

UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA Y PEDAGOGÍA

**EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LA
COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE PROYECTO
HOMBRE DE NAVARRA**

TESIS DOCTORAL

José Javier López Goñi

Pamplona, 2005

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE PROYECTO HOMBRE DE NAVARRA

Tesis presentada para la obtención de grado de doctor por:

José Javier LÓPEZ GOÑI

Director: Dr. Javier FERNÁNDEZ-MONTALVO

Departamento de Psicología y Pedagogía
Universidad Pública de Navarra

Pamplona, 2005

AGRADECIMIENTOS

El momento más temido durante la redacción de esta tesis doctoral ha sido la elaboración de los agradecimientos. Durante los 4 años que ha durado este trabajo han sido muchísimas las personas que han colaborado directa o indirectamente en la misma. Cualquier tipo de orden en el agradecimiento de las personas que han colaborado es injusto. No obstante, más grave aún, sería no señalar los agradecimientos que siguen a continuación.

A Javier Fernández-Montalvo, director de esta tesis, porque sin su ayuda y paciencia tanto en las correcciones como en el planteamiento del trabajo no habría sido posible la redacción de esta tesis.

A Cristina Illescas porque sin ella tampoco habría sido posible este trabajo y porque además ha cumplido mucho más allá de donde el deber lo requería.

A la doctora Natalia Landa por la supervisión, disponibilidad y acierto semántico en las primeras correcciones de cada palabra de este texto. A Iñaki Lorea por sus aportaciones y por mantener viva la llama de la ilusión hacia la investigación desde hace muchos años.

A María Jesús Corcín por la labor detectivesca de localización de muchas de las personas que posteriormente han sido entrevistadas.

A la Fundación Proyecto Hombre de Navarra por las facilidades que me ha procurado para la realización de esta tesis doctoral, y en especial a su director, Alfonso Arana por la apuesta que ha hecho en pro de la investigación.

Al piso azul, a cada uno en su medida, y al resto de compañeras y compañeros de la Fundación Proyecto Hombre de Navarra. Especialmente a Pilar y Alfonso Arteaga.

A toda la “red” que me ha soportado y permitido arrancar horas de donde no las había. A todas las personas que han sufrido cada palabra de esta tesis y que por razones de espacio he de agrupar por clanes: los López-Goñi, los López-Martínez y los Itoiz. En especial a Rosa, Begoña y Mari Carmen, matriarcas de cada uno de estos clanes. Gracias a ellas y los buenos ratos que hemos pasado alrededor de la mesa, esta tesis, y muchas ilusiones se han visto culminadas.

Y a los que aun no estando ya aquí, siguen acompañándome...

MUCHAS GRACIAS

Índices

Introducción	17
I PARTE TEÓRICA	21
1. La Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre	23
1.1. Concepto de Comunidad Terapéutica	24
1.2. Clasificación de las Comunidades Terapéuticas	29
1.3. Características fundamentales de la Asociación Proyecto Hombre.	30
1.3.1. Origen y desarrollo de Proyecto Hombre. De <i>Progetto Uomo</i> a Proyecto Hombre.	31
1.3.2. Entidad jurídica de la Asociación Proyecto Hombre	34
1.3.3. Características del programa terapéutico de Proyecto Hombre	36
1.3.4. Fases del tratamiento en la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre	39
2. Proyecto Hombre de Navarra	45
2.1. Orígenes de Proyecto Hombre de Navarra	45
2.2. Proyecto Hombre de Navarra en cifras (periodo 1991-1998).....	46
2.3. La evolución de la Fundación Proyecto Hombre de Navarra en los años 1998-2002, condición para una evaluación de la eficacia.	48
2.3.1. Configuración de la Fundación Proyecto Hombre de Navarra: historia de una evolución.....	49
2.3.2. Evolución del perfil profesional de los trabajadores de la Fundación Proyecto Hombre Navarra.....	53
2.3.3. La ampliación del objeto de la Fundación.....	55
2.3.4. Resultados más destacados de los estudios de producción propia.....	57
3. La evaluación de programas de intervención	63
3.1. Concepto y características de la evaluación de programas	64
3.2. Tipos de evaluación de programas.....	70
3.3. ¿Se ha logrado el propósito? Evaluación de la eficacia. Conceptos relacionados	72
3.3.1. ¿Cómo se sabe si un programa ha sido eficaz? La eficacia en los programas de salud.	76
4. La evaluación de la eficacia en drogodependencias	79
4.1. Evaluabilidad de los programas de tratamiento de drogodependencias	80
4.1.1. Los modelos lógicos: una herramienta para la evaluación.	81
4.1.2. Elementos de un programa de tratamiento.....	83
4.1.3. Evaluabilidad de los elementos de un programa de tratamiento: dificultades metodológicas.	87
4.1.4. Otras barreras que dificultan la evaluación.....	105
4.2. Evidencias sobre los programas de tratamiento en drogodependencias.	108
4.2.1. Evidencias sobre el tratamiento.....	108
4.2.2. Evidencias sobre la Comunidad Terapéutica.	125
4.3 Corolario: Evaluación de Resultados y Gestión de Calidad en programas de tratamiento. ¿La única opción de supervivencia?	145
5. Evaluación de la eficacia en Proyecto Hombre	151
5.1. Estudios de evaluación de la eficacia en Proyecto Hombre	151
5.2. Evaluabilidad del Programa Proyecto Hombre	153
5.2.1. Dificultades metodológicas.....	153
5.2.2. Barreras a la evaluación.....	161
5.3. Revisión de las evaluaciones del Programa Proyecto Hombre	161
5.3.1. Modo en que se ha abordado el problema de la causalidad-Tipo de evaluación..	162

5.3.2. Comparación en los diferentes componentes del modelo lógico	165
5.3.3. Resumen del análisis de los diferentes trabajos.....	174
5.4. Resultados obtenidos en los diferentes estudios sobre el programa Proyecto Hombre	175
5.4.1. Muestras seleccionadas y características sociodemográficas de las personas entrevistadas	175
5.4.2. Uso/abuso de alcohol tras el tratamiento.....	181
5.4.3. Uso/abuso de sustancias ilegales tras el tratamiento	182
5.4.4. Recaídas	184
5.4.5. Factores precipitantes de las recaídas	185
5.4.6. Evolución tras el tratamiento	190
5.4.7. Sobre la utilidad y satisfacción del programa	193
6. Conclusiones	197
II. PARTE EMPÍRICA	203
Introducción	205
ESTUDIO EMPÍRICO I: Variables predictoras del alta terapéutica.....	209
1. Introducción	211
2. Objetivos e hipótesis.....	213
2.1. Objetivos	213
2.2. Hipótesis	213
3. Método	215
3.1. Muestra	215
3.2. Evaluador.....	215
3.3. Diseño experimental	215
3.4. Medidas de evaluación	216
3.5. Procedimiento.....	218
4. Resultados	219
Síntesis	248
ESTUDIO EMPÍRICO II: Evaluación de la eficacia	251
1. Introducción	253
2. Objetivos e hipótesis.....	255
2.1. Objetivos	255
2.2. Hipótesis	256
3. Método	259
3.1. Muestra	259
3.2. Evaluadora.....	263
3.3. Diseño experimental	263
3.4. Medidas de evaluación	263
3.4.1. Variables sobre los abandonos del tratamiento	264
3.4.2. Variables del estudio de seguimiento	264
3.4.3. Variables dependientes	271
3.5. Procedimiento.....	271
3.5.1. Protocolo para la estimación de abandonos y el momento en que se producen ..	271
3.5.2. Protocolo para la realización del estudio de seguimiento.	272
4. Resultados	273
4.1. Resultados de la estimación de la retención-abandono del tratamiento y características asociadas	274
4.1.1. Síntesis	280
4.2. Resultados del Cuestionario de Seguimiento	281
4.2.1. Características de las personas de las que se han obtenido datos de seguimiento	287

4.2.2. Consumo de sustancias	289
4.2.3. Consumo de alcohol.....	298
4.2.5. Situación educativa	307
4.2.6. Situación laboral.....	308
4.2.7. Ocio y tiempo libre.....	310
4.2.8. Salud.....	312
4.2.9. Situación jurídica.....	320
4.2.10 Tratamientos de deshabitación o desintoxicación	322
4.2.12 Valoración del tratamiento en Proyecto Hombre	324
4.2.11 Evolución.....	339
4.2.12 Síntesis	347
4.3. Verificación del Cuestionario de Seguimiento (CSF).....	351
4.3.1. Cuestionario de Seguimiento Familiar.....	353
4.4. Elementos facilitadores-dificultadores de la estancia en Comunidad Terapéutica	357
4.4.1. Elementos facilitadores	357
4.4.2. Elementos dificultadores	363
4.4.3. Síntesis	368
5. Conclusiones	369
6. Discusión de los resultados	373
6.1. Sesgo muestral.....	373
6.1.1. Sesgo muestral en el primer estudio	373
6.1.2. Sesgos muestrales en el segundo estudio	373
6.2. Características de la población estudiada	376
6.3. Evaluación del programa de tratamiento de Proyecto Hombre	378
6.4. Valoración del programa de Proyecto Hombre por los ex-pacientes	385
7. Recomendaciones-Líneas Futuras	395
8.- Referencias Bibliográficas	399
Anexos.....	417
Anexo 1: Encuesta de residentes	419
Anexo 2: Consentimiento informado para la participación en el estudio de seguimiento.....	431
Anexo 3: Cuestionario de seguimiento en drogodependencias (Fernández-Hermida y Secades, adaptación).....	435
Anexo 4: Íter toxicológico (adaptación al seguimiento)	449
Anexo 5: Cuestionario de valoración de elementos de Comunidad Terapéutica	453

Índice de tablas

Tabla 1 Programas de tratamiento para drogodependientes	24
Tabla 2 Factores que influyeron en la caída de Synanon	26
Tabla 3 Correspondencias entre la sociedad americana y Daytop	28
Tabla 4 Centros de la Asociación Proyecto Hombre en España.....	34
Tabla 5. Personas atendidas por la Asociación Proyecto Hombre (PH)	34
Tabla 6 Carta Fundacional de Proyecto Hombre	35
Tabla 7 Fases en las que estaba constituido el programa Proyecto Hombre y estancia media de los usuarios.....	39
Tabla 8 Personas atendidas en pisos de apoyo en Proyecto Hombre Navarra (1994- 1998).....	42
Tabla 9 Personas atendidas en las diferentes comunidades terapéuticas en la Comunidad Foral de Navarra (1992-1998).....	46
Tabla 10 Evolución en la demanda de Proyecto Hombre (1991-1998).....	47
Tabla 11 Evolución ingresos-gastos programa Proyecto Hombre 1991-1998 (en pesetas)	47
Tabla 12 Origen de los gastos del programa Proyecto Hombre.....	48
Tabla 13 Composición de la plantilla de la Fundación Proyecto Hombre Navarra.....	53
Tabla 14 Investigaciones realizadas en Proyecto Hombre Navarra (1991-2001)	56
Tabla 15 Evolución en las serologías positivas en pacientes de Proyecto Hombre Navarra (Arana <i>et al.</i> , 2002)	59
Tabla 16 Motivos de abandono (modificado de Arana, 1996).....	60
Tabla 17 Diferencias entre investigación y evaluación (Bustelo, 1999, modificado)	65
Tabla 18 Funciones/Contexto de la evaluación de programas (Fernández-Ballesteros, 1996a).....	67
Tabla 19 Tipos de evaluación de programas (Fernández-Ballesteros, 1996a)	70
Tabla 20 Conceptos de eficacia, efectividad y eficiencia (a partir de Fernández- Ballesteros, 1996b).....	73
Tabla 21 Criterios de gradación de calidad de la evidencia en función del rigor científico del diseño (Jiménez, 2000).....	77
Tabla 22 Criterios de gradación de calidad de la evidencia en función del rigor científico del diseño (Holder <i>et al.</i>).....	102
Tabla 23 Proyección de los beneficios derivados por los tratamientos subvencionados en dólares EEUU (Koenig, Denmead, Nguyen, Harrison y Harwood, 1999).....	113
Tabla 24 Variables relacionadas/no relacionadas con mejores resultados en el tratamiento (Naciones Unidas, 2003a)	117
Tabla 25 Principales conclusiones del programa DARP	119
Tabla 26 Principales conclusiones del programa TOPS	120
Tabla 27 Principales conclusiones del programa DATOS (Frane y Ashton, 2002) ..	122
Tabla 28 Principios de los tratamientos efectivos (NIDA, 1999, resumido).....	124
Tabla 29 Componentes del modelo genérico de Comunidad Terapéutica (De Leon, 1995).....	128
Tabla 30 Organización del régimen diario de actividades de Comunidad Terapéutica (De Leon, 2004a).....	129
Tabla 31 Instrumentos de evaluación para la utilización en Comunidades Terapéuticas (De Leon, 2004a).....	133
Tabla 32 Tratamiento: generalidades, actividades y programas educativos Martín, 2001 pp. (133-135).	135
Tabla 33 Origen de las evaluaciones y modo de recogida de los datos en el seguimiento	163
Tabla 34 Objetivos de los diferentes estudios (ampliación de Fernández-Hermida y	

Secades, 2001).....	164
Tabla 35 Objetivos atribuidos al programa Proyecto Hombre por Fernández-Hermida <i>et al.</i> (1999).....	166
Tabla 36 Origen de los datos pretratamiento	167
Tabla 37 Variables e instrumentos de evaluación utilizados en los Programas de Proyecto Hombre (Fernández-Hermida <i>et al.</i> 2001).....	169
Tabla 38 Variables e instrumentos utilizados en las evaluaciones de Arrizabalaga <i>et al.</i> (2000) y Caurín <i>et al.</i> (2004).....	170
Tabla 39 Modo de recogida de datos sobre consumo de sustancias.....	171
Tabla 40 Operativización de la recaída en diferentes evaluaciones sobre Proyecto Hombre	172
Tabla 41 Verificación de la información.....	173
Tabla 42 Comparación de la población atendida en cada centro con la muestra seleccionada.....	176
Tabla 43 Personas localizadas en diferentes estudios.....	177
Tabla 44 Personas fallecidas tras la finalización del programa.....	177
Tabla 45 Comparación de personas entrevistadas en los diferentes estudios de Proyecto Hombre.....	178
Tabla 46 Localizaciones de pacientes en los grandes estudios evaluativos americanos	179
Tabla 47 Características sociodemográficas de las personas entrevistadas y tiempo de seguimiento	180
Tabla 48 Porcentaje de recaídas en diferentes estudios (Fernández-Hermida <i>et al.</i> , 2001).....	182
Tabla 49 Porcentaje de personas que consumieron esporádicamente la sustancia en el seguimiento (Arrizabalaga <i>et al.</i> , 2000; Caurín <i>et al.</i> , 2004).....	183
Tabla 50 Porcentaje de personas que consumen diariamente la sustancia en el seguimiento (Arrizabalaga <i>et al.</i> , 2000; Caurín <i>et al.</i> , 2004).....	183
Tabla 51 Porcentaje de personas que han solicitado ayuda tras la finalización en Proyecto Hombre.....	185
Tabla 52 Contextos del primer consumo en los sujetos recaídos. Determinantes intrapersonales	186
Tabla 53 Contextos del primer consumo en los sujetos recaídos. Determinantes interpersonales	187
Tabla 54 Características del tratamiento relacionadas con la recaída (Luengo <i>et al.</i>).....	188
Tabla 55 Frecuencia de consumo/satisfacción con la propia vida (Arrizabalaga <i>et al.</i> , 2000).....	189
Tabla 56 Frecuencia de consumo y sustancia por sexo (Arrizabalaga <i>et al.</i> , 2000) ..	190
Tabla 57 Relación con consumidores en activo	191
Tabla 58 Tipo de evolución / Tipo de finalización (Fernández-Hermida <i>et al.</i> , 1999).....	193
Tabla 59 Elementos del programa de tratamiento que han resultado de más utilidad (Asturias/Zaragoza).	194
Tabla 60 Valoración global del Programa Proyecto Hombre (Fernández-Hermida <i>et al.</i> , 1999; Caurín <i>et al.</i> , 2004)	196
Tabla 61 ¿Volverías a tratamiento a Proyecto Hombre?.....	196
Tabla 62 Variables incluidas en la encuesta de residentes (módulo del paciente)	216
Tabla 63 Variables incluidas en la encuesta de residentes (módulo del familiar)	217
Tabla 64 Variables sociodemográficas de las personas que completaron la Encuesta de Residentes.....	222
Tabla 65 Número actual de hermanos (altas/abandonos).....	223
Tabla 66 Posición entre hermanos (altas/abandonos)	224
Tabla 67 Nº medio de hijos (altas/abandonos).....	224
Tabla 68 Convivencia en el momento del ingreso (abandonos/altas-sexo)	225

Tabla 69 Convivencia con los padres (según sexo/alta-abandono)	225
Tabla 70 Edad de abandono de los estudios (altas/abandonos).....	226
Tabla 71 Motivos para abandonar los estudios (altas/abandonos)	226
Tabla 72 Sector profesional del trabajo principal (altas/abandonos por sexo)	227
Tabla 73 Ocupación al inicio de Proyecto Hombre (altas/abandonos).....	228
Tabla 74 Motivos de abandono del trabajo principal (Altas/abandonos-sexo)	229
Tabla 75 Años de dependencia (altas/abandonos)	230
Tabla 76 Presencia de dependencia por sexo	233
Tabla 77 Años de dependencia (sexo).....	234
Tabla 78 Edad de inicio en el consumo de las diferentes sustancias (altas/abandonos)	235
Tabla 79 Edad de comienzo en el consumo de las diferentes sustancias según sexo	236
Tabla 80 Diferencias entre altas y abandonos en el tiempo de consumo diario (en años).....	237
Tabla 81 Diferencias entre hombres y mujeres en el tiempo de consumo diario (en años).....	238
Tabla 82 Diferencias entre altas y abandonos en el tiempo de consumo de fines de semana (en meses)	238
Tabla 83 Diferencias entre hombres y mujeres en el tiempo de consumo de fines de semana (en meses)	239
Tabla 84 Motivos de inicio en el consumo (altas/abandonos y sexo).....	240
Tabla 85 Forma habitual de consumo de heroína (altas/abandonos)	241
Tabla 86 Cómo se usaba la jeringuilla.....	242
Tabla 87 Dinero (en pesetas) gastado en heroína (altas/abandonos; sexo).....	242
Tabla 88 Intentos anteriores profesionales/no profesionales de dejar las drogas (altas/abandonos)	243
Tabla 89 Lugar donde se realizaron los intentos anteriores (altas-abandonos/sexo) 243	243
Tabla 90 Iniciativa para el ingreso en Proyecto Hombre (altas/abandonos-sexo)	244
Tabla 91 Motivo principal para iniciar el programa (sexo/altas-abandonos)	245
Tabla 92 Consumo de sustancias en la familia según alta/abandono.....	246
Tabla 93 Consumo de sustancias en la familia (sexo-alta/abandono)	247
Tabla 94 Variables jurídicas (altas/abandonos).....	248
Tabla 95 Variables sociodemográficas pretratamiento (altas vs. abandonos)	260
Tabla 96 Personas localizadas en el estudio de seguimiento	261
Tabla 97 Distribución de motivos para no realizar entrevistas a personas contactadas	262
Tabla 98 Personas entrevistadas en función de la disponibilidad	262
Tabla 99 Variables del pretratamiento empleadas para la descripción de los abandonos y su comparación con las altas.	264
Tabla 100 Variables incluidas en el CSD (Fernández-Hermida <i>et al.</i> , 1999)	265
Tabla 101 Tipos de determinantes intrapersonales (Miller y Marlatt, 1996).....	268
Tabla 102 Tipos de determinantes interpersonales (Miller y Marlatt, 1996).....	269
Tabla 103 Distribución de las expulsiones entre altas/abandonos.....	278
Tabla 104 Estancia previa en el programa según sexo.....	280
Tabla 105 Comparación de los casos en que se han conseguido datos en el seguimiento en función del sexo	282
Tabla 106 Comparación de la edad en años en el momento del ingreso según haya datos de seguimiento o no.....	282
Tabla 107 Comparación del nivel de estudios (con/sin datos del seguimiento)	283
Tabla 108 Comparación en el estado civil en el momento del ingreso	283
Tabla 109 Comparación de personas expulsadas según presencia de datos de seguimiento	283

Tabla 110 Existencia de abandonos previos	284
Tabla 111 Presencia de datos de seguimiento en función de la fase máxima alcanzada de los abandonos	284
Tabla 112 Estancias previas en PH según la existencia o no de datos de seguimiento	285
Tabla 113 Sustancia principal de consumo según existencia de datos de seguimiento	285
Tabla 114 Vía preferente de consumo en función de la existencia de datos de seguimiento	286
Tabla 115 Existencia de datos de seguimiento en función del modo de finalización ..	286
Tabla 116 Comparación personas fallecidas/entrevistadas según el sexo	287
Tabla 117 Comparación personas fallecidas/entrevistadas según la existencia de ingresos previos en PH.....	288
Tabla 118 Comparación personas fallecidas/entrevistadas según la sustancia principal de consumo	288
Tabla 119 Comparación personas fallecidas/entrevistadas según la vía principal de consumo	288
Tabla 120 Tiempo transcurrido desde que se dejó el programa hasta la entrevista de seguimiento, total, según modo de finalización y según sexo	289
Tabla 121 Existencia de recaída según modo de finalización del programa.....	290
Tabla 122 Existencia de recaída según sexo	290
Tabla 123 Tiempo transcurrido desde que se dejó el programa hasta la entrevista, en función de existencia de alguna recaída.....	290
Tabla 124 Consumidores en activo en el momento de la entrevista	291
Tabla 125 Consumo de psicofármacos con y sin tratamiento	292
Tabla 126 Personas que han mantenido una frecuencia de consumo diario en algún momento/sustancias	293
Tabla 127 Porcentaje de uso “ <i>esporádico</i> ” de las diferentes sustancias	294
Tabla 128 Porcentaje de uso “ <i>raras veces</i> ” según existencia de alguna recaída	295
Tabla 129 Meses transcurridos desde el alta hasta el primer consumo.....	296
Tabla 130 Comparación del tiempo medio transcurrido hasta el primer consumo entre quienes han tenido alguna recaída y entre quienes no	296
Tabla 131 Número de determinantes de recaída seleccionados	297
Tabla 132 Determinantes intrapersonales de la recaídas	298
Tabla 133 Determinantes interpersonales de las recaídas	298
Tabla 134 Problemas tenidos con el alcohol tras el alta	299
Tabla 135 Medidas de tendencia central del <i>AUDIT</i> , del Índice de Severidad del Alcoholismo y consumo de UBES/semana.....	299
Tabla 136 Correlación entre las diferentes medidas del consumo de alcohol	300
Tabla 137 Consumo global de alcohol / semana en función del sexo.....	300
Tabla 138 Comparación de consumo de alcohol según modo de finalización, sexo y existencia de alguna recaída	301
Tabla 139 Criterios de consumo de la <i>OMS</i> a partir del <i>AUDIT</i> según el modo de finalización y existencia de alguna recaída.....	301
Tabla 140 Comparación de la puntuación total del <i>AUDIT</i> según el sexo, modo de finalización y existencia de alguna recaída.....	302
Tabla 141 Recaída en el alcohol según alta/abandono.....	302
Tabla 142 Recaída en el alcohol según el sexo	303
Tabla 143 Determinantes intrapersonales para el primer consumo de alcohol.....	303
Tabla 144 Determinantes interpersonales para el primer consumo de alcohol.....	304
Tabla 145 ¿Ha existido algún período de tiempo, tras el alta, en el que consumiera más alcohol que en la actualidad?.....	304
Tabla 146 Cambio de situación de convivencia tras el tratamiento.....	305

Tabla 147 Evolución de la situación familiar tras el alta	305
Tabla 148 Evolución de la situación familiar en función de los cambios realizados...	306
Tabla 149 Evolución de la situación familiar tras el alta según recaída	306
Tabla 150 Evolución de la situación familiar tras el alta según finalización	307
Tabla 151 Presencia de familiares que consumen según el modo de finalización y existencia de alguna recaída	307
Tabla 152 Realización de cursos de formación tras dejar el programa en función del modo de finalización y existencia de recaídas.....	308
Tabla 153 Porcentaje de tiempo trabajado desde la separación del programa	308
Tabla 154 Porcentaje de tiempo trabajado desde la separación del programa según modo de finalización y existencia de alguna recaída.....	309
Tabla 155 Evolución de la satisfacción laboral tras dejar el programa.....	309
Tabla 156 Fuente principal de obtención del dinero.....	310
Tabla 157 Evolución de satisfacción con el uso del tiempo libre tras el alta	310
Tabla 158 Frecuencia de dedicación a actividades en el tiempo libre	310
Tabla 159 Escala de tiempo de ocupación según modo de finalización y existencia de alguna recaída	311
Tabla 160 Porcentaje de sujetos que cuenta con grupo de amigos no consumidores con los que realiza actividades frecuentemente, según alta/abandono y alguna recaída.....	311
Tabla 161 Frecuencia de relación con consumidores en activo	312
Tabla 162 Frecuencia de relación con consumidores en activo según finalización y recaída	312
Tabla 163 Evolución del estado de salud tras dejar el programa.....	313
Tabla 164 Evolución del estado de salud tras dejar el programa según modo de finalización y existencia de alguna recaída.....	313
Tabla 165 Diagnósticos y tratamientos o controles tras su estancia en el programa.	314
Tabla 166 Descriptivos del <i>Cuestionario General de Salud (GHQ-28)</i>	314
Tabla 167 Presencia de casos en el <i>Cuestionario General de Salud (GHQ-28)</i>	315
Tabla 168 Diferencias cuantitativas en el <i>Cuestionario General de Salud (GHQ-28)</i> entre altas y abandonos	316
Tabla 169 Diferencias cuantitativas en el <i>Cuestionario General de Salud (GHQ-28)</i> entre sujetos con alguna recaída y sin recaída	317
Tabla 170 Ha sido atendido en urgencias en función del modo de finalización y existencia de alguna recaída	318
Tabla 171 Número de atenciones en un servicio de urgencias.....	318
Tabla 172 Veces que fue la sobredosis/síndrome de abstinencia el motivo de la atención en urgencias.....	319
Tabla 173 Número de veces que ha sido acusado/detenido después de dejar el programa	321
Tabla 174 Número de veces que ha sido condenado por delitos cometidos tras el alta	321
Tabla 175 Presencia de detenciones/condenas en función del modo de finalización o de la existencia de alguna recaída	322
Tabla 176 Número de tratamientos de desintoxicación/deshabitación recibidos tras dejar el programa.....	323
Tabla 177 Atenciones solicitadas en el programa Proyecto Hombre en función del modo de finalización y existencia de alguna recaída.....	323
Tabla 178 Valoración de la accesibilidad al tratamiento, según modo de finalización y recaídas	324
Tabla 179 Opinión sobre las normas del centro	324
Tabla 180 Opinión sobre las normas del centro según modo de finalización y recaída	325

Tabla 181 Valoración del tratamiento de las drogodependencias.....	325
Tabla 182 Valoración del tratamiento de las drogodependencias según modo de finalización y existencia de recaídas.....	326
Tabla 183 Valoración de la ayuda del tratamiento para otros problemas	326
Tabla 184 Valoración de la ayuda para problemas diferentes de la drogodependencia	327
Tabla 185 Valoración de la importancia de la participación de los padres en el tratamiento	327
Tabla 186 Valoración de la importancia de la participación de los padres según modo de finalización y existencia de recaída	328
Tabla 187 Valoración de la duración del programa	328
Tabla 188 Valoración de la duración del programa en función del modo de finalización	328
Tabla 189 Valoración de la duración del programa en función de existencia de alguna recaída	329
Tabla 190 Valoración de la calidad de la relación con los terapeutas.....	329
Tabla 191 Valoración de la calidad de la relación con los terapeutas según modo de finalización y existencia de recaída	329
Tabla 192 Descriptivos de la utilidad de los diferentes componentes del programa..	330
Tabla 193 Comparación de la valoración de la utilidad de los diferentes componentes del programa entre altas y abandonos	331
Tabla 194 Comparación de la valoración de la utilidad de los diferentes componentes del programa entre quienes han tenido alguna recaída y no.....	331
Tabla 195 Razones que han motivado el abandono del tratamiento	332
Tabla 196 Razones que han motivado el abandono del tratamiento, en función del modo de finalización	333
Tabla 197 Razones que han motivado el abandono del tratamiento, en función de existencia de alguna recaída	334
Tabla 198 Valoración de los efectos del programa	335
Tabla 199 Valoración de los efectos del programa en según tipo de finalización	336
Tabla 200 Valoración de los efectos del programa en función de existencia de recaída	338
Tabla 201 Valoración global del tratamiento	339
Tabla 202 Valoración global del tratamiento en función de tipo de finalización y existencia de recaída	339
Tabla 203 Tipo de evolución según el modo de finalización	340
Tabla 204 Tipo de evolución según el sexo	340
Tabla 205 Criterio de evolución incluyendo a consumidores de hachís según el modo de finalización y el sexo	341
Tabla 206 Evolución positiva según modo de finalización y consumo de hachís vs. otras sustancias.....	342
Tabla 207 Evolución positiva en función del sexo y consumo de hachís vs. otras sustancias.....	342
Tabla 208 Abuso de alcohol entre consumidores exclusivos de hachís vs. consumidores de otras sustancias.....	342
Tabla 209 Resultados en el Cuestionario General de Salud (GHQ-28) y presencia de problemas judiciales tras el alta según consumo exclusivo de hachís	343
Tabla 210 Porcentaje de tiempo trabajado desde el alta según consumo exclusivo de hachís	343
Tabla 211 Comparación entre los determinantes de recaída señalados por los consumidores exclusivos de hachís y los de otras sustancias.....	344
Tabla 212 Vuelta a tratamiento según modo de finalización/sexo	345
Tabla 213 Vuelta a tratamiento según existencia de recaída y modo de finalización	345

Tabla 214 Comparación entre quienes han concedido y no han concedido permiso para el CSF según modo de finalización	352
Tabla 215 Comparación entre quienes han concedido y no han concedido permiso para el CSF según sexo y existencia de alguna recaída	352
Tabla 216 Comparación entre quienes han concedido y no han concedido permiso para el CSF según permiso para comprobación de ingresos posteriores	353
Tabla 217 Frecuencia de consumo valorada por la familia según la existencia de recaída	354
Tabla 218 Severidad del consumo de alcohol según autoinforme/valoración de la familia	354
Tabla 219 Valoración familiar de la actividad laboral de los pacientes	355
Tabla 220 Correlación de las valoraciones sobre la frecuencia de las actividades de ocio y tiempo libre de los pacientes y sus familias	355
Tabla 221 Existencia de amigos no consumidores con los que realizan actividades frecuentemente	356
Tabla 222 Frecuencia de la relación con amigos consumidores según el paciente/familia	356
Tabla 223 Valoración de la evolución de la relación familiar tras el alta según el paciente y la familia	357
Tabla 224 Pacientes que no han valorado los diferentes elementos como facilitadores de su estancia en CT, según el modo de finalización del programa	358
Tabla 225 Valores descriptivos de tendencia central de los facilitadores de la estancia en CT	359
Tabla 226 Elementos facilitadores de la estancia en CT según el modo de finalización	360
Tabla 227 Elementos facilitadores de la estancia en CT según existencia de alguna recaída	361
Tabla 228 Elementos facilitadores de la estancia en CT en función del sexo	362
Tabla 229 Pacientes que no han valorado los diferentes elementos como dificultadores de su estancia en CT, según modo de finalización del programa	363
Tabla 230 Valores descriptivos de tendencia central de los dificultadores de la estancia en CT	364
Tabla 231 Elementos dificultadores de la estancia en CT según modo de finalización	365
Tabla 232 Elementos dificultadores de la estancia en CT según existencia de recaída	366
Tabla 233 Elementos dificultadores de la estancia en CT en función del sexo	367
Tabla 234 Confirmación de hipótesis del primer estudio	369
Tabla 235 Confirmación de hipótesis del segundo estudio	370
Tabla 236 Porcentaje de recaídas en los diferentes estudios	379
Tabla 237 Comparación de criterios de evolución positiva	380
Tabla 238 Porcentaje de sujetos que han acudido a tratamiento en el seguimiento	381

Índice de Gráficos

Gráfico 1 Datos acumulativos de beneficiarios en los Programas de la Fundación Proyecto Hombre Navarra	50
Gráfico 2 Número de personas atendidas por primera vez en los programas de la Fundación Proyecto Hombre Navarra	50
Gráfico 3 Comparación nuevos ingresos modalidades ambulatoria y residencial	51
Gráfico 4 Evolución de las altas terapéuticas en los Programas de la Fundación Proyecto Hombre Navarra	52
Gráfico 5 Comparación de perfiles profesionales entre los diferentes programas de la Fundación Proyecto Hombre Navarra	54
Gráfico 6 Producción bibliográfica en la que han participado trabajadores de la Fundación Proyecto Hombre Navarra	57
Gráfico 7 Sustancias psicoactivas detectadas en los análisis toxicológicos de las muestras biológica de los conductores de vehículos (1.363) y peatones fallecidos (250) en accidentes de tráfico. España, 2000.	112
Gráfico 8 Porcentaje de finalización del tratamiento	220
Gráfico 9 Situación de entrevistados con la encuesta de residentes	221
Gráfico 10 Comparación entre altas/abandonos según sexo	223
Gráfico 11 Origen del dinero en el momento del ingreso en PH (altas/abandonos) ..	229
Gráfico 12 Porcentaje de pacientes que han presentado dependencia a las diferentes sustancias	231
Gráfico 13 Porcentaje de personas con dependencia a las diferentes sustancias, según sexo	232
Gráfico 14 Fase máxima alcanzada por los abandonos.....	275
Gráfico 15 Distribución de la subfase máxima alcanzada por los abandonos	275
Gráfico 16 Porcentaje de abandonos acumulados en función del mes.....	276
Gráfico 17 Porcentaje acumulado abandonos por meses, según sexo.	277
Gráfico 18 Subfase en la que se producen las expulsiones.....	278
Gráfico 19 Distribución de las altas/abandonos en función del sexo	279
Gráfico 20 Porcentaje de altas/abandonos que estuvieron previamente en el Programa Proyecto Hombre	280
Gráfico 21 Resultado de los análisis como motivo para continuar/abandonar el consumo de drogas	320

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1 Recomendaciones sobre la misma botella.....	68
Ilustración 2 Modelo lógico de programa de intercambio de jeringuillas (supuesto)	83
Ilustración 3 Interrelaciones entre planificación de servicios de tratamiento y evaluación (Devine, 1999)	86
Ilustración 4 Modelo lógico de elementos necesarios para la evaluación	87
Ilustración 5 Posibilidades sobre localización en un estudio de seguimiento.....	98
Ilustración 6 Mecanismos que relacionan el consumo de sustancias psicoactivas con los problemas de salud y sociales	110
Ilustración 7 Grandes evaluaciones nacionales norteamericanas.....	118
Ilustración 8 Bucles de mejora por gestión de los resultados (Walburg, 2004).....	146
Ilustración 9 Ubicación de los bucles de retroalimentación de la información en función de la caracterización evaluación-investigación.....	148
Ilustración 10 Modelo lógico de elementos presentes/ausentes para la evaluación de Proyecto Hombre	154
Ilustración 11 Cuestiones y preguntas de evaluación	207
Ilustración 12 Confluencia de los diferentes criterios de recaída entre las altas	347

Introducción

En esta tesis se presenta un estudio sobre la Evaluación de la Eficacia de la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre de Navarra.

La Comunidad Terapéutica forma parte del arsenal terapéutico disponible hoy en día para afrontar los problemas derivados de la dependencia de sustancias. Sin embargo, frente a la investigación que generan otros tipos de abordajes, las Comunidades Terapéuticas no destacan por su producción científica. Esta problemática no es ajena al modelo de tratamiento de las Comunidades Terapéuticas. En palabras de Goti (2004), -Vicepresidenta Honoraria del *International Council on Alcohol and Addictions* (ICAA)- los profesionales de las Comunidades Terapéuticas presentan “(...) *un sentimiento permanente de estar en falta por no tomarse el tiempo para evaluar e investigar, aunque de hecho la urgencia no les dé el tiempo necesario y el trabajo consume sus energías*”.

Con esta tesis se pretende, en la medida de lo posible, solventar parte de ese sentimiento de culpa. En concreto, este trabajo de investigación consta de dos partes: una parte teórica y una parte empírica. En la parte teórica se aborda el marco conceptual de la Comunidad Terapéutica y de la evaluación de los programas de tratamiento de las dependencias. Posteriormente se presenta la evidencia existente sobre la eficacia de los programas de tratamiento de las dependencias en general, y del modelo de Proyecto Hombre en particular. Así, el primer capítulo constituye una breve caracterización del concepto de Comunidad Terapéutica y de la Asociación Proyecto Hombre. Esta Asociación introdujo en España -a través de Italia- un modelo de Comunidad Terapéutica derivado de Daytop, en el que se incluyó la participación de la familia en el programa de tratamiento. El segundo capítulo explica los orígenes de Proyecto Hombre en Navarra, y muestra la evolución que ha tenido la Fundación Proyecto Hombre de Navarra desde sus orígenes. Esta evolución ha permitido que se creasen las condiciones para poder abordar una evaluación de la eficacia de su Comunidad Terapéutica, evitando las urgencias y la falta de

energías denunciadas por Goti (2004).

Los tres capítulos siguientes se centran en la evaluación. Así, el tercer capítulo revisa la evaluación de los programas de intervención en general, para abordar seguidamente la evaluación de la eficacia. En los últimos años los psicólogos (como las Comunidades Terapéuticas) han de defender la cientificidad de su acción. Para ello han de aplicar los métodos y evidencias derivados del campo de las ciencias de la salud en general. Este enfoque implica el predominio de una forma de investigación que puede dejar de lado otros formatos de tratamiento más globales (como la Comunidad Terapéutica). Aun así, se han aportado evidencias sobre los programas de drogodependencias que se presentan en el cuarto capítulo. En este capítulo se parte del modelo lógico de Devine (1999) para valorar la evaluabilidad de los programas de tratamiento. Posteriormente se presentan las evidencias sobre el tratamiento de las drogodependencias en general, y de la Comunidad Terapéutica en particular: Por último, en este capítulo se presenta un modelo de gestión (Walburg, 2004) que, puede posibilitar salvar la “*falta de tiempo*” para la investigación de los programas de tratamiento.

Por último, en el quinto capítulo se presentan las cinco evaluaciones que se han realizado sobre Proyecto Hombre en España. Estas cinco evaluaciones, a pesar de no ser todas ellas propiamente evaluaciones de la eficacia, sí que comparten el hecho de ser estudios de seguimiento y con resultados complementarios que ayudan a dimensionar la eficacia del tratamiento de Proyecto Hombre.

En la segunda parte del trabajo se presentan dos estudios empíricos. En el primero se establecen los factores predictores del alta terapéutica entre las personas que estuvieron en tratamiento más de cuatro meses. Para ello, se cuenta con los datos institucionales de 406 pacientes atendidos entre los años 1991-1998.

El segundo estudio es una evaluación de la eficacia del programa de

Proyecto Hombre de Navarra. En este estudio primeramente se determina la tasa de retención del programa en el periodo 1991-1998, para posteriormente proceder al seguimiento de 414 pacientes (202 abandonos y 212 altas terapéuticas). Tras conseguir evaluar a una muestra de 155 personas, se presenta cómo ha sido la evolución de estos pacientes tras dejar el programa de tratamiento. El tiempo medio transcurrido en el seguimiento ha sido de 6 años.

Por último, tras las conclusiones sobre los resultados encontrados, se realizan una serie de recomendaciones. Estas recomendaciones se orientan tanto hacia la mejora del programa evaluado como hacia las futuras líneas de investigación más plausibles.

I PARTE TEÓRICA

1. La Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre

En la actualidad, las drogodependencias constituyen un problema complejo y multicausal. Por ello, los enfoques terapéuticos que se han adoptado para dar respuesta a esta problemática han sido también múltiples y de muy diversa índole. Además, debido a la amplia y rápida expansión de las drogodependencias, se ha creado, en palabras de Colletti (2002):

”...un gran espacio a las intervenciones naïf o no profesionales (privadas de cualquier base científica); en aquellos momentos bastaba con declarar querer ayudar o salvar a los drogodependientes para tener un espacio y recursos. Sobre esta base, la intervención no sólo carecía de presupuestos teóricos y clínicos, sino que consideraba todo aquello que venía del ámbito profesional con desconfianza y como un peligro, como una exigencia de tecnificación o profesionalización, como un riesgo de pérdida de características de espontaneidad y de voluntarismo, y en el peor de los casos, como una pérdida de tiempo”. (Pág. 23).

Como consecuencia de ello, existen diferentes tipos de programas de intervención con drogodependientes. En la Tabla 1 se presentan tres clasificaciones de programas de tratamiento realizadas en 1990 (Plan Nacional Sobre Drogas), 1997 (Gerstein) y 1999 (*National Institute on Drug Abuse*).

Como se puede apreciar, las tres clasificaciones tienen en cuenta los mismos tratamientos, que se diferencian en especificaciones más detalladas. Más en concreto, se tiene en cuenta, por una parte, si el programa de tratamiento es ambulatorio o residencial y, por otra, si se basa en sustitutivos/antagonistas o es un programa libre de drogas (PLD). En el caso concreto del tratamiento de la dependencia a opiáceos, se acaba planteando, en la práctica, una dicotomía entre mantenimiento o sustitución y abstinencia (Franklin y Frances, 2000).

Tabla 1 Programas de tratamiento para drogodependientes

Plan Nacional Sobre Drogas (1990)	Gerstein (1997)	National Institute on Drug Abuse (1999)
Centros para prescripción y/o dispensación de tratamiento con opiáceos	Mantenimiento ambulatorio con metadona	Tto. de Mantenimiento con Agonistas
		Tto. con Antagonistas Narcóticos empleando Naltrexona
Centros Ambulatorios	Comunidades de autoayuda independientes (Narcóticos Anónimos, Cocainómanos Anónimos o las casas Oxford) Tratamiento Ambulatorio sin metadona	Tto. Ambulatorio Libre de Drogas.
Comunidades Terapéuticas	Comunidad Terapéutica Residencial	Tto. Residencial a Largo Plazo
		Programa Residencial a Corto Plazo
Unidades Hospitalarias de Desintoxicación	Desintoxicación o control de síntomas de abstinencia aguda Tratamiento de la dependencia química del paciente ambulatorio y hospitalizado	Desintoxicación Médica
Tratamientos en Centros Penitenciarios		Ttos. para personas con problemas con la justicia <ul style="list-style-type: none"> •Programas de tto. en prisión •Ttos. basados en la comunidad

En cualquier caso, existen otro tipo de clasificaciones que tienen en cuenta otro tipo de variables: el modelo teórico de la intervención, el trabajo multidisciplinar o no, etc. No obstante, la práctica totalidad de las clasificaciones tienen en cuenta la existencia del tratamiento en Comunidad Terapéutica.

1.1. Concepto de Comunidad Terapéutica

La Comunidad Terapéutica ha sido definida bien como una forma de socioterapia (Anzieu, 1998), bien como un modelo de tratamiento con una concepción original y propia sobre el abuso de drogas, el residente, la vida

sana y la recuperación (De Leon, 1997; 2004a). Franklin y Frances (2000) destacan que las comunidades terapéuticas alejan al individuo del ambiente de la droga y que confrontan su actitud con el apoyo de sus familiares, subrayando la asunción de responsabilidades personales. Añaden, asimismo, que sólo los pacientes muy motivados continúan en tratamiento, ya que se trata de programas libres de sustancias y muy estructurados. Para Santo-Domingo (2000) estos programas se reservan para los pacientes que tienen pocas probabilidades de beneficiarse de un tratamiento ambulatorio y *“la comunidad terapéutica proporciona un entorno cerrado y libre de la droga en el que se utiliza el modelo conductual y la presión de los compañeros para modelar un estilo de vida sin consumo de drogas, favoreciendo el aprendizaje de estrategias y la socialización”* (pág. 29).

En definitiva, aun cuando cada autor subraya unos elementos distintos, la Comunidad Terapéutica se caracteriza como un abordaje terapéutico específico con unas características muy marcadas.

La primera Comunidad Terapéutica, y la más conocida, fue la de Synanon (Goti, 1990; Marsan, 1990). Esta Comunidad Terapéutica fue fundada en 1958 por Charles E. Dederich. Dederich era un exalcohólico que participó de Alcohólicos Anónimos durante, aproximadamente, dos años. La Comunidad Terapéutica por él fundada llegó a convertirse en el prototipo del que tomaron ejemplo otras muchas organizaciones. Pero el 16 de julio de 1980 el New York Times anunciaba la detención de Dederich por intento de asesinato contra un abogado. Éste fue un duro golpe para el movimiento de las Comunidades Terapéuticas, si bien Synanon no participaba ya del movimiento de Comunidades Terapéuticas. De hecho, Synanon se presentaba ya desde los años 70 como un movimiento religioso.

¿Cuáles fueron las causas de esta evolución, de esta deriva de tratamiento a movimiento pseudo-religioso o sectario? Marsan (1990) destaca como causa de la caída de Dederich –y con él de su comunidad terapéutica- la falta de crítica, tanto interna como externa. Y es que Dederich llegó a crear una sociedad paralela a la sociedad civil, en la que todo el poder recaía sobre su

propia persona. Además, la participación en la Comunidad se debía hacer como seguidor de una filosofía, y casi de una religión, en la que Dederich era el gurú. Tampoco los equipos de tratamiento contaban con profesionales. Eran exadictos que habían sido imbuidos del espíritu de Synanon. Además, dado el poder que llegó a adquirir este movimiento de comunidades de Synanon no fue sometido a controles públicos, pues tampoco contaba con financiación pública. Tampoco se participó de foros nacionales o internacionales de Comunidades Terapéuticas, y desde la perspectiva de las Comunidades de Synanon, las visitas del “exterior” tenían el “privilegio” de contemplar Synanon, no de interactuar. En la Tabla 2 se resumen los indicadores citados de la falta de crítica.

Tabla 2 Factores que influyeron en la caída de Synanon

Factor	Indicadores
Falta de crítica interna	<ul style="list-style-type: none"> - Todo el poder residía en una persona que no era discutida. - Para participar de Synanon había que adherirse como seguidor de una filosofía y de una religión. - Los equipos de tratamiento no contaban con profesionales. Estaban constituidos por exresidentes.
Falta de crítica externa	<ul style="list-style-type: none"> - Autosuficiencia económica, lo cual implicó falta de control por parte de las entidades públicas. - Ausencia de foros nacionales o internacionales de Comunidades Terapéuticas. - Las visitas tenían el privilegio de contemplar Synanon, no interactuaban con la Comunidad.

Fuente: elaboración propia a partir de Marsan (1990)

En este escenario de falta de crítica, tanto interna como externa, la Comunidad de Synanon llegó a su fin pues se había convertido en un fenómeno de seguidismo de un gurú idolatrado¹. Conociendo el caso de Synanon es donde encuentran sentido las reflexiones de Coletti referidas

¹ Hay diferentes ejemplos aportados por Marsan que ejemplifican esta afirmación. Así, cuando a Dederich se le prohibió fumar por motivos de salud, se decretó que todo Synanon dejara de fumar. Decretos de este tipo se aplicaron a la alimentación. Todos los hombres de determinadas edades se tenían que hacer la vasectomía. Cuando en 1977 murió su esposa escogió una nueva compañera. Entonces dio instrucciones a los casados de Synanon para que dejaran a sus esposas y durante tres años se

anteriormente.

Ni qué decir tiene que con una personalidad como la de Dederich, la polémica le persiguió hasta el momento de su fallecimiento en 1997. No obstante, como resultado de una de estas polémicas, previamente al ocaso de Synanon, David Deitch -colaborador de Dederich- junto con monseñor O'Brien (obispo de la iglesia católica) colaboró en la fundación de la Comunidad Terapéutica de Daytop. Esta Comunidad Terapéutica de Daytop, a su vez, fue el origen de lo que se conoce como movimiento de Comunidades Terapéuticas.

Es interesante destacar que en el origen del modelo terapéutico de Daytop, así como posteriormente ocurrirá con *Progetto Uomo*, se encuentra el patrocinio de la Iglesia Católica (Daytop, 2003). Ésta fue una de las causas de su extensión, tanto a Italia como a España.

En cualquier caso, las 4 fuentes de las que se nutre el tratamiento de Daytop Village son las siguientes (Duran-Dassier, 1994).

- *La cultura americana*. Para Duran-Dassier, los principios sobre los que reposa Daytop son la tendencia a la agrupación, el procedimiento de discusión, la continua interacción con los demás, junto con una tolerancia confesional y espíritu de autosuperación que conforman una visión del trabajo. Asimismo, existe una predisposición a la movilidad, tanto geográfica como de roles. Todos estos elementos constitutivos de Daytop tendrían su origen en la propia cultura americana, (Tabla 3). Hay que tener en cuenta que estos elementos pueden parecer acordes con nuestro entorno actual, pero que en los finales de los años 60 no era así.
- 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.

emparejaran con nuevas compañeras.

- *Carls Rogers*. Aun cuando el ambiente institucional parece muy alejado de 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.
- El *conductismo*. Entendido como el comportamiento objetivo. 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 las mejoras en el comportamiento. El ataque al error del otro es la señal de pertenencia al centro. Es la expresión de la ayuda comunitaria.

Tabla 3 Correspondencias entre la sociedad americana y Daytop

Principios	Sociedad americana	Daytop
Tendencia a la agrupación.		
Procedimiento de discusión.	Desde pequeños aprenden en la escuela a discutir.	
Continúa interacción con los demás.	El dominio de la vida privada es muy pequeño.	En continua interacción con los demás.
Tolerancia confesional.	La Constitución garantiza la neutralidad del estado y la libertad individual.	Libertad para asistir a los cultos o celebrar las fiestas.
Espíritu de autosuperación.	Lucha por mejorar el propio estatus y acceder a uno superior, no es un principio, sino un deber.	El adicto va adquiriendo progresivas cotas de autonomía y estatus superiores conforme se va superando.
Visión del trabajo.	En el trabajo confluyen la cooperación con los miembros del propio equipo con la competitividad.	La cooperación asegura la más alta cohesión del conjunto.
La movilidad	La sociedad americana y su economía, se caracterizan por la enorme movilidad de las personas, tanto laboral como geográfica.	La adscripción de funciones o de trabajos es completamente variable.

Fuente: elaboración propia a partir de Duran-Dassier (1994)

No obstante, desde diferentes opciones terapéuticas se han valorado los elementos de la Comunidad Terapéutica haciendo aportaciones desde distintas escuelas. No hay que olvidar que la Comunidad Terapéutica es un microcosmos, o una sociedad en miniatura, y diferentes opciones y aportaciones

teóricas encuentran muy apropiadas intervenciones de este tipo.

Aun así, se ha de tener en cuenta que la Comunidad Terapéutica es todavía una caja negra –en el sentido propugnado por Skinner-, en la cual todavía no se han aislado los ingredientes terapéuticos que la conforman. De ahí que diferentes enfoques terapéuticos identifiquen diferentes ingredientes de la Comunidad Terapéutica.

1.2. Clasificación de las Comunidades Terapéuticas

Las Comunidades Terapéuticas han sido clasificadas desde diferentes perspectivas y con arreglo a distintas categorías. Pedro Coduras en 1990 aconseja la clasificación de las Comunidades Terapéuticas en España en tres ejes:

- **Profesionalidad - voluntariado.** Entendiendo en este eje la procedencia y preparación de los responsables y monitores. Aun cuando Coduras enuncia así este eje, más apropiadamente debería enunciarse como Comunidades con personal con titulación académica (sea ésta del signo que sea: psicólogos, pedagogos, médicos, trabajadores sociales...) y Comunidades con personal sin formación académica. De esta manera también cabrían las Comunidades con personal mixto. Asimismo, en este eje se podrían incluir las Comunidades regentadas por ex toxicómanos, no extoxicómanos y personal mixto.
- **Confesionalidad – aconfesionalidad.** Según quiénes las impulsan y el tipo de actividad que promueven entre sus internos. De hecho, en algunas comunidades terapéuticas los servicios religiosos son parte de las actividades cotidianas y obligatorias. Además existe la posibilidad de encubrimiento de algún tipo de movimiento sectario, tal y como se ha presentado en el caso de Synanon.

- **Gratuidad o no de los servicios.** En esta categoría hay que destacar si se tiene acceso a subvenciones oficiales o no, o si directamente la Comunidad Terapéutica está integrada en la red pública.

Estas tres categorías permitirían diferenciar diferentes orientaciones de Comunidades Terapéuticas y, a la vez, eliminar del campo del tratamiento enfoques sectarios como el que derivó de Synanon.

No obstante, esta categorización quizá esté desfasada hoy en día. En el momento presente la oferta de tratamiento en Comunidad Terapéutica no ha de vencer las sospechas de intrusismo profesional que se tenían cuando *“bastaba con declarar querer ayudar o salvar a los drogodependientes”* (Colleti, 2002 – pág. 23-). Poco a poco se sabe más, no sólo sobre la Comunidad Terapéutica, sino también sobre el tratamiento de las adicciones en general y de las drogodependencias en particular.

La creciente profesionalización y especialización en la que ha ido derivando el tratamiento de las drogodependencias ha hecho que, hoy en día, se pueda hablar de Comunidades Terapéuticas adaptadas a diferentes problemáticas como adolescentes, pacientes con patología dual, madres con hijos/as lactantes o, incluso, en medios penitenciarios.

1.3. Características fundamentales de la Asociación Proyecto Hombre.

Si por algo se distingue la Asociación Proyecto Hombre es por el conocimiento que socialmente se tiene de su actividad (la ayuda a toxicómanos), conocimiento que es paralelo al desconocimiento que ha prevalecido entre los profesionales de la salud mental hasta fechas muy recientes.

Distintas causas han contribuido a esta popularidad. Desde el eco informativo que tiene en los medios de comunicación el partido de fútbol anual “*Drogas No*”, hasta el gran número de personas que en un momento u otro han pasado por sus instalaciones como pacientes, familiares, voluntarios o visitantes.

Parte del éxito en la implantación de Proyecto Hombre en España se debió, probablemente, a que respondió a la demanda de Programas de Tratamiento generada desde comienzos de los años 80, ofreciendo un modelo altamente estructurado. Este modelo había sido madurado largamente en Italia, partiendo de la experiencia norteamericana de Comunidades Terapéuticas.

1.3.1. Origen y desarrollo de Proyecto Hombre. De *Progetto Uomo* a Proyecto Hombre

El origen de Proyecto Hombre está en el Centro Italiano de Solidaridad (CeIS). Esta institución fundó *Progetto Uomo* (Proyecto Hombre) en el año 1979 gracias a las consultas y asesoramientos de profesionales ex-toxicómanos provenientes de la Daytop Village de Nueva York (Villarreal y Juaristi, 1994). Éste fue el final de un largo proceso que comenzó en el año 1968 cuando Mario Picchi, sacerdote italiano, fue trasladado del Piamonte a Roma y tuvo conocimiento de numerosos casos de consumo de drogas. Tras las primeras experiencias de acogida a drogodependientes, el mismo Mario Picchi creó el CeIS en 1971, institución que en 1972, sin una metodología validada, comenzó a “acoger” drogodependientes.

Posteriormente, con la experiencia de Roma se crean otros centros en Génova, Bérgamo, Brescia, Udine, etc., aunque cada uno con su idiosincrasia y autonomía.

En 1978 el CeIS es encargado de la organización del III Congreso Mundial de las Comunidades Terapéuticas con más de 400 representantes de 40 países. Este evento supone el descubrimiento para la sociedad italiana de

una gestión terapéutica con resultados esperanzadores. Es en este momento cuando se inicia una colaboración estrecha con el Daytop Village de Nueva York y con el presidente de la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas, monseñor William O'Brien.

La Daytop Village, a su vez, tenía su origen en la Comunidad Terapéutica de Synanon, también comunidad de referencia en la historia de esta opción terapéutica.

Así en 1979 se abre la primera Comunidad Terapéutica ("San Andrés") en Roma. Asimismo, en este año vuelven los drogodependientes que se habían enviado a Parskville y a otras comunidades Daytop, dada la falta de plazas en Italia.

Para la formación de los diferentes Centros que el CeIS abrió en Italia se siguió la metodología vivencial característica de las comunidades citadas: ex-usuarios de las mismas adiestraron a los que iban a ser posteriormente terapeutas o miembros del staff de la nueva comunidad. De esta manera la nueva Comunidad Terapéutica tenía como referencia o tutora a la Comunidad Terapéutica de la que provienen sus tutores.

Una característica de esta formación es que los propios terapeutas en su estancia en Comunidad Terapéutica asumían el rol de los internos, y pasaban por las diferentes fases en las que se constituía el tratamiento en la Comunidad Terapéutica. Incluso hoy en día esta estancia se realiza en los planes de formación de algunos Centros.

Bien es cierto que en Roma al potencial de la Comunidad Terapéutica en sí misma se le añadió la implicación activa de la familia. Tanto es así que se diseñó una etapa previa al ingreso en la Comunidad Terapéutica. Esta etapa previa se denominó Acogida y se expondrá posteriormente, por cuanto que se incorporó al modelo de Proyecto Hombre desarrollado en España (Aresti, 1994).

Si se ha de marcar una fecha definitiva de la consolidación del *Progetto Uomo* ésta es el año 1984, año en el que organiza el 8º Congreso Mundial de Comunidades Terapéuticas.

En nuestro país, desde comienzos de los años 80, diferentes diócesis españolas veían necesario ofrecer una respuesta a las demandas de tratamiento por abuso de drogas. Tras diversas consultas se tuvo conocimiento de la experiencia de *Progetto Uomo*, de tal manera que se tomó contacto para conocer mejor dicho programa.

Tras comprobar en los mismos centros italianos el funcionamiento y la metodología de *Progetto Uomo*, los que serían primeros terapeutas de Proyecto Hombre en España realizaron sus estancias formativas en Italia, en diferentes Comunidades Terapéuticas de referencia. A su vez, y una vez establecidos los primeros centros en España, los terapeutas más antiguos tutorizaron a los más jóvenes. De esta manera antiguos residentes de Daytop tutorizaron a los primeros terapeutas de Italia, y los terapeutas de Italia tutorizaron a los primeros terapeutas españoles².

Así, tras el preceptivo periodo formativo de los que serían los primeros terapeutas en España, el primer Centro de Proyecto Hombre abrió sus puertas el 20 de agosto de 1984 en Madrid. A los pocos meses comenzaron los Programas de San Sebastián, León, Zaragoza y Bilbao.

En la actualidad Proyecto Hombre se halla presente en buena parte de España. En la Tabla 4 se presentan los Centros existentes en la actualidad.

² De este doble origen (italiano y norteamericano) dan fe palabras que se han mantenido en el tiempo: *G.I.* (*General Inspection* = Revisión), *pull-up*, *take*, *staff*, *cartella*...

Tabla 4 Centros de la Asociación Proyecto Hombre en España

Alicante	Cantabria	Huelva	Murcia
Almería	Castellón	Jaén	Navarra
Asturias	Castilla-La Mancha	Jerez	Sevilla
Baleares	Córdoba	La Rioja	Valencia
Barcelona	Extremadura	León	Valladolid
Burgos	Galicia	Madrid	
Canarias	Granada	Málaga	

Como consecuencia de la amplia implantación de Centros por todo el país, se ha producido un aumento progresivo del número de personas atendidas. En la Tabla 5 se presenta la evolución de las atenciones dadas por la Asociación Proyecto Hombre. Tal y como se puede apreciar en dicha tabla, la asistencia dada por Proyecto Hombre representa un porcentaje muy significativo en el conjunto del sistema sanitario español.

Tabla 5. Personas atendidas por la Asociación Proyecto Hombre (PH)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Atendidas en PH	3.028	3.801	4.239	5.183	5.075	4.957	4.996	4.181	4.593	
Cumpliendo condenas	225	425	460	445	554	659	741	531	287	501
Atendidas en CCTT	2.790		4.973	5.562	6.441	6.445	6.568			

No obstante, esta implantación lleva asociada una evolución en cuanto a la entidad jurídica de la Asociación, entidad que merece ser tomada en cuenta para la comprensión de los Centros de Proyecto Hombre.

1.3.2. Entidad jurídica de la Asociación Proyecto Hombre

La trayectoria jurídica de la Asociación ha corrido de forma paralela a la extensión de los diversos centros. El camino recorrido ha sido largo, y ha estado constituido por una serie de hitos que se exponen a continuación.

El 15 de febrero y el 30 de mayo de 1986, bajo la presidencia de D. Mario Picchi (Presidente del Centro Italiano de Solidaridad de Roma), se constituyó el grupo de socios fundadores de la Confederación Española de Programas Terapéuticos Proyecto Hombre. Este grupo estaba compuesto, además de por D. Mario Picchi, por D. Juan Parés (Roma), D. Juan Francisco Orsi (Madrid), D. Iñaki Aldabalde (San Sebastián) y D. Juan Ramón Trabudúa (Bilbao).

Este grupo de socios fundadores elaboró la Carta Fundacional, que recoge los principios rectores (Tabla 6).

Tabla 6 Carta Fundacional de Proyecto Hombre

1. *Se trata de un Programa sin fines lucrativos.*
2. *El Programa no es eclesial. (Aconfesional, el Programa no se inserta en la pastoral de conjunto de la Iglesia local o nacional).*
3. *El Programa no se coloca en el área de los partidos políticos.*
4. *Se trata de un programa abierto a todos los jóvenes.*
5. *No es un Programa de índole sanitario.*
6. *Es un Programa Terapéutico-Educativo.*
7. *Al grupo de operadores del Programa Terapéutico se les pide disponibilidad en el servicio y profesionalidad en la intervención, y no se discriminará a ninguno por sus ideas políticas o religiosas.*
8. *Los operadores reciben una formación según las indicaciones del Coordinador Técnico de la Escuela de Formación.*
9. *El Programa rechaza cualquier tipo de violencia.*
10. *El proceso terapéutico es voluntario.*
11. *El Programa también se dirige en su atención a las familias.*

Posteriormente, el 6 de septiembre de 1989, en una Asamblea de presidentes de los distintos programas se aprobó el Reglamento de Régimen Interno por el que se rige la Asociación. El día 29 del mismo mes, se aprobaron los Estatutos de la Asociación por parte del Ministerio del Interior, inscribiéndose con el número 88.477. Fue en este momento cuando se cambió la denominación de Confederación por la de Asociación. El 29 de diciembre de 1993 fue declarada Entidad de Utilidad Pública por el Consejo de Ministros.

