autoadministrado, que también sirve para la planificación del tratamiento. Consta de 20 ítems tipo *Likert* 0-4 (0: no estoy nada de acuerdo; 1: estoy algo de acuerdo; 2: estoy bastante de acuerdo; 3: estoy muy de acuerdo; 4: estoy totalmente de acuerdo). La duración estimada para su realización es entre 5 y 10 minutos.

Este cuestionario asume como objetivo: “evaluar los componentes motivacionales y cognitivos implicados en los procesos de toma de decisiones relacionados con cambios conductuales, haciendo balance entre los beneficios y costes para uno mismo y los demás ante el abandono y mantenimiento del consumo de drogas,” Iraugi, González y Gisbert (2002).

g) Cuestionario de Autoeficacia –SES–

Este cuestionario de Autoeficacia –SES– en su versión genérica *-drogas-*: plantea una serie de situaciones de riesgo de consumo y las respuestas ante tales situaciones, que el paciente debe situar entre: la *Tentación* que tienen de consumir ante un hecho “x” y la *Confianza* que tienen de no consumir ante ese mismo hecho “x”. La versión que aquí presentamos es la genérica de drogas (Rossi, 1992; Velicer, Prochaska, Rossi y col., 1992).

El cuestionario ofrece una lista de situaciones que conducen a algunas personas a consumir drogas; pide al participante que señale el número que mejor refleje la *tentación* que sentiría y el grado de *confianza* de no consumir que tendría en cada una de las situaciones que plantea el cuestionario. Así, logra evaluar la Autoeficacia del paciente, que resulta ser un indicador bastante fiable y útil.

Para completar el cuestionario se puntúa del 1 al 5 en una escala tipo *Likert*, (1: es nada; 2: no mucha; 3: moderada; 4: mucha; y en el otro extremo se puede puntuar 5: extrema). Lo forman 30 preguntas, que se repiten en los apartados de *tentación* y *confianza*. La diferencia de estas calificaciones establecerá la autoeficacia percibida por el usuario.

h) Cuestionario de agresión (AQ)

Estuvo inspirado en el Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI) (Buss y Durkee, 1957). Tras este primer cuestionario Buss y Perry (2002) diseñaron un nuevo inventario, el AQ *Aggression Questionnaire*. Este autoinforme ha sido avalado para medir la agresión en cuatro subescalas denominadas: a) *agresividad verbal* compuesta por cinco ítems; b) *agresividad física*, compuesta

por 9 ítems; c) *la ira*, medida en 7 ítems; d) *la hostilidad* compuesta por 8 ítems. Puntúa de 1 a 5, en una escala tipo Likert, (1: completamente falso para mí; 2: bastante falso para mí; 3: ni verdadero ni falso para mí; 4: bastante verdadero para mí; 5: completamente verdadero para mí), y posee un total de 29 preguntas.

El AQ en su versión castellana ha sido adaptado por Andreu, Peña y Graña (2002). Es un cuestionario ampliamente utilizado en diversos países. Su manejo es sencillo y resulta eficaz para detectar a personas agresivas.

9.3.5. Variables

Las variables del primer estudio proceden de la entrevista semiestructurada EuropASI (Kokkevi y Hartgers, 1995; en su adaptación española realizada por Bobes y col., 1996). Como ya hemos comentado en el apartado de los instrumentos aplicados, el EuropASI aborda abundantes aspectos de la persona evaluada, aporta información sociodemográfica, datos sobre la situación judicial, aborda el área médico sanitario, esboza las relaciones familiares y en el último apartado escudriña lo relativo a la salud mental del usuario.

9.3.6. Procedimiento

Fase I

Esta investigación se ha ejecutado en Proyecto Hombre Burgos. La primera fase del estudio se realizó en lo que llamamos Acogida (Admisión), donde hay un programa destinado a realizar las primeras entrevistas a los pacientes que llegan al centro pidiendo ingreso o cualquier tipo de asesoramiento.

La mayoría de las personas que ingresan en el centro son de Burgos y provincia pero también destacan un amplio arco de personas de otras procedencias como la Comunidad Valenciana (Alicante), Madrid y en menor medida Barcelona. En la primera fase se aplica el protocolo que consta de ocho pruebas diagnósticas por cada persona.

La aplicación de estas pruebas comenzó en enero de 2005 hasta el año 2008. La persona encargada directamente de aplicar los test en la primera fase fue el responsable del programa denominado *Primeros Coloquios*, aunque todo el equipo fue formado para dicha tarea.

En cuanto a los cuestionarios, se aumentó ligeramente el tamaño de los encabezados y de la letra: –siempre se respetó la esencia del test–, todo ello con el fin de facilitar la lectura y la claridad de las pruebas.

Para la presente investigación se compraron carpetas donde se archivaron todas las pruebas. Se adquirieron carpetas de dos colores, la carpeta *azul* fue

destinada a la primera fase, la segunda carpeta de color *rojo* fue la que aglutinó las pruebas que se pasaron en la segunda fase (a los seis meses).

En ambas carpetas, había adherida una pegatina que rezaba así: *Cuestionario de respuestas. Proyecto Hombre*. No se utilizaron las palabras “evaluación”, ni “test”. Se añadió Proyecto Hombre para intentar dar mayor legitimidad a los cuestionarios, es decir, que el paciente se tomara en serio las respuestas y entendiera que estos test son una evaluación que por protocolo o funcionamiento sistemático realiza el Centro, no siendo algo ajeno a él. Por otro lado se explicó a los pacientes que las respuestas de los cuestionarios no influían de ninguna manera a la hora de entrar al Centro. Obviamente se rellenaban de forma voluntaria. Una vez cumplimentados los cuestionarios y cumpliendo lo dispuesto en el artículo 12 de la *Ley Orgánica* 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se guardaban bajo llave en la carpeta correspondiente junto con el nombre de la persona que había contestado.

Dichos cuestionarios se realizaron siempre de forma individual y dentro de las instalaciones del Centro, en el mismo despacho y con las mismas condiciones ambientales. Siempre se cumplimentaron por la mañana. Al paciente se le invitaba a entrar de forma individual en una sala bien acondicionada de luz y temperatura y se le pedía que contestara lo mejor posible; en el caso de que tuviesen alguna duda se debía preguntar al terapeuta responsable. Cabe señalar que todos los terapeutas estaban capacitados para responder a las preguntas de los pacientes ya que todos habían sido informados e instruidos en la aplicación de los cuestionarios. Si el usuario se encontraba mal o por cualquier razón no estaba en disposición de contestar, las pruebas se podían realizar en otro momento, evitando así sesgos como el cansancio, la fatiga o la falta de concentración en ese momento.

La puerta de la sala donde se realizaban los test se dejaba abierta y al lado siempre estuvo presente un terapeuta por si el usuario necesitaba cualquier ayuda. Se dejó libertad para cumplimentarlos en un mismo día o incluso a lo largo de una semana si fuera necesario; cabe destacar que en la gran mayoría de los casos se rellenaron en el mismo día. Finalmente ningún usuario se llevó los cuestionarios a casa para cumplimentarlos. Se garantizó un ambiente con condiciones mínimas de bienestar y comprensión, necesario para rellenar en óptimas condiciones las pruebas.

En cuanto al orden de la aplicación, siempre se rellenó en primer lugar el EuropASI, ya que lo aplica el terapeuta conjuntamente con el usuario. Después, los demás cuestionarios podían ser rellenados por el mismo paciente “—los cuestionarios eran de tipo autoadministrados”, es decir se pueden rellenar sin la ayuda del clínico—, siendo aleatorio el orden de aplicación para los demás cuestionarios.

La primera fase de aplicación transcurre desde la llegada del paciente al Centro hasta que lleva un mes aproximadamente. Pero en general los cuestionarios se aplicaron más o menos cuando el paciente había pasado unos 15 días de abstinencia aproximadamente: en algunas casos se pudieron aplicar desde la segunda entrevista.

El que la mayoría de estos cuestionarios se presentaron en su versión abreviada facilitó que se rellenaran en un periodo de tiempo corto; el tiempo para rellenarlos en su globalidad fue aproximadamente de dos a tres horas.

Fase II

En cuanto a la segunda fase, como ya habíamos adelantado, el intervalo temporal que transcurre desde la primera evaluación hasta el momento en que se realiza la aplicación de las pruebas de la segunda evaluación fue de 6 meses, aproximadamente 180 días. Las personas encargadas de aplicar las pruebas a los seis meses fueron el director de la Comunidad Terapéutica y el responsable del programa ambulatorio llamado *Iris*. Esta segunda fase duró hasta enero de 2008. En ambos casos todos los usuarios cumplimentaron los cuestionarios supervisados por los clínicos.

9.3.7. Diseño

El estudio analiza pacientes que estaban consumiendo sustancias o hacía relativamente poco tiempo habían dejado de consumir.

Para poner a prueba la primera hipótesis se ordenan los pacientes a razón de la similitud entre sus respuestas.

La variable independiente es el grupo perfil, el conglomerado al que pertenece y las variables dependientes son las respuestas dadas por los usuarios en los correspondientes cuestionarios, los datos sociodemográficos, el consumo de cualquier tipo de drogas, el bienestar psicológico, la salud, lo social.

Tras ordenar los datos, se realizó un diseño por conglomerados mostrando así las tipologías de drogodependientes, seguidamente se realizaron diferentes comparaciones entre los dos grupos.

9.3.8. Análisis de datos

Ya centrados en el primer estudio, tras recuperar todos los cuestionarios correctamente rellenados por los pacientes y tras haber corregido todos los cuestionarios, se procedió a introducir los datos en el programa informático SPSS. Todos los análisis estadísticos se realizaron con dicho programa. El análisis

estadístico o análisis de datos engloba un conjunto de procedimientos diseñados para (1) seleccionar datos, (2) describirlos y (3) extraer conclusiones de ellos.

Este conjunto de procedimientos, aun siendo una herramienta de la que todas las ciencias empíricas (medicina, biología, psicología, sociología, economía, antropología, etc.) hacen uso, no pertenece a ninguna de ellas, sino a una rama de las matemáticas conocida con el nombre de estadística.

Es común encontrar la estadística dividida en dos partes: la estadística descriptiva y la estadística inferencial o inductiva. La estadística descriptiva consta de una serie de procedimientos diseñados para organizar y resumir la información contenida en un conjunto (muestra) de datos empíricos; es lo que se corresponde con la descripción de datos. La estadística inferencial o inductiva, por su parte, engloba una serie de estrategias que permiten realizar (inferir, inducir) las propiedades de ese conjunto de datos empíricos (muestra) al conjunto total de datos (población) a los que representan.

Para organizar el primer estudio se han utilizado las tablas de contingencia, las cuales permiten describir este tipo de variables y estudiar diferentes pautas de asociación entre ellas. Si se trabaja con variables categóricas, los datos suelen organizarse en tablas de doble (triple) entrada en las que cada entrada representa un criterio de clasificación (una variable categórica). Como resultado de esta clasificación, las frecuencias (el número o porcentaje de casos) aparecen organizadas en casillas que contienen información sobre la relación existente entre ambos criterios.

Pero el grado de relación existente entre dos variables categóricas no puede ser establecido simplemente observando las frecuencias de una tabla de contingencia. Para determinar si dos variables se encuentran relacionadas debe utilizarse alguna medida de asociación, preferiblemente acompañada de su correspondiente prueba de significación (Pardo y Ruiz, 2005).

Dicho esto, en primer lugar se realizó un análisis de conglomerados (*cluster*)-*Análisis de Conglomerados en dos fases*.

Esta técnica estadística consiste en explorar las agrupaciones naturales de un conjunto de datos. Se basa en “seleccionar” aleatoriamente cierto número de conglomerados e investigar después todos los elementos pertenecientes a los conglomerados elegidos. Es una técnica de muestreo diseñada para seleccionar directamente elementos de la población (en este caso la población son las personas diagnosticadas de dependencia a sustancias).

En el muestreo por conglomerados disfrutamos de la ventaja de que no es necesario tener un listado de todos los elementos de la población, sino que basta en dividir la población en grupos, conglomerados o (*cluster*), muestrear

aleatoriamente un número de ellos y, una vez que un determinado número ha sido seleccionado, estudiar todos los elementos que lo componen; por tanto no tenemos más que conocer a los sujetos que forman los conglomerados seleccionados, “sin importar el resto”.

En el presente estudio se realizaron múltiples pruebas de conglomerados o, dicho de otra manera, se realizaron y analizaron diferentes combinaciones hasta hallar una serie de variables que claramente podían diferenciar a un grupo (conglomerado) de otro (conglomerado). Y así poder tener varios perfiles de drogodependientes. Este análisis también provee determinados elementos estadísticos descriptivos como por ejemplo: medias o centroides.

Tras agrupar a los participantes se realizaron las correspondientes pruebas de significación, para analizar las *diferencias entre las variables conformantes de los Conglomerado*, en este caso se aplicó la prueba *Chi-Cuadrado (X^2) de Pearson*, y se aplicó la prueba, *X^2 de la razón de verosimilitud*.

Para finalizar, se realizaron pruebas *t de Student* para analizar las diferencias de las medias en relación con las variables continuas. En estos últimos análisis se tuvo en cuenta la prueba de *Levene (F)* que nos indica la homogeneidad de las varianzas. Los resultados también se plasmaron en puntuaciones llamadas, *puntuaciones Z*.

9.4. Resultados

9.4.1. Resultados de la muestra general

En cuanto a los datos descriptivos en todas las variables cualitativas y cuantitativas de la muestra inicial general, el número de pacientes a los que se aplicaron los cuestionarios fue 204, de los cuales 159 personas realizaron un tratamiento en la CT y 32 realizaron un tratamiento ambulatorio. La edad media de los participantes es de 33,08 años con edades comprendidas en el arco de los 22 años a los 56 años. Destacamos que este dato es muy significativo ya que según el estudio anual del perfil psicosocial de los usuarios de Proyecto Hombre del año 2000 la media de edad se aproximaba a los 29 años, y en 1990 era de 26 años (Memoria 2000 Asociación Proyecto Hombre). Se considera que es destacable el aumento de la edad de las personas que piden ayuda.

De media se comienza a beber alcohol a los 15,15 años y se comienza a consumir en grandes cantidades a los 21,49 años. La edad media de inicio de consumo de heroína es a los 20,11 años. Como cabe esperar la edad de inicio del consumo de metadona es posterior, concretamente a los 26,26 años. La

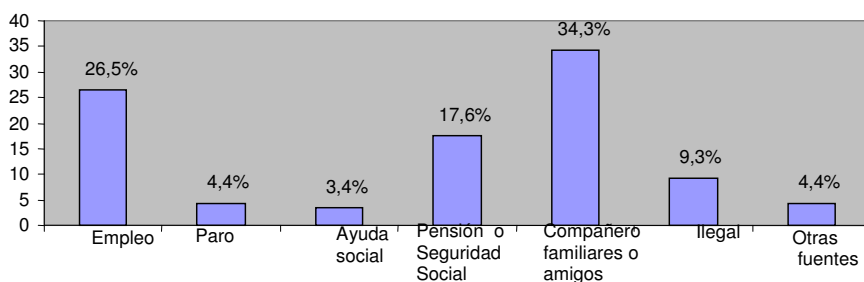
edad de inicio media del consumo de cocaína es de 20,20 años. En cuanto a las anfetaminas la edad de inicio es a los 18 años, el cannabis a los 15,46 años, y en relación a los barbitúricos y sedantes la edad de inicio se sitúa en los 22,37 años.

La mayoría de los encuestados de la muestra general pertenece a población urbana, siendo estos el 72,5%, de los encuestados, a municipios medios (500-5.000 hab.) corresponde el 11,8% y a municipios pequeños (menos de 500 hab.) el 15,3% de los entrevistados. De todos los encuestados, son varones el 88,7% y mujeres el 11,3%, (181 varones y 23 mujeres). Recordamos que según el PNsD aproximadamente el 15% de todos los pacientes atendidos en los centros son mujeres. El 3,9% son de nacionalidad extranjera.

El 72,5% de los encuestados viene sin haber estado el último mes en otro tratamiento para personas con problemas de adicción.

En relación al área sanitaria. La media de veces que estuvieron hospitalizados por problemas médicos, incluyendo sobredosis, es 3,55 veces a lo largo de la vida. El 33,3% de la muestra padece de hepatitis. El 7,4% tiene VIH y el 4,9% de éstos desconoce padecer esta grave enfermedad al llegar al centro.

Gráfico 9. Fuente principal de ingresos

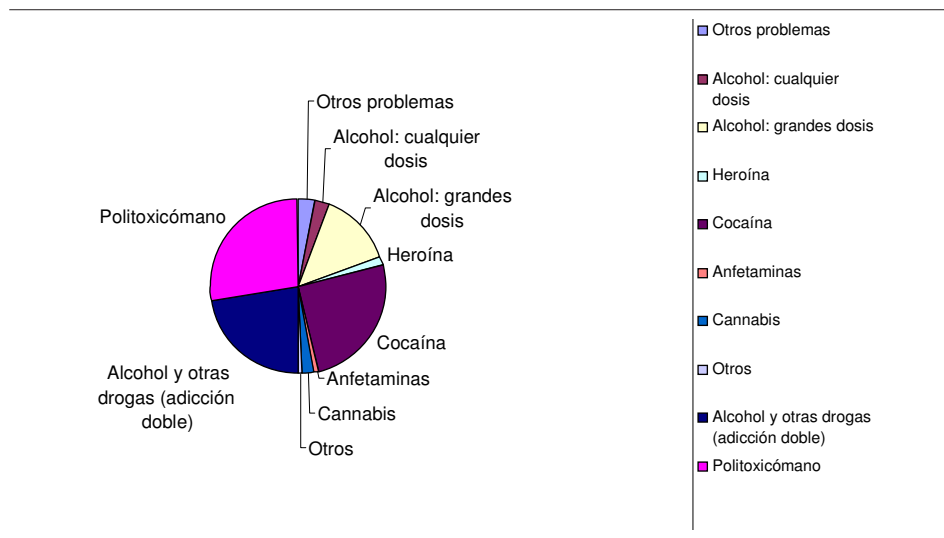


En cuanto a las fuentes de ingreso principales para obtener sustancias son, en primer lugar, la familia y los amigos, así es en el 34,3% de los encuestados. En segundo lugar el 26,5% de los pacientes sostienen que su fuente principal de ingresos es el trabajo y en tercer lugar, obtienen dinero de la pensión o Seguridad Social el 17,6% (ver gráfico 9).

Por último destacamos que el 52% tiene deudas en el momento de ser entrevistados. Según la Memoria de Proyecto Hombre del año 2000, el dinero para el consumo de drogas provenía principalmente de su sueldo 42,4% o de la familia 27,4%.

En cuanto a las vías de administración de sustancias, la heroína es fumada en el 67,5% de los casos y es inyectada de forma intravenosa en el 22,6%. En cuanto a los barbitúricos y sedantes la vía de administración principal es, como cabía esperar, oral en el 89,5% de los casos, las otras dos vías son fumada con un 5,3% y nasal con un similar 5,3%.

Gráfico 10. Sustancia principal



En cuanto a la vía de administración de la cocaína, se consume de forma oral en el 3% de los casos y de forma nasal en el 63,1%, fumada el 24,4% e inyectada en el 8,9%. De todos los encuestados el 25% ha utilizado alguna vez la vía intravenosa como medio de consumo de drogas.

En cuanto a las sustancias consumidas destaca el alcohol y la cocaína, (ver gráfico 10). El 14,2% de las admisiones fueron promovidas o sugeridas por el sistema judicial. En cuanto a la situación legal actual, no tienen nada relacionado con la justicia (causas pendientes, libertad, condicional, etc.) el 54,9% de los entrevistados y sí el 45,1%, concretamente el 26% de los encuestados está en libertad condicional. Uno de los datos más significativos en relación a los antecedentes familiares es que los abuelos “de la rama paterna” tuvieron problemas con el alcohol en un 20,1% de los casos.

En cuanto al estado civil, la gran mayoría están solteros, un 70,6%. De los restantes la proporción de separados es 10,8%, divorciados el 5,4%, y 11,8% casados (ver gráfico 11).

Gráfico 11. Estado civil del paciente

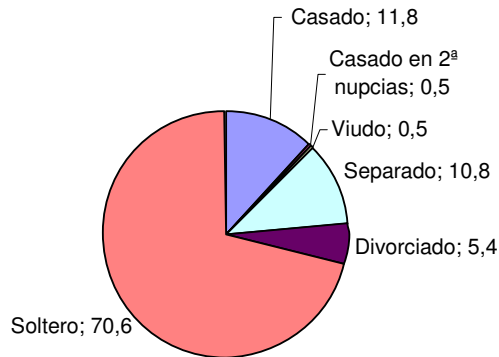
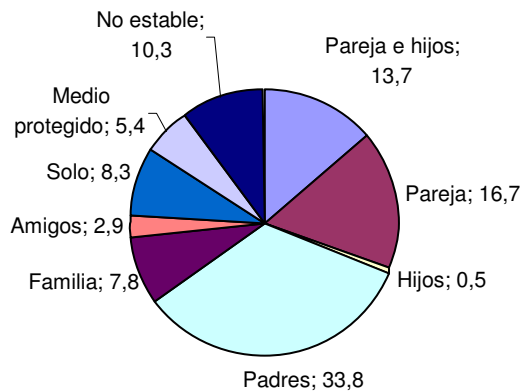


Gráfico 12. Convivencia habitual del paciente en estos últimos tres años



En cuanto a la convivencia habitual, en primer lugar un 33,8% asevera que convive con los padres, el segundo gran grupo lo conforma la suma de los que conviven con su pareja con o sin hijos. Es decir un 16,7% de los entrevistados convive con la pareja y un 13,7% con la pareja y con los hijos. Para finalizar es destacable que un 10,3% afirme no tener ninguna estabilidad en la convivencia (ver gráfico 12).

En relación a la convivencia habitual el 46,6% de los participantes manifestó no estar satisfecho con la forma de convivencia que han tenido estos últimos tres años. Un dato relevante son los usuarios que conviven con

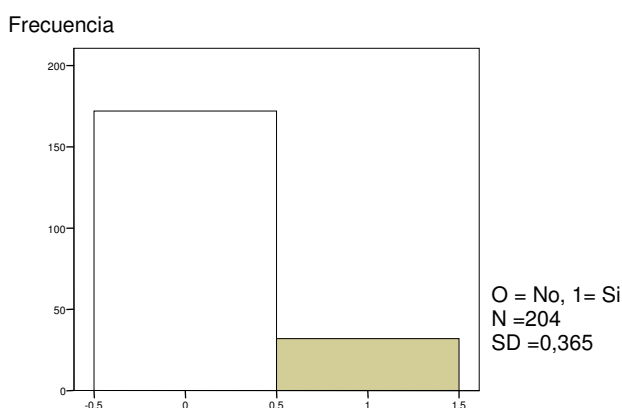
alguna persona que consume alcohol, es así en el 13,2% de los casos. Asimismo un 14,2% convive con personas que consumen drogas psicoactivas.

En relación al tiempo libre una gran mayoría de los encuestados, un 72,5%, afirma no estar satisfecho con la utilización que hace de su tiempo libre.

El 52,5% de los encuestados asevera que no ha tenido relaciones próximas y duraderas con los hermanos. Destacan haber tenido serios problemas con la pareja en un 48,5% de los entrevistados.

Han tenido periodos en que han experimentado problemas serios a lo largo de la vida con su madre el 51% y con el padre en el 49% de los casos.

Gráfico 13. Abusos físicos sufridos alguna vez en la vida



El 15,7% responde que sufrió abusos físicos a lo largo de la vida (ver gráfico 13). El 6,9% de los participantes responde que fue forzado sexualmente. Aunque en este caso según una investigación más exhaustiva que se realizó en este mismo centro, el porcentaje de mujeres que habían sufrido abusos sexuales ascendía al 37,5%, Pérez, Lara y González (2010). En líneas generales podemos subrayar que el colectivo al que estamos evaluando ha tenido complicadas relaciones familiares.

En cuanto al lugar que ocupa el paciente identificado entre los hermanos, es el hijo único el 4,4% de los casos, es el mayor en el 22,5% de los entrevistados, el intermedio en el 9,3% y el menor en el 39,4%, y por último ocupan otros lugares el 16,7% (ver gráfico 14). Es bastante ilustrativo que sean los hijos menores los que padecen más problemas con las drogas. Puede ser debido a que los padres tienen más edad y atienden menos a los hijos más pequeños.

En relación a problemas psicopatológicos, el 71,1% de los encuestados sostiene que experimentó depresión severa a lo largo de la vida. El 80,9% responde afirmativamente haber padecido ansiedad o tensión severa a lo largo de su vida. El 44,8% de los entrevistados afirma que padeció en el último mes problemas para comprender o concentrarse. El 27,5% experimentó alucinaciones a lo largo de su vida.

Gráfico 14. Lugar que ocupan los hermanos

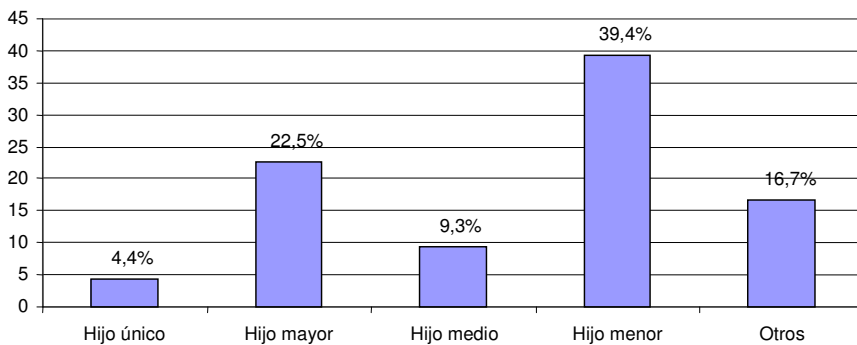
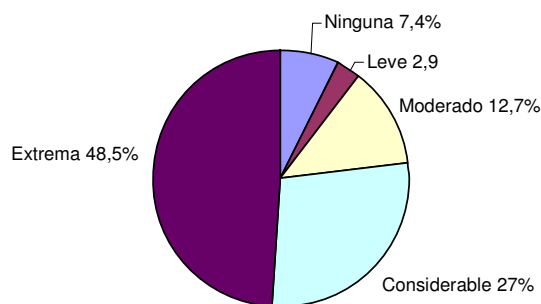


Gráfico 15. Gravedad percibida por el paciente en relación a los problemas psicológicos el último mes anterior al ingreso



El 47,5% sostiene que tuvo problemas para controlar sus conductas violentas a lo largo de su vida. El 46,6% asevera que recibía medicación preescrita por problemas emocionales o psicológicos en el último mes anterior al ingreso. El 27,9% realizó intentos suicidas a lo largo de su vida.

En buena lógica y tras analizar los datos referidos a la psicopatología, el 48,5% de los encuestados sostiene que es una prioridad calificada por ellos como “extrema” tratar los problemas psicológicos que afirman padecer (ver gráfico 15).

Cuestionarios –SCL-90 e IPDE–

Antes de finalizar deseamos destacar que se trata de una población con más sintomatología psiquiátrica y con significativamente más trastornos de personalidad. Así lo reflejan las evidencias encontradas en los cuestionarios SCL e IPDE, aunque en esta ocasión no es el objetivo prioritario de este estudio. En estas décadas se han realizado diferentes estudios sobre los resultados y eficacia de la Comunidad Terapéutica, su retención, los abandonos, intentando poco a poco ir acotando las variables que hacen eficaz el tratamiento de la Comunidad Terapéutica, por ejemplo en relación a los *trastornos de personalidad* destacamos un estudio en el cual se aplicó el cuestionario MCMI-II a pacientes drogodependientes que ingresaban en Comunidad Terapéutica, la muestra recogida fue de 42 pacientes. Tras este estudio se pudo comprobar que el 76,2% de los pacientes presenta, al menos, un trastorno de personalidad y, la mitad de los encuestados padecía más de uno. Según este trabajo, el trastorno con mayor prevalencia es el trastorno antisocial 42,9%, después el pasivo agresivo un 40,9%, y en tercer lugar el narcisista con un 21,4%. La presencia de trastornos de personalidad se asocia a una mayor y más temprana posibilidad de abandonar el tratamiento en la Comunidad Terapéutica. De hecho, el 72,2% de los que tienen dos o más trastornos abandonan el tratamiento fundamentalmente en los cuatro primeros meses, frente al 33,3% de las personas que tienen uno o ninguno (Fernández-Montalvo, López-Goñi y Landa, 2004).

Tras esta visión general de la muestra que hemos recogido durante estos años pasamos a explicar las dos tipologías de drogodependientes.

9.4.2. Análisis de conglomerados en dos fases

a) Participantes

Para esta primera parte del estudio se contó con 204 pacientes. La edad media es de 33,08 con un rango de edades comprendidas entre los 22 años y los 56 años. De todos los encuestados, son varones el 88,7% y mujeres el 11,3%, (181 varones y 23 mujeres). El 3,9% de los encuestados son de nacionalidad extranjera.

b) Perfiles de los conglomerados

Tras el análisis de conglomerados se han encontrado objetivamente dos tipologías, una de *politoxicómanos* con un predominio de consumo de sustancias estimulantes y otra tipología o grupo de *alcohólicos*.

Para facilitar la lectura, de aquí en adelante pasaremos a denominar al grupo de *Politoxicómanos* como grupo (P) y al grupo de *Alcohólicos* como grupo (A). El conglomerado (*cluster*) de los denominados politoxicómanos o grupo (P) está compuesto por 111 usuarios, y el grupo (A) lo conforman 93 usuarios. A continuación ofrecemos las características de cada grupo de consumidores.

El grupo Politoxicómanos (P)

El primer grupo que denominamos como Politoxicómanos (P) se define entre otras, por las siguientes características: la media de edad es de 30,87 años (Desviación Típica, en adelante: *SD*) *SD* 7,09; es una media inferior a la media total. En relación al tiempo de consumo de grandes cantidades de alcohol a lo largo de la vida encontramos una media de 0,52 años de consumo (*SD*, 2,276), en cuanto al consumo de cannabis la media es 1,41 años (*SD* 3,71).

Como cabe esperar en el grupo (P) los politoxicómanos consumen más psicoestimulantes como la cocaína, el porcentaje es del 86,8% del grupo (P) *vs* 13,2% del grupo (A). También como es de suponer el grupo de politoxicómanos consume más de una sustancia, un 87,9% del grupo (P) frente al 12,1% del grupo (A) o dicho de otra forma, 51 personas del grupo (P) frente a 7 personas del grupo (A).

La gravedad del estado psiquiátrico es de 1,94 de media y (*SD* 1,13), esto quiere decir que para este grupo son moderados los problemas de índole psiquiátrica.

En otro orden de cosas, 35 participantes del grupo (P) frente a 19 personas del grupo (A) contestan que es el *empleo* su principal fuente de ingresos para comprar drogas, en porcentaje es un 64,8% del grupo (P) *vs*. 35,2% del grupo (A), es decir más personas del grupo *politoxicómanos* obtienen dinero del trabajo y de actividades ilegales para el consumo de sustancias.