Siguiendo el modelo italiano, cada "Centro" tiene su propia autonomía tanto jurídica como económica. Y son estos "Centros" de la Asociación Proyecto Hombre los que atienden a las personas con problemas de

drogodependencias. Habitualmente los Centros están regidos y son mantenidos por Fundaciones. En un buen número de casos, el origen de estas fundaciones está en Cáritas Diocesana, y si no, en entidades vinculadas a la Iglesia Católica.

Es el Presidente o Director de cada uno de los Centros el que pertenece, en su calidad de Presidente, a la Asociación Proyecto Hombre. El órgano director de la misma es la Asamblea de Presidentes.

La Asociación Proyecto Hombre colabora con los diferentes centros recaudando fondos –públicos o privados- y realizando labores de interlocución ante la administración central. Una parte de los fondos recaudados se destina a los servicios de la Asociación (Secretaría, Escuela de Formación y revista Proyecto). Las fuentes principales de financiación de la Asociación Proyecto Hombre han sido privadas.

Este modelo de Asociación no ha estado exento de problemas y, de hecho, en su momento los “Centros” de San Sebastián, Bilbao, Vitoria, Zaragoza y Zamora se desligaron y crearon la “Confederación de Entidades Promotoras de Proyecto Hombre en España”, Confederación que sigue trabajando en el ámbito de las drogodependencias, de forma independiente a la Asociación Proyecto Hombre.

1.3.3. Características del programa terapéutico de Proyecto Hombre

Incluso en el momento presente es difícil determinar las características del Programa Terapéutico de Proyecto Hombre. Una formación como la descrita anteriormente, en la que los futuros terapeutas eran residentes durante un tiempo de la Comunidad Terapéutica, llevaba a la transmisión de un modelo de tratamiento muy rígido, y un componente experiencial muy fuerte. Así, no es casualidad que en libro de Mario Picchi (1995) los testimonios sean parte fundamental y el referente para la justificación del método.

El elemento clave en esta metodología es ofrecer una visión del drogodependiente como alguien que puede tomar decisiones por sí mismo, frente a otros modelos en los que el drogodependiente es un elemento pasivo en su problemática, a quien hay que curar.

Así, Fuertes y Cabrera (1996), refiriéndose al tratamiento de las drogodependencias, afirman que dentro de las terapias de grupo:

“... hay una bastante peculiar y que rompe las concepciones clásicas de este tipo de abordajes psicológicos que es el llamado “Proyecto Hombre”.

Los que lo conocen en profundidad dicen que es algo más que una terapia, es cambiar un estilo y una forma de vida; es aprender a relacionarse con el mundo de otra manera; es modificar las relaciones personales y también las familiares; en definitiva, una alternativa que ha demostrado su utilidad y su seriedad al abordar un problema tan complejo y delicado como este.” (Pág. 98)

Esta caracterización explicaría que estos autores sitúen este programa en la categoría de “Terapia Antropológica”.

En este marco experiencial y de cambio de forma de vida, la “filosofía” es parte de la cultura del programa Proyecto Hombre. Con ella se inician o finalizan las asambleas. Su lectura orienta la filosofía marcadamente personalista y “antipsiquiátrica”.

*“Estamos aquí,
porque no hay ningún lugar
donde escondernos
de nosotros mismos.*

*Hasta que una persona
no se confronta en los ojos
y en el corazón
de los demás
estará solo.*

*Hasta que no permite
a los demás
compartir sus secretos
no se libera de ellos.*

*Si tiene miedo de darse
a conocer a los otros,
al final, no podrá conocerse
a sí mismo y a los demás.
Estará solo.*

*¿Dónde podremos
conocernos mejor,
sino en nuestros puntos comunes?*

*Aquí juntos,
una persona puede manifestarse
claramente,
no como el gigante de sus sueños,
ni el enano de sus miedos,
sino como una persona,
parte de un todo
con su aportación a los demás.*

*Sobre esta base
podremos enraizarnos y crecer,
No solos como en la muerte,
Sino vivos para nosotros mismos
Y para los demás”.*³

³ Esta filosofía es una traducción literal de la “Filosofía” de Daytop, cuyo contenido es tal como sigue (Daytop, 2003):

“I am here because there is no refuge.
Finally, from myself.
Until I confront myself in the eyes
and hearts of others, I am running.
Until I suffer them to share my secrets,
I have no safety from them.
Afraid to be known, I can know
neither myself nor any other, I will be alone.
Where else but in our common ground,
can I find such a mirror?
Here, together, I can at last appear
clearly to myself not as the giant
of my dreams nor the dwarf of my fears,
but as a person, part of whole,
with my share in its purpose.

Bien es cierto que esta “personalización” debía realizarse en el marco de una metodología muy bien especificada y concretada en cada uno de los pasos que debía dar el usuario. Eso sí, dentro de la concepción de que Proyecto Hombre, más que un método, era una filosofía de vida, cuyo fundamento se hallaba en el concepto de autoayuda, garantizado por la ética de la solidaridad (Fuertes y Cabrera, Ottenberg, 1994;1996; Soave, 1994).

1.3.4. Fases del tratamiento en la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre

En la Tabla 7 se presenta la secuencia temporal de las diferentes fases que componen el programa de Proyecto Hombre. Una descripción más detallada puede encontrarse en Asociación Proyecto Hombre (1990); Azpilicueta y Domench (1992); Marsan (1987) y Picchi (1995).

Tabla 7 Fases en las que estaba constituido el programa Proyecto Hombre y estancia media de los usuarios

Fase	Subfase	Estancia media
1.- Acogida	Orientación	2 meses
	Intermedio	4 meses
	Precomunidad	2 meses
2.- Comunidad Terapéutica		9 meses
3.- Comunidad Terapéutica de Reinserción	Fase A	2 meses
	Fase B	4 meses
	Fase C	6 meses
Duración media total		29 meses

Fase de Acogida: constituye la fase de acceso al programa. Esta fase se realizaba en formato ambulatorio, y siempre debía estar el usuario bajo la supervisión de una persona que asegurase la abstinencia. Habitualmente esta

In this ground, I can take root and grow,
Not alone anymore as in death,
But alive to myself and to others”.

tarea solía ser realizada por familiares la mayor parte del tiempo. No obstante, para poder cumplir esta función previamente los acompañantes debían recibir el visto bueno del programa y pasar por unas horas de formación.

De forma previa al acceso al programa se buscaba la desintoxicación en un periodo denominado de “coloquios”. Durante estos días de desintoxicación se ofrecían entrevistas individuales. La desintoxicación se basaba en la toma de medidas conductuales para evitar el consumo durante el síndrome de abstinencia: no dejar solo al paciente, retirar cualquier tipo de droga de su alcance, imposibilitar el acceso al dinero, etc.

Una vez superada la desintoxicación se accedía a la estructura de la fase de Acogida, organizativamente basada en grupos de iguales. El primer grupo al que se accedía era el grupo de **Orientación**. En este grupo se comentaban las dificultades que suponían los primeros momentos de la abstinencia, y se buscaba normalizar los ritmos de sueño, comidas, etc. En mes y medio o dos meses, por término medio, se accedía a la segunda subfase: **Intermedio**.

En el grupo de **Intermedio** se comenzaba a valorar la participación y colaboración en el hogar. Se buscaba, a partir de las vivencias del día a día, adquirir la conciencia de que “el problema no está en la sustancia, sino en mí”. Tras otro periodo de tiempo, con intervalos desde 2 meses hasta 6, se accedía al tercer grupo, el de **Precomunidad**.

El grupo de **Precomunidad** es, tal y como su nombre indica, un preámbulo, un previo al acceso a la Comunidad Terapéutica. En este momento se realizaba la anamnesis personal (relato de la propia vida), que resultaría fundamental para los grupos de Comunidad Terapéutica. Esta anamnesis se realizaba individualmente con un terapeuta. Esta fase solía durar unos dos meses.

No faltaron críticas a este tipo de estructura previa al ingreso en la Comunidad Terapéutica, y en cierta medida, con el paso del tiempo, algo tenían de acertado. Así, se decía que en realidad, la estructura de Acogida era una lista de espera encubierta para el ingreso en la fase de Comunidad Terapéutica. De hecho, a pesar de los esfuerzos por dotar de entidad a la fase de Acogida, poco a poco, y conforme disminuían las demandas de tratamiento, se acabó propiciando, en 1999, el ingreso directo en la fase de Comunidad Terapéutica.

No obstante, también es cierto que en un momento de saturación de los servicios de tratamiento quizá permitió a muchas personas un tratamiento que de otra manera no habría sido posible. De hecho, se llegó a caracterizar la implicación que se conseguía de la familia para acompañar al paciente todo el día y la propia fase de Acogida como la aportación cultural mediterránea al tratamiento de Comunidad Terapéutica (Ottenberg, 1994).

Esta estructura, con la exigida y constante necesidad de supervisión a los pacientes, hacía que el programa Proyecto Hombre favoreciese la retención de aquellos que contaban con el apoyo familiar (Apodaka, Montejo, Lejardi, Moreno, Aresti, Duque y Avellanal, 1995; Secades, Fernández y Fernández-Hermida, 1998). Bien es cierto que en Navarra, desde el año 1993 se contó con un piso para las personas que no contaban con posibilidades de apoyo las 24 horas del día, que en cierta medida palió estas dificultades. Además, desde el año 1994 se contó con otro piso para mujeres. En el caso de los dos pisos llegó a establecerse una lista de espera para atender a la demanda. En la Tabla 8 se presenta la evolución en la asistencia prestada por estos dispositivos.

Tabla 8 Personas atendidas en pisos de apoyo en Proyecto Hombre Navarra (1994-1998)

Pisos de apoyo	1994	1995*	1996	1997	1998
Piso de chicos	17	--	29	39	24
Piso de chicas	8	--	8	15	12
Total de atendidos	25	--	37	54	36

*No se dispone de datos

La segunda fase, **Comunidad Terapéutica** constituía el colofón de la primera. Acceder a ella aportaba un prestigio a los usuarios que lo conseguían e, incluso, desde los equipos terapéuticos se fomentaba un aire de misterio hacia la misma. Por ejemplo, durante algún tiempo no estuvo permitido a los residentes de la Comunidad Terapéutica desvelar a los usuarios de la fase de Acogida aspectos de la vida en Comunidad.

La fase de Comunidad Terapéutica tenía dos subfases diferenciadas: antes y después de comenzar las salidas de fin de semana.

Por lo que se refiere a la subfase de antes de comenzar las salidas de fin de semana, este periodo que podía corresponderse con los primeros 6 meses de estancia, estaba caracterizado por la ausencia de salidas del edificio de Comunidad Terapéutica, más allá de las estrictamente necesarias, y con acompañamiento de otros miembros de la comunidad.

Dos grupos terapéuticos ocupaban básicamente la actividad del paciente:

- El grupo dinámico: con dos sesiones por semana (martes y viernes) era el centro de la actividad vital. En él, y secuencialmente, cada miembro de la comunidad exponía los sentimientos vividos en determinadas circunstancias. Fernández y Espina (1994) analizan la contribución del grupo dinámico a la mejora de la alexitimia, y describen la alexitimia y

otras características clínicas en una muestra de usuarios de Proyecto Hombre en Vizcaya.

- El grupo estático: un residente que finalizase su estancia en Comunidad Terapéutica realizaría como media, tres grupos estáticos. En ellos, una sola persona exponía sus comportamientos y vivencias a lo largo de su vida. Solían ser, también en este caso, grupos con un alto componente emotivo. Habitualmente, de los tres grupos que se realizaban, uno solía dedicarse a la relación mantenida con el padre, otro a la relación mantenida con la madre y otro a las relaciones con los amigos o la pareja.

Por medio de ambos grupos, y otros elementos de disciplina y organización diarios, se preparaba un encuentro con la familia, en el que se sentaban las bases de la relación familiar, con el objetivo de preparar las salidas, y el paso a la fase de Reinserción.

Una vez comenzadas las salidas de fin de semana, éstas se planificaban rigurosamente y se controlaban de forma minuciosa enfocándolas, sobre todo, a la reinserción social. Esto es, conseguir y/o retomar amistades no consumidoras de drogas ilegales, exploración y/o recuperación de actividades de ocio y tiempo libre, etc. Tras una media de diez o doce salidas de fin de semana, se planteaba una auto-evaluación para proceder al paso a la siguiente fase: Comunidad Terapéutica de Reinserción.

La tercera fase de **Comunidad Terapéutica de Reinserción** se dividía, a su vez, en tres subfases: fase A, fase B y fase C.

- Fase A de Reinserción. En esta fase, y de lunes a jueves, los pacientes residían en régimen de internamiento. Esta fase solía durar unos dos meses, y el objetivo radicaba en el empleo del tiempo libre.

- Fase B de Reinserción. En esta fase ya comenzaban los pacientes a trabajar, y el contacto con el programa solía ser semanal. Los pacientes residían en sus domicilios.
- Fase C de Reinserción. Ya los contactos con el programa eran mucho más espaciados e individuales, y ésta es una diferencia respecto a las fases anteriores, habitualmente grupales.

Posteriormente, y tras un tiempo de distanciamiento del programa, se planteaba una autovaloración personal dirigida a conseguir la condición de “Graduado”, esto es, lo que en el ámbito sanitario sería el “alta”.

2. Proyecto Hombre de Navarra

2.1. Orígenes de Proyecto Hombre de Navarra

El Programa Proyecto Hombre de Navarra comenzó la admisión de pacientes en febrero del año 1991. La formación de los primeros terapeutas se realizó en los Programas de Proyecto Hombre de San Sebastián (programa-tutor), Vitoria y Bilbao. Asimismo, el primer director del programa de Navarra (D. Iñaki Alberdi Olano) realizó la preceptiva estancia formativa para directores en el Centro Italiano de Solidaridad (CeIS) de Roma.

La Fundación Proyecto Hombre de Navarra fue promovida por Cáritas Diocesana de Pamplona en 1990. Sus objetivos son atender los problemas ocasionados por las drogodependencias y la prevención de las mismas. Como Fundación que es, su gobierno, administración y representación es desarrollada por la Junta de Patronos (Arana, López-Goñi, Zabalza, Arteaga, Yudego y Uterga, 2001).

El Programa Proyecto Hombre en Navarra ha evolucionado mucho en estos 12 años de existencia. Buena prueba de ello es que ha pasado de un único programa de tratamiento (Azpilicueta y Domench, 1992) a los cuatro que en el momento presente ofrece: dos ambulatorios, uno preventivo enfocado a adolescentes y otro basado en la Comunidad Terapéutica (Arana, Ardanaz, Aristu, Arteaga, López-Goñi, Lorea y Terradillos, 2002).

En el periodo histórico en el que se va a centrar la presente tesis doctoral (1991-1998) el programa Proyecto Hombre se hallaba constituido por las tres fases sucesivas de tratamiento anteriormente presentadas (pág. 39), cuyo soporte principal era la Comunidad Terapéutica.

2.2. Proyecto Hombre de Navarra en cifras (periodo 1991-1998)

En este apartado se exponen algunos datos que reflejan la evolución del programa de Proyecto Hombre de Navarra.

En la Tabla 9 se puede apreciar cómo desde el año 1992 hasta el año 1998 disminuye drásticamente la presencia de personas atendidas en las que se pueden denominar comunidades terapéuticas no profesionales (Patriarca y Vida Nueva) para dar paso con alrededor de un 37% de las atenciones al programa Proyecto Hombre.

Tabla 9 Personas atendidas en las diferentes comunidades terapéuticas en la Comunidad Foral de Navarra (1992-1998)

Comunidad	1992 N (%)	1993 N (%)	1994 N (%)	1995 N (%)	1996 N (%)	1997 N (%)	1998 N (%)
CT Patriarca	69 (33,66)	--	100 (25,64)	64 (20,98)	32 (12,60)	19 (8,37)	8 (3,49)
CT Antox	26 (12,68)	--	62 (15,90)	57 (18,69)	69 (27,17)	65 (28,63)	60 (26,20)
CT Oasis	29 (14,15)	--	47 (12,05)	51 (16,72)	55 (21,65)	53 (23,35)	56 (24,45)
Vida Nueva	14 (6,83)	--	--	--	--	--	--
Proyecto Hombre	32 (15,61)	--	138 (35,38)	119 (39,02)	94 (37,01)	86 (37,89)	104 (45,41)
Otros	35 (17,07)	--	43 (11,03)	14 (4,59)	4 (1,57)	4 (1,76)	1 (0,44)
Total	205 (100)	--	390 (100)	305 (100)	254 (100)	227 (100)	229 (100)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Subdirección de Salud Mental, Dirección de Atención Primaria y Salud Mental: 1992, 1994, 1995, 1996, 1997 y 1998. Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. No se dispone de la memoria de 1993.

Hay que tener en cuenta además, que las atenciones dadas por Proyecto Hombre en dichas fechas fueron superiores a las reflejadas en las memorias de Salud. En las memorias sólo constan las personas navarras atendidas en el dispositivo de la Comunidad Terapéutica y que además recibieron subvención del Gobierno de Navarra.

Si se atiende al total de ingresos en cada fase, la evolución de la demanda del programa Proyecto Hombre se puede apreciar en la Tabla 10.

Tabla 10 Evolución en la demanda de Proyecto Hombre (1991-1998)

Ingresos	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Acogida	190	149	113	92	80	75	71	84
Comunidad Terapéutica	57	77	79	63	55	62	40	46
Reinserción		56	59	59	55	59	35	21
Altas Terapéuticas			26	51	23	46	25	22

Hay que tener presente que son diferentes las *personas atendidas* que los *ingresos*. Cuando una persona, en el mismo año, ingresa dos veces, cuenta como dos ingresos, mientras que es tan sólo una persona atendida.

En el aspecto económico, en la Tabla 11 se presenta la evolución tanto de los gastos como de los ingresos del Programa.

Tabla 11 Evolución ingresos-gastos programa Proyecto Hombre 1991-1998 (en pesetas)

AÑO	INGRESOS	GASTOS
1991	25.710.590	81.101.570
1992	65.346.601	103.167.003
1993	142.243.369	149.908.498
1994	158.554.182	160.678.813
1995	138.493.337	140.862.741
1996	163.710.615	127.258.142
1997	126.537.870	121.623.935
1998	157.126.381	118.630.819
TOTAL	977.722.945	1.003.231.521

Respecto al origen de los gastos, prácticamente el 70% corresponde a gastos de personal (Tabla 12).

Tabla 12 Origen de los gastos del programa Proyecto Hombre

Gastos	%
Funcionamiento	30,7
Amortizaciones	1,2
Personal	67,9
Gastos extraordinarios	0,2

Con un cálculo grosero, dividiendo el número de altas terapéuticas logradas en el periodo por el coste total acumulado en el mismo periodo, cada alta terapéutica habría costado 4.732.224 de pesetas (28.441,24 euros). Aproximadamente el 40% de esta cantidad provino directamente del Gobierno de Navarra, por medio de diferentes departamentos.

No obstante, un cálculo de estas características trata de ser meramente ilustrativo. Posteriormente se indican diferentes modos de abordar la evaluación económica de un programa.

2.3. La evolución de la Fundación Proyecto Hombre de Navarra en los años 1998-2002, condición para una evaluación de la eficacia.

Una característica básica de la evolución de programas radica en que, además de contextualizar el programa concreto a evaluar, se debe explicitar también los motivos y la institución desde la que se realiza (Fernández-Ballesteros, 1996).

La institución que fundó el Programa Proyecto Hombre Navarra ha evolucionado durante los últimos años. A la natural evolución de las instituciones y de las personas, hay que añadir un claro sentido de profesionalización y de homologación con otros modelos terapéuticos con los que ha convivido. De esta manera en este apartado se concretan cuatro áreas en las que se refleja esta evolución:

- los servicios (programas) que ofrece la Fundación,
- el perfil profesional de la plantilla
- la ampliación del objeto de la Fundación
- la evolución, tanto en cantidad como en calidad, de los trabajos de investigación realizados en su seno.

Estos cuatro elementos, junto con una especial sensibilidad por parte de la dirección, desembocan en la necesidad de una evaluación de la eficacia.

2.3.1. Configuración de la Fundación Proyecto Hombre de Navarra: historia de una evolución.

La Fundación Proyecto Hombre de Navarra ha evolucionado en los últimos años más allá de variaciones dentro del Programa Proyecto Hombre. De hecho, en los últimos años se ha aumentado la oferta terapéutica en tres nuevos programas ambulatorios:

1. El programa *Suspertu* de Prevención Indicada para Adolescentes en Situación de Riesgo y sus familias.
2. El programa *Aldatu* de atención a personas con problemas por uso y/o abuso de alcohol.
3. El programa *Eunate* de atención a personas con problemas por uso de cocaína y otros estimulantes.

Este aumento de ofertas terapéuticas se corresponde con un incremento importante de la presión asistencial. En el Gráfico 1 se observa que mientras que el Programa Proyecto Hombre se halla más o menos estabilizado en las atenciones, otros programas, como el de atención ambulatoria a personas con problemas por abuso de estimulantes (*Eunate*) o a personas con problemas de alcohol (*Aldatu*) tienen una tendencia al alza muy marcada.

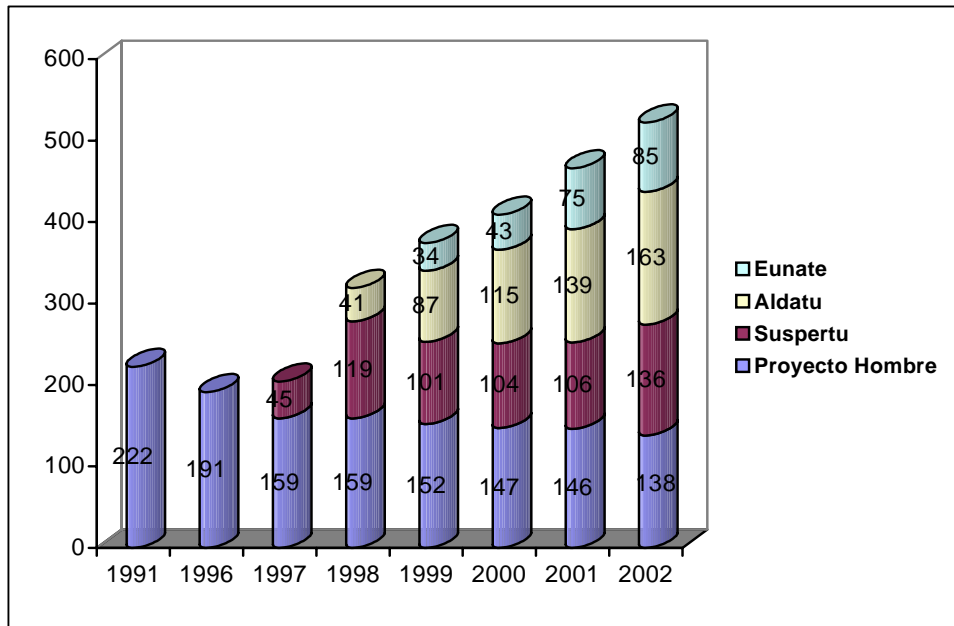


Gráfico 1 Datos acumulativos de beneficiarios en los Programas de la Fundación Proyecto Hombre Navarra

Cuando se analiza el número de personas que se atienden en los programas de la Fundación por primera vez los resultados son muy semejantes (Gráfico 2).

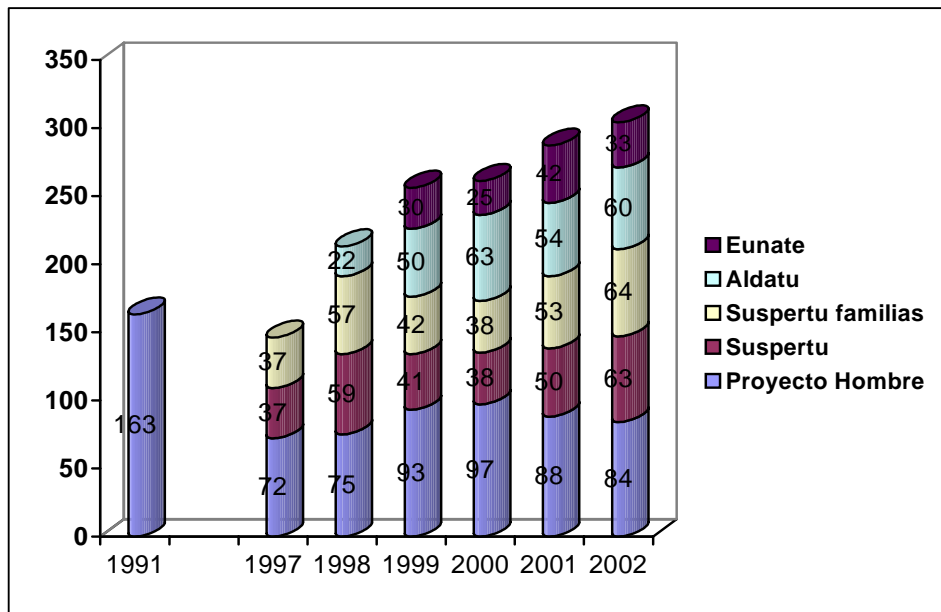


Gráfico 2 Número de personas atendidas por primera vez en los programas de la Fundación Proyecto Hombre Navarra

Esta evolución en el número de atenciones dadas, se refleja también en el número de ingresos que se realizan según la modalidad de tratamiento. El incremento de las atenciones ambulatorias es muy marcado (Gráfico 3)⁴.

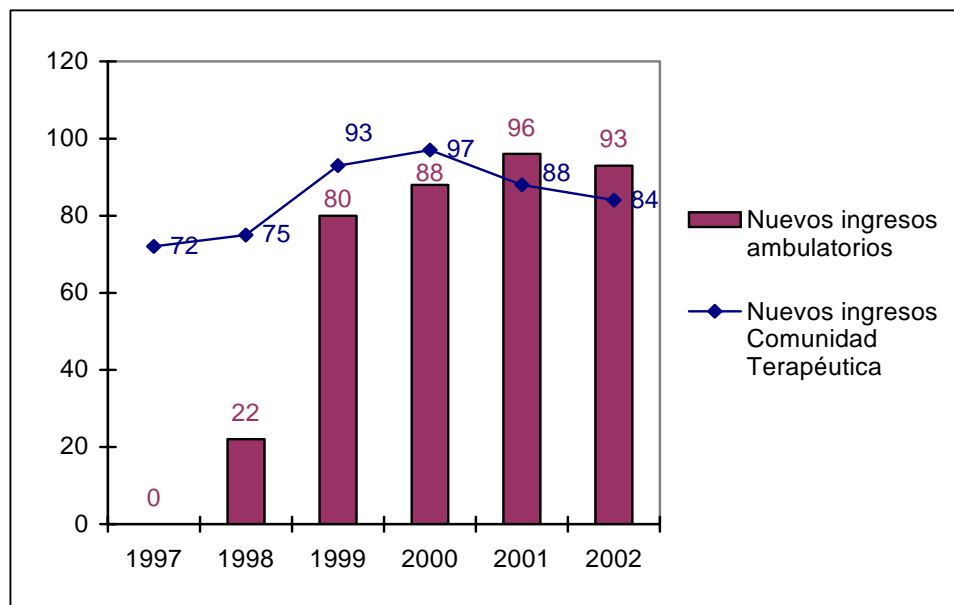


Gráfico 3 Comparación nuevos ingresos modalidades ambulatoria y residencial

Además hay que tener en cuenta al valorar el Gráfico 3 que las atenciones dadas en los Programas Ambulatorios están limitadas por la proporción de 25 pacientes por cada trabajador a jornada completa. De tal manera que se ha tenido que arbitrar una lista de espera para futuras atenciones. En el programa residencial, sin embargo, se podría atender una demanda mayor de pacientes.

Siguiendo con los datos globales, a lo largo de los años de funcionamiento de los diferentes Programas de tratamiento y prevención se han alcanzado 410 altas terapéuticas, distribuidas de la manera que se presenta en el Gráfico 4. En esta distribución se aprecia cómo ya a partir del año 1998 las altas terapéuticas predominantes no son las del Programa Proyecto Hombre Navarra.

⁴ (En este gráfico se han excluido los datos relativos al Programa de Prevención por no tratarse de un programa terapéutico).

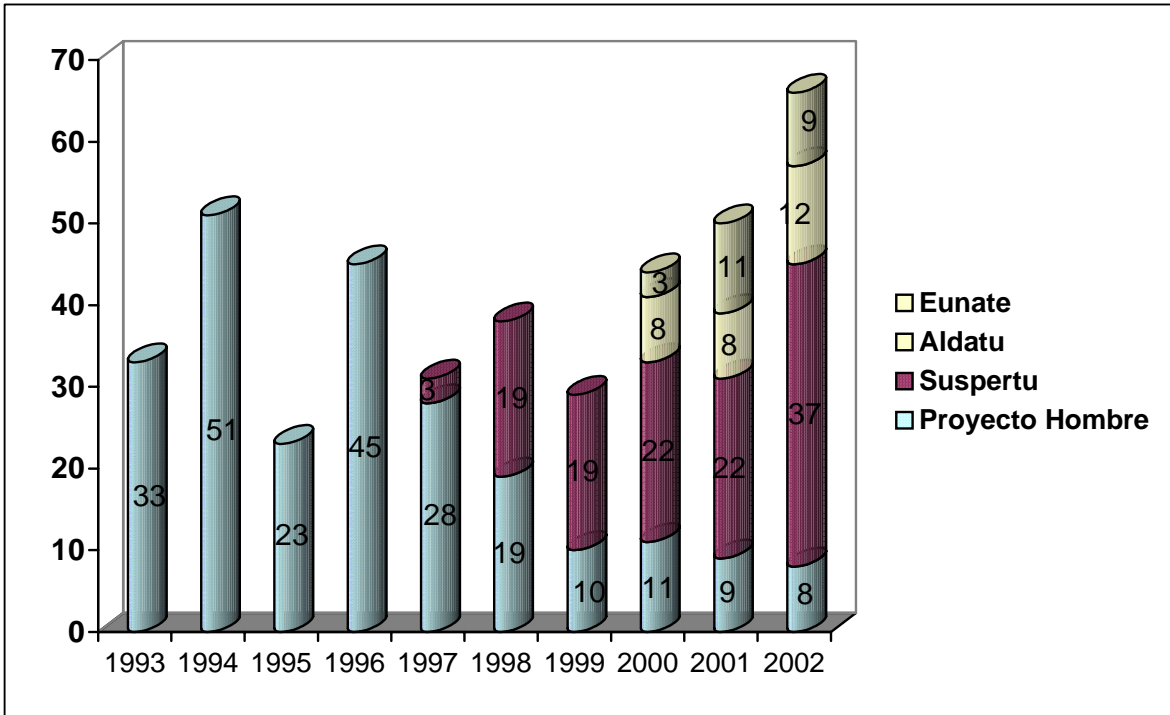


Gráfico 4 Evolución de las altas terapéuticas en los Programas de la Fundación Proyecto Hombre Navarra

2.3.2. Evolución del perfil profesional de los trabajadores de la Fundación Proyecto Hombre Navarra.

La evolución en las modalidades de tratamiento ofrecidas se corresponde, asimismo, con una evolución en el perfil de profesionales que componen la plantilla de la Fundación Proyecto Hombre Navarra. En concreto, se ha pasado de una plantilla compuesta por, aproximadamente un 50% de profesionales con titulación universitaria, a una plantilla mucho más técnica y profesionalizada (Tabla 13).

Tabla 13 Composición de la plantilla de la Fundación Proyecto Hombre Navarra

	Psicólogos	Pedagogos	Trabajadores Sociales	Técnico Superior Integración Social	Otros
Comunidad Terapéutica	2	1	3	5	3
Centro de Día⁵	4	2	0	1	0
Programa Prevención	3	1	0	2	0
Servicios Centrales	1	1	1	1	1
Total	10	5	4	9	4

La distribución de titulaciones según el peso dentro de cada equipo se presenta en el Gráfico 5.

⁵ Desde el año 1999, los datos relativos a los programas Aldatu y Eunate se presentan conjuntamente bajo la denominación de **Centro de Día**.

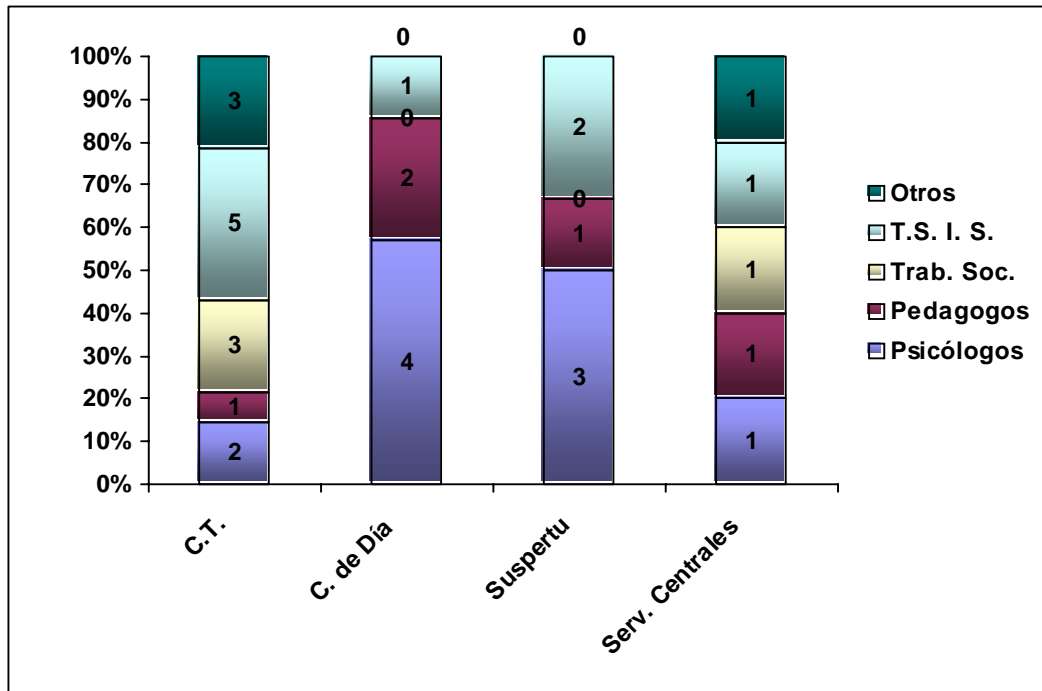


Gráfico 5 Comparación de perfiles profesionales entre los diferentes programas de la Fundación Proyecto Hombre Navarra

Mientras que tanto en el Centro de Día (Aldatu + Eunate) y el Programa Preventivo Suspertu, la mitad del personal está compuesto por psicólogos, la Comunidad Terapéutica cuenta con prácticamente la mitad de plantilla como Técnico Superior en Integración Social, seguida por Trabajadores Sociales y otras categorías (por ejemplo el profesorado de integración socio-laboral). Este dato muestra la orientación más educativa de la Comunidad Terapéutica, frente a un enfoque más clínico de los programas ambulatorios de esta Fundación.

Hay que señalar que para obtener la plantilla expuesta en la Tabla 13 durante cuatro años se ha posibilitado que seis personas acudiesen a clase en horario laboral para la obtención del título de educador social. Asimismo, al resto de la plantilla se le ha facilitado la realización de cursos de postgrado, de formación continuada, etc. De tal manera que estos perfiles profesionales en cada uno de los programas responden a una política de gestión impulsada en los últimos años.

2.3.3. La ampliación del objeto de la Fundación.

En estos años los objetivos estatutarios de la Fundación Proyecto Hombre Navarra también han evolucionado. La naturaleza jurídica ha sido, y es, la de Fundación, y su objeto, según los estatutos aprobados el 7 de febrero de 1990 era el de:

“... la defensa de los hombres de cualquier condición frente a la drogadicción, así como otros similares que en el futuro acuerde su junta de patronos”. Indicándose, asimismo que “dentro del fin general enunciado en el Artículo anterior la Fundación podrá promover la constitución, perfeccionamiento y desarrollo de toda clase de actividades, servicios, cooperativas, entidades de prevención y en general, cualquier otra iniciativa que directa o indirectamente contribuya a la mejor defensa y protección de las personas y bienes de los afectados por el grave problema de la droga”.

Pero el día 25 de junio de 2001, y ante el Notario de Pamplona D. Joaquín de Pitarque Rodríguez se procedió a la ampliación de objeto de la Fundación “Proyecto Hombre-Navarra”, incluyendo *“El estudio y la investigación de los fenómenos asociados a la problemática de las adicciones”.*

Como consecuencia de esta ampliación de objeto se conformó una sensibilidad hacia la evaluación y la búsqueda sistemática de explicaciones y orientaciones. Desembocándose en, por ejemplo, los trabajos de investigación presentados en la Tabla 14. En esta tabla se han recogido los trabajos anteriores a 2001 y que se van a comentar en este apartado puesto que en cierta manera han marcado el desarrollo posterior del panorama investigador de la Fundación.

Tabla 14 Investigaciones realizadas en Proyecto Hombre Navarra (1991-2001)

Autor(es)	Título	
Arteaga, A. y López-Goñi, J.J. (1995)	<i>Estudio de bajas en el Programa educativo-terapéutico para la rehabilitación de personas toxicómanas Proyecto Hombre de Navarra – Nafarroako Gizaki-Helburua.</i>	SP
Proyecto Hombre (1995)	<i>Nuestra concepción de Comunidad Terapéutica.</i>	A
Azanza, I. (1994)	<i>Seropositividad VIH como factor determinante de abandonos en toxicómanos ingresados en un programa de alta exigencia.</i>	C
Azanza, I., Nuin, M. A., Amunárriz, M., Ausejo, M., Díaz, A., Gutiérrez, M., Martínez, I., Vidán, F., Templ, J.I. y Puerta, M. D. (1994).	<i>Estudio de factores ansiógenos en toxicómanos internados en Comunidad Terapéutica y su relación con variaciones inmunitarias y ponderales. Respuestas en afectados por la infección VIH/SIDA y en no afectados.</i>	C
Arana, A. (1996)	<i>Estudio de abandonos: residentes Proyecto Hombre de Navarra período: febrero 1991-julio 1995.</i>	SP
López-Goñi, J.J. (1999a)	<i>Factores predictores de la adherencia al tratamiento en Comunidad Terapéutica.</i>	SP
López-Goñi, J.J. (1999b)	<i>¿Qué diferencia a los usuarios que abandonan el tratamiento en la Comunidad Terapéutica?</i>	SP

SP= Sin Publicar

C= Comunicación

A= Artículo

Para poder constatar la evolución en el ámbito de la investigación y el paso que se ha dado de la realización de estudios para consumo interno a procurar compartir estos datos con el resto de la comunidad científica se presenta el Gráfico 6. En este gráfico se aprecia cómo a partir del año 2001, en que se comienza a impulsar el primer proyecto de investigación se producen comunicaciones y artículos en revistas especializadas de una manera progresiva.

Este área, es, pues, un elemento más de la apertura al exterior que han marcado estos años.

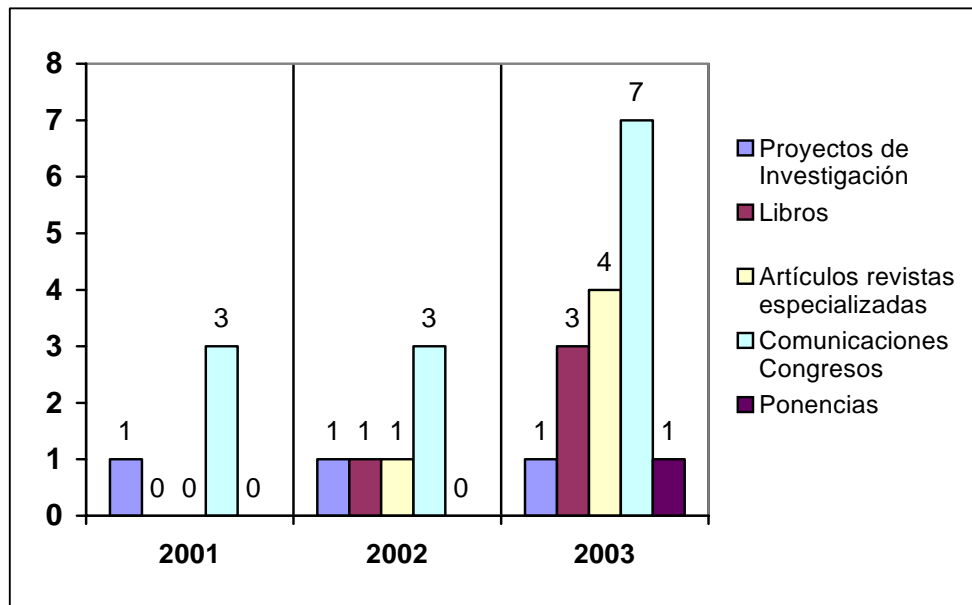


Gráfico 6 Producción bibliográfica en la que han participado trabajadores de la Fundación Proyecto Hombre Navarra

2.3.4. Resultados más destacados de los estudios de producción propia

A continuación se van a presentar los resultados más relevantes de los trabajos presentados en la Tabla 14.

En el Boletín de Salud Pública de Navarra (Proyecto Hombre, 1995) se señalaba que la gran preocupación para los programa de tratamiento era el alto porcentaje de abandonos terapéuticos que se producen. Con un enfoque marcadamente cualitativo de la evaluación, el recurso al análisis de los datos cuantitativos se reservaba para la elaboración de las sucesivas memorias. Por ello, cuando se presentó el trabajo de Arteaga y López-Goñi (1995) algunas de las sugerencias que se hacían en el mismo hoy pueden resultar muy llamativas, pero así ha sido la evolución de casi todos los programas:

- No es lo mismo un motivo de baja del programa tal como el fallecimiento o el ingreso en prisión que el abandono voluntario del tratamiento.

- Quizá no sea necesario completar todo el tratamiento para poder hablar de éxito terapéutico.
- Si se quiere ahondar en el fenómeno del abandono terapéutico habrá que preguntar a las personas que abandonan por los motivos del mismo.
- Una adecuación de las diferentes bases de datos permitiría una monitorización de índices relevantes que alertasen tanto de la marcha del programa como de las necesidades emergentes entre los pacientes.
- Es necesario valorar el impacto que comenzaba a tener la apertura del Programa de Mantenimiento de Opiáceos en la Comunidad Foral de Navarra.
- Es necesario incluir indicadores de severidad psicopatológica.
- Es necesario incluir indicadores del grado de cumplimiento terapéutico.

Esta preocupación por los abandonos sufridos en el programa llevó a los dos siguientes estudios, relacionados con la incidencia de la infección por VIH sobre las personas en tratamiento.

Esta preocupación no era baladí, por cuanto que el perfil sanitario de la población que acudía en aquellos momentos a tratamiento se correspondía con un gran número de personas diagnosticadas de diferentes patologías (tuberculosis, hepatitis B, C y VIH o SIDA), presentando, ya a partir del año 1995, un descenso (Tabla 15). Es razonable suponer que las técnicas de reducción de riesgos, y otros programas aplicados, incidieron en esa reducción.

Además, trabajando sobre la población en tratamiento en el Programa Proyecto Hombre Navarra, Azanza informaba de nueve fallecimientos en el

periodo comprendido entre junio de 1991 a 26 de agosto de 1994, lo cual da una idea de las características de esta población⁶.

Tabla 15 Evolución en las serologías positivas en pacientes de Proyecto Hombre Navarra (Arana *et al.*, 2002)

%	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Infección tuberculínica (+)	33,0	46,0	54,0	35,0	31,0	--	29,0	22,0
Serología hepatitis B (+)	72,0	76,0	70,5	55,0	53,0	--	44,0	39,0
Serología hepatitis C (+)	83,0	90,0	85,0	82,0	72,0	--	56,0	52,0
Infección VIH/SIDA (+)	39,0	44,0	34,0	25,0	25,0	--	15,0	12,0

En este contexto se llegó a plantear la infección por VIH como criterio para no recomendar programas de los denominados de “alta exigencia”. En esta categoría se incluía el programa Proyecto Hombre. Aun cuando la evidencia acumulada hasta este momento ponía de manifiesto que no debía ser un único factor el que impusiese una recomendación terapéutica, la posibilidad de que la estancia en Comunidad Terapéutica perjudicase a personas con el sistema inmunológico afectado, impulsó a la realización del estudio de Azanza, Nuin, Amunárriz, Ausejo, Díaz, Gutiérrez, Martínez, Vidán, Templ y Puerta (1994).

En este estudio multicéntrico se comprobó que efectivamente, la estancia en Comunidad Terapéutica no implicaba un deterioro del sistema inmunológico. Asimismo, en otro estudio se valoró la presencia de infección por VIH y abandono terapéutico. Tampoco se halló asociación entre ambas variables.

Tras estas dos reflexiones, llegó el momento de realizar un estudio de campo con las personas que habían abandonado el tratamiento antes de finalizarlo.

⁶ De los 9 fallecidos, 8 eran portadores del VIH. De estos, 5 murieron a causa del SIDA, 2 por sobredosis y 1 por infarto de miocardio. El no seropositivo falleció de sobredosis.

En 1996 se realizó un estudio de seguimiento (Arana, 1996) a las personas que habían abandonado las fases de Comunidad Terapéutica y Reinserción del Programa Proyecto Hombre Navarra. Este estudio se realizó mediante entrevistas personales abiertas.

Sobre las 88 personas incluidas en el estudio, con el 24,32% (n=18) no pudo establecer ningún contacto. La media de tiempo transcurrido tras la interrupción del tratamiento era de un año.

Se logró entrevistar a 45 personas. Los motivos de abandono enunciados en aquel estudio se presentan en la Tabla 16. Por orden de apariciones, se tienen los motivos relacionados con los terapeutas, con la estructura del programa y con el consumo o deseo de consumo de sustancias.

Tabla 16 Motivos de abandono (modificado de Arana, 1996)

Motivos de abandono	Nº de Personas
Relacionados con los terapeutas: <ul style="list-style-type: none"> • Sufrir intervención injusta (6) • No aceptar intervención o plan de trabajo (7) • Mala relación (4) • Falta de valoración (3) • Decepción con los mismos (2) • No recibir respuesta (2) • Sufrir presión (2) 	26
Relacionados con la estructura del Programa: <ul style="list-style-type: none"> • Excesivo tiempo del programa (8) • No necesitar más del programa (5) • Dureza de la Comunidad Terapéutica (3) • Falta de flexibilidad de la estructura (3) • No sentirse capaz (3) • Choque con la realidad (2) • Dureza de la fase de Reinserción (2) 	26
Relacionados con el uso de sustancias: <ul style="list-style-type: none"> • Beber y no decirlo o no querer dejarlo (8) • Consumir otras sustancias y no querer decirlo (7) 	15
Relacionados con el grupo de referencia	12
Mentir	8
Diversos motivos	14

Frente a la creencia común en aquel momento de que las personas que abandonaban el programa lo hacían por motivos relacionados con el consumo de sustancias, más de la mitad de las explicaciones de los usuarios se asociaban con aspectos del programa o de los terapeutas. Parecía pues, que algo había que hacer con la estructura del programa.

De tal manera que ya en los siguientes estudios se fue afinando algo más la búsqueda de la población a la que beneficiaba el Programa.

Así, en el año 1998, y gracias a una Ayuda a la Investigación otorgada en el marco del acuerdo de colaboración entre Caja Navarra y la Universidad Nacional de Educación a Distancia (López-Goñi, 1999a) se realizó un estudio de seguimiento de las personas que habían participado en el estudio de Azanza *et al.* (1994). En este estudio se valoró la continuación o no en el tratamiento y la existencia o no de recaídas a los dos años de haber finalizado el programa.

Por medio de dos modelos de regresión logística para las variables principales incluidas en el seguimiento, se determinó que el 85% de la probabilidad del mantenimiento de la abstinencia se asociaba con la finalización del programa de tratamiento. A su vez, el 75% de la probabilidad de finalizar el tratamiento se asociaba a puntuar alto en la escala de adaptación grupal del 16PF.

Si este trabajo alertaba sobre la falta de validez universal del programa, en esas mismas fechas, en otro trabajo se asociaba el abandono terapéutico del programa con la concurrencia de tratamientos farmacológicos añadidos a la estancia en Comunidad Terapéutica (López-Goñi, 1999b).

Por lo tanto parecía reunirse evidencia suficiente de que eran necesarias adaptaciones, más aún, si se valora la disminución que estaban registrando los ingresos de usuarios en el Programa Proyecto Hombre (Tabla 10).

La necesidad de dar respuesta a las personas que abandonaban el programa prematuramente, parecía sugerir la necesidad de nuevos enfoques de tratamiento. Paralelamente surgió la necesidad de integrar nuevos profesionales y conforme se iban implementando los nuevos programas surgió la necesidad de reciclar a los trabajadores antiguos, creando el ambiente propicio para que desde la dirección del programa se facilitase tanto la formación continua de los trabajadores como el requisito de primar en las nuevas contrataciones, profesionales, en el sentido literal del término.

De la misma manera, en este ambiente de indagación surgió la pregunta de “¿hasta dónde ha sido válido el enfoque de tratamiento?” posibilitándose la realización de este estudio.

Desde esta perspectiva, este estudio es la evolución lógica de la línea seguida por la Fundación Proyecto Hombre de Navarra. En cierta manera, y asemejando al ciclo vital humano, después de nacer y superar la crisis de la adolescencia (mediados de la década de los 90), se reproduce (en sus nuevos programas) y se plantea de nuevo qué sentido tiene su existencia. “¿Ha valido la pena el esfuerzo realizado?” y, “¿para quién ha resultado válido el mismo?” que serían las preguntas a responder en una **evaluación de la eficacia del Programa Proyecto Hombre de Navarra**.

3. La evaluación de programas de intervención

Diversos autores (Feixas y Miró, 1993; Fernández-Hermida y Pérez, 2001; Garske y Jay, 1988) consideran a Eysenck como el primer autor que se preguntó ¿funciona la psicoterapia?

Esta pregunta supuso la madurez de la psicología como ciencia, ya que puso de relevancia la necesidad de afrontar la problemática de la causalidad. Es decir, por primera vez se planteó si los cambios observados en un determinado sujeto podían explicarse por el efecto de la psicoterapia. Así, hasta ese momento, los programas eran inicialmente aplicados y, tan sólo en ocasiones, evaluados posteriormente. No ha sido hasta esta última década cuando se ha empezado a contar con programas de intervención con eficacia probada. De hecho, todavía se continúan aplicando múltiples intervenciones cuya evidencia científica no ha podido ser constatada. Esta ausencia de evidencia no implica necesariamente la falta de eficacia de estos programas, sino que en algunos casos ésta no ha sido aún valorada.

No obstante, también es cierto que cada vez más los diferentes agentes implicados en la aplicación de programas se preguntan sobre la eficacia de sus intervenciones. Entre estos agentes hay que señalar las administraciones públicas, los diferentes sectores profesionales –sanitarios, educativos, sociales, socio-sanitarios, etc.- así como los/as propios/as usuarios/as que cada vez presentan una mayor conciencia de pacientes con derecho a un tratamiento eficaz.

No faltan autores que asocian la proliferación de programas de evaluación a la crisis del estado del bienestar. Hoy en día los propios ciudadanos/contribuyentes desean que su dinero sea aprovechado al máximo, lejos de despilfarros carentes de resultados.

Si esto es así en todas las áreas, hay que tener en cuenta que donde más se sufren las restricciones presupuestarias es en lo relacionado con los

asuntos sociales. De hecho, en la actualidad, en todas las convocatorias públicas la evaluación del programa a subvencionar es tanto un requisito como un criterio de valoración para la adjudicación de las ayudas.

Así pues, las razones científicas, éticas y de financiación, hacen de la evaluación de programas una necesidad. ¿Qué es la evaluación de programas?

3.1. Concepto y características de la evaluación de programas

La evaluación de programas comenzó en los años 60 (Bustelo, 1999) entendiéndose como una forma de investigación aplicada que debía seguir los estándares propios de la investigación. En esos años se llegó a entender la evaluación como una hermana menor de la investigación.

No obstante, si se define la evaluación de programas como “... *la sistemática investigación a través de métodos científicos de los efectos, resultados y objetivos de un programa con el fin de tomar decisiones sobre él*” (Rocío Fernández-Ballesteros, 1996a, p.23) se está ante algo más que una simple forma de investigación. La evaluación se constituye así como una disciplina que incluye un cuerpo de conocimientos teóricos y metodológicos así como un conjunto de habilidades aplicadas (Chacón, Anguera y López, 2000).

¿Qué diferencia a la evaluación de la investigación?

Bustelo (1999) agrupa en ocho áreas las diferencias entre investigación y evaluación: naturaleza/concepto, finalidad y condicionantes, contexto, objeto, método, destinatarios, resultados y agentes (Tabla 17).

Así, en cuanto a la naturaleza de ambas actividades, mientras que el objetivo de la **investigación** es **resolver algún problema** para conseguir su entendimiento o facilitar la acción, el objetivo de la **evaluación** es **determinar**

el **valor** (mérito y/o valía) del objeto evaluado con el fin de mejorarlo, rendir cuentas y/o ilustrar acciones futuras. Esta diferencia de objetivo implica que mientras el objeto de investigación es el QUÉ se aborda, el de la evaluación es el CÓMO se aborda. En la evaluación el interés reside en cómo evoluciona un problema a resultas de la intervención. De este interés por la evolución deriva que los plazos temporales sean habitualmente más ajustados para la evaluación ya que en muchas ocasiones del resultado de una evaluación deriva la continuidad o no del programa.

Tabla 17 Diferencias entre investigación y evaluación (Bustelo, 1999, modificado)

	INVESTIGACIÓN	EVALUACIÓN
Objetivo:	Resolver algún problema de forma que se consiga entendimiento o se facilite la acción.	Determinar el valor (mérito y/o valía) del objeto evaluado (programa, proyecto, servicio o política) con el fin de mejorarlo, rendir cuentas y/o ilustrar acciones futuras.
Condicionantes	Trasciende temporalmente.	Debe ser oportuna en el tiempo. TEMPORALIDAD AJUSTADA
Contexto	Lo prioritario es la investigación. Carácter técnico.	Lo prioritario es el programa evaluado y no su evaluación. Carácter marcadamente político.
Objeto	Lo importante es QUÉ se aborda.	Lo importante es CÓMO se aborda un problema.
Método	Selección, recopilación y análisis de información.	Diagnóstico de la situación evaluativa, elección del tipo de evaluación, definición de criterios, recopilación y análisis de información, valoración y emisión de juicios a la luz de los criterios de evaluación, al establecimiento de recomendaciones y comunicación de resultados para lograr una mayor utilidad/utilización de la evaluación.
Destinatarios	Grupos abstractos, comunidad científica	Grupos y personas concretas. Cliente, patrocinadores, responsables profesionales implicados, agentes, beneficiarios y víctimas del programa evaluado.
Resultados: productos y efectos esperados.	Publicación de resultados. Aportación a y reconocimiento de la comunidad científica.	Recomendaciones para la acción. Informes normalmente no publicados. Comunicación y difusión activa de resultados a los interesados.
Agentes (investigadores y evaluadores)	Necesario conocimiento previo y exhaustivo del sector.	Conocimiento del sector (puede desarrollarse a lo largo del proceso).

Las características hasta ahora descritas implican que mientras que el contexto de la investigación es más objetivo y técnico (al menos en las condiciones ideales), el contexto de la evaluación es marcadamente más

político que el de la investigación. De hecho, así como el resultado de una investigación es una publicación que aporta información a la comunidad científica, en el caso de la evaluación habitualmente es un informe no publicado que se facilita a los diferentes implicados en el objeto evaluado, con **recomendaciones** para la acción que se difunden a los interesados.

Tan importantes son estas recomendaciones que para Vedung (1996) *“la finalidad de la evaluación será proporcionar a los potenciales receptores información bien fundamentada, sabios juicios para la posterior reflexión y opciones eficientes para la acción”* (pág. 321). Pero a continuación el mismo autor reconoce que si alguna queja se puede tener en el panorama evaluativo es que: *“Las valoraciones son ignoradas descaradamente”* señalando que en muchas ocasiones se toma la decisión de cancelar programas que la evaluación demuestra como efectivos, o que continúen programas que se han mostrado como ineficaces.

Esta circunstancia remite, nuevamente, al contexto –marcadamente político- en el que se realiza la evaluación de programas. Lejos de renegar de este contexto, conviene tenerlo muy presente, pues tal y como señala Fernández-Ballesteros (1996a)⁷ son cuatro las **funciones** para las que puede servir la evaluación y de ellas tres tienen relación con decisiones políticas. (Tabla 18).

a.- Una función de la evaluación de programas es servir como **base para** tomar nuevas **decisiones presupuestarias**. Esto es así porque las partidas presupuestarias suelen dividirse por programas tanto en la contabilidad del sector público como del privado. Una realización de los objetivos previstos en los programas con un gasto ajustado determina muchas veces la continuidad o no de los programas. Incluso en los casos en que se producen prórrogas presupuestarias lo ajustado del gasto es el criterio determinante para la continuación de los programas.

b.- Una valoración positiva de un programa avala las decisiones que se tomaron sobre él, mientras que una evaluación negativa las desacredita. Esto es, la evaluación de programas sirve como **justificación de actuaciones emprendidas**.

c.- De cualquier manera, una evaluación de un programa suele implicar actuaciones sobre el mismo, que pueden ser eliminarlo, sustituirlo o mejorarlo. En teoría, al menos, la evaluación de programas debería ser el auxiliar en la **toma de decisiones** sobre el objeto evaluado.

d.- La cuarta función, la relacionada con la **contrastación de teorías** hay que encuadrarla en el contexto científico/técnico de la evaluación de programas. De hecho, cuando se evalúa un programa, se está evaluando la teoría que subyace al mismo, o al menos, su puesta en práctica. En este sentido, Fernández-Ballesteros (1996a) plantea que los datos obtenidos de la evaluación han de ser tomados con mucha cautela al no provenir de una investigación de laboratorio. Sin embargo, otros puntos de vista resaltan precisamente la necesidad de desarrollar otros modelos y métodos de investigación como complemento de los llevados a cabo en el laboratorio (Dehue, 2002). No obstante, sobre este particular se volverá más adelante al tratar sobre las dificultades metodológicas concretas de la evaluación de programas de drogodependencias.

Tabla 18 Funciones/Contexto de la evaluación de programas (Fernández-Ballesteros, 1996a)

Funciones de la evaluación de programas	Contexto
Contabilidad pública y toma de nuevas decisiones presupuestarias.	Político
Justificación de decisiones/actuaciones emprendidas.	
Nuevas actuaciones sobre los programas.	
Contrastación de teorías.	Técnico

Siendo todo lo anterior cierto, también hay que considerar que en la

⁷ Respecto a Bustelo (1998) Fernández-Ballesteros (1996a) añade la contrastación de teorías.

práctica clínica de la psicología, hay un componente investigativo-evaluativo que no puede desdeñarse, y que lleva a que se entremezclen la práctica evaluadora con la práctica investigadora. Ante un determinado paciente, y tras la aplicación de un tratamiento (programa) se deben tomar decisiones tales como la *eliminación, sustitución o mejora* del mismo, basándose en un componente valorativo. Y en el momento en que se apela a un componente valorativo se está ante algún tipo de evaluación.

Y es que cuando se valora la distancia entre lo que se tiene y lo que se debería tener; entre lo que hay y lo que debería haber se está *evaluando*. También se está evaluando cuando se relaciona lo que se ha obtenido con lo que ha costado, y cuando se responde a si esa inversión ha merecido la pena. En todos estos casos **se valora**, basándose en una situación ideal previamente establecida (aun cuando en algunos casos no se explicita) o en otra. De ahí que en ocasiones, con los mismos resultados, se esté –igualmente- ante “*una botella medio vacía*” o “*medio llena*”. De hecho, son bastante habituales las revisiones de estudios en las que a partir de datos idénticos se derivan orientaciones o recomendaciones completamente opuestas, tal y como se puede ver en la Ilustración 1.



Ilustración 1 Recomendaciones sobre la misma botella

Así pues, aun cuando el modelo de evaluación varíe según las preguntas a las que se quiera contestar, o el ámbito en que se aplique, la

presencia de un componente valorativo es segura. Este componente valorativo se basará en un criterio de comparación. Según el criterio de comparación, el resultado de la evaluación puede ser uno o justamente el contrario.

De ahí la amarga queja de Vedung (1996) ya expuesta sobre el poco peso real que tienen muchas veces las evaluaciones de los programas. No obstante, el mismo Vedung también responsabiliza de esta situación a las expectativas que ha generado sobre sí misma la propia evaluación de programas.

No obstante, la visión sobre la evaluación de programas no tiene porqué ser pesimista. Tal y como ha ocurrido en otros ámbitos, se han desarrollado una serie de códigos deontológicos para salvaguardar el ejercicio de esta disciplina (Bustelo, 1998) así como una serie de manuales y recomendaciones para abordar la evaluación en diferentes áreas.

De entre las diferentes recomendaciones a tener en cuenta, quizá la más importante sea: **¿qué objetivo/s tiene la evaluación que se va a realizar?**

A partir de esta definición de objetivo, el criterio sobre el que se van a valorar los resultados que se puedan encontrar es fundamental. Y es que aunque un programa no obtenga buenos resultados, puede salir fortalecido de una evaluación. Así, en el caso de la toma de nuevas decisiones presupuestarias aun cuando se considere que no se han alcanzado los objetivos, se puede determinar, por ejemplo, que ha sido por no disponer de los fondos suficientes, debiéndose reforzar la financiación del mismo. También es obvio que en el caso de la justificación de decisiones, unos buenos resultados en un programa pueden ser motivo para cancelarlo. La justificación de la cancelación se podría basar en no haber obtenido mejores resultados. Los dos casos anteriores ilustran toda una serie de interrelaciones entre los posibles elementos de la evaluación que hay que considerar. De hecho, tras la determinación del objetivo al que va a servir la evaluación habrá que determinar los criterios de comparación de los resultados del programa.