El grupo Alcohólicos (A)

Este segundo grupo atesora, entre otras, las siguientes características: la media de edad es sensiblemente mayor que en el grupo anterior, 35,72 años *SD* 7,83. En cuanto al consumo de sustancias la gran diferencia radica en haber consumido grandes cantidades de alcohol a lo largo de la vida durante más años, concretamente 9,61 años de media (*SD* 9,433). Obviamente la gravedad

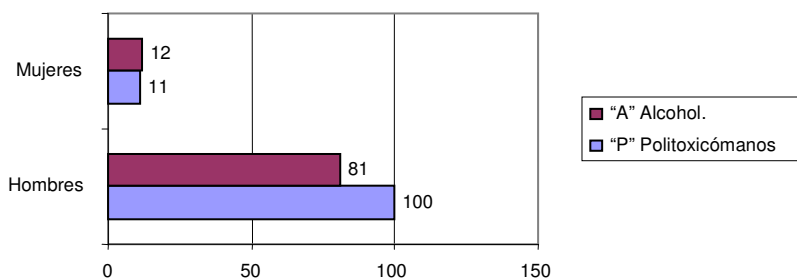
percibida por los problemas con el alcohol es mayor en el grupo de consumidores de alcohol, la media es de 3, (señalamos que en este caso la puntuación -3- es adjudicar al problema con un valor de considerable).

En cuanto al consumo de cannabis a lo largo de la vida, es mayor en el grupo (A) o grupo de alcohol con una media de 4,02 años de consumo de esta sustancia (7,341 *SD*), lo que indica que el cannabis es una sustancia consumida habitualmente por los alcohólicos, aunque como se puede apreciar la desviación típica es muy alta, esto quiere decir que en principio podemos interpretar que existe un subgrupo dentro de los alcohólicos que frecuentemente consume cannabis. La gravedad del estado psiquiátrico en el grupo de alcohol es de 2,74 (*SD* 1,31), esto nos sitúa ante un grupo de personas que se perciben con más problemas psicológicos.

Sin ser demasiado significativo en el grupo (A) encontramos a más personas que se benefician de ayudas sociales.

En cuanto al género (ver gráfico 16) vemos como la población de hombres y mujeres es similar en los dos grupos.

Gráfico 16. En cuanto al género



c) Diferencias encontradas entre los consumidores Tipo A y P en variables categóricas

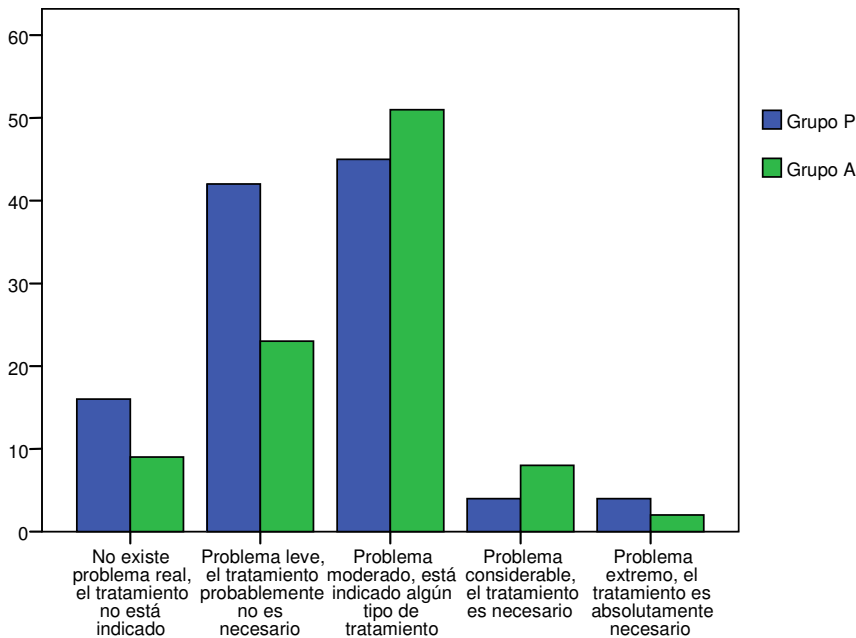
A continuación ofrecemos los datos que han resultado del análisis de las diferencias entre los conglomerados; diferencias existentes entre los grupos de variables categóricas, por ejemplo variables sociodemográficas (género, fuente de ingresos), variables de consumo como sustancia principal, tipo de tratamiento, etc. Todas las variables que son estadísticamente significativas están reflejadas en las tablas correspondientes.

En primer lugar en cuanto al tipo de tratamiento recibido Comunidad Terapéutica y Programa Ambulatorio, podemos destacar que hay menos personas

del grupo (A) “alcohol” en tratamiento ambulatorio. Tan sólo 6 personas de este grupo (A) frente a las 26 pacientes del grupo (P). Esto en principio es congruente en relación a la mayor gravedad que muestra en todos los indicadores el grupo (A) es decir, el tratamiento indicado para las personas que están en peores condiciones y que precisan de una mayor contención es la Comunidad Terapéutica y es el caso de los que han abusado del alcohol en grandes cantidades.

Podemos observar que un mayor número de personas del grupo (P) politoxicómanos realizan algún tipo de programa sustitutivo.

Gráfico 17. Gravedad de los problemas médicos



No hay demasiadas diferencias en otras variables por ejemplo si han nacido en una ciudad o en un pueblo. En cuanto a la nacionalidad no encontramos diferencias destacables. Tampoco encontramos diferencias en relación a si provienen de otro tipo de tratamiento para tratar la adicción. La mayoría y esta vez teniendo en cuenta a los dos grupos (A) y (P), un 72,54% viene sin haber estado el último mes en otro tratamiento para adicciones.

En cuanto al bloque de preguntas médicas podemos resaltar que algunos pacientes padecen algún tipo de problema médico crónico que interfiere en su

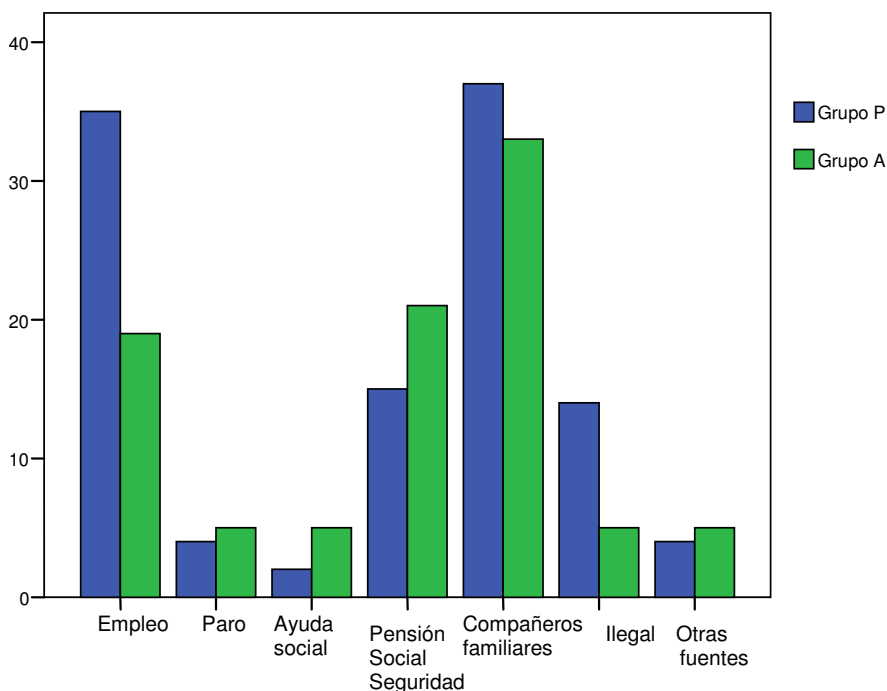
vida normal, en este sentido encontramos a 10 personas del grupo (A) alcohol que así lo afirman y 5 pacientes del grupo (P). Aunque nuevamente las diferencias no son significativas estadísticamente sí podemos afirmar que son datos a destacar.

En general podemos observar que a los pacientes del grupo (P) les ha molestado o preocupado de forma similar al grupo (A) los problemas médicos sufridos en el último mes. En relación a esta área los dos grupos responden que su tratamiento (en relación a lo médico) es importante.

Únicamente ante la pregunta “gravedad” de los problemas médicos observamos que el grupo (A) percibe que es mayor la gravedad de sus problemas (ver gráfico 17). En cuanto al grupo (P) vemos que más usuarios afirman que o no existe problema alguno o es un problema considerado como leve.

En el grupo (A) hay menos personas que tienen el *carné* de conducir en vigor, la explicación más sencilla puede ser que las personas que conforman el grupo (A) como ya hemos comentado, padecen problemas con el alcohol que es la sustancia que se busca más frecuentemente en los controles policiales.

Gráfico 18. Principal fuente de ingresos de los participantes



A primera vista encontramos diferencias entre los dos grupos, el grupo (P) politoxicómanos es más “activo” en el sentido de que obtiene más dinero del trabajo, los amigos, familiares y actividades ilegales (ver tabla 24), mientras que el grupo (A), consigue más dinero del paro, de las ayudas sociales, de la pensión o la Seguridad Social (ver gráfico 18).

Congruente con estas respuestas el grupo (P) sostiene estar menos preocupado por la gravedad de los problemas de empleo.

Tabla 24

		CONGLOMERADOS		χ^2 (gl)
		Tipo P (n = 59)	Tipo A (n = 10)	
¿Qué importancia tiene para Vd el tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol?	Leve	85,5%	14,5%	92,145 (8) ***
	Extrema	(n = 3) 5,7%	(n = 5) 94,3%	
¿Qué importancia tiene para Vd el tratamiento de los problemas relacionados con las drogas?	Leve	(n = 4) 16,0%	(n = 21) 84,0%	34,57 (7)***
	Extrema	(n=57) 58,2%	(n=41) 41,8%	
Gravedad de los problemas relacionados con el alcohol	El tratamiento es absolutamente necesario	(n = 4) 10,3%	(n = 35) 89,7%	75,382 (5) ***
Gravedad de los problemas relacionados con las drogas	El tratamiento es absolutamente necesario	(n = 48) 67,6%	52,4% (n = 23)	29,153 (5) ***
¿Qué sustancia es el principal problema?	Alcohol cualquier dosis	(n = 3) 10,7%	(n = 25) 89,3%	123,966 (9) ***
	Cocaína	(n = 45) 88,2%	(n = 6) 11,8%	
	Politoxicomanía.	(n = 50) 87,7%	(n = 7) 12,3%	
	Alcohol y otras drogas (adicción doble)	(n = 4) 8,9%	(n = 41) 91%	
¿Cuánto le ha molestado o preocupado en el último mes estos problemas relacionados con el alcohol?	Leve	(n = 59) 85,5%	(n = 10) 14,5%	89,77(6) ***
	Extremadamente	(n = 3) 5,8%	(n = 49) 94,2%	
¿Cuánto le ha molestado o preocupado en el último mes estos problemas relacionados con las drogas?	Leve	(n = 4) 16,0%	(n = 21) 84,0%	28,769 (7) ***
	Extremo	(n = 64) 62,1%	(n = 39) 37,9 %	
¿Saca dinero para drogas de actividades ilegales?	Si	(n = 25) 80,6%	(n = 6) 19,4%	10,1452 (1) **
	No	(n = 86) 49,7%	(n = 87) 50,3%	
* p < 0.05;		** p < 0.01;		*** p < 0.001;

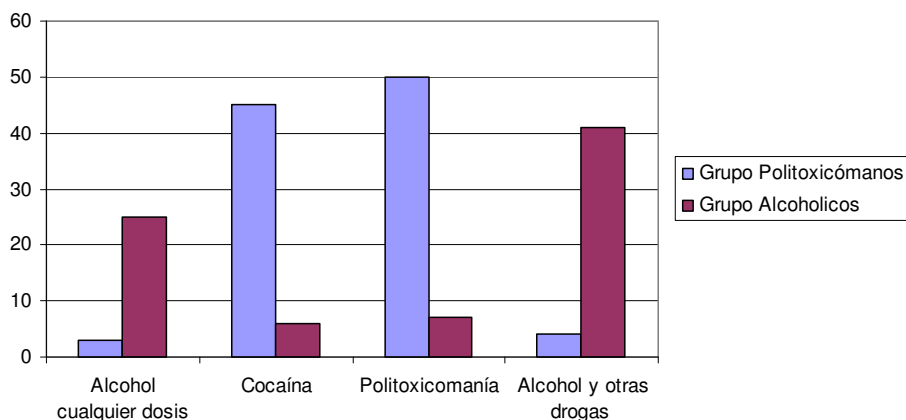
Destacar que 62 personas del grupo (P) acarrean deudas frente a las 44 usuarios que tienen deudas del grupo (A), en principio esto puede ser debido a que los politoxicómanos consumen drogas más caras, por ejemplo cocaína.

En cuanto a las vías de administración encontramos respuestas coherentes al patrón de consumo, en el grupo (A) obviamente la vía de consumo es oral.

La vía de consumo para ambos grupos es muy similar, por ejemplo tanto los que consumen heroína del grupo (P) como los pocos que consumen esporádicamente esta sustancia del grupo (A) la consumen fumada.

La cocaína se consume por vía nasal en ambos grupos, aunque más personas del grupo (P) la consumen fumada, 29 personas (70,7%) frente a 12 personas (29,3%). Los alucinógenos se consumen por vía oral en ambos grupos, el cannabis fumado, y por último los barbitúricos se consumen por vía oral. Uno de los puntos en los cuales sí encontramos diferencias significativas estadísticamente es el tipo de sustancias que se consumen. A continuación ofrecemos la tabla (ver tabla 24) y el gráfico (ver gráfico 19).

Gráfico 19. Sustancia principal del problema



Vemos como el grupo (A) responde claramente que consumir alcohol a grandes dosis es su mayor problema.

En cuanto al grupo (P) evidenciamos que la sustancia principal problemática es la cocaína, así lo responden mayoritariamente 45 personas, en porcentaje un 88,2%. Pero de forma paralela el grupo (P) también se perciben como “politoxicómanos”, 50 personas responden afirmativamente y explica el 87,7% del total.

En relación al grupo de politoxicómanos no los podemos etiquetar únicamente de cocainómanos, puesto que en su mayoría reconocen ser politoxicómanos, esto quiere decir que consumen otras sustancias y no únicamente cocaína.

Gráfico 20. Cuánto molestó o preocupó al usuario los problemas relacionados con el alcohol, en el mes anterior a la entrada en tratamiento

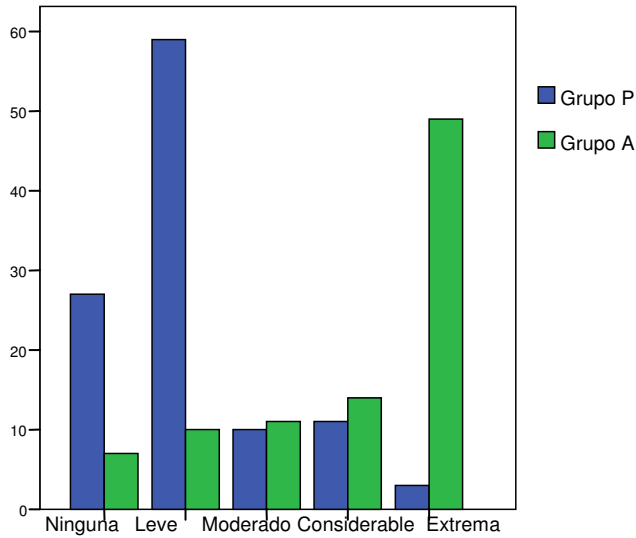
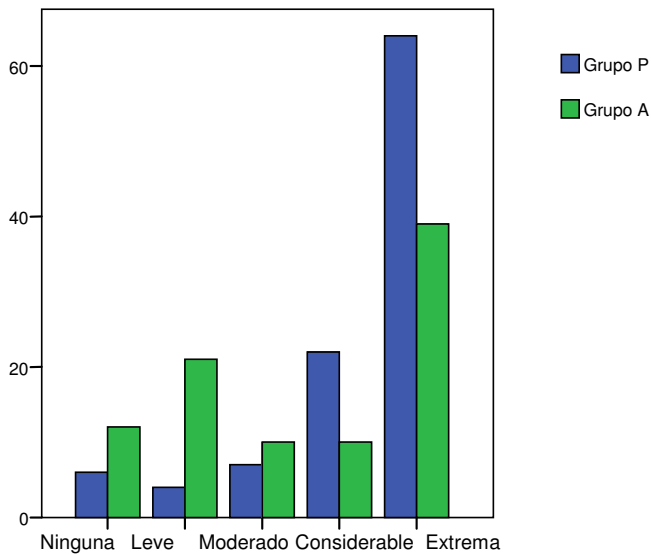


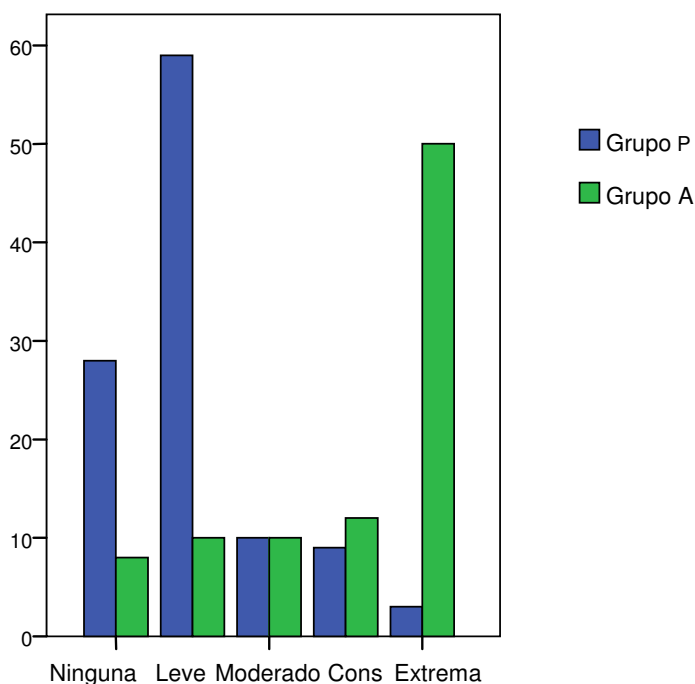
Gráfico 21. Cuánto molestó o preocupó al usuario los problemas relacionados con las drogas, en el mes anterior a la entrada en tratamiento



Siguiendo con esta línea vemos que si preguntamos cuánto le ha molestado o preocupado los problemas relacionados con el alcohol, las personas que conforman el grupo “de alcohol” califican el problema de una gravedad “extrema” (ver tabla 24) (ver gráfico 20).

Si interrogamos cuánto le ha molestado o preocupado los problemas relacionados con las drogas: los usuarios del grupo (P) responden que es un problema “grave” (ver gráfico 21) y (ver tabla 24).

Gráfico 22. Importancia que tiene el tratamiento para estos problemas relacionados con el alcohol



De forma congruente, para el grupo de personas que tienen problemas con el alcohol el tratamiento para tratar esta sustancia es extremadamente importante (ver gráfico 22). Mientras que para el grupo (P) la importancia que tiene el tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol es menor (ver tabla 24).

Sin embargo la importancia que tiene tratar los problemas relacionados con las drogas es mucho mayor para el grupo (P) (ver tabla 23).

Gráfico 23. Importancia que tiene el tratamiento para estos problemas relacionados con las drogas

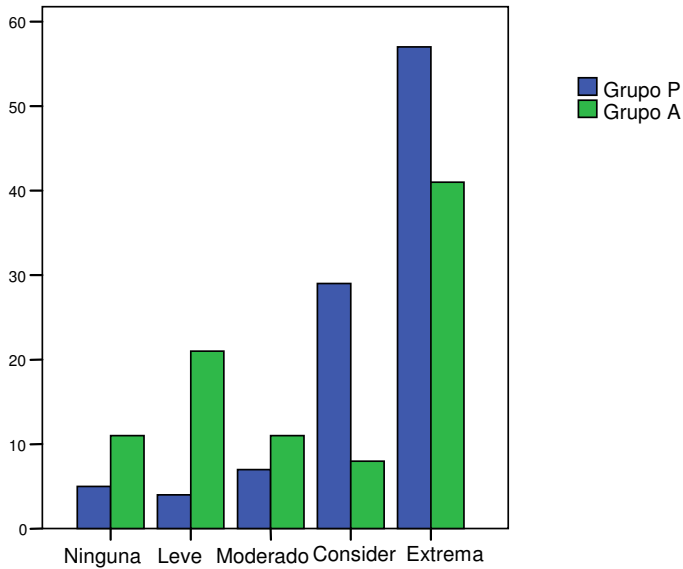


Gráfico 24. Gravedad percibida de los problemas por el alcohol

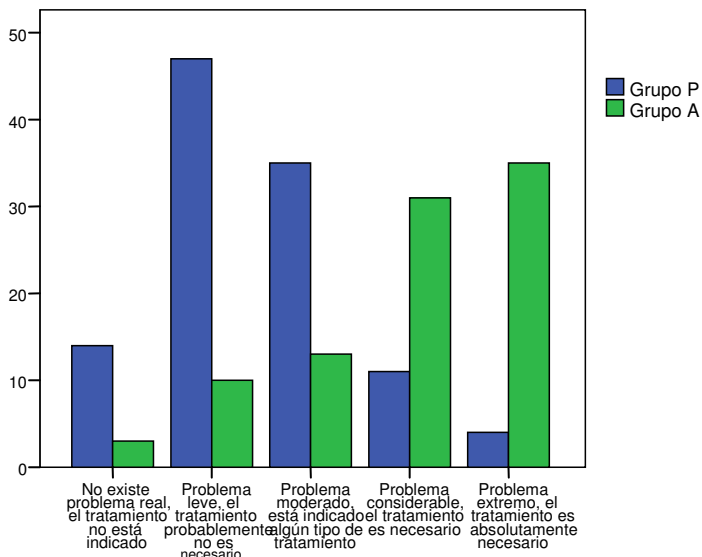


Gráfico 25. Gravedad percibida de los problemas con las drogas

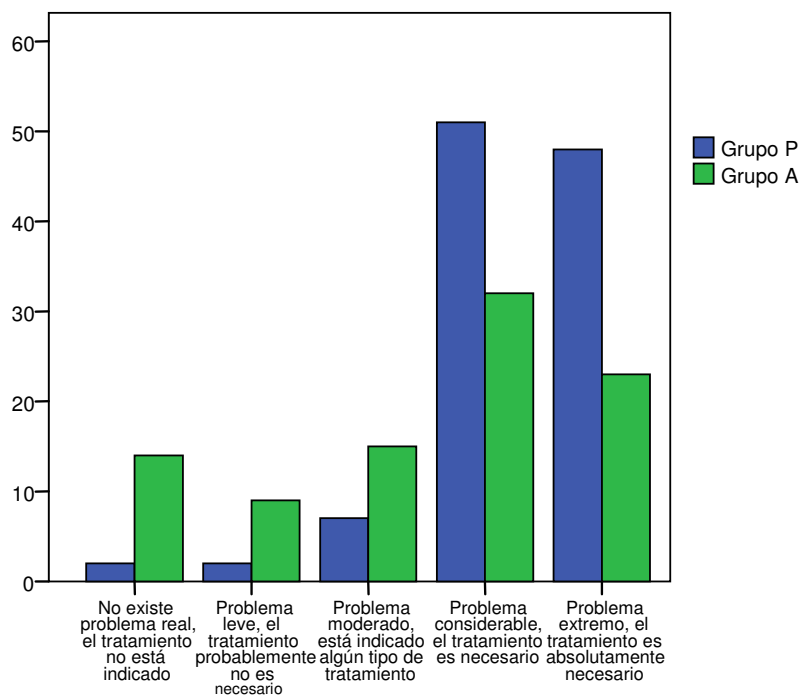
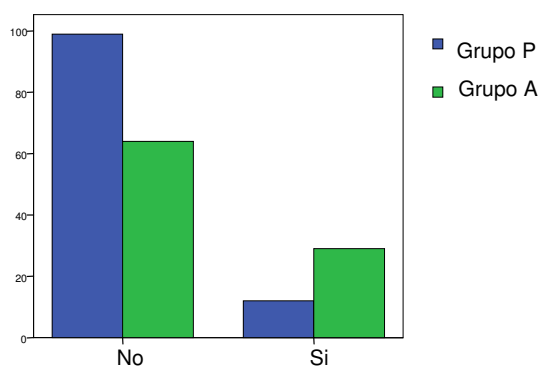


Gráfico 26. Madre o padre de la rama paterna padecen problemas con el alcohol



Como es de esperar para los que consumen alcohol esta sustancia es un grave problema y, para los que consumen drogas el consumo de éstas es un problema significado como grave.

En congruencia con los resultados que vamos ofreciendo cada grupo percibe la gravedad de los problemas como mayores concretamente en relación a la sustancia que consume.

En cuanto a las cuestiones legales más personas del grupo (P) tienen problemas judiciales y más admisiones a tratamiento han sido promovidas o sugeridas por el sistema judicial, 22 personas del grupo (P) frente a 7 personas del grupo (A) (ver tabla 25). Encontramos a más usuarios en libertad condicional, concretamente 33 del tipo (P) frente a las 20 del grupo (A).

Los participantes que pertenecen al grupo (P) consideran que son un “poco mayores o más serios” sus actuales problemas legales, de similar forma tratar estos problemas legales es más importante para el grupo de politoxicómanos (P) que para los que conforman la tipología (A).

Tabla 25

		CONGLOMERADOS		X ² (gl)
		Tipo P	Tipo A	
¿Tienes antecedentes penales?	Si	(n = 43) 70,5%	(n = 18) 29,5%	9,071 (1)**
¿Esta admisión a tratamiento ha sido promovida o sugerida por el sistema judicial?	No	(n = 89) 50,9%	(n = 86) 49,1%	
	Si	(n = 22) 75,9%	(n = 7) 24,1%	6,271 (1) ***
¿En el momento actual está pendiente de cargos?	Si	(n = 26) 44,1%	(n = 23) 55,9%	3,580 (1) *
¿Madre o padre de la rama paterna padecen problemas con el alcohol?	No	(n = 99) 60,7%	(n = 64) 39,3%	13,078 (1) ***
	Si	(n = 12) 29,3%	(n = 29) 70,7%	
* p < 0.05;		** p < 0.01;		*** p < 0.001;

Asimismo hay que rotular que la percepción de gravedad de los problemas legales es mayor en los encuestados del grupo (P), pero dentro del mismo grupo (P) encontramos a personas que dicen que no es un problema en absoluto, es decir es una distribución más heterogénea.

Por último destacar que más participantes del grupo (P) han tenido relación con la junta de menores o con el tribunal de menores, más personas han estado en algún centro o reformatorio de menores, más participantes poseen antecedentes penales 43 del grupo (P) frente a 18 del grupo (A) (ver tabla 25), cumpliendo el tercer grado 10 del grupo (P) y 2 del grupo (A) y más usuarios del grupo (P) están pendientes de cargos (ver tabla 25).

En relación a la familia

A continuación exponemos las respuestas más destacables, en relación a los antecedentes familiares.

Cinco participantes del grupo (A) respondieron afirmativamente que su abuelo tuvo problemas con el alcohol por parte de madre frente a dos del grupo (P). Cinco usuarios del grupo (P) y 11 del grupo (A) respondieron que tienen hermanos con problemas de alcohol.

La relación entre tíos alcohólicos o con problemas de drogas no es significativa para ninguno de los dos grupos (A) o (P).

Tabla 26

		CONGLOMERADOS		χ^2 (gl)
		Tipo P	Tipo A	
¿Estás satisfecho con esa convivencia? (en relación a la convivencia de los últimos tres años)	No	(n = 37) 38,9%	(n = 58) 61,1%	17,342 (2) ***
	Si	(n = 60) 69,0%	(n = 27) 31,0%	
Estado civil	Casado	(n = 13) 54,2%	(n = 11) 45,8%	12,484 (6) *
	Casado en 2ª nupcias	(n = 1) 100%	(n = 0) 0%	
	Viudo	(n = 0) 0%	(n = 1) 100%	
	Separado	(n = 6) 27,3%	(n = 16) 72,7%	
	Divorciado	(n = 4) 36,4%	(n = 7) 63,6%	
	Soltero	(n = 86) 59,7%	(n = 58) 40,3%	
* p < 0.05;		** p < 0.01;		*** p < 0.001;

En relación a si los pacientes tenían abuelos con trastornos psiquiátricos no encontramos relaciones significativas entre tener un abuelo con un trastorno psiquiátrico y padecer tanto un problema de alcohol como de drogas.

14 pacientes del grupo (P) respondieron afirmativamente frente a 5 del grupo (A) que tienen familiares con problemas de drogas, pese a que esta respuesta no sea significativa estadísticamente sí vemos que es “considerable” la diferencia.

De todas estas respuestas la más significativa estadísticamente es la relación que existe entre tener una madre o padre de la rama paterna con problemas con el alcohol y padecer problemas con el alcohol.

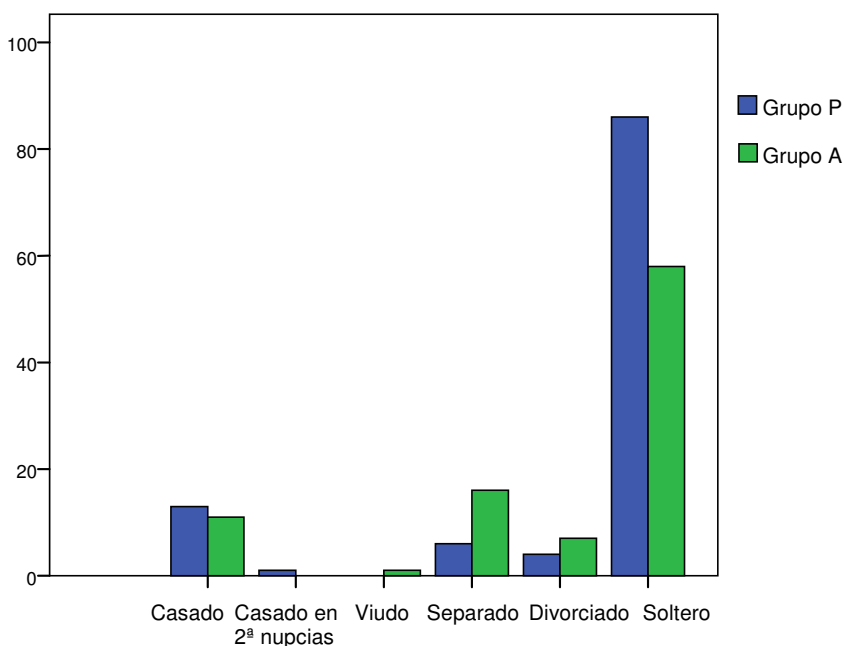
En general podemos resumir que hay más antecedentes por alcohol en las personas que poseen problemas con dicha sustancia y más antecedentes por drogas y trastornos psiquiátricos en los tipificados como politoxicómanos (P).

Estado civil del paciente

Vemos como en el grupo (P) de usuarios asignados como politoxicómanos hay más gente soltera y en el grupo (A) encontramos a más usuarios divorciados o separados.

Estadísticamente es una diferencia significativa y en principio puede ser debido a que la media de edad del grupo (A) es sensiblemente mayor, pero se puede atribuir también a la mayor problemática y severidad manifestada por el grupo (A).

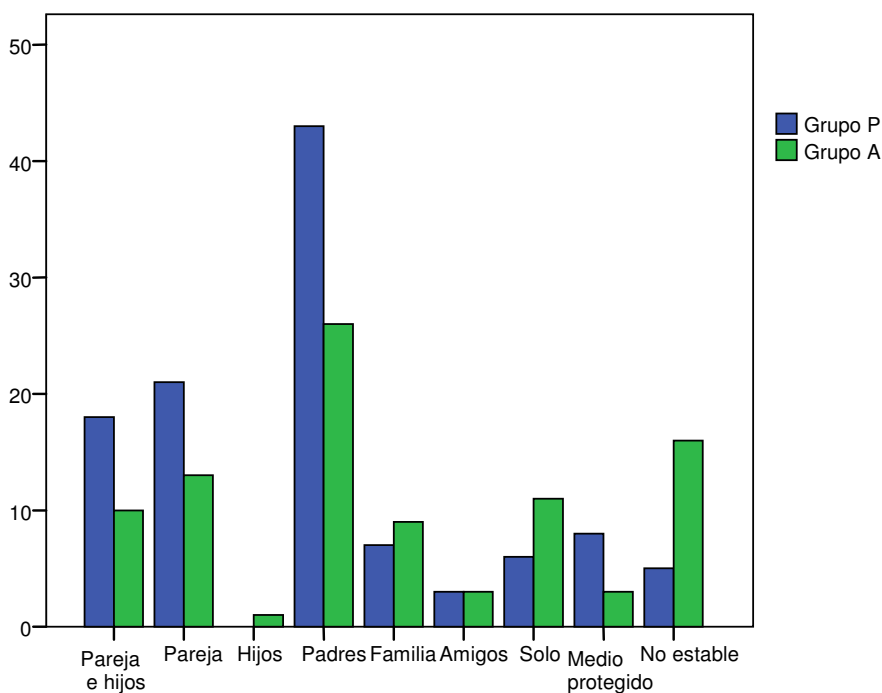
Gráfico 27. Estado civil de los encuestados



La población del grupo (P) tiene una media de edad inferior, por lo cual, en principio, también podría explicar que vivan con sus padres, siendo esta la misma explicación que en el apartado anterior.

Vemos que en el grupo (A) hay más participantes que manifiestan no disfrutar de una convivencia estable, a esto se añade que estadísticamente es significativo que muchos respondan no estar a gusto con esa convivencia (ver tabla 26). En el grupo (A) encontramos a más personas “errantes” y un mayor número de pacientes que viven solos. En cuanto a la convivencia más usuarios del grupo (P) afirman convivir con personas que consumen sustancias psicoactivas (ver tabla 27).

Gráfico 28. Convivencia del paciente los últimos tres años



25 personas del grupo (P) afirman pasar el tiempo solas frente a 43 del grupo (A). Nuevamente los que padecen problemas con el alcohol son más solitarios y están menos satisfechos con la forma en que utilizan el tiempo libre. 34 personas del grupo (P) afirman estar contentos con la utilización que hacen de su tiempo libre frente a 12 del grupo (A).

En cuanto a las relaciones familiares

Tras analizar las respuestas encontramos otra suerte de evidencias que a continuación exponemos.

Con el padre no han tenido relaciones próximas y duraderas 65 personas del grupo (P) y 73 personas del grupo (A). Los participantes del grupo (A) han tenido peores relaciones con la madre.

Estos datos se repiten con respecto a otros familiares del grupo (A), es decir, los miembros del grupo (A) son quienes afirman haber tenido peores relaciones con los hermanos, con la pareja (45 vs 21), y con los hijos (ver tabla 27).

Tabla 27

		CONGLOMERADOS		X ² (gl)
		Tipo P	Tipo A	
¿Ha tenido periodos en que ha experimentado problemas serios a lo largo de la vida con los hijos?	No	(n=111) 56,3%	(n=86) 43,7%	8,652 (1) **
	Si	(n=0) 0%	(n=7) 100%	
¿Ha tenido periodos en que ha experimentado problemas serios a lo largo de la vida con los compañeros de trabajo?	No	(n=77) 49,0%	(n=80) 51,0%	8,87 (1) **
	Si	(n=34) 73,9%	(n=12) 26,1%	
¿Ha tenido periodos en que ha experimentado problemas serios en el último mes con amigos íntimos?	No	(n=99) 52,1%	(n=91) 47,9%	5,93 (1) *
	Si	(n=12) 85,7%	(n=2) 14,3%	
¿Ha tenido relaciones próximas y duraderas con los amigos?	No	(n=56) 50,5%	(n=66) 54,1%	8,86 (1) **
	Si	(n=55) 67,1%	(n=27) 32,9%	
¿Ha tenido relaciones próximas y duraderas con la pareja?	No	(n=68) 48,6%	(n=72) 51,4%	6,31 (1) *
	Si	(n=43) 67,2%	(n=21) 32,8%	
¿Has tenido relaciones próximas y duraderas con tu madre?	No	(n=44) 44,9%	(n=54) 55,1%	6,88 (1) *
	Si	(n=67) 63,2%	(n=39) 36,8%	
¿Has tenido relaciones próximas y duraderas con tu padre?	No	(n=65) 58,6%	(n=73) 78,5%	9,190 (1) **
	Si	(n=46) 69,7%	(n=20) 30,3%	
¿Alguna vez han abusado emocionalmente de Vd a lo largo de la vida?	No	(n=71) 61,2%	(n=45) 38,8%	5,0 (1) *
	Si	(n=40) 45,5%	(n=48) 54,5%	
¿Alguna vez han abusado de Vd físicamente en el último?	No	(n=109) 55,6%	(n=87) 44,4%	4,65 (1) *
	Si	(n=1) 14,3%	(n=6) 85,7%	
¿Alguna vez han abusado de Vd físicamente a lo largo de la vida?	No	(n=101) 58,7%	(n=71) 41,3%	8,20 (1) **
	Si	(n=10) 31,3%	(n=22) 68,8%	
¿Con quién conviven sus hijos? Repuesta con la madre.	No	(n=101) 59,4%	(n=69) 40,6%	13,69 (2) ***
	Si	(n=8) 25%	(n=24) 75%	
¿Convive con alguien que consume sustancias psicoactivas?	No	(n=82) 50,3%	(n=81) 19,7%	11,368 (4) *
	Si	(n=17) 58,6%	(n=12) 41,4%	
* p < 0.05;		** p < 0.01;		*** p < 0.001;

Tabla 27 (bis)

		CONGLOMERADOS		X ² (gl)
		Tipo P	Tipo A	
¿Con quién pasa la mayor parte de su tiempo libre?	Familiares sin problemas actuales con las drogas	(n =32) 60,4%	(n =21) 39,6%	14,13 (4) *
	Amigos sin problemas con alcohol o drogas	(n =16) 72,7%	(n =6) 27,3%	
	Amigos con problemas actuales con las drogas o alcohol	(n =36) 61,0%	(n =23) 39,0%	
	Solo	(n =25) 36,8%	(n =43) 63,2%	
Gravedad de problemas familiares sociales	No existe problema real, el tratamiento no está indicado	(n =9) 90%	(n =1) 10%	24,738 (4) ***
	Problema leve, el tratamiento probablemente no es necesario	(n =2) 100%	(n =0) 0%	
	Problema moderado, está indicado algún tipo de tratamiento	(n =14) 77,8%	(n =4) 22,2%	
	Problema considerable, el tratamiento es necesario	(n =51) 63,8%	(n =29) 36,3%	
	Problema extremo, el tratamiento es absolutamente necesario	(n =35) 37,2%	(n =59) 62,8%	

* p < 0.05;

** p < 0.01;

*** p < 0.001;

En relación a haber padecido problemas serios a lo largo de la vida o en el último mes con su madre, padre u otros familiares. Las respuestas son semejantes a las anteriores, esto es, siempre, las personas del grupo (A), son las que aseveran haber mantenido peores relaciones, con la madre, con el padre, con los hermanos, con los hijos, así sucesivamente con todos los familiares. Con todos salvo con los que no son familiares, con los amigos y compañeros de trabajo, donde vemos que las respuestas del grupo (P) son superiores a las del grupo (A) (ver tabla 27). Para ir finalizando este apartado ofrecemos una gráfica (ver gráfica 29) donde podemos ver que el grupo (A) sostiene que la *gravedad de sus problemas familiares y sociales* es extrema y que el tratamiento de estas áreas es absolutamente necesario, en comparación con el grupo (P) donde estas dificultades no se perciben con tanta gravedad.

Abusos físicos, psíquicos y sexuales

Un último bloque de preguntas está relacionado con los abusos de diferentes tipos. En primer lugar 15 personas del grupo (P) afirman que alguna vez han abusado de ellos emocionalmente en el último mes y 21 personas del grupo (A) responden lo mismo. Si se hace esta pregunta, pero en vez de preguntar en el último mes se pregunta a lo largo de la vida, el número de personas que responden “sí” sube a 40 del grupo (P) y 48 del grupo (A).

Si se pregunta si han “abusado físicamente” a lo largo de su vida, responden que sí 10 personas del grupo (P) y 22 del grupo (A).

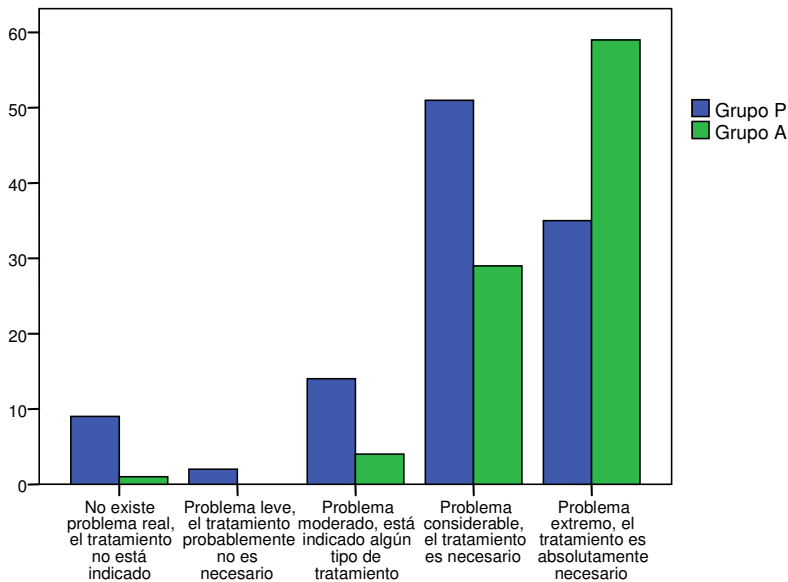
Si la pregunta es si han abusado de Vd sexualmente, forzándolo a lo largo de la vida, encontramos que las diferencias no son estadísticamente significativas, 5 usuarios del grupo (P) y 9 del grupo (A).

Orden de nacimiento

En cuanto al orden de nacimiento no hay demasiadas diferencias entre los dos grupos, en general los pacientes no son hijos únicos, ni en el grupo (P) ni en el grupo (A).

Un 22,54% de los pacientes son hijos mayores, de ellos 21 son del grupo (P) y 25 del grupo (A). El 39,40% de los participantes son hijos menores, de este grupo 46 son del grupo (P) y 34 del grupo (A), pese a las diferencias encontradas, éstas, no son significativas estadísticamente.

Gráfico 29. Gravedad de los problemas familiares y sociales



Problemas psiquiátricos

En último lugar pasamos a analizar las diferencias encontradas entre el grupo (P) y (A) en relación a los problemas psiquiátricos.

En primer lugar, vemos que casi el doble de los encuestados del grupo (A) frente al (P) afirma haber padecido depresión severa el último mes. Si se

pregunta si han padecido depresión severa pero en esta ocasión a lo largo de la vida, el número de respuestas afirmativas se iguala, 67 personas del grupo (P) responden afirmativamente frente a 78 del grupo (A).

Tabla 28

		CONGLOMERADOS		X ² (gl)
		Tipo P	Tipo A	
¿Experimentó depresión severa a lo largo de la vida?	No	(n=44) 74,6%	(n=15) 25,4%	13,60 (1) ***
	Si	(n=67) 46,2%	(n=78) 53,8%	
¿Experimentó ansiedad o tensión severa en el último mes?	No	(n=48) 73,8%	(n=17) 26,2%	14,52 (1) ***
	Si	(n=63) 45,3%	(n=76) 54,7%	
¿Experimentó ansiedad o tensión severa a lo largo de la vida?	No	(n=30) 76,9%	(n=9) 23,1%	9,85 (1) **
	Si	(n=81) 49,1%	(n=84) 50,9%	
¿Experimentó depresión severa? en el último mes.	No	(n=75) 73,5%	(n=27) 26,5%	30,058 (4) ***
	Si	(n=36) 35,3%	(n=66) 64,7%	
* p < 0.05;		** p < 0.01;		*** p < 0.001;

63 pacientes del grupo (P) respondieron afirmativamente experimentar ansiedad o tensión severa en el último mes frente a 76 personas del grupo (A); si se hace esta misma pregunta pero a lo largo de la vida, igualmente más personas del grupo (A) responden afirmativamente (84 vs 81).

Tabla 29

		CONGLOMERADOS		X ² (gl)
		Tipo P	Tipo A	
¿Experimentó problemas para comprender o concentrarse en el último mes?	No	(n=77) 68,8%	(n=35) 31,3%	21,344 (1) ***
	Si	(n=33) 36,3%	(n=58) 63,7%	
* p < 0.05;		** p < 0.01;		*** p < 0.001;

Otra respuesta que diferencia a los dos grupos siendo considerada como muy significativa estadísticamente es que el grupo (A) experimentó problemas para comprender o concentrarse en el último mes.

Más usuarios del grupo (A) responden que tuvieron alucinaciones en el último mes, concretamente 13 personas frente a 7 del grupo (P). Si hacemos esta misma pregunta pero a lo largo de la vida las respuestas se igualan.

Más participantes del grupo (A) manifiestan haber tenido problemas para controlar su conducta violenta en el último mes, 32 frente a 24 del grupo (P) y en relación a la misma pregunta pero planteada a lo largo de la vida, por primera vez más miembros de grupo (P) politoxicómanos, responden afirmativamente (50 vs 47), aunque las respuestas son muy similares.

Podemos destacar que las personas del grupo (A) que llegan a pedir tratamiento afirman estar más deterioradas en todo lo referente a lo psiquiátrico (en el mes anterior al ingreso).

Tabla 30

		CONGLOMERADOS		
		Tipo P	Tipo A	X² (gl)
¿Qué importancia tiene ahora para Vd. el tratamiento para estos problemas psicológicos?	Ninguno	(n=14) 87,5%	(n=2) 12,5%	15, 84 (6) *
	Leve	(n=5) 100%	(n=0) 0%	
	Moderado	(n=13) 54,2%	(n=11) 45,8%	
	Considerable	(n=30) 55,6%	(n=24) 44,4%	
	Extremo	(n=48) 46,6%	(n=55) 53,4%	
Durante la entrevista el paciente se ha presentado deprimido o retraído (Observaciones del clínico)	No	(n=105) 58,3%	(n=75) 41,7%	9,486 (1) **
	Si	(n=6) 25%	(n=18) 75%	
Gravedad del estado psiquiátrico (Observaciones del clínico)	No existe problema real	(n=21) 100%	(n=0) 0%	28,79 (5) ***
	Leve	(n=3) 42,9%	(n=4) 57,1%	
	Moderado	(n=57) 58%	(n=40) 41%	
	Considerable	(n=22) 37,3%	(n=37) 62,7%	
	Extremo	(n=8) 44,4%	(n=10) 55,6%	
¿Experimentó ideación suicida el último mes?	No	(n=93) 61,6%	(n=58) 38,4%	12,07 (1) ***
	Si	(n=18) 34,0%	(n=35) 66,0%	
* p < 0.05; ** p < 0.01; *** p < 0.001;				

Como se puede observar más personas del grupo de alcohol responden que recibían medicación prescrita por problemas emocionales o psicológicos en el último mes (ver gráfico 32), lo mismo ocurre si se hace esta misma pregunta, pero en vez de preguntar en el último mes la pregunta se plantea a lo largo de la vida, 42 del grupo (P) frente a 64 del grupo (A).

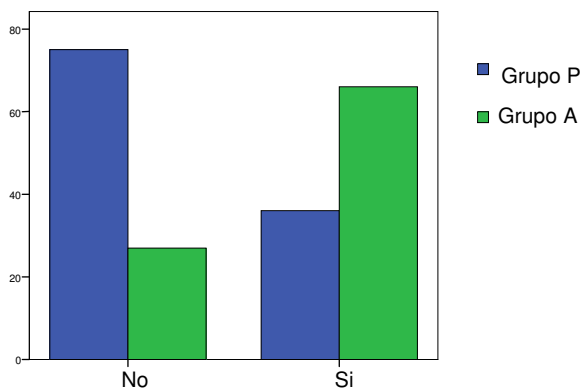
35 personas del grupo (A) respondieron afirmativamente que sí experimentaron ideación suicida en el último mes frente a 18 del grupo (P). Encontramos respuestas más igualadas si se hace esta misma pregunta pero a lo largo de la vida (59 vs 68).

Tabla 30 (bis)

		CONGLOMERADOS		χ^2 (gl)
		Tipo P	Tipo A	
¿Experimentó ideación suicida a lo largo de la vida?	No	(n=52) 67,5%	(n=25) 32,5%	8,584 (1) **
	Si	(n=59) 46,5%	(n=68) 53,5%	
¿Realizó intentos suicidas a lo largo de la vida?	No	(n=89) 61%	(n=57) 39%	9,46 (2) **
	Si	(n=22) 38,6%	(n=35) 61,4%	
¿Cuánto le han preocupado o molestado en el último mes estos problemas psicológicos?	Ninguno	(n=13) 86,7%	(n=2) 13,3%	17,17 (7) *
	Leve	(n=6) 100%	(n=0) 0%	
	Moderado	(n=15) 57,78%	(n=11) 42,3%	
	Considerable	(n=30) 54,5%	(n=25) 45,5%	
	Extremo	(n=46) 46,5%	(n=53) 53,5%	
¿Recibía medicación preescrita por problemas emocionales o psicológicos a lo largo de la vida?	No	(n=69) 70,41%	(n=29) 29,6%	19,45 (1) ***
	Si	(n=42) 39,6%	(n=64) 60,4	
¿Recibía medicación preescrita por problemas emocionales o psicológicos en el último mes?	No	(n =76) 69,7%	(n =33) 30,3%	22,126 (1) ***
	Si	(n =35) 36,8%	(n =60) 63,2%	

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$;

Gráfico 30. Experimentar depresión severa el mes anterior al ingreso



22 participantes del grupo (P) respondieron que sí realizaron intentos suicidas a lo largo de la vida frente a 35 personas del grupo (A).

Por último para el grupo (A) es más importante tratar los problemas psicológicos, asimismo ponemos de manifiesto que el grupo de alcohol percibe como más grave su estado psiquiátrico.

Gráfico 31. Experimentar problemas para entender o concentrarse el mes anterior al ingreso

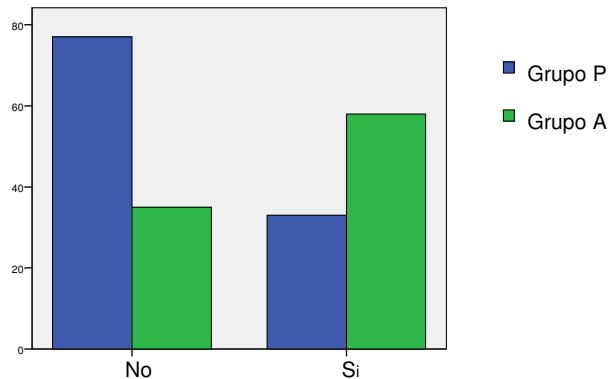
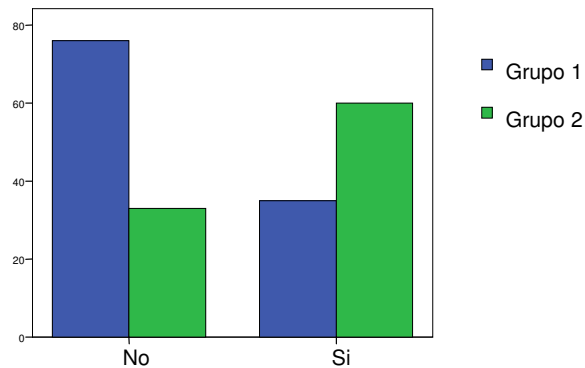


Gráfico 32. Los usuarios recibían medicación prescrita por problemas emocionales o psicológicos en el mes anterior al ingreso



d) Diferencias entre los drogodependientes tipo (P) y tipo (A) en variables continuas

En este apartado se muestran las diferencias entre las variables continuas (cuantitativas) que han formado los conglomerados, edad, años de educación, años de consumo a lo largo de la vida, índices de gravedad, etc. A renglón seguido, se ponen de manifiesto las diferencias significativas de las tipologías A y P.

Tabla 31

	CONGLOMERADOS	
	Tipo P	Tipo A
¿Cuántas veces has estado hospitalizado por problemas médicos? Incluir sobredosis.	(n= 111) 2,61 *	(n = 93) 4,6*
¿Cuánto duró el periodo más largo de desempleo? En meses.	(n = 109) 11,06***	(n= 91) 23,52***
Edad de inicio de consumo de alcohol en grandes cantidades.	(n = 25) 24,36***	(n= 70) 20,47***
Alcohol en grandes cantidades a lo largo de la vida. En años.	(n = 111) 0,52***	(n= 93) 9,61***
Edad de inicio del consumo de anfetaminas.	(n=50) 16,84***	(n=40) 19,45***
Cuántos meses ha estado en la cárcel	(n=111) 11,25***	(n=93) 5,13***
* p < 0.05; ** p < 0.01; *** p < 0.001;		

Las conclusiones de este apartado son las siguientes: en proporción, los usuarios que conforman el grupo de alcohol (A) han estado más veces en el hospital y han pasado más tiempo ingresadas. Los miembros de este grupo (A) han pasado más tiempo desempleadas (ver tabla 31).

En general, los años de consumo de la mayoría de las sustancias son mayores en el grupo (A), es un colectivo más crónico y una tipología de pacientes con ligeramente mayor edad. El grupo (A) probó antes sustancias depresoras del sistema nervioso como la heroína y la metadona, aunque cabe apuntar que las diferencias en este caso no son demasiado significativas. El grupo (P) politoxicómanos consume antes otras sustancias como los barbitúricos y sedantes y, encontramos una diferencia significativa estadísticamente en relación a consumir anfetaminas, esto es, el grupo (P) comienza a una edad menor el consumo de esta sustancia. En relación a la cocaína y el cannabis no hay diferencias significativas, pero sí hay diferencias en relación al número de años que se consumen estas sustancias, el grupo (A) ha consumido cannabis durante más años, 4,02 años frente a 1,41 años del grupo (P), y esta diferencia sí es claramente significativa. Por otro lado la cocaína y las anfetaminas son consumidas durante más años por personas del grupo (P). En relación a los periodos de abstinencia, el grupo (P) ha pasado periodos más largos de abstinencia de las drogas. Si se pregunta a los dos grupos cuántos días tuvieron problemas con el alcohol o con las drogas, como cabe esperar el grupo (P) afirma que ha tenido problemas con las drogas más días y como resulta obvio el grupo (A) asevera haber padecido más días problemas con el alcohol.

Tabla 32

	CONGLOMERADOS	
	Tipo P	Tipo A
¿Desde cuántos años vives en esa dirección? (meses)	(n=53) 122,02*	(n=43) 151,09*
¿Cuántas veces en su vida ha estado hospitalizado por problemas médicos? Incluir sobredosis.	(n=53) 2,06*	(n=43) 3,40*
¿Cuánto duró el periodo más largo de empleo regular? (meses)	(n=53) 50,09*	(n=43) 64,91*
¿Cuánto duró el periodo más largo de desempleo?	(n=52) 11,15*	(n=42) 24,07*
Cuántas personas dependen de Vd.	(n=53) 0,38*	(n=43) 0,67*
Consumo de alcohol en grandes cantidades. Edad de inicio	(n=16) 28,75*	(n=31) 22,65*
Alcohol en grandes cantidades a lo largo de la vida	(n=53) 0,74***	(n=43) 9,09***
Cocaína a lo largo de la vida	(n=52) 6,51*	(n=43) 5,86*
Anfetamina a lo largo de la vida	(n=53) 0,13***	(n=43) 0,67***
Cannabis edad de inicio	(n=40) 16,00*	(n=30) 15,60*
Cannabis a lo largo de la vida	(n=53) 0,81***	(n=43) 3,19***
Alucinógenos a lo largo de la vida	(n=53) 0,04*	(n=43) 0,40*
Cuántas veces ha tenido <i>delirium tremens</i>	(n=52) 0,02***	(n=43) 0,47***
Cuántos días en el último mes experimentó problemas con el alcohol	(n=53) 1,91***	(n=43) 18,74***
Cuántos días en el último mes experimentó problemas con otras drogas	(n=53) 19,81*	(n=43) 13,88*
Cuántas veces en su vida ha sido acusado de alteración del orden, vagabundeo. (Intoxicación)	(n=53) 0,0*	(n=43) 0,2*
Conducir embriagado	(n=53) 0,0***	(n=43) 0,14
Delitos de tráfico	(n=53) 0,34*	(n=43) 0,14*
Cuánto tiempo duró su último periodo en la cárcel	(n=52) 8,15*	(n=43) 6,33*
Número de hijos	(n=53) 0,32***	(n=43) 1,05***
* p < 0.05; ** p < 0.01; *** p < 0.001;		

Unos últimos datos nos ayudan a diferenciar los dos grupos y, no son otros que el tiempo de estancia en la cárcel, por un lado las personas con problemas de alcohol han pasado de media menos tiempo que los del grupo (P), esta

variable es significativa aunque cabe señalar que en este caso la *SD* es muy alta. Esto quiere decir que un subgrupo de las personas que conforman el grupo (P) ha pasado bastante tiempo en prisión.

e) Diferencias entre las variables cuantitativas de los conglomerados para muestras de medidas repetidas

A continuación analizaremos los usuarios de los dos grupos, grupo (P) y grupo (A) que permanecieron seis meses en el tratamiento.

En general no detectamos datos significativos que nos aporten información nueva o extra a lo que hemos ido analizando hasta la fecha, más bien la información que exponemos en este apartado es una continuación, o dicho de otra forma, una verificación de lo expuesto anteriormente.

Tras realizar el análisis de los dos grupos a los seis meses de tratamiento, vemos que las personas analizadas tienen una media de edad ligeramente superior. Pero al igual que antes, el grupo (A) de alcohol tiene una edad superior al grupo (P), concretamente 36,07 frente a 32,74.

En cuanto al número de veces que los pacientes han estado hospitalizados por problemas médicos inclusive el ingreso por sobredosis, vemos que los resultados son prácticamente iguales que antes, es decir el grupo (A) de alcohol ha tenido más hospitalizaciones.

Nuevamente, igual que en el apartado anterior, encontramos que el grupo (A) pasó más tiempo desempleado, concretamente 24,07 meses, destacar en este caso que la Desviación Típica (*SD*) es muy alta, 44,67 y el Error Típico de la Media E.T.M. es de 6,89, frente a los 11,15 meses del grupo (P) con una *SD* de 15,95 y un E.T.M. de 2,213.

En relación al consumo de sustancias, tras el análisis a los seis meses y tras poder diferenciar con más precisión los dos conglomerados, no encontramos nuevos datos que puedan resaltarse o ser de interés para el presente estudio.

En cuanto al inicio del consumo de alcohol como cabe esperar, el grupo (A) comienza antes a consumir que el grupo (P). En cuanto a la edad de inicio de consumo de alcohol en grandes cantidades vemos que se consume a una edad más avanzada, es decir el grupo (A) que ya lleva seis meses de tratamiento en Proyecto Hombre Burgos ha comenzado a beber alcohol más tarde que los del grupo (A) que no hicieron el tratamiento hasta el corte de seis meses; la explicación a este hecho es que empezar a beber a una edad más tardía implica una menor gravedad y deterioro y por añadidura un mejor pronóstico.

En relación a los años que se ha consumido alcohol en grandes cantidades a lo largo de la vida, la respuesta es igual a lo hallado en el punto anterior, el

grupo (P) afirma haber consumido grandes cantidades de alcohol durante 0,74 años, frente a los 9,09 años de media del grupo (A); destacar que en este caso también encontramos una *SD* elevada, 9,09.

En relación a la edad de inicio de la heroína no encontramos diferencias entre los dos grupos, la única observación destacable es que las personas que han estado seis meses en tratamiento, en general, empiezan a consumir más tarde.

En cuanto a los barbitúricos no hay diferencias importantes en la edad de inicio, tampoco en los años que se han consumido barbitúricos a lo largo de la vida. En cuanto a la cocaína y las anfetaminas, nuevamente no encontramos diferencias destacables.

En relación al cannabis vemos que sí son relevantes, el grupo (A) lo consume antes, a los 15,60 años con una *SD* de 2,32 y un E.T.M. de 0,42. En cuanto al grupo (P) la edad de inicio es a los 16 pero en relación al análisis llevado a cabo a los seis meses, los dos grupos inician su consumo de cannabis más tarde.

Es destacable los años de consumo de cannabis del grupo (A) 3,19 años con una (*SD*) de 6,60 esto quiere decir que un subgrupo de alcohólicos serían consumidores frecuentes de cannabis, igual que en el caso anterior, pero la media de años de consumo en el grupo de personas que llevan seis meses de tratamiento es también menor en relación a la media de los que fueron evaluados al primer mes.

Como resulta comprensible vemos que las personas del grupo (A), han pasado más meses abstinentes del alcohol 7,35 aunque la desviación típica es elevada 15,35. El grupo (P) es el que ha pasado periodos más largos de abstinencia de drogas 12,08 meses con una *SD* de 22,504. En general también podemos señalar la estrecha relación entre las personas que llevan seis meses en tratamiento y el haber pasado periodos más largos abstinentes de drogas o alcohol respectivamente.

Para finalizar este apartado debemos comentar excepciones, es decir hasta la fecha hemos estado disponiendo, en este segundo análisis de lo que se repite de los resultados del primero, pero a continuación comentaremos algunas excepciones, que sin llegar a ser significativas creemos interesante exponer.

En primer lugar en cuanto a la edad de inicio de consumo de metadona, podemos decir que es la única sustancia donde encontramos un ligero cambio, es decir si analizamos los dos conglomerados, (los dos grupos A y P) al primer mes de tratamiento, el grupo (A) empieza a consumir antes metadona (en este caso la *SD* es elevada 11,791) pero si tomamos como referencia el corte a los seis meses de tratamiento, vemos que es el grupo (P) son quienes comienzan a

consumir antes. Esto también ocurriría con los alucinógenos, si tomamos como referencia al primer mes de tratamiento, el grupo (P) comienza antes su consumo, pero si tomamos como referencia a los seis meses de tratamiento, son los miembros que conforman el grupo (A) quienes empiezan antes el consumo de tal sustancia. Al igual que en el caso de la metadona, encontramos que el “n” es muy bajo, únicamente 19 para el grupo (P) y 13 para el grupo (A).

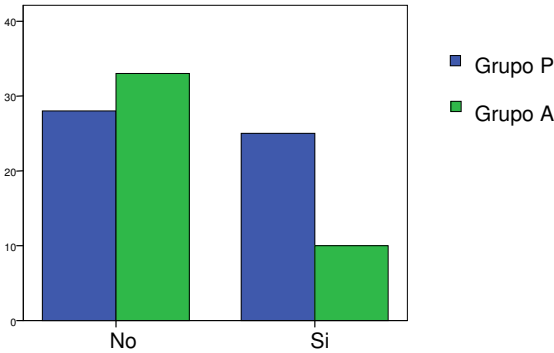
f) Diferencias entre variables cualitativas para conglomerados medidas repetidas

A continuación se analizarán las diferencias entre las variables cualitativas entre los dos conglomerados (*clusters*) que estuvieron seis meses en tratamiento en cualquiera de los dos tratamientos Comunidad Terapéutica o el Programa Ambulatorio. En este caso la muestra se reduce a 96 casos.