A esta labor ayudará la consideración de los diferentes tipos de evaluación existentes.

3.2. Tipos de evaluación de programas

Lo expuesto hasta el momento delimita tres ejes sobre los que clasificar las evaluaciones de programas (Fernández-Ballesteros, 1996a): según **para qué** se realiza (si atiende a la toma de decisiones sobre la ejecución del programa o a la contabilidad del mismo), según **cuándo** se realiza la evaluación (si durante el proceso, o una vez finalizado el programa), y según **desde dónde** se efectúa (si interna o externa) (Tabla 19). A continuación se presenta una descripción de los tres ejes:

Tabla 19 Tipos de evaluación de programas (Fernández-Ballesteros, 1996a)

¿Para qué?	¿Cuándo?	¿Desde dónde?
Toma de decisiones (Evaluación proactiva)	Durante el programa (Evaluación formativa)	Interna
Contabilidad del programa (Evaluación retroactiva)	Finalizado el programa (Evaluación sumativa)	Externa
		Mixta.

Eje utilitario (Para qué se realiza): si la evaluación se va a realizar para tomar decisiones sobre el programa en ejecución, sería una evaluación **proactiva**. Si el objetivo de la evaluación tiene fines relacionados con la contabilidad (entendiendo ésta bien como ejecución de gasto, o bien como recuento de resultados) es una evaluación **retroactiva**.

Eje temporal (Cuándo se realiza): asimismo, si la evaluación se realiza mientras el programa está en ejecución se trata de una evaluación **formativa**. Habitualmente la evaluación formativa tiene por función la mejora y perfeccionamiento del programa. Caso de realizarse la evaluación una vez

finalizado el programa es una evaluación **sumativa**, cuyo objetivo suele ser la evaluación de resultados o de impacto.

Eje interno/externo: este eje determina si quienes realizan la evaluación son personas implicadas en el programa objeto de evaluación (interno) o personas ajenas al mismo (externo). Ambos tipos de evaluación tienen sus ventajas e inconvenientes. Así, la evaluación interna se asocia con una optimización de las mejoras aplicables al programa, una menor reactividad por parte de los sujetos, menores costes en su aplicación y una mayor influencia sobre el programa. Los inconvenientes estarían relacionados con una menor objetividad, menor credibilidad social de la evaluación y menor utilización de estándares. Por el contrario, la evaluación externa se asociaría a una mayor objetividad, una metodología más dura, una maximización de la credibilidad social de la evaluación y una máxima utilización de estándares. Los inconvenientes estarían asociados a una menor permeabilidad del programa a las recomendaciones, una mayor reactividad de los sujetos y mayor coste económico.

Aun cuando se hayan presentado los diferentes tipos de evaluación por pares de tipologías, éstas no son excluyentes entre sí. Es más, en todo caso son complementarias entre sí, e incluso el ideal sería en la mayor parte de los casos complementar unas evaluaciones con otras. De hecho, una evaluación de la implantación de un programa (evaluación formativa y proactiva) quedará incompleta si no se conocen los resultados obtenidos (evaluación sumativa y retroactiva). Además, en la evaluación de la implantación se podría contar preferentemente con un equipo interno para maximizar las ventajas de este enfoque, mientras que en la evaluación de resultados sería más adecuado contar con un equipo externo.

Tras esta exposición, el análisis del presente trabajo se va a centrar sobre las evaluaciones de resultados.

3.3. ¿Se ha logrado el propósito? Evaluación de la eficacia. Conceptos relacionados

Para realizar la evaluación de los resultados de un programa la cuestión clave es determinar qué efectos o resultados ha conseguido el programa. La evidencia indica que los programas obtienen no sólo resultados en las áreas para las que fueron diseñados⁸, sino también en otras áreas que no fueron contempladas al diseñar el programa. Además, tanto los resultados esperados como los inesperados están ligados a unos costes (económicos o de otro tipo). Esto implica que al evaluar resultados se puede considerar tanto el grado de cumplimiento de los objetivos del programa, como otros posibles efectos no contemplados en el programa, así como la relación entre los costes y los resultados⁹ del programa. De esta diferenciación derivan los conceptos de **eficacia**, **efectividad** y **eficiencia** (Tabla 20).

Por **eficaz** se entenderá aquel programa que tras su aplicación haya alcanzado los objetivos previamente establecidos¹⁰ Fernández-Ballesteros (1996b).

La evaluación de la **efectividad** establece los efectos que han derivado del programa independientemente de los objetivos establecidos por los diseñadores del mismo. En el caso de que los efectos sean positivos, se considera que el programa evaluado ha sido efectivo.

Por su parte, la **eficiencia** va más allá de la eficacia por cuanto que relaciona los resultados con los recursos invertidos. En este caso puede implicar la comparación entre distintos programas.

⁸ Considerada, evidentemente, la ausencia de resultados como un resultado.

⁹ Sean los resultados esperados o no.

¹⁰ "(en inglés, la etiqueta valorativa sería la de effectiveness) Fernández-Ballesteros, 1996b (pág. 69).

Estos tres conceptos están muy relacionados, y en condiciones ideales debería poder darse una visión en conjunto de los tres tipos de evaluación para poder formar unas recomendaciones completas sobre el programa evaluado.

Como ejemplo ilustrativo de las conexiones entre estos tres conceptos, supóngase un programa que teniendo como objetivo acabar con moscas implicase el bombardeo de una zona industrializada (Tabla 20). Seguramente tras la aplicación del programa de bombardeo no quedase ninguna mosca, pudiendo valorar dicho programa como muy eficaz (ha cumplido el objetivo).

Tabla 20 Conceptos de eficacia, efectividad y eficiencia (a partir de Fernández-Ballesteros, 1996b)

Concepto	Definición	Ejemplo
Eficacia	Verificación de que los objetivos se han alcanzado	<i>Objetivo: Acabar con las moscas.</i> Matarlas a cañonazos. Muy eficaz. Realmente mueren todas.
Efectividad	Efectos alcanzados por el programa independientemente de los planteados.	Además de las moscas se destruye todo alrededor.
Eficiencia	Relación entre los resultados obtenidos y los recursos invertidos.	No es eficiente acabar con las moscas a cañonazos.

Pero el bombardeo, además de cumplir con el objetivo del programa ha destruido las instalaciones industriales. Esto es, ha tenido unos efectos. Estos efectos no eran los buscados por el programa, y en este caso, no se consideran positivos. Luego el programa ha sido muy poco efectivo (los efectos no contemplados antes de aplicar el programa han resultado negativos).

Respecto a la relación entre los resultados obtenidos y los recursos invertidos parece que la destrucción posterior al bombardeo así como los propios costes derivados del mismo no hacen eficiente “*acabar con moscas a cañonazos*”¹¹. Y eso es así porque pudiendo ser un programa eficaz, la eficiencia o efectividad de las medidas pueden resultar desastrosas.

¹¹ De hecho, cuando los recursos o las medidas tomadas para acometer una tarea son exageradas se suele exclamar: “eso es como matar moscas a cañonazos”.

Dado que la toma de decisiones está íntimamente ligada a cuestiones relacionadas con los costes de los programas, en los últimos años se han desarrollado un gran número de evaluaciones de la **eficiencia**. Las principales áreas de estudios de evaluación de la eficiencia en el campo de la salud son las siguientes: (Harwood, Malhotra, Villarivera, Liu, Chong y Gilani, 2002)

1. Estudios de **coste del tratamiento**: en estas evaluaciones se valoran los costes tanto directos como indirectos de los tratamientos. Esto implica considerar tanto los gastos del personal que aplica los programas, como otras cuestiones que no se consideraban anteriormente tales como el costo del desplazamiento de los pacientes, las horas no trabajadas por los mismos y otras. Una variante de este tipo de estudios ha sido el estudio de los costes del no tratamiento de determinadas enfermedades.
2. Estudios de **coste-eficacia**: en estos estudios se analiza la eficacia relativa de enfoques alternativos para mejorar la salud con índices expresados en resultados no monetarios. Esto es, se comparan los resultados de diferentes tratamientos entre sí valorando los beneficios obtenidos en términos no económicos. Por ejemplo, comparando mejoras en la calidad de vida, en años de vida, en adherencia a los tratamientos, en sustitución de penas de internamiento, etc.
3. Estudios de **coste-beneficio**: con el mismo planteamiento que en el caso anterior, se comparan los resultados de diferentes programas en términos, esta vez sí, económicos.
4. Estudios "**cost offset**": estos estudios, basándose en las evaluaciones de coste-beneficio, relacionan el coste del tratamiento con posteriores ahorros en materia de salud. Un ejemplo puede ser el coste derivado de realizar mamografías a la población femenina cada cinco años (campañas informativas, asignación de recursos y personal), y establecer lo que se ahorrará en el futuro en cuanto a tratamientos de cánceres de pecho. En muchas ocasiones una gran inversión inicial puede redundar en un gran ahorro posterior.

En el área de los programas de salud, en el momento de tomar decisiones sobre los programas, además de las consideraciones relacionadas con los costes-beneficios hay que tener en cuenta consideraciones éticas sobre el derecho a la salud de los ciudadanos. Desde esta perspectiva del derecho a la salud (y no sólo del rendimiento económico) Corella (2002) ha establecido una metodología a seguir para los estudios de inversión en ciencias de la salud.

No obstante, aun cuando existe un claro consenso en la necesidad de delimitar el grado de cumplimiento de los objetivos, de los posibles efectos colaterales y de la relación de todos ellos con los recursos invertidos o viabilidad económica, no todos los autores coinciden con las denominaciones presentadas¹² en esta revisión.

Sobre lo que sí hay establecido consenso es que a la hora de emitir unas recomendaciones sobre un programa, cuando menos se han de conocer los resultados del mismo. Conociendo qué resultados ha tenido se podrán relacionar estos con los costes, comparar con los resultados de otros programas, determinar ahorros futuros... el conocimiento de la eficacia del programa es fundamental en evaluación, y el punto de partida de otro tipo de evaluaciones. Si no se conocen ni la cantidad ni la calidad de los objetivos y efectos logrados no se pueden establecer planes de mejora.

¹² Así, en el ámbito farmacológico, **eficacia** es la constatación de la mejora de un estado de salud atribuible a una sustancia farmacológica. Esta eficacia se ha de apoyar en estudios de laboratorio, controlados a doble ciego.

La **efectividad** sería la acción en el entorno de aplicación. Esto es, en condiciones de aplicación naturales. En estas condiciones la eficacia se reduce porque hay pacientes que no cumplen bien las indicaciones, se dan interacciones con otras sustancias no contempladas en el laboratorio, etc. De hecho, para algunos autores los tratamientos psicológicos, (Fernández-Hermida y Pérez, 2001) no aplicados en laboratorios, serían objeto de evaluaciones de la **efectividad** (de los efectos que desencadenan).

3.3.1. ¿Cómo se sabe si un programa ha sido eficaz? La eficacia en los programas de salud.

Resumiendo lo hasta ahora expuesto, queda claro que la pregunta que se ha de responder al determinar la eficacia de un programa es: *¿Qué resultados son directamente atribuibles al programa implantado?*

La valoración de la eficacia, es un problema complejo, no sólo en el ámbito de la evaluación de programas, sino también en el ámbito de la investigación y de la ciencia en general. De hecho, una de las corrientes que más auge está tomando en los últimos años es la revisión de las evidencias de los programas o tratamientos. Esta revisión de evidencias se identifica con la acumulación de pruebas de la eficacia de los programas o tratamientos.

La determinación de la eficacia (sobre todo en la aplicación diaria de programas o tratamiento) es una tarea muy compleja. Se han propuesto diferentes escalas de gradación de los niveles de calidad de la evidencia en función del rigor científico de los estudios (Jiménez, 2000). Estas escalas identifican desde la ausencia de evidencia de resultados o efectos hasta la máxima evidencia de que un programa o tratamiento funcionan. Entre las mismas destacan la de la US Preventive Task Force, la de The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care o la de la Agència d'Avaluació de Tecnologia Médica (Tabla 21).

La US Preventive Services Task Force valora como un mínimo de evidencia la opinión de expertos reconocidos, basada en experiencias clínicas, estudios descriptivos o informes de comités de expertos. En un segundo nivel sitúa las evidencias obtenidas de múltiples series comparadas en el tiempo, con o sin intervención para valorar con mayor grado de evidencia los estudios de cohortes o de casos y controles, bien diseñados y realizados en más de un centro o por un grupo de investigación. Para esta entidad, la evidencia obtenida a partir de ensayos controlados sin asignación aleatoria y la evidencia de al

menos un ensayo clínico aleatorio y controlado serían las más altas pruebas de eficacia.

Para The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, la mayor evidencia de eficacia proviene de un ensayo controlado y aleatorio con muestra grande. Por su parte, para la Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica la mayor evidencia ha de provenir de metaanálisis de ensayos controlados y aleatorizados. En cualquier caso, en todas estas escalas el ensayo controlado y aleatorizado es el grado mayor de evidencia de eficacia. En un grado intermedio se sitúan los estudios de cohortes, y en la escala más baja los casos únicos o las opiniones de los expertos basadas en estos casos. Este enfoque experimentalista es el predominante en las ciencias de la salud.

Tabla 21 Criterios de gradación de calidad de la evidencia en función del rigor científico del diseño (Jiménez, 2000)

US Preventive Services Task Force	The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care	Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica
<p>III. Opiniones de expertos reconocidos, basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.</p> <p>II-3. Evidencia obtenida a partir de múltiples series comparadas en el tiempo, con o sin intervención.</p> <p>II-2. Evidencia obtenida a partir de estudios de cohortes o de casos y controles bien diseñados, realizados preferentemente en más de un centro o por un grupo de investigación.</p> <p>II-1. Evidencia obtenida a partir de ensayos controlados bien diseñados pero sin asignación aleatoria.</p> <p>I. Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico aleatorio y controlado y diseñado de forma apropiada.</p>	<p>10. Notificación de un caso aislado.</p> <p>9. Serie consecutiva de casos.</p> <p>8. Vigilancia epidemiológica (bases de datos o registros).</p> <p>7. Estudios transversales.</p> <p>6. Estudio de casos y controles.</p> <p>5. Estudio de cohortes.</p> <p>4. Ensayo no aleatorio con controles históricos.</p> <p>3. Ensayo no aleatorio con controles concurrentes.</p> <p>2. Ensayo controlado y aleatorio con una muestra pequeña.</p> <p>1. Ensayo controlado y aleatorio con una muestra grande.</p>	<p>IX. Anécdotas o casos únicos.</p> <p>VIII. Series clínicas no controladas. Estudios descriptivos. Comités de expertos.</p> <p>VII. Estudios de casos y controles.</p> <p>VI. Estudios de cohorte.</p> <p>V. Ensayo prospectivo controlado no aleatorizado (controles históricos).</p> <p>IV. Ensayo prospectivo controlado no aleatorizado (controles coincidentes en el tiempo).</p> <p>III. Ensayo controlado y aleatorizado de muestra pequeña.</p> <p>II. Ensayo controlado y aleatorizado de muestra grande.</p> <p>I. Metaanálisis de ensayos controlados y aleatorizados.</p>

Ante tal panorama, Chacón *et al.* (2000) tras posicionarse a favor de la lógica del procedimiento científico advierten que en el caso de problemas

complejos (como pueden ser los programas de tratamiento de drogodependencias) se puede estar ante la alternativa de flexibilizar el procedimiento, o situarse al margen del mismo. De ahí que enfatizan la necesidad de un criterio de "*plausibilidad*" del conocimiento. Esto es, de potenciar la obtención de información con el mayor grado de validez científica, pero sin pensar necesariamente en la aplicación de una lista de diseños aplicables a situaciones estándar. La sistematización de las posibles amenazas a la validez, y el conocimiento previo de otros estudios darán cuenta de la robustez de las teorías y medidas empleadas.

4. La evaluación de la eficacia en drogodependencias

Todas y cada una de las funciones señaladas anteriormente para la evaluación de programas¹³ son aplicables a las intervenciones que se han realizado en el campo de las drogodependencias. No obstante, la sorprendente irrupción del fenómeno de las drogodependencias, así como su rápida evolución, condicionaron que ni la evaluación de resultados, ni la evaluación de programas se tuviesen presentes durante varias décadas.

“Sólo recientemente, en la medida que se han podido ir reuniendo evidencias de los resultados obtenidos y que el problema¹⁴ se halla más asumido por nuestras sociedades, se ha afirmado la exigencia de intervenciones estandarizadas y profesionales, de las que se pudiera conocer lo que funciona, cómo funciona y por qué. La evaluación constituye el instrumento que permite satisfacer esta exigencia dando respuesta a las preguntas cuestionadas y permitiendo la elección de los recursos más adecuados a cada caso”. (Colletti, 2002, p. 23).

No obstante, no sólo fueron causas externas las que condicionaron la ausencia de evaluaciones sobre los programas de tratamiento. La propia complejidad del fenómeno abordado por los programas de tratamiento ha contribuido a que las evaluaciones hayan sido limitadas, y en algunos casos, los resultados e informes de ellas derivados contradictorios.

No es de extrañar, por tanto, que en los últimos años hayan proliferado tanto los manuales de evaluación de programas de drogodependencias, (Kröger, Winter y Shaw, 1998; Yates, 1999) como los instrumentos de evaluación (Iraurgi y González, 2002). Tampoco han faltado en España voces reclamando una evaluación tanto del impacto como de los resultados de las acciones desplegadas (sociales, legales, sanitarias, económicas, políticas...) en la década de los 90 (Meneses, Estebaranz, Zabalo y López-Goñi, 2003). O incluso reclamando de la Administración Pública que financie aquellos tratamientos que cumplan con unos requisitos de eficacia y eficiencia, a partir

¹³ Base para nuevas decisiones presupuestarias, justificación de actuaciones emprendidas, toma de decisiones y contrastación de teorías.

de estudios debidamente controlados (Fernández-Hermida y Secades, 2000).

4.1. Evaluabilidad de los programas de tratamiento de drogodependencias

La evaluabilidad de un programa se define como la viabilidad para poder realizar una evaluación (Fernández-Ballesteros, 1996c). La evaluabilidad depende de dos tipos de cuestiones: de la **calidad del programa** a evaluar y de las **barreras** que puedan surgir a lo largo de la evaluación.

La **calidad** del programa a evaluar depende de la definición en el diseño, de la planificación con que se ha ejecutado, de la forma en que se ha implantado y de la ejecución. Asimismo, en función de la complejidad de los objetivos del programa (áreas sobre las que interviene) y la previsión de perdurabilidad de los mismos (si se han de mantener a corto o largo plazo) varía la complejidad de la evaluación. No obstante, la experiencia indica que aun cuando los programas de tratamiento en drogodependencias estén muy definidos, son muy complejos de evaluar puesto que integran muchos objetivos a corto y largo plazo, así como múltiples interacciones con otros elementos (Devine, 1999). Por ejemplo, la evaluabilidad de un programa de intercambio de jeringuillas en prisión es mayor que la evaluabilidad de un tratamiento libre de drogas en una comunidad terapéutica¹⁵. Para mejorar la evaluabilidad de los programas se ha propuesto el Modelo Lógico, que se analiza en un apartado posterior.

Además hay que tener presente qué evaluaciones se pueden realizar

¹⁴ De las drogodependencias

¹⁵ En el programa de intercambio de jeringuillas, un indicador de la eficacia del programa es el número de jeringuillas intercambiadas. Si además el programa tiene algún otro tipo de componente (educativo o sanitario) seguramente bastaría con unos pocos indicadores para tener constancia de la implantación del programa y poder calcular los costes del mismo (para poder calcular posteriormente el coste-eficacia, coste-beneficio...). Además un programa de este tipo genera resultados desde el mismo momento de su implantación, pero un tratamiento en Comunidad Terapéutica es más complejo, y más difícil de evaluar. Además, los primeros resultados que suele arrojar la Comunidad Terapéutica son los abandonos del programa, generando en

sobre un programa de tratamiento en drogodependencias. Si se considera qué tipos de evaluaciones se pueden realizar, se podrán planificar los procesos de evaluación para atender a las mismas, esto es, se mejorará en evaluabilidad. Kűfner (1998) clasifica en ocho tipos las evaluaciones de un programa de tratamiento: (1) evaluaciones sobre la implementación del programa, que valoran la flexibilidad y adaptación a los pacientes; (2) evaluaciones sobre los fines del programa (durante el programa y en el seguimiento); (3) evaluación de la intervención del tratamiento y cambios en la conducta del paciente; (4) evaluación de variables del paciente como predictoras del rendimiento del programa; (5) evaluación de factores del tratamiento como predictores del éxito del programa; (6) evaluación de indicaciones diferenciales, esto es, de la interacción entre los pacientes y variables del tratamiento; (7) meta-análisis de resultados en la literatura; y (8) evaluaciones del tipo coste-beneficio.

También puede haber **barreras** que dificultan la evaluación. Éstas tienen que ver con la aceptación de la misma por parte de los diferentes implicados (*stakeholders*), del “compromiso” de los evaluadores con la institución/programa evaluado, de la propia finalidad de la evaluación y de los costos asociados a la ejecución. Esta dimensión de la evaluabilidad también se discutirá a continuación.

4.1.1. Los modelos lógicos: una herramienta para la evaluación.

Los modelos lógicos (Devine, 1999) son representaciones gráficas descriptivas de los programas de tratamiento y de cómo se supone que actúan. Un modelo lógico representa los vínculos entre los problemas de abuso de sustancias, el diseño de los servicios de intervención y los resultados esperados a corto y largo plazo. El modelo lógico consiste habitualmente en cuatro componentes:

- 1) Las **condiciones y el contexto** en que se desarrolla el programa de

cierta manera, a corto plazo los resultados negativos.

tratamiento. Incluye las características de la población objetivo de la intervención, los recursos de la comunidad y otro tipo de elementos relacionados con la política que dirige las actividades de los servicios de tratamiento (recursos materiales, humanos, vinculaciones con otras instituciones, etc.).

2) Las actividades y los **servicios** ofrecidos para el tratamiento del abuso de sustancias.

3) Los **resultados a corto plazo** (short-term outcomes), esto es, aquellos que se esperan inmediatamente como efecto del tratamiento.

4) Los **resultados a largo plazo** (long-term outcomes), aquellos que se espera conseguir y mantener después de un tiempo de finalizado el tratamiento.

Los modelos lógicos son más eficaces cuando se presentan gráficamente por cuanto que así se establecen claramente las relaciones entre los cuatro componentes. El modelo lógico del programa (supuesto) de intercambio de jeringuillas en prisión sería tal y como se presenta en la Ilustración 2.

En un contexto penitenciario, teniendo por población objetivo usuarios/as de drogas por vía parenteral, se facilitan jeringuillas para que los reclusos no reutilicen las que emplean, y no las tengan que compartir. De esta manera, a corto plazo se espera que disminuyan las reinfecciones entre las personas infectadas, y que no se infecten personas todavía no contagiadas. De esta manera se lograría, a largo plazo, un incremento en la esperanza de vida. El modelo lógico permite ahora planificar tanto la evaluación como las actividades.

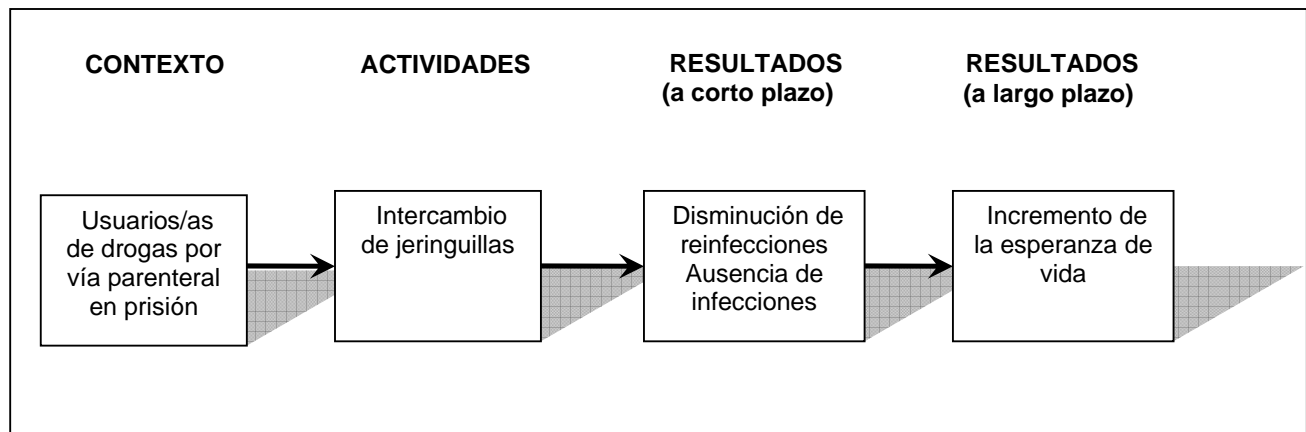


Ilustración 2 Modelo lógico de programa de intercambio de jeringuillas (supuesto)

Las técnicas de modelo lógico se propugnan para (1) la gestión de agencias/entidades, (2) la gestión y diseño de programas de tratamiento de drogodependencias, (3) la evaluación de dichos programas y (4) la generación de conocimiento sobre la eficacia de los tratamientos, así como para la identificación de buenas prácticas. Estas cuatro funciones a las que sirven los modelos lógicos coinciden con las funciones asociadas a la evaluación, luego está justificado su empleo en la presente revisión.

El modelo presentado en la Ilustración 3 identifica los elementos presentes en cada componente de los programas de tratamiento. Posteriormente, se identificarán las dificultades más habituales en la evaluación, dificultades que condicionan la **evaluabilidad** del programa.

4.1.2. Elementos de un programa de tratamiento.

Como se ha señalado, los cuatro componentes de un programa de tratamiento **CONDICIONES/CONTEXTO, ACTIVIDADES, RESULTADOS A CORTO PLAZO Y RESULTADOS A LARGO PLAZO** se componen de diferentes elementos interrelacionados entre sí (Ilustración 3).

En el componente identificado como **Condiciones/Contexto** del programa de intervención se diferencian (1) la *Planificación del Tratamiento*, (2) la *Planificación de los Recursos* y (3) el *Plan de Evaluación*. En la *Planificación del Tratamiento* se incluyen tanto los fines como los objetivos del programa, los modelos de intervención y las modalidades del tratamiento, así como las interrelaciones con otros recursos comunitarios.

En (2) la *Planificación de los Recursos* se incluyen aspectos relacionados con los recursos económicos, de personal, así como otro tipo de apoyos. Estos aspectos condicionan tanto la Planificación del Tratamiento como el propio Plan de Evaluación. En (3) el *Plan de Evaluación*, si se cuenta con los fines y objetivos del Programa, es más viable la búsqueda de medidas que sirvan para establecer protocolos de evaluación. Si además se cuenta con los suficientes recursos económicos, de personal y de apoyo, se facilitará llevar a cabo adecuadamente la evaluación.

En las **Actividades** se pueden identificar cuatro elementos interrelacionados. El (1) *alcance* previsto del programa, (2) los *pacientes admitidos*, (3) el propio *tratamiento* y (4) la *evaluación del proceso*.

(1) Si se cuenta con una población objetivo para la atención, ésta debe ser definida desde la planificación del tratamiento, y se debe contar con los recursos necesarios para su atención. La adecuación de estos elementos implicará que los (2) *pacientes admitidos* a tratamiento se ajusten al perfil del programa. Para el rediseño de los servicios es importante también conocer los pacientes que han rechazado el tratamiento sin llegar a ingresar, y las derivaciones realizadas a otros servicios. La información recogida en las primeras etapas del tratamiento constituirá la línea base sobre la que comparar la evolución en el tratamiento.

(3) El *tratamiento* ofrecido a los pacientes, caso de estar suficientemente estructurado, será fácilmente revisable, siendo adaptado fácilmente a las necesidades de los pacientes si se cuenta con un (4) *proceso de evaluación*.

En este proceso es importante conocer tanto la situación de partida de los sujetos que realizan el programa, como aquellos que abandonan y el momento en el que lo hacen.

En los **Resultados a Corto Plazo**, se deberían considerar las finalizaciones del programa, y la evolución en áreas tales como el uso/abuso de sustancias, actividad delictiva, adecuación familiar y social, salud física y mental, empleo/situación económica, condiciones de vivienda y satisfacción con el programa. La evaluación de estas áreas implica tener conocimiento de su evolución respecto de la situación anterior al tratamiento (línea base), para poder concluir si se ha producido mejora, empeoramiento o mantenimiento de la situación.

En los **Resultados a Largo Plazo**, transcurrido un tiempo tras la finalización del programa, se revisan las áreas anteriores y se pueden comparar con la situación al principio del tratamiento, y en el momento de la finalización. De esta manera se puede valorar el mantenimiento de los objetivos de tratamiento tras la finalización del tratamiento.

Un elemento clave en todo lo relacionado con los resultados observados es la determinación de la **causalidad** entre las **variaciones** pre-post tratamiento y la intervención aplicada. Además de determinar la variación entre las medidas pre-post tratamiento, se debe valorar la incidencia del programa sobre esas variaciones, eliminando, por ejemplo, la posible incidencia de otros elementos como podría ser, por ejemplo, la propia maduración de los sujetos que participan en el programa.

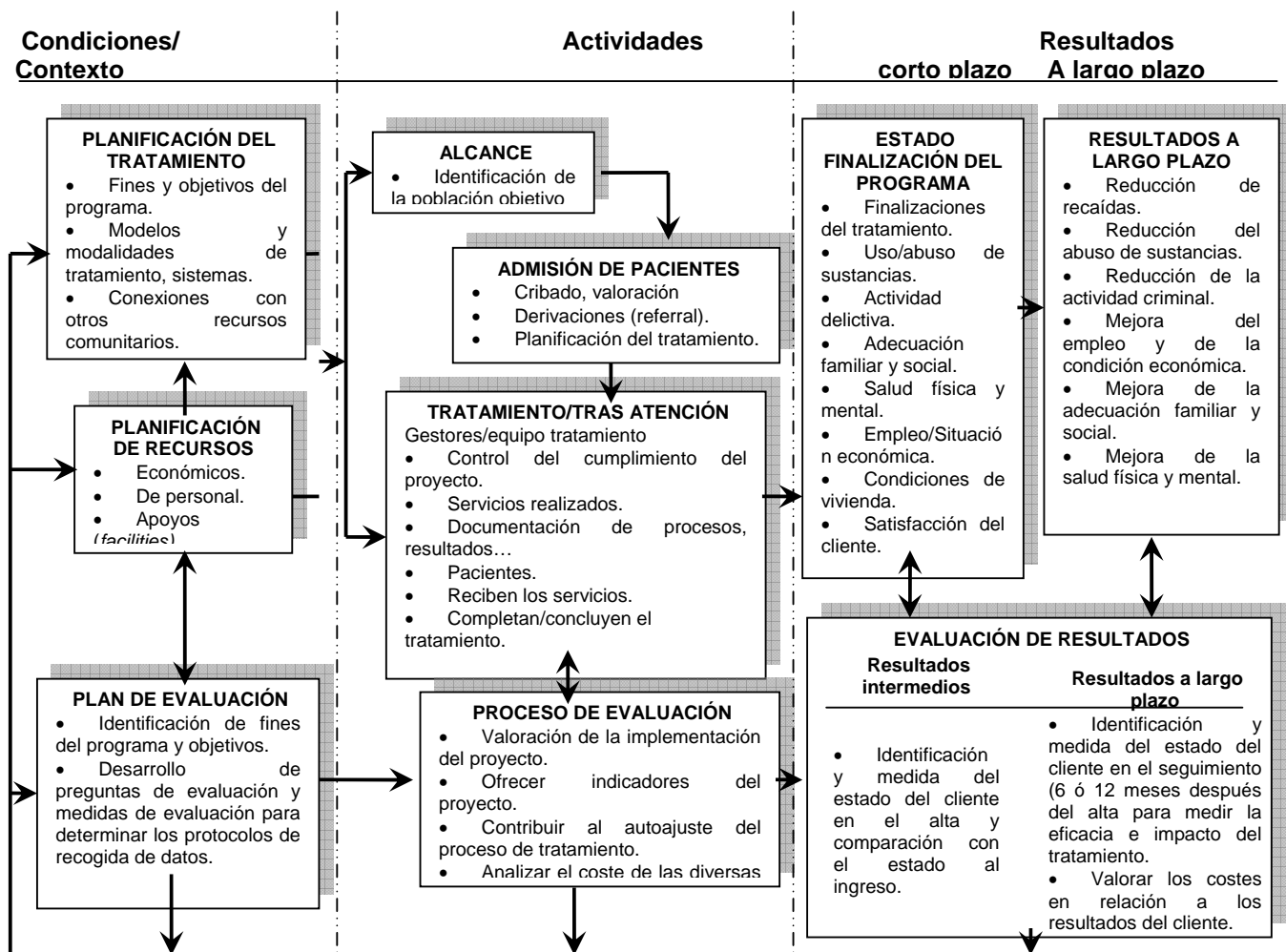
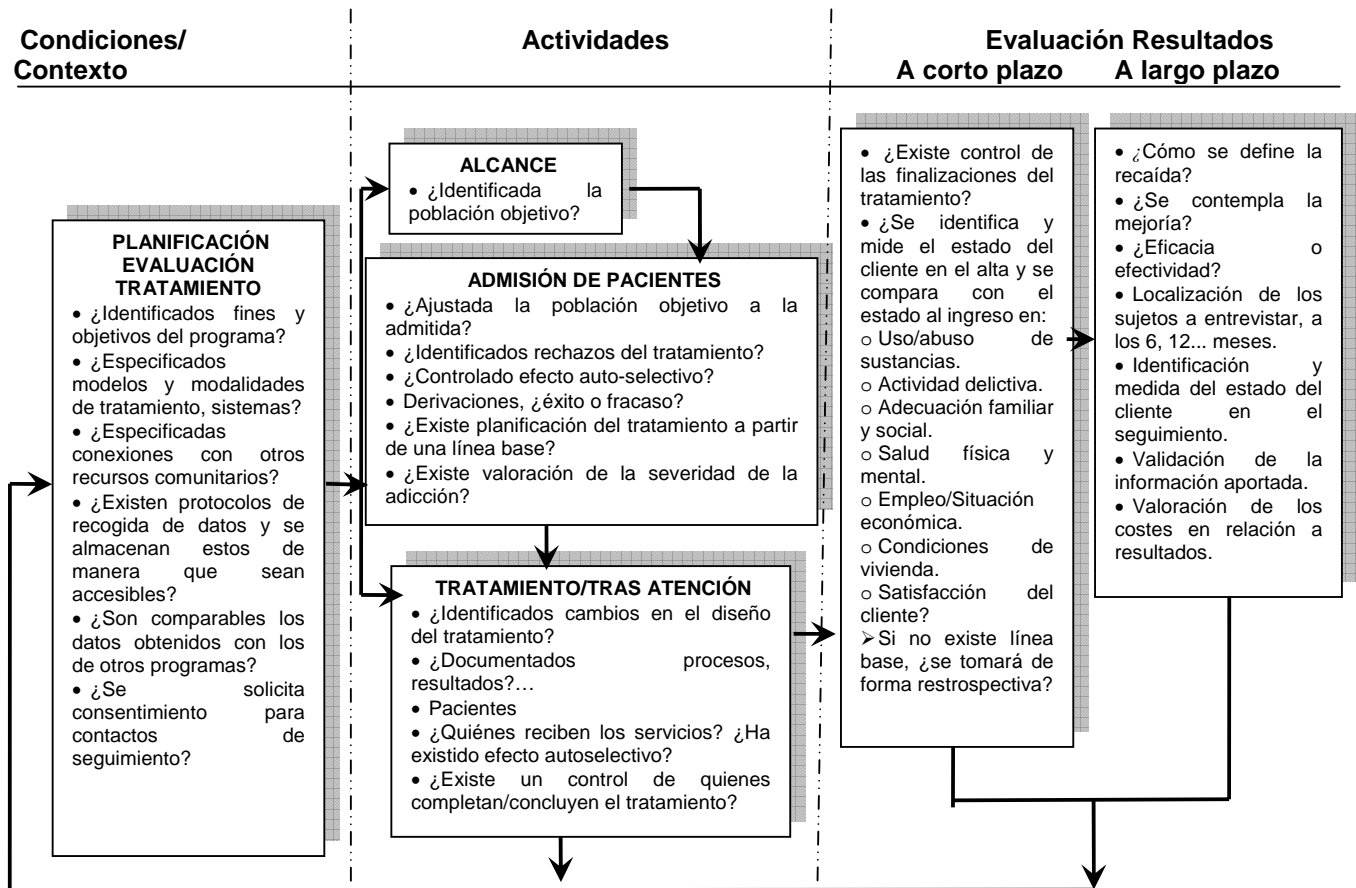


Ilustración 3 Interrelaciones entre planificación de servicios de tratamiento y evaluación (Devine, 1999)

Los resultados a corto y largo plazo, así como los indicadores del proceso ofrecen información tanto para los planes de evaluación, como para la planificación del programa, que de esta manera pueden reajustar sus previsiones.

4.1.3. Evaluabilidad de los elementos de un programa de tratamiento:
dificultades metodológicas.

A partir del modelo lógico genérico propuesto en la Ilustración 4 se presentan los elementos que se han de tener en cuenta para realizar una evaluación. Cuanto mejor definidos estén los elementos de un programa más sencillo será evaluarlo.



EL PROBLEMA DE LA CAUSALIDAD DE LA INTERVENCIÓN (¿eficacia o seguimiento?)

Ilustración 4 Modelo lógico de elementos necesarios para la evaluación

Contexto/Condiciones.

Respecto al contexto, o condiciones en que se desarrolla el tratamiento, es importante contar con fines y objetivos explícitos del programa. Si además los objetivos del programa de intervención están definidos en términos operativos, se pueden incluir indicadores en los protocolos de evaluación que se desarrollen. Por desgracia, la definición de objetivos en términos operativos no ha sido habitual en el área de la intervención social o de las drogodependencias.

Para las Naciones Unidas (2003a), *“una política pública o un planteamiento eficaz para abordar el problema del abuso de drogas debería disminuir la delincuencia, el desempleo, la disfunción de las familias y el uso desproporcionado de servicios de atención médica causados por las drogas”* (p. iii). En alguna medida, estos elementos deberán contemplarse, tanto en el planteamiento del programa, como en la recogida de datos y evaluaciones posteriores.

También es importante conocer el modelo de tratamiento que se desarrolla, así como los ingredientes terapéuticos (*key factors*) que lo componen. Si estos ingredientes se hallan identificados se pueden incluir en el protocolo de evaluación, y revisar periódicamente su adecuación al modelo de tratamiento. Esto es, se pueden emplear como criterios de evaluación (Kokkevi, 1998). Hester (1997) agrupa los factores que afectan a los resultados del tratamiento en drogodependencias en tres áreas: características del terapeuta, efecto del encuadre sobre el resultado del tratamiento y asignación de los pacientes a los tratamientos. A partir de esta caracterización, tal y como se expondrá más adelante, se pueden realizar comparaciones entre diferentes modalidades de tratamiento.

También ayudará a entender los resultados del tratamiento establecer la vinculación del programa con otros recursos comunitarios: ¿forma parte de una red de inserción social, laboral? ¿interacciona con centros de salud, de atención a la mujer o con dispositivos de otro tipo? En algunas ocasiones, las

diferencias entre programas de tratamiento se explican por la existencia de diferentes tipos de vinculación con otros profesionales.

Otro factor que determina en buena medida la evaluabilidad es el sistema de almacenamiento de las variables relevantes. Una recogida de datos exhaustiva pero que no esté disponible para la valoración de cada caso, o del propio programa de tratamiento disminuirá la evaluabilidad del programa. Además, una buena recogida de datos que aporte información relevante debe ser planificada cuidadosamente, ya que la información recogida condiciona la comprensibilidad del resto de elementos.

Además, si el objetivo de los programas de tratamiento es ofrecer lo mejor para los pacientes, se ha de contemplar la posibilidad de comparar sus resultados con los de otros programas de tratamiento. De esta manera, se podrán ajustar los resultados obtenidos y comparar las prácticas propias con otras (Walburg, 2004). Pero también es necesaria una previsión para la comparación, ya que los resultados que se recojan han de ser comparables con los de otros tratamientos. En este sentido, el uso de instrumentos estandarizados es una exigencia ineludible (Fridell, 1998).

Actividades

Respecto al elemento definido como *alcance* (outreach) (Ilustración 4) los programas de reducción de riesgos o de mantenimiento con metadona definen muy claramente los criterios tanto de inclusión como de exclusión de sus pacientes. Lo mismo ocurre con los programas elaborados a partir de procedimientos basados en los experimentos controlados. Todos estos programas tienen una población diana muy determinada y, en gran medida, han surgido para responder a poblaciones identificadas como “refractarias” al tratamiento. Pero no ha sido ésta la realidad de, por ejemplo, las comunidades terapéuticas que tradicionalmente han atendido problemas derivados del uso/abuso de sustancias sin más especificaciones. De la experiencia

acumulada se han podido derivar protocolos de asignación de tratamiento, y tratamientos para los “sin tratamiento”, siempre y cuando se haya recogido información de la demanda que rechazó el tratamiento. Si ni tan siquiera se registra la demanda no satisfecha, difícilmente se podrá obtener información.

Caso de que no esté definido por el programa el perfil del paciente al que está dirigido, es importante determinarlo ya que se ha de valorar la presencia de posibles sesgos que autoseleccionen a pacientes de determinadas características. Por ello, aun cuando no se hubiese definido la población diana, habría que valorar el perfil de las personas atendidas. El posible efecto autoselectivo podría valorarse contrastando los perfiles de las personas que rechazan el tratamiento sin llegar a incorporarse, con los de las personas que lo abandonan tempranamente y con los de las personas que lo finalizan (Fernández-Hermida y Secades, 2001; Hendricks, 1998). Así, aunque aún no se disponga de un perfil claro de los pacientes que abandonan el tratamiento, no hay duda de que el estudio de los abandonos puede aportar información clave para conocer las limitaciones de los tratamientos (Mariani, 1998).

También es importante valorar y determinar si los casos en que los pacientes son derivados a otro tratamiento o dispositivo van a ser considerados como éxitos o fracaso del tratamiento. Ésta es una de las decisiones que se ha de tomar en función de los objetivos asignados a la evaluación. No obstante, el control de los casos derivados, y en condiciones ideales, el conocimiento de su posterior evolución, aportará información relevante al programa.

Si existe una planificación del tratamiento a partir de una línea base, ésta se ha de recoger de forma que sea accesible para la valoración del tratamiento. Asimismo, deberá recoger las áreas sobre las que incide el programa y, en última instancia, ha de contemplar los fines para los que se diseñó el programa. En la medida de lo posible, y retomando recomendaciones ya expuestas, se deberían primar instrumentos de evaluación estandarizados. Además sería conveniente contemplar algún tipo de valoración de la severidad de la adicción

y de la posible presencia de patología dual. En la actualidad se cuenta con buen número de instrumentos con aceptables propiedades psicométricas (Fridell, 1998).

Cuando un programa ha evolucionado en el tiempo, las modificaciones realizadas sobre el mismo pueden aportar información sobre la importancia de los diferentes componentes. No obstante, para ello es necesario que se documenten las modificaciones, así como el momento en el que se introdujeron¹⁶.

Finalmente, para poder realizar cualquiera de las evaluaciones diseñadas tiene que realizarse un control de las personas que completan el tratamiento. No obstante, en según qué tipo de intervenciones también es recomendable contemplar el grado de cumplimiento del programa para ayudar en la valoración del mismo. Este criterio parece importante, sobre todo para los programas de tipo ambulatorio. Mientras que en un tratamiento en Comunidad Terapéutica en cuanto que una persona sale del centro sin el consentimiento del equipo terapéutico se puede considerar fácilmente como un abandono, en un tratamiento ambulatorio pueden pasar varias semanas sin que el paciente acuda a la consulta hasta que se le dé por abandono. ¿Este último paciente ha recibido la misma “dosis” de terapia que otra persona en el mismo régimen que sí ha acudido a las citas? Parece que no, y que ha de contemplarse esta variable en las evaluaciones.

Evaluación de resultados.

En la **evaluación de los resultados**, sean estos a corto o a largo plazo, una cuestión muy discutida en la investigación ha sido la relativa al tipo de criterios en que se ha de basar la evaluación. ¿Ésta se ha de fundamentar en un criterio único (por ejemplo, el mantenimiento de la abstinencia) o en criterios

¹⁶ Si por ejemplo, se ha pasado de un tratamiento residencial a semi-residencial, un análisis de las series temporales debe contemplar esta variación en el tratamiento.

compuestos (adecuación social, mantenimiento de la abstinencia, mejoras laborales, educativas, sanitarias, etc.? (Fridell, 1998). Dado que los programas parecen orientados a incidir sobre varias áreas de intervención parece que las evaluaciones orientadas a obtener medidas combinadas del estado de los pacientes son más adecuadas. No obstante, tal y como advierte Fridell, las medidas combinadas, basadas en criterios compuestos, tienen sus repercusiones sobre los resultados presentados en los informes, ya que disminuyen las tasas de eficacia y de efectividad de los programas de tratamiento¹⁷. Previsiones de esta naturaleza recuerdan lo ligada que está la evaluación a la justificación de políticas asistenciales realizadas por las instituciones, más que a las mejoras de los programas.

En ese contexto de denuncia se han de entender opiniones como la de Sánchez-Pardo (2000), que en su revisión sobre la efectividad de los programas de sustitutivos opiáceos advierte: *“si se quiere hacer de la evaluación una herramienta verdaderamente eficaz, cuyo papel no se limite a legitimar la oportunidad de una determinada política asistencial, la respuesta no puede ser otra que la de la apuesta por diseños de evaluación ambiciosos”* (p. 69). En este sentido, el mismo autor reclama la necesidad de realizar una revisión crítica de los resultados presentados “en sociedad” para comprender realmente la verdadera efectividad de los programas¹⁸.

En este mismo contexto hay que entender la advertencia de que es necesario precisar al máximo los criterios empleados en la evaluación de los programas. Además, en el caso en que se comparen diferentes tratamientos

¹⁷ Este autor refiere en una revisión de diferentes estudios, que la abstinencia a drogas está presente en el 50% de los evaluados en el seguimiento. Pero si se considera el abuso de alcohol, la eficacia disminuye al 40%. Si además se incluyen otros indicadores de salud, tan sólo entre el 10-14% de los evaluados estarían completamente rehabilitados y libres de todo tipo de sufrimiento psicológico.

¹⁸ Valga una anécdota presenciada en persona. En la presentación de los datos de la evaluación de la implementación del primer programa de mantenimiento con metadona en Navarra, se expusieron los datos de las analíticas para la detección del consumo de tóxicos realizadas. Se explicó, claramente, que las analíticas se habían realizado, aleatoriamente, entre los “*martes y jueves*” de cada semana. A la pregunta de por qué se habían realizado las analíticas de “*martes a jueves*”, la persona que presentó el

entre sí, hay que tener muy claros y definidos cuáles van a ser los criterios de comparación.

Franklin y Frances (2000) reducen a dos los tipos de tratamiento: tratamientos de mantenimiento (o sustitución) y tratamientos de abstinencia. Esta diferenciación justificaría el empleo de diferentes criterios de valoración entre los programas de mantenimiento y los programas de abstinencia. Sin embargo, las diferencias deben considerarse no sólo entre diferentes modalidades de tratamiento (mantenimiento vs. abstinencia) sino también entre distintos tratamientos dentro de la misma modalidad. Por ejemplo, Sánchez-Pardo (2000) advierte que mientras que en los programas de sustitución se reivindica la complementariedad de objetivos con los programas de abstinencia, en muchos de ellos ni tan siquiera se dispone de profesionales que puedan posibilitar la complementariedad mantenimiento/abstinencia. ¿Están esos programas en condiciones de ser comparados con los que disponen de un elenco de profesionales que posibilitan la complementariedad? Parece que no, aun cuando también sean programas de mantenimiento. Pero en más de una ocasión se ofrecen datos generales, globalizados, e incluso comparaciones entre diferentes modalidades de tratamiento con muy poca base en común.

A las precauciones relacionadas con los criterios ya señaladas, hay que añadir otra cuestión principal, que es la llave para la legitimación o deslegitimación de muchas de las comparaciones que se puedan realizar: ¿qué se va a entender por recaída en el seguimiento? Una revisión de las operativizaciones que se han realizado de dicha variable ilustra las diferencias encontradas en la bibliografía: comienzo de un nuevo tratamiento; volver a los niveles de consumo anteriores al tratamiento; tres consumos de la sustancia que motivó el tratamiento en un periodo de dos meses; violación de la abstinencia, etc... No parece equiparable que una persona viole la abstinencia en un momento determinado o que vuelva a consumir en la medida en que lo hacía antes del tratamiento. De hecho, Marlatt y Gordon (1985) y Marlatt (1996)

estudio declaró: "*hombre, quién no se corre una juerguecita el fin de semana...*".

en una distinción ampliamente aceptada, distinguen entre un consumo puntual de una sustancia tras un periodo de abstinencia (*desliz*) y la *recaída*, que supondría la vuelta a niveles de consumo previos al tratamiento. Obviamente, para que se dé una recaída tiene que darse previamente un desliz. Sin embargo, no siempre que se dé un desliz, acabará desembocando en una recaída. Es más, para Marlatt y Gordon (1985), los deslices pueden conformar experiencias de aprendizaje positivas. Así pues, entre el primer consumo y la recaída pueden incidir muchos y muy distintos factores. Todas estas circunstancias hacen que no sólo la operativización de la recaída sea diferente en distintas evaluaciones, sino que la propia comprensión del fenómeno de la recaída sea compleja. No obstante, este punto se retomará al tratar la evaluación de eficacia en Proyecto Hombre.

Estas dificultades metodológicas¹⁹ afectan a la comprensión de los tratamientos. En la misma dirección apunta Ball (1994), quien tras preguntarse por la gran dificultad hallada para poder recomendar a cada paciente el tratamiento más apropiado, concluye que es tan difícil porque ni tan siquiera se tiene claro si la rehabilitación es un proceso o un evento.

Nuevamente, según el tipo de evaluación (o investigación) que se desee realizar se deberá adoptar un criterio de recaída u otro, y en consecuencia, deberá operativizarse de un modo u otro. Pero aún conviene tener presente otra precaución más sobre la valoración de los resultados de los programas: ¿desde cuándo se considera el tiempo transcurrido hasta la recaída –en el caso de que ésta se dé-? ¿Desde el momento del cese del consumo, o desde el final del tratamiento? Esta determinación metodológica es nuevamente crucial, puesto que no parece que deban equipararse los resultados que mostrando que el mayor porcentaje de recaídas se da en los primeros meses tras la finalización del tratamiento, igualan programas de deshabituación de una semana, con programas de dos años y medio de duración. En el primer caso (A) se está hablando de una abstinencia de una semana (de tratamiento) y el

¹⁹ ¿La recaída ha de entenderse como un proceso o un evento?

periodo postratamiento. En el segundo caso (B) se habla de dos años y medio de abstinencia, más el periodo correspondiente postratamiento. Supóngase, no obstante, que una persona de cada programa recayese al día siguiente de su finalización. En ambos casos se podría afirmar que la recaída se ha producido tras la finalización del tratamiento. Este resultado es acorde con la hipótesis expuesta anteriormente: los primeros momentos tras la finalización del tratamiento son cruciales. Pero, por ejemplo, ¿qué programa ha sido más eficiente? Si un estudio de coste-beneficio se basa (tal y como establece Yates, 1999) en el cálculo del coste de un día de abstinencia por cada paciente, el coste del programa (A) habría que dividirlo por 8, mientras que el coste del programa (B) habría que dividirlo por 912,5.

Aun cuando pueda parecer sorprendente, en la mayor parte de los estudios no se da información sobre los periodos de abstinencia antes de la recaída, asumiendo que todos los sujetos que están en tratamiento son susceptibles de recaer (Luengo, Romero y Gómez-Fraguela, 2000). De esta manera, nuevamente, pueden llegar a equipararse intervenciones y resultados muy diferentes entre sí.

Por último, y para finalizar esta reflexión sobre los criterios de valoración, hay que considerar que en la práctica se evalúan más áreas que aquellas sobre las que tenían previsto incidir los programas en sus objetivos. Esto tiene dos implicaciones importantes: (a) en la práctica se realizan más evaluaciones de la efectividad²⁰ que de la eficacia²¹; y (b) las evaluaciones de los tratamientos de drogodependencias, cuando se han realizado, han sido muy exhaustivas. Por este motivo, tal y como se mostrará posteriormente, se les ha pedido, y pide, a los programas de tratamiento en drogodependencias más efectos y más perdurables, que a otro tipo de tratamientos (Naciones Unidas, 2003a).

²⁰ Sobre los efectos derivados de la intervención.

²¹ Sobre los objetivos buscados.

Una última dificultad práctica en la evaluación de resultados es que muchas veces no se cuenta con una línea base registrada y/o accesible para comparar las medidas pretratamiento con las obtenidas al finalizar el programa en el seguimiento. Desde la perspectiva metodológica, la posterior reconstrucción de una línea base a partir de la información suministrada por las personas entrevistadas es problemática. De hecho, Martínez (1998) considera que el principal inconveniente de las encuestas longitudinales retrospectivas es la dificultad para obtener medidas fiables que no estén influidas por el recuerdo de los usuarios.

Evaluación de resultados a largo plazo

Si el problema de la generalización de los resultados obtenidos sobre muestras a poblaciones constituye una de las mayores preocupaciones de los investigadores, en el caso de los estudios de seguimiento esta problemática se incrementa enormemente: ¿qué les ha ocurrido en el seguimiento a las personas que no se puede localizar? Ésta es una de las principales amenazas a la evaluabilidad de resultados a largo plazo: la dificultad para localizar a las personas que realizaron el programa en su día. Sanabria (2000), en una revisión sobre 25 estudios de seguimiento de programas de tratamiento en drogodependencias, concluyó que las localizaciones de sujetos oscilan entre el 60% y el 96%. También informó de que el porcentaje de sujetos que no son ni localizados ni entrevistados oscilaba entre el 15 y el 25%. Luengo *et al.* (2000) por su parte, sitúan las pérdidas de sujetos en la mayoría de los estudios en más del 40%. Estos autores, además, concuerdan con Fernández-Hermida, Secades, Magdalena y Riestra (1999) que el significado de estas pérdidas es difícil de valorar. En este sentido, y como alternativa a esta problemática, Sánchez-Carbonell, Forcén y Colomera (2004) proponen que se tenga en cuenta la posibilidad de cruzar registros oficiales. Esta alternativa se ha mostrado eficiente, fiable y sensible en el seguimiento de los pacientes incluidos en el proyecto EMETYST (Sánchez-Carbonell, Camí y Brigos, 1988). Además de muy económica reduce al mínimo las pérdidas en el seguimiento.

Entre las desventajas que presenta esta alternativa están que es una metodología netamente descriptiva, que en gran número de ocasiones sólo aporta información indirecta respecto a los fenómenos a evaluar y se ha de estar muy atento a la subestimación de los casos.

Como habitualmente no se suele hacer referencia al momento en el que se producen las pérdidas en los estudios de seguimiento, se van a exponer qué circunstancias pueden darse y qué elementos pueden producir sesgos, ya que han de ser tomados en consideración. Téngase en cuenta, además, que una evaluación de resultados a largo plazo es la culminación de una intervención que comenzó mucho tiempo atrás en el momento en que la persona acudió a tratamiento. Por ello, para que pueda realizarse una entrevista han de concurrir, al menos, las siguientes circunstancias:

- 1) Debe quedar constancia de que determinada persona ha estado en el programa de tratamiento (es necesaria la existencia de un registro).
- 2) Hay que contactar con la persona para exponerle la intención de realizar la entrevista.
- 3) Una vez contactada la persona o alguien de su familia, el sujeto ha de estar en condiciones de realizar la entrevista.
- 4) La persona contactada ha de aceptar realizar la entrevista.
- 5) Una vez aceptada la entrevista, ésta se ha de realizar.
- 6) Una vez comenzada la entrevista, las preguntas planteadas han de ser contestadas. Determinados ítems pueden quedarse sin respuesta, bien porque la persona se niega a contestar, bien porque no es capaz de responderlo.
- 7) En el caso de contar en la evaluación con medidas de validación externa los entrevistados han de dar su conformidad a las mismas.

En la Ilustración 5 se presentan las posibilidades que pueden darse en la labor de localización.

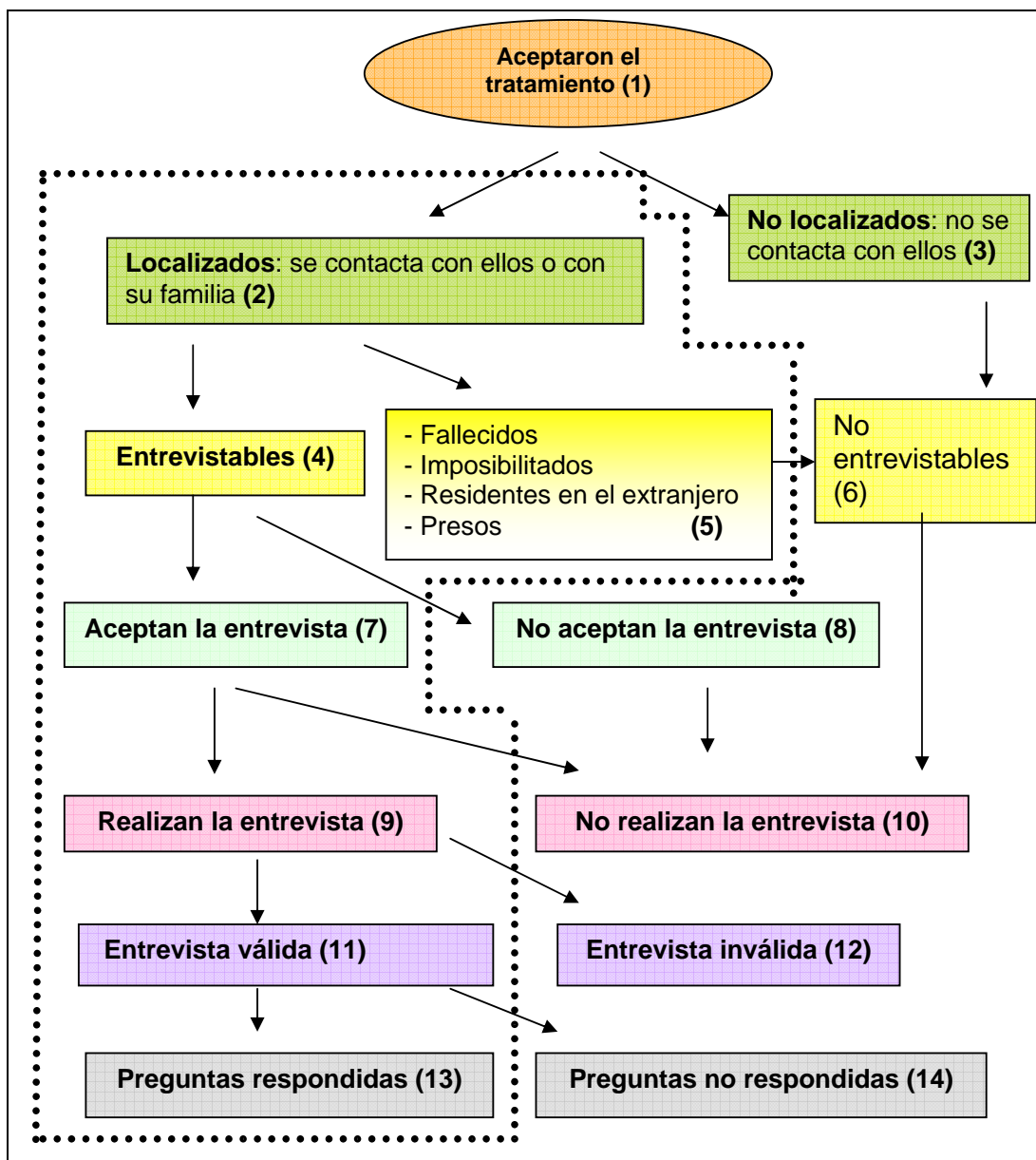


Ilustración 5 Posibilidades sobre localización en un estudio de seguimiento

Así, y partiendo de las personas que en su día aceptaron el tratamiento (1) con el paso del tiempo podrán ser *localizables* (2) –se conseguirá de ellas algún tipo de información- o *no localizables* (3).

De las personas que se logre algún tipo de información en el seguimiento, en algunos casos la información será que no se les puede entrevistar (5); en unos casos porque hayan fallecido, y en otros casos por las características de la investigación que se vaya a realizar. Por ejemplo, porque residan lejos del lugar donde realizaron el programa, porque estén encarcelados, porque se hallen imposibilitados... etc. De cualquier manera, todas estas circunstancias son reseñables en el informe, y aportan información valiosa sobre la evolución de antiguos pacientes de programas de tratamiento.

De esta manera las personas realmente *entrevistables* (4), serían las localizadas (2) menos las que integran el grupo (5) (fallecidos, fuera de alcance para la investigación, desplazados...). Hay que tener presente que según el objetivo de la evaluación, conocer tanto el número de personas fallecidas, como el momento y el motivo del óbito puede ser muy importante, ya que uno de los objetivos de los programas de tratamiento es mejorar la calidad de vida. Bien pudiera darse el caso que personas recaídas tras el tratamiento hayan fallecido, (sea cual sea el motivo del fallecimiento) y no aparezcan en el recuento. También puede darse la circunstancia contraria: que personas que no han recaído hayan fallecido.

A su vez, y siguiendo con la Ilustración 5, de entre las personas *entrevistables* (4), habrá quienes acepten realizarla (7), o no (8). La pregunta que surge a continuación es: ¿las personas en peor situación vital aceptarán en menor proporción realizar la entrevista, camuflándose las recaídas entre las negativas a la entrevista? A pesar de que la opinión común es que sí, que las personas recaídas no contestan en los estudios de seguimiento, los datos, cuando se ha sometido a contrastación esa hipótesis apuntan a que no necesariamente (Fernández-Hermida *et al.*, 1999; Luengo *et al.*, 2000 y Sanabria, 2000). De hecho, Luengo *et al.* (2000) reflejan la impresión de que las personas más integradas son las que más dificultades tienen para responder a la entrevista. A su vez, Fernández-Hermida *et al.* (1999) compararon los sujetos entrevistados con los no entrevistados en las medidas pretratamiento, y no hallaron diferencias estadísticamente significativas en

variables que pudieran estar relacionadas con la respuesta al tratamiento. De esta manera consideran que creando unas condiciones adecuadas (de respeto a la confidencialidad, sin situaciones amenazantes) las personas entrevistadas alcanzan un grado aceptable de representatividad.