Tabla 33

		CONGLOMERADOS	
		Tipo P	Tipo A
¿Diría Vd. que ha tenido relaciones próximas y duraderas con su padre?	No	(n =28) 45,9%*	(n =33) 54,1%*
	Si	(n =25) 71,4%*	(n =10) 28,6%*
* p < 0.05; ** p < 0.01; *** p < 0.001;			

Gráfico 33. Relación próxima y duradera con su padre

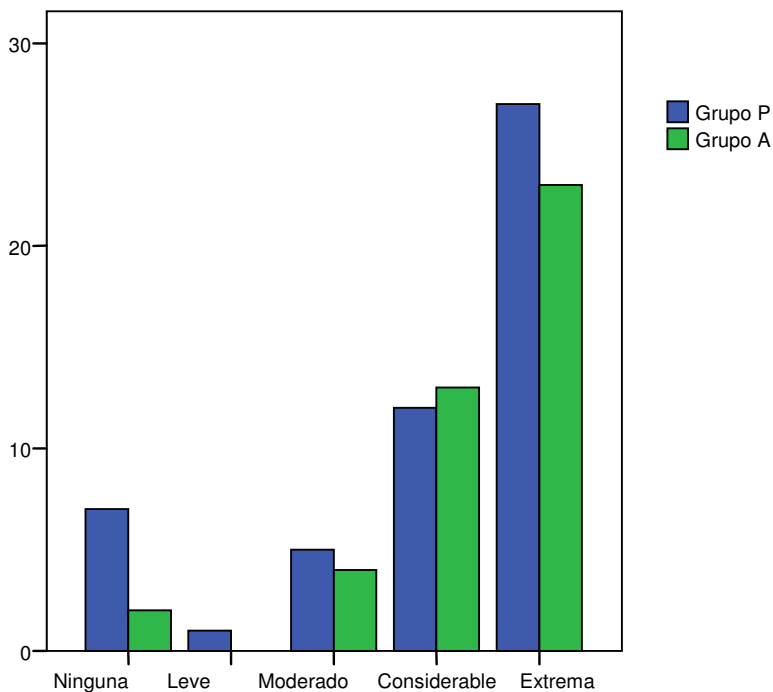


El grupo (A) de alcohol ha tenido peores relaciones con su padre, afirman que no han tenido relaciones buenas, 28 personas del grupo (P) frente a 33 del grupo (A). Ante la pregunta ¿Diría Vd. que ha tenido relaciones próximas y

duraderas con sus hermanos? Nos encontramos ante una excepción, ya que son personas del grupo (P), las que sostienen haber tenido peores relaciones con sus hermanos.

En cuanto al tipo de relación que se ha tenido con sus parejas, nuevamente los datos son semejantes a los anteriores, el grupo (A) de alcohol ha tenido peores relaciones con sus parejas, así lo afirman 34 personas del grupo (A) frente a 27 del grupo (P).

Gráfico 34. Preocupación en el último mes de los problemas psicológicos



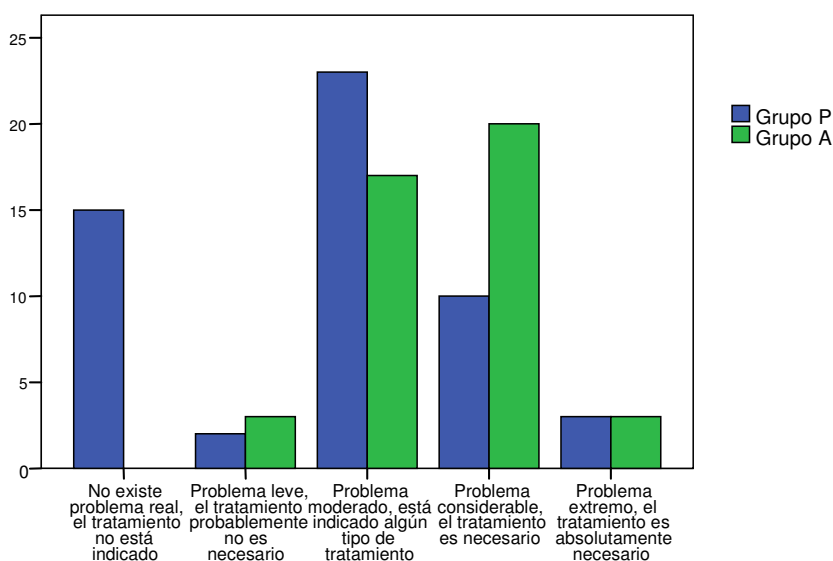
En cuanto a la relación con los amigos los resultados son semejantes al análisis que se hizo el primer mes de tratamiento, aunque que la muestra es más pequeña en este caso vemos que en el grupo (P) 30 personas afirman haber tenido relaciones próximas y duraderas con los amigos frente a 13 personas del grupo (A).

Encontramos que en el análisis a los seis meses encontramos a más personas del grupo (A) que han tenido problemas serios con su padre a lo largo de la vida, concretamente son 25 frente a 21 del grupo (P); esta sería de las pocas diferencias respecto al análisis anterior a los cero meses de tratamiento.

En los siguientes análisis tampoco encontramos diferencias significativas, hijos, otros familiares, amigos íntimos, vecinos, compañeros de trabajo. En relación a los abusos físicos, sexuales o emocionales, las respuestas son semejantes a las del anterior análisis. Tampoco encontramos diferencias ante cuestiones como cuánto le ha preocupado en el último mes los problemas familiares o qué importancia tiene ahora para Vd el asesoramiento para esos problemas familiares.

En relación al puesto que ocupan entre los hermanos encontramos una de las escasas diferencias y es que en el grupo (A) de alcohol, a los seis meses hallamos a más personas que afirman ser los menores (20 vs 19), aunque la diferencia no sería significativa.

Gráfico 35. Gravedad del estado psiquiátrico



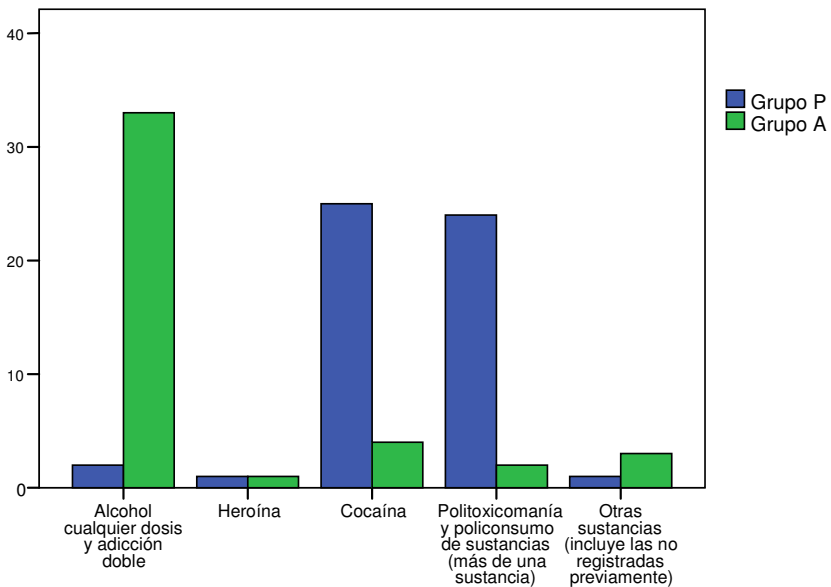
En cuanto a las preguntas de psiquiatría se repiten los mismos patrones salvo algún matiz como por ejemplo en relación a experimentar problemas para controlar sus conductas violentas, más personas del grupo (A) responden afirmativamente (19 vs 17).

Una de las diferencias más destacables es que, en esta ocasión son los usuarios del grupo (P) quienes afirman que les ha molestado en el último mes estos problemas psicológicos, debemos recordar que en el anterior análisis era el grupo de alcohol quien sostenía estar más preocupado por estos problemas. Hay que subrayar que cuando se plantea esta cuestión los pacientes están ingresados.

Tabla 34

	CONGLOMERADOS	
	Tipo P	Tipo A
Alcohol cualquier dosis y adicción doble	(n=2) 5,7%***	(n=33) 94,3%***
Heroína	(n=1) 50%***	(n=1) 50%***
Cocaína	(n=25) 86,2%***	(n=4) 13,8%***
Politoxicomanía y policonsumo de sustancias (más de una sustancia)	(n= 24) 92,3%***	(n=2) 7,7%***
* p < 0.05;	** p < 0.01;	*** p < 0.001;

Gráfico 36. Sustancia principal



Una de las razones de este cambio puede ser debido que el grupo de alcohol ha mejorado considerablemente este tipo de problemas, ya que era una prioridad para ellos en el primer mes, así, a los seis meses se igualan las respuestas, aunque para el grupo (A) la gravedad del estado psiquiátrico sigue siendo mayor.

Pese a lo expuesto en los gráficos anteriores en cuanto a la gravedad del estado psiquiátrico nuevamente es el grupo (A) el que sigue percibiendo su estado como más grave.

Para finalizar en este apartado mostramos la tabla y el gráfico de las sustancias consumidas (ver tabla 34) (ver gráfico 36), como se aprecia, a los seis meses de tratamiento podemos ver que no cambia respecto al análisis que se expuso al primer mes de tratamiento.

9.5. Discusión del primer estudio

En el primer estudio deseábamos encontrar diferentes perfiles de los usuarios evaluados, qué características atesoran las personas en virtud de las variables analizadas que son: sociodemográficas, de consumo y la variable gravedad de la adicción. En principio poder encontrar diferentes perfiles de pacientes es de utilidad a la hora de realizar un mejor trabajo tanto terapéutico como educativo ya que el diseño e intervenciones se pueden ajustar al perfil encontrado.

Según García (2009) la mayoría de los trabajos (91%) —que estudian la eficacia de los tratamientos de la comunidad—, utilizan los diseños: *pretest*, *posttest* sin grupo control y longitudinal sin grupo control. Según este autor las variables utilizadas en estos trabajos las clasificamos en:

- a) De clasificación sociodemográficas como edad, sexo, etnia, estado civil, nivel de estudios y situación jurídica, son las que más aparecen.
- b) De información, como consumo de drogas, tiempo de duración en el tratamiento, tipo de desorden psicológico.
- c) Y por último de intervención como son: los programas de mantenimiento con metadona, los programas residenciales en hospital, o comunidad terapéutica y los programas no residenciales libres de drogas.

Perfil de los sujetos evaluados y otros estudios

En primer lugar señalar que no se cumple ninguno de los tres corolarios iniciales, ya que no encontramos las tipologías esperadas.

En cuanto al alcohol podemos recordar algunas ya célebres investigaciones que estaban basadas en las tipologías, posiblemente la más citada en drogodependencias sea la de Cloninger (1978), también aportaron rigor en este campo otras como la de Babor, Hoffman, Desboca y col. (1992), o la revisión llevada a cabo por Cotton (1979) quien afirmaba que la incidencia del alcoholismo era significativamente mayor entre los familiares de alcohólicos. Respecto a las tipologías de Cloninger (1981, 1987), de una forma breve podemos decir que nos legó dos tipos, el Tipo 1 es un perfil de pacientes alcohólicos que comienza a beber cuando tienen más edad, con un inicio más tardío; es un perfil al que se le atribuye menor heredabilidad. Es un grupo menos agresivo y afecta tanto a

hombres como a mujeres. El Tipo 2 es un grupo que comenzó a beber más joven y es un perfil de más gravedad y crónico. Tiene más complicaciones sociales y se presenta más en hombres.

Babor por su parte, subrayó la existencia de dos tipos de consumidores que llamaría *Apolo*, grupo que empieza a consumir más tarde y otro grupo denominado *Baco* que comienza a consumir drogas antes de los 30 años de edad; en este caso la edad es el punto de corte tomado por este autor para diferenciar ambos tipos. Esta segunda tipología *Baco*, correlaciona con padecer más trastornos de personalidad como el antisocial y correlaciona con padecer más problemas laborales y sociales. Según Polo, Díaz, Escera y Sánchez-Turet (1995) “los resultados de los trabajos revisados señalan que el alcoholismo familiar podría ser una categoría diagnóstica diferenciada, tal como ya había propuesto originariamente Jellinek en 1940”. Aunque el propósito de esta investigación no sea concretamente buscar tipos de alcohólicos sí conviene tener presente las tipologías que se han esbozado en el pasado; a este respecto se debe señalar que el grupo de alcohólicos que demanda tratamiento en Proyecto Hombre suele padecer una mayor gravedad que el alcohólico que acude a un centro ambulatorio o a una asociación de ayuda a alcohólicos, un buen grupo de los que entran son personas que han fracasado en los tratamientos ambulatorios y precisan de una mayor contención, por lo cual demandan tratamiento en la Comunidad Terapéutica; por consiguiente la muestra de alcohólicos no será una muestra normalizada de personas que padecen problemas con el alcohol.

Por otro lado y dejando a un lado los perfiles de *alcohólicos*, podemos encontrar otra suerte de estudios que también reflejan la correlación entre consumir drogas y tener familiares que consumen, por ejemplo, en un extenso estudio se dividió en dos grandes grupos los jóvenes, los que no consumían y los que sí consumían drogas. Pues bien, “los consumidores tienen con mayor probabilidad que los no consumidores un padre consumidor de alcohol (68% vs. 48%), la madre (44% vs. 26%) y algún hermano (66% vs. 41%), (p exacta < 0,001 para Chi cuadrado en los tres casos). Las diferencias también van a ser en este sentido en el consumo de tabaco por parte del padre (53% vs. 37%), la madre (40% vs. 29%) y algún hermano (58% vs. 38%), y también en este caso las diferencias son muy significativas estadísticamente (p exacta < 0,001 para Chi cuadrado). Lo mismo ocurre con el consumo de cannabis en el padre (6,8% vs. 1,6%), en la madre (4,6% vs. 1,3%) y algún hermano (4,2% vs. 10%), (p exacta < 0,001 para Chi cuadrado en comparación para el padre y hermanos y p < 0,01 en la comparación del consumo de cannabis en las madres). Finalmente, el consumo de otras drogas ilegales también es más probable entre los padres y madres de los sujetos consumidores”, Calafat, Fernández, Jerez y Becoña (2010).

Llegados a este punto, ya podemos esbozar una visión más amplia del problema. A primera vista, la apreciación más significativa es que estamos frente a nuevos perfiles y nos encontramos lejos de aquel perfil de heroinómano de los años 80 y 90. Lejos de ser una fruslería, implica que los centros creados en aquellos años –que son la mayoría– fueron diseñados para el tratamiento de esa tipología de consumidores de heroína; bien es cierto que durante esta década inicial del siglo XXI las entidades han realizado esfuerzos e inversiones para adaptarse a los nuevos perfiles, realizándose para tal tarea importantes esfuerzos en investigación y sobre todo en evaluación, pese a las destacables limitaciones de los centros.

Según la estrategia del PNsD (2009-2016) “a mediados de los años 90, el perfil de los consumidores y las pautas de consumo experimentaron algunos cambios”, así, los pacientes heroinómanos de los 80 y principios de los 90 van dejando paso a otros nuevos perfiles de usuarios. De una forma general podemos decir que el perfil del heroinómano se ha ido sustituyendo lentamente por el cocainómano. A partir de 1995, en España se dio un destacado aumento de admisiones por cocaína para su tratamiento (Plan Municipal Contra las Drogas, Madrid). Podemos encontrar abundantes citas como la siguiente: “iniciado el siglo XXI, se sigue acentuando este cambio, un cambio del perfil del consumidor de drogas, con una mayor presencia de la cocaína y el alcohol como droga principal y los datos nos siguen indicando un descenso de la heroína. Se ha visto un descenso del VIH y VHC, y un aumento de la patología dual” (Memoria de la Junta de Castilla y León, 2005).

En los primeros años del presente siglo, otros estudios de este tipo, Graña, Muñoz y Navas (2007) –estudio publicado en el 2007 pero que hace referencia a una muestra de los años 2002 y 2003– nos indicaban dos perfiles bien diferenciados. El primer tipo se trataba de un *alcohólico* que mostraba una edad media inferior, sus ingresos provenían del empleo, respecto al consumo se caracterizaba por ser dependiente al alcohol o adicción doble y/o cocaína, siendo su tratamiento idóneo el tratamiento libre de drogas, como es de recibo, este perfil soportaba más problemas asociados al consumo de alcohol.

El segundo tipo era el “*heroinómano*” que presentaba una edad superior, procediendo sus ingresos de fuentes heterogéneas, empleo, pensiones o ayudas sociales, compañeros, familiares, amigos y otras fuentes. Este tipo solía mostrar como sustancia principal la heroína y la politoxicomanía, recibiendo tratamiento sustitutivo en la mayoría de los casos. Este perfil había consumido sustancias durante más años y evidenciaba mayor gravedad en los problemas médicos, de empleo, con la ley, con los familiares y padecía más problemas psicológicos; se le puede considerar un consumidor de tipo crónico. Estas eran las tipologías de drogodependientes en los albores del siglo XXI.

Qué características tienen nuestros datos

En relación al presente estudio, todo lo expuesto hasta aquí nos indica que estamos al final de un largo periodo, la tipología de heroinómano que tanto nos acompañó en estas décadas ha dejado de ser significativa, convirtiéndose en algo residual en cuanto a las nuevas admisiones a tratamiento, nuevas demandas que tan sólo llegan a conformar un pequeño subgrupo que no es significativo, es decir, por su escaso número no podemos decir que siga siendo una tipología de drogodependiente. Pero hay que tener en cuenta, que en la actualidad, es un grupo que sigue siendo abundante y continúa en programas de tratamiento sustitutivo, por ejemplo en programas que suministran metadona, así, en resumen, tampoco podemos concluir que hayan dejado de existir, metafóricamente podríamos decir que es una población en la sombra.

De otra mano estamos ante la consolidación de la cocaína y en principio, asistimos a la separación de la tipología anterior, es decir, antes el alcohol junto con la cocaína iban de la mano; los estudios asociaban el consumo de estas dos sustancias en una sola tipología, pero a mediados de esta década se han separado, por consiguiente podemos encontrar varios grupos bien diferenciados; por un lado los politoxicómanos que fundamentalmente consumen estimulantes como la cocaína y los alcohólicos por otro lado. Estos serían los nuevos perfiles de hoy en día.

Esta conclusión tiene como consecuencia que hay que seguir ajustando los programas a estos dos perfiles. Las diferencias encontradas a nivel sociodemográfico, de consumo y gravedad de la adicción nos sugieren que los más graves, los de Tipo (A) alcohólicos, deben ir a programas de alto umbral o alta exigencia como la Comunidad Terapéutica. Según los estudios de (McLellan, 1981), la severidad o gravedad psicopatológica es el predictor más fiable del resultado del tratamiento aplicado. Estos pacientes, aproximadamente un 20%, tuvieron un resultado terapéutico escaso, pobre. Al contrario, los pacientes con escasa severidad patológica, (otro 20%) mostraron buenos resultados terapéuticos y todo esto independientemente del marco terapéutico.

En cuanto al grupo (P) los politoxicómanos, podrían ir indistintamente a programas libre de drogas o ambulatorios según fuera el caso.

Estos dos perfiles ya no precisan tanto de acciones formativas, por ejemplo en la década anterior era frecuente que durante el tratamiento algunos usuarios dedicaran tiempo en la Comunidad Terapéutica a obtener el Graduado Escolar; hoy los usuarios que dedican tiempo a esta tarea son muy escasos, pero por otro lado sí padecen más trastornos psiquiátricos a causa del tipo y de la gran variedad de sustancias que han consumido, y por consiguiente, demandan más apoyo en ese sentido.

Finalmente las evidencias nos muestran que hay dos perfiles, *Alcohólico* y *Politoxicómano* que consume fundamentalmente psicoestimulantes.

En relación a qué diferencias tiene el grupo que ha estado seis meses en tratamiento en la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre respecto al grupo que abandonó el tratamiento antes de los seis meses, podemos destacar tres diferencias: a) en primer lugar los que consiguieron estar seis meses tienen una edad superior; b) han consumido sustancias durante menos años ya sea alcohol o drogas; c) han tenido periodos de abstinencia más largos de la sustancia problema.

9.6. Variables implicadas en la recuperación terapéutica

La importancia de esbozar estas dos tipologías atesora como primeras consecuencias la necesidad de ajustar las intervenciones. El grupo (A) de alcohol padece más gravedad en casi todos los índices. Una de estas evidencias nos ha mostrado que son personas que tienen más dificultades en relación a lo laboral, por consiguiente precisarán de una mayor oficiosidad en cuanto a la inserción sociolaboral.

Asimismo será importante trabajar con más intensidad, si cabe, todo lo relacionado con el sistema familiar, ya que igualmente está considerablemente más deteriorado; esto supone que se deberán reforzar y redoblar esfuerzos en las intervenciones con los familiares, ya sea en formato de taller formativo, encuentro familiar o entrevistas individuales.

En otro orden de cosas habrá que poner atención en la mayor sintomatología psiquiátrica que padecen, por lo cual habrá tanto que reforzar como afinar la evaluación inicial, y a la par, trabajar sistemáticamente con la red de Salud Mental, dejando para este menester canales de comunicación abiertos que permitan relaciones fluidas entre los centros de tratamiento para drogodependientes y la red de Salud Mental.

En principio y de forma general podemos indicar que el programa más oportuno para este colectivo es la Comunidad Terapéutica, puesto que es un recurso de tercer nivel de alta exigencia diseñado para este tipo de casuística.

En cuanto al grupo (P) habrá que poner más atención a los problemas legales y en todo lo relacionado con lo judicial. Por lo demás es un colectivo que encaja en el tratamiento de la Comunidad Terapéutica pero en otros casos, cuando el paciente tiene más apoyos familiares o trabaja, será conveniente el tratamiento ambulatorio.

También, tanto para los del grupo (P) como para los del grupo (A), se ha de cargar tintas en los programas que tengan entre sus objetivos de sus actuaciones el evitar la trasmisión del problema de padres a hijos, como por ejemplo el programa de competencias parentales.

10. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN DROGODEPENDENCIA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

La intención inicial fue la de analizar dos programas, uno residencial Comunidad Terapéutica y otro ambulatorio llamado (IRIS). Dado el material reunido se comprobó que no se había obtenido un número suficiente de personas en el programa ambulatorio (IRIS) como para poder extraer conclusiones destacables. Así, sentado lo anterior, este segundo estudio es un análisis de cómo influye el tratamiento de la Comunidad Terapéutica (CT) en los usuarios. Para esta tarea se escogió de la muestra general a los pacientes que han sido tratados únicamente en CT durante seis meses y se analizó cómo estaban en el primer mes y qué cambios se dieron al medio año de tratamiento en relación a las variables registradas.

10.1. Objetivos

En relación al presente estudio se analizan las diferencias existentes en una serie de variables, en primer lugar los llamados: a) *procesos de cambio* (aumento de la concienciación, relieve dramático, contracondicionamiento, liberación social, reevaluación ambiental, manejo de contingencias, autoliberación, relaciones de ayuda y control de estímulos); b) sin cambiar de escenario, también se mide y compara el *balance decisional* que son los pros y contras de consumir sustancias psicoactivas; c) en tercer lugar se coteja el cambio a los seis meses de las expectativas de *autoeficacia* (tentación de consumir y confianza en no consumir); d) en cuarto lugar se mide la variable *agresión* en cuatro formas (agresión física, agresión psicológica, hostilidad e

irascibilidad); e) y por último se aplica un cuestionario de *evaluación del cambio* donde se advierte en qué etapa de cambio están los usuarios en el momento de la evaluación.

10.2. Hipótesis

Se espera que los usuarios que realizan el tratamiento (residencial) en Comunidad Terapéutica durante seis meses obtengan una mejoría de los resultados en las variables estudiadas.

Colorario 1: Se encontrarán diferencias significativas a nivel de autoeficacia (tentación de consumir y confianza en no consumir) entre el primer mes y a los seis meses de tratamiento, se espera que el funcionamiento en esta variable sea mejor en los pacientes tratados durante seis meses.

Colorario 2: Se encontrarán diferencias significativas en relación al balance decisional entre la evaluación al primer mes y la evaluación a los seis meses.

Colorario 3: Se encontrarán diferencias significativas en relación al estadio de cambio donde se ubican los pacientes al primer mes y a los seis meses.

Colorario 4: Se encontrarán diferencias significativas a nivel de la variable *procesos de cambio*, entre la evaluación al primer mes y la evaluación a los seis meses.

Colorario 5: Se encontrarán diferencias significativas a nivel de la variable agresión, entre la evaluación al primer mes y la evaluación a los seis meses.

10.3. Método

10.3.1. Participantes

Se contó con 76 personas participantes, que son las que a los seis meses llegaron a realizar la segunda evaluación en la Comunidad Terapéutica. La edad media de los participantes es de 33 años (rango: 22-56 años).

10.3.2. Instrumentos

En la primera fase los instrumentos de evaluación aplicados fueron los siguientes:

- EuropASI, este cuestionario recoge datos sociodemográficos, situación medica, empleo/soportes, uso de alcohol y drogas, situación legal, historia familiar, relaciones familiares y sociales, estado psiquiátrico.

- SCL-90 (Derogatis 1975) Psicopatología, versión abreviada.

- IPDE. Trastornos de personalidad.
- Escala de evaluación del cambio de la Universidad de *Rhode Island* (URICA).
- Inventario de procesos de cambio (Tejero y Trujols, 1994) versión genérica: drogas. Procesos de cambio según el modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente.
- Cuestionario de Balance Decisional (Tejero y Trujols, 1994), versión genérica: drogas.
- Cuestionario de Autoeficacia – situaciones de riesgo (tentación/autoeficacia). 30 ítems por columna, (Velicer, Prochaska, Rossi y col., 1992).
- AQ. Cuestionario de Agresión. Buss y Perry (2002).

La segunda fase se establece cuando el usuario lleva seis meses de tratamiento. En esta segunda evaluación se le aplican cinco protocolos de evaluación, dos de los anteriores cuestionarios, el SCL-90 (Derogatis, 1975) y el cuestionario IPDE, no se aplican en esta segunda vuelta. Los restantes cuestionarios los exponemos a continuación:

- EuropASI, este cuestionario recoge datos sociodemográficos, situación medica, empleo/soportes, uso de alcohol y drogas, situación legal, historia familiar, relaciones familiares y sociales, estado psiquiátrico.
- Escala de evaluación del cambio de la Universidad de *Rhode Island* (URICA).
- Inventario de procesos de cambio (Tejero y Trujols, 1994), versión genérica: drogas. Procesos de cambio según el modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente.
- Cuestionario de Balance Decisional (Tejero y Trujols, 1994), versión genérica: drogas.
- Cuestionario de Autoeficacia – situaciones de riesgo, (tentación/autoeficacia). 30 ítems por columna, (Velicer, Prochaska, Rossi y col., 1992).
- AQ. Cuestionario de Agresión. Buss y Perry (2002).

10.3.3. Variables

Como se explicó, las diferentes variables dependientes son las respuestas de los participantes en los diferentes cuestionarios, balance decisional, procesos de cambio, expectativas de autoeficacia, evaluación del cambio y agresión. Asimismo debemos tener en cuenta la variable “consumos de sustancias psicoactivas” ya que también se registró si los pacientes evaluados consumían o no en el momento de la evaluación.

Los resultados que se ofrecen son:

- 1) Adicción: Consumo de sustancias.
- 2) Variables de proceso terapéutico: Procesos de cambio.
- 3) Estadios de cambio.
- 4) Agresión.

10.3.4. Procedimiento

A este respecto señalar que el procedimiento utilizado es el mismo que en el primer estudio.

10.3.5. Diseño

La investigación es longitudinal. Las variables dependientes al igual que en el caso anterior son las respuestas dadas por los sujetos a los diferentes cuestionarios, balance decisional, procesos de cambio, expectativas de autoeficacia, evaluación del cambio y agresión.

10.3.6. Análisis de los datos

Tras recuperar todos los cuestionarios correctamente rellenados por los pacientes y tras haber corregido todos los cuestionarios, se procedió a introducir los datos en el programa informático SPSS, todos los análisis estadísticos se realizaron con dicho programa. En esta fase se realizan los siguientes análisis: se tipificaron en puntuaciones Z las variables dependientes, después se realizaron algunos análisis de varianzas con medidas repetidas, (anova).

10.4. Resultados

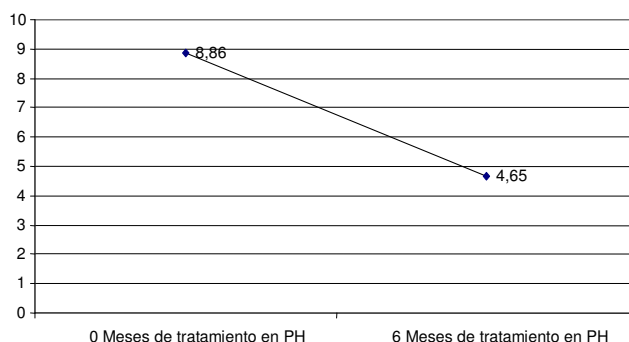
Adicción: Consumo de sustancias

En cuanto a la variable consumo de sustancias ninguno de los 76 entrevistados consumía sustancias en el momento de la evaluación; esto fue debido a que en ese momento los usuarios se encontraban en un régimen semicerrado residencial donde se realizaban pruebas analíticas de drogas aleatoriamente.

Variables del proceso terapéutico

a) Balance Decisional (pros y contras) de consumir sustancias

En primer lugar vemos los *pros* de dejar de consumir sustancias de las 76 personas que han estado seis meses en comunidad. Se ha realizado un anova para diferenciar los cambios entre la línea base y a los seis meses de haber iniciado el tratamiento. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas.

Gráfico 37. Balance Decisional. *Pros*

En el cuestionario se pregunta al paciente por los *pros* y *contras* del consumo de la sustancia con la que tiene problemas. La subescala de los *pros* consta de diez ítems que recogen lo positivo de las drogas o de su consumo.

En cuanto a los *pros* [$F(1,75) = 118$, $p \leq 0,001$] vemos que hay una disminución a los seis meses de tratamiento, así que se pone de manifiesto que los usuarios encuentran menos razones para dejar de consumir.

Esto puede ser debido en primer lugar, a que se suaviza la decisión inicial de dejar de consumir. Como decíamos, este cuestionario mide el *conflicto decisional* relacionado con el abandono del consumo de sustancias; al inicio las posturas son más “extremas” y podemos interpretar que los seis meses las posturas se “suavizan”, mas esta explicación no aclara del todo este hallazgo.

La segunda explicación que esbozamos para explicar este hecho es que la terapia se enfoca a la persona, a sus pautas, y no a la sustancia, de tal forma que el centro del problema enfocado en un principio a la sustancia pierde importancia.

La segunda subescala consta de otros diez ítems que plantean las consecuencias indeseables y perjudiciales del consumo de drogas, las puntuaciones son un reflejo de los componentes motivacionales y cognitivos del paciente.

En general vemos que a los seis meses de tratamiento las puntuaciones tienden más a la media, es decir, hay menos “*pros*” pero también menos “*contras*”, (ver gráfico 38) [$F(1,75) = 2569$, $p \leq 0,001$]. La explicación que ofrecemos es la misma que antes, el tratamiento se enfoca no tanto hacia la sustancia sino más bien a las pautas, maneras o estilos que favorecen y mantienen el problema. En este sentido no centrar únicamente el tratamiento en la sustancia únicamente es una variable de éxito terapéutico.