Asimismo, hay otra circunstancia que provoca que se consigan menos entrevistas que las aceptadas: la dificultad para concertarlas. Hay personas con las que por circunstancias vitales (laborales, de vacaciones, de horarios, etc.) no se logra establecer una cita (8). Son nuevamente, personas que no realizan la entrevista, personas que no aportan información al seguimiento.

Ya por fin, están los puntos que habitualmente se suelen considerar en los manuales. Las entrevistas inválidas (12) y las preguntas sin responder (14), en las que también se dan pérdidas de información.

Está claro que en cada uno de los estadios de la investigación se pueden dar diferentes pérdidas de información, que no son equiparables y que pueden condicionar los resultados y hallazgos obtenidos²².

Por desgracia no es habitual que en la publicación de los trabajos se haga referencia a cada una de las fases expuestas y las pérdidas de sujetos asociadas, con lo que en buen número de ocasiones los resultados obtenidos en diferentes estudios no son realmente comparables entre sí. La poca atención que se concede a elementos metodológicos de este tipo es extensible a todo el área de ciencias de la salud (Silva, 1997).

Pero aún hay dos elementos que van a condicionar la evaluabilidad de los resultados a largo plazo: la validación de la información aportada por los

²² No es lo mismo no poder localizar a un sujeto (no se sabrá nada sobre él), o que éste no quiera colaborar (no quiere que sepamos nada), o que simplemente en el momento en que se le solicita la colaboración, no le sea posible hacerlo. Una paradoja que podría darse es que tras la finalización de un programa, los recaídos muriesen de sobredosis. Esta circunstancia podría conducir a informar que las recaídas en el programa son del 0% (en el caso de que se contase sólo, con la información de los entrevistados).

entrevistados y la valoración de los costes en relación a los resultados.

Fernández-Hermida *et al.* (1999) consideran que debe existir algún tipo de validación cruzada de la información aportada por los expacientes. Esta validación cruzada debe contemplar las diversas áreas en que se realice la evaluación.

Una última dificultad para la evaluación es el coste de la misma. Este coste no sólo está relacionado con aspectos económicos, sino también de inversión de recursos, de previsión de actividades y de disponibilidad para seguir las recomendaciones que se sugieran. En algunas ocasiones evaluaciones reclamadas por las propias instituciones evaluadas no han sido ni tan siquiera comentadas con parte de los implicados. En este sentido, la relación entre el coste que tuvo la evaluación y el rendimiento tiende al infinito, por cuanto que el denominador es cero. Tras una experiencia en que una evaluación no es utilizada para la mejora, la disposición de los agentes implicados para involucrarse en una nueva es mucho menor.

El problema de la causalidad de la intervención

Otro elemento que afecta a la evaluabilidad es la certeza con que se pueda afirmar que los resultados que se encuentran sean debidos a la actuación del programa evaluado. Desde el enfoque predominante en ciencias de la salud, la valoración de la eficacia de un tratamiento requiere, para tener la mayor verosimilitud, de ensayos clínicos aleatorizados favorables (véase pág. 77). Las Naciones Unidas por su parte señalan, que los tratamientos del abuso de sustancias pueden evaluarse empleando las mismas normas científicas que otras intervenciones sociales, de salud pública y de seguridad pública, preconizando asimismo el empleo de estudios experimentales controlados (Naciones Unidas, 2003a).

Holder, Longabaugh, Miller y Rubonis (1991) propusieron un índice de eficacia basado en cinco categorías diferentes para los tratamientos relacionados con el alcoholismo (Tabla 22), extensible a todas las drogodependencias. Estos autores consideran como de **eficacia nula** aquellos tratamientos que tras la realización de ensayos controlados sus resultados no han sido superiores al grupo de control. Uno o dos estudios controlados a favor del programa o tratamiento aplicado sería contar con **pruebas insuficientes de eficacia**. Como de **eficacia indeterminada** sería contar con tres o más estudios controlados pero con resultados contradictorios que harían difícil concluir con confianza que los programas sean eficaces. **Pruebas razonables de eficacia** serían las aportadas por cuatro o más estudios controlados que en general estén bien fundamentados, para por fin, caracterizar como **pruebas de eficacia** los tratamientos con considerable apoyo a partir de la investigación con estudios controlados.

Tabla 22 Criterios de gradación de calidad de la evidencia en función del rigor científico del diseño (Holder *et al.*)

Holder <i>et al.</i>
1. Eficacia nula. Se trataría de aquellos tratamientos que tras haberse realizado ensayos controlados sus resultados no han sido superiores al grupo de control.
2. Pruebas insuficientes de eficacia. En los casos en que tan sólo aparecen 1 ó 2 estudios controlados, y por ello es difícil ofrecer conclusiones firmes sobre su efecto comparados con otros.
3. Eficacia indeterminada. Se presentan tres o más estudios controlados pero los resultados contradictorios hacen que sea difícil concluir con confianza que estos tratamientos sean eficaces.
4. Pruebas razonables de eficacia. Aquellos tratamientos con cuatro o más estudios controlados que en general están bien fundamentados.
5. Pruebas de eficacia. Los tratamientos con considerable apoyo a partir de la investigación con estudios controlados.

Aunque los ensayos controlados aleatorizados se consideren como la mejor opción para valorar los resultados del tratamiento en drogodependencias, hay tres **dificultades prácticas** que hay que considerar: **(1) la dificultad** inherente a la definición y estandarización de métodos objetivos que puedan ser aplicados entre los **diferentes profesionales** implicados en la descripción y

valoración de las características de los pacientes; **(2) la imposibilidad de controlar factores no contemplados** en el protocolo, pero que pueden modificar la condición del sujeto y su evolución a lo largo del tiempo; y **(3) el bajo nivel de competencia estadística y epidemiológica** entre los profesionales del sector de intervención en drogodependencias (Mariani, 1998).

Una alternativa a los estudios controlados podrían ser los estudios sobre pronóstico. Pero ¿qué características ha de reunir un estudio sobre pronóstico? *“Un estudio sobre pronóstico debe incluir una muestra representativa y bien definida de pacientes en un mismo momento del curso de la enfermedad, con un seguimiento suficientemente largo y completo y utilizando criterios objetivos y no sesgados para medir los desenlaces”* (Jiménez, 2000; p. 219). Tal y como se puede apreciar, estudios de este tipo deben ser planificados rigurosamente y con suficiente antelación, requiriendo de medidas de severidad de la dependencia.

Aun cuando es muy deseable la realización de estudios controlados, o prospectivos, la experiencia de los programas implantados que se están aplicando debe evaluarse. Y es que, aunque en todas las escalas de valoración de la eficacia revisadas se presentan tanto los estudios de cohortes como los estudios prospectivos controlados no aleatorizados en unos niveles intermedios de calidad de la evidencia, en intervenciones ya implantadas, al menos por una cuestión deontológica, se han de valorar los resultados obtenidos a largo plazo.

Luengo *et al.* (2000) señalan que la evaluación de resultados de tratamiento ha sido realizada comparando efectos post-tratamiento de dos o más modalidades de intervención, examinando el efecto de una única modalidad frente a un grupo de control o valorando las diferencias pre-post en una única modalidad de tratamiento. No obstante, para otros autores (Fernández-Hermida *et al.*, 1999) los estudios de seguimiento son diferentes a las valoraciones de los tratamientos. En los estudios de seguimiento el objetivo principal es conocer la evolución de los pacientes y su relación con diferentes variables pre-intra o postratamiento. En los estudios de valoración, por su

parte, el objetivo es determinar si el tratamiento objeto de estudio es mejor que el no-tratamiento (incluyendo el placebo) o que otros tratamientos. A juicio de los citados autores, esta divergencia en los objetivos es motivo suficiente como para no establecer comparaciones entre ambos tipos de estudios.

No obstante, también hay que considerar que cuando el estudio se realiza de forma retrospectiva, es difícil poder contar con un grupo de control. Las alternativas de que los grupos de control estén compuestos por personas que no han recibido tratamiento, o que hayan recibido placebo en lugar de tratamiento son éticamente dudosas (Fernández-Hermida *et al.*, 1999; Sanabria, 2000) además de difícilmente realizables en la práctica, al menos en nuestro entorno. Una alternativa es tomar como grupo de control a personas que no finalizaron el tratamiento en su día (Fernández-Hermida *et al.*, 1999). De esta manera se estaría ante personas que en su momento tenían un problema frente al que consideraban que necesitaban ayuda y para el que comenzaron un tratamiento. Se puede considerar, desde la perspectiva de los pacientes, que abandonaron el tratamiento las personas insatisfechas. Desde la perspectiva del programa de tratamiento es de suponer que no recibieron la suficiente “dosis” del mismo, con lo cual se podrían comparar los efectos entre la administración insuficiente de tratamiento (grupo de control) y la administración completa del mismo (grupo de tratamiento). De esta manera, la evaluación realizada puede aportar información sobre la necesidad de completar todo el tratamiento para la consecución de los objetivos, sean estos a corto o largo plazo (Fernández-Hermida *et al.*, 1999; Fernández-Hermida y Secades, 2001; Iraurgi, 2000 y Sanabria, 2000;).

Finalmente y como resumen a todas las circunstancias que pueden dificultar la evaluación, conviene tener presente que es muy distinto que un programa **“tenga pruebas de su eficacia”**, **“que no tenga pruebas de su eficacia”** o **“que tenga pruebas de que no es eficaz”** (Naciones Unidas, 2003a). La posición de los responsables de un programa en cualquiera de las tres situaciones ha de ser muy diferente. En el primer caso tendrán que plantearse la mejora de la misma y calcular la eficiencia, en el segundo caso

habrán de procurarse pruebas de la misma, y en el tercer caso habrá que revisar profundamente las causas de la ineficacia.

4.1.4. Otras barreras que dificultan la evaluación.

Rossi, Freeman y Lipsey (1999) definen como “*evaluation stakeholders*” a aquellas personas, grupos u organizaciones que tienen un interés importante en conocer la salud de un programa o las funciones desarrolladas por el mismo. Estos implicados (stakeholders) pueden limitar el desarrollo de las evaluaciones o el conocimiento posterior de los informes de evaluación realizados. Estas limitaciones o barreras a la evaluación pueden deberse a su condición de financiadores de la propia evaluación, o del programa evaluado. También pueden influir factores relacionados con las expectativas y demandas sociales, así como la perspectiva y presiones que puedan darse sobre los propios informantes, junto con la percepción de la evaluación de estos últimos.

Cuando se analiza el informe de la Organización Mundial de la Salud (2004) se puede encontrar una tabla (pp. 27-28) con 15 tratamientos farmacológicos para la dependencia de diferentes sustancias (alcohol, nicotina, heroína, cocaína y sedantes/hipnóticos). Las evidencias de la eficacia de estos tratamientos están basadas en estudios controlados-doble ciego, metaanálisis de estudios controlados aleatorizados, comparaciones entre tratamientos... mientras que los tratamientos de corte psicoterapéutico o conductuales no incluyen ninguna referencia de este tipo, aun cuando se acepte su eficacia en el informe. No es aventurado suponer que las ganancias derivadas de los tratamientos farmacológicos están detrás de esta profusión de evaluaciones, no exenta de dudas. De hecho, en el propio informe (p.32) se asevera cómo el altísimo coste de los ensayos clínicos para las empresas farmacéuticas conlleva la dificultad de asegurar la confianza general en sus resultados. De hecho, se destaca que hasta el momento no se han puesto en práctica medidas tales como: la supervisión independiente del cumplimiento de los protocolos de estudio; la notificación de efectos adversos sufridos por los

pacientes o la aceptación de la publicación de los resultados de los estudios en los dos años siguientes a la finalización de la recolección de datos. Así pues, las condiciones económicas (en términos de rentabilidad) facilitan o dificultan la inversión en evaluación, y el tipo de tratamientos evaluados.

Otra dificultad en las evaluaciones son las exigencias sociales respecto a los resultados de los tratamientos de drogodependencias. Estas exigencias sociales son mayores que respecto a otras enfermedades crónicas (Naciones Unidas, 2003a)²³. Valga como ejemplo que aun cuando todos los años reaparecen los síntomas en aproximadamente el 30-50% de los adultos diabéticos insulino dependientes y entre el 50-70% de los adultos asmáticos o hipertensos, nadie se cuestiona la “eficacia” de los tratamientos de la diabetes, asma o hipertensión. Unos resultados semejantes en el tratamiento de las drogodependencias generan alarma social.

No sólo se tienen mayores exigencias respecto al tratamiento, sino también sobre los pacientes y expacientes. En pocas ocasiones se duda de la palabra de los pacientes de servicios de traumatología, cardiología o medicina interna, por poner algunos ejemplos. Sin embargo, en el caso de los pacientes de los servicios de drogodependencias prácticamente se anima a dudar de ellos, aun cuando hayan transcurrido años desde que se finalizó el contacto con el programa terapéutico. Incluso la curiosa periodicidad (de martes a jueves) con que se diseñó la recogida de analíticas en el programa mencionado anteriormente no es sino la “protección” de los profesionales para no presentar unos “resultados” tan malos a la sociedad, y que ésta acepte tratamientos -en aquel momento- novedosos.

También es cierto que en ocasiones, -y en respuesta a esa exigencia- las medidas que se toman para validar la información de los expacientes motivan rechazos y falta de colaboración, al sentirse bajo sospecha. Así por

²³ Aunque en propiedad, la adicción no debe considerarse crónica, en todos los casos, por cuanto que personas diagnosticadas como dependientes de sustancias se recuperan completamente, incluso sin acudir a tratamiento alguno. Otras personas

ejemplo, Fernández-Hermida *et al.* (1999) informaron que tras plantear la realización de analíticas de orina para validar la información dada por expacientes de un programa de tratamiento, decidieron eliminarlas pues los entrevistados rehusaban colaborar con esta medida. Asimismo, en el mismo estudio, y cruzando la información aportada por los entrevistados con las aportadas por sus familias y con los registros de ingreso en los dispositivos de tratamiento de la red, las informaciones falseadas no llegaban al 3% de las recogidas (también en Secades y Fernández-Hermida, 2003). Este dato sigue la misma línea de las evidencias revisadas por Ariño, Ballesteros y Gutiérrez (2000) que les llevan a concluir que los estudios de concordancia entre el consumo autorreferido y el referido por otras fuentes demuestran la validez de las informaciones de los pacientes. No obstante, estos mismos autores reconocen el debate sobre la posible subestimación o sobreestimación del consumo autorreferido recogiendo algunas estrategias para aumentar la fiabilidad en la estimación de los consumos. Tan sólo una se va a destacar en este punto: hacer consciente a la persona de que su información será contrastada con la obtenida por otras fuentes.

Y es que en el caso opuesto se halla el informe de March y Orte (1997) en el que se refleja que en ocasiones las entrevistadoras tenían la impresión de que no se decía toda la verdad.

En el mismo trabajo (March y Orte, 1997) se da cuenta de dos percepciones muy importantes para tomar en consideración: (1) en un porcentaje considerable de casos los entrevistados consideraban a los entrevistadores como miembros del programa evaluado²⁴. Pero es que, además, sospechaban de la intencionalidad de los entrevistadores. Sospechaban que la auténtica intención no era la valoración del programa de tratamiento, sino la valoración de un posible reingreso en el programa de tratamiento; (2) se destaca que a pesar de haber explicado por teléfono el motivo de la entrevista, buen número de personas acudieron a la cita sin haber

mantiene largos periodos de remisión.

comprendido las explicaciones dadas por teléfono.

La comprensión del motivo de la evaluación, y la disposición con que se acuda a la misma han de tener, sin duda, algún tipo de incidencia sobre la calidad de la información aportada. La creencia en la existencia de motivaciones ocultas no ayudará a mejorar la disposición de los sujetos a la evaluación, y ayudará a que surjan otro tipo de presiones²⁵ que condicionen la aplicabilidad de la evaluación. Y los principales implicados en la evaluación de resultados, en la evaluación de la eficacia, son los propios pacientes.

4.2. Evidencias sobre los programas de tratamiento en drogodependencias.

En este apartado se presentan las evidencias reunidas para los programas de tratamiento en general, y el tratamiento en comunidad terapéutica en particular.

4.2.1. Evidencias sobre el tratamiento.

Las grandes agencias mundiales (Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud) junto con el *National Institute on Drug Abuse* de Estados Unidos (NIDA) han hecho enormes esfuerzos por determinar tanto la eficacia como la eficiencia o efectividad del tratamiento de las drogodependencias (Simpson y Sells, 1982; Hubbard, Marsden, Rachal, Harwood, Carvanaugh, y Ginzburg, 1989). Gracias a estas evaluaciones se tienen unos buenos puntos de partida y una serie de criterios de valoración, así como una interesante experiencia previa. Pero también es cierto que queda por contrastar, por ejemplo, la validez de los modelos de intervención americanos en Europa. De

²⁴ Eran personal externo a la entidad

²⁵ En este caso del propio sujeto, que puede estar más pendiente de la intencionalidad oculta de los entrevistadores que de la respuesta a las cuestiones que se le plantean.

hecho, en Europa la evaluación sobre los programas de tratamiento se ha reducido a estudios clínicos a pequeña escala, exceptuando el *National Treatment Outcome Research Study* (NTORS) (Gossop, Maarsden, Stewart, Lehmann, Edwards, Wilson, y Segar, 1998) realizado en Gran Bretaña (Kokkevi, 1998). En España el interés en el campo de la evaluación se ha dirigido, principalmente, a los Programas de Mantenimiento de Opiáceos (PMO) (Sánchez-Pardo, 2000). En lo que respecta a la evaluación de la modalidad de Comunidad Terapéutica, Fernández-Hermida, Secades-Villa, Fernández-Ludeña y Marina-González (2002) destacan un solo trabajo con unas mínimas condiciones metodológicas.

De los grandes estudios financiados hasta el momento se derivan tres grandes tipos de evidencias:

1. Las drogodependencias tienen unos elevados costes económicos y sociales. No tratarlas es más caro que tratarlas, y hay que hacerlo con programas específicos.
2. Existe evidencia de la eficacia del tratamiento en drogodependencias.
3. Existen unos elementos comunes a los programas de tratamiento efectivos.

(1) Coste de las drogodependencias y de la ausencia de tratamiento.

Para la Organización Mundial de la Salud (2004), la dependencia de sustancias es un trastorno complejo, en el que hay diferentes grados de utilización. No siempre estos usos derivan en situaciones problemáticas para la salud. Los usos van desde intoxicaciones transitorias a todo un elenco de situaciones que incluyen desde la problemática asociada al cese del consumo –síndrome de abstinencia- a problemas graves aun cuando no se haya consumido hace tiempo, pasando por perjuicios permanentes (Ilustración 6).

Más concretamente (Ilustración 6), la forma y la pauta de consumo de sustancias –pudiendo interactuar con la cantidad de sustancia consumida– determinan unos efectos psicoactivos (intoxicación) y unos efectos tóxicos junto con otros efectos bioquímicos. Todos estos elementos, además de poder determinar un cuadro de dependencia pueden asociarse a cuatro categorías de efectos nocivos sobre la salud: (1) enfermedades crónicas; (2) problemas sociales agudos; (3) problemas sociales crónicos y accidentes y/o lesiones; y (4) enfermedades agudas.

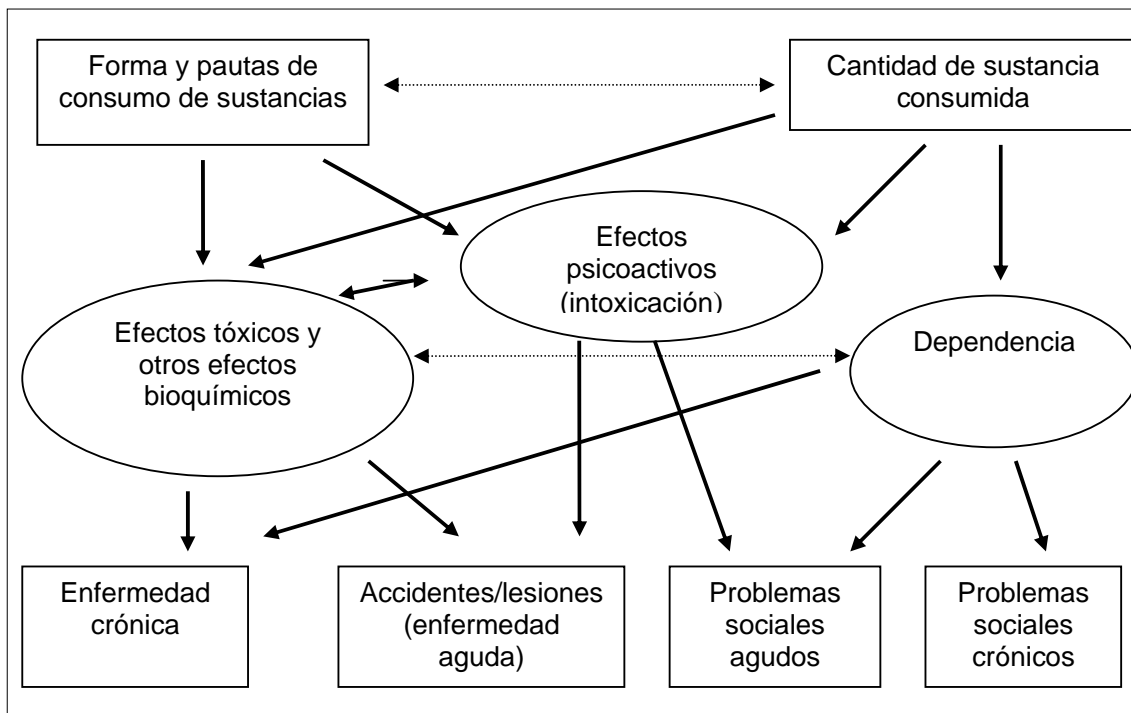


Ilustración 6 Mecanismos que relacionan el consumo de sustancias psicoactivas con los problemas de salud y sociales

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2004 (pág.13).

Ante esta diversidad de efectos, los cálculos de los perjuicios derivados de las drogodependencias son complejos. No obstante, se han hecho diferentes aproximaciones.

Las Naciones Unidas (2003a) recogen cuatro ejemplos de costes

sociales asociados al abuso de drogas. (1) En Gran Bretaña e Irlanda se estima que cada consumidor problemático de drogas cuesta unos 45.000 dólares al año²⁶. En estos costes se incluyen los gastos relacionados con el sistema de justicia penal, el sistema de salud –en relación con los servicios de atención primaria, accidentes y urgencias, junto con el coste de los tratamientos- y los costes en los lugares de trabajo, institutos y familias. (2) En Australia se calculó en 917 millones de dólares los costos tangibles totales de las drogodependencias²⁷. Los principales componentes de los costos fueron los relacionados con la producción (mortalidad y morbilidad de las personas en edad de trabajar) y de la fuerza pública. (3) En Brasil, analizando los tratamientos médicos, la pérdida de productividad en el trabajo y la mortalidad prematura equivaldrían al 7,9% del Producto Nacional Bruto²⁸. Pero es que, además, el 80% de los presidiarios eran casos de consumo problemático de sustancias. (4) En Mauricio, el 56% de los reclusos lo son por causas relacionadas con drogas; el 73% de los detenidos por problemas de drogas habían sido condenados por abuso/posesión de drogas, y el resto por venta, tráfico y cultivo²⁹.

Otros datos recogidos en el citado informe indican que, por ejemplo, en Estados Unidos hasta un 60% de los presos de las cárceles federales presentan trastornos que se pueden diagnosticar como de dependencia de sustancias. Además un 50% de los delitos cometidos contra la propiedad en ese país se realizan bajo la influencia del alcohol o las drogas, o con la intención de obtenerlos en el propio delito. De ahí que Muehlbach y Dominick, (2004) afirmen que el abuso de sustancias y la conducta criminal estén muy cercanamente relacionadas.

En el mismo sentido apuntan los datos referidos a España. El 49% del total de la población penitenciaria (20.214 internos)³⁰ fue atendida en el año

²⁶ Calculado en el año 2001.

²⁷ Calculado en el año 1992.

²⁸ Calculado en el año 2002.

²⁹ Calculado hasta mediados de febrero del año 2002.

³⁰ Se excluyen de este cálculo las prisiones de Cataluña.

2000 en Programas de Mantenimiento de Opiáceos (Meneses *et al.*, 2003). Si se tiene en cuenta que aproximadamente otro 10% de reclusos fue atendido en módulos de tratamiento, la presencia de problemática por abuso de drogas se presenta en aproximadamente el 60% de la población penitenciaria.

Respecto a otros costes sociales en España, el alcohol es la sustancia psicoactiva que causa más muertes después del tabaco. Sólo en el año 1998, la mortalidad atribuible al alcohol fue de casi 12.000 casos. La cirrosis y enfermedades hepáticas crónicas, los accidentes de tráfico y los cánceres de esófago, labio, boca, faringe y laringe junto con el suicidio y las autolesiones explicaron el 92% de las muertes atribuibles al alcohol. En el 47,7% (n=650) de los conductores fallecidos se halló alguna sustancia psicoactiva; en el caso de los peatones la detección de sustancias fue positiva para el 41,6% (n=104). En el Gráfico 7 se representa, sobre los casos positivos, el porcentaje de presencia de las diferentes sustancias psicoactivas detectadas.

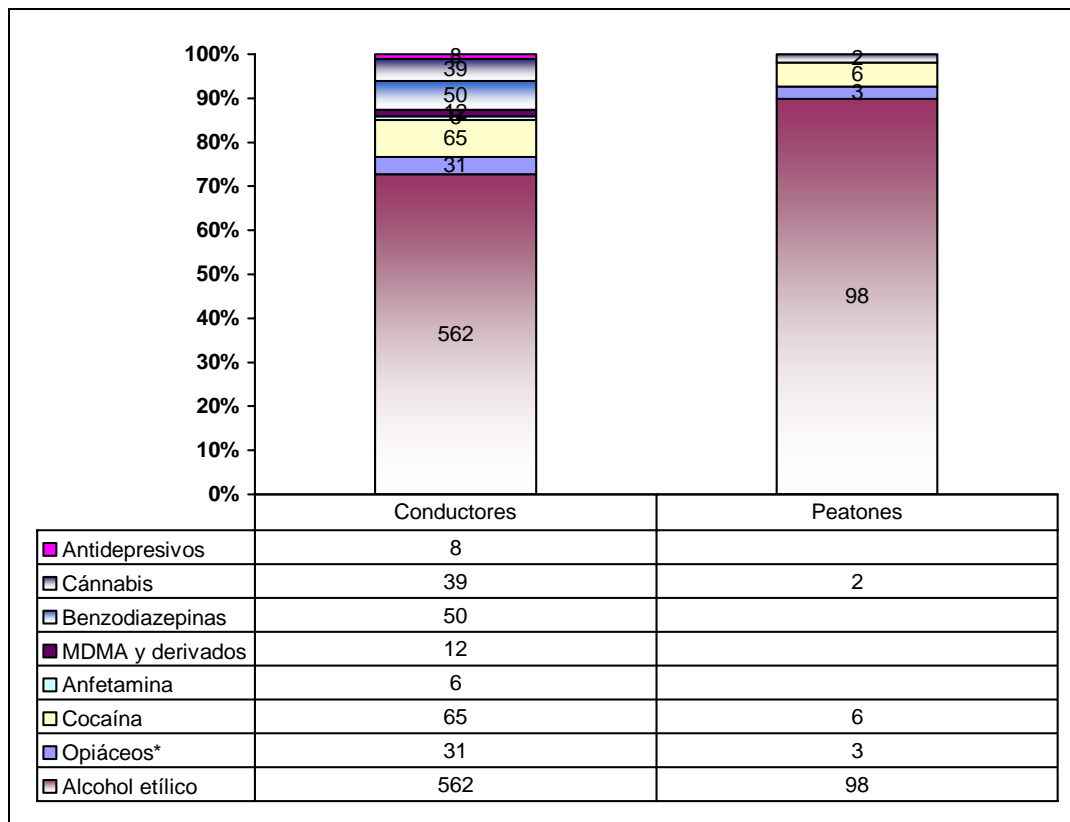


Gráfico 7 Sustancias psicoactivas detectadas en los análisis toxicológicos de las muestras biológica de los conductores de vehículos (1.363) y peatones

fallecidos (250) en accidentes de tráfico. España, 2000.

Aun siendo el alcohol la sustancia psicoactiva más presente, en el caso de los conductores alrededor del 30% de los casos positivos concurren con otras sustancias (cocaína, benzodiazepinas, cánnabis, opiáceos, MDMA y derivados, antidepresivos y anfetamina).

Asimismo, en el año 2002 se produjeron tan sólo en España, 49.487 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (excluyendo los programas de tratamiento del alcoholismo).

Con este panorama de costes sociales no es de extrañar que en Estados Unidos, Koenig, Denmead, Nguyen, Harrison y Harwood (1999) estimen a partir de los datos del *National Treatment Improvement Evaluation Study* (NTIES) unos ahorros económicos superiores a los dos mil millones de dólares, gracias a los programas de tratamiento. Si se divide el beneficio global obtenido por los pacientes en tratamientos subvencionados (Tabla 23) se obtendría un ahorro de 6.281 dólares por cada paciente tratado.

Tabla 23 Proyección de los beneficios derivados por los tratamientos subvencionados en dólares EEUU (Koenig, Denmead, Nguyen, Harrison y Harwood, 1999)

(N= 341.523)	Antes del tratamiento	Después del tratamiento	Beneficios sociales	Beneficios globales
Costes cuidado de la salud	678.157.153	653.207.804	24.949.350	24.949.350
Ganancias	1.166.446.184	1.550.042.800	383.596.616	No Aplicable
Pagos de la Seguridad Social Estatal	289.558.182	294.667.254	No Aplicable	-5.109.073
Pagos de la Seguridad de Ingresos Suplementarios (SSI)	207.677.778	243.936.919	No Aplicable	-36.259.141
Costes sociales derivados de los delitos	3.215.754.637	922.233.157	2.293.521.480	2.293.521.480
Pérdidas por hurto	1.262.861.090	390.149.726	No Aplicable	872.711.364
Beneficios Totales			2.702.067.445	3.149.813.980
Costes del tratamiento			1.004.419.143	1.004.419.143
Beneficios netos			1.697.648.302	2.145.394.837

Sin embargo, hay que tener en cuenta que esta estimación es muy conservadora, puesto que: (1) los conceptos incluidos han sido limitados: actividad criminal³¹, utilización de servicios de salud e ingresos de los pacientes; (2) para el cálculo de los montantes económicos, los autores han comparado la situación inmediatamente anterior al tratamiento (un año antes) con la situación inmediatamente posterior al mismo (un año después). Con este cálculo no se tiene una estimación del impacto que pudieran tener los tratamientos a largo plazo. Otra aportación importante de este estudio es la existencia de efectos diferenciales entre subtipos de pacientes en cuanto a costes y beneficios derivados del tratamiento. La profundización en estudios de este tipo tendría repercusiones positivas para los propios programas de tratamiento, ayudando a determinar los máximos beneficios con las mínimas inversiones.

En la misma línea, el NIDA (1999) estima que por cada dólar invertido en programas de tratamiento se genera una ganancia de entre 4 a 7 dólares por la reducción de crímenes relacionados con las drogas, costes del sistema judicial y robos. Si además se incluyen los ahorros relacionados con el cuidado de la salud, por cada dólar invertido en tratamiento se ahorrarían 12 dólares. Aún así, tal y como reconoce el propio informe, deberían realizarse otras estimaciones que incluyesen aspectos relacionados con el aumento en la productividad laboral, la reducción de accidentes relacionados con las drogas y la disminución de los conflictos personales. En este sentido se pronuncia Hatzianeou (1998), quien añade, además, que deberían considerarse los “costes de oportunidad” (*opportunity costs*) esto es, lo que se podría hacer con el dinero que no será necesario destinar a las drogodependencias –en este caso- cuando se hayan resuelto.

³¹ No contemplados los costes psicológicos de las víctimas de los delitos.

(2) Evidencia de la eficacia del tratamiento en drogodependencias.

Con los datos expuestos en el párrafo anterior, parece que no queda duda. Así, la Organización Mundial de la Salud (2004), afirma:

“La dependencia puede tratarse de forma rentable, salvando vidas, mejorando la salud de los afectados y de sus familias, y reduciendo los costos para la sociedad. El tratamiento debe ser accesible a todo el que lo necesite. Existen intervenciones eficaces que se pueden integrar en los sistemas de salud, incluido el de atención primaria. El sector de la atención de salud necesita proporcionar los tratamientos que tengan la mejor relación costo-efectividad” (p. 33).

Por su parte, la Oficina contra la Droga y el Delito de las Naciones Unidas (2003b) afirma:

*“... existen pruebas convincentes de que los programas de tratamiento pueden alcanzar sus metas y objetivos y redundar considerablemente en beneficio de los pacientes, sus familias y la comunidad y la sociedad en su conjunto. Existen diferencias en los resultados obtenidos con distintos tipos de enfoques y entornos de tratamiento, medicaciones y grupos de pacientes”*³² (p. 17).

Para el *National Institute on Drug Abuse* (NIDA, 1999) tampoco hay duda: *“generalmente, el tratamiento de la adicción es tan exitoso como el tratamiento de otras enfermedades crónicas, tales como la diabetes, la hipertensión y el asma”* (pág. 159).

Sin embargo, las posturas mantenidas en Europa sobre la eficacia de los tratamientos no son tan optimistas. Kokkevi (1998) las agrupa en torno a tres posiciones: **(a) la posición nihilista** (*nihilistic position*), según la cual, los programas de tratamiento no inciden significativamente sobre las conducta objeto de intervención, puesto que algunos estudios informan de tasas de remisión espontánea del 50%. Estas tasas de remisión espontánea no justificarían la realización de programas de intervención. En contra de esta

³² No obstante, también se advierte la inconveniencia de comparar estudios de diferentes países. Tanto las características de los pacientes tratados como la estructura y funcionamiento de los sistemas de tratamiento dificultan la comparación directa de las investigaciones.

posición se argumenta que la remisión espontánea, de existir, sólo abarcaría a un 10-15% de los usuarios; **(b) la posición utópica** mantendría que la eficacia de los tratamientos se aproxima al 80%. La crítica a esta postura es que estas evaluaciones están más destinadas a justificar la actividad de los programas y asegurarse la satisfacción de los financiadores que a preservar la validez de la evaluación; y **(c) la posición realista** asumiría la regla de los tres tercios (un tercio de los pacientes se mantiene abstinentes, un tercio mejora y no se mantiene abstinentes y un tercio no progresa tras el tratamiento).

(3) Componentes que hacen eficaz/efectivo un programa de tratamiento.

Naciones Unidas (2003a; 2003b) propugna como valiosos para la sociedad aquellos tratamientos que consiguen una mejora sostenida de los problemas que dieron lugar al tratamiento. En este sentido, entiende que la etapa aguda de desintoxicación y estabilización no puede considerarse un tratamiento completo, sino la condición para continuarlo³³. Este informe identifica al paciente con dependencia leve; escasos síntomas psiquiátricos en la admisión, con motivación, empleado o económicamente independiente y con familia o apoyo social como el paciente con mejores resultados en la rehabilitación.

Asimismo se presentan los principales componentes o variables del tratamiento relacionadas con los mejores resultados, junto con una serie de elementos que empleándose habitualmente no han demostrado mejores resultados (Tabla 24).

Así, se resalta la necesidad de mantener el tratamiento el tiempo necesario. Aun cuando se tiene como mejor predictor de éxito a largo plazo la

³³ De esta manera se presentan como efectivos aquellos programas que consten de dos etapas de tratamiento: (1) desintoxicación y estabilización; y (2) rehabilitación y prevención de recaídas.

finalización del tratamiento, también hay otro muy buen predictor, que es el nivel de progresos alcanzado. Sin duda, la existencia de motivaciones (económicas o de asistencia), junto con la existencia de asesoramiento individual, incluyendo servicios especializados para los problemas psiquiátricos, laborales y familiares mejoran la eficacia del tratamiento. Tras la finalización del mismo, la participación en grupos de autoayuda mejora las tasas de éxito.

Tabla 24 Variables relacionadas/no relacionadas con mejores resultados en el tratamiento (Naciones Unidas, 2003a)

Variables relacionadas con MEJORES RESULTADOS	Variables NO relacionadas con MEJORES RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Permanencia más prolongada en el tratamiento. • Estímulos (incentivos financieros o vales por asistencia y abstinencia). • Consejero o terapeuta individual. • Servicios especializados para tratar problemas psiquiátricos, laborales y familiares. • Medicación para bloquear la necesidad apremiante de consumir drogas y los efectos de éstas y para aliviar los síntomas psiquiátricos. • Participación en grupos de autoayuda después de la rehabilitación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sesiones educativas sobre el alcohol y las drogas. • Sesiones de terapia de grupo en general, especialmente sesiones de “confrontación”. • Sesiones de acupuntura. • Técnicas de relajación del paciente.

También se resaltan una serie de elementos que suelen incluirse habitualmente en muchos programas de tratamiento sin que hayan mostrado su eficacia. Se remarca que no hay evidencias de mejores resultados por emplear sesiones educativas sobre alcohol y drogas, sesiones de terapia de grupo en general -especialmente las de “confrontación”-, sesiones de acupuntura o técnicas de relajación del paciente. Esta ausencia de evidencia no implica la existencia de evidencia de no eficacia.

Por fin, en el citado informe se destaca el problema de la “asignación” de los pacientes a los tratamientos. Esto es, cómo lograr la prescripción a cada paciente del tratamiento más adecuado. Se apunta a los pacientes con problemas psiquiátricos concomitantes como los más beneficiados de una consideración de su problemática en la asignación de tratamiento.

Por su parte, para el *National Institute on Drug Abuse* (1999), hay trece

principios que hacen de un programa efectivo. Estos principios se han derivado de diferentes investigaciones y evaluaciones realizadas en Estados Unidos. En la Ilustración 7 se presentan, los tres principales proyectos de evaluación nacionales (DARP, TOPS, DATOS) del NIDA.

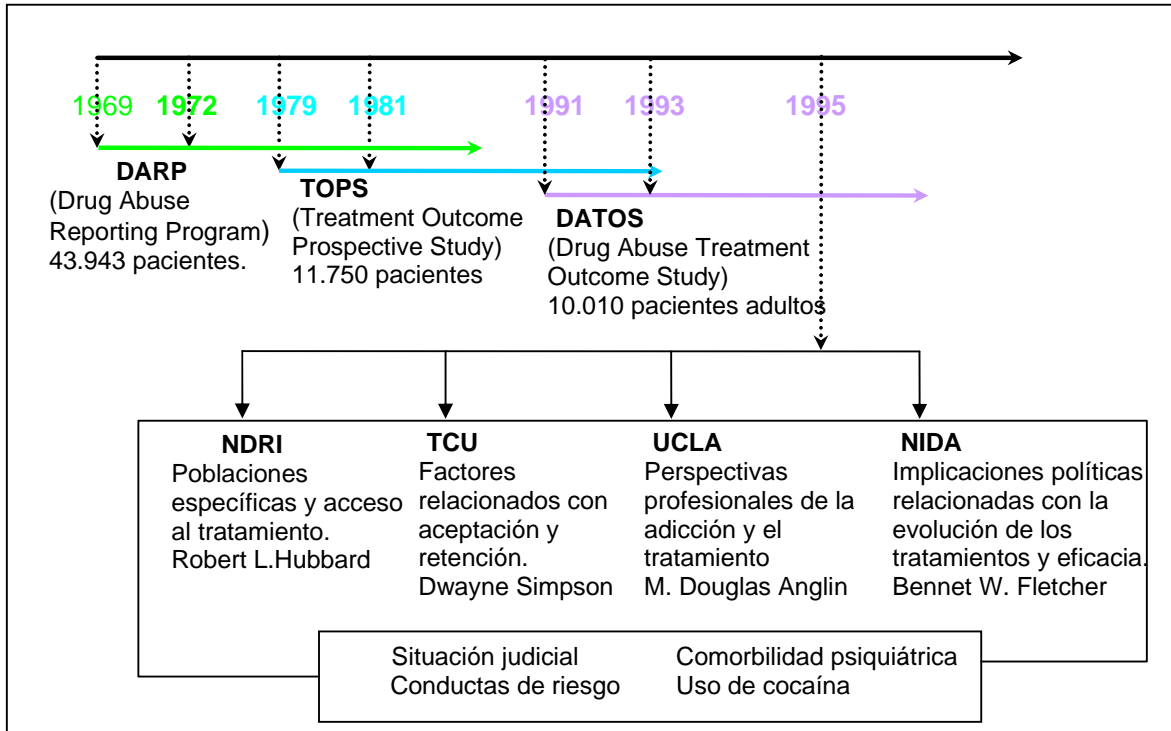


Ilustración 7 Grandes evaluaciones nacionales norteamericanas

El programa Drug Abuse Reporting Program (DARP) recogió datos de casi 44.000 pacientes admitidos a 139 programas entre los años 1969 y 1972. En este estudio (hay que señalar que Estados Unidos estaba bajo la epidemia de la heroína) las modalidades de tratamiento estudiadas fueron: mantenimiento con metadona, Comunidades Terapéuticas, tratamiento ambulatorio libre de drogas y desintoxicación. Los datos se recogieron en el momento del ingreso, durante el tratamiento y se realizaron una serie de seguimientos con 4.627 entrevistas a los 5 y 7 años de la admisión al tratamiento, esto es, después de cuatro años de finalizado el mismo (Simpson y Sells, 1982). De esta forma, después de 12 años, se logró entrevistar a 490 heroinómanos de los que se tenían datos tanto del ingreso como del

seguimiento a los 6 años (Simpson y Sells, 1990). En el caso de los seguimientos se contó con un grupo de control compuesto por sujetos que en su día comenzaron los tratamientos pero los abandonaron prematuramente.

En la Tabla 25 se presentan las principales conclusiones del DARP, que se pueden resumir, básicamente en tres: (1) los ingresos de al menos tres meses de duración en un programa de tratamiento reducen el consumo de sustancias así como la actividad delictiva; (2) el tratamiento es más efectivo que el no tratamiento; y (3) la recuperación de la drogodependencia necesita, habitualmente, de varios episodios de tratamiento.

Tabla 25 Principales conclusiones del programa DARP

PROGRAMA	CONCLUSIONES
DARP	<ul style="list-style-type: none"> - Al año del seguimiento, el 64% de los usuarios de MM, el 61% en CT y el 56 de ALD no consumían heroína diariamente. - El tiempo pasado en el tratamiento era el mejor predictor del resultado. Estancias superiores a 90 días estaban asociadas significativamente con resultados positivos. - Los tratamientos basados en la comunidad para la adicción de opiáceos eran asimismo, efectivos para la reducción de conductas delictivas. - En el seguimiento a los 6 años, el 61% de la muestra no había consumido heroína diariamente al menos durante más de un año. La participación de actividades postratamiento o la vuelta a tratamiento estaba asociada con mejores resultados. - En el seguimiento a los 12 años, el 75% de la muestra no había empleado opiáceos diariamente al menos durante el pasado año o más. El 67% no los había usado en los últimos tres años. - La media de admisiones a tratamiento para cada paciente resultó de 6, con una media de una admisión cada 18 meses tras una media de 10 años de duración de la adicción. - Esta investigación sirvió de base para desarrollar y mejorar la valoración de manuales para el ingreso, el diseño del tratamiento, y los resultados del tratamiento.

El Treatment Outcome Prospective Study (TOPS) recogió datos de 11.750 pacientes admitidos a 41 programas de tratamiento en diez ciudades entre los años 1979 y 1981. En este momento comenzaban a emerger nuevos patrones de consumo. Las modalidades estudiadas fueron el mantenimiento con metadona, el tratamiento ambulatorio libre de drogas y el tratamiento residencial de larga estancia que incluía a las comunidades terapéuticas. Lógicamente, este estudio estaba diseñado para ampliar la visión obtenida por el DARP, y para ofrecer un marco para la realización de estudios más

especializados que incluyesen los cambios en los patrones de consumo, la comorbilidad de otros trastornos, el impacto de las implicaciones legales y el coste-eficacia del tratamiento del abuso de drogas.

En la Tabla 26 se presentan las principales conclusiones del programa TOPS. Éstas se pueden resumir nuevamente en: (1) los tratamientos se muestran efectivos en la disminución del consumo de drogas, tanto en el transcurso de los mismos como tras su finalización; (2) para tener efecto, los tratamientos no han de ser voluntarios; (3) los tratamientos resultan rentables en términos de coste-beneficio; y (4) los tratamientos de Mantenimiento con Metadona que obtienen mejores tasas de retención procuran más servicios que la simple administración de metadona.

Tabla 26 Principales conclusiones del programa TOPS

PROGRAMA	CONCLUSIONES
TOPS	<ul style="list-style-type: none"> - Los tratamientos se hallaron efectivos para reducir el consumo diario de opiáceos y otras drogas ilícitas, tanto en el transcurso del mismo como tras su finalización. - Los patrones de consumo en Estados Unidos variaron, substituyéndose el consumo diario de heroína por el policonsumo (principalmente estimulantes y cocaína). Aún así, el 77% de la muestra informó que la heroína era la droga motivo de tratamiento. - Las personas con presión legal para estar en el tratamiento se beneficiaban del mismo en igual medida que las personas que no la tenían. Además permanecían en tratamiento algo más de tiempo. - Cuando se calcularon los costes asociados a las conductas antisociales, se encontró que el tratamiento de las drogodependencias era rentable. - Entre los programas de Mantenimiento con Metadona (MM) aquellos que manejaban con flexibilidad las dosis a administrar, contaban con personal especializado, realizaban frecuentes controles de orina y contaban con servicios complementarios, tenían mayores tasas de retención de los clientes.

El Drug Abuse Treatment Outcome Studies (DATOS) comenzó en 1990 para evaluar los resultados del tratamiento del abuso de drogas y los tratamientos emergentes. La línea base de esta serie de estudios proviene de 10.010 adultos atendidos en 11 ciudades representativas de los Estados Unidos durante los años 1991-1993. Las modalidades de tratamiento incluidas fueron el tratamiento ambulatorio de metadona, el tratamiento residencial a largo plazo, el tratamiento ambulatorio libre de drogas, y el tratamiento residencial de corta estancia. Los datos concernientes a la evolución en el

tratamiento se recogieron a los 3 y 6 meses. Los datos del seguimiento se recogieron de una muestra de aproximadamente 3.000 pacientes a los 12 meses tras la finalización del tratamiento. También se realizó un seguimiento más allá del periodo de 4 años tras el tratamiento.

Es importante reseñar también, que en el año 1995 (véase Ilustración 7) se financió a cuatro centros de investigación para lograr una investigación independiente y coordinada fundamentada en los datos recogidos por el programa DATOS. Estos cuatro centros fueron: (1) The National Development and Research Institute at North Carolina (NDRI) cuyo investigador principal fue Robert L. Hubbard; (2) Texas Christian University in For Worth (TCU), con Dwayne Simpson como investigador principal; (3) The University of California at Los Angeles (UCLA) bajo la dirección de Douglas Anglin; y (4) The National Institute on Drug Abuse Services Research Branch (NIDA) con Bennett W. Fletcher como investigador principal. Asimismo, estos centros destacaron cuatro áreas de investigación: el uso de cocaína, las conductas de riesgo, la comorbilidad psiquiátrica y la situación judicial.

En la Tabla 27 se presentan las principales conclusiones del programa DATOS (Franey y Ashton, 2002). Éstas se pueden resumir –además de los hallazgos ya realizados en los programas DARP y TOPS- en la importancia de contar y conseguir la implicación del paciente en el tratamiento.

Tabla 27 Principales conclusiones del programa DATOS (Franey y Ashton, 2002)

PROGRAMA	CONCLUSIONES
DATOS	<ul style="list-style-type: none"> - La adicción al crack es tratable y el tratamiento es rentable para la sociedad. - Los programas residenciales a largo plazo que retienen a los pacientes al menos tres meses son particularmente beneficiosos en términos coste-beneficio para los pacientes con problemas graves por alta criminalidad. - Los estándares de calidad deberían establecerse sobre el compromiso y la retención de los pacientes, pues son predictores de los resultados. - Medidas de la aceptación y del progreso como las empleadas por el programa DATOS facilitan la identificación de posibles abandonos. Esta identificación permite la implementación de medidas correctoras. - La calidad del tratamiento es más importante para los pacientes con experiencia previa de tratamiento. - En el momento del ingreso, la implicación del paciente para cambiar a lo largo del tratamiento es un importante predictor de cómo lo hará. - Incluso cuando los pacientes muestran poca motivación, si se emplean estrategias adecuadas se puede reconducir esta situación. - Los grupos de autoayuda post-tratamiento previenen las recaídas. El compromiso con estos grupos es mayor si comienzan durante el tratamiento.

De las anteriores evaluaciones -de las que se han originado más de 400 artículos de investigación- se derivaron los principios presentados en la Tabla 28. Básicamente, estos principios son concreciones de los anteriormente presentados (Naciones Unidas 2003a; 2003b) y perfectamente complementarios –también con los componentes de Waltman, 1995-.

Fernández-Hermida y Secades (2000) destacan de los principios presentados en la Tabla 28 las siguientes consideraciones: (1) es necesario que los pacientes cuenten con los recursos necesarios para afrontar las alteraciones asociadas a la drogodependencia (principios 1 al 4, Tabla 28). Esta disponibilidad de tratamientos ha de ser real, y no se debe dar por parte de la administración prioridad total a un único tipo de dispositivo (en el caso español, a los programas de metadona); (2) el núcleo del problema adictivo es un trastorno psicológico (principios 6, 7 y 9, Tabla 28). Aun cuando este trastorno tenga importantes componentes biológicos, el abordaje psicológico es crítico a largo plazo. En este sentido los autores señalan una confluencia de criterios entre el NIDA y la Asociación Americana de Psiquiatría, que coinciden en señalar la intervención psicológica como útil y recomendable en el

tratamiento de las drogodependencias³⁴; (3) el tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo (principio 10, Tabla 28)³⁵; y (4) la perspectiva del NIDA (1999) señala que la recaída no es un fracaso terapéutico (principio 13, Tabla 28). De esta manera, la recaída no es un simple indicador del éxito o fracaso del tratamiento, sino un suceso probable que surge en la evolución de los pacientes adictos y que ha de considerarse en los tratamientos.

A las anteriores consideraciones, y desde la perspectiva de la evaluación de programas, habría que destacar la importancia de ofrecer un tratamiento adecuado a los sujetos con otros trastornos mentales (punto 8, Tabla 28). En opinión de Albanese y Khantzian, (2004) en la mayoría de los casos la falta de respuesta a los tratamientos se debe a que en la práctica se producen fenómenos de solapamiento entre trastornos. En estos fenómenos de solapamiento sucede que bien otro tipo de trastornos quedan encubiertos por el abuso de sustancias, o que los abusos de sustancias encubren otro tipo de problemáticas, repercutiendo en un peor pronóstico para el cumplimiento y eficacia de los tratamientos, sean estos del tipo que sean. De hecho, tanto Albanese y Khantzian (2004) como Zimberg (1996) o First y Gladis (1996) identifican estos casos como de “trastorno dual”. También la Organización Mundial de la Salud (2004) recoge esta problemática: *“la comorbilidad u ocurrencia simultánea de la dependencia de sustancias está aumentada en individuos con enfermedades mentales, en comparación con los que no padecen trastornos mentales”* (p. 25).

³⁴ También la Organización Mundial de la Salud (2004) apunta en esta dirección cuando afirma: “el tratamiento de la dependencia de sustancias no está destinado únicamente a detener el consumo de drogas; se trata de un proceso terapéutico que implica cambios de comportamiento, intervenciones psicosociales y, a menudo, el uso de fármacos psicotrópicos sustitutivos” (p. 33).

³⁵ En este punto los autores reivindican el acceso a la terapia como alternativa a una condena inútil. En este sentido los datos presentados por Naciones Unidas (2003a) hablan por sí solos: del 70% al 98% de las personas encarceladas no sometidas a tratamiento recayeron en el año siguiente a su excarcelación; además, más del 50% reingresaron en la cárcel en el mismo periodo.

Tabla 28 Principios de los tratamientos efectivos (NIDA, 1999, resumido).

- 1.- No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas.
- 2.- El tratamiento debe estar fácilmente disponible en todo momento.
- 3.- El tratamiento efectivo debe abarcar las múltiples necesidades de la persona, no solamente su uso de drogas.
- 4.- El plan de tratamiento del paciente debe ser continuamente evaluado y, de ser el caso, modificado para asegurar que el plan se mantenga a la par con los cambios en las necesidades de la persona.
- 5.- Para que el tratamiento sea efectivo, es esencial que el paciente lo continúe durante un período adecuado de tiempo.
- 6.- La terapia individual y/o de grupo y otros tipos de terapias de comportamiento constituyen componentes críticos del tratamiento efectivo para la adicción.
- 7.- Para muchos pacientes, los medicamentos forman un elemento importante del tratamiento, especialmente cuando se combinan con los diferentes tipos de terapia.
- 8.- En el caso de individuos con problemas de adicción o abuso de drogas que al mismo tiempo tienen trastornos mentales, se debe tratar los dos problemas de una manera integrada.
- 9.- La desintoxicación médica es solamente la primera etapa del tratamiento para la adicción y por sí misma hace poco para cambiar el uso de drogas a largo plazo.
- 10.- El tratamiento no tiene que ser voluntario para ser efectivo.
- 11.- El posible uso de drogas durante el tratamiento debe ser constantemente supervisado.
- 12.- Los programas de tratamiento deben incluir exámenes para el VIH/SIDA, la hepatitis b y c, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, conjuntamente con la terapia necesaria para ayudar a los pacientes a modificar o cambiar aquellos comportamientos que les ponen a ellos o a otros en riesgo de ser infectados.
- 13.- La recuperación de la drogadicción puede ser un proceso a largo plazo y frecuentemente requiere múltiples rondas de tratamientos.

Las consideraciones del NIDA (1999), Naciones Unidas (2003a; 2003b) y de la Organización Mundial de la Salud (2004) podrían resumirse en las siguientes proposiciones:

1. Las drogodependencias generan diversas problemáticas, y los enfoques eficaces han de atender el máximo número de áreas, tanto individuales como sociales;
2. Existen enfoques eficaces y rentables para tratar las drogodependencias, y éstas se han de abordar de manera individualizada, ofreciendo a cada paciente los recursos necesarios;

3. El tratamiento no consiste, única y exclusivamente, en atención médica o farmacológica, y la concurrencia de otros trastornos implican un peor pronóstico en el tratamiento.

De esta manera, en la evaluación de programas deberían considerarse el grado de adecuación de los tratamientos ofrecidos a las demandas y necesidades de los pacientes, junto con la disponibilidad real de los servicios. Además, hay que tener en cuenta que la disponibilidad o accesibilidad de los programas podría favorecer fenómenos de autoselección, oscureciendo características de los pacientes, de los tratamientos, o de las interacciones entre ambos.

En suma, todos los elementos revisados en este apartado deberían considerarse al plantear evaluaciones de programas de tratamiento para poder comprender el funcionamiento de los mismos.

4.2.2. Evidencias sobre la Comunidad Terapéutica.

En la fortaleza de los grandes estudios evaluativos norteamericanos está también su debilidad. Las conclusiones derivadas implican a las grandes modalidades de tratamiento incluidas en el estudio, pero no a las especificidades de cada modalidad de tratamiento (Fernández-Hermida y Secades, 2000; Franey y Ashton, 2002). Esto hace que Simpson (2002) proponga, tras la comprobación de que los tratamientos funcionan, que el reto es hacerlos funcionar mejor. Esta situación es también aplicable a la Comunidad Terapéutica, incluso de una manera más acentuada, tal y como va a exponerse, pues la primera dificultad es la propia evaluabilidad de la Comunidad Terapéutica.

Evaluabilidad de la Comunidad Terapéutica

Si bien anteriormente se ha hablado genéricamente sobre la Comunidad Terapéutica, y se ha afirmado que es un enfoque claramente delimitado, no es sencillo definir este enfoque. **¿Qué hace que una institución sea una comunidad terapéutica y otra no?** En el momento presente no se ha llegado a proponer una definición universal y operativa de la Comunidad Terapéutica. Sí que se han propuesto descripciones, e incluso modelos diferenciados, pero en cierta manera se debe admitir que una entidad es una Comunidad Terapéutica porque se adhiere a esta denominación. Ésta es, en cierta manera, la conclusión de Mereki (2004) quien, tras analizar cuáles pueden ser los componentes fundamentales de la Comunidad Terapéutica y sus límites, afirma que el alma y el potencial de la misma se hallan en la Filosofía de Daytop (véase p. 38). Esta amplitud de límites es una virtud que ha facilitado la evolución local de las comunidades terapéuticas y su adaptación a cada entorno (De Leon, 2004a). Pero a su vez, esta amplitud es una limitación. Así, el mismo De Leon (2004a) considera que esta indefinición, que tantos beneficios ha reportado al tratamiento en Comunidad Terapéutica, ha contribuido al oscurecimiento de la comprensión de la misma. ¿Qué entiende este autor por comprensión?: **(1)** la determinación del **modo en que funciona** la Comunidad Terapéutica; **(2)** el conocimiento de las **condiciones en que mejor funciona**; y **(3)** la determinación de **para qué pacientes** la Comunidad Terapéutica **es el tratamiento de elección**.

(1) Dificultades para comprender el modo en que funciona la Comunidad Terapéutica

Para poder comprender el modo en que funciona la Comunidad Terapéutica se deberá: a) identificar los elementos que la componen; b) plantear una metodología de análisis; y c) contrastar los posibles modelos alternativos.

a) Identificación de los componentes de la Comunidad Terapéutica.

Ya en 1995, De Leon planteó una serie de componentes del modelo genérico de Comunidad Terapéutica que se presentan en la Tabla 29 (también recogido en De Leon, 2004a). Estos componentes marcan, desde un tratamiento planificado y con una duración concreta, la separación del entorno social para lograr un entorno común de tratamiento, protegido de la droga, y en el que las funciones y roles de los integrantes de la misma se hallan claramente delimitados. En este entorno, y como parte del modelo, se fomentan las relaciones de autoayuda posibilitando el que los otros pacientes sean también modelos de rol. De esta manera, a lo largo de jornadas diarias altamente estructuradas, en las que el trabajo es a la vez terapia y educación, se desarrolla y transmite un estilo de vida con una visión concreta y determinada de la recuperación y de la vida correcta. En esta modalidad terapéutica, el grupo de encuentro es el grupo terapéutico principal en el que se busca aumentar la conciencia del individuo acerca de patrones conductuales o actitudinales que debería modificar. Asimismo, en muchos casos, la propia red social que se crea entre residentes posibilita una continuidad de los cuidados más allá de la duración de la estancia en Comunidad Terapéutica.

Tabla 29 Componentes del modelo genérico de Comunidad Terapéutica (De Leon, 1995).

COMPONENTE	BREVE DESCRIPCIÓN
Duración planificada del tratamiento	La duración del proceso variará según el caso individual de cada persona, aunque es necesario un periodo mínimo de implicación intensiva para asegurar la interiorización de las enseñanzas de la Comunidad Terapéutica.
Separación de la Comunidad	En el contexto residencial, los pacientes permanecen apartados del exterior las 24 horas al día durante varios meses, antes de adquirir privilegios de permiso.
Un entorno comunitario	El ambiente interno de las instalaciones de una Comunidad Terapéutica está formado por un espacio comunal, que tiene como fin promover la sensación de comunidad, al igual que las actividades colectivas.
Actividades comunitarias	A excepción del <i>counselling</i> individual, todas las actividades están programadas en formato colectivo.
Roles del personal y funciones	Independientemente de la función profesional, el rol genérico de los miembros del personal es el de miembro de la comunidad. Por lo tanto, su misión es ejercer la autoridad racional, facilitar y proporcionar pautas de acción, de acuerdo con el método de comunidad de autoayuda.
Los residentes como modelo de rol	Los miembros que demuestran las conductas esperadas, y reflejan los valores y necesidades de la comunidad son utilizados como modelos de rol. Se espera de todos los miembros de la comunidad que lleguen a ser modelos de rol.
Un día estructurado	Las actividades rutinarias organizadas se enfrentan a las vidas característicamente desordenadas de estos usuarios y los distraen del pensamiento negativo y el aburrimiento, factores que predisponen al consumo de la droga.
El trabajo como terapia y educación	De acuerdo con la metodología de la autoayuda, todos los usuarios son responsables de la gestión diaria de las instalaciones. Los diferentes roles laborales transmiten los efectos educativos y terapéuticos esenciales.
Una visión de la recuperación y visión de la vida correcta	Existe un repertorio formal e informal para instruir acerca de la perspectiva de la Comunidad Terapéutica, especialmente sus conceptos en torno a la recuperación mediante la autoayuda y su visión de la vida correcta.
Grupos de encuentro entre los residentes	El mínimo común denominador en todos los grupos de encuentro es el de aumentar la conciencia del individuo acerca de los patrones actitudinales o conductuales específicos que debería modificar.
Entrenamiento de la conciencia	Todas las intervenciones terapéuticas o educativas implican un aumento de la conciencia del individuo acerca del impacto de su conducta y actitudes, tanto en sí mismo como en su entorno social; e inversamente, el impacto de las conductas y actitudes de los demás en el propio individuo y entorno.
Entrenamiento del crecimiento personal	Para ello es necesario instruir a los individuos acerca de cómo identificar los sentimientos, expresarlos apropiadamente y manejarlos de manera constructiva, a través de las demandas interpersonales y sociales de la vida comunitaria.
Continuidad del cuidado	Tras la realización del programa, las visiones de la vida correcta y la recuperación basada en la autoayuda, y el empleo de redes de residentes son esenciales para enriquecer el uso apropiado de los servicios vocacionales, educativos, de salud mental, y demás cuidados típicos requeridos en las etapas de convalecencia o re-ingreso.