Gráfico 38. Balance decisional. *Contras*

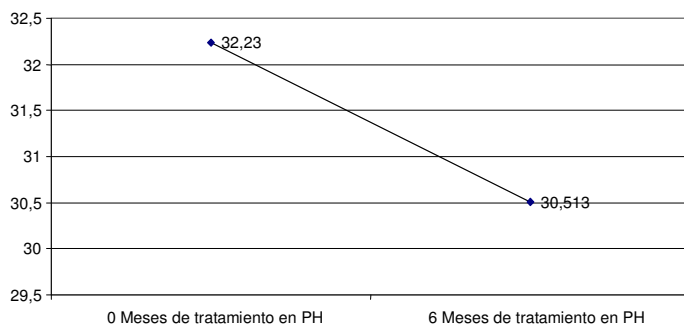


Gráfico 39. Tentación de consumir drogas

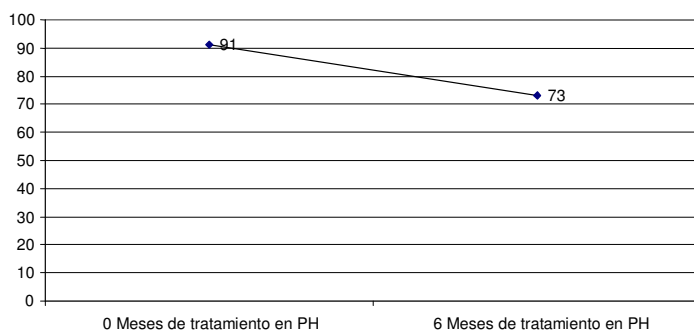
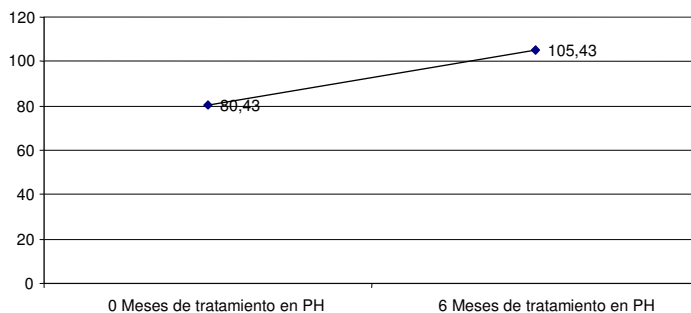


Gráfico 40. Confianza en no consumir drogas



b) Autoeficacia (*Tentación y Confianza*)

El cuestionario ofrece una lista de diferentes situaciones de riesgo que podrían conducir al usuario a consumir drogas (tentación) y por otro lado también ofrece la posibilidad de responder “numéricamente” el grado de *confianza* de no consumir en cada una de esas situaciones planteadas por el cuestionario.

Gráfico 41. Fase de precontemplación

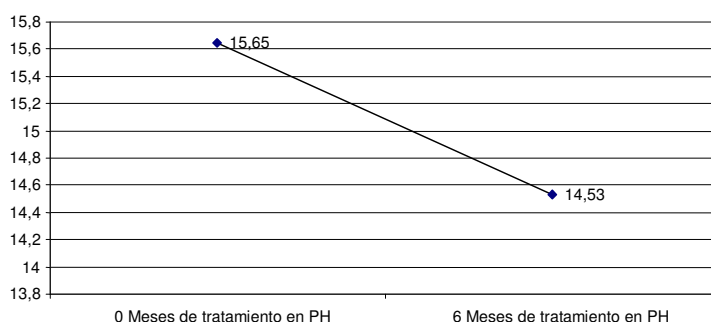
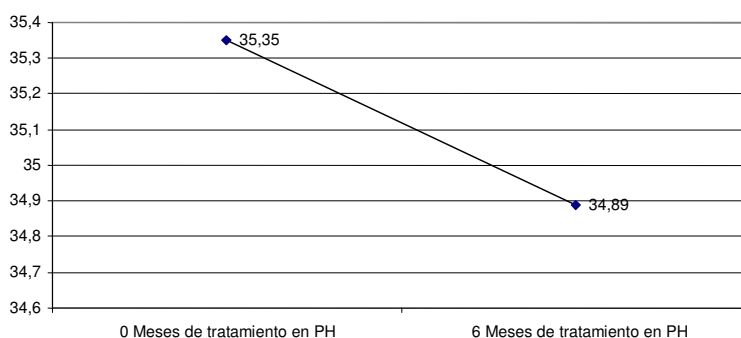


Gráfico 42. Fase de contemplación



Las puntuaciones en la variable *tentación* de consumo de sustancias son significativas [$F(1,72) = 32, p \leq 0,001$]. Esto quiere decir que los usuarios tienen mucha menos tentación de consumir, por ejemplo es frecuente que cuando un usuario se siente enfadado o deprimido recurra al consumo, pero a los seis meses de tratamiento esto cambiaría considerablemente.

Lo mismo ocurre con la *confianza* que el usuario ha conseguido a los seis meses de tratamiento; como se expone en la gráfica la confianza es mucho mayor.

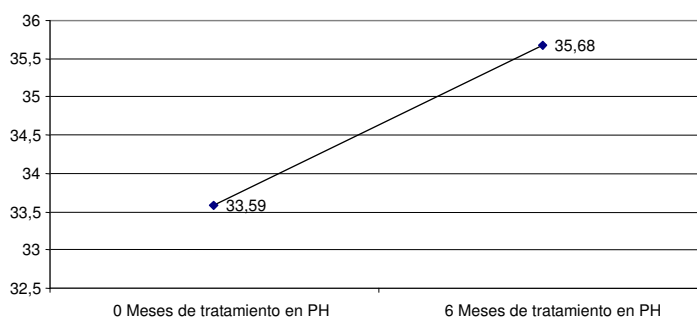
Esto quiere decir que el usuario aumenta su autoeficacia de forma muy significativa [$F(1,73) = 1440, p \leq 0,001$] y evidencia que el modelo de Comunidad Terapéutica es adecuado para aumentar esta variable (autoeficacia).

c) Estadios de cambio

Los usuarios llevan seis meses en tratamiento por lo cual, es coherente que no puntúen en la variable dependiente “precontemplación”, que es un estadio más propio al inicio del tratamiento, incluso anterior al tratamiento [$F(1,75) = 1095, p \leq 0,001$].

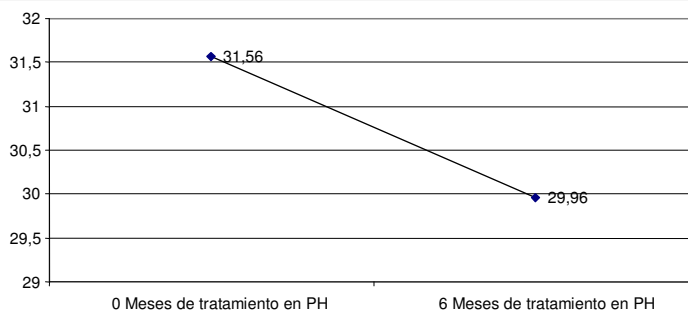
Los datos nos muestran que no existen demasiados cambios en esta fase [$F(1,75) = 12347, p \leq 0,001$]. Al igual que en el caso anterior también es una fase propia del inicio del tratamiento.

Gráfico 43. Fase de acción



A los seis meses de tratamiento la fase que aumenta más es la etapa de acción [$F(1,75) = 11970, p \leq 0,001$] o mejor dicho y como se puede apreciar, es la única que aumenta de todos los estadios.

Gráfico 44. Fase de mantenimiento



Esto quiere decir que a los seis meses de tratamiento los pacientes están envueltos “en general” en una etapa de acción.

A los seis meses desciende, lo cual nos puede indicar que algunos de los entrevistados o estarían, o no han llegado aún [$F(1,75) = 4326, p \leq 0,001$].

A parte de esto se debe añadir que es una fase propia del final del tratamiento.

Gráfico 45. Aumento de la concienciación

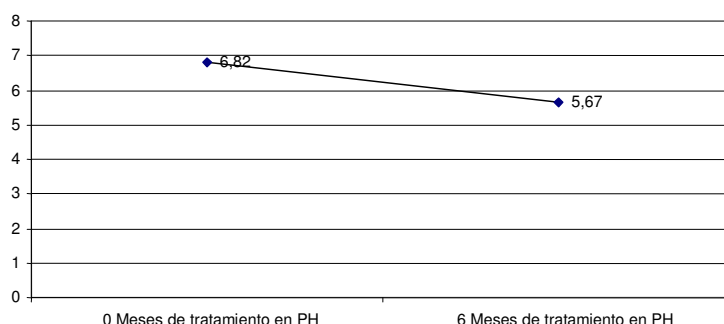
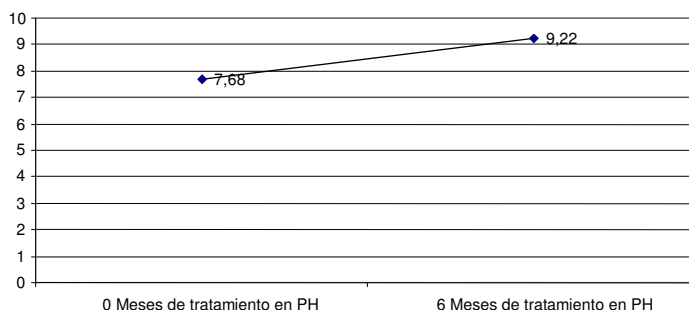


Gráfico 46. Autoliberación



d) Procesos de cambio

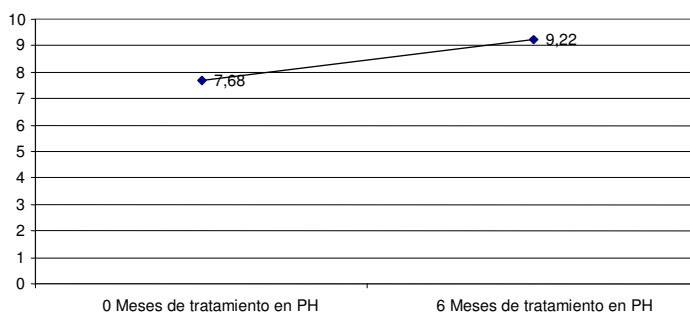
Constatamos que a los seis meses no se acentúa la cantidad de información sobre uno mismo, no hay un aumento en el sentido de “ser más consciente” de lo que le ocurre, de los problemas y oportunidades.

Es una etapa donde no aumenta el proceso de hacer consciente lo inconsciente [$F(1,75) = 636, p \leq 0,001$]. Destacar que es una etapa más propia del inicio del tratamiento.

Esta variable dependiente *autoliberación* consiste por un lado, en la liberación emocional de lo que se dice (compartir con otras personas lo que está realizando). En este sentido vemos que las personas sí comparten lo que les está ocurriendo y las decisiones que van adoptando; encontramos que hay un aumento considerable en este sentido [$F(1,75) = 2200, p \leq 0,001$].

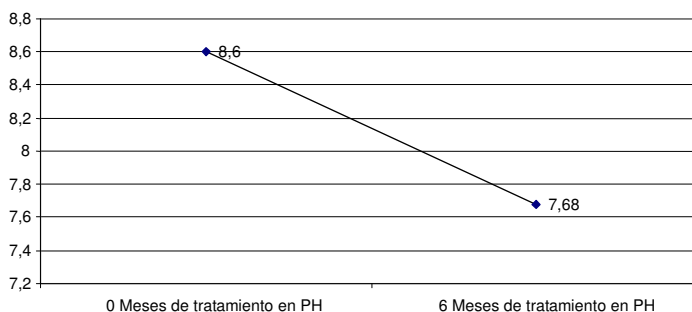
Por otro lado no sólo comparten sino que muestran un aumento en los compromisos que van adquiriendo, se responsabilizan de las decisiones que van expresando. Conviene aclarar que la auto-liberación, racional o emocional por sí misma, no tendría mucho sentido si no se asumen las decisiones que se toman.

Gráfico 47. Liberación social



En cuanto a la variable *liberación social* [$F(1,75) = 543, p \leq 0,001$] vemos que desciende. Esto es congruente con lo propuesto por los autores de esta teoría del cambio que sostienen que la liberación social es propia de las fases iniciales o de precontemplación.

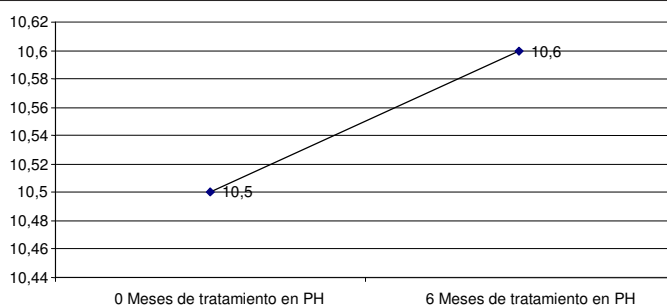
Gráfico 48. Auto-evaluación



A tiempo de sintetizar, la liberación social, la entendemos como el darse permisos para el cambio y después tomar decisiones ante los nuevos retos y ante las nuevas situaciones que se avecinan, y esto cobraría su fuerza a la hora del ingreso pero no tanto a los seis meses de tratamiento.

Fuera de dudas es importante que el usuario vaya evaluando sus cambios y también qué valoraciones hace de esos cambios, por ejemplo cómo lo ha conseguido, qué medidas ha puesto para conseguirlo, qué estrategias ha utilizado. La auto-evaluación es un aspecto importante, y ha de tenerse en cuenta a lo largo de todo el proceso, puesto que se entiende que la persona tiene cambios consecutivos en todas las áreas, y es menester ir paulatinamente reconociendo esos cambios que se están sucediendo [$F(1,75) = 1589, p \leq 0,001$], ahora bien, esta variable sería ligeramente menos importante a los seis meses.

Gráfico 49. Re-evaluación ambiental



Encontramos que a los seis meses esta variable *re-evaluación ambiental* aumenta [$F(1,75) = 4725, p \leq 0,001$]. Esto quiere decir que el adicto sigue realizando una evaluación de la situación, de sus relaciones, y continua evaluando las consecuencias de seguir con la conducta adictiva y el beneficio de cambiarlo en relación a sus relaciones interpersonales, familiares, personas allegadas. En definitiva valoran más cómo afectan sus problemas a los demás.

Esta variable dependiente aumenta a los seis meses muy considerablemente, efectivamente se trata de generar actividades alternativas a las conductas que son un problema para la persona. En terapia se suele ver con claridad cuál son las conductas que son un problema para la personas, por ejemplo un usuario puede reconocer que la ansiedad cuando se siente solo le conduce a beber alcohol, así que cualquier actividad que le suponga la interacción con los demás; hacer otro tipo de cosas que le alejen de la soledad será de gran ayuda. Es de recibo que a los seis meses de tratamiento la persona haya comenzado actividades alternativas [$F(1,75) = 388, p \leq 0,001$] a la conducta problema.

Gráfico 50. Contracondicionamiento

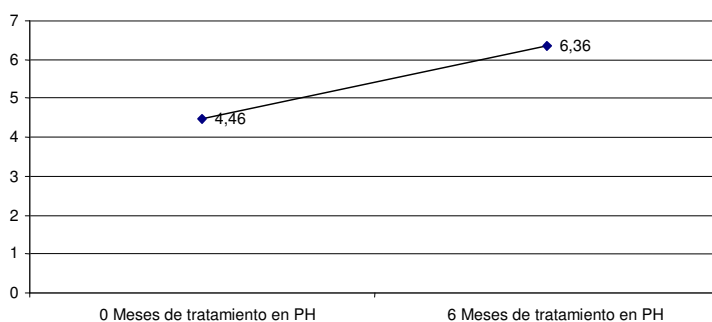
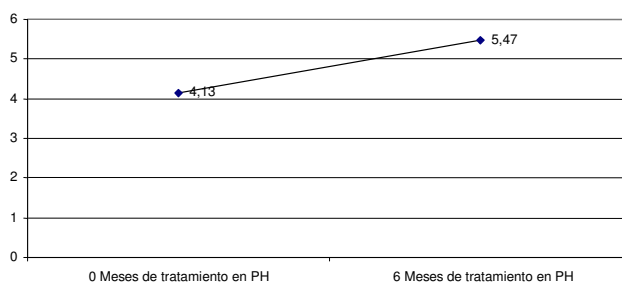


Gráfico 51. Control de estímulos



Al igual que ocurría en el caso anterior el control de estímulos es una variable que aumenta a los seis meses y este aumento lo atribuimos a la parte psico-educativa de la terapia que incide en estos aspectos [$F(1,75) = 384, p \leq 0,001$].

Recordamos que el control de estímulos es modificar o controlar el ambiente para no encontrarse frente a situaciones de riesgo. No se trata de irse a vivir a otra ciudad, no se trata de evitar el problema, se trata de modificar el ambiente con la intención de ganar confianza y esto dadas las evidencias sí se consigue.

La parte psico-educativa sería la responsable en mayor medida de este aumento, tras la evidencia de los datos ponemos de manifiesto la eficacia de los diferentes talleres donde se aborda directamente o indirectamente la recaída, los peligros, cómo afrontar los estados de ansiedad, etcétera.

También se observa una disminución en esta variable [$F(1,75) = 1284, p \leq 0,001$], el manejo de contingencias explica cómo se refuerzan y cómo se castigan las conductas. Los refuerzos pueden ser de muchos tipos, auto-alabanzas, recompensas

externas, etc. En esta fase del tratamiento no aumentaría este tipo de estrategias, también cabe destacar que el tratamiento incide en otros aspectos y no precisamente en el aumento de las contingencias.

Gráfico 52. Manejo de contingencias

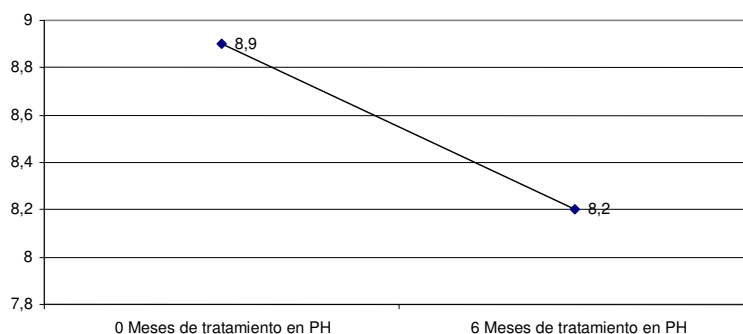
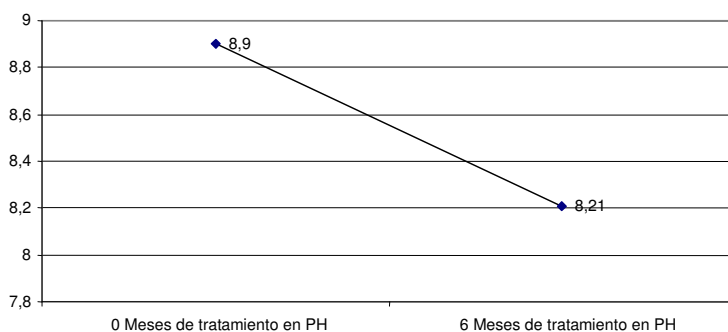


Gráfico 53. Relieve dramático



El relieve dramático es una variable propia de la fase inicial de contemplación, en congruencia a los seis meses de tratamiento la puntuación es menor [$F(1,75) = 1284$, $p \leq 0,001$].

Recordamos a modo de apunte que el relieve dramático consiste en saber y poder expresar lo que se siente. Se entiende que todo esto versa entorno al eje central de la problemática del drogodependiente; una problemática que genera dolor tanto a la persona que padece el problema como a los que rodean a la persona.

La diferencia encontrada es significativa estadísticamente [$F(1,75) = 1195$, $p \leq 0,001$] y también estos resultados poseen una significación clínica. Concluimos

que hay cambios en relación a las relaciones de ayuda (familia, figuras de apego) a los seis meses de tratamiento; esto quiere decir que es un aspecto que se sigue fomentando acertadamente desde la terapia.

Gráfico 54. Relaciones de ayuda

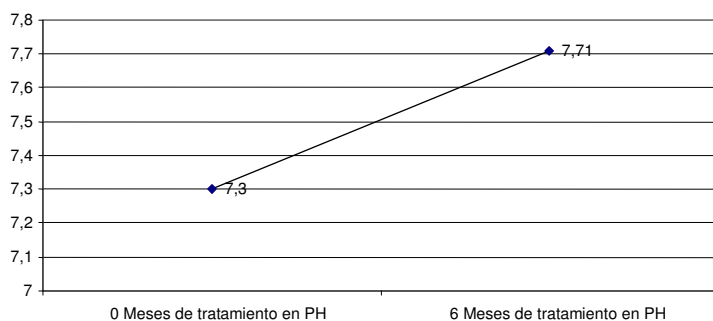
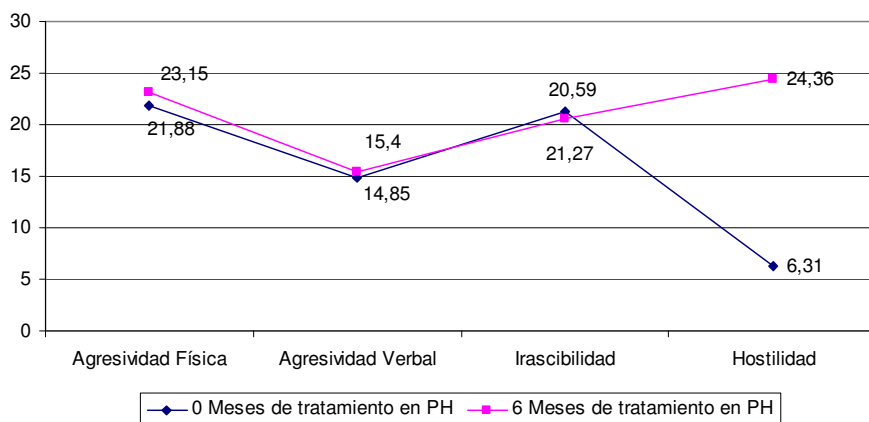


Gráfico 55. Agresividad de las personas a los cero meses y a los seis meses de tratamiento



Otras variables: agresión

En primer lugar los datos nos indican que no hay significación clínica en relación a las variables dependientes *agresividad física* [$F(1,75) = 658, p < 0,001$] y *agresividad verbal* [$F(1,75) = 2165, p < 0,001$].

En general observamos que la irascibilidad no aumenta. Según el diccionario de la R.A.E., irascible. (Del lat. *Irascibilis*). Adj. Propenso a la ira.

Irascibilidad [$F(1,75) = 1735, p < 0,001$]. Pero sin lugar a duda, el dato más destacable de todo lo relacionado con la agresividad es el significativo aumento de la *hostilidad* [$F(1,75) = 1461, p < 0,001$] (ver gráfico 55).

Tabla 35

CUESTIONARIO AQ	
Agresividad física	Variable dependiente
1 Evaluación a primer mes	Agresividad física
2 Evaluación a los seis meses	A los seis meses Agresividad física
Agresividad verbal	Variable dependiente
1 Evaluación a primer mes	Agresividad verbal
2 Evaluación a los seis meses	A los seis meses Agresividad verbal
Irascibilidad	Variable dependiente
1 Evaluación a primer mes	Irascibilidad
2 Evaluación a los seis meses	A los seis meses Irascibilidad
Hostilidad	Variable dependiente
1 Evaluación a primer mes	Hostilidad
2 Evaluación a los seis meses	A los seis meses Hostilidad

Debemos remitirnos al resultado de los ítems que se aplican a la variable “*hostilidad*” en el cuestionario AQ, en este sentido la explicación más lógica a este resultado es que el paciente es más consciente de su situación y esto le genera “tensión e incluso malestar”.

10.5. Discusión general del segundo estudio

Antes de nada resulta necesario revisar la literatura científica de la Comunidad Terapéutica, esta nos subraya determinados aspectos muchos de ellos en principio obvios por ejemplo que es mejor seguir un tratamiento de rehabilitación que no seguir ningún tratamiento o no hacer nada. O que, “existe relación entre acudir a grupos de terapia y mejorar”, Emrick (1978). Pero en esta ocasión, la motivación de este segundo estudio es encontrar algunas variables que estén implicadas en el cambio y en la recuperación terapéutica positiva de los usuarios.

Una de las cuestiones a precisar, no siendo un tema baladí, es recordar nuevamente que la adicción está lejos de ser un hecho dicotómico de todo o nada, “presente” o “no presente”, siendo más bien una cuestión que oscila en un *continuum*, es, en definitiva, una cuestión de grado. Dicho esto, lo que resulta en principio más dificultoso en algunas ocasiones es determinar cuál es el punto de corte a la hora de tomar diferentes decisiones; tomemos como ejemplo el debate sobre qué criterios se han de apuntalar para dar a un usuario un alta terapéutica, podríamos apelar a un criterio temporal y decir que a los doce meses de tratamiento una persona ha realizado el suficiente trabajo –terapéutico educativo– para que podamos considerarlo un “alta terapéutica”. Pero también podemos encontrar otros criterios para dar un alta, como haber conseguido unos objetivos pactados al inicio por parte del usuario o por el programa, o por ambos, independientemente del tiempo que estuviera en la CT. Posiblemente este no habrá sido el ejemplo más ilustrativo, pero se desea subrayar, que los cambios, no son dicotómicos o polarizados, son más bien una cuestión de grado. Cuestión que habrá que tener en cuenta en los análisis a la hora de ofrecer explicaciones y tomar diferentes decisiones.

Evaluar a los seis meses

Conviene explicar porqué se ha realizado la segunda evaluación concretamente a los seis meses, para empezar, una de las muchas variables ya estudiadas es: “el paso del tiempo”, sabemos que es necesario un mínimo de tres meses de tratamiento para que se den algunas diferencias significativas entre el tratamiento y el no tratamiento (Hubbard y col., 1997; Simpson y Sells, 1982). Incluso se ha comprobado una “segunda mejoría” importante en aquellos pacientes que han permanecido al menos seis meses en tratamiento (Hubbard y col., 1997). El programa D.A.R.P., fue concluyente al indicar que son necesarios un mínimo de varios meses para que el tratamiento ofrezca algunos resultados.

Llegados a este punto, es momento de explicar que la intención no era realizar un largo estudio de seguimiento, sino más bien detectar las variables que hacen cambiar a los pacientes, y a los seis meses, es un periodo suficiente donde ya se producen cambios significativos a causa del tratamiento. Las diferencias que encontramos más significativas entre la primera evaluación y la segunda nos darán pistas sobre qué variables son destacables en la recuperación positiva en el tratamiento.

En otro orden de cosas, cierto es el hecho, en relación a la variable “tiempo”, que cuantos más meses permanece el usuario en un programa mejor será el resultado. Independientemente de la motivación inicial, cuanto más largo es el periodo del paciente en tratamiento más posibilidad de recuperación; de esta

manera la aplicación de un programa terapéutico educativo es mejor cuanto más adherencia tenga. Aunque esto último no es el objeto de estudio de la presente investigación.

Adicciones: consumo de sustancias

En cuanto a la variable de consumo: a los seis meses nadie de los 76 encuestados consume ningún tipo de drogas salvo tabaco, señalar en este sentido que se realizan analíticas periódicamente de forma aleatoria.

Otros estudios también han verificado el cese de consumo de drogas, según los autores Deben, Fernández, López-Goñi y Santos (2004) después de realizar un análisis de los estudios de eficacia en Proyecto Hombre, como conclusión general pudieron afirmar que el programa educativo terapéutico de Proyecto Hombre cumple sus objetivos. Los datos de las personas que obtuvieron el alta indican que la mayoría de las mismas están abstinentes del consumo de drogas ilegales y no consumen o lo hacen de manea moderada alcohol.

Variables del proceso terapéutico. Procesos de cambio

En cuanto al balance decisional, *pros y contras*, encontramos menos *pros* y menos *contras*, por lo cual sí encontramos diferencias significativas en el *colorario* 2, de la hipótesis inicial. Según Velicer (1985) “los *pros* y los *contras* tendrían una gran importancia en los estadios de precontemplación, contemplación y preparación. En el estadio de precontemplación aparecerían más *pros* que *contras*, mientras que a medida que los sujetos van progresando durante las distintas etapas se va estrechando la diferencia entre los *pros* y los *contras* hasta acabar invirtiéndose”.

Desde la experiencia de la clínica diaria se considera que esto puede tener explicación, el esclarecimiento a este hecho es que la terapia se enfoca a las dificultades de la persona y no únicamente a los *pros* y *contras* de consumir sustancias. Cuando un usuario entra en tratamiento suele identificar y afirmar que la sustancia es el problema; la causa de su problema es la adicción a una sustancia determinada, es decir, el usuario forja una atribución de su problema a la “droga”, lo atribuye a algo externo. Pero ya desde el inicio, desde la primera entrevista se suele recomendar no focalizar el problema únicamente en las drogas (Miller y Rollnick, 1999). En esta misma línea y con el transcurrir de la terapia, el paciente se va dando cuenta que el problema no reside exclusivamente en la sustancia.

Cuanto acaba de apuntarse tiene como consecuencia que los *pros* y *contras* de dejar las drogas, así como las drogas en general, cada vez tendrán mucha menos importancia y el motivo inicial por el que llegó a pedir tratamiento ahora

es diferente. La terapia está enfocada no sólo al signo (droga) sino también a todo lo que rodea ese signo. De hecho el tratamiento es terapéutico y educativo, es multidisciplinar y afecta a diferentes áreas de la persona tratada, es decir, se trata todo el elenco de variables que llevan a una persona a consumir. Así planteadas las cosas, para el usuario, finalmente, la droga es la excusa, la última consecuencia de sus dificultades y así el paciente va entendiendo que el problema de consumo recae por ejemplo en las inadecuadas pautas que ha utilizado en su vida, el problema no es tanto la droga como la persona.

La gran proliferación de terapias y modelos que se ha producido en los últimos años nos ha ayudado a realizar un abordaje más comprensivo de las personas que han desarrollado problemas con sustancias. Entender las adicciones desde un ángulo bio-psico-social también ha supuesto un gran avance. Sabemos más sobre el potencial adictivo de cada droga y sus nada halagüeñas consecuencias, incluso deducir los ciclos y recaídas se ha vuelto algo cotidiano.

Encontramos una multiplicidad de técnicas, modelos y protocolos renovados constantemente y también se ha fraguado lo fundamental de la terapia que consiste en entender qué función domina al síntoma. Es decir por qué una persona hace lo que hace, por qué una persona se droga y eso es lo que también el usuario llega a entender en la terapia; qué función cumple el síntoma “adicción”.

“En la lingüística actual, `síntoma` se utiliza a veces como sinónimo de una de las funciones del lenguaje que Bühler, en 1918, denominó *Kundgabe* o función expresiva, esto es, la que permite al hablante expresar su estado psíquico”, Álvarez, Esteban y Sauvagnat (2004). Expuesto lo anterior resulta comprensible que los *pros* y *contras* de consumir pierdan “y deban perder” importancia frente a las otras muchas áreas que se trabajan con los usuarios; en este sentido no centrar la terapia exclusivamente en la sustancia se esboza como una variable positiva en el éxito terapéutico.

Otra de las conclusiones más significativas la encontramos en la variable, *autoeficacia* (*tentación y confianza*). De una forma muy evidente observamos que a los seis meses la tentación baja muy significativamente y por otro lado la confianza aumenta considerablemente. Esto quiere decir que a los seis meses de tratamiento se amplía significativamente *la variable autoeficacia* y por consiguiente hay diferencias significativas en el *colorario 1*.

Encontramos estudios que nos muestran en relación al tratamiento, que “las personas que siguen terapia para dejar la adicción mejoran sus habilidades de afrontamiento y autoeficacia”, Oiumette, Finney y Moss (1977). La autoeficacia ha mostrado ser un constructo de elevada utilidad clínica en las

drogodependencias, (Burling, Reilly, Moltzen y Ziff, 1989; Grossop, Green, Phillips y Bradley, 1990). Cuando las personas esperan no poder realizar una conducta de manera exitosa, no están dispuestos a participar en las actividades que requieren tales conductas, se esfuerzan menos y se conforman con resultados mediocres antes de acabar y se rinden si se presentan obstáculos, Bandura (1986). También se ha encontrado una relación significativa entre las evaluaciones de autoeficacia y el mantenimiento exitoso del abandono del tabaco (DiClemente, 1981). Dada la literatura revisada se concluye que una mayor autoeficacia es un buen indicador de menores consumos de sustancias y de menores futuras recaídas en usuarios ya tratadas. Según DiClemente (1986) “las expectativas de autoeficacia permanecen bajas en la precontemplación y contemplación, y aumentan conforme el drogodependiente pasa hacia el estadio de acción y alcanzan su máxima expresión en la etapa de mantenimiento”.

A todo esto debemos añadir que una expectativa de eficacia es una estimación probabilística de la certeza que tiene una persona de poder realizar una conducta o secuencia de conductas de manera adecuada (Reeve, 1994). Según este mismo autor, las expectativas de eficacia surgen de cuatro antecedentes: *experiencia directa*, *experiencia indirecta*, *persuasión verbal* y *estado fisiológico*.

- 1) *Experiencia directa*: viene a decir que si lo hice una vez lo puedo hacer nuevamente. Para Bandura (1986) la experiencia directa es la mayor fuente de experiencia de eficacia.
- 2) *Experiencia indirecta*: de una forma simple se puede explicar de la siguiente manera: si muchos lo han hecho yo también podré. La expectativa de eficacia puede verse incrementada observando cómo otras personas realizan la conducta de éxito (Kardin, 1979).
- 3) *Persuasión verbal*: que los usuarios se fijen en sus propios recursos y no en sus deficiencias, en suma se trata de fomentar su potencial.
- 4) *Estado fisiológico*: la activación del sistema nervioso indica tensión, miedo y estrés y por ende ineficacia. Por otra parte la ausencia de fatiga, dolor, nerviosismo y activación del sistema nervioso tiende a incrementar la sensación de eficacia del individuo, Bandura y Adams (1977).

Sin duda la autoeficacia es una variable que resulta determinante en situaciones complicadas. Se concluye que a los seis meses de tratamiento aumenta considerablemente la autoeficacia, una variable que tiene que ver con el éxito terapéutico y se sostiene que en la terapia podemos encontrar el fomento de estos cuatro elementos, *experiencia directa*, *experiencia indirecta*, *persuasión verbal*, *estado fisiológico*.

Estadios de cambio

En los resultados obtenidos se evidencia que a los seis meses la única fase que aumenta es la fase de acción. Los pacientes están envueltos en dicha fase. Esto quiere decir que sí se dan diferencias significativas en el *colorario* 3. Es fácil encontrar estudios que muestren por ejemplo que el 51,7% de la muestra se ubique en el estadio de acción a los seis meses de tratamiento, Santos (2001).

Como ya explicamos anteriormente para el paciente es el momento de modificar conductas, el momento esperado donde se han puesto las expectativas de cambio, en general creen en su propia autonomía para cambiar sus vidas, utilizan con éxito técnicas como el contracondicionamiento y el control de estímulos y confían en el apoyo y comprensión de familiares y amigos (Martín, 1997).

En el estadio de precontemplación, existe un amplio desnivel entre la baja autoeficacia y la alta intensidad de la tentación, esta diferencia se reduce en los estadios de contemplación y llega a un cierto equilibrio en la preparación. Cuando se entra en el estadio de acción; el equilibrio entre tentación y autoeficacia se pierde, aumentando drásticamente la autoeficacia, y la tentación disminuye de forma gradual. En el estadio de mantenimiento, la tentación disminuye al mínimo, mientras que la autoeficacia alcanza su punto máximo (DiClemente, 1986), esta teorización concuerda con los hallazgos encontrados.

Los procesos de cambio

En cuanto a los procesos de cambio, los que aumentan en el periodo de tiempo que hemos establecido son: la *liberación social*, la *reevaluación ambiental*, el *contracondicionamiento*, el *control de estímulos* y las *relaciones de ayuda*. Sí hay diferencias significativas en la mayoría de los procesos de cambio, por consiguiente se cumple el *colorario* 4.

A poco que se ojee, encontramos otros estudios que nos recomiendan diferentes aspectos por ejemplo, según el estudio, “*el modelo de los estadios de cambio en la recuperación de las conductas adictivas*”, en la contemplación se requiere intensificar de forma importante el aumento de la concienciación, el relieve dramático y la reevaluación ambiental, Juan Días (2001). También al inicio del tratamiento es frecuente que se utilicen más procesos de cambio cognitivos que emocionales. Estos procesos de cambio cognitivos son, *aumento de la concienciación*, *autorreevaluación*, *reevaluación ambiental*, *relieve dramático* y *liberación social*. También sabemos que a mayor antigüedad en el consumo y más años de abuso de la sustancia se produce mayor deterioro psicosocial y menor utilización de los recursos de apoyo (*relaciones de ayuda*), [...] también es menor la capacidad de desarrollar conductas alternativas (*contracondicionamiento*). Un mayor historial de abuso provoca mayores dificultades para evitar situaciones

de riesgo de consumo y un mayor déficit en los mecanismos de control de impulsos (*control de estímulos*) (Sánchez-Hervás, Grandolí y Bou, 2002). En otro estudio publicado también por Sánchez-Hervás, Grandolí, Bou y col., 2002, determinaron que en el momento de la admisión a tratamiento los procesos de cambio con más puntuaciones fueron la *reevaluación ambiental y la autoliberación*. Según Prochaska y col. (1994) en los estadios finales podemos encontrar procesos de acción de corte más conductual, *control de estímulos, contracondicionamiento y manejo de contingencias*.

En el presente trabajo realizado en Proyecto Hombre destacamos sobre todo el aumento del *control de estímulos y el contracondicionamiento* y según (Trujols y Tejero, 1994) serían precisamente el control de estímulos y el contracondicionamiento los procesos más determinantes en el mantenimiento de la abstinencia y la prevención de recaídas. A continuación pasamos a exponer los cinco procesos de cambio que aumentan a los seis meses de tratamiento.

a) *Contracondicionamiento*

En primer lugar ponemos de relieve que el aumento de la variable *contracondicionamiento* no se debe exclusivamente al efecto de la terapia, hay que incidir que el proceso de recuperación es terapéutico pero también educativo, en este sentido recalcamos que esta sería por añadidura una consecuencia en mayor medida debida al trabajo psico-educativo. Según el estudio ocio y tiempo libre (Pérez, Lara y González, 2009), el resultado de organizar diferentes actividades de ocio y tiempo libre en una Comunidad Terapéutica motiva a los usuarios a seguir realizando esas actividades incluso en mayor cantidad y también a desarrollar actividades que nunca habían hecho. Según un resumen de los estudios hechos en Proyecto Hombre realizado por los autores Deben, Fernández, López-Goñi y Santos (2004), en la mayoría de los casos, se da una mejoría en la relación familiar, en la satisfacción en el trabajo y con el uso del tiempo libre. Además se reduce drásticamente la obtención de dinero por fuentes ilegales. [...] De ahí que se pueda hablar más de adquisición de estilos de vida que no de simple cesación del consumo para el tratamiento de drogodependencias. Se concluye que esta variable aumenta a los seis meses de tratamiento y contribuye al éxito terapéutico.

b) *Control de estímulos*

En cuanto al *control de estímulos* nuevamente la parte psico-educativa sería la mayor responsable de este aumento, por ejemplo en los diferentes talleres impartidos se aborda la recaída, cómo afrontar los estados de ansiedad, etcétera, aunque no podemos obviar que también estas temáticas son tratadas en los grupos de seguimiento terapéutico, puesto que muchos medios de los que se ponen los usuarios para cumplir sus objetivos tienen que ver con el control de estímulos.

c) Liberación social

En cuanto al aumento de la *liberación social* (apostar por un compromiso y responsabilizarse de dicho compromiso) los resultados son coherentes con el método y la terapia aplicada a los seis meses de tratamiento. En este periodo los pacientes realizan diversos grupos que tienen que ver con los sentimientos (grupos dinámicos), grupos de cómo el pasado influye en su presente (grupos denominados estáticos), etcétera, hay una diversidad de grupos donde el usuario puede expresar lo que siente, pero también se pide que las personas se responsabilicen de lo que dicen y proponen, y esto sería de máxima importancia y prioridad en la terapia.

Que un paciente llegue a la consulta pidiendo una receta farmacológica o psicológica que le dé una solución más o menos inmediata a su problema, está dentro de los lógicos parámetros de la clínica. También es frecuente llegar a la consulta afirmando que no se es conocedor de lo subjetivo de la queja. Pero lo diferente hoy en día, y con lo que nos encontramos con más frecuencia, es que el paciente no se suele sentir *responsable* de lo que le ocurre en relación a su malestar (Pérez y Martín 2007).

El dolor emocional, es algo que se externaliza en otros, se atribuye por ejemplo a la sociedad, al sistema, a la familia, al secreto alcoholismo del abuelo, a la educación, a los malos profesores, ¡A la pareja!, y cada día con más frecuencia; a la biología y la genética. Según afirma José M.^a Álvarez (2006), “ese hurto de la responsabilidad, ese empeño en disociar el *pathos* y el *ethos* de los antiguos, culminó en un nihilismo terapéutico, tanto más recalcitrante, cuanto que se privó al propio sujeto de hacerse cargo de inventar alguna solución para su desdicha”.

En terapia es fundamental responsabilizarse de lo bueno y de lo malo, uno empieza a dejar de ser víctima cuando comienza a responsabilizarse y como consecuencia empieza a generar control, competencia y a crear alternativas. Asumir el compromiso “responsabilizarse”, se ha considerado desde siempre un factor de primer orden a la hora de valorar el éxito del proceso terapéutico y este estudio lo verifica.

d) Re-evaluación ambiental

En cuanto a la re-evaluación ambiental, la persona valora qué efectos acarrea el consumo de drogas no sólo en él mismo sino también en las relaciones interpersonales, a sus amigos y familiares. De igual forma este sería otro efecto claro de la terapia ya que desde el primer momento se pide la colaboración de las figuras de apego tanto de familiares como de amigos. No se centra tanto en él mismo (auto evaluación) que es más propio de las primeras fases. A los seis meses el esfuerzo se centra más en los demás.

e) *Relaciones de ayuda*

El usuario desarrolla las relaciones personales que puedan ser de ayuda en su proceso de recuperación; intenta mejorar los apoyos sociales (familiares, amigos) que pueden facilitar el cambio. Esto implica que también mejoran las habilidades para mantener, recuperar o iniciar estos apoyos. Hay que subrayar que en la CT se entrenan continuamente estas habilidades dado que están en un ambiente de interacción con los demás donde los usuarios se necesitan recíprocamente. La Comunidad está diseñada para que se den estas relaciones entre los usuarios.

f) *Otras variables: agresión*

En relación a la agresividad vemos que la variable *hostilidad* aumenta considerablemente, esto lo podemos interpretar de varias formas, la primera explicación a esta evidencia es un efecto del tratamiento, puesto que aprenden a sacar fuera de ellos el conflicto. En el momento actual de tratamiento el usuario ya no se agrada a sí mismo, es decir la agresividad que supone el hacerse daño con las drogas es “canalizada” o dirigida de otra forma. Según (Bushman y Wells, 1998) la escala de agresividad *física* es un buen pronosticador de un mayor número de comportamientos agresivos y vemos como en nuestro estudio la agresividad física no aumenta.

Según Felpen y Hill (1999) las puntuaciones altas en la escala de hostilidad están asociadas de forma significativa con un mayor nivel de ira en respuesta al maltrato personal. Esto quiere decir que a los seis meses de tratamiento los pacientes aumentan la hostilidad en respuesta al maltrato personal y esta es la segunda interpretación que se hace de este hecho, explicación que concuerda con el estudio de (Felpen y Hill, 1999), es decir un efecto de la terapia es aprender a defenderse de la agresión externa, los usuarios aprenden a defenderse del maltrato ajeno, se protegen del maltrato recibido por los otros.

A parte de las teorías anteriormente expuestas, debemos remitirnos al resultado de los ítems que se aplican a la variable “*hostilidad*” en el cuestionario AQ, en este sentido la explicación más lógica a este resultado es que el paciente es más consciente de su situación.

Se debe apuntar que la hostilidad no es lo mismo que la agresividad física o verbal, es una respuesta que en principio no debe calificarse como negativa sino más bien como una respuesta adaptativa al momento de cambio y a la fase de acción que está viviendo el paciente en ese momento.

Por último cabe destacar que en solo uno de los cuatro apartados de la agresividad hay cambios significativos a nivel clínico, esto nos lleva a concluir que sí se cumple el *colorario* 5.

10.6. Variables implicadas en la recuperación terapéutica

En primer lugar enfatizamos en que uno de los efectos más destacables y positivos del procedimiento es no centrar el tratamiento únicamente en la sustancia; ciertamente el tratamiento aquí evaluado concede suma importancia a tratar y modificar las pautas que llevan a una persona a consumir. Esta línea de proceder tiene como consecuencia que los *pros* y *contras* de consumir sustancias no tengan tanta relevancia y sí tengan importancia las pautas, los comportamientos o los acontecimientos previos que conducen al usuario al consumo de sustancias.

En segundo lugar observamos la importancia de la autoeficacia en el proceso. El tratamiento educativo terapéutico va dirigido a que el usuario vaya paulatinamente ganando confianza y seguridad, de hecho, poco a poco se le va dando más responsabilidades dentro de la Comunidad Terapéutica; a los seis meses de tratamiento el usuario ha puesto y ha tenido tiempo de analizar en numerosas ocasiones su autoeficacia con lo cual ésta ha mejorado.

En tercer lugar cinco procesos de cambio son considerados variables implicadas en la recuperación terapéutica.

a) El contracondicionamiento, esta variable pone de relieve la importancia del tiempo libre y de las actividades educativas que son fomentadas en el tratamiento y que ayudan al usuario a crear un repertorio de conductas alternativas al problema.

b) Control de estímulos, se pone de manifiesto que fomentar desde el tratamiento, el control de los estímulos del entorno, ayuda a la recuperación positiva del usuario.

c) En cuanto a la re-evaluación ambiental, la persona valora qué efectos acarrea el consumo de drogas, no sólo en él mismo, sino también en las relaciones interpersonales, en sus amigos y familiares. En los grupos de terapia es una variable que siempre se tiene presente y se anima al usuario a que la analice.

d) Liberación social, otra variable que tiene relación con el éxito terapéutico es la apuesta que hace el usuario por determinados compromisos y a la par se responsabiliza de tales compromisos. Desde el primer momento de la terapia se exige al usuario que exprese sus objetivos pero que también se responsabilice de ellos. De forma clara y contundente es algo que se trabaja desde el primer día en terapia.

e) Relaciones de ayuda, el usuario desarrolla las relaciones personales que puedan ser de ayuda en su proceso de recuperación. Ponemos de manifiesto que, a parte de las relaciones de ayuda que el usuario pueda establecer con

amigos y familiares, la dinámica de la Comunidad Terapéutica es fundamentalmente de autoayuda, el usuario aprende con los demás en un clima de ayuda mutua. Sin duda esta variable tan cultivada en la comunidad es un factor de éxito terapéutico.

Por último el paciente aprende a defenderse de la agresión, es decir, una última variable, podríamos decir que es el fomento de pautas de protección que también se puede ver cuando un usuario se protege de las agresiones provenientes del exterior.

11. CONCLUSIONES GENERALES FINALES

El estudio se centra en descifrar los nuevos perfiles que nos ayudarán posteriormente a diseñar intervenciones más ajustadas al tipo de paciente y un segundo estudio donde se evalúan los cambios acaecidos en los usuarios tras seis meses de tratamiento en la CT. Todos los participantes son personas que acuden voluntariamente a Proyecto Hombre Burgos demandando un tratamiento.

Este estudio está en línea con los objetivos de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 del PNsD que son entre otros, “incrementar la cantidad y la calidad de la investigación, con el fin de conocer mejor las diversas variables relacionadas con las drogas y su capacidad de producir adicción, su consumo, su prevención y tratamiento, y potenciar la evaluación sistemática de programas y actuaciones”.

11.1. Conclusiones del primer estudio

En relación al presente estudio, todo lo expuesto hasta aquí nos indica que estamos al final de un largo periodo, la tipología de heroinómano que tanto nos acompañó en estas décadas ha dejado de ser significativa en cuanto a nuevos ingresos, convirtiéndose en algo residual. Ya no hay apenas peticiones de tratamiento de consumidores de heroína, por consiguiente como tipología casi ha desaparecido llegando a ser algo residual. Esto no quiere decir que las personas se hayan “evaporado”. En la actualidad los que siguen teniendo problemas con la heroína están en su mayoría en tratamiento con metadona, así, en resumen, tampoco podemos concluir que hayan dejado de existir, es una población que lentamente va envejeciendo pero conserva su número, metafóricamente podríamos decir que es una población en la sombra. De otra mano estamos ante la consolidación de la cocaína.

En esta década podemos encontrar varios grupos bien diferenciados, por un lado los politoxicómanos que fundamentalmente consumen estimulantes como la cocaína y los alcohólicos por otro lado. Estos serían los nuevos perfiles de hoy en día. Esta conclusión tiene como consecuencia que hay que seguir ajustando los programas a estos dos perfiles. Las diferencias encontradas a nivel sociodemográfico, de consumo y gravedad de la adicción nos sugieren que los más graves, los de Tipo alcohólicos (A), deben ir, en general, a programas de alto umbral o alta exigencia como la Comunidad Terapéutica.

En cuanto al grupo los politoxicómanos (P), podrían ir indistintamente a programas residenciales o ambulatorios según fuera el caso. Ambos perfiles ya no precisan tanto de acciones formativas, pero sí padecen más trastornos psiquiátricos y demandan más apoyo en ese sentido, sobre todo la tipología que hemos denominado (A).

Vemos, pues, dos claros perfiles, *Alcohólico* y *Politoxicómano* que consume fundamentalmente psicoestimulantes.

Como ya hemos explicado a lo largo del trabajo los pacientes se agrupan en conglomerados que son una traducción y reflejo de los diferentes tipos de consumidores actuales. Estas dos agrupaciones se realizan teniendo en cuenta diferentes variables sociodemográficas, de gravedad de la adicción, de las sustancias consumidas, etcétera. Hemos obtenido dos grupos bien diferenciados que hemos pasado a denominar, tipo (P) politoxicómanos y tipo (A) que es el grupo de usuarios que consumen alcohol mayoritariamente. Tras el primer análisis que deja al descubierto los dos tipos de consumidores y se realizan diferentes comparaciones de dichos perfiles. Exponemos un resumen de las características de los dos perfiles encontrados.

Tipo (P) Politoxicómanos

En relación a las variables sociodemográficas: edad, sexo, ingresos económicos, etc.

La media de edad es de 30,87 años. En relación a los ingresos los datos apuntan a que el grupo *politoxicómanos* consiguen el dinero de su trabajo, asimismo es un colectivo que obtiene ligeramente más ingresos de la prestación por desempleo y por consiguiente no resulta extraño que sean pocas las personas de este grupo las que se benefician de las ayudas sociales. Cabe apuntar, además, que obtienen más dinero de actividades ilegales y consiguen más dinero de los compañeros y de la familia. El grupo (P) politoxicómanos es más “activo” en el sentido de que adquiere más dinero y de más variadas fuentes, por ejemplo, del trabajo, de los amigos, familiares y actividades ilegales.

Las evidencias nos muestran que más personas del grupo (P) atesoran deudas. Poseen más problemas judiciales y se comprende entonces que más admisiones a tratamiento hayan sido promovidas o sugeridas por el sistema judicial.

Vemos como en el grupo “politoxicómanos” hay más gente soltera y en cuanto a la familia gozan de mejores relaciones con los padres y hermanos.

En cuanto a las variables relacionadas con el consumo

Como cabe esperar, disponemos de elementos para valorar que el grupo (P) los politoxicómanos, consumen más psicoestimulantes como la cocaína, vemos asimismo que la droga más consumida es dicha sustancia pero al mismo tiempo consumen otras sustancias identificándose ellos mismos como “politoxicómanos”, es decir, este grupo de usuarios sostiene que consume más de una sustancia.

Por otro lado, otro eslabón de la cadena a la hora de identificar este colectivo es que la cocaína y las anfetaminas son consumidas durante más años por personas del grupo y comienzan a una edad menor su consumo.

Respecto a los índices de gravedad de la adicción

Vemos que reconocen padecer una mayor gravedad con las drogas pero no así con el alcohol. En cuanto a la gravedad de los problemas médicos más personas del grupo (P) afirman: o que no existe problema alguno o es un problema leve. Del mismo modo tienen menos problemas psiquiátricos. Podemos advertir como los participantes del grupo (P) sostienen que la gravedad de sus problemas familiares y sociales son percibidos como leves, sin llegar a ser graves. Este grupo considera que son importantes los problemas legales y obviamente tratar estos problemas legales es más importante para el grupo (P).

Respecto a los índices de psicopatología

En general las evidencias indican que hay más familiares con antecedentes por drogas y trastornos psiquiátricos en el grupo (P).

Tipo (A) Alcohólicos

En relación a las variables sociodemográficas: edad, sexo, ingresos, etc.

La media de edad es sensiblemente superior 35,72 años. El grupo de alcohólicos obtiene más dinero del paro y adquiere más dinero de las ayudas sociales, de la pensión o la Seguridad Social. Los miembros de este mismo grupo han pasado más tiempo desempleados. Los usuarios que conforman el grupo (A) tienen menos deudas en comparación con el anterior grupo.

De todas las respuestas relacionadas con las figuras de apego, la más significativa estadísticamente es que hay más antecedentes familiares (padres, tíos, etc.) que consumen alcohol en las personas que tienen problemas con dicha sustancia. En la tipología (A) encontramos a más personas divorciadas o separadas. Hallamos a usuarios más “de tipo errantes (por ejemplo no tienen residencia fija)”. Es muy destacable que haya un mayor número de pacientes de este grupo que viven solos.

Los miembros del grupo (A) son quienes atestiguan haber tenido peores relaciones con los hermanos, con la pareja, han mantenido peores relaciones con la madre, con el padre y así sucesivamente con todos los familiares. Con todos salvo con los que no son familiares, es decir, con los amigos y compañeros de trabajo.

En cuanto a la estancia en la cárcel, cabe destacar que los alcohólicos han pasado de media considerablemente menos tiempo que los usuarios que conforman el grupo (P).

En cuanto a las variables relacionadas con el consumo

Este grupo ha consumido grandes cantidades de alcohol durante más años, concretamente 9,61 de media.

En cuanto al consumo de cannabis es mayor en el grupo (A) con una media de 4,02 años de consumo de esta sustancia, aunque los datos nos indican que se trata de un subgrupo de personas que además de haber consumido alcohol también han consumido cannabis paralelamente durante más años.

Respecto a los índices de gravedad de la adicción

El grupo (A) sostiene mayoritariamente que para ellos tratar los problemas relacionados con el alcohol es extremadamente importante. Consideran que el problema que tienen con esta sustancia es un problema calificado como grave. Ante la pregunta “gravedad” de los problemas médicos sostienen que su situación médica sí es grave. Para finalizar podemos ver que el grupo (A) afirma que la *gravedad de sus problemas familiares y sociales* es extrema y que el tratamiento de estas áreas es absolutamente necesario.

Respecto a los índices de psicopatología

En el grupo de alcohol se sitúa un número de personas que se perciben con más problemas psiquiátricos. Pasamos a exponer algunas respuestas: en primer lugar ponemos de manifiesto que el grupo (A) tuvo significativamente más problemas para comprender o concentrarse en el último mes, experimentaron más alucinaciones en el último mes anterior al ingreso, manifestaron haber padecido dificultades para controlar su conducta violenta en el último mes.

En otro orden de cosas, más personas del grupo (A) reciben más medicación prescrita por problemas emocionales o psicológicos, vemos que más participantes del grupo de alcohol afirman haber padecido depresión severa el último mes. Son las personas que padecen problemas con el alcohol las que más intentos suicidas han realizado. Han pasado más tiempo hospitalizadas y podemos destacar que los participantes de esta tipología que llegan a pedir tratamiento están más deteriorados en todo lo referente a lo psiquiátrico.

Permanecieron seis meses en el tratamiento

Lo más destacable es que no encontramos demasiadas diferencias; encontramos las mismas diferencias entre los dos perfiles cuando se realizó la comparación de la evaluación al primer mes y en la evaluación a los seis meses. Esto quiere decir que los usuarios que consiguen realizar seis meses de tratamiento en la Comunidad Terapéutica no son significativamente diferentes de los que abandonan al primer mes. A pesar de esto sí hay algún elemento que destacar.

Vemos que en general la mayor diferencia puede radicar en que las personas que permanecen seis meses en tratamiento están ligeramente menos deterioradas que las que abandonan el recurso al primer mes, por ejemplo haber consumido menos drogas y durante menos años es una variable de mejor pronóstico. Incluso el subgrupo de alcohólicos que consume hachís ha consumido menos alcohol y menos hachís.

En general también podemos señalar la estrecha relación entre las personas que llevan seis meses en tratamiento y el haber pasado periodos más largos abstinentes de drogas o alcohol respectivamente.

También se ha encontrado una correlación positiva entre comenzar a consumir alcohol o drogas a una edad más tardía y llevar seis meses de tratamiento, o lo que es lo mismo, correlaciona con no haber abandonado el tratamiento. Esta es una de las razones por las cuales uno de los objetivos del PNsD en su estrategia actual quiera subir la edad de inicio de consumo.

En resumen podemos destacar tres diferencias: a) en primer lugar los que consiguieron estar seis meses de tratamiento habían empezado a consumir a una edad superior; b) han consumido sustancias durante menos años ya sea alcohol o drogas; c) y han tenido periodos de abstinencia más largos de la sustancia problema.

Otra de las conclusiones a resaltar en relación a las dos tipologías, aunque la muestra es pequeña, es que no hay diferencias en cuanto al género.

Como conclusión estamos ante nuevos perfiles y estas nuevas tipologías son una consecuencia coherente de la evolución de las tipologías en estas décadas.

11.2. Conclusiones del segundo estudio

Como hemos comprobado en el estudio se cumplen todos los requisitos para sostener que se dan cambios significativos en las variables estudiadas a causa del efecto de seis meses de tratamiento en la Comunidad Terapéutica. En cuanto a los cambios a los seis meses de tratamiento de los usuarios que están en la Comunidad Terapéutica destacamos las siguientes conclusiones:

En relación a la *variable consumo*: a los seis meses nadie de los 76 encuestados consume ningún tipo de drogas salvo tabaco. Puesto que el cien por cien de los encuestados está en un régimen controlado de internamiento donde se realizan analíticas periódicamente de forma aleatoria.

Las evidencias extraídas de los diferentes análisis son, entre otras, que la terapia se enfoca a las dificultades de la persona y no únicamente a los *pros* y *contras* de consumir sustancias. Cuando un usuario entra en tratamiento suele identificar y afirmar que la sustancia es el problema, la causa de su problema es la adicción a la sustancia, es decir, el usuario forja una atribución de su problema a la “droga”, lo atribuye a algo externo. Pero con el transcurrir de la terapia, el paciente se va dando cuenta que el problema no reside únicamente en la sustancia. El usuario va entendiendo que el problema de consumo recae, por ejemplo en las inadecuadas pautas que ha utilizado en su vida, el problema no es tanto la droga como la persona. Así los *pros* y *contras* de dejar las drogas, así como las drogas en general, cada vez tendrán mucha menos importancia, es decir, el motivo inicial por el que llegó a pedir tratamiento tiene menos importancia. Finalmente centrar la terapia no sólo en la droga es una variable de éxito terapéutico.

Una de las conclusiones más significativas clínicamente son las variables *tentación y confianza*, de una forma muy evidente observamos que a los seis meses la tentación baja muy significativamente y por otro lado la confianza aumenta muy considerablemente. Esto quiere decir que a los seis meses de tratamiento aumenta significativamente la *variable autoeficacia*. Sin duda, la autoeficacia es una variable que resulta determinante en situaciones complicadas, una variable que tiene que ver con el éxito terapéutico. Se sostiene que en la terapia podemos encontrar el fomento de los cuatro elementos que fomentan la autoeficacia, *experiencia directa, experiencia indirecta, persuasión verbal, estado fisiológico*, esto último es trabajado en los grupos dinámicos.

En cuanto a los *estadios* de Prochaska y DiClemente, vemos que a los seis meses la única fase que aumenta es la acción, las demás fases bajan. Es decir, a los seis meses de tratamiento los pacientes están envueltos en dicha fase. Nos indica que se acompaña correctamente a los usuarios a evolucionar y pasar de estados iniciales precontemplativos a la fase de acción.

En cuanto a los procesos de cambio, los que aumentan a los seis meses son: la liberación social, la evaluación ambiental, el contracondicionamiento, el control de estímulos y las relaciones de ayuda:

a) *Contracondicionamiento*, el usuario genera respuestas alternativas (tanto a nivel cognitivo, afectivo o conductual) a los estímulos condicionados generados por las drogas y por la conducta adictiva. La terapia ayuda a desarrollar actividades que son alternativas conductuales a la conducta problema;

b) *Control de estímulos*, en los diferentes talleres impartidos se abordan estos aspectos, tampoco no podemos obviar que estas temáticas son tratadas en los grupos de seguimiento terapéutico. Así, otra de las consecuencias de la terapia es que el usuario aprende a modificar el ambiente en la medida que sea posible. Y sabe cómo controlar los estímulos asociados al problema o evita las situaciones que él mismo identifica de riesgo;

c) *Liberación social*, en cuanto al aumento de la liberación social (apostar por un compromiso y responsabilizarse del mismo) los resultados son coherentes con el método y la terapia aplicada a los seis meses de tratamiento. En este periodo los pacientes realizan diversos grupos que tienen que ver con los sentimientos (grupos dinámicos), grupos de cómo el pasado influye en su presente (grupos denominados estáticos), etcétera. Hay una diversidad de grupos donde el usuario puede expresar lo que siente y piensa, pero también se pide que los usuarios se responsabilicen de lo que dicen y proponen, y esto sería de máxima importancia y prioridad en la terapia.

En terapia es fundamental responsabilizarse de lo bueno y de lo malo, uno empieza a dejar de ser víctima cuando comienza a responsabilizarse y como consecuencia empieza a generar control, competencia y a crear alternativas. Asumir el compromiso “responsabilizarse”, lo consideramos un factor de primer orden a la hora de valorar el éxito en el proceso terapéutico y así lo verifica este estudio;

d) *Reevaluación ambiental*, en cuanto a la reevaluación ambiental, la persona valora qué efectos acarrea el consumo de drogas no sólo en él mismo, sino en las relaciones interpersonales, cómo afecta a sus amigos y familiares;

e) *Relaciones de ayuda* el usuario desarrolla las relaciones personales que puedan ser de ayuda en su proceso de recuperación, intenta mejorar los apoyos sociales (familiares, amigos) que pueden facilitar el cambio. Esto implica que también mejoran las habilidades para mantener, recuperar o iniciar estos apoyos.