Sin embargo, en la base de estos componentes de la Comunidad Terapéutica, se encuentra más una filosofía (Mereki, 2004) que una teoría que posibilite la operativización de dichos componentes. Así pues, si existe esta **falta de operativización** con el concepto de Comunidad Terapéutica, algo semejante ocurre con los componentes o ingredientes de la misma. Más compleja es la situación si, como defiende De Leon (2004a) “*en la Comunidad Terapéutica, todas las actividades e interacciones interpersonales y sociales facilitan la recuperación y la vida correcta*” (p. 263). Aun así, en un marco de análisis propone agrupar las actividades –componentes de la comunidad terapéutica- en torno a: (a) la gestión clínica y de la comunidad; (b) la mejora de la comunidad; y (c) la modificación educativo-terapéutica (Tabla 30).

Tabla 30 Organización del régimen diario de actividades de Comunidad Terapéutica (De Leon, 2004a).

Gestión clínica y de la comunidad	Mejora de la Comunidad	Modificación terapéutico-educativa
<ul style="list-style-type: none"> • Privilegios. • Sanciones disciplinarias. • Seguridad. • Vigilancia. 	<ul style="list-style-type: none"> • La reunión matutina. • Seminarios. • Reunión diaria de la casa. • Reunión general (según dirección). 	<ul style="list-style-type: none"> • Encuentros. • Pruebas. • Maratones. • Tutorías.

En esta agrupación, las actividades o componentes de la Gestión Clínica y de la Comunidad son los encargados de la seguridad física y psicológica del entorno, y son los que aseguran que la vida del residente sea ordenada y productiva. Entre estos elementos incluye los privilegios y las sanciones disciplinarias, las medidas de seguridad y las medidas de vigilancia.

Las actividades de mejora de la Comunidad son las reuniones destinadas a reforzar la percepción positiva que el paciente tiene de la comunidad y por lo tanto, reuniones en las que el paciente comprende el potencial educativo y de cura. En esta categoría incluye De Leon (2004a) la reunión matutina, los seminarios, la reunión diaria de la casa y la reunión general.

Respecto a la modificación terapéutico-educativa, De Leon (2004a)

incluye las actividades dirigidas a modificar las características sociales y psicológicas del individuo, enseñándole habilidades laborales, de comunicación e interpersonales. En esta categoría se incluyen los encuentros interpersonales, las pruebas, los maratones o tutorías interpersonales.

Ahora bien, una comunidad terapéutica que no cuenta, por ejemplo, con *maratones*³⁶, ¿deja de ser una comunidad terapéutica? Parece que la respuesta es que no. De hecho, por referir al caso de Proyecto Hombre, en pocos centros se mantienen las maratones, y decir que sólo los centros que incluyen maratones son una comunidad terapéutica parece excesivo.

Además, hay elementos que en unos momentos pueden ser considerados como pertenecientes a la gestión clínica y de la comunidad, y en otros momentos lo serán como modificaciones educativo-terapéuticas³⁷. Incluso en reuniones de mejora de la comunidad se administran sanciones o se conceden privilegios, de tal manera que los intentos de categorización han de ser contemplados en el contexto oportuno y adecuado.

Hay también otros elementos que se han considerado centrales en la comunidad terapéutica de Proyecto Hombre, como por ejemplo la entrevista de admisión, y que no merecen la atención de De Leon (1995; 2004a). De hecho, la entrevista de admisión en Comunidad Terapéutica merecía el mismo tiempo en el currículo de la Escuela de Formación de Terapeutas que los grupos de encuentro (dinámicos en la terminología de Proyecto Hombre).

De hecho, sorprende la **falta de estudios y de evaluaciones** publicadas **sobre elementos** que se consideran **importantes** en la mayoría de las

³⁶ Se denomina maratón a una sesión de grupo cuya duración puede ir desde las 12 hasta las 36 horas. Su metodología general es la de disipar las defensas y resistencias a través del empleo de diferentes técnicas físicas, psicológicas y sociales. Su objetivo explícito es el de potenciar experiencias psicológicas significativas.

³⁷ El consumo del tabaco está limitado, en la Asociación Proyecto Hombre, a un paquete al día durante la estancia en Comunidad Terapéutica. Esta medida se integra entre las medidas educativo-terapéuticas, para la mejora del autocontrol. Pero también es cierto que la retirada de esta limitación es un privilegio, un elemento de gestión

comunidades. Incluso hay que recordar, por ejemplo, que para Naciones Unidas (2003b) las sesiones de terapia de grupo en general, especialmente las sesiones de “confrontación” –tan propias de Comunidad Terapéutica- no han mostrado pruebas de su eficacia. Lo mismo ocurre con las sesiones educativo-terapéuticas (seminarios en términos de la comunidad terapéutica).

Pocos elementos se han incorporado a la Comunidad Terapéutica tras un proceso de valoración “público”³⁸. Uno de ellos es, por ejemplo, las medidas de concienciación por parte de terapeutas más experimentados a los nuevos residentes en los primeros días de estancia en la comunidad terapéutica (De Leon, Hawke, Jainchill y Melnick, 2000). Asimismo, en pocos casos se ha valorado la veracidad de la adecuación de los instrumentos a los objetivos planteados (esto es, la eficacia de los mismos). Por ejemplo, sí se ha valorado la mejora en la alexitimia³⁹ -en el ya mencionado estudio de Fernández y Espina (1994)-. Pero en la investigación sobre la Comunidad Terapéutica ha prevalecido la consideración de la misma como un todo. No se han valorado los posibles componentes del tratamiento, y menos su eficacia diferencial.

b) Metodología de análisis. De nuevo el problema de la causación.

Esta situación no ha sido seguramente ajena al origen y evolución de la Comunidad Terapéutica. De hecho, Roldán (2004) –en la misma línea expuesta por De Leon (2004a)- advierte que lo que ocurre en la Comunidad Terapéutica difícilmente es abarcable por una teoría psicológica. A esta complejidad se puede añadir la consecuente **falta de instrumentos estandarizados** para su aplicación en Comunidad Terapéutica. Si no se tienen instrumentos estandarizados la generalización de los resultados es complicada. Aun cuando De Leon (2004a) presenta una serie de instrumentos estandarizados para Comunidad Terapéutica (Tabla 31), estos no han encontrado aplicación en

clínica y del tratamiento cuando el paciente accede a la siguiente fase de tratamiento.

³⁸ Entendiéndose por público la publicación en revistas, la presentación en congresos, o cualquier otra forma de divulgación científica.

³⁹ Aun cuando por limitaciones metodológicas esta mejora no puede atribuirse exclusivamente al grupo desarrollado con este objetivo

Europa, y menos en España. Dos de estos instrumentos se van a comentar brevemente: el “*Circunstancias, Motivación y Disposición hacia el tratamiento (CMR)*” (De Leon, 1993) y el “*Cuestionario de escala para los elementos esenciales de la CT (SEEQ)*” (Melnick y De Leon, 1993).

De los instrumentos presentados en la Tabla 31, tan sólo se encuentra traducido al castellano el de “*Circunstancias, Motivación y Disposición hacia el tratamiento (CMR)*” de De Leon (1993). Sin embargo, no está baremado ni en población europea ni en población española. Es un instrumento de auto-información con 18 ítems tipo Likert que ha de responder el paciente. Este instrumento mide la presión externa para ingresar en el programa, la presión externa para abandonarlo, la motivación para el cambio y la buena disposición hacia el tratamiento. Este instrumento muestra buena validez y fiabilidad como predictor de la retención a largo plazo en las comunidades terapéuticas (De Leon, Melnick, Kressel y Jainchill, 1994). Se muestra adecuado independientemente de la sustancia que motive el tratamiento (De Leon, Melnick y Kressel, 1997). Por último, también se ha mostrado adecuado para ser empleado con población adolescente (Melnick, De Leon, Hawke, Jainchill y Kressel, 1997).

El “*Cuestionario de escala para los elementos esenciales de la CT (SEEQ)*” (Melnick y De Leon, 1993), es de aplicación a directores y equipos de programas de tratamiento en Comunidad Terapéutica. Su aplicación requiere de 30 a 45 minutos, y se obtienen una serie de puntuaciones en seis escalas: perspectiva, metodología de tratamiento, la comunidad como agente terapéutico, las actividades educativas y laborales, los elementos terapéuticos formales, y el proceso. De este instrumento derivaron los componentes de la Comunidad Terapéutica anteriormente presentados.

Tabla 31 Instrumentos de evaluación para la utilización en Comunidades Terapéuticas (De Leon, 2004a)

Autores	Instrumento	Breve descripción
Jainchill, N. y De Leon, G. (1987)	<i>Escalas de progreso de los usuarios de la Comunidad Terapéutica.</i>	Da a los pacientes y al personal una evaluación de la participación en las actividades del programa. Mide el progreso como modelo de rol, la participación en grupos terapéuticos y las relaciones con los demás.
De Leon, G. (1992)	<i>Protocolo de entrevista de línea base CTCR.</i>	Es un instrumento que da una descripción comprensiva de los nuevos usuarios para propósitos de información y comparación en características demográficas, de historial psicosocial, consumo de drogas e historiales médico, criminal y legal.
De Leon, G. (1993)	<i>Circunstancias, motivación y disposición (CMR). Escalas para el tratamiento del abuso de sustancias.</i>	Instrumento de auto-información que mide la presión externa para ingresar en el programa, la presión externa para abandonarlo, la motivación al cambio y la buena disposición hacia el tratamiento.
De Leon, G. y Melnick, G. (1993)	<i>Cuestionario de escala para los elementos esenciales de la CT (SEEQ)</i>	Evalúa el extremo en que un programa presenta las características genéricas de una Comunidad Terapéutica. Mide la perspectiva, la metodología de tratamiento, a la comunidad como agente terapéutico, sus actividades educativas y laborales, los elementos terapéuticos formales, y el proceso.
Sacks, S. (1995)	<i>Formulario de monitorización del programa (PMF)</i>	Instrumento de información interna para definir la fidelidad del programa. Este instrumento evalúa la fidelidad entre cómo fue diseñada la actividad, cómo figura en la descripción del programa, y cómo fue llevada a cabo.
Melnick, G. y De Leon, G. (1996)	<i>Escalas de percepción de la idoneidad del tratamiento (PTSS).</i>	Mide las preferencias subjetivas del paciente en cuanto al tipo de tratamiento. Se incluyen la desintoxicación, el tratamiento ambulatorio libre de drogas, el ambulatorio basado en la metadona, el tratamiento residencial a corto plazo, y el residencial a largo plazo.
Jainchill, Messina y Yagelka (1997)	<i>Índice de riesgos ambientales del tratamiento (TERI)</i>	Mide tres dimensiones diferentes del entorno del tratamiento en CT. La dimensión física, del medio ambiente social y del propio programa de tratamiento.
Melnick, G. y De Leon, G. (1998)	<i>Protocolo de concordancia de usuarios (CMP)</i>	Evalúa de manera objetiva la idoneidad de la asignación del paciente a uno de los tres tipos de contexto de tratamiento orientado a la CT.
Kressel, D. y De Leon, G. (1998)	<i>Inventario de evaluación del usuario (CAI); Sumario de evaluación del usuario (CAS); Sumario de evaluación del personal (SAS).</i>	El CAI, el CAS y el SAS son instrumentos que sirven para evaluar el progreso de los usuarios a lo largo de los 14 ámbitos clínicamente relevantes bajo 4 amplias dimensiones: la evolutiva, la de socialización, la psicológica y la de membresía comunitaria.

Asimismo, a partir del SEEQ se han clasificado las Comunidades Terapéuticas en tradicionales y modificadas (Melnick y De Leon, 1999; Melnick, De Leon, Hiller y Knight, 2000), destacando las características de estas últimas.

En Europa lo más parecido que se puede encontrar son los “*Indicadores de Calidad en Comunidades Terapéuticas*” establecidos por la Federación Europea de Asociaciones de Intervinientes en Toxicomanías (ERIT) (Martín, 2001) y realizados con el apoyo de la Comisión Europea. Estos indicadores de calidad son el resultado de la colaboración entre diferentes entidades de todos los países de la Unión Europea. El documento consensuado muestra en diferentes áreas, qué estándares de calidad debería tener una comunidad terapéutica. Más concretamente, las áreas comentadas son las siguientes:

- aspectos formales; medio físico, entorno y control sanitario; actividad económica y cuestiones financieras;
- equipo técnico: composición, formación y supervisión;
- procedimiento de admisión; registro individual de pacientes; diagnóstico y evaluación de pacientes;
- tratamiento: generalidades, actividades y programas educativos; finalización, derivación y seguimiento;
- derechos del paciente;
- relación con la comunidad y con otros servicios;
- garantía y aseguramiento de la calidad.

No obstante, este trabajo se podría definir mejor como una declaración de intenciones que como un instrumento de valoración. Bien es cierto que proporciona un cuestionario de cumplimentación de los diferentes aspectos analizados pero más se presenta como un ideal de consecución que como un instrumento operativo.

Por la relevancia que tiene para la definición operativa de una Comunidad Terapéutica, se presentan en la Tabla 32 las generalidades sobre

el tratamiento y las actividades a desarrollar en la comunidad terapéutica según el acuerdo alcanzado por el grupo de expertos europeo.

Tabla 32 Tratamiento: generalidades, actividades y programas educativos Martín, 2001 pp. (133-135).

TRATAMIENTO: GENERALIDADES, ACTIVIDADES Y PROGRAMAS EDUCATIVOS.
<p>1. La CT mantendrá una descripción estándar del programa terapéutico, bien definida y divulgada a los pacientes, equipo e instituciones, que incluye: a) objetivos planificados y revisados; b) metodología aplicada (técnicas, fundamento teórico, procedimientos y criterios de aplicación); c) actividades desarrolladas y d) calendario previsto.</p> <p>2. La descripción del programa expresa claramente su orientación ideológica e incluye declaración expresa de que: a) no garantiza la solución absoluta de la drogodependencia del paciente; b) está centrado en las necesidades del paciente de cara a su reinserción; c) no impone ningún principio religioso o ideológico.</p> <p>3. La descripción del programa incluirá un Reglamento Interno y un Contrato Terapéutico, explicando los derechos y deberes de los pacientes y el equipo.</p> <p>4. La CT aplicará un plan de tratamiento individualizado, registrado por escrito en el R.I., que: a) estará basado en las necesidades del paciente; b) especificará los servicios requeridos por éste; c) señalará las metas a corto y largo plazo y criterios de finalización del tratamiento; d) programará la aplicación individualizada de las técnicas de intervención y e) estará bajo la responsabilidad directa de un miembro del equipo.</p> <p>5. El plan de tratamiento individualizado será diseñado con la participación directa del paciente y revisado regularmente con éste, siendo modificado cuando sea necesario.</p> <p>6. La CT aplicará en la medida de sus posibilidades un programa orientado a la problemática familiar del paciente, o realizará un enlace con otros servicios para su tratamiento.</p> <p>7. La metodología del programa terapéutico estará basada en la investigación científica, los objetivos serán evaluables objetivamente y el plan de tratamiento individualizado incluirá un método para medir el progreso y resultados de las intervenciones.</p> <p>8. El tratamiento en la CT incluirá un horario planificado y revisado conjuntamente con los pacientes, como marco estructurado y flexible para la vida diaria, con espacios y tiempos comunes para la terapia, actividades, tiempo libre y relaciones interpersonales.</p> <p>9. Las actividades de los pacientes nunca serán utilizadas para extraer beneficios económicos para el programa. Si existen beneficios derivados de tales actividades, estos serán invertidos en material o actividades en beneficio de los pacientes.</p> <p>10. La CT suministrará o facilitará el acceso a: a) programas educativos; b) consejo vocacional; c) actividades recreativas. Estas actividades, así como la terapia ocupacional, serán adaptadas al paciente y supervisadas por el equipo. La información obtenida acerca de estas actividades será almacenada y utilizada para la planificación individualizada del tratamiento.</p> <p>11. La CT aplicará procedimientos especiales para el tratamiento de pacientes con VIH+ o SIDA, desarrollados por personal especializado y con criterios claros sobre derivación, incluyendo evaluación psicopatológica y neurológica y medidas especiales de prevención y control sanitario.</p>

Como se puede apreciar, nuevamente, los aspectos considerados como definitorios son muy amplios, y dejan un gran espacio a la interpretación. También la Comisión de Evaluación de la Asociación Proyecto Hombre está elaborando un documento semejante al impulsado por el grupo ERIT buscando determinar los elementos definitorios del tratamiento de Proyecto Hombre (Yubero, 2004).

Además de la falta de instrumentos estandarizados, el ámbito de intervención en drogodependencias se ha visto abocado a responder sobre su intervención en los mismos parámetros que otro tipo de intervenciones de componente farmacológico. Frente a la necesidad de los ensayos controlados aleatorizados para la comprobación de la eficacia de los tratamientos, ya comentada anteriormente, De Leon, Inciardi y Martin (1995) han defendido la poca viabilidad de este tipo de diseños en el estudio de los tratamientos residenciales. Dehue (2002) amplía estas críticas a los experimentos de mantenimiento con heroína, y en general a todas las áreas relacionadas con el consumo de sustancias. De hecho, para este autor los ensayos controlados aleatorizados están al servicio de modelos médicos y no están carentes de prejuicios que dificultan la propia realización de los experimentos, y por lo tanto, de los resultados obtenidos.

Desde esta perspectiva, es lógica la reivindicación de las metodologías naturalistas (De Leon, Inciardi y Martin, 1995), etnográficas (Dehue, 2002) y cualitativas (Lambert, Ashery y Needle, 1995); metodologías todas ellas que van abriéndose paso en el campo de la valoración de los programas de salud con el objetivo de incorporar los puntos de vista de los usuarios (Wensing y Elwyn, 2003). Así pues, aun cuando el posible ideal metodológico pudiera estar relacionado con los ensayos controlados aleatorizados, **la evidencia obtenida** de los programas de tratamiento en drogodependencias **procede**, según la categorización de Montero y León (2002) a los **estudios ex post facto**, destacando los tres grandes estudios nacionales realizados hasta la fecha en Estados Unidos, y ya comentados.

2) Dificultades para comprender las condiciones en que mejor funciona.

La determinación de las condiciones en que mejor funciona pasa, irremisiblemente por determinar *si realmente funciona*. ¿Cuáles han sido los resultados de las grandes evaluaciones sobre Comunidad Terapéutica?

Desde los años 80, y a partir del Programa DARP (Simpson y Sells, 1982) se informaba de que **las comunidades terapéuticas eran efectivas** y producían mejoras respecto al uso de drogas, reducción de la criminalidad y mejora de las actividades productivas. Estos resultados eran aplicables, asimismo, a los programas de mantenimiento de metadona y programas ambulatorios libres de drogas. Todo esto después de 4 años de finalizados los programas. En líneas generales, los programas ofrecieron resultados que se mantenían en el tiempo. Hubbard, Marsden, Rachal, Harwood, Cavanaugh y Ginzburg (1989) encontraron asimismo, una buena relación coste-beneficio sobre los gastos sociales, sanitarios y de justicia criminal en el modelo de Comunidad Terapéutica tradicional a largo plazo.

McLellan, Grissom, Brill, Durell, Metzger y O'Brien (1993) informaron que, a los 6 meses de finalizados los tratamientos, se daba una tasa de retratamiento del 8% en los programas residenciales –modalidad en la que estaban incluidas las comunidades terapéuticas-. Todos estos resultados anteriores, en general, están alineados con los resultados publicados por Yih-Ing, Douglas y Bennett en 1998. En esta investigación los citados autores valoraron 2.966 pacientes al año de la finalización de diferentes modalidades de tratamiento. Todas las modalidades de tratamiento mostraron reducciones en el consumo de drogas, aunque los tratamientos residenciales fueron los que consiguieron mayores reducciones (asociadas a una menor historia de consumo de los pacientes).

En nuestro entorno, Aguilar, Jusué, García, Oria y Domínguez (1995) en una muestra de 100 exusuarios de dos comunidades terapéuticas ubicadas en Navarra, hallaron que las recaídas eran significativamente más altas entre

quienes abandonaban el tratamiento prematuramente (90,3%) (aun habiendo permanecido al menos seis meses en el programa) que aquellas que lo finalizaban (30,6%). Estos resultados son concordantes con los de Gossop *et al.*, 1999 y Hubbard *et al.*, 1989.

No obstante, la comparación entre los diferentes estudios es compleja, pues no se han empleado ni los mismos instrumentos de medida, ni los mismos criterios de determinación del éxito o fracaso (con todas las consideraciones ya expuestas en un apartado anterior). Asimismo, hay una gran heterogeneidad de planteamientos y de operativizaciones de las recaídas, además de las dificultades inherentes al propio tratamiento que dificultan la aplicación de diseños controlados.

A pesar de todo, se puede decir que la comunidad terapéutica funciona. Pero, aun cuando se asuma esto, el **fenómeno del abandono**, o de la falta de seguimiento de las prescripciones dadas por los profesionales, está intrínsecamente asociado a los programas de tratamiento de drogodependencias⁴⁰.

Algunos estudios han tratado de comprender el fenómeno del abandono. En líneas generales se ha diferenciado entre el abandono que se produce en los primeros momentos del tratamiento, y el que se produce en momentos más avanzados. Y es que existe consenso sobre que el paciente ha de mantenerse en tratamiento el tiempo necesario para que éste surta efecto (Waltman, 1995). Además, la permanencia en tratamiento sería también una manera indirecta de valorar la satisfacción de los pacientes con el programa. De hecho, la mayoría de las estrategias que se implementan en los programas de tratamiento están destinadas a mejorar la retención, aun cuando en pocas ocasiones se cuenta con estudios empíricos de los motivos dados por los usuarios para abandonar el tratamiento prematuramente.

En lo que respecta a la predicción del riesgo de abandono, el

instrumento de “*Circunstancias, Motivación y Disposición hacia el tratamiento (CMR)*” de De Leon (1993) permite la detección de las personas con mayor probabilidad de abandonar el tratamiento, pudiendo incorporar medidas correctoras en el programa individualizado. No obstante, tal y como ya se ha advertido previamente, no se halla validado en población europea o española.

También hay que advertir que cuando un paciente abandona, no necesariamente termina su relación con la comunidad terapéutica. Aproximadamente un tercio de los abandonos solicitan la readmisión en el mismo u otro programa de Comunidad Terapéutica (De Leon, 1991; Simpson, 1986).

En cuanto a tasas concretas de abandonos, De Leon (2004b) refiere que aproximadamente el 60% de todas las admisiones a la comunidad terapéutica⁴¹ llegan a permanecer 90 días. De aquellos que consigan permanecer 90 días, aproximadamente el 60%-70% completará doce meses de estancia en el tratamiento. Esto supone que entre el 36%-42% de los que inician el tratamiento permanecen un año en el mismo, y los datos son muy semejantes a los de Simpson *et al.* (1982). Estos datos son muy semejantes a los obtenidos por los trabajos españoles. Así, Aguilar *et al.* (1995) informaban de un 20,5% de altas terapéuticas en el tratamiento; por su parte, Secades *et al.* (1998), en un programa de Proyecto Hombre, informan de un 71,5% de abandonos en la fase de Acogida⁴².

Respecto al abandono en las primeras fases del tratamiento, la falta de información puede estar enmascarando diferentes problemáticas que será necesario delimitar para profundizar en este fenómeno. Así por ejemplo, en un estudio sobre trastornos de personalidad y abandonos en la Comunidad Terapéutica, se constató que el 75% de las personas con trastorno de personalidad abandonaba en los primeros meses del tratamiento (Fernández-

⁴⁰ Al igual que en otros campos de la salud.

⁴¹ En la modalidad estándar o tradicional.

⁴² Fase previa a la fase de Comunidad Terapéutica, y que podía durar un año.

Montalvo, López-Goñi, Landa, Illescas, Lorea, y Zarzuela, 2004). Las medidas para mejorar la retención de los pacientes tendrían que tomar en consideración situaciones semejantes. Máxime teniendo presente la alta prevalencia de la denominada “patología dual” en este colectivo (Fernández-Montalvo, Landa, López-Goñi, Lorea, y Zarzuela, 2002; Fernández-Montalvo, Lorea, López-Goñi, Landa, y Zarzuela, 2003; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2001; Medina y Moreno, 1998).

De esta forma, la constatación de la existencia de realidades diferenciadas, ha abierto paso a diferentes adaptaciones de la Comunidad Terapéutica que se detallan a continuación.

(3) Comprensión de para qué pacientes es el tratamiento de elección. Adaptaciones de la Comunidad Terapéutica.

La determinación del mejor tratamiento para cada paciente es una aspiración común a los programas de tratamiento (Deben, Fernández, López-Goñi, Illescas y Santos, 2004) y una importante línea de investigación (Secades y Fernández-Hermida, 2001). Tanto es así, que a pesar de los déficit teóricos y metodológicos, la Comunidad Terapéutica ha evolucionado y ha definido nuevas poblaciones diana hacia las que dirigir sus servicios. Las adaptaciones de la Comunidad Terapéutica se han dirigido tanto a **poblaciones** como a **contextos especiales** (De Leon, 2004a y National Institute on Drug Abuse, 2003).

Las **poblaciones específicas** para las que se han conformado Comunidades Terapéuticas son: adolescentes con consumos de drogas, adolescentes con problemas emocionales, personas en prisión con abusos de sustancias, personas seropositivas y enfermas de SIDA, personas sin hogar, madres drogodependientes con hijos menores, personas encarceladas con trastornos mentales y usuarios de programas de metadona.

Entre los **contextos especiales** se cuentan: las clínicas ambulatorias, las escuelas alternativas, las residencias comunitarias para drogodependientes con trastornos mentales, los albergues comunitarios, los centros de día, los albergues internos en hospitales, las clínicas de metadona, las prisiones, y las residencias comunitarias a corto plazo.

El National Institute on Drug Abuse (2003) señala, asimismo, dos adaptaciones prometedoras en la evolución de las comunidades terapéuticas: la implantación de **periodos de estancia más cortos**, y el empleo de **modelos de tratamiento diurnos**. Estos últimos son más intensivos que los tradicionales modelos ambulatorios, y menos que una comunidad terapéutica residencial.

Tres son las adaptaciones de las que se van a comentar evidencias en este apartado por su relación con la situación española: **(1)** evidencias sobre las personas con **trastorno dual**; **(2)** evidencias sobre las **atenciones en prisión**, o a personas derivadas del sistema judicial; y **(3)** evidencias sobre los **tratamientos en régimen de día**.

(1) Las personas con **trastorno dual** parecen ser las más resistentes al tratamiento, bien porque no son diagnosticadas correctamente, bien porque abandonan el tratamiento prematuramente y ni tan siquiera llegan a ser diagnosticadas (Albanese y Kanthzian, 2004; Fernández-Montalvo, *et al.*, 2004). Esta circunstancia ha motivado la adaptación de la Comunidad Terapéutica a personas con diagnóstico dual. Esta adaptación se muestra prometedora en cuanto al aumento de la retención y mejoría en el consumo de sustancias, de la disminución de las actividades ilegales y de la mejora del estado psicológico global (De Leon, 1996). Una breve descripción de una adaptación de comunidad terapéutica para personas con trastorno dual se puede encontrar en Galanter, Franco, Kim, Metzger y De Leon (1996).

Ball (2004) ha propuesto además, un esquema de terapia con doble foco para los pacientes con trastornos de personalidad. En este esquema de terapia

psicológica se han separado las conductas relacionadas con el abuso de sustancias, de los trastornos de personalidad pudiendo de esta manera, afinar los diagnósticos de trastornos de personalidad, estableciendo mejores planes de intervención⁴³. Todo ello desde una perspectiva cognitivo-conductual, perfectamente compatible con el tratamiento en comunidad terapéutica.

En el entorno español las adaptaciones se han basado en permitir los tratamientos farmacológicos en comunidad terapéutica y en trabajar coordinadamente con otros profesionales. No obstante, al igual que en los estudios norteamericanos se ha constatado que estos pacientes consumen una gran cantidad de recursos de la comunidad terapéutica,⁴⁴ y que para su tratamiento es imprescindible la adaptación del sistema terapéutico establecido a la nueva patología (Shollar, 1996).

(2) Ya se han expuesto en un apartado anterior algunos datos sobre la presencia de la problemática del abuso de sustancias en prisión. En Estados Unidos se estima que el 70% de las personas que están en prisión necesitan tratamiento por abuso de sustancias Wexler y Prendergast (2004). Estos mismos autores indican que las seis evaluaciones principales realizadas en Estados Unidos sobre **tratamientos en prisión basados en la comunidad terapéutica** han dado resultados positivos en el seguimiento⁴⁵. A esas evaluaciones habría que añadir la de Muehlbach y Dominick (2004) en la que analizaron la evolución de las 36.626 admisiones a tratamiento en Daytop entre los años 1996 y 2002. De esas 36.626 admisiones, un 55% provenían de derivaciones judiciales. Las personas derivadas por el sistema judicial completaban en mayor medida el tratamiento, y se daba un cambio en la conducta y en el resto de áreas valoradas (consumo de drogas y reducción de actividad criminal). En España la Asociación Proyecto Hombre atiende unas

⁴³ En buen número de ocasiones las conductas vinculadas primariamente al abuso de drogas sobredimensionan los síntomas asociados a los trastornos de personalidad, dificultando el diagnóstico, y por tanto, la instauración temprana del tratamiento adecuado.

⁴⁴ Tanto en tiempo como en recursos terapéuticos.

⁴⁵ Tanto en reducción del consumo de sustancias como en la actividad criminal.

300 personas en comunidades terapéuticas intrapenitenciarias, unas 600 personas se encuentran realizando cumplimientos alternativos al ingreso en prisión y otras 500 acceden al tratamiento a través del Tercer Grado Penitenciario, saliendo del internamiento en prisión (Aragónés, Carrizo, Nuño, Presencio y Rubio, 2004). En la evaluación de Menéndez y Rico (2004) sobre población con causas penales en Proyecto Hombre de Asturias se informa de una mayor permanencia en el programa de tratamiento de las personas con este tipo de condicionantes. Aunque también se ha de señalar que este colectivo no consigue un mayor porcentaje de altas terapéuticas, proponiendo los autores una serie de mejoras en la oferta terapéutica a esta población.

También hay autores para los que la disminución en la actividad delictiva más tiene que ver con la maduración personal que con la incidencia de los tratamientos. Aún así estos autores reconocen que la probabilidad de reincidencia entre consumidores en activo es mucho más alta que entre el resto de población reclusa (Sánchez-Carbonell *et al.*, 2004).

(3) En términos generales, los tratamientos en **régimen de día** reducen costes, ya que no es necesario mantener personal durante las noches, y además, en la gran mayoría de los casos, las instalaciones del programa se cierran durante los fines de semana y festivos. A estos ahorros en personal hay que añadir los ahorros en inversión derivados de la hostelería (no se suelen dar cenas ni desayunos) y de las infraestructuras (no son necesarias habitaciones, ni lavar la ropa, etc.). Sorensen's, Chan, Guydish, Werdegar, Bostrom y Acampora (2004) realizaron un ensayo aleatorio comparando el tratamiento en régimen de día con el régimen residencial a los 18 meses. Los hallazgos de estos autores, congruentes con otros resultados encontrados en estudios previos, muestran que las diferencias entre los resultados resultantes en ambas modalidades de tratamiento no son significativas. Bien es cierto que las personas que vivieron en la comunidad terapéutica presentaron una mayor mejora en problemas sociales y síntomas psiquiátricos. No obstante, fue en el control de los 18 meses cuando el grupo de comunidad terapéutica mostró la mejor puntuación en problemática social. Este resultado sugiere a los autores

un posible efecto acumulativo del tratamiento. Por lo demás, en ambas modalidades de tratamiento las mejoras se comenzaron a notar a los 6 meses de iniciado el tratamiento.

En España, algunos programas de la Asociación Proyecto Hombre y de la Confederación de Entidades Promotoras de Proyecto Hombre han desarrollado este tipo de intervenciones como alternativa al tratamiento residencial. En algunos casos, por razones económicas (abaratamiento de costes, sobre todo si hay pocos pacientes por atender) y en otros casos, por considerarlo más adecuado para atender la demanda de pacientes con buen apoyo social.

Ninguna de las adaptaciones comentadas está exenta de dificultades. Y, aun cuando a juicio de Mereki (2004), los límites de la Comunidad Terapéutica son muy amplios, en la mayoría de las ocasiones las adaptaciones son lentas y necesitan de cambios de mentalidad tanto por parte de los equipos de tratamiento como por parte de los propios residentes (Zweben, Aly, Martin, Wengrofsky, Bacci y Meddaugh, 1999). No obstante, los múltiples esfuerzos realizados para adaptar la comunidad terapéutica a las necesidades de los colectivos más castigados por el abuso de sustancias no hacen sino refrendar el valor social de esta modalidad de tratamiento.

En resumen, la evidencia acumulada para la Comunidad Terapéutica permite afirmar que ésta funciona. Además, ha que destacar que este modelo terapéutico se ha adaptado a poblaciones específicas con problemas añadidos. No obstante, tras la generalidad del modelo terapéutico, la valoración de cada modalidad terapéutica es más difusa. De hecho, aun cuando se han presentado evaluaciones muy positivas (la mayoría en Estados Unidos) también ha habido muchas experiencias que se han suspendido o se han valorado como rotundos fracasos. La ausencia de evaluaciones e investigaciones no es nueva. De hecho, al haber surgido la Comunidad Terapéutica como tratamiento alternativo a los tratamientos médicos, incluso se mantuvo como una seña de identidad (Colletti, 2002; De Leon, 2004b). En

estos momentos, no obstante, la mejora basada en la evidencia es la condición necesaria para la supervivencia.

4.3 Corolario: Evaluación de Resultados y Gestión de Calidad en programas de tratamiento. ¿La única opción de supervivencia?

Antes de dar por finalizado este capítulo, y tras comentar lo que ha producido hasta el momento la evaluación de programas, es importante considerar hacia dónde puede dirigirse la evaluación de resultados en Europa.

Desde mediados de los años 50, se han desarrollado diferentes enfoques y modelos de gestión tanto en Japón como en Estados Unidos y en Europa. En Europa el modelo de gestión por el que han apostado las administraciones públicas es el denominado modelo EFQM (European Foundation Quality Management). Esta apuesta de las administraciones públicas por el modelo EFQM ha orientado a gran número de empresas a implantarlo en sus prácticas de gestión. Además, una de las áreas en que más implantación tiene dicho modelo es en los Sistemas de Atención a la Salud.

Walburg (2004) plantea un método de Gestión de Resultados (*Outcome Management*) completamente alineado con la Gestión de Calidad (EFQM) y aplicado a programas de tratamiento en drogodependencias. Esta Gestión de Resultados implica cuatro bucles de mejora -Ilustración 8-.

El primer bucle de mejora se halla en el **microsistema clínico**. En este nivel los resultados del tratamiento se informan al equipo de tratamiento para que éste pueda responsabilizarse de la mejora del paciente –objetivo último del equipo de tratamiento-.

El segundo bucle comienza tras compartir los resultados de diferentes programas de tratamiento a una base de datos centralizada. De esta manera se pueden comparar datos relativos a equipos de tratamiento y a sus

resultados⁴⁶. Con esta información se podría elaborar un ránking de los equipos de tratamiento en diferentes categorías. Esta información sería devuelta a cada equipo de tratamiento, que conocería su posición respecto al resto de equipos que serían la “*competencia*”. Este bucle, que orientaría sobre las buenas prácticas favoreciendo la creación de objetivos de mejora, es denominado **benchmarking** en el modelo de Gestión de Calidad. El *benchmarking* es una práctica habitual dentro de la Gestión de Calidad y su adecuación a la práctica de las organizaciones es un indicador de calidad.

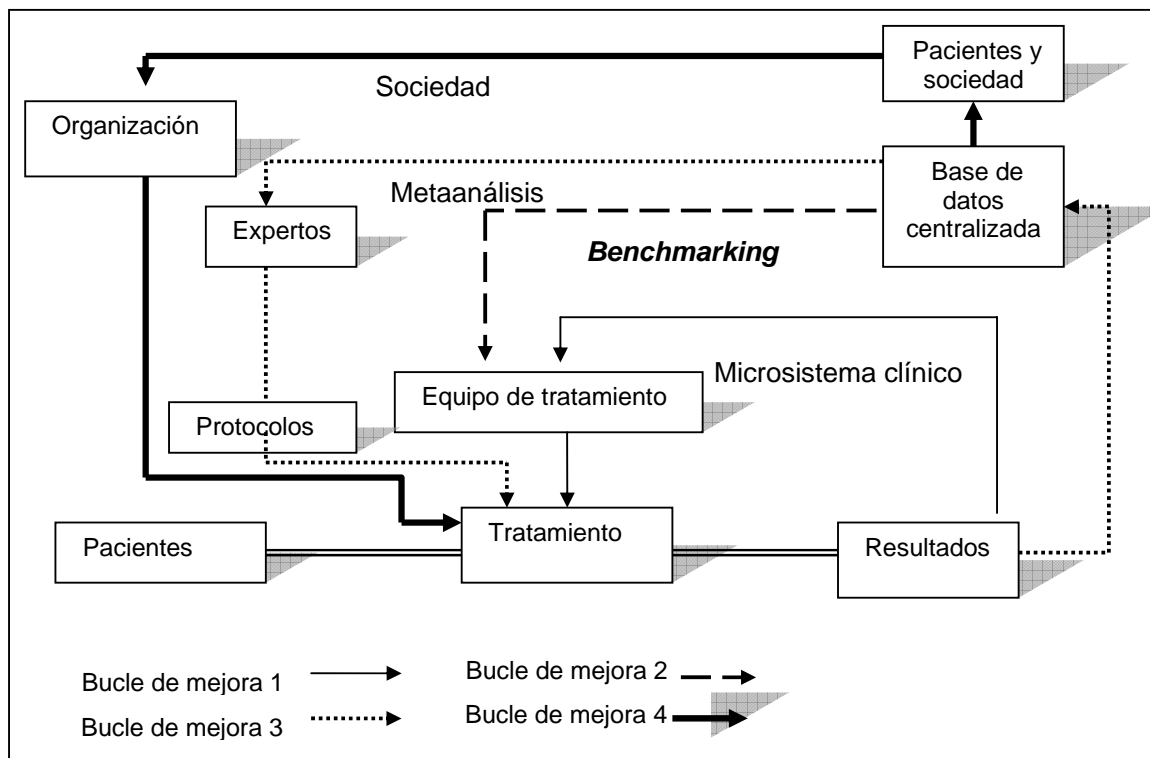


Ilustración 8 Bucle de mejora por gestión de los resultados (Walburg, 2004)

El tercer bucle de información se relaciona con la consulta, por parte de especialistas, de los datos recogidos en la base de datos central. Así se podrían realizar **metaanálisis** de resultados que mejorasen la práctica clínica por medio de la realización de protocolos de intervención (también podrían

⁴⁶ En todos los niveles que implican comparaciones entre equipos y/o tratamientos hay que considerar criterios de comparación adecuados, en aspectos tales como características de los pacientes, objetivos buscados por el tratamiento, implicaciones a corto-largo plazo, costes, y otras.

denominarse guías clínicas). A su vez, la implantación de estos protocolos por parte de los equipos de tratamiento podría ser revisada nuevamente (en cada uno de los tres bucles: el clínico, el del *benchmarking* y el del metaanálisis). De esta manera la Gestión de Resultados contribuiría a la mejora de la práctica clínica, conciliando clínica e investigación.

El cuarto bucle de mejora está relacionado con la valoración de los resultados realizada por **otros implicados** (*stakeholders*) en los programas evaluados tales como: las asociaciones de afectados -que cada vez tienen más que decir sobre los tratamientos-; las instituciones gubernamentales -que deben racionalizar el gasto público, y por tanto han de valorar los costes-beneficios de los tratamientos; los financiadores, tanto particulares como corporativos que han de tener conocimiento del destino de sus inversiones o donativos, etc.

Si se aplica la diferenciación entre investigación y evaluación presentada anteriormente (p. 64) puede establecerse una relación entre estos bucles de mejora propugnados por Walburg y las dimensiones evaluativa-investigadora. Supuesto un continuo en el que en un polo se sitúa la evaluación y en el opuesto la investigación, cada uno de los bucles de mejora se situaría según se presenta en la Ilustración 9.

En el primer bucle de mejora -el **microsistema clínico**- los resultados se deberían proveer rápidamente al equipo terapéutico y al propio paciente. Además de inmediatos, estos resultados son claves para tomar decisiones sobre el propio programa de tratamiento, y para valorarlo. De esta manera se estaría en condiciones de modificarlo, continuarlo o eliminarlo. Esto es, con estas características se caracteriza un proceso más relacionado con la **evaluación** de programas.

En el segundo bucle o nivel de análisis (**benchmarking**), al informar al equipo de tratamiento de su situación respecto a otros equipos, se les está ofreciendo una información orientada a tomar medidas, no tan inmediatamente

como en el caso de la práctica clínica, pero sí a corto plazo para no perder la “posición” en la clasificación general entre tratamientos. Asimismo, las medidas que se tomen han de implementarse por parte del propio equipo. Se seguiría estando en la dimensión de la evaluación, pero algo más cerca de la investigación.

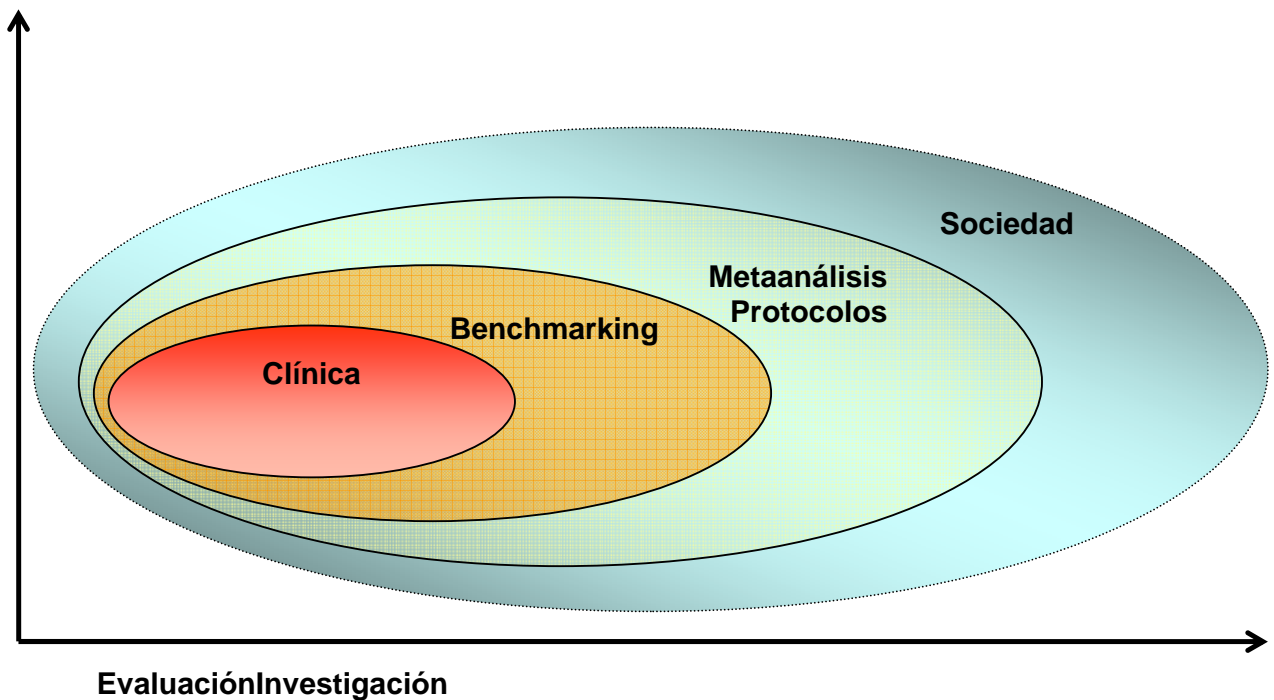


Ilustración 9 Ubicación de los bucles de retroalimentación de la información en función de la caracterización evaluación-investigación

En el nivel de los **metaanálisis**, la distancia con los pacientes individuales es mayor. En este nivel el punto de partida son los equipos de tratamiento y las dimensiones que se consideren pertinentes. Aun cuando el objetivo último es guiar la práctica clínica, haría falta más tiempo, tanto para la acumulación de evidencia como para la valoración de las prácticas recomendadas. La contrastación de teorías encontraría aquí un terreno de cultivo muy productivo. (Recuérdese asimismo, que para la Agència d’Avaluació de Tecnologia Mèdica –p. 77- el grado de evidencia mayor se

asocia con Metaanálisis de ensayos, controlados y aleatorizados). Por tanto, este nivel, se hallaría más cerca de la investigación que de la evaluación.

Por fin, el cuarto nivel, representado en la Ilustración 9 con el rótulo de “**sociedad**”, tendría características tanto de evaluación como de investigación en función de los diferentes implicados y de las funciones que estén desempeñando en cada momento. Por ejemplo, una institución pública que haya subvencionado con dinero público un programa, a final de año requerirá de una evaluación de resultados, con costes, y valorará lo ajustado de la intervención realizada. No obstante, la misma institución desde otra partida presupuestaria puede incentivar la investigación, y se situaría en el polo opuesto del continuo evaluación-investigación. De esta manera se pueden valorar los papeles que desempeñan el resto de implicados, de tal manera que se ha representado en la citada ilustración como una elipse que engloba al resto.

Es evidente que la práctica de la Gestión por Resultados aquí propuesta ha de contar con la colaboración de muy diferentes implicados: los equipos de tratamiento, los pacientes, los financiadores, las organizaciones que proveen los servicios... y son habituales las dificultades para la aplicación de modelos de gestión de este tipo. Pero cada vez más, la **Transparencia** es valorada como un indicador de calidad (Fundación Lealtad, 2002). De esta manera se retorna al punto desde el que se inició la revisión sobre la Evaluación de Programas: la Evaluación de Programas adquiere entidad desde que la sociedad reclama una responsabilidad sobre las acciones emprendidas. Las instituciones que se preparen y adapten al rendimiento de cuentas continuo estarán en una posición de ventaja, y quizá, sean las únicas aptas para la supervivencia.

5. Evaluación de la eficacia en Proyecto Hombre

La Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre se puede encuadrar en los mismos parámetros generales que la comunidad terapéutica genérica propuesta por De Leon (1995; 2004a). Por lo tanto, a esta comunidad terapéutica le corresponden las mismas luces y sombras que las ya expuestas en capítulos anteriores. En parecida situación se encuentra la evaluación del tratamiento, teniendo en cuenta que el entorno de aplicación es el europeo (mucho más pobre en este sentido que el norteamericano).

5.1. Estudios de evaluación de la eficacia en Proyecto Hombre

En España, el Programa Proyecto Hombre ha acometido distintos estudios dirigidos a la evaluación de los resultados de sus programas: March y Orte (1997) en Baleares; Fernández, Secades, Benavente, y Riestra (1999) en Asturias y Luengo, Romero, y Gómez-Fraguela (2000) en Galicia. Aun cuando estos trabajos tienen distintas metodologías, no dejan de ser una muestra de la inquietud presente en los programas de tratamiento por verificar su utilidad terapéutica. Además, recientemente Fernández-Hermida y Secades (2000) han valorado conjuntamente las tres evaluaciones anteriormente mencionadas⁴⁷ⁱ.

Además de los anteriores trabajos hay que añadir otros dos más, uno de los cuales se llevó a cabo en Guipúzcoa (Arrizabalaga, Urrestarazu, y de la Huerga, 2000) y el otro en Zaragoza (Caurín, Seva, Galindo y Ausejo 2004). Aun cuando tal y como se ha expuesto anteriormente, estos Centros se han desligado jurídicamente de la Asociación Proyecto Hombre, la inclusión de sus resultados en esta revisión es relevante por cuanto que los programas evaluados han tenido el mismo origen y evolución.

⁴⁷ No se van a incluir los datos de la evaluación de Oro (1993), aun cuando hacemos

No es de extrañar esta proliferación de estudios sobre programas locales de Proyecto Hombre. Aun cuando se puede hablar de un modelo común de intervención basado en la Comunidad Terapéutica entre los diversos programas de la Asociación Proyecto Hombre, no hay una coordinación en las evaluaciones a realizar. Es cada Centro el que ha desarrollado las anteriores evaluaciones, en colaboración con diferentes entidades tanto autonómicas como universitarias. Bien es cierto, y así hay que hacer constar, que a partir del año 2002 se comenzó un programa de evaluación dirigido por una comisión nacional⁴⁸.

Dado que cada programa ha realizado su intervención evaluativa, éstas adolecen, en cierta medida, de las problemáticas que tienen otras evaluaciones realizadas sobre otros programas y que dificultan la comparación tanto entre intervenciones como entre estudios de evaluación.

Los trabajos que se van a exponer se han desarrollado en diferentes programas, y en distintos momentos, e incluso en comunidades terapéuticas de dos entidades jurídicas diferenciadas, tal es el caso de S. Sebastián y Zaragoza que no pertenecen a la Asociación Proyecto Hombre, sino a la Confederación de Entidades Promotoras de Proyecto Hombre. No obstante, la valoración conjunta tiene sentido por cuanto que en los momentos en que se impartió el tratamiento todos los programas evaluados seguían el mismo esquema de tratamiento. De hecho, todos los terapeutas se formaron bien en Roma, bien en la Escuela de la Asociación Proyecto Hombre compartiendo idéntico currículum. Además era habitual que los terapeutas de una nueva Comunidad se formaran en la que ya existía en otro lugar, así, por ejemplo, S. Sebastián formó a los terapeutas de Palma de Mallorca.

Como bien se puede deducir de lo hasta ahora expuesto, las

constar su existencia. La no inclusión de la misma se debe a que es un estudio sociológico del que sólo tenemos los datos que figuran en la revista Proyecto.

⁴⁸ Aunque como ya se ha comentado anteriormente, la línea de trabajo planteada va más en la realización de unos indicadores de calidad que de análisis y mejora del modelo a partir de los resultados.

evaluaciones de la eficacia realizadas en los centros de Proyecto Hombre no se habían previsto antes de la implantación de los mismos. Esta es la causa de que las evaluaciones realizadas hasta el momento presenten tanto semejanzas como diferencias que se comentarán en el presente capítulo. Pero buena parte de las diferencias provienen tanto de las condiciones en que se han desarrollado esas evaluaciones, como de la propia evaluabilidad del Programa Proyecto Hombre.

5.2. Evaluabilidad del Programa Proyecto Hombre

En este apartado se revisan **las dificultades metodológicas y las barreras** a la evaluación presentes en los estudios realizados hasta la fecha sobre Proyecto Hombre.

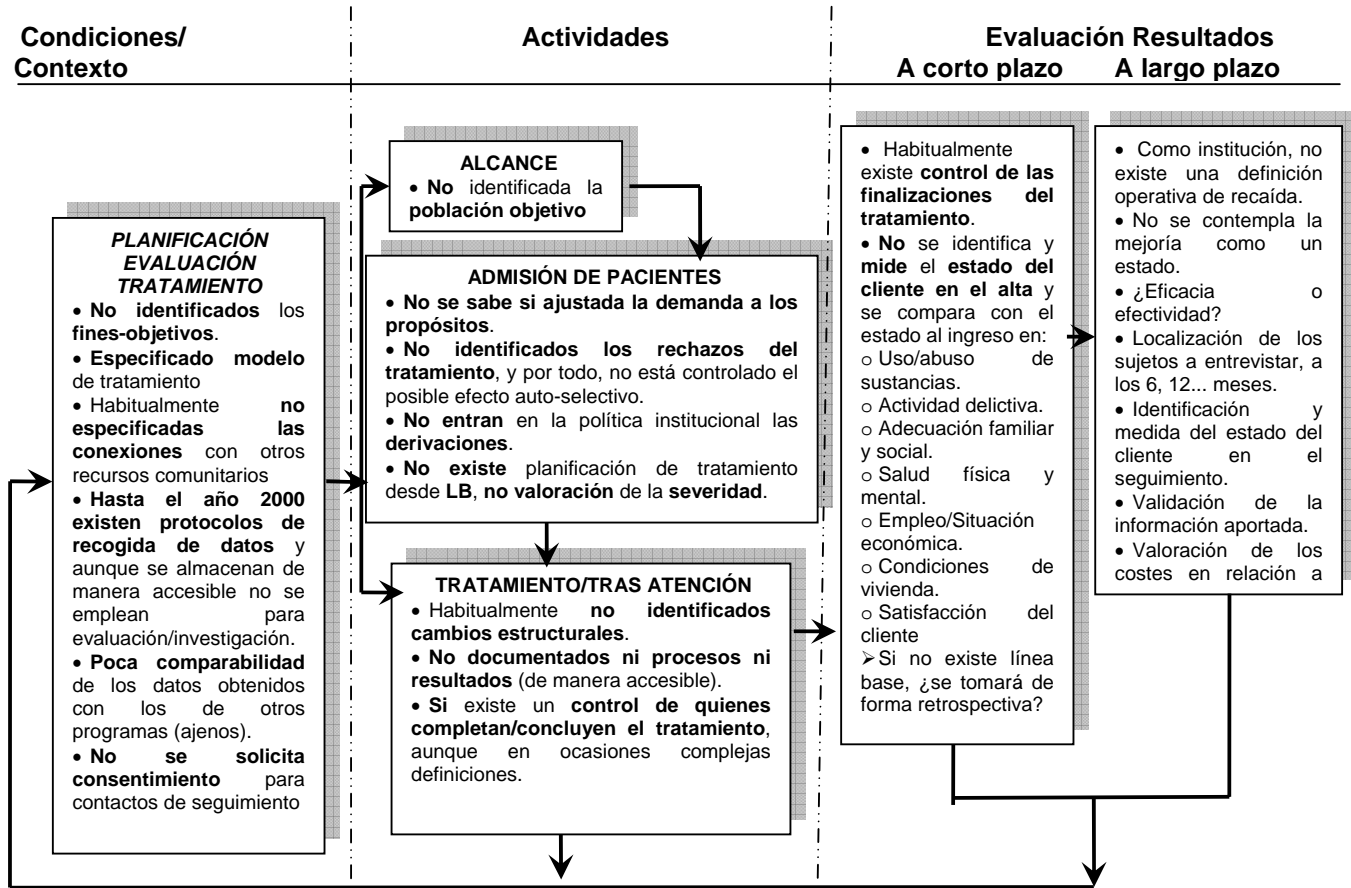
5.2.1. Dificultades metodológicas

En la Ilustración 10 se presentan el modelo lógico de evaluación aplicado al programa Proyecto Hombre. En este modelo se representa la situación en que se encuentra el programa en cuanto a las **(1) condiciones/ contexto, (2) actividades** y **(3) evaluación de resultados**, y se analizan las dificultades metodológicas. A partir de esta exposición se abordará el modo en que los diferentes autores han solventado las diferentes dificultades.

(1) Condiciones / Contexto.

El programa de tratamiento basado en la comunidad terapéutica, y presentado en un capítulo anterior, **no cuenta con unos objetivos claros y**

definidos. Aun cuando se pueden derivar de la filosofía y del **plan de tratamiento** (que **sí** se halla **especificado**) dos equipos de investigación pueden derivar objetivos distintos del programa Proyecto Hombre.



EL PROBLEMA DE LA CAUSALIDAD DE LA INTERVENCIÓN (¿eficacia o seguimiento?)

Ilustración 10 Modelo lógico de elementos presentes/ausentes para la evaluación de Proyecto Hombre

Si dos evaluaciones de la eficacia parten de diferentes objetivos del mismo programa a evaluar, difícilmente podrán comparar posteriormente sus resultados

En lo concerniente a la **conexión con otros recursos comunitarios**, **no ha sido habitual** hasta fechas recientes que se trabajase con otros dispositivos en red. Es más, determinados recursos de tratamiento eran vistos incluso con desconfianza (Núñez, 1994) hasta que se impuso la necesaria cooperación. En este caso la historia de cada centro, así como el entorno en el que se ha desarrollado, han condicionado diferentes situaciones. Este dato también hay que considerarlo en la comparación entre diferentes programas, e incluso en diferentes momentos históricos del mismo programa⁴⁹.

Respecto a los **protocolos de recogida de datos**, y debido al compromiso que en muchos casos adquiría Proyecto Hombre con diversas instituciones (Ministerio del Interior, Instituciones Penitenciarias, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales), desde el comienzo de la actividad terapéutica **se habilitó una base de datos** denominada CEPH (Centro de Estudios de Proyecto Hombre). En esta base de datos se recogía el momento del ingreso de los usuarios, y los sucesivos cambios de fase y otras incidencias tales como las expulsiones de tratamiento, abandonos, reingresos y altas terapéuticas. Esta base de datos posibilitaba el seguimiento de los usuarios de los programas y el acceso a información global tal como número de atenciones, abandonos, reingresos, junto con algún cálculo sencillo como los días de estancia en el programa. Paralelamente se elaboró una entrevista que se integró dentro de la mencionada base de datos, en la cual se recogían datos sociodemográficos, familiares, de consumo, de la actividad laboral realizada hasta el momento del ingreso en Proyecto Hombre, etc.

No obstante, esta entrevista –que se realizaba por parte de personal no integrado en el equipo terapéutico- **se realizaba una vez que se habían cumplido, al menos, cuatro meses de tratamiento**⁵⁰. De esta manera, de un

⁴⁹ En los primeros meses de la apertura del Programa Proyecto Hombre en Navarra, las solicitudes de admisión desbordaron cualquier expectativa posible. La motivación que presentaban aquellas personas para el tratamiento pudiera haber sido muy distinta a las de las personas que acuden hoy día a una institución mucho más aposentada.

⁵⁰ No obstante, en muchas ocasiones, esta recogida de datos se demoraba bastante

buen número de personas (las que abandonaban el tratamiento en estos primeros meses) no quedó constancia de otros datos que no fueran el nombre y los apellidos. Esta información no pasaba a formar parte de la carpeta terapéutica del usuario, y se empleaba únicamente con fines estadísticos para la realización de la memoria, bien de la Asociación Proyecto Hombre, bien del centro correspondiente⁵¹.

Esta filosofía de trabajo, en la que no se recogían datos de las personas atendidas de una forma protocolizada hasta pasado un tiempo en tratamiento, se explicaba como una reacción ante el “psicologismo” presente en otros dispositivos de tratamiento, y partiendo del supuesto de que el usuario tendía a exagerar o infravalorar tanto su historial de consumo como su problemática hasta que comenzaba a tomar conciencia de sus comportamientos. Por esta razón, era a los cuatro meses aproximadamente, cuando el equipo terapéutico cumplimentaba el denominado “*íter toxicológico*”. Este “*íter toxicológico*” era un cuestionario en el que se recogía el historial de consumo de los usuarios. Aún así en los años que se van a incluir en este estudio este “*íter toxicológico*” varió en forma y contenido. Este cuestionario sí que se empleaba posteriormente para la realización de planes terapéuticos y se incorporaba a la carpeta de tratamiento.

Bien es cierto, que durante algún tiempo se cumplimentaban pequeños cuestionarios tales como el dirigido al Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (S.E.I.T.) que con fines estadísticos se debían cumplimentar para diferentes instancias e instituciones gubernamentales. Estos cuestionarios, una vez cumplimentados se hacían llegar al departamento correspondiente sin analizarse por parte de los centros de Proyecto Hombre.

tiempo.

⁵¹ Una limitación que tenía esta entrevista era que en el caso de que una persona recayese, o volviese a tratamiento, la base de datos no permitía una actualización de la misma. O sea que los datos estadísticos se basaban siempre en la primera cumplimentación de la entrevista.

En resumen, en todos los centros de Proyecto Hombre se contaba con una base de datos que permitía, a pesar de algunas limitaciones, disponer de unos datos básicos que posibilitan la realización de estudios de seguimiento y algunos análisis de la demanda. Esta recogida de datos posibilitó que entre los años 1987 - 2000 los diferentes centros de la Asociación Proyecto Hombre publicaran una memoria común en la que ofrecían datos sociodemográficos sobre los usuarios de distintos centros. Estos datos recogidos han sido la base empleada para algunos de los estudios observacionales publicados. Por terminar de completar el panorama evaluativo, a partir del año 2001, y tras no superar la base de datos habilitada el denominado efecto "2000", ya no se cuenta con una base de datos común, y se han seguido diferentes estrategias, tanto para publicar la memoria anual como para que cada centro disponga de un registro de sus usuarios.

La situación anterior determina un periodo bastante homogéneo en cuanto a recogida de datos de un buen número de personas (al menos aquellas que llegaron a acceder a la comunidad terapéutica), pero a la vez, al no emplear instrumentos de recogida de datos estandarizados, existe poca **comparabilidad con** los datos obtenidos de **otros programas** de tratamiento. Bien es cierto que esta situación no era exclusiva de los centros de Proyecto Hombre. En 1988, Erro presentaba un proyecto de información de los centros de rehabilitación para toxicómanos en Navarra con el objetivo de realizar un análisis profundo y detallado del conjunto de las actividades asistenciales para toxicómanos y hacerlas adaptables a las necesidades cambiantes de los mismos. Este sistema de información no llegó a aplicarse.

Como **tampoco se previó la realización de evaluaciones a largo plazo**, no se establecieron protocolos de recogida de consentimientos para localizar a las personas tras dejar la relación con el programa, ni se tuvo en cuenta la necesidad de realizar localizaciones en un futuro. Todas estas circunstancias limitan y condicionan las evaluaciones a realizar.

(2) Actividades

En un primer momento **tampoco se identificaron poblaciones objetivo**. Sólo será cuando vayan evolucionando las necesidades de la población atendida que se establezcan programas diferenciados o específicos de tratamiento. No obstante, tampoco en estos casos se cuenta, en la mayoría de las ocasiones con definiciones operativas de la población objetivo. Ahora bien, sí se cuenta por ejemplo, con un perfil de los usuarios atendidos en los programas de cocaína (Navarro, Núñez, López, López y Zabalo, 2002) en el año 2002, o de las personas atendidas en prisión en el año 2002 (Meneses *et al.*, 2003).