Tenemos que destacar en este punto que el tratamiento en la Comunidad Terapéutica es fundamentalmente una dinámica de autoayuda, el usuario aprende a establecer relaciones de ayuda de forma constante y en interacción con los demás en un clima de ayuda mutua.

En relación al aumento de la hostilidad. A parte de las teorías anteriormente expuestas, debemos remitirnos al resultado de los ítems que se aplican a la variable “*hostilidad*” en el cuestionario AQ, en este sentido la explicación más lógica a este resultado es que el paciente es más consciente de su situación personal, de su malestar. Ciertamente es que tal efecto es conocido y esperado en el proceso terapéutico de los usuarios y por consiguiente, se trabaja, existiendo instrumentos indicados para ello como es el grupo dinámico de terapia.

11.3. Consideraciones futuras

No hay que olvidar que el éxito terapéutico educativo se puede atribuir a muchos otros factores y no solamente a las variables psicológicas que hemos analizado, es algo que en el futuro se debe ir investigando con más precisión; buena parte del correcto desarrollo no sólo se debe a la pericia y adecuada formación del terapeuta como habitualmente se cree, por ejemplo, la buena marcha de un proceso terapéutico también viene de poseer unas apropiadas instalaciones y adecuados materiales; asimismo se debe a una organización que fundamente bien sus principios y programas, y a un marco organizativo sumamente coherente que ofrezca suficiente cobijo y estabilidad a una persona que sin duda lo necesita, hasta que paulatinamente, ésta va adquiriendo autonomía y se va independizando del necesario maternaje inicial del programa.

Siguiendo este *modus operandi* y lejos de ser diseños maniqueos se precisa que los programas puedan asumir los diferentes momentos y circunstancias de las personas, es menester que puedan atender a la motivación de cada paciente y a sus propias metas e intereses particulares. Igualmente es importante contar con la colaboración y apoyo de los familiares y las personas cercanas.

Una buena organización debe ofrecer sistemas de comunicación externos e internos que faciliten las nuevas ideas y ofrezcan transparencia a la par que reduzcan los errores.

Muchas ONGs han pasado en muy pocos años de funcionar con planteamientos, que podríamos denominar como “familiares” a convertirse en entidades que procuran rigor en sus actuaciones, Pérez (2006).

Dentro de la correcta organización también se debe incluir el tema de la burocracia. Las diferentes instituciones, en algunos casos, llegan a pedir hasta 97 registros por cada usuario que es tratado en un dispositivo concreto. Existen muchas voces críticas que no dudan en alzarse para señalar que la burocracia también puede llegar a ser asfixiante, un mundo de plazos y registros, con el consiguiente peligro de desmotivación paulatina por la dificultad que conlleva sacar adelante nuevas propuestas. Un peligro ya que supone una importante

disminución de la atención directa al paciente al tener que pasarse buena parte de la jornada laboral cumplimentando informes y registros de todo tipo a causa de la vertiginosa fiebre por llegar a un modelo de excelencia. En este sentido es conveniente recoger la información que realmente sea importante.

Dentro de una atenta organización incluimos la figura del supervisor, sin duda es un reto poder evaluar la eficacia de estas figuras. Lo que un supervisor debe detectar en los miembros del equipo que trabaja con drogodependientes son fundamentalmente los mismos estilos y maneras que se manifiestan en los pacientes. Esto se produce por el fenómeno de la identificación con lo que se estudia o trabaja. En general, el supervisor y también los llamados mandos intermedios deben velar por un funcionamiento *sano* de los equipos.

Otro aspecto a cuidar tiene que ver con lo que se ha denominado *curriculum oculto* o con la competencia ética. Cuestión de suma importancia en el trabajo con drogodependientes. Según Roselló (2005), la competencia ética implica estar dispuesto a trabajar en equipo, implica no invadir el terreno de los compañeros de grupo, supone manifestar la soltura necesaria para trabajar el conflicto y asumir la responsabilidad, tiene que ver con evitar contagiar los propios miedos a los pacientes, ser dialogante, respetar los límites. La competencia ética la podemos entender en hechos como estar por la labor de conocer a los compañeros al igual que mostrarse o darse a conocer uno mismo, y lo que es más importante, estar dispuesto a crecer como persona.

Sin duda parece sensato pensar que existen otras variables importantes que se precisa subrayar en relación al éxito terapéutico, por ejemplo, el correcto trabajo en red. Muy difícilmente un centro puede cubrir todas las necesidades de un usuario, no pudiendo ser de otra manera, los tratamientos para drogodependencias están integrados y en permanente comunicación con los dispositivos de la red. En este sentido por ejemplo, ya casi nadie cuestiona que sea necesario derivar al paciente para que se le pauten un tratamiento farmacológico limitado que apacigüe los efectos de la abstinencia de las drogas y alejarnos de los dolorosos tratamientos *naturalistas*, por naturalistas entendemos los tratamientos donde el paciente se desintoxica sin ayuda alguna de medicación.

Una cuestión que no es óbice, es la independencia de la *motivación inicial* en el éxito del tratamiento. En relación a este punto parece importante señalar el caso particular de los penados que están obligados a cumplir un tratamiento *in situ*. El *National Institute on Drug Abuse* NIDA, afirma que para que sea efectivo un programa no necesita ser estrictamente voluntario.

Siguiendo con otras observaciones del NIDA, otros elementos también se pueden considerar significativos como la importancia del compromiso y del

espíritu de la autoayuda. Este Instituto también señala el beneficio de los tratamientos psicosociales y considera, con suficiente base empírica, la Terapia de Incremento Motivacional (Miller y Rollnick, 1991).

Se desea señalar que se está de acuerdo con estas afirmaciones del NIDA; en el sentido de que todos estos últimos elementos que se acaban de mencionar son igualmente de gran importancia.

Para finalizar se desea resaltar la importancia social de este tipo de dispositivos y para ilustrar esta idea nada mejor que un estudio que se realizó en el Reino Unido. Un macro-estudio realizado en Inglaterra, llamado N.T.O.R.S., *National Treatment Outcome Research Study* (Gossop y col., 2003), tenía como objetivo poner de relieve los cambios respecto a los nuevos patrones de consumo, pero también evidenció lo beneficiada que sale una sociedad que invierte en programas para drogodependientes. Se estimó que por cada libra que se invierte en programas para adictos, se recuperaban y restituían tres libras. Es decir, la sociedad termina ahorrando, en médicos y en las múltiples consecuencias de las actividades delictivas, juicios, cárceles, etcétera.

Con este estudio se considera que sobran más palabras que subrayen la importancia social y efectividad de estos dispositivos, y la necesidad de seguir investigando hacer diario.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abaitua, R., Rodríguez, M. y Salas, L. (2005). *Informe sobre resultados del EuropASI*. Madrid: Asociación Proyecto Hombre.

Advisory Council on Misuse of Drugs (1988). *AIDS and drug misuse: part 1*. HMSO, London.

Agut, M. y Sanz, B. (2004), en Marta, A., Agut, J. (Coord.). Contextos entorno al consumo de alcohol. Burgos: Ed. Ayuntamiento de Burgos.

Akil, H., Watson, S., Young, E., Lewis, M., Khachaturian, H. y Walker, J. (1984). Endogenous opioids: Biology and function. *Annual Review of Neuroscience*. 4: 223-255.

Alonso-Fernández, F. (2003). *Las nuevas adicciones*. Madrid: TEA Ediciones.

Álvarez, J. M. (2008). La angustia entre goce y deseo. *Análisis*, 16, 29-43.

Álvarez, J. M., Esteban, R. y Sauvagnat, F. (2004). *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*. Madrid: Síntesis.

Anderson, P. y Baumberg, B. (2006 junio) El alcohol en Europa. Una perspectiva de salud pública. Un informe para la Comisión Europea *Institute of Alcohol Studies*, Reino Unido.

Andréasson, S., Allebeck, P., Engstromm, A. y Rydberg, U. (1987). Cannabis and schizophrenia: a national epidemiological study in Stockholm County. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 505-510.

Andreu, J., Peña, M. y Graña, J. (2002). Adaptación psicométrica de la versión Española del Cuestionario de agresión. *Psicothema*, 14. 476-482.

Babor, T., Hoffman, M., Desboca, F., Hesselbrock, V., Meyer, R., Dolinsky, Z. y Rounsaville, B. (1992). Types of alcoholic. 1: evidence for a empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Archives of General Psychiatry*, 49, 599-608.

- Balzac, H. (2007). *Las ilusiones perdidas*. Barcelona: Plaza edición.
- Bandura, A. (1986), *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N. J: Prentice-Hall.
- Bandura, A. y Adams, N. E. (1977). Analysis of Self-efficacy theory of behavioural change. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 287-308.
- Baño, M.^a. (1998). *La Huella de la metadona. Niveles plasmáticos. Un instrumento clínico para mejorar tratamientos*. Madrid: Ed., Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Ayuntamiento de Majadahonda.
- Bardisa, R. (15/05/2008). La didáctica de los Principios del Acto Analítico. Conferencia. Sede de la ELP en la Comunidad Valenciana.
- Barona, J. (2003). La evolución histórica y conceptual del alcoholismo. En: Manual SET de alcoholismo (Sociedad Española de Toxicomanías). Madrid: Médica Panamericana.
- Becona, E. (1994). Drogodependencias. En Amparo, B., Bonifacio, S., Ramos, F., (coords.). *Manual de psicopatología. Vol 1*, 494-530. Madrid: McGraw-Hill.
- Bedate, J. y Romero, J. (1985). Evaluación de 84 heroinómanos un año después del tratamiento hospitalario del síndrome de abstinencia. *XIII Jornadas de Sociodroga*. Palma de Mallorca.
- Berman, S. M. y Nobel, E. P. (1993). Childhood antecedents of substance misuse. *Current Opinion in Psychiatry*, 6, 382-387.
- Blaise, P. (1850). *Pensamientos de Pascal sobre la religión*. Madrid: Ed. Imprenta de la Administración del Real Arbitrio de Beneficencia.
- Bobes, J., González, M., Sáiz, P. y Bousoño, M. (1996). Índice europeo de severidad de la adicción: EuropASI. Versión española. *Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría*, 201-218.
- Burling, T. A., Reilly, P. M., Moltzen, J. O. y Ziff, D. C. (1989). Self-efficacy and relapse among impatient drug and alcohol abuses: A predictor outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 354-360.
- Bushman, B. J. y Well, G. L. (1998). Trait aggressiveness and hockey penalties: Predicting hot tempers on the ice. *Journal of Applied Psychology*, 83, 969-974.
- Buss, A. H. y Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 21, 343-349.
- Buss, A. H. y Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459.

Caballero, L. M. (2005). *Adicción a la cocaína: Neurobiología, Clínica, Diagnóstico y Tratamiento*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Calafat, A., Fernández, C., Jerez, M., Becoña, E. y Gil, E. (2010). *La diversión sin drogas: Utopía y realidad*. Extraído de la dirección: www.irefrea.org el 07/05/2010.

Cluninger, C. R. (1981). Inheritance of alcohol abuse. *Archives of General Psychiatry*, 38, 861-868.

Cluninger, C. R. (1987). Neurogenetic adaptative mechanisms in alcoholism. *Science*, 236, 410-416.

Coduras, P. (1990). *La Toxicomanía*. Madrid: Asociación Proyecto Hombre.

Colina, F. (2007). *De locos, dioses, deseos y costumbres. Crónica del manicomio*. Valladolid: Pasaje de las letras.

Comas, D. (2005). *Comunidades Terapéuticas en España. Situación actual y propuesta funcional*. Madrid: Edita Grupo GID.

Cortina, A. (2007). Ética y drogodependencias. *Revista Proyecto*, 63, 15-19.

Cotton, N. S. (1979). The Familial incidence of alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 40 (1), 89-116.

Cumming, C., Gordon, J. R. y Marlatt, G. A. (1982). Relapse: Strategies of prevention and prediction. En W. R. Millar (ed.), *The addictive behaviours: Treatment of alcoholism, drug, abuse, smoking and obesity*, 108-141. Oxford: Pergamon Press.

Daytop. (2003). *Daytop History*. Extraído de: <http://www.daytop.org/history.html> en la fecha (27-09-2003).

Darke, S., Hall, W., Wodak, A., Heather, N., y col. (1992). Development and validation of a multidimensional instrument for assessing outcome of treatment among opiate users: the Opiate Treatment Index, (OTI). *British Journal of Addiction*, 87, 733-742.

De Dominicis, A. (1997). *La comunidad terapéutica para toxicodependientes. Orígenes y desarrollo del método*. Ed. El Centro Italiano de Solidaridad de Roma. (C.e.I.S) de Roma. Roma: Documento interno sin publicar.

De Fursac, R. (1921). *Manual de Psiquiatría*. Valencia: Editorial Pubul.

De Leon, G. (2004). *La comunidad terapéutica y las adicciones. Teoría, modelo y método*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Derogatis, L. R. (1988). SCL-90-R: *Administration scoring and procedures manual*. Townson, Clinical Psychometric Research.

Derogatis, L. R. (2002). SCL-90-R. *Cuestionario de 90 síntomas [SCL-90-R. Ninety Symptoms. Questionnaire]*. Madrid: TEA Ediciones.

DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Informe 2004. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el PNsd.

DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas. (OED). Informe 2007. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el PNsd.

Días, J. (2001). El modelo de los estadios de cambio en la recuperación de las conductas adictivas. *Escritos de psicología*, 5, 21-35.

Díaz-Flores, J., Dorta, M. y González, M. (2001). Consumos de derivados de cocaína en pacientes incluidos en un programa de mantenimiento con metadona. *Revista Toxicol*, 18, 8-12.

DiClemente, C. C. (1981). Self-efficacy and smoking cessation maintenance: A preliminary report. *Cognitive Therapy and Research*, 5, 175-187.

DiClemente, C. C. (1986). Self-efficacy and the addictive behaviours. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4, 302-315.

DiClemente, C. C. (2003). *Addiction and change. How addictions develop and addicted people recover*. New York: The Guilford Press.

Dirección General de Instituciones Penitenciarias. (1995). *Memoria del año 1995*. Ministerio del Interior.

Documento Arlanzón. (1997). Documento interno de Proyecto Hombre Burgos (sin publicar).

Dobkin, R. (1984). Visionary vine. *Hallucinogenic healing in the Peruvian Amazon*. Prospect Highs Illinois: Waveland Press Inc.

DSM-IV. (1998). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

Duran-Dassier, J. (1994). *Psicoterapia sin psicoterapeuta*. Madrid: Ediciones Marova, S.L.

Edwards, G., Arif, A. y Hodgson, R. (1981). Nomenclature and classification of drug and alcohol related problems: A World Health Organization, memorandum. *Bulletin World Health Organization*, 59, 225-242.

Elola, J. (2007 - 5 de julio). Todo sobre las drogas. *El País*. 1-6.

Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas ente los Internados en Prisión (ESDIP) Madrid, 26 de junio de 2006. Subdirección de Sanidad Penitenciaria y El Plan Nacional sobre el Sida.

Emrick, C. (1978). Alcoholics Anonymous: Affiliation processes and effectiveness as treatment. *Alcoholism. Clinical and Experimental Research*, 11, 416-23.

Escohotado, A. (2001 4.^a ed.). *Historia General de las Drogas*. Madrid: Editorial Espasa Calpe.

Estadística General de Población Penitenciaria. (2005 agosto) Dirección general de Instituciones Penitenciarias.

Estrategia Nacional sobre Drogas (2009-2016). *Boletín Oficial del Estado*. N.º 38. Viernes 13 de febrero de 2009. Sec. I. Pág. 15.284.

Ewing, J. (1984). Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *Journal of the American Medical Association*, 252, 1905-1907.

Felsen, G. y Hill, V. (1999). Aggression Questionnaire hostility scale predicts anger in response to mistreatment. *Behaviour research and therapy*, 37, 87-97.

Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. y Landa, N. (2004). Trastornos de la personalidad y abandonos terapéuticos en pacientes adictos: resultados en una comunidad terapéutica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol. 4, n.º 2, 271-283.

Fernández, J. y Secades, R. (1998). La evaluación de programas de tratamiento para drogodependientes en España. *Psicothema*. Vol. 11, n.º 2, 279-291.

Fernández, J., Secades, R., Benavente, Y. y Riestra, C., Evaluación de la eficacia del programa educativo – terapéutico para rehabilitación de toxicómanos de Proyecto Hombre en Asturias. Ed. Consejería de Servicios Sociales del Principado de Asturias y La Universidad de Oviedo.

Freud, S. (1974). *Inhibición, síntoma y angustia*. Obras completas. Madrid, Biblioteca Nueva. El original. Freud, S. (1926). *Hemmung. Symptom und Angst*, Viena: Internationaler Psychoanalytischer.

Freixa, F. (2002). De la embriaguez al alcoholismo. Magnus Huss (1807-1890) conceptos vigentes en el 2002. *Revista Española de Drogodependencias*, 2, 133-136.

García, L. y Chazarra, A. (1995). *Drogas Sintéticas y nuevos patrones de consumo*. Madrid: edita Coordinadora de ONG que intervienen en drogodependencias.

García, J. (2009). Estado de la cuestión e implicaciones metodológicas de las evaluaciones realizadas en los programas y comunidades terapéuticas para la rehabilitación de toxicómanos. *Revista LiberAddictus*, 106, 12-18.

Gawin, F. H. y Kleber, H. D. (1986). Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis in cocaine abusers. *Arch Gen Psychiat*, 43, 103-107.

Gil, A. A. (2008). *Historia de la violencia contra las mujeres. Misogamia y conflicto matrimonial en España*. Madrid: Cátedra.

Guerra, D. (1994a). Addiction Severity Index (ASI): Un índice de severidad de la adicción. En E. Becoña, A. Rodríguez, I. Salazar (eds.), *Drogodependencias I. Introducción* (pp. 223-237). Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.

Guerra, D. (1994b). Addiction Severity Index (ASI): Un índice de severidad de la adicción. Manual de instrucciones, 5.^a edición. En E. Becoña, A. Rodríguez, I. Salazar (eds.), *Drogodependencias I. Introducción* (pp. 239-288). Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.

Guía sobre drogas (2007). Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación para el Plan Nacional sobre Drogas.

Guía para la rehabilitación e integración social de drogodependientes con problemas jurídico-penales (2005). Valladolid: Plan Regional sobre las drogas de Castilla y León. Junta de Castilla y León.

González, F., Iraugi, I. y Carulla, S. (2002). Teoría de la Medida e Instrumentos de Evaluación en Drogodependencias. Cuestiones Básicas. En Iraugi, I., González, F. *Instrumentos de Evaluación en Drogodependencias*. (pp. 25-77). Barcelona: Aula Médica.

Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P. y Hando, J. (1995). The Severity of Dependence Scale, (SDS); psychometric proprieties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamines users. *Addiction*, 90, 607-614.

Gossop, M., Green, L., Phillips, G. y Bradley, B. (1990). Factors predicting outcome among opiate addicts after treatment. *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 209-216.

Gossop, M., Healey, A., Knapp, M., Astin, J., Marsden, J., Stewart, D., Lehmann, P. y Godfrey, C. (1998). The economic burden of drug addiction: Social costs incurred by clients at intake to NTORS. *British Journal of Psychiatry*, 173, 160-165.

Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. y Kidd, T. (2003). The National Treatment Outcome. Research Study (NTORS): 4-5 year follow-up results. *Addiction*, 98, 291-303.

Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. y Rolfe, A. (1999). Treatment retention and 1 year outcomes for residential programs en England. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 89-98.

Graña, J. (1994). *Conductas Adictivas Teoría, Evaluación y Tratamiento*. Madrid: Debate.

Graña, J., Muñoz, J. y Navas, E. (2007). *Características psicopatológicas motivacionales y de personalidad en drogodependientes en tratamiento de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Agencia Antidroga Comunidad de Madrid.

Guardiola, E., Sánchez-Carbonell, X., Beranuy, M. y Bellé, A., (2006). La producción científica española sobre la dependencia de drogas en el consumo de la Unión Europea: 1976-2000. *Adicciones*. Vol. 18. N.º 2, 119-134.

Hammersley, R. y Lavelle, T. (1990). Buprenorphine and temazepam abuse: *British Journal of Addiction* 93, 475-86.

Harris, M. (1980). *Vacas, cerdos, guerras y brujas*. Madrid: Alianza.

Hennessy, G., Menil, V. y Weiss, R. (2003). Psychosocial treatments for cocaine dependence. *Current Psychiatry Reports*, 5, 362-364.

Hervás, P. P. (2002). Criterios diagnósticos del abuso y la dependencia. Principales sustancias adictógenas. En Sánchez, J. M. *Una aproximación Multidisciplinar a las drogodependencias*. Alicante: Limencop.

Hubbard, R. L. (1997). Overview of 5-years follow-up outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol. 25, 3, 125-134.

Hubbard, R. L., Craddock, S. G., Flynn, P. M., Anderson, J. y Etheridge, R. M. (1997). Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11, 261-278.

Hubbard, R. L., Marsden, M., Rachal, J., Harwood, H., Caravanaugh, E. y Ginzburg, H. (1989). *Drug abuse treatment: A national study of effectiveness*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.

Hubbard, R. L., Rachal, J., Craddock, S. y Cavanaugh, B. (1984). Treatment Outcome Prospective Study (TOPS): client characteristics and behaviors before, during, and after treatment. En Tims, F. J., Ludford, J. P. (Eds.), *Drug Abuse Treatment Evaluation: Strategies, Progress and Prospects*, 42-68, Washington, DC, National Institute of Drug Abuse.

Iraugi, I., González, F. y Gisbert, J. (2002). II Instrumentos de evaluación utilizados en la investigación clínica de las toxicomanías. Una guía de los instrumentos adaptados al castellano. En Ioseba, I., González, F., (Eds.), *Instrumentos de Evaluación en Drogodependencias*. (pp. 79-120). Madrid: Aula Médica Ediciones.

Informe de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES). 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo Secretaría General de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas DGPNSD.

Informe de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES). 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo Secretaría General de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas DGPNSD.

Jiménez-Lerma, J., Ariño, J., Iraurgi, M. y Landabaso, M. (2002). Instrumentos e indicadores para la evaluación de los procesos de desintoxicación/abstinencia supervisada a sustancias. En Ioseba, I., González, F. (Eds.), *Instrumentos de evaluación en drogodependencias*. (pp. 149-185). Madrid: Aula Médica Ediciones.

Kardin, A. E. (1979). Imagery elaboration and Self-efficacy in the covert modeling treatment of unassertive behaviour. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 47, 725-733.

Kokkevi, A. y Hargers, C. (1995). European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1, 208-210.

Kramer, J. F. y Cameron, D. C. (1975). *Manual sobre dependencias de las drogas*. Ginebra: OMS.

Labrador, F., Cruzado, J. y Muñoz, M. (1998). *Manual de Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid: Psicología Pirámide.

Laporte, J. (1976). *Les drogues*. Barcelona: Ediciones 62.

Lasagna, L. (1974). A plea for the “naturalistic” study of medicines. *Eur J. Clin Pharmacol*, Vol. 7, 153-154.

Laurie, P. (1967). *Drug*. Penguin Book.

León, J. L. (1990). Evolución de las toxicomanías en las últimas décadas. *Revista Española de Drogodependencias*, 15, 221-237.

Lewin, L. (1970). *Phantastica*. París: Payot, (1.ª ed 1924).

López-Goñi, J., Fernández-Montalvo, J., Illescas, C. y Landa, N. (2008). *Revista Trastornos adictivos* 10 (1), 1-100, 55-61.

López-Ibor, J. J., Pérez, A. y Rubio, V. (1996). *Examen internacional de los Trastornos de la personalidad*. (IPDE). Madrid: Meditor.

Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M., Coid, B., Dahal, A., Diekstra, R. F., Ferguson, B., Jacobsberg, L. B., Mombour, W., Pull, C. y Reiger, D. (1994). The world Health Organization/Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration International Pilot Study of Personality Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 215-224.

Marina, P. (1999). ¿Qué nos han enseñado los estudios de seguimiento de toxicómanos? *Adicciones*. Vol. 1, n.º 3, 237-241

Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D. y Best, D. (1998). The Maudsley Addiction Profile, (MAP): a brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction*, 93 (12), 1857-1867.

Martín, C. (2007) en Pérez, Martín. *Nuevas adicciones ¿Adicciones nuevas?* Guadalajara: Ediciones Intermedio.

Martín, F. (1997). Redes y programas para el tratamiento de las drogodependencias. *Estudios de Juventud*, 40, 79-93.

Martínez, J. M. (1999) en Santis Casas. Tratamiento del drogodependiente con trastornos de la personalidad. Ed. Biblioteca Nueva.

Maturana, F. y Varela, J. (1998) en Neimeyer, R., Mahoney, M. (Coord.) *Constructivismo en Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

Memoria Anual 2006. Burgos: Proyecto Hombre, Burgos.

Memoria Anual 2000. Perfil psicosocial de los usuarios. Madrid: Asociación Proyecto Hombre.

Melgajero, M., Sanahuja, P. y Masferrer, J. (1986). Estudio de seguimiento en población heroínómana. *Fons Informatiu*, 1, 1-38.

McLellan, A., Luborsky, L. y Woody, G. (1981). Are the "addiction-related" problems of substance abusers really related? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 232-239.

McLellan, A., Kushner, H., Metzger, D. y Peters, R. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index, (ASI). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199-213.

Miller, N. S. (1991). Nosology of drug and alcohol addiction. En N. Miller (Eds.), *comprehensive handbook of drug and alcohol addiction* (pp. 102-125). New York: Marcel Dekker.

Miller, R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.

Neale, J., Saville, E. y McKeganey, N. (2002). Project Drug Outcome Research in Scotland study (DORIS). *Centre for Drug Misuse Research*. Glasgow University.

OEDT (2004). *Informe Anual, el problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega*. Lisboa: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.

OEDT (2005). *Informe Anual el estado del problema de las drogas en Europa*. Lisboa: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.

OEDT (2007). *Informe anual El Problema de las Drogodependencias en Europa*. Lisboa: Observatorio Europeo de las drogas y Toxicomanías.

Oiunette, P., Finney, J. W. y Moss, R. H. (1977). Twelve-step and cognitive-behavioural treatment for substance abuse: a comparison of treatment effectiveness. *Journal consulting Psychology*, 65, 230-40.

O Hare, P., Newcombe, R., Matthews, A., Buning, E. y Drucker, E. (1995). *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Barcelona: publicaciones de Grupo Igia.

O.M.S. (1964). Organización Mundial de la Salud. Thirteenth report of WHO expert committee on Addiction-producing drugs. *Technical Report Series*, 273. Ginebra: O.M.S.

O.M.S. (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. Ginebra: O.M.S.

Ortiz, A. (1998). Epidemiología y modelos explicativos del trastorno dual. En Cabrera, J. (Ed.), *Patología dual* (pp. 47-59). Madrid: Agencia Antidroga de Madrid.

Palacios, J. (2004). Ética y comunidad terapéutica: en búsqueda de una autocrítica. En: Salas, L. *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias*. Madrid: Revista Proyecto, 40, 197-206.

Pardo, A. y Ruiz, M. (2005). *Análisis de datos con SPSS 13 base*. Madrid: McGraw-Hill.

Pascual, F. (2009). Antecedentes históricos de las Adicciones. Del siglo XIX hasta 1940. (Coord.) Torres, A. *Historia de las adicciones en la España contemporánea*. Ed. Sociodrogalcohol.

Patterson, G. R. y Forgatch, M. S. (1985). Therapist behaviour as a determinant for client noncompliance: A paradox for the behaviour modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 846-851.

Peele, S. (1985). *The meaning of addiction. A compulsive experience and its interpretation*. Lexington, MA: Lexington Books.

Pérez, M., Lozano, G. y Arenas, C. (2006). Intervención sobre drogas en Centros Penitenciarios. Madrid. Edita: Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Pérez, F. (2006). La calidad en una ONG. *Revista Proyecto*, n.º 59, 42-44.

Pérez, F. (2007). El imperativo de la felicidad. *Liberaddictus. Revista especializada en adicciones, depresión y ansiedad*. N.º 95, 14-17.

Pérez, F. (2010). Origen alemán de la Comunidad Terapéutica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. XXX, n.º 105, 145-149.

Pérez, F. (2009). Tratamiento de las adicciones sin droga: hacia un uso sano de la tecnología. En Echeburua, Becoña y Labrador (Coord.). *Adicción a las nuevas tecnologías en jóvenes y adolescentes*. Madrid: Pirámide.

Pérez, F., Lara, F. y González, M. (2009). Ocio y tiempo libre en drogodependientes. *Infad. Revista de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, 93-102.

Pérez, F., Lara, F. y González, M. (2010). Abuso sexual, prostitución y dependencia emocional (sin publicar). En archivo de Proyecto Hombre Burgos.

Pérez, F. y Martín, I. (2007). *Nuevas Adicciones ¿Adicciones Nuevas?* Guadalajara: Ediciones Intermedio.

Pérez, R. y Trotter, R. (2005). Antropología. En: Tratado SET de trastornos adictivos, (Sociedad Española de Toxicomanías) (Coord.). Pérez, Peris y col. Madrid: Médica Panamericana.

Plan Nacional sobre Drogas, Memoria de 2000.

Pomerleau, O. F. y Pomerleau, C. S. (1987). A biobehavioural view of substance abuse and addiction. *Journal of Drug Issues*, 17, 111-131.

Plan Nacional sobre Drogas, Boletín Oficial del Estado, BOE, n.º 38. Sec. I, p. 15.284. Viernes, 13 de febrero de 2009. Disposiciones generales del Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia Nacional sobre Drogas.

Polo, D., Díaz, R., Escera, C., Sánchez-Turet, M. y Grau, C., (1995). Caracterización del alcoholismo familiar. *Anuario de Psicología, Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona*, 66, 37-64.

Prochaska, J., DiClemente, C. y Norcross, J. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviours. *American Psychologist*, 47, 1.102-1.114.

Prochaska, J. O., Norcross, J. C. y DiClemente, C.C. (1994). *Changing for good. The revolutionary program that explains the six stages of change and teaches you how to free yourself from bad habits*. New York: William Morrow and Company.

Prochaska, J. O. y Prochaska, J. M. (1993). Modelo transteórico del cambio de conductas adictivas. En E. Casas y M. Gossop (Eds.). *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias* (pp. 56-85). Barcelona: Ediciones de neurociencias.

Quinones, M., Doyke, K., Sheffer, A. y Louria, D. (1979). Evaluation of drug abuse rehabilitation efforts: a review. *Am J. Public Health*, 69, 1.164-9.

Raistrick, D., Bradshaw, J., Tober, G. y Weiner, J. (1994). Development of the Leeds Dependence Questionnaire, (LDQ): a questionnaire to measure alcohol and opiate dependence in the context of a treatment evaluation package. *Addiction*, 89, 563-572.

Ramírez, L. (2007, 29 de junio). Adolescencias y vínculo. *El Blog de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis*. Recuperado el día 2 de julio de 2007, de <http://www.blogelp.com/>

Rapaport, R. N. (1960). *Community as doctor*. Londres: Tavistock Publications.

Rapoport, A. (1975). Aspectos de la Calidad del Entorno. *Colegio of Official de Arquitectos de Cataluña y Baleares*.

Reeve, J. (1994). *Motivación y emoción*. Madrid: McGraw-Hill.

Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. y Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA* 264, 2.511-2.518.

Robson, P. (2003), en Gelder, M., López-Ibor, J., Andreasen, N. (2003). *Tratado de Psiquiatría*. Tomo I. Barcelona: Ars Médica.

Romero, P. (2005). Sociología. En: Tratado SET de trastornos adictivos, (Sociedad Española de Toxicomanías) (Coord.) Pérez, Peris y col. Madrid: Médica Panamericana.

Rossi, J. (1992). *Common processes of change across nine problem behaviours*. Comunicación presentada a la 100 Annual Convention of the American Psychological Association, Washington.

Salazar, I. y Rodríguez, A. (1994). Conceptos básicos en drogodependencias. En E. Becoña, I. Salazar, I., Rodríguez, A. (Eds.), *Drogodependencias. I. Introducción* (pp. 21-55). Santiago de Compostela: Servicio de publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela.

Sánchez-Carbonell, X. (1991). La evaluación de programas de tratamiento de adictos a drogas opiáceas. *Revisiones en Salud Pública*, 2, 119-149.

Sánchez-Carbonell, X., Beranuy, M., Forcén, M., Virgili, C. y Colomera, P. (2005). Indicadores sanitarios y sociales de la evaluación de una cohorte de adictos a heroína: 1985-2000. Proyecto EMETYST. *Revista Española de drogodependencias*, 283-300.

Sánchez-Carbonell, X., Brigos, B. y Camí, J. (1989). Evolución de una muestra de heroínómanos dos años después del inicio del tratamiento (proyecto EMETYST). *Medicina Clínica Vol. 92, n.º 4*, 135-139.

Sánchez-Carbonell, X., Jarne, A. y Talarn, A. (Comp) (2000). *Manual de Psicopatología Clínica*. Barcelona: ED Fundación Vidal i Barraquer. Paidós.

Sánchez-Hervás, E., Tomás, G. y Bou, M. (2002). Proceso de cambio en conductas adictivas: Influencia de variables psicopatológicas y de consumo. *Adicciones Vol. 14, n.º 3*, 337-344.

Sánchez-Hervás, E., Tomás, G., Bou, M., Guerra, R. y Gallús, E. (2002). Calidad de vida, psicopatología, procesos de cambio e historial adictivo en la dependencia a sustancias psicoactivas. *Trastornos Adictivos*, 4 (2), 62-68.

Santodomingo, J. (2009). Historia de las adicciones y su abordaje en España. (Coord.) Torres, A. *Historia de las adicciones en la España contemporánea*. Ed. sociodrogalcohol.

Santodomingo, J. (2009). Antecedentes históricos de las Adicciones. Del siglo XIX hasta 1940. (Coord.) Torres, A. *Historia de las adicciones en la España contemporánea*. Ed. sociodrogalcohol.

Santos, P. (2001). Estadios de cambio en drogodependientes en tratamiento ambulatorio. *Adicciones Vol. 13, n.º 2*, 147-152.

Seivewright, N. y Daly, C. (1997). Personality disorder and drug use: a review. *Drug and alcohol Review*, 16, 235-50.

Silva, A. (1994). *La evaluación de programas en drogodependencias. Volumen II. Manual de evaluación*. Madrid: Ed. Grupo GID. Grupo Interdisciplinar sobre Drogas.

Simmel, E. (1937). The psychoanalytic sanitarium and the psychoanalytic movement, *Bulleting of the Menninger Clinic*, 1, 133-143.

Simpson, D. D. (1993). Drug treatment evaluation reserch in the United Stated. Special Series: Psychosocial treatment of the addictions. *Psychology of Addictive Behaviours*, 7 (2), 120-128.

Simpson, D. D., Joe, G. W. y Brown, B. S. (1997). Treatment retention and follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviours*, 11, 294-307.

Simpson, D. D. y Sells, S. B. (1982). Effectiveness of treatment for drug abuse: An overview of the DARP research program. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 2 (1), 7-29.

Sloterdijk, P. (2005). *En el mundo interior del capital. Para una teoría filosófica de la globalización*. Madrid: Siruela.

Stockwell, T., Murphy, D. y Hodgson, R. (1983). Severity of Alcohol Dependence Questionnaire SADQ: it s use, reliability and validity. *British Journal of Addiccion*, 78, 145-155.

TEA. (2005). Extraído en el día 16 de junio de 2005-06-16 TEA ediciones. <http://www.teaediciones.com/teaasp/buscador.asp?idGama=152>

Tejero, A. y Trujols, J. (1988). *El inventario de Procesos de Cambio para Adictos a la Heroína (IPC-AH): datos preliminares de la aplicación del modelo de Prochaska y DiClemente a la evaluación del proceso de cambio en el tratamiento de la adicción*. Póster presentado al Primer Congreso de la Sociedad Española de Toxicomanías. Barcelona.

Tejero, A. y Trujols, J. (1994). El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente. En J. Graña (Ed.), *Conductas Adictivas* (pp. 1-43). Madrid: Debate.

Tejero, A., Trujols, J. y Roca, X. (1993). Motivación para el cambio y autoeficacia en adictos a opiáceos: análisis de su interrelación y de las diferencias entre estadios de cambio. Comunicación presentada al III Congreso Nacional de Psicología Conductual. Mallorca.

Terán, A. (2004). *Lo que Vd. debe saber sobre las drogas estimulantes cocaína y anfetaminas*. León: Ed. Caja España.

Torralba, F. (2005). Competencia ética y competencia técnica. *Revista Proyecto*, 56, 13-16.

Trujols, J. y Tejero, A. (1994). Evaluación cognitivo conductual y psicodiagnóstica del trastorno por dependencia de opiáceos. En Becoña, E., Rodríguez, A., Salazar, I., (Eds.), *Drogodependencias I. Introducción* (pp. 163-208). Santiago de Compostela: Servicio de publicaciones e intercambio científico de la Universidad de Santiago de Compostela.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2007). *World Drug Report*. Ed. United Nations Publications.

Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Rossi, J. S. y Show, M. G. (1992). Assessing outcome in smoking cessation studies. *Psychological Bulletin*, 111, 23-41.

Velicer, W. F., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O. y Brandenburg, N. (1985). A decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1.279-1.289.

Verdú, V. (2008). 1968 el año que cambió el mundo. Domingo 6 de enero. *El país semanal*, 40-53.

Weisz, J. R., Weiss, B. y Donnenberg, G. R. (1992). The lab versus clinic: Effects of child and adolescent psychotherapy. *American Journal of Psychiatry* 156, 5-10.

Winstock, A. y Strang, J. (2002), en *Tratado de psiquiatría*. Tomo I. López-Ibor, J., Andreasen, N., Gelder, M. Barcelona: Ars Médica.

Wing, J. K. (1991). Measuring and classifying clinical disorders: learning from the PSE. En: Bebbington PE, ed.: *Social Psychiatry: theory, methodology and practice*. Londres: Transaction Publishers.

Withers, N. W., Pulvirenti, L. y Koob, G. F. (1995). Cocaine abuse and dependence. *Journal of Clinical psychopharmacology*, 15, 63-78.

ANEXOS

AQ

A continuación, encontrarás una serie de frases sobre formas de pensar, sentir o actuar. Léelas atentamente y decide si estás de acuerdo o no con cada una de ellas. Rodea con un círculo la alternativa que mejor creas que corresponde con tu forma de pensar o sentir, siguiendo para ello esta escala:

	1.- Completamente falso para mí	2.- Bastante falso para mí	3.- Ni verdadero ni falso para mí	4.- Bastante verdadero para mí	5.- Completamente verdadero para mí
1.- De vez en cuando no puedo controlar el impulso de golpear a otra persona					
2.- Cuando no estoy de acuerdo con mis amigos, discuto abiertamente con ellos					
3.- Me enfado rápidamente, pero se me pasa enseguida					
4.- A veces soy bastante envidioso					
5.- Si se me provoca lo suficiente, puedo golpear a otra persona.					
6.- A menudo no estoy de acuerdo con la gente					
7.- Cuando estoy frustrado, suelo mostrar mi irritación					
8.- En ocasiones siento que la vida me ha tratado injustamente					
9.- Si alguien me golpea, le respondo golpeándole también					
10.- Cuando la gente me molesta, discuto con ellos					
11.- Algunas veces me siento como un barril de pólvora a punto de estallar					
12.- Parece que siempre son otros los que consiguen las oportunidades					
13.- Me suelo implicar en las peleas algo más de lo normal					
14.- Cuando la gente no está de acuerdo conmigo, no puedo remediar discutir con ellos					
15.- Soy una persona apacible					
16.- Me pregunto por qué algunas veces me siento tan resentido por algunas cosas					
17.- Si tengo que recurrir a la violencia para proteger mis derechos, lo hago					
18.- Mis amigos dicen que discuto mucho					
19.- Algunos de mis amigos piensan que soy una persona impulsiva					
20.- Sé que mis “amigos” me critican a mis espaldas					
21.- Hay gente que me incita a tal punto que llegaremos a pegarnos					
22.- Algunas veces pierdo los estribos sin razón					
23.- Desconfío de desconocidos demasiado amigables					
24.- No encuentro ninguna buena razón para pegar a una persona					
25.- Tengo dificultades para controlar mi genio					
26.- Algunas veces siento que la gente se está riendo de mí a mis espaldas					
27.- He amenazado a gente que conozco					
28.- Cuando la gente se muestra especialmente amigable, me pregunto qué querrán					
29.- He llegado a estar tan furioso que rompía cosas					

AUTOEFICACIA

A continuación aparece una lista de situaciones que conducen a algunas personas a consumir drogas. Señale el número que mejor refleje la tentación que sentiría y el grado de confianza de no consumir que tendrías en cada una de estas situaciones.

TENTACIÓN						CONFIANZA				
Nada	No mucha	Moderada	Mucha	Extrema		Nada	No mucha	Moderada	Mucha	Extrema
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
					Cuando me siento enfadado					
					Cuando me siento deprimido					
					Cuando veo a otros consumir droga					
					Cuando tengo deseos de consumir					
					Cuando me siento realmente bien					
					Cuando tengo la urgencia de tomar una dosis					
					Cuando estoy aburrido					
					Cuando estoy preocupado por algo					
					Cuando pienso que puedo sobrellevar mis problemas con la droga					
					Cuando quiero poner a prueba mi fuerza de voluntad					
					Cuando estoy celebrando una ocasión especial					
					Cuando me siento solo					
					Cuando tengo la necesidad física de consumir droga					
					Cuando las cosas me van realmente bien					
					Cuando otras personas me animan a tomar droga					
					Cuando veo anuncios sobre el consumo de drogas					
					Cuando tengo demasiada confianza en mi abstinencia					
					Cuando me ofrecen droga					
					Cuando paso por un lugar donde venden droga					
					Cuando estoy con amigos con los que solía consumir drogas					
					Cuando me siento muy optimista por cómo me van las cosas					
					Cuando estoy nervioso					
					Cuando estoy entretenido					
					Cuando voy a comprar droga					
					Cuando tengo muchas ganas de consumir					
					Cuando pienso que puedo consumir droga otra vez					
					Cuando estoy en una situación en la que solía consumir droga					
					Cuando estoy realmente feliz					
					Cuando quiero ponerme a prueba					
					Cuando ya es tarde y las ganas de consumir me sobrepasan					

CUESTIONARIO DE BALANCE DECISIONAL (Tejero y Trujols, 1994)

Utilizando la escala que figura a continuación, Indica en qué grado estás de acuerdo con lo que se escribe en las siguientes líneas en referencia a tu drogadicción

- | | |
|---|-----------------------------|
| 0 | No estoy nada de acuerdo |
| 1 | Estoy algo de acuerdo |
| 2 | Estoy bastante de acuerdo |
| 3 | Estoy muy de acuerdo |
| 4 | Estoy totalmente de acuerdo |

	No estoy nada de acuerdo	Estoy algo de acuerdo	Estoy bastante de acuerdo	Estoy muy de acuerdo	Estoy totalmente de acuerdo
	0	1	2	3	4
1. Tomar drogas es placentero					
2. Después de no haber tomado droga durante algún tiempo, una dosis me hace sentir bien					
3. Me siento relajado y, por tanto, más a gusto después de tomar droga					
4. Me gusta la imagen de un drogadicto					
5. Mi consumo de droga puede afectar a las personas que me rodean					
6. Me sentiría con más energía ahora mismo si no tomara droga					
7. Si intento dejar de tomar droga probablemente estaré irritado y con dolores					
8. Personas cercanas a mí (padres, compañero/a, amigos/as) sufrirían si me pusiera enfermo debido a la droga					
9. Mi familia y mis amigos me prefieren cuando estoy tomando droga que cuando estoy intentando dejarlo					
10. Porque sigo tomando droga, algunas personas que conozco piensan que me falta carácter para dejarlo					
11. Tomar droga es peligroso para mi salud					
12. Estoy preocupado por tener que tomar droga					
13. Mi consumo de droga molesta a la gente de mi alrededor					
14. La gente piensa que estoy loco por ignorar las advertencias o consejos sobre los peligros de la droga					
15. Me gusta más a mí mismo cuando tomo droga					
16. Tomar droga me ayuda a concentrarme y a hacer mejor mi trabajo					
17. Tomar droga alivia mis tensiones					
18. Personas cercanas a mí (mis padres, mi compañero/a, mis amigos/as) no están de acuerdo en que yo tome droga					
19. Estoy loco por ignorar las advertencias o consejos sobre los peligros de la droga					
20. Continuando con el consumo de droga siento que estoy actuando de acuerdo con lo que yo he decidido					

INVENTARIO DE PROCESOS DE CAMBIO (Tejero y Trujols, 1994)				
Instrucciones: A continuación encontrarás una serie de comentarios referentes a conductas, pensamientos y sensaciones de algunos adictos y exadictos. Léelos atentamente e indica utilizando el número de la escala que encontrarás a continuación la frecuencia con que últimamente te ocurren cosas que en ellos se describen.				
0 No es en absoluto mi caso; 1 Algunas veces es mi caso; 2 Bastantes veces es mi caso; 3 Muchas veces es mi caso.				
0	1	2	3	1. Voy comprometiéndome a no tomar droga
0	1	2	3	2. Me molesta ser rechazado por los demás por el hecho de ser drogodependiente
0	1	2	3	3. Existen personas en mi vida diaria que se preocupan de que me sienta bien cuando no tomo droga
0	1	2	3	4. Ver a otros drogodependientes en pésimas condiciones físicas me hace sentir mal
0	1	2	3	5. Me siento a disgusto cuando pienso en mi problema con la droga
0	1	2	3	6. Pienso que mi vida familiar, afectiva o amorosa sería mejor si no tomase droga
0	1	2	3	7. Me viene a la cabeza el recuerdo de artículos de periódico o programas de televisión o radio que hablan sobre los problemas con los que un drogadicto se encuentra al dejar la droga
0	1	2	3	8. A través de los medios de comunicación, conozco las campañas que se están llevando a cabo contra la droga
0	1	2	3	9. Creo que los drogadictos podemos llegar a ser personas tan útiles para la sociedad como cualquier otra personas si dejamos nuestra adicción
0	1	2	3	10. Pienso en la información que la gente me ha dado sobre los beneficios de dejar la droga
0	1	2	3	11. Sé que cada vez más gente piensa que ser drogadicto significa ser delincuente o enfermo de sida
0	1	2	3	12. Quito de en medio cosas de mi casa que me provocan ganas de tomar droga
0	1	2	3	13. Cuando tengo ganas de tomar droga realizo alguna actividad física para que desaparezcan
0	1	2	3	14. Mi dependencia de la heroína me hace sentirme a disgusto conmigo mismo
0	1	2	3	15. Suelo abrirme o sincerarme con alguna persona para explicarle mis experiencias con la droga
0	1	2	3	16. Pienso en la información de artículos y anuncios del periódico o programas de televisión que hablan sobre cómo uno puede dejar de tomar drogas
0	1	2	3	17. Creo que el que yo tome droga perjudica a las personas que me rodean
0	1	2	3	18. Acostumbro a poner alrededor de los lugares donde paso más horas (casa, habitación, trabajo, bar), cosas que me recuerdan que no debo tomar drogas
0	1	2	3	19. El recordar que tomar drogas produce diversas enfermedades o problemas de salud, me afecta emocionalmente (me siento nervioso, preocupado)
0	1	2	3	20. Evito ir a divertirme a lugares donde sé que van personas que consumen drogas
0	1	2	3	21. Para no tomar drogas, me muevo por barrios en donde no puedo encontrarlas
0	1	2	3	22. Hay algunas personas especiales en mi vida que me aceptan como lo que soy, una persona, tanto si me drogo como si no me drogo
0	1	2	3	23. Me digo a mi mismo que soy capaz de dejar la droga si así lo quiero
0	1	2	3	24. Sé que los demás piensan que si tomo droga es porque soy una persona peligrosa y crea problemas, pero yo sé que no es cierto, y que quiero dejar la droga para demostrarlo
0	1	2	3	25. Cada vez más gente de mi ciudad es consciente del problema de las toxicomanías y se están movilizando para prevenirlas
0	1	2	3	26. Creo que el tomar drogas afecta a las relaciones que tengo con las demás personas
0	1	2	3	27. Cuando estoy tentado de tomar droga, pienso en cualquier otra cosa que pueda distraerme
0	1	2	3	28. Me digo a mi mismo que puedo escoger entre tomar droga y no tomarla
0	1	2	3	29. Recuerdo la información que la gente me ha dado sobre cómo dejar la droga
0	1	2	3	30. Pienso que para poder estar bien conmigo mismo debo dejar de tomar droga
0	1	2	3	31. Me felicito, me recompenso o me regalo a mi mismo cuando no tomo droga
0	1	2	3	32. Cuando necesito relajarme para enfrentarme a mis tensiones o problemas, hago otras cosas en lugar de drogarme
0	1	2	3	33. Evito encontrarme con amigos que sé que están tomando droga
0	1	2	3	34. Me afecta emocionalmente (me siento tenso, preocupado) cuando me advierten de los problemas de relación (familiares, de pareja o de amistad) que supone el tomar droga
0	1	2	3	35. Sé que alguien me felicitará o me recompensará si no tomo droga
0	1	2	3	36. Tengo a alguien con quien puedo contar cuando tengo problemas con la droga
0	1	2	3	37. Me digo a mi mismo que si lo intento con bastante firmeza puedo estar sin tomar droga
0	1	2	3	38. Los consejos o advertencias sobre lo peligroso que resulta para la salud tomar droga me afecta emocionalmente (me siento nervioso, preocupado)
0	1	2	3	39. Tengo a alguien que me escucha cuando necesito hablar sobre mi relación con la droga
0	1	2	3	40. Existen algunas personas que cuando no tomo droga me recompensan o me felicitan

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL CAMBIO DE LA UNIVERSIDAD DE RHODE ISLAND (URICA)

Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas frases. Responde en función de cómo te sientes ahora mismo.
Siempre que aparezca la palabra *problema* se refiere a tu *problema con* _____

	1. Totalmente en Desacuerdo	2. Bastante en Desacuerdo	3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4. Bastante de Acuerdo	5. Totalmente de Acuerdo
1. Que yo sepa, no tengo problemas que cambiar					
2. Creo que puedo estar preparado para mejorar de alguna manera					
3. Estoy haciendo algo con los problemas que me han estado preocupando					
4. Puede que valga la pena el que trabaje para solucionar mi problema					
5. No soy una persona que tenga problemas. No tiene ningún sentido que yo esté aquí.					
6. Me preocupa la posibilidad de que dé un paso atrás con un problema que ya he cambiado, por eso estoy aquí en búsqueda de ayuda					
7. Por fin estoy haciendo algo para resolver mi problema					
8. He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de mí mismo					
9. He trabajado con éxito en mi problema, pero no estoy seguro de que pueda mantener el esfuerzo yo solo					
10. A veces mi problema es dificultoso, pero estoy trabajando para resolverlo					
11. Para mí, el hecho de estar aquí es casi como perder el tiempo, ya que el problema no tiene que ver conmigo					
12. Espero que en este lugar me ayuden a comprenderme mejor a mí mismo					
13. Supongo que tengo defectos, pero no hay nada que yo necesite realmente cambiar					
14. Me estoy esforzando realmente mucho para cambiar					
15. Tengo un problema y pienso realmente que debo afrontarlo					
16. No me siento capaz de mantener lo que he cambiado en la forma que yo esperaba, y estoy aquí para prevenir una recaída en ese problema					
17. Aunque no siempre consigo resolver con éxito mi problema, al menos lo estoy intentando					
18. Pensaba que una vez hubiera resuelto mi problema me sentiría liberado, pero a veces aún me encuentro luchando con él					
19. Me gustaría tener más ideas sobre cómo resolver mi problema					
20. He empezado a hacer frente a mis problemas, pero me gustaría que se me ayudara					
21. Quizás en este lugar me puedan ayudar					
22. Puede que ahora necesite un empuje para ayudarme a mantener los cambios que ya he llevado a cabo					
23. Puede que yo sea parte del problema, pero no creo que realmente sea así					
24. Espero que aquí alguien me pueda dar algún buen consejo					
25. Cualquier persona puede hablar sobre el cambio; yo de hecho estoy haciendo algo para cambiar					
26. Toda esta charla psicológica es aburrida. ¿Por qué no podrá la gente simplemente olvidar sus problemas?					
27. Estoy aquí para prevenir la posibilidad de recaer en mi problema					
28. Es frustrante, pero siento que podría reaparecer el problema que pensaba haber resuelto					
29. Tengo tantas preocupaciones como cualquier otra persona. ¿Por qué perder el tiempo pensando en ellas?					
30. Estoy trabajando activamente en mi problema					
31. Asumiría mis defectos antes que intentar cambiarlos					
32. Después de todo lo que he hecho para intentar cambiar mi problema, de vez en cuando vuelve a aparecer y me preocupa					

SCL-90-R					
Nombre: _____		Fecha: _____			
Exponemos a continuación una lista de problemas de molestias que la gente experimenta algunas veces. Léale con atención. Ponga un número que según la codificación mejor describa cuanto le ha afectado o aquejado ese problema durante la semana pasada incluyendo el día de hoy. Utilice lápiz, no bolígrafo, si cambia de opinión bórralo y ponga el número que crea que mejor describe su molestia.					
	NADA 0	POCO 1	REGULAR 2	MUCHO 3	EXTREMO 4
1 - Dolores de cabeza					
2 - Nerviosismo o agitación interior.					
3 - Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no abandonan su mente.					
4 - Desmayos o mareos.					
5 - Pérdida del interés o del placer sexual.					
6 - Sentirse crítico respecto de los demás.					
7 - La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos.					
8 - El sentimiento de que los demás son los culpables de los problemas de usted.					
9 - La dificultad de recordar las cosas.					
10 - La preocupación por del desorden o descuido.					
11 - Facilidad de ser irritado o enojado.					
12 - Dolores de pecho o corazón.					
13 - Sentimiento de miedo en la calle o en espacios abiertos.					
14 - Sentirse bajo de energía y sin ímpetu.					
15 - Ideas de suicidio					
16 - Oír voces que otras personas no oyen.					
17 - Temblores.					
18 - Sentimientos de desconfianza hacia los demás.					
19 - Tener poco apetito.					
20 - Llorar fácilmente.					
21 - Sentimiento de timidez o incomodidad con el sexo opuesto.					
22 - Sentimiento de encontrarse atrapado.					
23 - Miedos repentinos o inmotivados.					
24 - Expresiones de ira que no puede controlar.					
25 - Sentimientos de miedo a salir solo de casa.					
26 - Acusarse Vd. mismo de algunas cosas.					
27 - Dolores en la parte baja de la espalda.					
28 - Sentirse bloqueado para acabar cosas.					
29 - Sentimientos de soledad.					
30 - Sentimientos de tristeza.					
31 - Preocupación excesiva por las cosas.					
32 - Desinterés por las cosas.					
33 - Sentirse temeroso.					
34 - Un exceso de facilidad para sentir heridos sus sentimientos.					
35 - La impresión de que los demás están enterados de sus pensamientos íntimos.					
36 - El sentimiento de que los demás no le entienden o son antipáticos.					
37 - El sentimiento de que la gente no es amistosa o que usted no les agrada.					
38 - Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que están bien hechas.					
39 - Palpitaciones y aceleramientos del ritmo cardíaco.					
40 - Náuseas o trastornos estomacales.					
41 - Sentimientos de inferioridad.					
42 - Dolores musculares.					
43 - Sensaciones de ser vigilado o criticado por los demás.					
44 - Dificultad de conciliar el sueño.					
45 - Tener que comprobar una y otra vez las cosas que hace.					
46 - La dificultad de tomar decisiones.					
47 - Sentimientos de miedo a viajar en autobús, metro o tren.					
48 - Dificultades para respirar.					
49 - Intervalos de calor o frío.					
50 - Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le asustan.					
51 - Quedarse con la mente en blanco.					
52 - Adormecimiento u hormigueo en algunas partes del cuerpo.					
53 - Sentir un nudo en la garganta.					
54 - Pesimismo ante el futuro.					
55 - Dificultad en concentrarse.					
56 - Sentimientos de debilidad en algunas partes del cuerpo.					
57 - Sentirse tenso.					
58 - Sentimientos de pesadez en los brazos y piernas.					
59 - Pensamientos sobre su muerte.					
60 - Comer demasiado.					
61 - Sentimiento de inquietud cuando la gente le observa o habla de usted.					
62 - Tener pensamientos que le parecen como si no fueran suyos.					
63 - Impulsos de golpear, herir o dañar a alguien.					
64 - Despertarse de madrugada.					

65 - Necesidad de repetir las misma acciones, tales como tocar, lavar, contar, etc.					
66 - Sueño inquieto o perturbado.					
67 - Tener ganas de romper o estrellar algo.					
68 - Tener pensamientos o creencias que los demás no comparten.					
69 - La sensación de que la gente se fija en exceso en usted.					
70 - Sentirse inquieto entre las multitudes, por ejemplo en las tiendas o en el cine.					
71 - Sentir que todo requiere un gran esfuerzo.					
72 - Momentos de terror o pánico.					
73 - Sentirse incómodo al comer y beber en público.					
74 - Discutir constantemente.					
75 - Sentirse nervioso cuando le dejan solo.					
76 - Sentir que los demás no valoran los aciertos de Vd., adecuadamente.					
77 - Sentirse solo, incluso cuando está acompañado.					
78 - Sentirse tan inquieto que no puede estar ni sentado.					
79 - Sentimientos de inutilidad.					
80 - Sentir que algo malo va a ocurrir.					
81 - Momentos de necesidad de gritar o tirar objetos.					
82 - Sentir miedo de desmayarse en público.					
83 - Sentimientos de que los demás se aprovecharan de Ud. Si los deja.					
84 - Tener pensamientos sexuales que le molestan mucho.					
85 - La idea de que debería ser castigado por sus pecados.					
86 - Pensamientos e imágenes de algo espantoso.					
87 - La idea de que su cuerpo padece algo grave.					
88 - La incapacidad de sentirse cercano a otra persona.					
89 - Sentimientos de culpabilidad.					
90 - La idea de que algo anda mal en su mente.					

Cuestionario de Evaluación IPDE. Módulo CIE 10

Directrices.

- 1.- La intención de este cuestionario es conocer qué tipo de persona ha sido usted durante los últimos cinco años.
 2.- Por favor no omita ningún ítem. Si no está seguro de una respuesta, señale la respuesta (Verdadero o Falso) que le parezca más correcta. No hay límite de tiempo, pero no pierda mucho tiempo pensando cuál es la respuesta correcta a un ítem determinado.
 3.- Cuando la respuesta sea verdadero, señale con un círculo la letra V. Cuando la respuesta sea Falso, señale con un círculo la letra F.

1.- Normalmente me divierto y disfruto de la vida	V	F
2.- No reacciono bien cuando alguien me ofende	V	F
3.- No soy minucioso con los pequeños detalles	V	F
4.- No puedo decidir que tipo de persona quiero ser	V	F
5.- Muestro mis sentimientos a todo el mundo	V	F
6.- Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mí	V	F
7.- Habitualmente me siento tenso o nervioso	V	F
8.- Casi nunca me enfado con nada	V	F
9.- Hago lo que sea necesario para que la gente no me abandone	V	F
10.- Soy una persona muy precavida	V	F
11.- Nunca me han detenido	V	F
12.- La gente cree que soy frío y distante	V	F
13.- Me meto en relaciones muy intensas, pero poco duraderas	V	F
14.- La mayoría de la gente es justa y honesta conmigo	V	F
15.- Me cuesta discrepar de las personas de quienes dependo mucho	V	F
16.- Me siendo molesto o fuera de lugar en situaciones sociales	V	F
17.- Me siento fácilmente influido por lo que me rodea	V	F
18.- Normalmente me siento mal cuando hago daño o trato mal a alguien	V	F
19.- Discuto o me peleo con la gente cuando tratan de impedirme que haga lo que quiero	V	F
20.- A veces he rechazado un trabajo, incluso si estaba esperándolo	V	F
21.- Cuando me alaban o critican, no manifiesto mi reacción a los demás	V	F
22.- No he perdonado los agravios de otros durante años	V	F
23.- Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente	V	F
24.- A menudo la gente se ríe de mí a mis espaldas	V	F
25.- Nunca me he autolesionado a propósito, ni he amenazado con suicidarme	V	F
26.- Mis sentimientos son como el tiempo: siempre están cambiando	V	F
27.- Luchó por mis derechos aunque moleste a la gente	V	F
28.- Me gusta vestirme para destacar entre la gente	V	F
29.- Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos	V	F
30.- No mantengo un plan si no obtengo resultados inmediatamente	V	F
31.- Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales	V	F
32.- La gente cree que soy demasiado estricto con las normas y reglas	V	F
33.- Generalmente me siento incómodo o desvalído si estoy solo	V	F
34.- No me gusta relacionarme con la gente hasta que no estoy seguro de que les gusto	V	F
35.- No me gusta ser el centro de atención	V	F
36.- Creo que mi cónyuge (amante) me puede ser infiel	V	F
37.- A veces me enfado tanto que rompo o tiro cosas	V	F
38.- He tenido amistades íntimas que duraron mucho tiempo	V	F
39.- Me preocupa mucho no gustar a la gente	V	F
40.- A menudo me siento "vacío" por dentro	V	F
41.- Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más	V	F
42.- Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidar de mí mismo	V	F
43.- Muchas cosas me parecen peligrosas, y no a la mayoría de la gente	V	F
44.- Tengo fama de que me gusta "filtrear"	V	F
45.- No pido favores a la gente de la que dependo mucho	V	F
46.- Prefiero las actividades que puedo hacer por mí mismo	V	F
47.- Pierdo los estribos y me meto en peleas	V	F
48.- La gente piensa que soy demasiado inflexible o formal	V	F
49.- Con frecuencia busco consejos o recomendaciones sobre decisiones de la vida cotidiana	V	F
50.- Me guardo las cosas para mí, incluso cuando estoy con gente	V	F
51.- Para mí es difícil estar sin problemas	V	F
52.- Estoy convencido de que existe una conspiración tras muchas cosas que pasan en el mundo	V	F
53.- Soy muy emocional y caprichoso	V	F
54.- Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas	V	F
55.- La mayoría de la gente piensa que soy una persona extraña	V	F
56.- Me arriesgo y hago cosas temerarias	V	F
57.- Todo el mundo necesita uno o dos amigos para ser feliz	V	F
58.- Estoy más interesado en mis pensamientos que en lo que pasa fuera	V	F
59.- Normalmente trato que la gente haga las cosas a mi manera	V	F



DIPUTACIÓN DE BURGOS



PROYECTO HOMBRE BURGOS
Fundación Canóvil