Por otra parte, dada la forma de elaboración de las memorias, cada año se presentaba un perfil de usuarios (aquellos que habían cumplimentado la encuesta), pero mientras una persona se hallaba en el programa (y podía estar tres años) sus datos aparecían sucesivamente, de tal manera que analizando las memorias de la Asociación Proyecto Hombre no se puede obtener una visión global de un periodo de tiempo. Así, **no** es sencillo determinar un **perfil del atendido** en el programa Proyecto Hombre.

Tal y como se puede inferir de lo anteriormente expuesto, y prosiguiendo con la explicación de la Ilustración 10, **no existe información sobre** las personas que **rechazaron el tratamiento**. De esta manera, el determinar posibles efectos auto-selectivos del programa es muy difícil. Cualquier estudio que se base en los registros de la Asociación, contará con esta dificultad. A esta circunstancia se le puede añadir, que durante los primeros años tampoco se contempló en los registros la posibilidad de derivar a los pacientes a otros dispositivos de tratamiento.

No se encuentran identificados cambios estructurales (al menos de forma fácilmente accesible) en los diversos tratamientos que integran la Asociación. Esta circunstancia dificulta la comparación entre diferentes momentos y sus posibles repercusiones sobre el resultado del tratamiento. Así por ejemplo, en algunos programas de la Asociación la fase de Acogida fue

suprimida y se sustituyó por un ingreso directo en la comunidad terapéutica. De la comparación entre programas cuya población atendida fuese semejante, pero uno con una fase de acogida en modalidad ambulatoria, y otro con modalidad residencial se podrían derivar importantes aportaciones para la mejora del tratamiento. También hay otro tipo de especificaciones que han supuesto grandes debates y que podían haber sido “alumbradas” con comparaciones, tales como la posibilidad de consumir alcohol durante el tratamiento.

Este debate no es nuevo en el marco del tratamiento en drogodependencias. Aun cuando tanto en Proyecto Hombre como en la mayoría de las comunidades terapéuticas de Estados Unidos (De Leon, 2004a) se ha optado por prohibir el consumo de alcohol durante el tratamiento, no se encuentran estudios sobre esta conveniencia. De hecho, durante determinados momentos, en un buen número de centros de la Asociación Proyecto Hombre se permitió el consumo de alcohol en la última fase del programa (fase C de reinserción). Incluso el comentario habitual de los terapeutas de estos programas en esa fase era que este consumo era recomendable para detectar problemáticas posteriores. No obstante, no se llegó a realizar comparaciones que ayudasen a clarificar el grado de veracidad de esta afirmación.

Los aspectos vinculados al consumo de alcohol son importantes pues han condicionado y condicionan aspectos tales como los modos de finalización del tratamiento y las posibles etiquetas para denominarlos. Así como se puede afirmar que **existe un control de quienes completan o concluyen el tratamiento, también es cierto** que en función de los centros y del momento que se analice, **se han realizado diferentes conceptualizaciones y tipos de altas terapéuticas**. Incluso en algunos casos, personas que deberían haber sido dadas de alta, no lo están por imperativos judiciales. O sea, incluso este extremo debe ser tenido en cuenta en el momento de comparar el tratamiento basado en la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre.

(3) Evaluación de resultados, a corto y largo plazo

Tal y como se ha advertido en el anterior punto, **no todas las altas terapéuticas se han considerado de la misma manera, ni con los mismos criterios**. Así por ejemplo, y tal y como realizó el Centro de Navarra, las personas que consumían alcohol en reinserción no obtenían el título de “graduado” (el alta terapéutica completa), sino el de “*fin de programa*”. Esta denominación le reconocía al paciente un avance significativo, pero no el grado completo de alta. Además, la forma en que se ha accedido a la consideración de *graduado* ha variado en el tiempo y en los diferentes programas. Sólo por poner el caso de Navarra, cuando se reconvirtió la fase de Acogida, se realizaba al finalizar la fase de reinserción una reunión en que se le informaba al sujeto que había finalizado el programa. A partir de ahí, al año de haberlo finalizado, podía solicitar ser graduado, una vez que se verificase que efectivamente, había mantenido un estilo de vida adecuado. Aquí ya es el propio sujeto el que ha de solicitar ser graduado, y, sobre todo, transcurre un año más de “tratamiento”, para poder acceder a la condición de alta plena.

De todos modos, y para poder acceder a cualquiera de las condiciones de alta, si bien es cierto que se realiza una comparación con el momento en que se entró, **no se compara exactamente con una línea base, o por lo menos, ésta no está definida en términos operativos**.

Respecto a **las áreas que debieran contemplarse en una evaluación** de resultados, al no estar definidos los objetivos finales del tratamiento, **prácticamente cualquier área** debe considerarse en un análisis, más cuando se habla de conseguir algo tan genérico como un estilo de vida adecuado.

La definición de recaída tampoco está recogida en el modelo de Proyecto Hombre. Si bien de la práctica clínica pudiera derivarse la consideración de que cualquier consumo desmedido de sustancias es sinónimo de recaída, la operativización práctica es más compleja. De hecho, en algunos casos se ha considerado a un expaciente como recaído por no presentar un estilo de vida concreto, en otros casos por abusar del alcohol, y en otros por

consumir esporádicamente la sustancia motivo de tratamiento u otra diferente (como por ejemplo cannabis).

5.2.2. Barreras a la evaluación

Respecto a lo que anteriormente se han denominado como barreras para la evaluación, aun pudiendo adolecer los programas de la Asociación Proyecto Hombre de todos los elementos reseñados anteriormente, no se ha detectado ninguna barrera destacable. Antes bien, las solicitudes de evaluación han partido de los propios programas, y parece todavía lejano el día en que en las instituciones españolas se soliciten evaluaciones de resultados sobre los programas de tratamiento. Sí se solicitan sobre programas de intervención concretos, pero no sobre modelos ya consolidados.

Con las anteriores dificultades presentes en cada uno de los estudios que se van a comentar, cada equipo evaluador diseñó sus propias estrategias para superar las limitaciones que se han explicado.

5.3. Revisión de las evaluaciones del Programa Proyecto Hombre

Nuevamente se partirá del modelo lógico planteado para presentar las diferentes maneras en que se han abordado las evaluaciones de Proyecto Hombre realizadas hasta la fecha. Todas ellas han sorteado, de una manera u otra, las dificultades derivadas de un modelo que no tuvo en cuenta en sus inicios la necesidad de incorporar la evaluación de resultados. Cada uno de estos enfoques aporta unas enseñanzas que es necesario destacar. Con este objetivo, las diferentes evaluaciones se van a comparar en función de las tres áreas: **(1) Condiciones/Contexto; (2) Actividades; y (3) Evaluación de resultados (a corto y largo plazo)**. Asimismo, se comenzará valorando el

modo de abordar el problema de la causalidad y el tipo de evaluación realizado.**5.3.1. Modo en que se ha abordado el problema de la causalidad-Tipo de evaluación.**

En todos los casos el diseño escogido fue el de la comparación entre la situación previa y posterior al tratamiento. No obstante, cada uno de los estudios ha empleado estrategias distintas para sortear las diferentes dificultades inherentes a la aplicación de este tipo de diseño en un programa con las dificultades ya presentadas.

De las cinco evaluaciones realizadas, sólo dos debieran considerarse como evaluaciones de la eficacia (las de Fernández-Hermida *et al.*, 1999 y March y Orte, 1997) y el resto son estudios de seguimiento ya que no cuentan con un grupo de control.

De los dos trabajos que sí tenían grupo de comparación, en un caso estaba formado por personas que abandonaron el programa en su última fase (Reinserción), y en el otro caso se contó con personas que habían abandonado en las dos últimas fases del programa (Comunidad Terapéutica y Reinserción). En el caso del trabajo de March y Orte, aun cuando el diseño previsto abarcaba contar con entrevistas de personas que habían abandonado en la fase de Acogida, tan sólo se logró realizar ocho entrevistas.

En tres de los trabajos la evaluación realizada fue externa (Fernández-Hermida *et al.*, 1999; Luengo *et al.*, 2000 y March y Orte, 1997) y en dos de los casos interna (Arrizabalaga *et al.*, 2000 y Caurín *et al.*, 2004). En estos dos últimos casos la recogida de datos se realizó mediante encuesta enviada por correo y en el resto mediante entrevista personal (Tabla 33). Se realizaron entrevistas personales cuando se contó con financiación externa para la realización de la evaluación.

Tabla 33 Origen de las evaluaciones y modo de recogida de los datos en el seguimiento

Autores	Externa/Interna	Recogida datos	Financiación
March y Orte (1997)	Externa	Entrevista	Externa
Fernández-Hermida et al. (1999)	Externa	Entrevista	Externa
Luengo et al. (2000)	Externa	Entrevista	Externa
Arrizabalaga et al. (2000)	Interna	Postal	Interna
Caurín et al. (2004)	Interna	Postal	Interna

Cada una de las evaluaciones presenta, asimismo, sus propios objetivos. Aun coincidiendo todas ellas en el objetivo de **conocer los resultados que obtiene el Programa Proyecto Hombre** sobre las personas que lo finalizaron en su momento, hay algunas diferencias que merecen ser comentadas (Tabla 34).

En el trabajo de March y Orte (1997) los objetivos se orientan hacia la mejora del programa Proyecto Hombre. En esta evaluación se pretende responder a aspectos muy diversos, tales como el perfil y las características personales de los sujetos, el itinerario y el proceso de la adicción, los modos de entrada, permanencia y salida de Proyecto Hombre, la valoración de las causas de abandono y la valoración de las causas de permanencia en Proyecto Hombre; valorar los cambios realizados desde su estancia en el programa, conocer las vivencias y valoraciones del programa y conocer el estado actual de la vida en el post-tratamiento.

Tabla 34 Objetivos de los diferentes estudios (ampliación de Fernández-Hermida y Secades, 2001)

Autores	Objetivos
March y Orte (1997)	Conocer el perfil y las características personales de los sujetos. Conocer el itinerario y el proceso de adicción a la drogadicción. Conocer el proceso de entrada, permanencia y salida de Proyecto Hombre. Analizar las causas de abandono y/o permanencia en el Programa. Conocer los cambios habidos desde su estancia en el programa hasta el momento del seguimiento. Conocer las vivencias, opiniones y valoraciones del programa, así como las propuestas de modificación. Conocer el estado actual de su vida en sus diversas facetas.
Fernández-Hermida <i>et al.</i> (1999)	Evaluar los resultados del programa de tratamiento sobre diversas variables comportamentales, sociales y de salud de los usuarios.
Luengo, <i>et al.</i> (2000)	Examinar índices de ajuste psicosocial y de consumo de drogas en altas terapéuticas de Proyecto Hombre Galicia. Identificar qué factores se asocian al riesgo de recaer. Se analizaron los siguientes tipos de factores. <ul style="list-style-type: none"> • Características pretratamiento (datos socio-demográficos, historia familiar y laboral, historia de consumo y delictiva, etc.). • Características asociadas al desarrollo del tratamiento (duración, interrupciones, expectativas, relaciones interpersonales establecidas en el programa, satisfacción con el programa, etc.). • Características de la vida post-tratamiento (integración familiar, laboral, redes de apoyo social, estados emocionales, etc.). Dentro de las características post-tratamiento se analizó el escenario en el que se produce el primer consumo tras el tratamiento, siguiendo la taxonomía de situaciones de alto riesgo de Marlatt.
Arrizabalaga, <i>et al.</i> (2000)	Evaluar los resultados del programa de tratamiento sobre diversas variables comportamentales, sociales y de salud de los usuarios.
Caurín <i>et al.</i> (2004)	Evaluar los resultados del programa de tratamiento sobre diversas variables comportamentales, sociales y de salud de los usuarios.

El trabajo de Luengo *et al.* (2000) se orienta hacia la profundización en el fenómeno de las recaídas. Para ello tratan de identificar los factores asociados al riesgo de recaer alrededor de tres tipos de factores: características pretratamiento, características asociadas al tratamiento y características de la vida post-tratamiento.

Los trabajos de Arrizabalaga *et al.* (2000), Caurín *et al.* (2004) y Fernández-Hermida *et al.* (1999), se orientan a la evaluación de los resultados del programa Proyecto Hombre.

Como es lógico suponer, estos diferentes objetivos tienen implicaciones importantes en el resto de aspectos a considerar.

5.3.2. Comparación en los diferentes componentes del modelo lógico

(1) Condiciones/Contexto

Al no estar definidos **los objetivos finales del Programa Proyecto Hombre**, estos han sido, o bien **inferidos por el propio investigador**, (Fernández-Hermida *et al.*, 1999), o bien se han dado por supuestos asumiendo que debían implicar áreas diversas del tratamiento. En la Tabla 35 se presentan los objetivos inferidos por Fernández-Hermida *et al.* (1999), y los propuestos por el centro de Zaragoza (Caurín *et al.*, 2004).

Tabla 35 Objetivos atribuidos al programa Proyecto Hombre por Fernández-Hermida et al. (1999)

Autores	
Fernández-Hermida et al. (1999)	<ul style="list-style-type: none"> a) Abstinencia en el consumo de drogas. b) Abstinencia en el consumo de alcohol durante la realización del programa. c) Integración social. d) Integración en el mundo laboral. e) Integración en el mundo educacional y formativo. f) Planificación del ocio y tiempo libre. g) Integración en el mundo familiar. h) Mantenimiento de comportamientos socialmente responsables. i) Autonomía económica.
Caurín et al. (2004)	<ul style="list-style-type: none"> a) Abstinencia en el consumo de drogas. Un mínimo de 10 meses después de la finalización de la Comunidad Terapéutica. b) Abstinencia en el consumo de alcohol durante el tratamiento. c) Estar trabajando o haber trabajado durante la etapa de reinserción. Que esté insertado laboralmente. d) Que haya realizado un proceso de inserción social. Disponer de una red social más amplia y no relacionada con el consumo. e) Mejorar su ocupación del tiempo libre, con un ocio alternativo, recuperando aficiones antiguas o buscado nuevas actividades alejadas del consumo. Integración familiar, con la familia de origen o con la propia. Relaciones basadas en el respeto, cariño, corresponsabilidad y autonomía.

Respecto al **modelo de tratamiento** sobre el que se realiza la evaluación, éste es, en todos los casos, el programa tradicional de Proyecto Hombre basado en la Comunidad Terapéutica. Además, los periodos temporales escogidos representan un tiempo en que el modelo era muy semejante en todos los centros de la Asociación Proyecto Hombre.

En cuanto a los **protocolos de recogida de datos**, la situación respecto a los datos pretratamiento es la expuesta anteriormente, por lo que las estrategias seguidas para obtener los datos de la línea base se expondrán en el apartado de Evaluación de resultados.

(2) Actividades

Para comprobar la existencia de algún sesgo en el perfil de personas que contestan la encuesta de seguimiento, se puede comparar el perfil de los pacientes en el momento del ingreso (acabasen el programa o no) con el perfil presentado en el ingreso por las personas que responden. Esta estrategia se realiza en el trabajo de Fernández-Hermida *et al.* (1999) y no encuentra diferencias clínicas entre las personas que han sido localizadas y entrevistadas y las que no lo han sido. Esta comprobación es muy importante, tal y como se ha valorado anteriormente, pues incrementa la validez de los resultados obtenidos. Esta estrategia ha sido posible ya que se ha contado con personas que habían alcanzado la fase de comunidad terapéutica, y se tenían buena parte de los datos. No obstante, y tal y como lo advierten los propios autores, con la estrategia seguida no se obtienen datos sobre las personas que han abandonado antes de la fase de comunidad terapéutica, y que conformarían la muestra de abandonos tempranos.

Como consecuencia de esa falta de información no pueden explorar posibles perfiles de abandonos prematuros del programa, o posibles efectos auto-selectivos del tratamiento.

Ante la necesidad de contar con datos pretratamiento, los autores o bien han procurado conseguirlos de archivo, o preguntándolos en el seguimiento. En la Tabla 36 se presenta el origen de los datos pretratamiento en los cinco estudios analizados.

Tabla 36 Origen de los datos pretratamiento

Autores	
March y Orte (1997)	En el seguimiento
Fernández-Hermida <i>et al.</i> (1999)	Archivo
Luengo <i>et al.</i> (2000)	Archivo
Arrizabalaga <i>et al.</i> (2000)	En el seguimiento
Caurín <i>et al.</i> (2004)	En el seguimiento

Hay que tener presente que en los casos en que la información pretratamiento se ha tomado de forma retrospectiva a partir de la propia entrevista de seguimiento, no se pueden establecer comparaciones entre las personas que han contestado y no han contestado en el seguimiento.

(3) Evaluación de resultados

Respecto a la evaluación de resultados, tan sólo el trabajo de **March y Orte (1997)** es un estudio de resultados **a corto plazo**. En el resto de casos son estudios a largo plazo (a los tres años y cuatro meses en el caso del estudio de Fernández-Hermida *et al.*, 1999 y a los tres años y nueve meses en el caso del estudio de Luengo *et al.*, 2000).

El punto de coincidencia entre todos los estudios es considerar necesario **recoger datos concernientes no sólo a la situación respecto al consumo de drogas, sino** que tratan de **valorar el estilo de vida** seguido por los ex usuarios. Tal y como señalan Fernández-Hermida *et al.* (1999), esta información es más relevante en términos pragmáticos de mejora de los programas que la simple consideración del mantenimiento o no de la abstinencia. También en todos los estudios hay al menos una variable criterio, que es la de la permanencia o no de la abstinencia.

En la Tabla 37 y en la Tabla 38 se concretan las variables dependientes consideradas en los diferentes estudios y los instrumentos de evaluación empleados.

Tabla 37 Variables e instrumentos de evaluación utilizados en los Programas de Proyecto Hombre (Fernández-Hermida *et al.* 2001)

Estudio	Variables dependientes	Instrumentos de evaluación
March y Orte (1997)	Consumo de drogas Situación laboral y educativa Empleo del ocio Valoración subjetiva de su vida actual Percepción del futuro Estado de salud Valoración del tratamiento	Entrevista semiestructurada
Fernández-Hermida <i>et al.</i> (1999)	Consumo de drogas Consumo de alcohol Situación familiar Situación educativa Situación laboral Ocupación del tiempo de ocio Estado de salud general Situación jurídica Valoración del tratamiento	Cuestionario de Seguimiento de Drogodependencias (CSD), construido ad hoc que incluye: AUDIT GHQ Cuestionario familiar. Registros institucionales. Entrevista de recaídas de Miller y Marlatt (1996).
Luengo <i>et al.</i> (2000)	Integración familiar Ajuste laboral/educacional Relaciones de pareja e interpersonales Empleo del tiempo de ocio Bienestar emocional Consumo de drogas (incluido alcohol)	Entrevista estructurada/semi-estructurada que incluye: Entrevista de recaídas de Miller y Marlatt (1996). Índice de Participación Social (Havassy, Hall y Wasser, 1991). Cuestionario de Apoyo Social (Sarason, Levine, Bashman y Sarason, 1983). Cuestionario de Apoyo Social Percibido en la familia y Amigos (Procidano y Heller, 1983). Escala PANAS de Afecto Positivo y Negativo (Watson, Clark y Tellegen, 1988). Inventario de Ansiedad (Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988). Escala de Autocalificación de la Depresión (Zung, 1965). Inventario de Salud Mental (Veit y Ware, 1983). Inventario de Conductas de Afrontamiento (Litman, Stapleton, Oppenheim y Peleg, 1983). Cuestionario de Confianza Situacional (Barber, Cooper y Heather, 1991). Escala de Auteficacia (Palenzuela, Almeida, Prieto y Barros, 1994). Escala de Valores (Luengo, Otero, Mirón y Romero, 1995). Escala de Hostilidad e Impulsividad del NEO-PI-R (Costa y McCrae, 1992).

Tabla 38 Variables e instrumentos utilizados en las evaluaciones de Arrizabalaga et al. (2000) y Caurín et al. (2004)

Estudio	VARIABLES DEPENDIENTES	Instrumentos de evaluación
Arrizabalaga et al. (2000)	Consumo de drogas Consumo de alcohol Situación familiar	Cuestionario postal <i>ad hoc</i> .
Caurín et al. (2004)	Situación educativa Situación laboral Ocupación del tiempo de ocio Estado de salud general Situación jurídica Valoración del tratamiento	Cuestionario postal <i>ad hoc</i> .

Si bien en puntos anteriores se ha comentado la necesidad de emplear instrumentos de evaluación acordes al programa estudiado, los instrumentos empleados (y creados *ad hoc*) han seguido un patrón más general, que en principio pudieran haber servido para cualquier otro programa de tratamiento. En este sentido, se han ceñido a la valoración de un programa de tratamiento, no del modelo concreto de comunidad terapéutica de Proyecto Hombre.

Más allá de las variables concretas presentes en cada estudio, es destacable considerar que **mientras que en las evaluaciones internas no se toman en consideración instrumentos estandarizados**, en las **evaluaciones externas se procura contar con este tipo de instrumentos**.

Respecto a las variables criterio, en la Tabla 39 se presenta cómo se han **recogido los datos sobre el consumo de sustancias**. El modo de recogida de esta información es importante, por cuanto que está condicionado por la manera en que en cada estudio se ha definido el cumplimiento del objetivo del programa. En esta tabla se incluye de forma diferenciada la valoración del consumo de alcohol ya que en todos los casos esta sustancia se diferencia del resto. Además, para la valoración de la severidad del consumo de alcohol se dispone de una mayor cantidad de instrumentos estandarizados fácilmente aplicables y con unas propiedades psicométricas aceptables.

Tabla 39 Modo de recogida de datos sobre consumo de sustancias

Autores	Recogida de datos sobre consumo sustancias	Consumo alcohol
March y Orte (1997)	Pregunta abierta acerca del consumo de drogas en la actualidad.	
Fernández-Hermida et al. (1999)	Pregunta sobre periodicidad del consumo.	AUDIT
Luengo et al. (2000)	Se considera consumo habitual el que se produce con una frecuencia mínima de fines de semana. Consumo ocasional el que tiene frecuencia menor a la anterior.	
Arrizabalaga, et al. (2000)	Escala basada en las categorías: "habitual", "esporádico" = algunos fines de semana al año, "raramente" = alguna vez al año.	
Caurín et al. (2004)	Escala basada en las categorías: "habitual", "esporádico" = algunos fines de semana al año, "raramente" = alguna vez al año.	

Las dos evaluaciones internas han empleado la misma escala para indagar sobre el consumo de sustancias. Esta escala, además, es la que se presentaba en el ya mencionado íter toxicológico. No obstante, al no haber contado con datos de archivo sobre la situación previa al ingreso, no han podido realizar comparaciones con esta escala. Aun siendo muy semejante la categorización empleada por Arrizabalaga *et al.* (2000) y Caurín *et al.* a la de Luengo *et al.* (2000), tampoco son coincidentes. Mientras que Luengo *et al.* (2000) consideran las categorías de consumo habitual y ocasional, Arrizabalaga *et al.* (2000) y Caurín *et al.* consideran tres categorías que no son propiamente asimilables a las dos de Luengo *et al.* (2000).

Así pues, el modo de recogida de la información sobre el consumo de sustancias limita enormemente las posibles comparaciones entre trabajos. Si el modo de recogida es cerrado, con determinaciones dicotómicas, sólo podrá compararse con otros estudios que hayan empleado la misma operativización. Con recogidas de datos más exhaustivas se puede lograr una mayor comparabilidad de los resultados.

Íntimamente relacionado con la recogida de datos sobre el consumo está la operativización del término recaída, que es, en buena medida, la variable criterio de los programas de tratamiento. En la Tabla 40 se presenta cómo se ha operativizado el término de “recaída” en cada estudio.

Tabla 40 Operativización de la recaída en diferentes evaluaciones sobre Proyecto Hombre

Autores	Definición de recaída	Recogida de datos
March y Orte (1997)	No explicitada.	Pregunta abierta acerca del consumo de drogas en la actualidad.
Fernández-Hermida et al. (1999)	Tres consumos de una sustancia en un periodo máximo de dos meses.	Pregunta sobre periodicidad del consumo.
Luengo et al. (2000)	No explicitada.	Se considera consumo habitual el que se produce con una frecuencia mínima de fines de semana. Consumo ocasional el que tiene frecuencia menor a la anterior.
Arrizabalaga et al. (2000)	No explicitada.	Escala basada en las categorías: “habitual”, “esporádico” = algunos fines de semana al año, “raramente” = alguna vez al año.
Caurín et al. (2004)	No explicitada, se hace referencia al consumo diario.	Escala basada en las categorías: “habitual”, “esporádico” = algunos fines de semana al año, “raramente” = alguna vez al año.

Sólo el trabajo de Fernández-Hermida *et al.* (1999) determina tres consumos de una sustancia en un periodo máximo de dos meses como criterio de recaída. El resto de estudios toma en consideración cuestiones relativas a la frecuencia de consumo, aun sin definir exactamente un criterio concreto de recaída. En el caso de Caurín *et al.* (2004) se hace referencia en las conclusiones a la ausencia de consumo diario de heroína como criterio de éxito del tratamiento, pudiendo deducirse que el criterio de recaída estaría determinado por esta frecuencia de consumo.

En ninguno de los trabajos se considera cualquier tipo de consumo como

un fracaso terapéutico. Esta consideración, aun pudiendo parecer excesiva, sería la lógica de un programa orientado a la abstinencia, como es el caso del programa de Proyecto Hombre. Además, ésta es la deducción de un buen número de pacientes, familias de pacientes, e incluso de algunos terapeutas y miembros de los equipos directivos. En este sentido, la definición de los objetivos del programa, y las operativizaciones de la variable recaída son fundamentales tanto para entender los trabajos publicados como para poder ofrecer información a los pacientes.

Ya se han comentado anteriormente las dos estrategias seguidas para obtener la **línea base** de los entrevistados. En el caso de la recogida de datos pretratamiento en la entrevista de seguimiento, se ha de tener en cuenta el problema del recuerdo de los usuarios, problema común a toda entrevista retrospectiva. En cierta manera vinculada a esta circunstancia está la cuestión sobre la sinceridad de las personas entrevistadas. En la Tabla 41 se presentan las diferentes estrategias seguidas para verificar la información aportada por los entrevistados.

Tabla 41 Verificación de la información

Autores	Verificación de la información
March y Orte (1997)	Impresión entrevistadoras
Fernández, et al. (1999)	Cuestionario a las familias. Verificación de ingreso en tratamiento.
Luengo, et al. (2000)	No
Arrizabalaga, et al. (2000)	No
Caurín et al. (2004)	No

Tan sólo en el estudio de Fernández-Hermida *et al.* (1999) se han implementado dos estrategias complementarias para verificar la información de los antiguos pacientes: (a) realizar una breve entrevista a algún familiar del entrevistado; y (b) verificar si tras la estancia en el programa Proyecto Hombre ha estado en algún otro centro de tratamiento. Esta segunda comprobación permite emplear, además, la categorización de la recaída como “una vuelta a tratamiento”, estrategia ya empleada por otros autores.

En el resto de las evaluaciones no se han empleado estrategias de verificación de la información, o bien tan sólo se ha considerado la impresión de las entrevistadoras, tal y como se ha comentado en un apartado anterior.

5.3.3. Resumen del análisis de los diferentes trabajos

De lo presentado hasta ahora hay que tener presentes las siguientes consideraciones:

(1) las comparaciones que se realicen entre los diferentes estudios han de ser muy prudentes, ya que existen dificultades para la comparación entre los distintos estudios. Aun cuando las diferentes evaluaciones presenten aspectos comunes, también existen diferencias, tanto conceptuales como metodológicas.

(2) Las dificultades para la comparación no son exclusivas de las evaluaciones de Proyecto Hombre, y se pueden concretar en:

- ◆ Presencia de diferentes objetivos de evaluación.
- ◆ Diferentes diseños de investigación (tan sólo dos de los estudios analizados puedan considerarse como propiamente evaluaciones de la eficacia).
- ◆ Presencia de diferentes valoraciones sobre los objetivos que tiene que cumplir el programa, no existiendo una operativización propia de los objetivos a lograr.
- ◆ Tampoco existe una operativización común de la variable recaída. Esta diferente operativización conlleva diferentes formas de recogida de los datos, dificultando la comparación de los resultados obtenidos, tanto entre sí, como con los obtenidos en otros estudios para otras modalidades de tratamiento.

- ◆ Asimismo, la falta de coincidencia en los instrumentos estandarizados empleados también dificulta la comparación de los datos.

No obstante, aun contando con estas diferencias y dificultades, todos estos estudios aportan resultados interesantes, y sobre todo, experiencia para posteriores trabajos.

5.4. Resultados obtenidos en los diferentes estudios sobre el programa Proyecto Hombre

A continuación se presentan los resultados de las diferentes evaluaciones sobre Proyecto Hombre. Dichos resultados se presentan en el siguiente orden: (1) muestras seleccionadas y características sociodemográficas de las personas entrevistadas; (2) uso/abuso de alcohol tras el tratamiento; (3) uso/abuso de sustancias ilegales tras el tratamiento; (4) recaídas; (5) factores precipitantes de las recaídas; (6) evolución tras el tratamiento; y (7) satisfacción con el tratamiento y utilidad del mismo.

5.4.1. Muestras seleccionadas y características sociodemográficas de las personas entrevistadas

Los diferentes estudios sobre Proyecto Hombre han contado con diferentes tamaños muestrales. En la Tabla 42 se presentan las personas que han estado en tratamiento en cada uno de los centros, y la proporción de sujetos que han sido incluidos en cada una de las muestras.

Tabla 42 Comparación de la población atendida en cada centro con la muestra seleccionada

	Grupo	Total atendidos	Muestra N (%)
Arrizabalaga et al. (2000)	Altas	705	705 (100%)
Caurín et al. (2004)	Altas	367	367 (100%)
Fernández et al. (1999)	Altas	263	263 (100%)
	Bajas CT	118	50 (42,4%)
	Bajas Reinserción	173	50 (29,0%)
Luengo et al. (2000)	Altas	560	220 (39,3%)
March y Orte (1997)	Altas	55	54 (98,2%)
	Bajas Reinserción	60	54 (90%)
	Bajas CT	n.c.	n.c.
	Bajas Acogida	n.c.	n.c.
TOTAL		2.301	1.709 (74,3%)

n.c.= no consta.

Aunque globalmente se ha seleccionado para entrevistar al 74% de las personas que integraban los diferentes grupos, este porcentaje difiere notablemente entre los subgrupos de las altas y de las bajas. Estas últimas son las menos representadas.

No obstante, tras la determinación de la muestra a evaluar, las personas que se llega a localizar son menos. En la Tabla 43 se presentan los resultados de las localizaciones. Se ha definido como *personas localizadas* a aquellas de las que se ha obtenido alguna información. Esta información puede proceder bien de los propios pacientes, bien de las familias. Asimismo, se han incluido los resultados de las localizaciones de tres grandes estudios americanos.

Tabla 43 Personas localizadas en diferentes estudios.

	Tiempo (años)	Localizadas	No localizadas	Total
Arrizabalaga et al. (2000)	5*	643 (81,3%)	148 (18,7%)	791
Caurín et al. (2004)	5*	333 (90,7%)	34 (9,3%)	367
March y Orte (1997)	0,1	82 (75,9%)	26 (24,07)	108
Simpson y Sells (1982)	1	(83,0%)	(17,0%)	4.627
Simpson, Joe y Bracy (1982)	6	(77,0%)	(23,0%)	990
Simpson y Sells (1990)	12	(80,0%)	(20,0%)	405

*Estimación del tiempo medio transcurrido

Las localizaciones de las evaluaciones de Proyecto Hombre oscilan entre el 75% y el 90%. Estos porcentajes están dentro de los márgenes de los grandes estudios evaluativos norteamericanos, que localizaron entre el 77% y el 83% de los sujetos incluidos en la muestra inicial.

Una de las informaciones que puede aportar la familia contactada es el fallecimiento del paciente en el periodo de seguimiento. En la Tabla 44 se presenta la mortalidad encontrada en los diferentes estudios. Estos porcentajes inciden, directamente, en la disminución de las entrevistas realizables. No obstante, la información que aportan sobre la evolución de estas cohortes de pacientes es importante.

Tabla 44 Personas fallecidas tras la finalización del programa

Altas	Total pacientes localizados (N)	Fallecidas N (%)
Simpson y Sells, 1982	4.627	231 (5,0%)
Arrizabalaga et al., 1999	791	86 (10,9%)
March y Orte, 1997	55	3 (5,4%)
Caurín et al., 2003	367	24 (6,5%)
Total	5.840	344 (9,3%)
Bajas	Total pacientes localizados (N)	N (%)
March y Orte, 1997	60	4 (6,7%)

Las personas fallecidas en el seguimiento oscilan entre el 6,67% del estudio de March y Orte (1997) –que es el que menor tiempo de seguimiento presentaba- y el 11% del estudio de Arrizabalaga *et al.* (2000).

En la Tabla 45 se presentan las personas realmente entrevistadas en cada uno de los estudios. En esta tabla el porcentaje de personas entrevistadas se ha realizado a partir de las personas realmente entrevistables. Esto es, descontado de la muestra seleccionada inicialmente las personas sobre las que no se disponía datos de localización, o que habían fallecido.

Tabla 45 Comparación de personas entrevistadas en los diferentes estudios de Proyecto Hombre

	Entrevistables	Entrevistas realizadas	Entrevistas válidas	Rechazos
Arrizabalaga <i>et al.</i> (2000)	557	324 (58,2%)	320 (57,4%)	233* (41,8%)
Caurín <i>et al.</i> (2004)	306	183 (59,8%)	182 (59,5%)	123* (40,2%)
Fernández-Hermida <i>et al.</i> (1999)	263	194 (73,8%)	194	69 (26,2%)
Luengo <i>et al.</i> (2000)	220	145 (66,0%)	145 (66,0%)	61 (27,7%)

*En estos dos casos se entiende por rechazo no responder a la encuesta enviada.

Las personas entrevistadas varían entre el 58% del trabajo de Arrizabalaga *et al.* (2000) y el 73,8% del trabajo de Fernández-Hermida *et al.* (1999). Esto supone que las personas entrevistadas o encuestadas postalmente han sido un 39,4% (N= 733) de la muestra inicial. Pero además, se ha encontrado que un 6,28% de dicha muestra (N= 117) había fallecido en el seguimiento. Esto es, globalmente se ha logrado información de casi el 46% de la muestra total.

No obstante, la localización de personas que abandonaron en su día el tratamiento es muy baja, y es una de las asignaturas pendientes de los trabajos de evaluación. Por ejemplo, aun cuando en el trabajo de March y Orte (1997),

se pensaba contar con tres grupos de control –uno por cada fase de tratamiento- estos se redujeron a un único grupo de control.

En resumen, una vez eliminadas las personas de las que no constaban datos, y por lo tanto era imposible su localización, se ha alcanzado un buen porcentaje de entrevistas realizadas en los diferentes trabajos si se compara con los resultados de los grandes estudios americanos. En la Tabla 46 se presentan algunos datos de estos últimos estudios.

Tabla 46 Localizaciones de pacientes en los grandes estudios evaluativos americanos

	Simpson y Sells (1982)	Simpson, Joe y Bracy (1982)	Simpson y Sells (1990)	DATOS
Años de seguimiento	1	6	12	
Muestra inicial	4.627	990	405	4.786
Localizados	83%	77%	80%	77,7%
Entrevistados*	73%*			94%
Fallecidos	5%			
Fuera del país	1%			12%**
Rechazos	4%			

*% sobre localizados

**Este 12% son los que se dejan fuera por ser difícil su entrevista.

Así, aunque las personas localizadas en los estudios americanos oscilan entre 77% y el 85%, sólo contestan alrededor del 70%. De esta manera obtienen información acerca de, aproximadamente, el 50%-60% de la población seleccionada.

Por lo que se refiere a las características sociodemográficas de las personas entrevistadas, éstas se presentan en la Tabla 47.

Tabla 47 Características sociodemográficas de las personas entrevistadas y tiempo de seguimiento

VARIABLES	March y Orte (1997)	Fernández <i>et al.</i> (1999)	Luengo <i>et al.</i> (2000)	Arrizabalaga <i>et al.</i> (2000)	Caurín <i>et al.</i> (2004)
EDAD MEDIA	30,8	26	30,7	33,6	--
SEXO					
Hombres	74,1%	82,72%	75,9%	69,7%	72,47%
Mujeres	25,9%	17,28%	24,1%	30,3%	27,53%
ESTADO CIVIL					
Solteros	50%	67,7%	68,3%	36,9%	25,3%
Casados	39,6%	24,2%	-	54,7%	65,9%
Separados/divorciados /viudos	10,4%	8,15%	-	8,3%	7,0%
NIVEL DE ESTUDIOS					
Sin estudios	6,9%	18,8%	15,2%	-	-
Graduado Escolar	58,6%	60,9%	40,0%	149	-
Estudios medios y superiores	34,5%	20,2%	38,8%	214	-
TIEMPO DE SEGUIMIENTO		3 años y 4 meses	3 años y 2 meses	>5 años	> 5 años

Los sujetos entrevistados han sido, en la mayoría de los casos, hombres con el graduado escolar. El estado civil principal es el de soltero en las evaluaciones en que el tiempo transcurrido desde la finalización del programa ha sido más breve (March y Orte, 1997; Fernández-Hermida *et al.*, 1999; y Luengo *et al.*, 2000).

El tiempo medio transcurrido desde la finalización del programa hasta el momento en que se realiza el seguimiento oscila entre tres años y cinco años.

En lo que concierne al historial de consumo, en todos los casos la droga más consumida es la heroína. No obstante, en todos los estudios se valora como problema principal el policonsumo de sustancias.

5.4.2. Uso/abuso de alcohol tras el tratamiento

En Asturias, **Fernández-Hermida et al. (1999)** informan de un 82,3% de usuarios que no han tenido problemas con el alcohol tras el alta. Además en este estudio se constata que: **(1)** un **4,41%** de los pacientes tenía un **consumo alcohólico por encima del consumo seguro** que estima la Organización Mundial de la Salud (OMS); **(2)** el **1,4%** estaría encuadrado en lo que es denominado por la OMS como **consumo perjudicial**; **(3)** **los varones consumían más** alcohol que las mujeres, sobre todo por encima de 15 Unidades de Bebida Estándar (UBE) a la semana; y **(4)** **el promedio** de alcohol consumido por los sujetos de **alta es inferior al del grupo que abandona**.

En el caso del estudio de **Luengo et al. (2000)**, el **58,7%** de las altas **no han probado alcohol tras el alta**. Entre las personas consumidoras de alcohol, el **7,3%** informa de un **consumo problemático**, y un **8,4%** juzga su **consumo** de alcohol como “**excesivo**”. Los contextos para el consumo de alcohol aparecen, en general, **ligados a situaciones interpersonales lúdicas**. Además, **entre los consumidores habituales** los consumos se asocian a las comidas (65%). Los porcentajes menores se corresponden a consumos en solitario, no vinculados a contextos específicos.

El tiempo medio transcurrido hasta el primer consumo de alcohol fue de **20 meses**, aunque el rango era también muy amplio (de 15 días a 5 años). No obstante, **la mayoría** de los primeros episodios de consumo fueron **entre el primer y tercer año** tras la finalización del programa.

En los estudios de Arrizabalaga *et al.* (2000) y de Caurín *et al.* (2004), el 95,3% y el 79,9% de los pacientes han probado el alcohol tras el alta. Esto últimos comienzan a **beber a los 26 meses** de la finalización del programa (como media) con un rango de 1 a 119 meses. Esta media de tiempo para el inicio en el consumo de alcohol supone un adelanto de 10 meses respecto al consumo de sustancias ilegales.

Contextualizando los resultados, **las personas que finalizaron el programa presentarían una proporción semejante de bebedores de riesgo a la de la población normal** (9,5%, según Sánchez-Pardo, 2002), **y algo menor a la de la población que acude habitualmente a la consulta de los médicos de Atención Primaria** (15-20%, según Córdoba, 2002). A su vez, **las personas recaídas presentarían peores perfiles de consumo que ambos colectivos.**

5.4.3. Uso/abuso de sustancias ilegales tras el tratamiento

En la Tabla 48 se presentan los resultados obtenidos tanto para el grupo de altas como para el de abandonos en cuanto a las recaídas en el consumo de sustancias ilegales. En esta tabla se sigue la propuesta de Fernández-Hermida *et al.* (2001) de considerar los consumos esporádicos de Luengo *et al.* (2000) como recaídas para poder realizar comparaciones entre los diferentes estudios. Tal y como se puede apreciar, las recaídas en el grupo de las personas que obtuvieron el alta oscilan entre el 3,8% del estudio de March y Orte (1997) y el 10,3% del de Fernández-Hermida *et al.* (1999).

Tabla 48 Porcentaje de recaídas en diferentes estudios (Fernández-Hermida *et al.*, 2001)

	Altas	Grupo de control
	N (%)	N (%)
Fernández <i>et al.</i>, 1999	20 (10,3%)	35 (63,6%)
Luengo <i>et al.</i>, 2000	11 (7,6%)	--
March y Orte, 1997	1 (3,8%)	4 (12,5%)

Por su parte, las personas que abandonaron el programa de tratamiento prematuramente presentan recaídas entre el 12,5% del estudio de March y Orte y el 63,6% del estudio de Fernández-Hermida *et al.* (1999).

Los trabajos de Arrizabalaga *et al.* (2000) y Caurín *et al.* (2004)

presentan resultados muy semejantes. En la Tabla 49 se presenta el porcentaje de personas que consumen diferentes sustancias esporádicamente (algunos fines de semana al año).

Tabla 49 Porcentaje de personas que consumieron esporádicamente la sustancia en el seguimiento (Arrizabalaga et al., 2000; Caurín et al., 2004)

	Arrizabalaga et al. (2000)	Caurín et al. (2004)
	(N= 319)	(N= 158)
	N (%)	N (%)
Heroína	4 (1,2%)	6 (3,8%)
Hachís	37 (11,6%)	24 (15,2%)
Cocaína	19 (6,0%)	11 (7,0%)
Anfetaminas	9 (2,8%)	2 (1,3%)
Barbitúricos	4 (1,2%)	4 (2,5%)
Drogas de diseño	6 (1,9%)	4 (2,5%)
Metadona	2 (0,6%)	1 (0,6%)
Otras drogas	1 (0,3%)	0

Las sustancias más empleadas en el postratamiento son el hachís y la cocaína. El resto de sustancias apenas se emplean. En cuanto al consumo diario (Tabla 50), es el hachís la sustancia más consumida (7,20% y 4,4%), seguida por el resto de sustancias.

Tabla 50 Porcentaje de personas que consumen diariamente la sustancia en el seguimiento (Arrizabalaga et al., 2000; Caurín et al., 2004)

	Arrizabalaga et al. (2000)	Caurín et al. (2004)
	(N= 319)	(N= 158)
	N (%)	N (%)
Heroína	9 (2,8%)	0
Hachís	23 (7,2%)	8 (5,1%)
Cocaína	5 (1,6%)	1 (0,6%)
Anfetaminas	2 (0,6%)	0
Barbitúricos	4 (1,2%)	2 (1,2%)
Drogas de diseño	2 (0,6%)	0
Metadona	4 (1,2%)	0
Otras drogas	1 (0,3%)	0

Arrizabalaga *et al.* (2000) incluyen una valoración de los efectos del tratamiento en función de los consumos presentes en las diferentes cohortes de sujetos. La conclusión que ofrecen es que **los efectos del tratamiento perduran en el tiempo**. De hecho, la cohorte de sujetos que finalizaron el tratamiento hace más de ocho años es la que mejores resultados presenta. Bien es cierto que una de las limitaciones de este estudio es que no cuenta con un grupo de control.

5.4.4. Recaídas

Diversas investigaciones informan de que las recaídas se producen en los momentos posteriores a la pérdida de contacto con el tratamiento, sea ésta por haber logrado el alta terapéutica, o por abandonarlo (Marlatt y Gordon, 1985; Aguilar *et al.*, 1995; Fernández *et al.*, 1999; Luengo *et al.*, 2000).

Caurín *et al.* (2004) calculan que el consumo de drogas ilegales se produce, como media, a los 32 meses después de finalizado el tratamiento (rango: 1-83). Estos datos son concordantes con los presentados por Arrizabalaga *et al.* (2000), Fernández-Hermida *et al.* (1999) y Luengo *et al.* (2000).

Las diferencias de criterio en la recogida de datos sobre el consumo de sustancias en el postratamiento hacen difícil la comparación de resultados entre los diferentes estudios. No obstante, otra forma de operativización de la variable recaída ha sido la consideración de la asistencia a un centro de tratamiento tras el alta. Tanto Fernández-Hermida *et al.* (1999), como Arrizabalaga *et al.* (2000) y Caurín *et al.* (2004) incluyeron esta cuestión en sus cuestionarios (Tabla 51).

Tabla 51 Porcentaje de personas que han solicitado ayuda tras la finalización en Proyecto Hombre

	¿Has acudido a algún centro de tratamiento tras el alta?
Arrizabalaga et al. (2000)	6,6%
Caurín et al. (2004)	6,5%

Caurín *et al.* (2004) y Arrizabalaga *et al.* (2000) obtienen prácticamente el mismo resultado, ya que en ambas muestras el 6,5% y el 6,6% respondió haber acudido a tratamiento tras el alta. En el caso de Arrizabalaga *et al.* (2000) se añade que la mayoría de las atenciones se produjeron, posteriormente, en Centros de Salud Mental.

En el estudio de Fernández-Hermida *et al.* (1999) es el 14,45% (36 sujetos de la muestra total) el que ha realizado algún tipo de tratamiento. No obstante, se advierte que entre las altas los reingresos en algún tratamiento son significativamente menores. En este caso, el 33% (18 sujetos) de los que recaen (55 sujetos) se ponen en contacto nuevamente con Proyecto Hombre, independientemente de ser altas o abandonos.

Caurín *et al.* (2004), situándose en el peor de los escenarios posibles (aquél en el que las personas que no han logrado localizar hayan recaído), consideran que con los datos valorados se avalaría que más del 55% de todas las altas dadas por Proyecto Hombre de Zaragoza, continuaban cumpliendo los criterios de alta. De esta manera para los autores, dada la complejidad del abordaje de las drogodependencias, estos resultados no podrían considerarse como “malos resultados”.

5.4.5. Factores precipitantes de las recaídas

En el caso de los estudios de Fernández-Hermida *et al.* (1999) y de Luengo *et al.* (2000) se incluyó la *Entrevista de Recaídas* de Miller y Marlatt

(1996). Este instrumento permite analizar qué factores personales, ambientales o sociales son los precipitantes más inmediatos del consumo.

En ambos estudios se valoran los determinantes intrapersonales como los principales precipitantes de la recaída (Tabla 52), seguidos de los interpersonales (Tabla 53).

Tabla 52 Contextos del primer consumo en los sujetos recaídos. Determinantes intrapersonales

	Marlatt (heroína)	Luengo <i>et al.</i> (2000)	Fernández-Hermida <i>et al.</i> (1999)
I) Determinantes intrapersonales	45,0%	71,4%	65,5%
A) Enfrentarse a estados emocionales negativos	19%	50%	54,6%
B) Enfrentarse a estados físicos negativos	9%	-	5,4%
C) Potenciar estados emocionales positivos	10%	7,1%	9,1%
D) Poner a prueba el control personal	2%	14,3%	1,8%
E) Ceder a tentaciones o impulsos	5%	-	0

En ambas muestras los estados emocionales negativos son los principales determinantes intrapersonales de recaída para la mitad de los recaídos.

Sin embargo, entre los determinantes interpersonales (Tabla 53) existe disparidad entre las muestras Asturias y Galicia. Mientras que para los ex-pacientes de Galicia el principal determinante interpersonal es la presión social indirecta, para la muestra de Asturias es enfrentarse al conflicto interpersonal.

Tabla 53 Contextos del primer consumo en los sujetos recaídos. Determinantes interpersonales

	Marlatt (heroína)	Luengo et al. (2000)	Fernández-Hermida et al. (1999)
II) Determinantes interpersonales	55%	28,6%	36,4%
A) Enfrentarse al conflicto interpersonal	14%	14,2%	20,0%
B) Presión social	36%	14,3%	12,7%
C) Potenciar estados de ánimo positivos	5%	-	3,6% ^o

Luengo et al. (2000) añaden a su estudio un análisis de las motivaciones autopercebidas para el primer consumo tras el alta. Estos autores concluyen que **los estados de ánimo negativos y el aislamiento caracterizan la recaída**. Cuando los primeros consumos se producen en **situaciones interpersonales positivas no derivan en recaída**.

Además, los mismos autores encuentran características del pretratamiento, del tratamiento y del postratamiento asociadas a las recaídas.

Características pretratamiento: (1) las personas solteras en el pretratamiento tienen un **mayor riesgo** de recaer; (2) las personas **con hijos en el pretratamiento** tienen **menor riesgo** de recaer en el postratamiento; (3) las personas con **problemática de alcohol en el padre incrementan** su probabilidad de recaída; (4) las personas que habían tenido **bastantes/muchas rupturas con** amigos en el **pretratamiento** también presentaron **mayor riesgo** de recaída; y (5) la probabilidad de recaída se **incrementa** en las personas que habían tenido **relación antes del tratamiento con la Junta de Menores** o con el Tribunal Tutelar.

Características del tratamiento. Los recaídos valoran peor: (1) las relaciones con el personal del programa; (2) las relaciones con los compañeros del programa; y (3) la satisfacción con el programa al finalizar el tratamiento (Tabla 54).

Tabla 54 Características del tratamiento relacionadas con la recaída (Luengo et al.)

	No recaídos	Recaídos	F
Relaciones con el personal del programa (0-4)	2,79	2,30	5,26*
Relaciones con compañeros del programa (0-4)	2,9	2,31	3,96*
Satisfacción con el programa al finalizar el tratamiento (0-3)	2,68	2,21	12,35**

*p<0,5**p<0,01

Características postratamiento: (1) los **recaídos** están en familias con **peor clima social**; (2) los **recaídos** presentan una **menor integración laboral** (valorada a partir de un índice combinado); (3) los **recaídos** presentan **menor número de amigos** que los no recaídos, y **mayor número de amigos consumidores** de drogas; (4) en el ámbito del tiempo libre los **sujetos recaídos** presentan **más horas de estancia en bares y discotecas**, **menos horas de tiempo compartido con la familia** y **más horas de tiempo dedicado a la televisión**; (5) las personas **recaídas** valoran haber tenido un **menor apoyo social**; (6) las **personas recaídas** se ven afectadas, en mayor medida, por **emociones y estados afectivos negativos** (ansiedad y depresión), puntuando más alto en la escala de ansiedad del NEO-PI-R. Además, puntúan más bajo en las emociones más positivas; (7) la **recaída se asocia a expectativas más negativas de autoeficacia general**, y a un **estilo de afrontamiento pasivo y pesimista ante la tentación de consumir**; y (8) las personas **recaídas** conceden **menor importancia a valores de corte interpersonal** (“ayudar a los demás”, “ser leal”, “solidaridad social”), a valores **relacionados con la responsabilidad y los logros personales y al tiempo libre**.

En el caso de Arrizabalaga *et al.* (2000) se valoró la **satisfacción con la vida en relación al consumo de sustancias** en el postratamiento. A partir de los datos presentados en el estudio se han realizado las estimaciones oportunas para lograr los resultados que se presentan en la Tabla 55.

Tabla 55 Frecuencia de consumo/satisfacción con la propia vida (Arrizabalaga et al., 2000)

	Frecuencia	Total (N= 319)	Insatisfechos (N= 31)	Satisfechos (N= 288)
		N	N (%)	N (%)
Hachís	Raramente	57	6 (19,3%)	51 (17,7%)
	Esporádicamente	37	8 (25,8%)	29 (10,1%)
	Diariamente	23	6 (19,3%)	17 (5,9%)
Heroína	Raramente	10	3 (9,7%)	7 (2,4%)
	Esporádicamente	4	3 (9,7%)	1 (0,3%)
	Diariamente	9	6 (19,3%)	3 (1,0%)
Cocaína	Raramente	36	5 (16,1%)	31 (10,8%)
	Esporádicamente	19	6 (19,3%)	13 (4,5%)
	Diariamente	5	2 (6,4%)	3 (1,0%)

En todos los casos **las personas que se muestran insatisfechas con su vida han tenido mayores proporciones de consumo de sustancias**, siendo éstas significativamente más altas en: (1) todas las frecuencias de consumo de la heroína; (2) en los consumos esporádico y diario del hachís; y (3) en el consumo esporádico de la cocaína.

Estos resultados parecen ser congruentes con las mayores puntuaciones en disfunción social de las personas recaídas encontradas por Fernández-Hermida *et al.* (1999). No obstante, no se puede realizar una atribución de causalidad a esta insatisfacción como precipitante de los consumos. Bien pudiera ser que los propios consumos generen una insatisfacción, sin que esta insatisfacción estuviera presente en la situación previa al consumo, tal y como sugieren Luengo *et al.* (2000).

Asimismo Arrizabalaga *et al.* (2000) valoraron la **frecuencia de consumo** del hachís, heroína y cocaína **en función del sexo**. **En ningún caso se hallan diferencias** estadísticamente significativas.

Tabla 56 Frecuencia de consumo y sustancia por sexo (Arrizabalaga *et al.*, 2000)

Sustancia	Frecuencia	Total N	Hombres (N= 222)	Mujeres (N= 77)
			N (%)	N (%)
Hachís	Raramente	57	39 (17,6%)	18 (23,4%)
	Esporádicamente	37	29 (13,1%)	8 (10,4%)
	Diariamente	22	19 (8,6%)	3 (3,9%)
Heroína	Raramente	10	8 (3,6%)	2 (2,6%)
	Esporádicamente	4	4 (1,8%)	0
	Diariamente	9	9 (4,1%)	0
Cocaína	Raramente	36	29 (13,1%)	7 (9,1%)
	Esporádicamente	19	15 (6,8%)	4 (5,2%)
	Diariamente	5	5 (2,2%)	0

Caurín *et al.* (2004) destacan la relación entre consumo de sustancias y la ausencia de pareja. De hecho, señalan que: (1) la probabilidad de fumar hachís a diario es tres veces mayor entre quienes no tienen pareja; (2) la probabilidad de consumir ansiolíticos a diario se multiplica por cinco; (3) la probabilidad de consumo diario de cocaína es tres veces mayor. Además, nadie de los que cuenta con pareja ha consumido heroína desde el alta. A la vista de estos datos, los autores apuntan la posibilidad de considerar la **pareja como un factor de protección** frente a las recaídas.

5.4.6. Evolución tras el tratamiento

A continuación se van a presentar, de forma resumida, las principales variaciones en las áreas de relación, educativa, laboral, de salud, judicial y de ocio y tiempo libre.

Tras dejar el programa se produce en la mayoría de los casos, una mejoría en la relación familiar (Arrizabalaga *et al.*, 2000, Caurín *et al.*, 2004, Fernández-Hermida *et al.*, 1999, Luengo *et al.*, 2000).

La mayoría de los entrevistados no tiene relación con consumidores en activo -Tabla 57-, oscilando la proporción de quienes sí la tienen entre el 39,6% de Caurín *et al.* (2004) y el 18,1% de Arrizabalaga *et al.* (2000). Aún así, en el estudio de Caurín *et al.* (2004) tan sólo un 6,6% reconoce relaciones frecuentes con consumidores en activo.

Tabla 57 Relación con consumidores en activo

	%	Sustancia consumida por amistades
Arrizabalaga <i>et al.</i> (2000)	18,1%	--
Caurín <i>et al.</i> (2004)	39,6%	Hachís 37,6%
Fernández-Hermida <i>et al.</i> (1999)	32,7%	Hachís 55,6%

Tanto en el caso de Caurín *et al.* (2004) como en el de Fernández-Hermida *et al.* (1999), las relaciones más frecuentes se establecen con consumidores de hachís.

En cuanto a la situación educativa, entre el 34% (Fernández-Hermida *et al.*, 1999 y March y Orte, 1997) y el 53% (Caurín *et al.*, 2004) de los entrevistados realizaron algún curso en el periodo postratamiento. No obstante, un 60% consideraron que los estudios realizados no les habían servido para conseguir empleo (Fernández-Hermida *et al.*, 1999).

En todos los casos, más del 70% de los pacientes había trabajado el 100% del tiempo de seguimiento. Además consideraban que su situación laboral había mejorado respecto al pretratamiento (Arrizabalaga *et al.*, 2000, Caurín *et al.*, 2004, Fernández-Hermida *et al.*, 1999, Luengo *et al.*, 2000 y March y Orte, 1997). Asimismo se reduce drásticamente la obtención de dinero por fuentes ilegales (un único caso en el trabajo de Fernández-Hermida *et al.*, 1999, y ninguno en los de Arrizabalaga *et al.*, 2000 y Caurín *et al.*, 2004).

En cuanto al área de salud, aun siendo muy diversas las variables contempladas en los diferentes trabajos, se puede afirmar que en general la percepción del estado de salud mejora para más del 75% de los pacientes

(Arrizabalaga *et al.*, 2000 y Caurín *et al.*, 2004).

Las personas acusadas o detenidas se reducen respecto al periodo pretratamiento. Así, Fernández-Hermida *et al.* (1999) encuentran 20 personas (8%) que han sido acusadas o detenidas tras el tratamiento. Arrizabalaga *et al.* (2000) señalan un 14,7% de personas con problemas con la justicia, aunque en la mitad de los casos el origen de estos problemas se hallaba en el periodo pretratamiento. Asimismo un 2,2% de ex-pacientes ingresó en prisión (téngase presente que antes del tratamiento un 26,9% había estado en prisión). En un punto intermedio está el trabajo de Caurín *et al.* (2004) que encuentra un 5% de sujetos con problemas en el periodo postratamiento (frente al 40% en el pretratamiento).

Respecto al uso del ocio y tiempo libre en todos los casos más del 75% de los entrevistados afirma haber mejorado su satisfacción en este área.

Así pues, tanto en las relaciones familiares, como en la situación educativa, laboral, de salud, judicial y de satisfacción con el uso del tiempo libre los entrevistados refieren una mejoría respecto a la situación pretratamiento. Esta mejoría es más apreciable entre quienes finalizan el programa.

Fernández-Hermida *et al.* (1999) construyeron, además, una metavariante de evolución positiva/negativa vinculando los resultados en recaídas de drogas de acceso ilegal, consumo de alcohol, tiempo trabajado y existencia de problemas judiciales posteriores a la estancia en Proyecto Hombre. Para que un sujeto se incluyese en la evolución "positiva" necesitaba no haber tenido ninguna recaída con ninguna droga de acceso ilegal, tener un consumo seguro de alcohol (según la OMS), no haber tenido ninguna detención o encarcelación y haber trabajado más de un 50% del tiempo de seguimiento. Los resultados de esta metavariante, y su relación con haber sido alta o abandono se presentan en la Tabla 58.

Tabla 58 Tipo de evolución / Tipo de finalización (Fernández-Hermida *et al.*, 1999)

Tipo de evolución	Altas (N= 194)	Abandonos (N= 55)	Total (N= 249)
	N (%)	N (%)	N (%)
Positiva	146 (75,3%)	15 (27,3%)	161 (64,7%)
Negativa	48 (24,7%)	40 (72,7%)	88 (35,3%)

Un 64,7% del total de los entrevistados ha presentado una evolución positiva. De este 64,7%, el 75% se corresponde con personas que habían finalizado el programa, y el 27% con abandonos. Hay una clara relación entre las variables tipo de finalización y tipo de evolución.

5.4.7. Sobre la utilidad y satisfacción del programa

Respecto a la utilidad del programa, Fernández-Hermida *et al.* (1999) informan que los sujetos valoran que el programa les ha valido para “tener más confianza en mí mismo”, “aprender a vivir con los demás” o “sentirme más a gusto conmigo mismo”. A la vista de los resultados, parece que un programa de tratamiento de drogodependencias, no debe ceñirse única y exclusivamente al tratamiento de la dependencia química.

Sin embargo, la “integración en el mundo laboral” no aparece entre los elementos más valorados. Quizá, por el posible efecto autoselectivo del programa, las personas que pudieran haberse beneficiado en mayor medida de esta utilidad no hayan llegado a estar el tiempo suficiente en el tratamiento como para valorar una mejoría en esta área.

Tanto Caurín *et al.* (2004) como Fernández-Hermida *et al.* (1999) solicitaron la valoración de distintos componentes del programa de tratamiento. Aun cuando los elementos analizados no son exactamente los mismos, se presentan en la Tabla 59 de manera conjunta.

Tabla 59 Elementos del programa de tratamiento que han resultado de más utilidad (Asturias/Zaragoza).

Componentes	Fernández-Hermida <i>et al.</i> (1999) ¹			Caurín <i>et al.</i> (2004) ²
	General	Abandonos	Altas	Altas
El ambiente y la relación con los demás	1,49	1,62	1,45	1,53
Los grupos	1,55	1,82**	1,47	1,66
La relación con los terapeutas	1,75	1,91	1,71	1,78
La presión y exigencia existente	1,88	2,33	1,75	1,98
Las tareas y responsabilidades diarias	1,99	2,25*	1,92	--
Las normas y limitaciones	2	2,25*	1,92	2,00
Intervenciones especiales	--	--	--	2,08
Entrevistas con los terapeutas	--	--	--	1,71
Duración del programa	--	--	--	2,03
Apoyo familiar	--	--	--	1,32

¹ Tomado de Fernández-Hermida *et al.*, 1999

² En este caso se ha calculado de la misma manera, eliminando la categoría de normal para poder comparar con Fernández-Hermida *et al.* (1999)

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Para la comprensión de esta tabla hay que tener en cuenta que el 1 se corresponde a “Mucho”, de tal manera que a menor valor, mejor valoración.

Para los encuestados por Fernández-Hermida *et al.* (1999), el ambiente y la relación con los demás, los grupos, la relación con los terapeutas y la presión y exigencia existente, son, por este orden, los elementos más valorados por parte de todos los sujetos; si bien entre los abandonos las valoraciones son menos favorables.

En el trabajo de Caurín *et al.* (2004) las respuestas son **muy semejantes, salvo que el elemento mejor valorado es el apoyo familiar**. Asimismo, se han valorado mejor las entrevistas con los terapeutas que la relación con los terapeutas, y finalmente, la duración del programa y las intervenciones especiales pasan a ser las peores valoradas.

Por lo que respecta a la satisfacción general con el tratamiento, los

pacientes del programa se encuentran satisfechos o muy satisfechos con el mismo. Aspectos tales como la duración del tratamiento o la rigidez de las normas crean alguna diferencia entre los pacientes, pero básicamente se encuentran satisfechos. Hay que tener presente que quizá las personas más críticas con el programa de tratamiento sean las que no acceden a colaborar.

Para March y Orte (1997) la valoración global del tratamiento es buena, con un 50% de sujetos que lo califican de muy positivo y un 27% de positivo. La valoración de los profesionales es positiva para el 88,5% de los sujetos y regular para el 11,5%. Además, la **fase más positiva** del tratamiento es la de la **Comunidad Terapéutica**, tanto entre quienes abandonaron prematuramente el tratamiento (81,2%), como entre quienes lo finalizaron (42,3%).

En el estudio de Fernández-Hermida *et al.* (1999) el 54,6% de los encuestados considera que el acceso al programa fue fácil, y el 45,4% que difícil. El 51% considera que las normas son correctas o demasiado estrictas (un 48,6%), mientras que un solo sujeto piensa que son poco estrictas. Un 75,5% de los sujetos opina que es muy importante **la participación de padres y familiares en el tratamiento**, un 20,1% cree que es bastante importante y un 4,4% que poco o nada. Quienes habían logrado el alta valoraban este ítem en mayor medida que los abandonos.

El **58,2%** considera que el tiempo de **duración del programa es excesivo**, mientras que para el 41% es adecuado. Las personas que han abandonado tienden a juzgarlo como excesivamente largo. El 92% afirma que la calidad de la relación con los terapeutas fue buena o muy buena, y en la misma proporción estiman la calidad profesional de estos últimos.

Respecto a la valoración general de Proyecto Hombre en la Tabla 60 se comparan los resultados de los trabajos de Asturias y Zaragoza.

Tabla 60 Valoración global del Programa Proyecto Hombre (Fernández-Hermida et al., 1999; Caurín et al., 2004)

Valoración	Fernández-Hermida et al. (1999)			Caurín et al. (2004)
	Total	Abandono	Alta	Altas
Muy satisfactorio	127 (51%)	25 (45,5%)	165 (85%)	84,1%
Bastante satisfactorio	63 (25,3%)			
Satisfactorio	51 (20,5%)	23 (41,8%)	28 (14,4%)	15,3%
Poco satisfactorio	4 (1,6%)	3 (5,5%)	1 (0,5%)	
Nada satisfactorio	4 (1,6%)	4 (7,3%)	--	
Total	249	55	194	158

En ambos casos las personas que valoran el tratamiento como bastante o muy satisfactorio son más del 80%, si bien es cierto que este porcentaje desciende al 45,5% en el caso de los abandonos prematuros del programa. No obstante, aun así, casi el 42% de estos lo valoran como satisfactorio.

Caurín et al. (2004) y Arrizabalaga et al. (2000) incluyen, además, la pregunta de si se volvería a tratamiento a Proyecto Hombre (Tabla 61), y la respuesta mayoritaria fue que sí. Éste puede ser también un indicador de satisfacción con el tratamiento.

Tabla 61 ¿Volverías a tratamiento a Proyecto Hombre?

	Si tuvieses problemas con las drogas, ¿volverías a Proyecto Hombre? (% respuestas afirmativas)
Arrizabalaga et al. (2000)	84,4%
Caurín et al. (2004)	91,9%

Así pues, la gran mayoría de entrevistados valora satisfactoriamente el programa de tratamiento.

6. Conclusiones

La Comunidad Terapéutica es una modalidad terapéutica que lleva más de 30 años ofreciendo tratamiento a personas con problemas por abuso de sustancias. Esta modalidad de tratamiento ha sido adoptada por diferentes programas e instituciones, tanto públicas como privadas, destacando el carácter marcadamente experiencial de la misma.

Por motivos éticos, de control del gasto público y de descubrimiento de oportunidades de mejora, es necesario conocer tanto los resultados obtenidos por los tratamientos basados en la Comunidad Terapéutica, como sus ingredientes básicos. Para ello se deben llevar a cabo evaluaciones de programas. Estas evaluaciones pueden ayudar (y ha ayudado) a determinar: (1) si la Comunidad Terapéutica cumple los objetivos que se propone (eficacia); (2) qué otros efectos tiene además de los que tiene previstos (efectividad); y (3) qué relación presentan los resultados obtenidos con los recursos invertidos, así como la relación de estos costes/resultados con otras modalidades de tratamiento (eficiencia).

Aun cuando en líneas generales se puede afirmar que la Comunidad Terapéutica es eficaz, efectiva y eficiente, en nuestro entorno se debería poder contestar a dos cuestiones más: (1) a qué pacientes logra retener, y por tanto ayudar; y (2) qué ingredientes la hacen efectiva para estos pacientes. El conocimiento de estas dos cuestiones ayudará a generalizar sus resultados a otras poblaciones.

Para poder responder a las anteriores cuestiones es necesario conciliar la práctica clínica diaria con la investigación. La convivencia de ambas actividades no siempre resulta sencilla. No obstante, la confluencia entre los intereses de la evaluación y de la investigación, parece darse en buena medida con el modelo de Gestión en Calidad (EFQM) y con el modelo de Gestión de Resultados (*Outcome Management*). La máxima que vincula estos modelos es la siguiente: “*sin medida no hay posibilidad de mejora. Conoce los resultados y*

podrás mejorar los procesos”.

En España se han realizado cinco trabajos para valorar la eficacia del Programa Proyecto Hombre, programa basado en la Comunidad Terapéutica. Estos cinco trabajos presentan diferencias tanto en su concepción como en el desarrollo y modo de ejecución, pero de su valoración conjunta se puede concluir que:

- No todas las autodenominadas evaluaciones de la eficacia han contado con un grupo de control, debiendo encuadrarse, por tanto, como estudios de seguimiento.
- No obstante, de su análisis se deriva información interesante sobre la evolución de los pacientes atendidos en el dispositivo de tratamiento de Proyecto Hombre.
- Además, por una serie de diferencias tanto teóricas como metodológicas, la comparación entre los diferentes estudios no es lineal, y se ha de realizar con precaución.
- A pesar de los anteriores prevenciones, se puede afirmar que el Programa Proyecto Hombre cumple con los objetivos propuestos: se produce una disminución significativa en el consumo de drogas ilegales y un uso moderado del alcohol. Estos resultados son semejantes en todos los estudios revisados, aun cuando cada uno de ellos presente sus peculiaridades.
- Además, los beneficios del tratamiento no se circunscriben únicamente al consumo de sustancias, sino que se aprecia una mejoría en el aspecto relacional, educativo, laboral, judicial, de salud y de uso del ocio y tiempo libre.
- Todos estos beneficios están asociados de forma significativa a aquellas personas que completan el tratamiento en su totalidad. Así

pues, la finalización del tratamiento es la variable que mejor predice un estilo de vida saludable y la ausencia de recaídas. No obstante, entre las personas que abandonaron el programa antes de finalizarlo, también se encuentran mejoras importantes.

- Además estos efectos se mantienen en el tiempo, con estudios basados en cohortes de pacientes que finalizaron el programa hace más de ocho años.
- Y es que, un programa de alta exigencia –como se puede valorar el que ofreció Proyecto Hombre en la época evaluada-, que mantiene de 2 a 3 años a los pacientes con seguimiento terapéutico, y en la mayoría de los casos con buen apoyo familiar y/o social, es medianamente razonable que tenga resultados como los hallados en estos trabajos. La diferencia de expectativas y de utilidades percibidas por los usuarios ha resultado un elemento diferenciador entre las personas que lo abandonaron y lo finalizaron. Si a esto se añade que el tiempo de permanencia en un programa se identifica como el predictor más consistente del tratamiento, se debería valorar la hipótesis del efecto autoselectivo del tratamiento, identificando si hay un paciente tipo que se ha beneficiado del mismo. De esta manera, los programas evaluados podrían orientarse hacia la mejora de la retención.
- Así pues, dados los altos índices de abandono que se producen en este tipo de tratamientos, tan importante como la información sobre quién finaliza el tratamiento es la relacionada con quien no lo finaliza.
- Con unos buenos resultados para un porcentaje alto de personas que han finalizado el programa, es previsible que las personas que solicitan tratamientos reiteradamente sean las personas con mayores dificultades. Esto es, las personas que acumulan abandonos y/o fracasos repetidos, las que tengan más frecuentemente recaídas serían las personas que presentan un trastorno dual, y/o poco apoyo familiar y social, y puede ser que las expectativas de “buenos resultados” o altas

terapéuticas completamente satisfactorias deban irse variando conforme la población diana vaya reduciéndose a este perfil de pacientes “resistentes” al tratamiento. Asimismo, si en un primer momento el modelo de intervención no resultó adecuado para estas personas, deberían valorarse los cambios necesarios para que sí lo sea.

- Así pues, la necesidad de mejora remite tanto a la necesidad de identificar y conocer los ingredientes, como los componentes que hacen eficaz al programa Proyecto Hombre, y los perfiles de pacientes para los que ha servido o no ha servido el tratamiento. También es cierto, no obstante, que esta reflexión es aplicable tanto a la modalidad de tratamiento denominada Comunidad Terapéutica, como al resto de modalidades de intervención.

Por lo tanto, de los trabajos revisados hasta el momento, se pueden derivar las siguientes sugerencias para estudios posteriores:

- Dada la dispersión de esfuerzos realizados en la evaluación del Programa Proyecto Hombre, la atención a los aspectos metodológicos en los informes que se elaboren pueden impulsar la realización de nuevas evaluaciones tanto de la eficacia, como de efectividad o eficiencia, ahorrando esfuerzos en futuras investigaciones.
- Se debe concienciar a los responsables de los programas de tratamiento para que la evaluación de los programas no comience cuando el sujeto deja de acudir al mismo, sino en el mismo momento en que toma contacto pidiendo ayuda.
- Asimismo, en las evaluaciones se ha de contar, no sólo con el conocimiento clínico de lo acontecido, sino también con aspectos relacionados con el contexto en que se desarrolla el programa, las actividades-actuaciones y la propia actividad evaluadora. Instrumentos como el modelo lógico pueden ayudar a orientar las evaluaciones.

- Dada la experiencia lograda por los trabajos ya publicados sobre Proyecto Hombre, cualquier trabajo posterior debe valorar las evidencias presentadas en su conjunto. Además, de las evidencias derivadas hasta el momento se puede sugerir que:
 - Es interesante obtener indicadores de medida amplios (no sólo con criterios dicotómicos de recaída sí o no) para facilitar la comparación con otros estudios, tanto de Proyecto Hombre como de otras comunidades terapéuticas y de otras modalidades terapéuticas.
 - Para poder comparar los datos obtenidos con los de otros estudios se debe seleccionar adecuadamente el instrumento de recogida de datos.
 - Asimismo, cualquier instrumento de recogida de datos que se emplee debería contar con medidas estandarizadas, para así también poder comparar los resultados obtenidos con otras poblaciones.
- Para poder denominar una evaluación como de la eficacia – propiamente- ésta debe contar con un grupo de control.
- Tras haberse obtenido evidencias sobre las recaídas que se producen, así como sobre el contexto en que éstas se dan, la búsqueda de los ingredientes activos del tratamiento es una línea de investigación preferente. Aun cuando elementos como el ambiente y la relación con los demás, los grupos, las normas y limitaciones se apuntan como los más valorados por parte de los usuarios/as, puede haber otros, incluso muy específicos de Proyecto Hombre que sean importantes para la evolución del tratamiento.
- Lo mismo se puede decir sobre las personas que no finalizaron el tratamiento. El perfil de éstas, así como los motivos que impulsaron el

abandono, son los grandes desconocidos del programa de tratamiento de Proyecto Hombre.

- En la misma línea, es recomendable controlar las posibles pérdidas de pacientes producidas, tanto en el tratamiento como en el seguimiento, para poder controlar diversas fuentes de error. (Por ejemplo, los sesgos de la popularidad –entre los profesionales-, del centralismo –entre los pacientes-, del acceso a la atención sanitaria o de la autoselección del tratamiento, Porta, 1990).
- No se han considerado en términos de la técnica estadística del análisis de supervivencia los momentos temporales en que se han producido las recaídas. Esta técnica puede ayudar a determinar los momentos claves en el periodo de seguimiento.

II. PARTE EMPÍRICA

Introducción

En esta parte empírica se presenta una evaluación de la eficacia del Programa en Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre.

Esta evaluación presenta las mismas dificultades que se han señalado en la revisión teórica de este texto. Más en concreto, se trata de un programa que: (a) no tiene unos objetivos finales claros y definidos de manera operativa; (b) no cuenta con una definición concreta de la población (o poblaciones) a la que está dirigido; (c) no quedan apenas datos de las personas que abandonaron el programa en los primeros momentos del tratamiento –con la excepción del nombre, sexo y días de estancia-; (d) carece de un protocolo de recogida de datos para la evaluación de resultados a largo plazo y no prevé, por tanto, la posibilidad de contactar en el futuro con los antiguos pacientes; (e) el protocolo de recogida de datos no cuenta con instrumentos estandarizados que hagan comparables los resultados del programa de Proyecto Hombre con otros programas de tratamiento; y (f) en la mayoría de los casos no se recoge una línea-base de las conductas problemáticas de los pacientes que permita comparaciones posteriores.

A pesar de las anteriores dificultades, el programa cuenta con dos elementos que favorecen su evaluabilidad. En primer lugar, aunque no se recogiesen en el momento del ingreso más datos que el nombre y los apellidos, se cuenta con un control riguroso de las personas que ingresaron y reingresaron en el programa de tratamiento. En segundo lugar, una de las actividades de evaluación previstas en el protocolo de Proyecto Hombre para la realización de las memorias anuales es la denominada *Encuesta de Residentes*. Se trata de un instrumento que permite valorar un alto número de variables sociodemográficas de la mayoría de los pacientes. No obstante, esta *Encuesta de Residentes* presenta una limitación importante: se lleva a cabo a partir del cuarto mes de tratamiento, por lo que no incluye una parte importante de los abandonos.

También es cierto que el presente trabajo cuenta con la experiencia de las evaluaciones previas de otros programas de Proyecto Hombre, lo cual permite un diseño que supere parte de las dificultades inherentes al programa evaluado. Así, en este estudio: (a) se obtienen indicadores de medida amplios (más allá del criterio dicotómico de presencia de recaídas o no), que permiten la comparación con otros estudios; (b) se aceptan los objetivos del programa señalados por Fernández-Hermida *et al.* (1999), así como las mismas áreas de evaluación; (c) se utilizan los instrumentos de medida ya empleados por investigadores anteriores (Arrizabalaga *et al.*, 2000; Caurín *et al.*, 2004; y Fernández-Hermida *et al.*, 1999), lo que facilita la comparación entre los estudios; (d) se cuenta con un grupo de control formado por pacientes que no finalizaron el tratamiento, requisito básico para poder hablar de evaluación de la eficacia; y (e) se incluye una valoración de elementos de la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre que permite inferir su incidencia en la evolución del tratamiento, tanto entre quienes lo finalizaron como entre quienes lo abandonaron.

Este estudio conjuga, por tanto, el análisis de datos institucionales (admisiones a tratamiento y datos de la Encuesta de Residentes) con un estudio de seguimiento. Ello permite abordar cinco cuestiones que afectan tanto a los resultados del tratamiento a corto plazo (relacionados con la finalización del programa), como a largo plazo (evolución de los pacientes y eficacia del programa). Estas cuestiones se contextualizan según el modelo lógico que se presenta en la Ilustración 11 (indicadas en la ilustración con un número sobre fondo naranja):

- (1) ¿existen variables predictoras del alta terapéutica?
- (2) ¿cuándo se producen los abandonos del programa de tratamiento?
- (3) ¿qué ocurre con aquellas personas que inician el programa, tras haber transcurrido varios años?
- (4) ¿qué elementos de la Comunidad Terapéutica son más valorados por los pacientes?
- (5) ¿son coherentes estos resultados con los de otros estudios y qué nos dicen de la eficacia del tratamiento estos resultados?

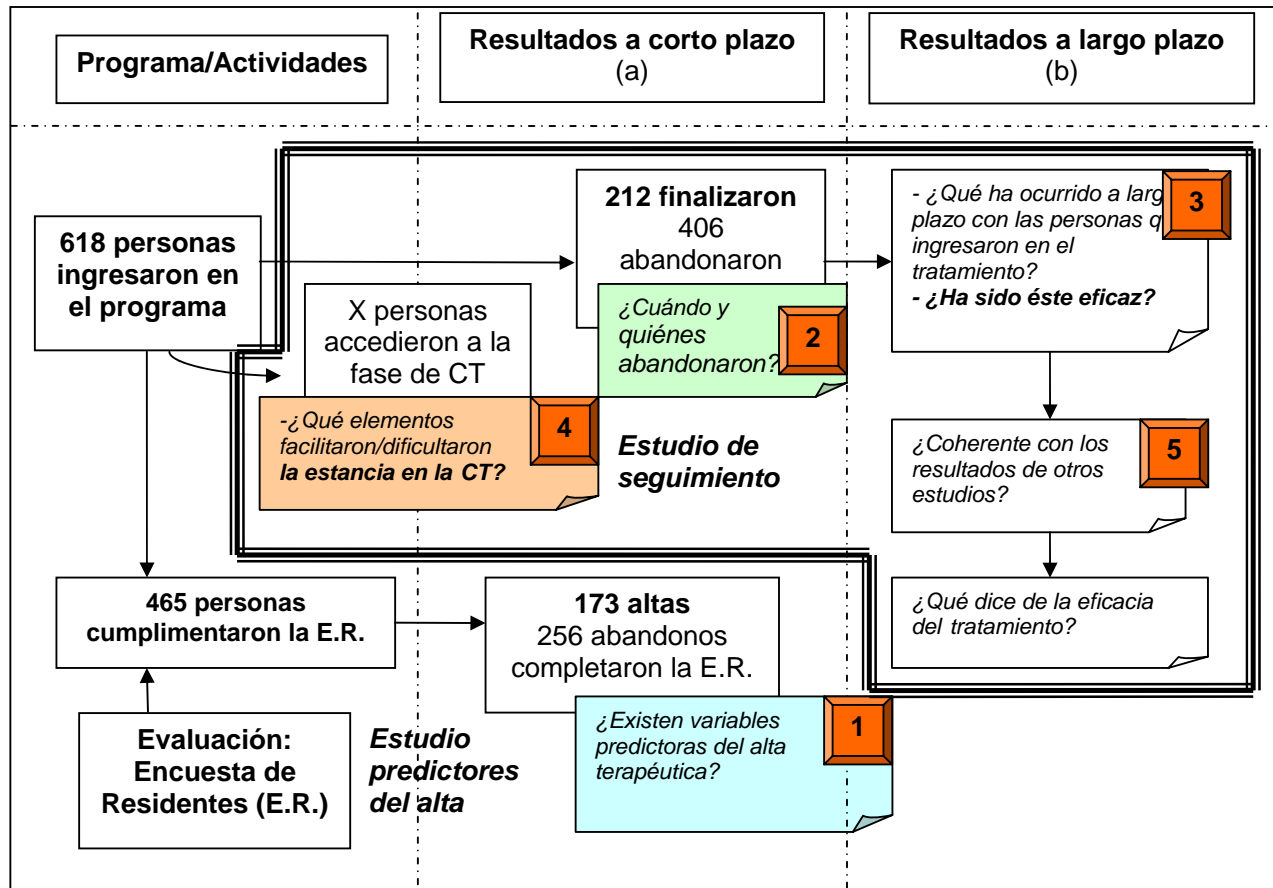


Ilustración 11 Cuestiones y preguntas de evaluación

En síntesis, dos son los estudios que se presentan (en cursiva en la ilustración anterior): (a) un **estudio de variables predictoras** del alta terapéutica, vinculado a los resultados a corto plazo y (b) un **estudio de seguimiento** para realizar una evaluación de la eficacia, vinculada a los resultados a largo plazo.

El primer estudio, relacionado con la valoración de los **factores predictores del alta terapéutica**, se realiza con los datos recogidos por la *Encuesta de Residentes*. A pesar de la limitación ya comentada de esta entrevista, la variedad de variables contempladas, así como el rigor con que se completaron las encuestas realizadas y su relativamente buena accesibilidad, aconsejaron su inclusión en el estudio. Ésta es la primera valoración de estas características que se realiza con este instrumento.

Sin embargo, los datos derivados de esta encuesta no permiten determinar, por ejemplo, cuántas personas abandonaron el tratamiento, o en qué momento. Así que, para responder a estas preguntas, y con el objetivo de tener una visión de la evolución tanto de las altas como de los abandonos, se realiza un segundo estudio sobre una muestra representativa de los pacientes atendidos.

Este segundo estudio es un **estudio de seguimiento** (en la Ilustración 11 se sitúa dentro de la triple línea) que se realiza sobre una muestra de 414 sujetos (202 abandonos y 212 altas terapéuticas). Los instrumentos de evaluación utilizados han sido los siguientes: (1) el *Cuestionario de Seguimiento en Drogodependencias (CSD)* de Fernández-Hermida y Secades (1999); (2) una adaptación del *Iter Toxicológico* de Proyecto Hombre para el periodo del postratamiento en el que se recogen los consumos producidos; y (3) el *Cuestionario sobre Factores Facilitadores-dificultadores de la Estancia en Comunidad Terapéutica* de Azanza *et al.* (1994).

Con este segundo estudio se pretende, en primer lugar, realizar una estimación sobre el momento en que se producen los abandonos del tratamiento y describir las características asociadas a los mismos -(1) en la Ilustración-. En segundo lugar, valorar los resultados de una evaluación de la eficacia, comparando los resultados a largo plazo entre sujetos que finalizaron el programa de tratamiento y sujetos que lo abandonaron prematuramente, así como entre quienes sufrieron episodios de recaída y no -(3) en la Ilustración-. En tercer lugar, valorar los elementos facilitadores y dificultadores de la estancia en la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre, tanto para las altas/abandonos como para las personas que recayeron o no -(4) en la Ilustración-. Por último, relacionar los resultados obtenidos en esta evaluación con otras evaluaciones del programa Proyecto Hombre realizadas en España, ya que al emplear el *CSD* se replica el estudio de Fernández-Hermida *et al.* (1999) y al incluir una adaptación del *Iter Toxicológico* de Proyecto Hombre, se logra comparar los resultados obtenidos con los trabajos previos de Arrizabalaga *et al.* (2000) y Caurín *et al.* (2004).

ESTUDIO EMPÍRICO I: Variables predictoras del alta terapéutica

1. Introducción

Dadas las características de la atención desarrollada por Proyecto Hombre en los años valorados en este estudio, en el momento del ingreso en el tratamiento tan sólo se recogía el nombre y los dos apellidos de los pacientes. Este proceder se consideraba como una seña de identidad del tratamiento, ya que ninguna circunstancia anterior debía importar para poder ingresar en el programa. Era una manera de reivindicar una estrategia terapéutica diferente a la ofrecida en ese momento por otros profesionales como los médicos o los psicólogos, que “*podieran estar más preocupados por rellenar papeles que por atender a los pacientes*”. La principal consecuencia es que en la base de datos para la gestión de las atenciones los únicos datos completos de los pacientes atendidos son el nombre y los dos apellidos, junto con las fechas en que se producen los ingresos.

A partir del ingreso en el programa de tratamiento podían darse otras recogidas de información, pero no era hasta transcurridos cuatro meses de tratamiento cuando se completaba la *Encuesta de Residentes*. Esta encuesta fue contestada en el periodo estudiado por 406 personas. No obstante, tal y como se ha apuntado en la parte teórica, la distinción entre los abandonos tempranos y tardíos se ha mostrado enriquecedora para los programas de tratamiento. Por ello, en este trabajo se distingue entre ambos tipos de abandonos. Además, hasta la fecha, no se ha realizado una cuantificación de la retención del programa, o una descripción global de los pacientes atendidos por un periodo de tiempo tan amplio (8 años).

Así pues, en este primer estudio, y como marco de referencia para el resto de cuestiones planteadas, se calcula la retención del programa Proyecto Hombre en el periodo 1991-1998. Posteriormente se presenta un análisis de las variables predictoras del alta terapéutica entre aquellos pacientes que llegaron a cumplimentar la *Encuesta de Residentes*.

Existen dos razones que aconsejan la realización de una identificación de la variables predictoras de la finalización del tratamiento en el contexto de

una evaluación de la eficacia:

(a) Las evidencias acumuladas hasta el momento señalan el alta terapéutica como el mejor predictor de la abstinencia a largo plazo. A su vez, la consecución del alta terapéutica es un buen indicador del ajuste entre las expectativas del paciente y los objetivos del tratamiento. Una valoración de los factores predictores del alta terapéutica - independientemente de los resultados a largo plazo presentados por los pacientes- aporta información relevante sobre la población beneficiada por el programa de tratamiento estudiado. Asimismo, esta información proporciona un contexto para la comprensión de los resultados a largo plazo.

(b) La inversión de recursos necesaria para la realización de un estudio de estas características es, habitualmente, grande. En este caso, la facilidad de acceso a la información recogida en la *Encuesta de Residentes* (ya tabulada) así como el rigor con que se completó, compensa el tiempo dedicado a su valoración.

No obstante, se han de tener presentes las limitaciones de esta Encuesta: (a) se contestaba a partir del cuarto mes de estancia en el programa; y (b) no todas las personas que lograron el alta terapéutica la contestaron. Aun así, el conocimiento de las limitaciones ayuda a contextualizar el estudio que se presenta.

2. Objetivos e hipótesis

2.1. Objetivos

1. Establecer la tasa global de retención (consecución del alta terapéutica) y de abandono del programa de tratamiento de Proyecto Hombre.
2. Identificar las variables predictoras de la retención y del abandono entre aquellas personas que han permanecido en el programa durante al menos 4 meses y han cumplimentado la Encuesta de Residentes.

2.2. Hipótesis

1. El porcentaje de abandonos será significativamente superior al de altas terapéuticas.
2. Entre las personas que permanecen en el programa durante los primeros 4 meses, las principales variables predictoras del abandono serán la severidad del consumo de sustancias y el contacto con otras personas que consumen drogas.

3. Método

3.1. Muestra

Dadas las características de las fuentes utilizadas, en este apartado tan sólo se puede señalar que la población total atendida en el programa Proyecto Hombre entre los años 1991-98 es de 618 personas, y que de éstas, 406 (66%) contestaron la *Encuesta de Residentes*. El resto de características de la muestra se presentan en el apartado de resultados.

3.2. Evaluador

El control de las asistencias, ingresos y abandonos del programa de tratamiento fue llevado a cabo por los terapeutas del programa. Diariamente completaban un estadillo cuyos datos se incorporaban a una base de datos (CEPH) que se depuraba mensualmente. La transcripción de los datos a esta base se realizaba por parte de personal administrativo, no vinculado a las labores terapéuticas.

Este mismo personal era el que estaba específicamente preparado para completar la *Encuesta de Residentes* con los pacientes. Posteriormente los mismos evaluadores eran los encargados de trasladar las respuestas a la base de datos (CEPH), que contaba con un módulo específico para este instrumento.

3.3. Diseño experimental

Se trata de un estudio *ex-post facto*, de carácter prospectivo, según la categorización propuesta por Montero y León (2002).

Para la realización del presente estudio se ha considerado como variable dependiente la consecución o no del alta terapéutica. Ésta se concedía según el criterio del equipo terapéutico.

3.4. Medidas de evaluación

La única medida de evaluación utilizada para este primer estudio fue la *Encuesta de Residentes* (véase el anexo correspondiente). La *Encuesta de Residentes* se elaboró por parte de la Comisión de Centros de Estudios de la Asociación Proyecto Hombre y fue objeto de diferentes correcciones. Esta encuesta se completó con una base de datos para el procesamiento de la información.

La Encuesta de Residentes consta de un módulo para ser respondido por el propio paciente y otro destinado a las familias. Se completa en una entrevista realizada con personal no terapéutico del Centro.

En la Tabla 62 se resumen los diferentes apartados del módulo del paciente y el número de preguntas correspondientes a cada uno de ellos.

Tabla 62 Variables incluidas en la encuesta de residentes (módulo del paciente)

Variables dependientes de la encuesta de residentes	Nº de preguntas
1) Datos personales de convivencia	9
2) Apartado escolar	6
3) Apartado laboral	14
4) Apartado toxicológico	22
5) Apartado toxicológico (entorno)	3
6) Apartado jurídico-penal	7
TOTAL	61

Tras unas cuestiones relativas a variables sociodemográficas (edad, sexo, convivencia, etc.) se incluyen cuestiones referidas a la historia escolar y

laboral de los pacientes. Posteriormente se desarrolla en profundidad un apartado sobre consumo de drogas (apartado toxicológico). Las 22 preguntas del apartado toxicológico se desarrollan para 13 drogas de abuso diferentes (alcohol, inhalantes, hachís, anfetaminas, barbitúricos, heroína, cocaína, *speed*, alucinógenos, metadona, éxtasis, *crack* y otras drogas). Como se puede apreciar, en ningún momento se contempla el consumo de tabaco. Además, las sustancias contempladas se valoran según la periodicidad del consumo. Así, los consumos se clasifican en diarios (habituales), esporádicos (varios fines de semana al año) o raros (alguna vez al año).

La mayor parte de las cuestiones se plantean en formato cerrado. En algunas preguntas se formulan diversas alternativas de respuesta y los pacientes pueden escoger hasta dos respuestas en cada una de ellas. Además en algunas ocasiones se añade la posibilidad de dar alguna respuesta propia.

En cuanto a las variables incluidas en el módulo familiar, éstas se pueden agrupar en 4 apartados, tal y como se presentan en la Tabla 63.

Tabla 63 Variables incluidas en la encuesta de residentes (módulo del familiar)

Variables dependientes de la encuesta de residentes	Nº de items
1) Datos de origen familiar	5
2) Datos de convivencia	4
3) Situación laboral (padre-madre)	4
4) Sector profesional	22
TOTAL	35

Las preguntas anteriores eran contestadas por algún familiar y, en el caso de que no se completase, se cumplimentaban los motivos por los que no se realizaba la entrevista.

3.5. Procedimiento

Para determinar las personas atendidas en el periodo 1991-1998 se solicitó la relación de ingresos entre las fechas inicial y final. Estos datos se cotejaron con el listado de alta terapéuticas y con el listado de abandonos del mismo periodo.

Posteriormente se procedió a depurar los listados obtenidos. Para ello se cotejó el libro de actas de las altas terapéuticas con el listado informático. Se dio prioridad al libro de actas corrigiendo la situación de diferentes personas que, por diversas circunstancias, no constaban como altas terapéuticas en la base de datos.

Así se comprobó que en mayo de 2001 había logrado el alta terapéutica la última persona que había ingresado en las fechas delimitadoras del estudio. Posteriormente se traspasaron los datos de la Encuesta de Residentes al programa informático SPSS (vs. 11.5) mediante una rutina dispuesta al efecto. A continuación, y tomando como base los datos obtenidos de los listados anteriores, se clasificó a cada paciente como “alta” o “abandono”, siempre que hubiese completado la *Encuesta de Residentes* en el periodo de tiempo estudiado. Los casos que no cumplieran dicha condición se eliminaron.

4. Resultados

Los análisis estadísticos de este estudio se han desarrollado con el programa SPSS (versión 11.5). Se ha realizado un análisis descriptivo para cada una de las variables. Posteriormente las diferentes variables se han comparado en función del resultado en el tratamiento, del sexo, y de ambas conjuntamente. Como contraste de hipótesis se ha empleado el test de la χ^2 para las variables categóricas. Siguiendo las recomendaciones recogidas por Múria y Gil (1998) en el caso de variables dicotómicas se ha empleado la corrección de continuidad de Yates cuando el tamaño de la muestra era superior a 40. Cuando el tamaño de la muestra se encontraba en el intervalo 20-40 sólo se ha usado en el caso de que todas las frecuencias esperadas fuesen 5 o más, empleando la probabilidad exacta de Fisher en el caso de vulnerarse alguna de estas condiciones. Esta misma probabilidad se ha empleado cuando el tamaño de la muestra era inferior a 20. En aquellos casos en que había más de dos categorías por variable, se ha empleado el mismo contraste siempre que no hubiese más de un 20% de celdas con un valor esperado menor o igual a 5, y cuando no había ninguna celdilla con valor igual a 1. En aquellos casos en que se daba alguna de estas circunstancias se han reagrupado las categorías de las variables.

Para las variables cuantitativas se ha empleado la t de Student. En todas las tablas t se presenta en valor absoluto. Ahora bien, cuando alguno de los dos grupos comparados tenía menos de 20 sujetos se ha omitido la comparación. En todos los casos se trabajó con un nivel de significación del 5% y se han considerado significativas aquellas diferencias con un valor de $p < 0,05$. Los contrastes se han realizado de forma bilateral.

Los resultados obtenidos se presentan agrupados en el siguiente orden:

- 1) Datos sobre la retención global del programa
- 2) Datos obtenidos del análisis de la Encuesta de Residentes
 - a) Datos sociodemográficos

- b) Historia escolar
- c) Historia laboral
- d) Historia de consumo de sustancias
- e) Elección del tratamiento
- f) Consumo de sustancias en el entorno familiar
- g) Aspectos jurídico-penales

Tal y como se ha señalado, los abandonos que componen esta muestra permanecieron, al menos, cuatro meses en tratamiento. Así pues se ha de tener presente el posible sesgo que muestren los resultados al poder estar presentes los efectos autoselectivos del programa de tratamiento.

1) Datos sobre la retención global del programa

En el periodo 1991-1998 fueron atendidos 618 pacientes. En mayo de 2001, momento en que la última persona ingresada en el mencionado periodo alcanzó el alta terapéutica, 212 personas habían finalizado el programa de tratamiento y 406 lo habían abandonado. Esto supone que el 34,3% de las personas atendidas lograron el alta terapéutica, y el 65,7% de los pacientes lo abandonaron prematuramente (Gráfico 8).

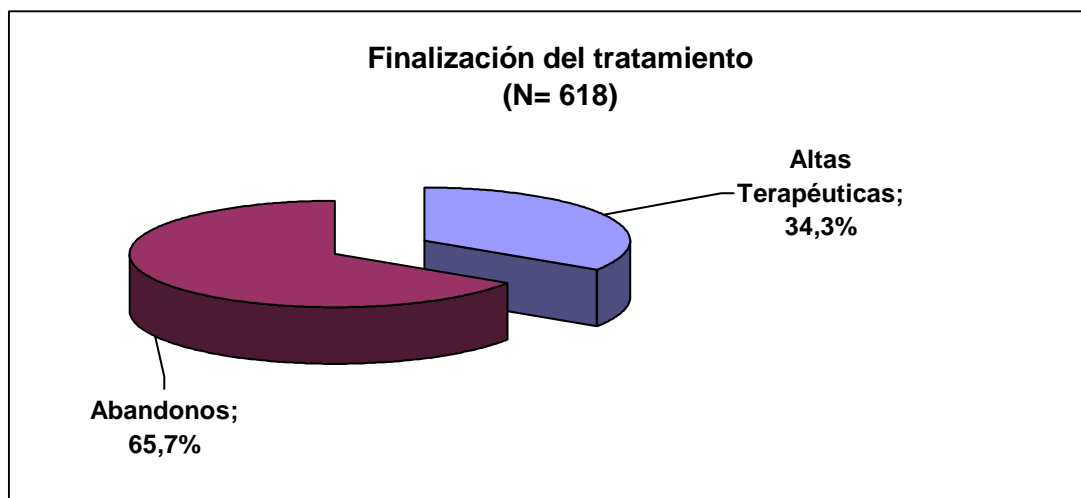


Gráfico 8 Porcentaje de finalización del tratamiento

2) Datos obtenidos del análisis de la Encuesta de Residentes

a) Datos sociodemográficos

De los 618 pacientes atendidos, 430 (69,6%) cumplimentaron la Encuesta de Residentes.

De las 430 personas que habían completado la Encuesta de Residentes, 173 (40,2%) eran altas terapéuticas, y 257 (59,8%) abandonos del programa (Gráfico 9), lo que supone que un 18,4% de las altas terapéuticas (n=39), y un 36,7% de los abandonos (n= 149) no habían completado este instrumento.

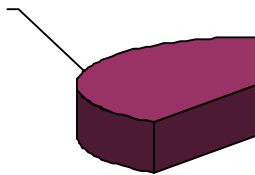


Gráfico 9 Situación de entrevistados con la encuesta de residentes

En la Tabla 64 se presentan las características sociodemográficas de la muestra para las altas y los abandonos.

Tanto las altas como los abandonos son, principalmente, personas solteras, con estudios primarios o sin estudios, y en situación de desempleo en el momento del ingreso.

Tabla 64 Variables sociodemográficas de las personas que completaron la Encuesta de Residentes

	Altas N= 173 ----- X (DT)	Abandonos N= 257 ----- X (DT)	t
Edad Media	28,7 (5,0)	28,5 (4,5)	0,3
	Altas N= 173 ----- N (%)	Abandonos N= 257 ----- N (%)	χ^2
Sexo			
Hombre	115 (66,5%)	212 (82,5%)	13,5*
Mujer	58 (33,5%)	45 (17,5%)	
Estado civil			
Soltero	112 (64,7%)	187 (72,8%)	4,6
Conviviendo	37 (21,4%)	46 (17,9%)	
Separado	21 (12,1%)	23 (8,9%)	
Viudo	3 (1,7%)	1 (0,4%)	
Estudios			
Sin estudios	61 (35,3%)	99 (38,5%)	1,1
Primarios	95 (54,9%)	130 (50,6%)	
Secundarios	16 (9,2%)	25 (9,7%)	
Universitarios	1 (0,6%)	3 (1,2%)	
Situación laboral			
En activo	55 (31,8%)	84 (32,7%)	0
Sin empleo	78 (45,1%)	114 (44,4%)	
ILT	19 (11,0%)	36 (14,0%)	
Estudiante	2 (1,2%)	2 (0,8%)	
Otros	19 (11,0%)	21 (8,2%)	

* $p < 0,001$

La única diferencia significativa se observa en el sexo de la muestra. Mientras que el 17% de los abandonos son mujeres, entre las altas este porcentaje llega hasta el 33%. De esta forma, y tal como se puede apreciar en el (Gráfico 17) mientras que más de la mitad de las mujeres obtuvieron el alta terapéutica (56%), entre los hombres apenas lo logra el 35%. Es decir, una vez superados los primeros días de tratamiento, la probabilidad de finalización del mismo casi se duplica en las mujeres con respecto a los hombres.

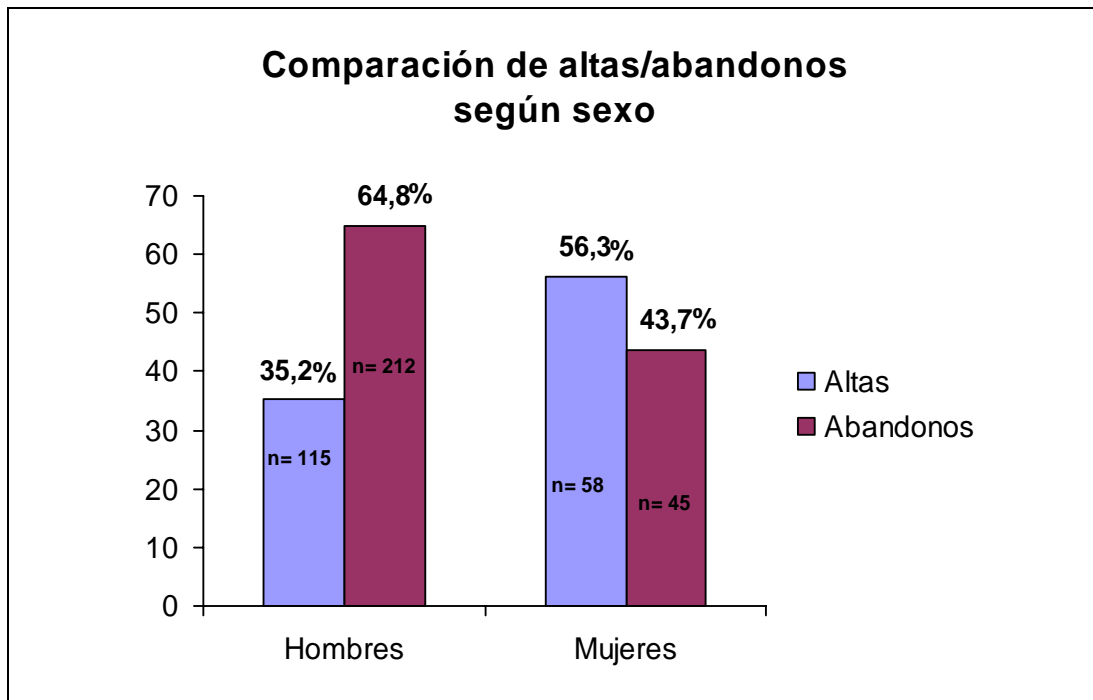


Gráfico 10 Comparación entre altas/abandonos según sexo

En cuanto a la composición de la familia de origen de los pacientes, la media de hermanos entre las altas y los abandonos es muy semejante (4,14 vs. 4,28) (Tabla 65).

Tabla 65 Número actual de hermanos (altas/abandonos)

		N	X	DT	t
Nº actual de hermanos	Altas	173	4,14	2,31	0,61
	Abandonos	257	4,28	2,08	

La posición predominante de los pacientes entre los hermanos es la de hermano intermedio, seguida por la de hermano menor (tanto para las altas como para los abandonos). No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la posición entre hermanos, tal y como se puede apreciar en la Tabla 66.

Tabla 66 Posición entre hermanos (altas/abandonos)

	Abandonos N= 257	Altas N= 173	χ^2
	N (%)	N (%)	
Único	11 (4,3%)	11 (6,4%)	4,47
Mayor	53 (20,6%)	37 (21,4%)	
Intermedio	105 (40,9%)	71 (41,0%)	
Menor	85 (33,1%)	48 (27,7%)	
Otro	3 (1,2%)	6 (3,5%)	

Un 26,5% (n= 114) de los pacientes tienen hijos en el momento del ingreso. Entre las altas el porcentaje es del 27,7% (n= 48), y entre los abandonos del 25,7% (n= 66). No se aprecia diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos ($\chi^2= 0,13$; $p= 0,72$). Tampoco se observan diferencias en el número medio de hijos, presentando ambos grupos un hijo de media (Tabla 67).

Tabla 67 N° medio de hijos (altas/abandonos)

		N	X	DT	t
N° medio de hijos	Altas	48	1,33	0,66	0,13
	Abandonos	66	1,32	0,53	

La situación de convivencia familiar en el momento del ingreso se presenta en la Tabla 68. Mientras que entre los abandonos las mujeres que vivían con sus padres representaban el 36%, entre las altas este porcentaje se reducía al 27%. Por el contrario, entre los hombres el porcentaje de los que vivían con sus padres era similar entre las altas y los abandonos (alrededor del 48%). De forma paralela, mientras que entre las altas el 36% de las mujeres convivían con su pareja, entre las que abandonaron este porcentaje se reducía al 27%. De nuevo en este apartado, las diferencias entre los hombres que lograron el alta y los abandonos son mínimas.

Tabla 68 Convivencia en el momento del ingreso (abandonos/altas-sexo)

	HOMBRES		MUJERES	
	Abandonos N= 212	Altas N= 115	Abandonos N= 45	Altas N= 58
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Solo	26 (12,3%)	14 (12,2%)	8 (17,8%)	4 (6,9%)
Padres	99 (46,7%)	56 (48,7%)	16 (35,6%)	16 (27,6%)
Pareja+padres	5 (2,4%)	3 (2,6%)	3 (6,7%)	4 (6,9%)
Pareja	43 (20,3%)	27 (23,5%)	12 (26,7%)	21 (36,2%)
Otros	23 (10,8%)	8 (7,0%)	5 (11,1%)	9 (15,5%)
Cárcel	16 (7,5%)	7 (6,1%)	1 (2,2%)	4 (6,9%)

De hecho, si se agrupa a los expacientes que convivían con sus padres respecto a otras formas de convivencia se obtiene una diferencia estadísticamente significativa, tal y como se presenta en la Tabla 69. (En dicha tabla se han eliminado del cálculo las personas encarceladas). Las mujeres mantienen un patrón de convivencia distinto a los hombres, conviviendo en menor proporción con sus padres.

Tabla 69 Convivencia con los padres (según sexo/alta-abandono)

	HOMBRES		MUJERES		χ^2 (g.l.)
	Abandonos N= 196	Altas N= 108	Abandonos N= 44	Altas N= 54	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Con los padres	99 (50,5%)	56 (51,9%)	16 (36,4%)	16 (29,6%)	10,5*
Resto formas convivencia	97 (49,5%)	52 (48,1%)	28 (63,6%)	38 (70,4)	3

* $p < 0,05$

b) Historia escolar

En lo concerniente a la **experiencia escolar**, tanto las altas como los abandonos dejaron los estudios a los 15,5 años, y repitieron, como media, un curso escolar (Tabla 70).

Tabla 70 Edad de abandono de los estudios (altas/abandonos)

		N	X	DT	t
Edad abandono de los estudios	Altas	171	15,71	2,20	0,17
	Abandonos	254	15,67	2,77	
Cursos repetidos	Altas	173	1,24	1,69	0,59
	Abandonos	257	1,35	1,79	

El motivo más señalado para abandonar los estudios es que no les gusta estudiar (Tabla 71). Este dato es aplicable a las altas y a los abandonos (34%). Como segundo motivo se señala el querer ganar dinero (24%).

Tabla 71 Motivos para abandonar los estudios (altas/abandonos)

	Abandonos N= 443	Altas N= 292
	N (%)	N (%)
Malos resultados	46 (10,4%)	33 (11,3%)
No le gustaba	150 (33,9%)	99 (33,9%)
Querer ganar dinero	107 (24,1%)	70 (24,0%)
Necesitar trabajar	35 (7,9%)	21 (7,2%)
Fin estudios	24 (5,4%)	7 (2,4%)
Expulsión	15 (3,4%)	14 (4,8%)
Ingreso PH	2 (0,4%)	1 (0,3%)
Contacto droga	54 (12,2%)	32 (11,0%)
Otros	10 (2,3%)	15 (5,1%)

c) Historia laboral

Respecto a la **historia laboral**, el 97% de las altas (n= 167) y de los abandonos (n= 249) han trabajado en alguna ocasión.

Por lo que se refiere al sector profesional en que se desarrolló el trabajo principal, son reseñables las diferencias que se destacan en la Tabla 72.

Tabla 72 Sector profesional del trabajo principal (altas/abandonos por sexo)

	Abandonos		Altas	
	Hombres N= 169	Mujeres N= 37	Hombres N= 103	Mujeres N= 51
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Personal docente, abogados...	2 (1,2%)	1 (2,7%)	0	0
Resto Empleados administrativos	7 (4,1%)	2 (5,4%)	4 (3,9%)	5 (9,8%)
Dependientes, vendedores...	16 (9,5%)	8 (21,6%)	14 (13,6%)	8 (15,7%)
Personal hostelería...	22 (13,0%)	10 (27,0%)	16 (15,5%)	14 (27,5%)
Servicios de protección...	2 (1,2%)	0	0	0
Servicio doméstico, limpieza...	6 (3,6%)	8 (21,6%)	1 (1,0%)	10 (19,6%)
Agríc., ganadería, pesca...	4 (2,4%)	1 (2,7%)	2 (1,9%)	0
Capataces, encargados	1 (0,6%)	0	1 (1,0%)	0
Especial. construcción	31 (18,3%)	1 (2,7%)	19 (18,5%)	0
Especial. minería	19 (11,2%)	1 (2,7%)	17 (16,5%)	1 (2,0%)
Especial. industria	5 (3,0%)	0	3 (2,9%)	1 (2,0%)
Operadores, montadores...	9 (5,3%)	1 (2,7%)	7 (6,8%)	2 (3,9%)
Peones, otros sin cualificar	43 (25,4%)	3 (8,1%)	17 (16,5%)	8 (15,7%)

El mayor porcentaje de abandonos entre los hombres se produce entre los peones (25%) o puestos sin cualificar, mientras que el mayor porcentaje de altas (18%) se da entre especialistas de la construcción. Entre las mujeres el mayor porcentaje de abandonos (27%) y de altas (27%) se da en el personal de hostelería (27%).

No obstante, si se comparan las diferencias existentes entre hombres y mujeres para las altas y los abandonos, entre las personas sin cualificar las mujeres obtienen un 16% de altas frente a un 8% de abandonos. Sin embargo, los hombres presentan un 25% de abandonos frente a un 16% de altas. En el resto de comparaciones los valores son muy semejantes a no ser que se comparen éstas en función del sexo. Mientras que el 47% (n= 42) de las mujeres han trabajado principalmente en la hostelería y en la limpieza, el 41% (n= 110) de los hombres han trabajado en la construcción.

Muy semejantes son también las ocupaciones al inicio del Programa de

Proyecto Hombre entre las altas y los abandonos (Tabla 73).

Tabla 73 Ocupación al inicio de Proyecto Hombre (altas/abandonos)

	Abandonos N= 257	Altas N= 173
	N (%)	N (%)
Fijo con contrato	23 (9,0%)	14 (8,1%)
Temporal con contrato	20 (7,8%)	23 (13,3%)
Trabajo sin contrato	19 (7,4%)	8 (4,6%)
Trabajo negocio familiar	10 (3,9%)	2 (1,2%)
Autónomo	12 (4,7%)	8 (4,6%)
Baja médica	36 (14,0%)	19 (11,0%)
Paro con subsidio	32 (12,5%)	24 (13,9%)
Paro sin subsidio	81 (31,5%)	52 (30,1%)
Buscando 1 empleo/estudiando	3 (1,2%)	4 (2,4%)
Otros	21 (8,2%)	19 (11,0%)

Tanto entre las altas como entre los abandonos, la situación que afecta prácticamente al 31% de la muestra es la de paro sin subsidio; esta situación es seguida por la baja médica y el paro con subsidio. En cuanto a los motivos de abandono del trabajo principal (Tabla 74) el motivo más señalado, tanto para hombres como mujeres, sean altas o bajas, es el deseo de hacerlo. Ni tan siquiera la decisión de abandonar el trabajo para acudir a tratamiento parece reflejar unas diferencias relevantes entre las altas y los abandonos.

Tabla 74 Motivos de abandono del trabajo principal (Altas/abandonos-sexo)

	Abandonos		Altas	
	Hombre N= 172	Mujer N= 37	Hombre N= 103	Mujer N= 51
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Cese o despido	27 (15,7%)	2 (5,4%)	10 (9,7%)	6 (11,8%)
No renovación	25 (14,5%)	8 (21,6%)	20 (19,4%)	10 (19,6%)
Voluntario	57 (33,1%)	19 (51,3%)	38 (36,9%)	22 (43,1%)
Por un trabajo mejor	7 (4,1%)	2 (5,4%)	7 (6,8%)	7 (13,7%)
Venir al PH	25 (14,5%)	3 (8,1%)	20 (19,4%)	5 (9,8%)
No lo ha dejado	15 (8,7%)	0	4 (3,9%)	0
Otros	16 (9,3%)	3 (8,1%)	4 (3,9%)	1 (2,0%)

Tampoco se encuentran diferencias en cuanto al origen del dinero entre las altas y los abandonos. En el Gráfico 11 se observa cómo en ambos grupos el mayor porcentaje de respuestas derivan de actividades delictivas (robo y tráfico de drogas), seguidas por el sueldo.

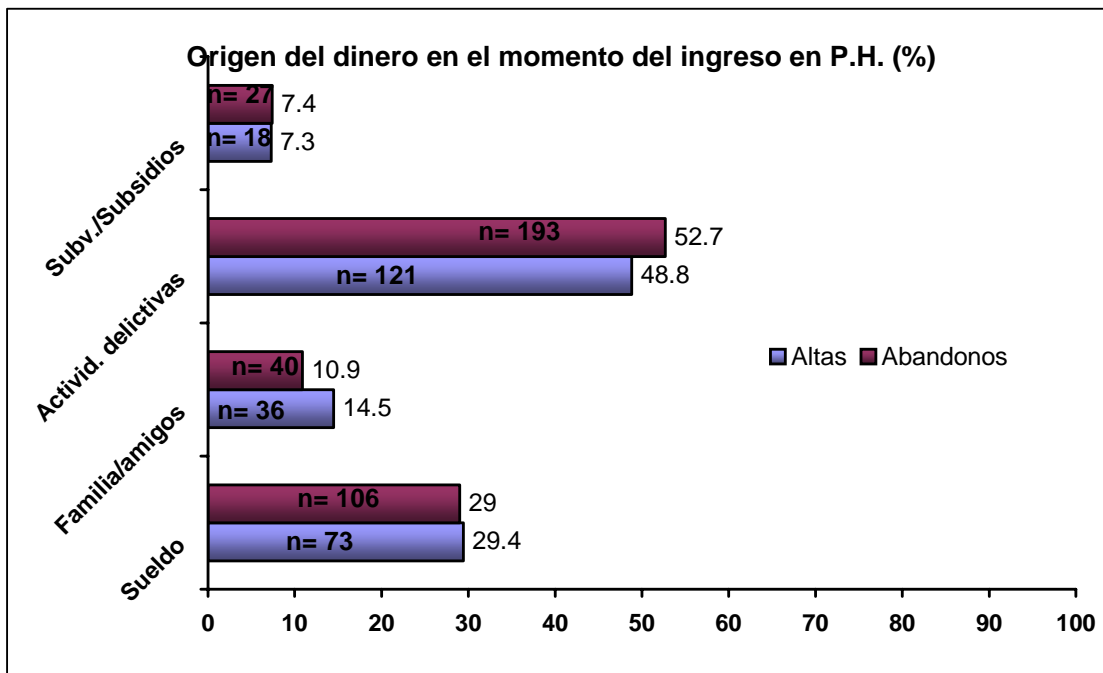


Gráfico 11 Origen del dinero en el momento del ingreso en PH (altas/abandonos)

Al preguntar a los pacientes si la drogadicción modificó la relación laboral, tampoco se hallan diferencias estadísticamente significativas. Lo mismo entre las altas (77%; n= 129) que entre los abandonos (84%; n=207) la

opinión mayoritaria es que sí se vio afectada la relación laboral por la drogadicción ($\chi^2 = 2,8$; $p = 0,12$).

d) Historia de consumo de sustancias

Por lo que se refiere a la antigüedad de la dependencia de las diferentes sustancias, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las altas y los abandonos (Tabla 75).

Tabla 75 Años de dependencia (altas/abandonos)

Sustancias	Altas (N= 173) Abandonos (N= 257)	N	X	DT	t
Alcohol	Altas	39	8,4	5,6	0,1
	Abandonos	82	8,5	5,1	
Hachís	Altas	82	8,6	5,2	0,8
	Abandonos	117	8,1	4,2	
Anfetaminas	Altas	40	4,3	4,1	1,8
	Abandonos	38	2,9	2,4	
Barbitúricos	Altas	21	5,2	5,2	1,0
	Abandonos	30	4,1	3,0	
Heroína	Altas	141	6,3	3,9	1,5
	Abandonos	205	6,9	3,8	
Cocaína	Altas	75	4,2	3,7	0,7
	Abandonos	116	4,6	3,7	
Speed	Altas	44	3,9	3,1	0,3
	Abandonos	56	3,7	2,4	
Alucinógenos	Altas	27	3,1	3,0	0,3
	Abandonos	20	3,4	2,5	

Las sustancias que más años de dependencia generan son el alcohol y el hachís (8,5 años), seguidas por la heroína (6,5 años).

Por otra parte, en el Gráfico 12 se presenta el porcentaje de pacientes que han presentado dependencia a las diferentes sustancias.

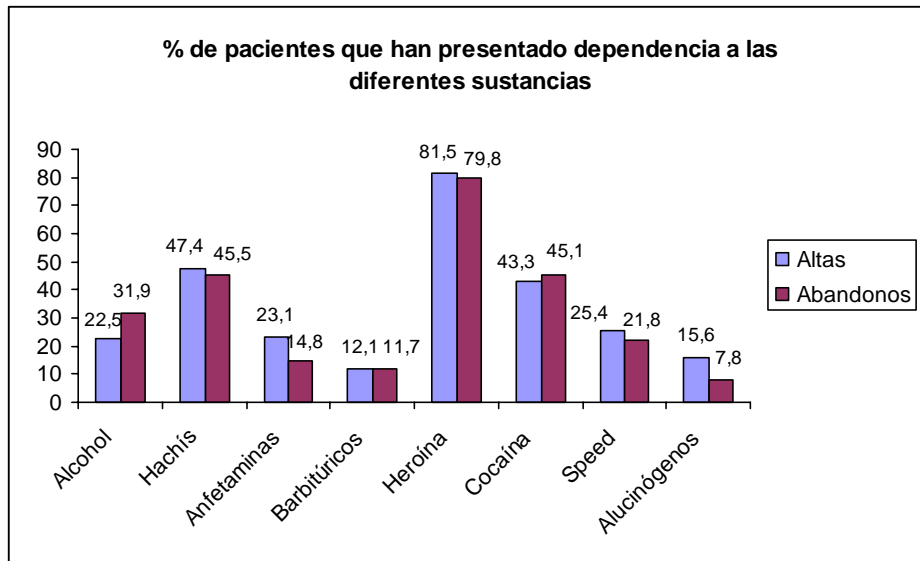


Gráfico 12 Porcentaje de pacientes que han presentado dependencia a las diferentes sustancias

El 80% de los pacientes ha presentado en algún momento dependencia a la heroína. Además, el 45% han dependido del hachís y de la cocaína. Tras estas sustancias, el alcohol y el *speed* han afectado al 25% de los mismos.

Los abandonos han mostrado mayor prevalencia de dependencia al alcohol (31,9% vs. 22,5%; $\chi^2 = 4,03$; $p = 0,04$) y las altas a los alucinógenos (15,6% vs. 7,8%; $\chi^2 = 5,72$; $p = 0,02$) y a las anfetaminas (23,1% vs. 14,8%; $\chi^2 = 4,29$; $p = 0,04$).

La comparación entre ambos sexos en cuanto a la presencia de dependencia, se presenta en el Gráfico 13.

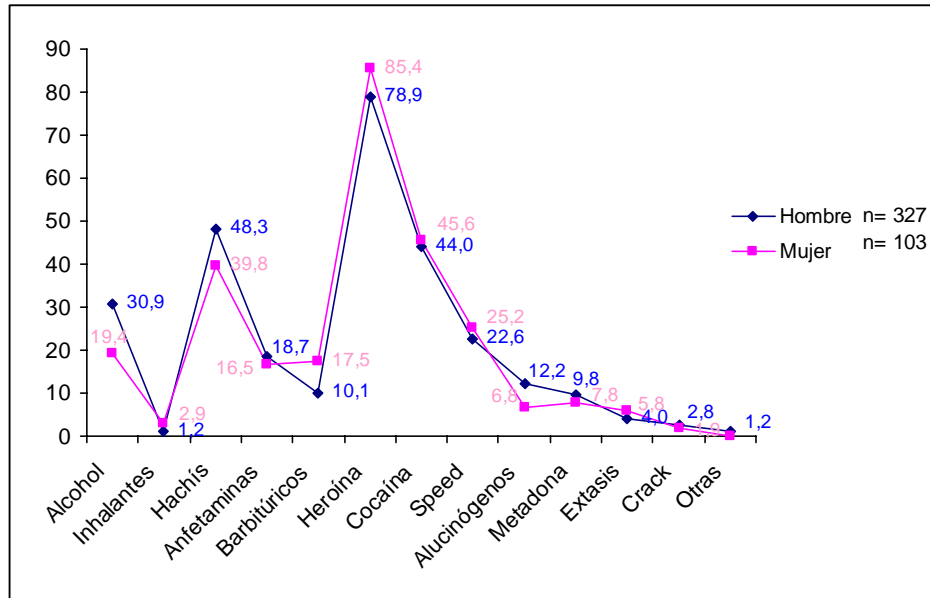


Gráfico 13 Porcentaje de personas con dependencia a las diferentes sustancias, según sexo

Nuevamente, tanto entre los hombres como entre las mujeres es la heroína la sustancia que presenta más casos de dependencia. No obstante, entre hombres y mujeres tan sólo se encuentra en el alcohol una diferencia estadísticamente significativa (Tabla 76). En este caso, la dependencia al alcohol es más prevalente entre los hombres (31%) que entre las mujeres (19,4%).

Tabla 76 Presencia de dependencia por sexo

	Hombres (N= 327) Mujeres (N= 103)	N	% sobre sexo	χ^2
Alcohol	Hombre	101	31,0	4,54*
	Mujer	20	19,4	
Inhalantes	Hombre	4	1,2	0,54
	Mujer	3	2,9	
Hachís	Hombre	158	48,3	1,95
	Mujer	41	39,8	
Anfetaminas	Hombre	61	18,6	0,12
	Mujer	17	16,5	
Barbitúricos	Hombre	33	10,1	3,41
	Mujer	18	17,5	
Heroína	Hombre	258	78,9	1,73
	Mujer	88	85,4	
Cocaína	Hombre	144	44,0	0,03
	Mujer	47	45,6	
Speed	Hombre	74	22,6	0,17
	Mujer	26	25,2	
Alucinógenos	Hombre	40	12,2	1,85
	Mujer	7	6,8	
Metadona	Hombre	32	9,9	0,18
	Mujer	8	7,8	
Éxtasis	Hombre	13	4,0	0,27
	Mujer	6	5,8	
Crack	Hombre	9	2,7	0,01
	Mujer	2	1,9	
Otras	Hombre	4	1,2	0,29
	Mujer	0	--	

* $p < 0,05$

Ahora bien, cuando se valoran los años de dependencia en función del sexo, en tres sustancias perciben las mujeres haber dependido menos años que los hombres (Tabla 77): en el alcohol (6 años frente a 9) en la heroína (5,5 años frente a 7) y en el *speed* (casi 3 años frente a 4).

Tabla 77 Años de dependencia (sexo)

	Hombres (N= 327) Mujeres (N= 103)	N	X	DT	t
Alcohol	Hombre	101	8,96	5,33	2,30*
	Mujer	20	6,05	4,20	
Hachís	Hombre	158	8,58	4,77	1,58
	Mujer	41	7,29	4,11	
Heroína	Hombre	258	7,00	3,95	3,10**
	Mujer	88	5,53	3,47	
Cocaína	Hombre	144	4,68	3,94	1,58
	Mujer	47	3,70	2,78	
Speed	Hombre	74	4,03	3,00	2,31*
	Mujer	26	2,96	1,54	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

En cuanto a la edad de comienzo en el consumo, apenas hay diferencias entre las altas y los abandonos. El alcohol es la sustancia que más tempranamente se comienza a consumir (14 años), seguida por el hachís (15 años) y las anfetaminas (16 años). Las drogas que se comienzan a consumir más tarde son el *crack* y el éxtasis (hacia los 22-23 años). La edad de comienzo del consumo de barbitúricos entre las altas es un año más tarde que entre los abandonos (Tabla 78).

Tabla 78 Edad de inicio en el consumo de las diferentes sustancias (altas/abandonos)

	Altas (N= 173) Abandonos (N= 257)	N	X	DT	t
Alcohol	Abandonos	155	13,9	2,6	0,0
	Altas	136	13,9	1,8	
Inhalantes	Abandonos	32	18,7	4,2	0,3
	Altas	27	19,0	5,0	
Hachís	Abandonos	160	15,2	2,7	0,3
	Altas	139	15,2	2,2	
Anfetaminas	Abandonos	127	16,5	2,5	0,4
	Altas	113	16,6	3,0	
Barbitúricos	Abandonos	87	18,1	3,8	2,1*
	Altas	89	19,4	4,7	
Heroína	Abandonos	156	19,0	3,9	1,4
	Altas	134	19,7	4,2	
Cocaína	Abandonos	156	19,3	3,9	1,6
	Altas	138	20,0	4,1	
Speed	Abandonos	141	18,7	3,5	0,7
	Altas	115	19,1	3,8	
Alucinógenos	Abandonos	133	17,1	3,0	0,3
	Altas	121	17,2	3,1	
Metadona	Abandonos	55	21,1	4,4	1,0
	Altas	47	22,2	5,7	
Éxtasis	Abandonos	50	23,2	4,7	0,4
	Altas	49	22,8	5,0	

* $p < 0,05$

Tampoco hay apenas diferencias entre los hombres y las mujeres en la edad de comienzo del consumo de sustancias (Tabla 79). Tan sólo en el caso de la metadona las mujeres comenzaron su consumo dos años más tarde que los hombres.

Tabla 79 Edad de comienzo en el consumo de las diferentes sustancias según sexo

	Hombres (N= 327) Mujeres (N= 103)	N	X	DT	t
Alcohol	Hombre	215	13,8	2,0	1,9
	Mujer	76	14,4	2,8	
Inhalantes	Hombre	47	18,6	4,5	0,9
	Mujer	12	19,9	4,7	
Hachís	Hombre	220	15,2	2,3	0,5
	Mujer	79	15,3	2,9	
Anfetaminas	Hombre	178	16,5	2,7	0,6
	Mujer	62	16,7	3,1	
Barbitúricos	Hombre	121	18,4	4,6	1,5
	Mujer	55	19,5	3,7	
Heroína	Hombre	209	19,4	4,2	0,7
	Mujer	81	19,0	3,5	
Cocaína	Hombre	214	19,5	4,0	0,5
	Mujer	80	19,8	4,0	
Speed	Hombre	189	19,0	3,7	0,7
	Mujer	67	18,6	3,5	
Alucinógenos	Hombre	188	17,3	3,2	1,1
	Mujer	66	16,8	2,7	
Metadona	Hombre	73	21,0	5,1	2,0*
	Mujer	29	23,2	4,7	
Éxtasis	Hombre	76	23,4	5,0	1,7
	Mujer	23	21,4	4,1	
Crack	Hombre	27	23,0	3,3	0,1
	Mujer	6	22,8	3,5	
Otras	Hombre	22	20,7	4,4	1,4
	Mujer	4	24,0	2,2	

* $p < 0,05$

En las siguientes tablas se presenta la media de años en que los pacientes mantuvieron un consumo diario o de fines de semana (esporádico) de las diferentes sustancias. Así, en la Tabla 80 se muestran los datos sobre el

número de años que han consumido diariamente cada sustancia.

Tabla 80 Diferencias entre altas y abandonos en el tiempo de consumo diario (en años)

		N	X	DT	t
Alcohol	Altas	57	9,6	5,7	0,7
	Abandonos	76	10,2	5,1	
Hachís	Altas	105	8,7	4,8	0,8
	Abandonos	111	9,2	4,0	
Anfetaminas	Altas	42	4,4	3,5	0,6
	Abandonos	40	4,0	3,0	
Barbitúricos	Altas	22	4,2	2,6	2,7*
	Abandonos	30	6,7	4,0	
Heroína	Altas	123	6,4	4,1	1,1
	Abandonos	146	6,9	3,9	
Cocaína	Altas	47	4,7	4,3	0,0
	Abandonos	58	4,7	3,4	
Speed	Altas	30	3,8	2,5	1,2
	Abandonos	33	4,9	4,3	

* $p < 0,05$

Tres datos se pueden destacar de la tabla anterior: (1) Proyecto Hombre atendió a una población con un consumo diario medio de 10 años de alcohol, 9 de hachís y casi 7 de heroína; (2) los alucinógenos apenas son utilizados de manera habitual durante periodos largos de tiempo; y (3) tan sólo en el caso de los barbitúricos los abandonos presentan una media mayor de tiempo de consumo que las altas.

Ahora bien, cuando se examinan las diferencias en función del sexo, en tres sustancias presentan las mujeres un menor tiempo de consumo medio diario que los hombres (Tabla 81): en el alcohol, hachís y heroína. Además, en los tres casos el consumo medio de las mujeres es dos años menor que el de los hombres.

Tabla 81 Diferencias entre hombres y mujeres en el tiempo de consumo diario (en años)

		Hombres (N= 327) Mujeres (N= 103)	N	X	DT	t
Alcohol	Hombre		110	10,5	5,2	2,5*
	Mujer		27	7,7	5,5	
Hachís	Hombre		175	9,4	4,6	3,7**
	Mujer		45	7,2	3,4	
Heroína	Hombre		198	7,1	4,0	2,3*
	Mujer		74	5,8	3,7	
Cocaína	Hombre		74	5,1	4,0	1,7
	Mujer		31	3,8	3,0	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

Sin embargo, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el tiempo de consumo de fines de semana (Tabla 82).

Tabla 82 Diferencias entre altas y abandonos en el tiempo de consumo de fines de semana (en meses)

		N	X	DT	t
Alcohol	Abandonos	62	9,61	5,94	0,04
	Altas	55	9,56	6,21	
Hachís	Abandonos	34	9,53	5,52	1,79
	Altas	27	7,11	4,88	
Anfetaminas	Abandonos	43	3,77	2,65	1,83
	Altas	46	5,13	4,25	
Barbitúricos	Abandonos	24	4,79	2,99	0,96
	Altas	23	5,91	4,77	
Cocaína	Abandonos	60	6,13	3,70	0,01
	Altas	57	6,14	3,84	
Speed	Abandonos	57	3,86	2,70	0,59
	Altas	50	4,18	2,88	
Alucinógenos	Abandonos	38	3,66	2,30	0,39
	Altas	56	3,88	2,81	

Ahora bien, tan sólo 13 personas se han mantenido en un consumo

esporádico de heroína. Sin embargo, cuando se compara entre hombres y mujeres el tiempo en que los consumos se han mantenido con una frecuencia de fines de semana, las mujeres presentan en dos sustancias un menor tiempo de consumo que los hombres: en el alcohol y en los alucinógenos (Tabla 83).

Tabla 83 Diferencias entre hombres y mujeres en el tiempo de consumo de fines de semana (en meses)

		Hombres (N= 327) Mujeres (N= 103)	N	X	DT	t
Alcohol	Hombre		84	10,38	6,38	2,30*
	Mujer		33	7,58	4,59	
Hachís	Hombre		38	9,03	5,28	1,07
	Mujer		23	7,52	5,43	
Anfetaminas	Hombre		70	4,53	3,46	0,20
	Mujer		21	4,71	4,30	
Cocaína	Hombre		91	6,18	3,67	0,52
	Mujer		29	5,76	4,14	
Speed	Hombre		81	4,21	2,93	1,31
	Mujer		27	3,41	2,12	
Alucinógenos	Hombre		68	4,21	2,85	3,64**
	Mujer		27	2,63	1,36	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

En cuanto a los motivos de inicio en el consumo, en la Tabla 84 se presentan los expresados por las altas y los abandonos (téngase presente que se podían dar hasta dos contestaciones por paciente).

Tabla 84 Motivos de inicio en el consumo (altas/abandonos y sexo)

	Abandonos		Altas	
	Hombre N= 212	Mujer N= 45	Hombre N= 115	Mujer N= 58
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Por curiosidad/por probar	14 (3,5%)	0	7 (3,2%)	1 (0,9%)
Para pasarlo bien, no aburrirme	39 (9,8%)	8 (9,4%)	23 (10,4%)	10 (8,8%)
Porque mis amigos íntimos comenzaron a drogarse	23 (5,8%)	5 (5,9%)	6 (2,7%)	4 (3,5%)
Para olvidarme de mis problemas	58 (14,6%)	9 (10,6%)	40 (18,1%)	18 (15,8%)
Por ir contra corriente, por rebeldía	24 (6,0%)	7 (8,2%)	6 (2,7%)	3 (2,6%)
Para estar dentro del ambiente de la movida	51 (12,8%)	7 (8,2%)	22 (9,9%)	19 (16,7%)
Por sentirme seguro con mis relaciones con la gente	2 (0,5%)	1 (1,2%)	0	1 (0,9%)
A raíz de un suceso que me afectó mucho	34 (8,6%)	8 (9,4%)	19 (8,6%)	10 (8,8%)
Sin darme cuenta	66 (16,6%)	18 (21,2%)	46 (20,8%)	27 (23,7%)
Para ser más que los demás	42 (10,6%)	7 (8,2%)	30 (13,6%)	11 (9,6%)
Porque me convencieron /presionaron	38 (9,6%)	15 (17,6%)	22 (9,9%)	10 (8,8%)
Otros	6 (1,5%)	0	0	0
TOTAL	397	85	221	114

Tanto en el caso de las altas como en el de los abandonos, el motivo más repetido para iniciar el consumo es “*no haberse dado cuenta*”, seguido por “*olvidarme de mis problemas*”. Motivos tales como “*conseguir seguridad en las relaciones con la gente*”, o “*por curiosidad*” apenas son referidos por los pacientes.

En el caso de las personas consumidoras de heroína, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las altas y los abandonos en cuanto a la forma de consumirla (Tabla 85). Ésta, en un momento u otro, fue consumida por vía inyectada en la mayoría de los casos (85%; n= 281).

Tabla 85 Forma habitual de consumo de heroína (altas/abandonos)

Vía de administración	Altas (N= 142) Abandonos (N= 187)	N (%)	χ^2
Fumada	Altas	5 (3,5%)	6,68
	Abandonos	17 (9,1%)	
Esnifada	Altas	8 (5,6%)	
	Abandonos	7 (3,7%)	
Inyectada	Altas	88 (62,0%)	
	Abandonos	108 (57,8%)	
Antes inyectada, ahora fumada/esnifada	Altas	5 (3,5%)	
	Abandonos	10 (5,3%)	
Antes fumada/esnifada, ahora inyectada	Altas	32 (22,5%)	
	Abandonos	40 (21,4%)	
Indistinta	Altas	3 (2,1%)	
	Abandonos	5 (2,7%)	
Otra	Altas	1 (0,7%)	
	Abandonos	0	

En el caso de las personas que se inyectan la heroína, tampoco se hallan diferencias estadísticamente significativas en el modo en que se usa la jeringuilla (Tabla 86). La mayoría la compartieron en un momento u otro. Apenas el 19% de los abandonos y el 15% de las altas no había compartido nunca la jeringuilla.

Tabla 86 Cómo se usaba la jeringuilla

Uso de jeringuilla	Altas (N= 167) Abandonos (N= 248)	N (%)	χ^2
Siempre compartida	Altas	1 (0,6%)	5,77
	Abandonos	2 (0,8%)	
Nunca compartida	Altas	26 (15,6%)	
	Abandonos	47 (19,0%)	
A veces compartida	Altas	78 (46,7%)	
	Abandonos	110 (44,4%)	
Antes compartida, ahora no	Altas	29 (17,4%)	
	Abandonos	26 (10,5%)	
No usaba	Altas	33 (19,8%)	
	Abandonos	63 (25,4%)	

No se aprecian diferencias estadísticamente significativas en el dinero gastado para el consumo de heroína ni entre las altas y los abandonos, ni entre hombres y mujeres (Tabla 87). En todos los casos la cantidad necesitada es de unas 17.000 ptas.

Tabla 87 Dinero (en pesetas) gastado en heroína (altas/abandonos; sexo)

	N	X	DT	t
Abandonos	196	16.903	15.897	0,25
Altas	153	17.320	14.672	
Hombres	256	17.098	15.627	0,02
Mujeres	93	17.054	14.648	

e) Historia de tratamientos anteriores y elección del tratamiento

En cuanto a los tratamientos anteriores, tanto entre las altas como entre los abandonos se producen alrededor de dos intentos de abandonar el consumo con profesionales y en torno a otros tres intentos por cuenta propia, no existiendo diferencias entre altas y abandonos.

Tabla 88 Intentos anteriores profesionales/no profesionales de dejar las drogas (altas/abandonos)

		N	X	DT	t
Intentos profesionales	Altas	118	2,28	1,99	0,68
	Abandonos	171	2,44	1,91	
Intentos no profesionales	Altas	89	3,46	3,56	0,68
	Abandonos	126	3,90	5,40	

No existen tampoco diferencias relevantes en cuanto a los centros en los que se realizaron los intentos anteriores de dejar el consumo (Tabla 89).

Tabla 89 Lugar donde se realizaron los intentos anteriores (altas-abandonos/sexo)

	Abandonos		Altas	
	Hombre N= 212	Mujer N= 45	Hombre N= 115	Mujer N= 58
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Centro de día	69 (32,6%)	17 (37,8%)	46 (40,0%)	21 (36,2%)
PH (anteriores)	36 (17,0%)	6 (13,3%)	10 (8,7%)	4 (6,9%)
Consultas particulares	34 (16,0%)	6 (13,3%)	15 (13,0%)	11 (19,0%)
CCTT/granjas	48 (22,6%)	13 (28,9%)	27 (23,5%)	14 (24,1%)
Desintox hospitalaria	38 (17,9%)	11 (24,4%)	28 (24,4%)	16 (27,6%)
Otros	8 (3,8%)	0	4 (3,5%)	1 (1,7%)
El Patriarca	2 (0,9%)	0	0	0
Evangelistas	4 (1,9%)	0	0	0
CCTT Profesionales	1 (0,5%)	0	0	0
Programa Metadona	2 (0,9%)	0	0	0
TOTAL	242 (114,1%)	53 (117,8%)	130 (113,0%)	67 (115,5%)

El lugar en el que un mayor porcentaje de personas realizó algún intento previo de dejar el consumo fue en Centros de Día. El segundo y tercer lugar lo ocupan, respectivamente, las comunidades terapéuticas/granjas y las desintoxicaciones hospitalarias.

Aun cuando en todos los casos la idea de ingreso en Proyecto Hombre partió principalmente de los familiares (Tabla 90), se observan una serie de diferencias importantes.

Tabla 90 Iniciativa para el ingreso en Proyecto Hombre (altas/abandonos-sexo)

	Abandonos		Altas	
	Hombre N= 212	Mujer N= 45	Hombre N= 115	Mujer N= 58
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Familiares	108 (50,9%)	23 (51,1%)	47 (40,9%)	29 (50,0%)
Iniciativa propia	84 (39,6%)	13 (28,9%)	44 (38,3%)	22 (37,9%)
Pareja	25 (11,8%)	4 (8,9%)	19 (16,5%)	11 (19,0%)
Amigos/as	24 (11,3%)	5 (11,1%)	19 (16,5%)	8 (13,8%)
Religioso/a	15 (7,1%)	10 (22,2%)	9 (7,8%)	4 (6,9%)
Personas que realizaron el programa	17 (8,0%)	4 (8,9%)	9 (7,8%)	5 (8,6%)
Centro Asistencia Social	11 (5,2%)	3 (6,7%)	8 (7,0%)	6 (10,3%)
Juzgados	11 (5,2%)	0	6 (5,2%)	0
Médico o farmacéutico	9 (4,3%)	3 (6,7%)	4 (3,5%)	0
Centro penitenciario	8 (3,8%)	1 (2,2%)	2 (1,7%)	1 (1,7%)
Centro sanitario	5 (2,4%)	0	3 (2,6%)	2 (3,5%)
Otros	4 (1,9%)	1 (2,2%)	1 (0,9%)	1 (1,7%)
Medios de comunicación	1 (0,5%)	0	1 (0,9%)	1 (1,7%)
TOTAL	322 (151,9%)	67 (148,9%)	172 (149,6%)	90 (155,2%)

Así, entre las mujeres que abandonaron el tratamiento, un 10% menos lo hicieron por iniciativa propia que el resto de condiciones. Por el contrario, las mujeres que finalizaron el tratamiento recibieron de su pareja en un 10% más la idea de ingresar en Proyecto Hombre.

Algo más de diferencia hay entre las mujeres que abandonaron el tratamiento respecto a las que lo finalizaron en cuanto a recibir consejo por religiosos. En este caso un 23% de las mujeres que lo abandonaron recibieron esta idea frente al 7% de las que lo finalizaron. En el resto de las categorías los porcentajes son muy semejantes entre sí.

En cuanto al motivo principal para iniciar el programa de tratamiento, tanto para hombres/mujeres como para altas/abandonos es sentir “*haber tocado fondo*” (Tabla 91).

Tabla 91 Motivo principal para iniciar el programa (sexo/altas-abandonos)

	HOMBRES		MUJERES	
	Abandonos N= 212	Altas N= 115	Abandonos N= 45	Altas N= 58
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Motivos económicos	19 (9,0%)	9 (7,8%)	8 (17,8%)	7 (12,1%)
Problemas laborales	20 (9,4%)	7 (6,1%)	0	3 (5,2%)
Problemas familiares	101 (47,6%)	53 (46,1%)	23 (51,1%)	28 (48,3%)
Problemas legales	33 (15,6%)	19 (16,5%)	1 (2,2%)	7 (12,1%)
Trastornos físicos	12 (5,7%)	10 (8,7%)	9 (20,0%)	3 (5,2%)
Trastornos psíquicos	21 (9,9%)	13 (11,3%)	8 (17,8%)	7 (12,1%)
Contacto con PH. en prisión	19 (9,0%)	8 (7,0%)	2 (4,4%)	2 (3,5%)
Rechazo social	11 (5,2%)	8 (7,0%)	3 (6,7%)	0
Sentir haber "tocado fondo"	127 (59,9%)	73 (63,5%)	27 (60,0%)	38 (65,5%)
Otros	5 (2,4%)	6 (5,2%)	2 (4,4%)	3 (5,2%)
TOTAL	368 (173,6%)	179,1	83 (184,4%)	169,0

Además se puede destacar en la tabla anterior que entre las mujeres los motivos legales inciden sobre la finalización del programa (7% vs. 1%). Sin embargo, los trastornos físicos no inciden sobre la finalización del mismo (11% vs. 3%). El resto de razones son muy semejantes entre todos los subgrupos.

f) Consumo de sustancias en el entorno familiar

En cuanto al consumo de sustancias en el entorno familiar, existe alguna diferencia reseñable entre las altas y los abandonos (Tabla 92).

Tabla 92 Consumo de sustancias en la familia según alta/abandono

Altas (N= 173) Abandonos (N= 256)		Alcohol	Hachís	Cocaína	Heroína
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Pareja	Altas	1 (6,9%)	6 (3,5%)	9 (5,2%)	14 (8,1%)
	Abandonos	4 (1,6%)	3 (1,2%)	4 (1,6%)	4 (1,6%)
Padre	Altas	29 (16,8%)	0	0	0
	Abandonos	35 (13,7%)	1 (0,4%)	1 (0,4%)	1 (0,4%)
Madre	Altas	3 (1,7%)	0	0	0
	Abandonos	5 (2,0%)	1 (0,4%)	1 (0,4%)	1 (0,4%)
Algún hermano	Altas	50 (28,9%)	26 (15,0%)	18 (10,4%)	16 (9,3%)
	Abandonos	48 (18,8%)	32 (12,5%)	20 (7,8%)	16 (6,3%)
Otro familiar	Altas	9 (5,2%)	8 (4,6%)	5 (2,9%)	5 (2,9%)
	Abandonos	12 (4,7%)	9 (3,5%)	5 (2,0%)	6 (2,3%)

Así, la diferencia más relevante se encuentra en la pareja, ya que las personas que lograron el alta terapéutica presentan un mayor porcentaje de consumo que los abandonos en las diferentes sustancias.

Dado que las mujeres presentan un mayor porcentaje de parejas consumidoras, al combinar los consumos familiares por sexo y modo de finalización se hallaron los siguientes resultados:

Tabla 93 Consumo de sustancias en la familia (sexo-alta/abandono)

		HOMBRES		MUJERES	
		Abandonos N= 212	Altas N= 115	Abandonos N= 45	Altas N= 58
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
ALCOHOL	Pareja	1 (0,5%)	4 (3,5%)	3 (6,7%)	8 (13,8%)
	Padre	28 (13,2%)	17 (14,8%)	7 (15,6%)	12 (20,7%)
	Madre	4 (1,9%)	1 (0,9%)	1 (2,2%)	2 (3,5%)
	Otros familiares	9 (4,3%)	6 (5,2%)	1 (2,2%)	2 (3,5%)
	Algún hermano	41 (19,3%)	31 (27,0%)	7 (15,6%)	19 (32,8%)
HACHÍS	Pareja	2 (0,9%)	2 (1,7%)	1 (2,2%)	4 (6,9%)
	Padre	0	0	1 (2,2%)	0
	Madre	0	0	1 (2,2%)	0
	Algún hermano	27 (12,7%)	15 (13,0%)	5 (11,1%)	11 (19,0%)
	Otros familiares	7 (3,3%)	7 (6,1%)	2 (4,4%)	1 (1,7%)
HEROÍNA	Pareja	2 (0,9%)	4 (3,5%)	2 (4,4%)	10 (17,2%)
	Padre	0	0	1 (2,2%)	0
	Madre	1 (0,5%)	0	0	0
	Algún hermano	14 (6,6%)	9 (7,8%)	2 (4,4%)	7 (12,1%)
	Otro familiar	5 (2,4%)	3 (2,6%)	1 (2,2%)	2 (3,5%)
COCAÍNA	Pareja	2 (0,9%)	1 (0,9%)	2 (4,4%)	8 (13,8%)
	Padre	0	0	1 (2,2%)	0
	Madre	1 (0,5%)	0	0	0
	Algún hermano	16 (7,6%)	7	4 (8,9%)	11 (19,0%)
	Otro familiar	4 (1,9%)	3 (2,6%)	1 (2,2%)	2 (3,5%)

Las mujeres que finalizaron el programa son las que presentan mayor porcentaje de casos de consumo en su entorno en 10 de las 20 categorías de la Tabla 93. Más concretamente, estas mujeres tienen el mayor porcentaje de padres que consumen alcohol, sus parejas son las que más consumen alcohol, hachís y heroína, y sus hermanos son los que más consumen alcohol, hachís y cocaína.

g) Aspectos jurídico-penales

Por lo que se refiere a los aspectos jurídico-penales, los resultados se presentan en función del modo de finalización del programa en la Tabla 94.

Tabla 94 Variables jurídicas (altas/abandonos)

		N	X	DT	t
Nº de veces en comisaría	Altas	138	10,25	14,82	1,33
	Abandonos	211	12,45	15,21	
Nº de veces en prisión	Altas	71	2,65	2,54	1,09
	Abandonos	11	3,26	4,26	
Nº de prisiones distintas	Altas	70	1,94	2,01	0,74
	Abandonos	110	2,19	2,32	
Meses totales en prisión	Altas	61	17,49	29,4	0,71
	Abandonos	101	20,96	30,35	

Aun cuando la población atendida ha estado en comisaría en varias ocasiones, y 82 personas han estado en prisión, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las altas y los abandonos en estas variables.

Síntesis

En síntesis:

- Superado el primer periodo de tres meses de tratamiento, las mujeres presentan casi el doble de probabilidades de finalizar el tratamiento que los hombres.
- Estas mujeres que finalizan el programa han convivido, en mayor medida que el resto, con una pareja que consumía alcohol, hachís, heroína y cocaína. Asimismo, ha sido esta pareja la que ha dado la idea de acudir al tratamiento valorado.
- No existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción del tiempo que se ha dependido de las diferentes sustancias entre las altas y los abandonos.
- Sin embargo, las personas que finalizan el programa presentan, en el periodo pretratamiento significativamente menos tiempo de consumo

diario de alcohol, hachís, barbitúricos, heroína, cocaína y metadona. Asimismo, consumieron de manera esporádica durante menos tiempo anfetaminas, cocaína y *speed*.

- En el resto de variables se está, en general, ante una población con un grado de escolarización bajo, con un fuerte componente de fracaso escolar, baja cualificación laboral y cuya vida laboral se vio afectada por la drogodependencia.
- En cuanto al consumo de heroína, en un momento u otro ésta se ha consumido de forma intravenosa habiendo, asimismo, compartido la jeringuilla en algún momento.
- Prácticamente en todos los casos ha habido intentos anteriores (tanto profesionales como no profesionales) de abandonar el consumo, predominando la realización de estos intentos en Centros de Día.

ESTUDIO EMPÍRICO II: Evaluación de la eficacia

1. Introducción

Los resultados obtenidos en el estudio 1 muestran el perfil de los pacientes que obtienen el alta terapéutica. Sin embargo, no permiten conocer las características de los sujetos que abandonan el programa en los primeros momentos del tratamiento. Además, la *Encuesta de Residentes* se basa en los pacientes y no en las atenciones dadas, por lo que tampoco se pueden valorar las variables asociadas al proceso (el número de abandonos, las expulsiones o los reingresos en el tratamiento, por ejemplo). Este tipo de variables están recogidas en las carpetas de los pacientes y requieren de una búsqueda individualizada así como de la transcripción manual a soporte informático para su posterior análisis estadístico. El número tan alto de pacientes atendidos (N= 618) durante el periodo estudiado justifica la selección de una muestra representativa para analizar dichas variables.

Por otra parte, los datos institucionales abarcan hasta el momento en el que el paciente abandona la terapia. Para poder conocer la evolución de los pacientes tras el tratamiento es necesario realizar un estudio de seguimiento. Sin embargo, la localización y entrevista posterior de los 618 pacientes atendidos es una tarea compleja y costosa. Por ello, en este estudio se selecciona una muestra representativa de pacientes para describir las variables relacionadas con el proceso del tratamiento y para realizar un estudio de seguimiento que determine la eficacia del tratamiento a largo plazo.

La muestra seleccionada está integrada por la totalidad de personas que concluyeron el programa (N= 212), y una selección de los abandonos (N= 202), que actúa como grupo de control sobre los efectos del tratamiento. De esta manera se siguen las recomendaciones dadas por Iraurgi (2000) y se equipara este estudio con el de Fernández-Hermida *et al.* (1999).

La inclusión en la muestra de personas que estuvieron pocos días en el programa de tratamiento implica una probabilidad menor de éxito en las localizaciones de sujetos. De hecho, de algunas de estas personas sólo queda constancia del nombre y los apellidos. No obstante, ésta es una dificultad con

la que se cuenta, y que está asociada a un procedimiento institucional asumido en su momento. En cualquier caso, el hecho de constatar estas dificultades en la localización de sujetos puede servir para solventar estas limitaciones en futuros estudios. Por otra parte, la inclusión de personas que abandonan el tratamiento en fases tempranas posibilita un conocimiento más ajustado de la evolución real de los pacientes en el tratamiento.

En síntesis, y por medio de la selección de una muestra de pacientes sobre la que se realiza un estudio de seguimiento, este segundo estudio valora cuatro grandes áreas relevantes del tratamiento vinculadas a los siguientes tipos de variables:

- 1) Variables asociadas a la evolución durante el tratamiento, recogidas de las carpetas individuales de cada sujeto.
- 2) Variables asociadas a la evolución en el postratamiento, recogidas en una entrevista personal con el *Íter Toxicológico* y el *Cuestionario de Seguimiento en Drogodependencias* (Fernández-Hermida y Secades, 1999).
- 3) Variables asociadas a la relación entre los elementos de la Comunidad Terapéutica y la evolución posterior, también recogidas en la misma entrevista mediante el *Cuestionario sobre Factores Facilitadores-dificultadores de la Estancia en Comunidad Terapéutica* de Azanza et al. (1994).
- 4) La comparación de las evidencias aportadas por los diferentes estudios sobre la eficacia de Proyecto Hombre.

2. Objetivos e hipótesis

2.1. Objetivos

1. Estimar la tasa específica de abandonos en las diferentes fases del programa (Acogida, Comunidad Terapéutica y Reinserción).
2. Analizar las variables del pretratamiento que están relacionadas con la tasa global de retención y de abandono, así como con las tasas específicas de cada fase.
3. Determinar la tasa global de recaídas del programa de tratamiento de Proyecto Hombre en el postratamiento.
4. Analizar el efecto del tratamiento sobre las diferentes variables estudiadas.
5. Establecer las variables predictoras de las recaídas.
6. Identificar los principales factores precipitantes de las recaídas, así como el momento en que éstas se producen.
7. Valorar la asociación entre la satisfacción con el tratamiento y la evolución posterior.
8. Identificar la asociación existente entre los diferentes elementos de la Comunidad Terapéutica y la evolución posterior al tratamiento.
9. Comparar los resultados de este estudio con los obtenidos en otras evaluaciones de Proyecto Hombre.

2.2. Hipótesis

1. El porcentaje de abandonos del programa será mayor en los primeros meses del tratamiento.
2. Respecto a las variables de proceso en el tratamiento:
 - 2.1. Las mujeres presentarán una mayor probabilidad de lograr el alta terapéutica.
 - 2.2. Las personas con ingresos anteriores en el programa de tratamiento tendrán una mayor probabilidad de presentar abandonos.
3. La tasa de recaídas será superior en los pacientes que abandonan el programa de tratamiento.
4. Las personas que completan el tratamiento presentarán mejoras en las áreas relacionadas con la convivencia, la educación, el trabajo, el empleo de ocio y tiempo libre, el estado de salud y la situación jurídica con respecto al pretratamiento.
5. La principal variable predictora de la ausencia de recaídas será la finalización del tratamiento.
6. Los principales determinantes de recaída serán los intrapersonales.
 - 6.1. Las recaídas se dan, principalmente, en el primer año tras la separación del programa de tratamiento.
7. No se prevén diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la satisfacción con el programa entre quienes finalizaron el tratamiento y quienes no, o entre quienes presenten alguna recaída y quienes no.

8. Las altas terapéuticas valorarán como facilitadores de su estancia en Comunidad Terapéutica los elementos más activos, como los terapeutas y los grupos, frente a los abandonos que valorarán elementos más pasivos como la televisión o el ocio y tiempo libre.
9. Los resultados de las diferentes evaluaciones sobre el Programa Proyecto Hombre se mostrarán convergentes, a pesar de las diferentes metodologías e instrumentos empleados.

3. Método

3.1. Muestra

La población incluida en este estudio son las 618 personas que ingresaron en el programa de tratamiento de la Fundación Proyecto Hombre de Navarra entre los años 1991-1998.

Dadas las dificultades previstas tanto para la localización, como para la cumplimentación de la información referida a la situación pretratamiento se seleccionó una muestra representativa de esta población. Así, se determinó contar con todas las personas que habían finalizado el tratamiento (N= 212 personas) y establecer un grupo de control con una muestra representativa de los abandonos. Esta muestra está compuesta por 202 abandonos⁵² (Rodríguez, 1991; Silva, 1993).

En la Tabla 95 se presentan las variables sociodemográficas que presentaban los pacientes en el momento del ingreso en el tratamiento.

⁵² Para establecer el tamaño muestral de este grupo de control se asumió una ϵ del 2,5%, y se determinó como más adecuada la estimación de proporciones en el caso más desfavorable (50%). Para el cálculo se empleó el programa informático Granmo. Para la selección de los integrantes de la muestra se empleó una tabla de números aleatorios.

Tabla 95 Variables sociodemográficas pretratamiento (altas vs. abandonos)

	Altas N= 212	Abandonos N= 202	t
Edad Media (DT)	27,6 (4,7)	27,4 (4,2)	0,5
	Altas N= 212	Abandonos N= 202	X²
Sexo			
Hombre	143 (67,6%)	152 (75,2%)	2,7
Mujer	69 (32,4%)	50 (24,8%)	
Estado civil	209	124	0,7
Soltero	147 (70,33%)	90 (72,58%)	
Conviviendo	45 (21,53%)	27 (21,77%)	
Separado	12 (5,74%)	7 (5,65%)	
Viudo	5 (2,39%)	0	
Estudios	207	111	6,9*
Sin estudios	63 (30,43%)	46 (41,44%)	
Primarios	111 (53,62%)	57 (51,35%)	
Secundarios	30 (14,49%)	8 (7,21%)	
Universitarios	3 (1,45%)	0	

* $p < 0,05$

Tanto las altas como los abandonos presentan un perfil muy semejante en el momento del ingreso. Ambos grupos tienen una edad media de 27,5 años, hay tres hombres por cada mujer, y tres solteros por cada casado. En cuanto a los estudios, la mayoría tiene estudios primarios o no tiene estudios. En el caso del estado civil y de los estudios, se han debido agrupar las categorías para realizar el cálculo de la X^2 . En concreto, las categorías empleadas han sido: *soltero/conviviendo/otros estados* y *sin estudios/estudios primarios/secundarios-universitarios*. Sólo se aprecian diferencias estadísticamente significativas en el caso de los estudios. Las personas que obtuvieron el alta duplican el porcentaje de estudios secundarios-universitarios de los abandonos (16% vs. 7,2%).

No obstante, hay que destacar el alto porcentaje de datos perdidos entre los abandonos. Y es que los datos perdidos llegan al 45% en el caso de los estudios alcanzados, y al 38,62% en el caso del estado civil. Ni tan siquiera se pudo plantear la recogida de datos sobre la situación laboral.

Respecto a las personas localizadas en el estudio de seguimiento éstas se muestran en la Tabla 96.

Tabla 96 Personas localizadas en el estudio de seguimiento

	Total	Altas	Abandonos
Muestra de partida	414	212	202
No localizados	141 (34,1%)	40 (18,9%)	101 (50%)
Localizados	273 (65,9%)	172 (81,1%)	101 (50%)
<i>Distribución de las localizaciones</i>	Total (N= 273)	Altas (N= 172)	Abandonos (N= 101)
Entrevistados	155 (56,8%)	113 (65,7%)	42 (41,6%)
Fallecidos	61 (22,3%)	26 (15,1%)	35 (34,6%)
Rechazan colaborar	16 (5,9%)	11 (6,4%)	5 (4,9%)
Localizados, no entrevistados	41 (15,0%)	22 (12,8%)	19 (18,8%)

Sobre el total de la muestra se ha conseguido localizar a casi un 66% de los pacientes. Ahora bien, mientras que entre las altas se ha conseguido obtener información relevante del 81%, entre los abandonos este porcentaje se reduce al 50%.

Sobre las personas localizadas (n= 273) se ha entrevistado a 155. Este dato supone casi el 57% de las localizaciones. Nuevamente el porcentaje de entrevistas logrado entre las altas es superior al de los abandonos (65,7% vs. 41,6%). Quienes presentan un mayor porcentaje de fallecidos son los abandonos, con un 34,6% frente al 15,1% de las altas. En conjunto, las personas fallecidas representan un 22,3% de los pacientes localizados, aunque en este caso es más real señalar que se han producido un 14,7% de fallecimientos sobre el total de la muestra. Por otra parte, un 5,9% de los pacientes localizados ha rechazado colaborar. Además se ha localizado a 41 personas cuyos motivos para no ser entrevistadas se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 97 Distribución de motivos para no realizar entrevistas a personas contactadas

Motivos para no realizar la entrevista	Total	Altas	Abandonos
En prisión	10	3	7
Residencia a más de 300 km. de la Comunidad Foral	10	7	3
No se llega a realizar por diversos motivos	21	12	9
TOTAL	41	22	19

Un total de 10 pacientes están en prisión en el momento de realizar la investigación, otras 10 personas residen a más de 300 Km. de Pamplona, y en 21 casos, a pesar de haber concertado entrevistas –incluso en repetidas ocasiones- éstas no se han llegado realizar.

En síntesis, en la Tabla 98 se presentan los datos sobre las personas entrevistadas en función de la disponibilidad de los datos.

Tabla 98 Personas entrevistadas en función de la disponibilidad

	Datos recogidos	Personas entrevistables	Encuestas realizadas	Rechazos	No se hace
N	273	192	155	16	21
% sobre muestra de partida (N= 414)	65,9%	46,4%	37,4%	3,9%	5,1%
% sobre datos recogidos (N= 273)		70,3%	56,8%	5,9%	7,7%
% sobre personas entrevistables (N= 192)			80,7%	8,3%	10,9%

Así pues, en esta evaluación se ha recogido información sobre casi el 66% de la muestra inicial. Este 66% de la muestra ha devenido en 192 personas entrevistables, ya que 61 habían fallecido, 10 se hallaban en prisión y otras 10 residían lejos de la Comunidad Foral. A su vez, sobre las personas entrevistables se ha conseguido realizar entrevistas con el 80,7% de las mismas, tras obtener un 8,3% de rechazo y un 10,9% de entrevistas fallidas.

3.2. Evaluadora

Tanto la revisión de las carpetas de los pacientes como las entrevistas de seguimiento fueron realizadas por una psicóloga, debidamente adiestrada y ajena al programa de tratamiento. Asimismo, la evaluadora desconocía tanto las hipótesis de la investigación como el programa de tratamiento. La propia entrevistadora transcribió los datos al programa estadístico SPSS (vs. 1.05).

3.3. Diseño experimental

Según la propuesta de Montero y León (2002) la evaluación de la eficacia realizada es un estudio retrospectivo, con seguimiento longitudinal y valoración transversal para detectar la evolución de conductas a través del tiempo.

En cuanto a las características de la evaluación, se trata de una evaluación sumativa (de resultados o impacto) y mixta (por cuanto que en el equipo que la realiza hay miembros ajenos al programa evaluado). El sesgo del evaluador se halla controlado, ya que las entrevistas fueron realizadas por una psicóloga ajena al programa (Fernández-Ballesteros, 1996a; Fernández-Hermida *et al.*, 1999) y con un instrumento de evaluación "ad hoc" (Fernández-Hermida *et al.*, 1999).

3.4. Medidas de evaluación

Las medidas de evaluación se presentan en tres apartados:

- 1) Variables para la estimación del momento en que se producen los abandonos y variables asociadas al mismo.
- 2) Variables contenidas en el estudio de seguimiento.
- 3) Variables dependientes.

3.4.1. Variables sobre los abandonos del tratamiento

Ante la dificultad para completar los datos de las personas que abandonaron prematuramente el tratamiento, las variables contempladas se redujeron a las presentadas en la Tabla 99.

Tabla 99 Variables del pretratamiento empleadas para la descripción de los abandonos y su comparación con las altas.

Variables pretratamiento	Abandonos	Altas
Finalización del tratamiento	Sí	Sí
Sexo	Sí	Sí
Número de abandonos	Sí	Sí
Número de expulsiones	Sí	Sí
Días de estancia en el programa (periodo más prolongado)	Sí	No procede
Fase máxima alcanzada	Sí	No procede
Tratamientos anteriores en Proyecto Hombre Navarra	Sí	Sí

Las variables anteriores se dedujeron de los únicos datos completos y disponibles para todas las atenciones que dio Proyecto Hombre de Navarra. Estos datos son: (1) el nombre y los dos primeros apellidos (de los que se dedujo el sexo); (2) las fechas (de ingreso y abandono o expulsión); y (3) las fases alcanzadas. De esta información se obtienen las variables presentadas en la Tabla 99: número de abandonos y de expulsiones, días de estancia en el programa y la fase máxima alcanzada. También se deduce si se habían realizado tratamientos anteriores en el propio programa de tratamiento.

3.4.2. Variables del estudio de seguimiento

Para la valoración de la evolución en el seguimiento se cumplimentó con los pacientes el *Cuestionario de Seguimiento en Drogodependencias (CSD)* de Fernández-Hermida y Secades (1999). Se trata de un instrumento altamente estructurado, en el que se pretende, más allá de la valoración de la situación del paciente en un momento determinado, valorar el efecto del tratamiento en

el estilo de vida del paciente (Fernández-Hermida *et al.*, 1999). Además, es un instrumento construido “ad hoc” para la evaluación del programa Proyecto Hombre. Este cuestionario se incluye en el anexo 3.

Dentro del *Cuestionario de Seguimiento en Drogodependencias* se incluyen tanto cuestiones referidas al consumo de drogas como a las áreas familiar, educativa, laboral, ocupación del ocio y tiempo libre, estado de salud, jurídica, reingresos en otros programas de tratamiento y valoración del tratamiento seguido en Proyecto Hombre (Tabla 100).

Tabla 100 Variables incluidas en el CSD (Fernández-Hermida *et al.*, 1999)

Variables dependientes del CSD	Nº de items
1) Consumo de drogas (sólo se valoran las recaídas).	25 ⁵³
2) Consumo de alcohol (AUDIT)	34
3) Situación familiar	22
4) Situación educativa	3
5) Situación laboral	3
6) Ocupación del ocio y tiempo libre	10
7) Estado de salud (GHQ)	52
8) Situación jurídica	2
9) Reingreso en programas de tratamiento	2
10) Valoración del programa	17
TOTAL	170

Tres pruebas más se hallan incluidas en el CSD: el *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*, versión española de Rubio (1997), el *General Health Questionary (GHQ)*, versión española de Lobo (1986) y la *Entrevista de Recaídas* de Marlatt y Gordon.

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

El *Test de Identificación de Trastornos Relacionados con el uso de*

⁵³ Estos son los items propuestos por los autores. En nuestro caso, hemos añadido otros items para completar la visión de los consumos.

Alcohol (AUDIT) (Babor, De la Fuente, Saunders y Grant, 1992; Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente y Grant, 1993) explora la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol, las conductas de dependencia y los problemas relacionados con el alcohol. Es un instrumento empleado para la detección de casos, y aunque se compone de dos partes (un cuestionario de 10 ítems de tipo Likert y una exploración médica e historia de traumas a cargo de un profesional) en este cuestionario se incluye sólo la parte autoinformada. Los 10 ítems de tipo Likert se dividen en 8 con 5 alternativas de respuesta (0-4) y dos con tres (0-2-4). Las tres primeras cuestiones están referidas al uso de bebidas alcohólicas, las cuatro siguientes a la dependencia y las tres últimas al análisis de las consecuencias.

Fernández-Hermida *et al.* (1999) toman las puntuaciones comprendidas entre 8 y 20 como indicativas de consumo perjudicial, y las superiores a 20 puntos como indicativas de dependencia. Según Mac Kenzie, Langa y Brow (1996), estos puntos de corte tienen una sensibilidad del 80% y una especificidad del 90%.

Además, para Martínez, Fernández y González (2002), este instrumento es el mejor predictor para el Síndrome de Dependencia Alcohólica y para el criterio de "Abuso y Dependencia". Asimismo, para estos autores, y desde una perspectiva cualitativa, esta prueba recoge de forma más válida las concepciones actuales sobre los problemas derivados del consumo de bebidas alcohólicas. De hecho, para Markez, Salazar y Póo (2002) este instrumento está llamado a ser el principal instrumento diagnóstico en Atención Primaria.

General Health Questionary (GHQ)

El *Cuestionario de Salud General (GHQ)* (Goldberg, 1972), en su versión de 28 ítems (Goldberg, 1995), además de haber sido diseñado con fines de investigación tiene la ventaja (Iraurgi, 2002) de componerse de cuatro subescalas: síntomas psicósomáticos, ansiedad, disfunción social y depresión grave en la actividad diaria.

Esta prueba es uno de los cuestionarios más utilizados para detectar casos psiquiátricos menores, con fines epidemiológicos o como una primera aproximación psicológica al objeto de evidenciar trastornos enmascarados (Fernández-Hermida *et al.*, 1999). De hecho, esta versión de 28 items forma parte del “*Opiate Treatment Index*” (OTI), o “*Indicador del Tratamiento de la Adicción a Opiáceos*”, que puede consultarse en González, Salvador, Martínez, López y Ruz (2002).

En esta prueba se dan cuatro alternativas de respuesta a cada pregunta (a, b, c y d), y hay dos formas de valorarla: (1) asignando la puntuación “0” a las respuestas “a” y “b”, y “1” a las respuestas “c” y “d”; (2) asignando la puntuación “0” a la respuesta “a”, “1” a la respuesta “b”, “2” a la respuesta “c” y “3” a la respuesta “d”. Esta última valoración estaría asociada a la cronicidad en la sintomatología. Se emplearán las dos formas de valoración, tal y como lo hicieron Fernández-Hermida *et al.* (1999).

Un uso ideal del GHQ implica un ajuste de los puntos de corte dependiendo de las características de la muestra (Duch, Ruiz de Porras y Gimeno, 1999). En este estudio, con el objetivo de poder comparar los resultados obtenidos con el trabajo de Fernández-Hermida *et al.* (1999), se toma el punto de corte caso/no caso 7/6 (sensibilidad= 72% y especificidad= 86%).

Para la corrección del GHQ se ha empleado una versión informatizada (FAES-AP) que facilita las puntuaciones en las dos modalidades de corrección.

Entrevista de Recaídas de Miller y Marlatt (1996)

En el caso de los pacientes que presentan al menos una recaída, se incluye la Entrevista de Recaídas de Miller y Marlatt (1996).

La Entrevista de Recaídas de Miller y Marlatt (1996) es un instrumento que permite analizar qué factores personales, ambientales o sociales son los

precipitantes más inmediatos del consumo. Esta entrevista permite reconstruir el escenario del primer consumo, ayudando a identificar las situaciones de alto riesgo que desembocan en el consumo. Su objetivo es obtener información valiosa para prevenir las recaídas.

Dos son las grandes categorías en las que se han de incluir los determinantes de las recaídas: I) Determinantes Intrapersonales o II) Determinantes Interpersonales. Ambas categorías son excluyentes, y es el codificador quien, atendiendo a la explicación del entrevistado, ha de determinar de qué tipo de determinante se trata.

Tras situar el evento en uno de los dos principales determinantes, se ha de continuar clasificando en las diferentes especificaciones. En la Tabla 101 se presentan los cinco determinantes intrapersonales (enfrentarse a estados emocionales negativos, estados físicos negativos, potenciar estados de ánimo positivos, poner a prueba el control personal y ceder a tentaciones o impulsos), junto con sus subcategorías.

Tabla 101 Tipos de determinantes intrapersonales (Miller y Marlatt, 1996)

I) Determinantes intrapersonales
A) Enfrentarse a estados emocionales negativos <ul style="list-style-type: none"> 1) Enfrentarse a la frustración/ira 2) Enfrentarse a la depresión 3) Enfrentarse a la ansiedad 4) Enfrentarse a otros estados de ánimo negativos
B) Enfrentarse a estados físicos negativos <ul style="list-style-type: none"> 1) Enfrentarse a estados físicos asociados al consumo anterior 2) Enfrentarse a otros estados físicos
C) Potenciar estados emocionales positivos
D) Poner a prueba el control personal
E) Ceder a tentaciones o impulsos <ul style="list-style-type: none"> 1) En presencia de claves asociadas a las drogas 2) En ausencia de claves

En la Tabla 102, a su vez, se presentan los determinantes interpersonales (enfrentarse a conflictos interpersonales, presión social y potenciar estados de ánimo positivos).

Tabla 102 Tipos de determinantes interpersonales (Miller y Marlatt, 1996)

II) Determinantes interpersonales
A) Enfrentarse al conflicto interpersonal <ol style="list-style-type: none"> 1) Enfrentarse a la frustración/ira 2) Enfrentarse a la depresión 3) Enfrentarse a la ansiedad 4) Enfrentarse a otros estados de ánimo negativos
B) Presión social <ol style="list-style-type: none"> 1) Presión social directa 2) Presión social indirecta
C) Potenciar estados de ánimo positivos

El *CSD* se complementa, a su vez, con el *Cuestionario de Seguimiento Familiar*, que en 11 ítems recoge los mismos aspectos que el *CSD* (Fernández-Hermida *et al.*, 1999).

Íter Toxicológico

El *Íter Toxicológico* (anexo 4) es un instrumento de recogida de información común a todos los centros de Proyecto Hombre. En él se pregunta por las sustancias consumidas, así como por el número de años en que se consumieron de forma: (1) habitual (o diaria); (2) esporádica (de varios fines de semana al año); (3) ocasional (raras veces al año); o (4) en que sólo se probaron. También se recoge la vía de consumo (oral, fumada, inhalada, esnifada u otras).

Este instrumento se ha completado con tres variables más para adaptarlo al estudio de seguimiento: (1) consumo tras el alta; (2) en caso afirmativo de la anterior, tiempo de consumo; y (3) existencia de consumo activo en el momento de la entrevista.

Su cumplimentación posibilita un diagnóstico amplio tanto sobre el consumo de sustancias como sobre la evolución del mismo. Este tipo de recogida de datos posibilita la consideración de diferentes definiciones de recaída.

Cuestionario sobre Factores Facilitadores/dificultadores de la Estancia en Comunidad Terapéutica (Azanza et al. 1994).

Además del CSD se aplicó el *Cuestionario sobre Factores Facilitadores/dificultadores de la Estancia en Comunidad Terapéutica* (Azanza, Nuin, Amunárriz, Ausejo, Díaz, Gutiérrez, Martínez, Vidán, Templ y Puerta, 1994). Este instrumento, que se adjunta en el anexo 5, fue creado “ad hoc” para la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre.

Para su elaboración se siguió un modelo racional en el que se recogió la impresión de una muestra de pacientes sobre los diferentes elementos que les habían facilitado o dificultado su estancia en la Comunidad Terapéutica. Tras la transcripción de las respuestas, éstas se sometieron a la valoración de un grupo de terapeutas de Comunidad, para, a partir de la propia experiencia, estimar los más representativos.

Es un cuestionario de tipo Likert, con cuatro posibilidades de respuesta y con dos subescalas: en la primera se valoran 19 elementos que hacen más llevadera la estancia en Comunidad Terapéutica y en la segunda se valoran otros 19 elementos que la dificultan. Tres elementos se presentan en las dos subescalas: (1) los terapeutas; (2) los encuentros con los seres queridos; y (3) los encuentros con la familia. Al cumplimentarse independientemente los mismos items pueden obtener la misma puntuación tanto en la escala de facilitación como en su opuesta.

Este instrumento presenta buena validez concurrente respecto a diversas medidas de ansiedad, y resultó ser un buen predictor de la finalización del tratamiento (a mayor puntuación en la subescala de facilitación, mayor probabilidad de finalización de la estancia en Comunidad Terapéutica).

3.4.3. Variables dependientes

En el presente trabajo se consideran dos definiciones de recaída, tal y como proponen Fernández-Hermida *et al.* (1999): (1) se considera como recaída un mínimo de tres consumos en un periodo de dos meses; y (2), también se considera como recaída un ingreso posterior por problemas de dependencia de sustancias tras la finalización del programa Proyecto Hombre. Esta definición operativa se ha empleado para contrastar los autoinformes con los informes de familiares e institucionales.

No obstante, la forma en que se han recogido los datos de consumo posibilita la comparación con los obtenidos en otros estudios, como los de Arrizabalaga *et al.* (2000) y Caurín *et al.* (2004).

En cuanto a los criterios de abandono y alta terapéutica, estos vienen definidos por el equipo de tratamiento.

3.5. Procedimiento

Dos procedimientos se exponen a continuación: (1) los referidos a la estimación de los abandonos y el momento en que se producen; y (2) los referidos al estudio de seguimiento.

3.5.1. Protocolo para la estimación de abandonos y el momento en que se producen

Tras realizarse la selección aleatoria de las personas que habían comenzado tratamiento desde la apertura de Proyecto Hombre de Navarra hasta 1998, se consultó cada carpeta terapéutica de las personas seleccionadas. En estas carpetas se recogieron las variables ya descritas.

Si aún así faltaban datos, se consultaron los “*diarios terapéuticos*” para poder completar los datos de la línea base o de pretratamiento. Este “*diario*”

terapéutico” es un libro de actas en el que se reflejaba la información relevante aportada por cada terapeuta en la reunión de equipo diaria. De esta manera, podía darse el caso de que información relevante para nuestro estudio, y que no estaba en la carpeta individual, pudiese estar en estos libros.

3.5.2. Protocolo para la realización del estudio de seguimiento.

El *CSD*, el *Íter Toxicológico* y el *Cuestionario sobre Elementos Facilitadores-dificultadores de la Estancia en Comunidad Terapéutica* fueron administrados por una psicóloga, ajena y desconocedora del tratamiento en Proyecto Hombre (evaluadora externa). Los contactos con las personas entrevistadas fueron realizados por trabajadores/as del centro, previamente adiestrados. Una vez aceptada por parte del paciente la realización de la entrevista, se concertaba lugar y hora para la misma. Al comienzo de la entrevista se solicitaba, mediante un consentimiento informado (véase en el anexo 2), autorización para la realización tanto de la entrevista personal como de la entrevista a un familiar. En todo momento se aseguraba una total confidencialidad respecto a los datos aportados en la entrevista.

Las entrevistas se realizaron donde fuera más asequible para los entrevistados, destacando los numerosos viajes realizados a las localidades de residencia de los mismos.

4. Resultados

Los análisis estadísticos de este estudio se han realizado con el programa SPSS (versión 11.5). Al igual que en el estudio anterior se ha realizado un análisis descriptivo para cada una de las variables. Posteriormente las diferentes variables se han comparado en función del modo de finalización del tratamiento (alta o abandono) y de la existencia o no de alguna recaída. Como contraste de hipótesis se ha empleado el test de la X^2 para las variables categóricas. Siguiendo las recomendaciones recogidas por Múria y Gil (1998) en el caso de variables dicotómicas se ha empleado la corrección de continuidad de Yates cuando el tamaño de la muestra era superior a 40. Cuando el tamaño de la muestra se encontraba en el intervalo 20-40 sólo se ha usado en el caso de que todas las frecuencias esperadas fuesen 5 o más, empleando la probabilidad exacta de Fisher en el caso de vulnerarse alguna de estas condiciones. Esta misma probabilidad se ha empleado cuando el tamaño de la muestra era inferior a 20. En aquellos casos en que había más de dos categorías por variable, se ha empleado el mismo contraste siempre que no hubiese más de un 20% de celdas con un valor esperado menor o igual a 5, y cuando no había ninguna celdilla con valor igual a 1. En aquellos casos en que se daba alguna de estas circunstancias se han reagrupado las categorías de las variables.

Para las variables cuantitativas se ha empleado la t de Student. En todas las tablas t se presenta en valor absoluto. Ahora bien, cuando alguno de los dos grupos comparados tenía menos de 20 sujetos se ha omitido la comparación. En todos los casos se trabajó con un nivel de significación del 5% y se han considerado significativas aquellas diferencias con un valor de $p < 0,05$. Los contrastes se han realizado de forma bilateral.

Las comparaciones con los resultados de otros investigadores se han realizado con el programa Epicalc 2000 v.1.02 (Gilman y Myatt, 1998)

Los resultados que se exponen a continuación se agrupan en los siguientes bloques:

1. Estimación de la retención-abandono del tratamiento y características asociadas.
2. Resultados del estudio de seguimiento.
3. Valoración de los elementos facilitadores-dificultadores de la Comunidad Terapéutica.
4. Comparación entre los diferentes estudios realizados en España sobre Proyecto Hombre.

4.1. Resultados de la estimación de la retención-abandono del tratamiento y características asociadas

De las 618 personas atendidas en Proyecto Hombre de Navarra en el periodo 1991-1998, 212 lograron el alta. Esto implica que finalizaron el tratamiento el 34,3% de los que lo iniciaron.

De los 202 abandonos seleccionados al azar para realizar esta estimación, 152 eran hombres (75,2%) y 50 mujeres (24,8%). En el caso de las 212 altas, 143 (67,6%) eran hombres y 69 (32,4%) mujeres. Entre hombres y mujeres no se encuentra una diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2=7,79$; $p=0,10$)

Respecto a la fase máxima alcanzada por los abandonos en el programa, 125 (62%) no llegaron a superar la fase de acogida, 28 personas (14%) abandonaron en la fase de Comunidad Terapéutica y 49 (24%) en la fase de Reinserción. Así pues, la fase de comunidad es la que menos abandonos presentó (Gráfico 14).

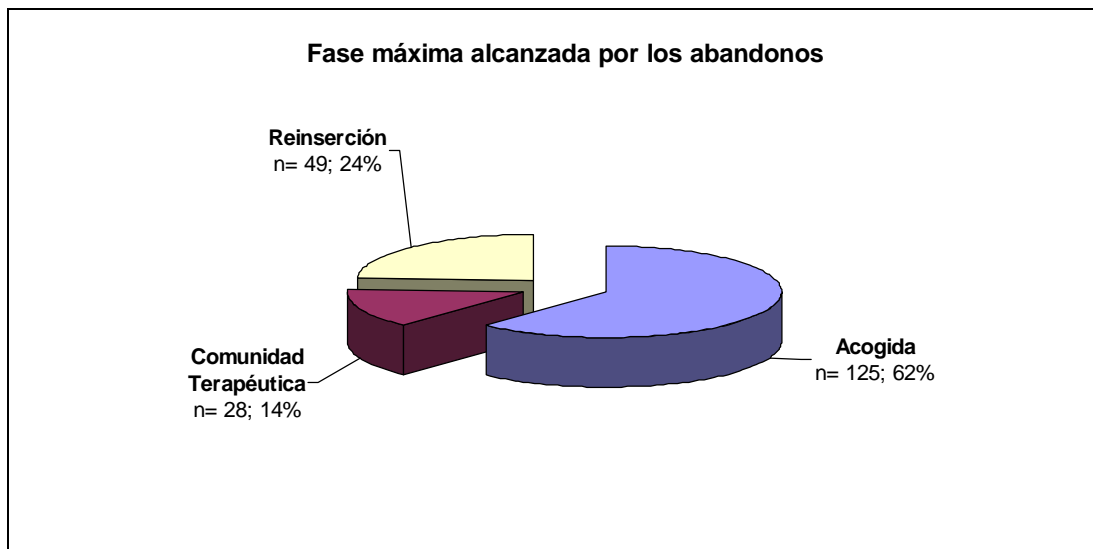


Gráfico 14 Fase máxima alcanzada por los abandonos

No obstante, y teniendo en cuenta que no todas las fases tenían la misma duración, en el Gráfico 15 se presentan los abandonos producidos en cada una de las subfases del programa.

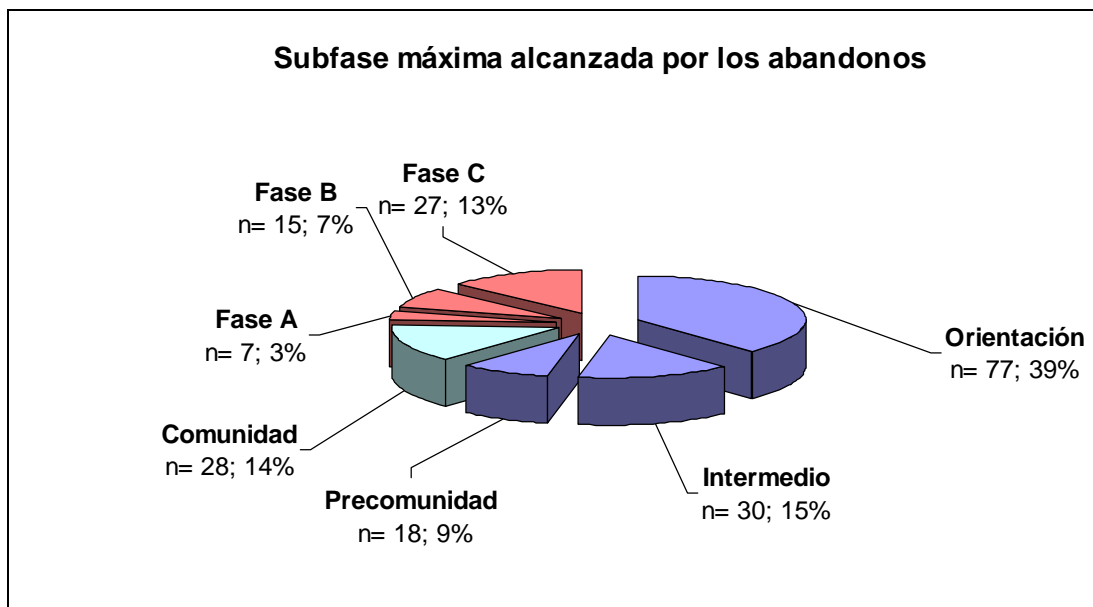


Gráfico 15 Distribución de la subfase máxima alcanzada por los abandonos

En azul oscuro se caracterizan las subfases correspondientes a la fase de Acogida, y en naranja las correspondientes a la fase de Reinserción. En azul claro se presenta la fase de Comunidad Terapéutica.

Orientación es la subfase en la que se produce el mayor número de abandonos definitivos (39%). Después, prácticamente con el mismo porcentaje de abandonos se hallan *Intermedio* (15%) y toda la fase de Comunidad junto con la *fase C* de Reinserción. *Precomunidad* (9%), *fase B* (15,7%) y *fase A* (3%) de Reinserción son las que menos abandonos definitivos sufren.

Estos resultados son coherentes cuando se analiza el porcentaje acumulado de abandonos en función del tiempo transcurrido en el programa. En el Gráfico 16 se presentan los datos de los abandonos acumulados en el primer año de tratamiento. En este gráfico se han señalado –a efectos gráficos– las estancias medias en cada una de las subfases de la fase de Acogida (*Orientación*, *Intermedio* y *Precomunidad*) hallándose unos porcentajes acumulados de abandonos coherentes con los resultantes de los gráficos anteriores.

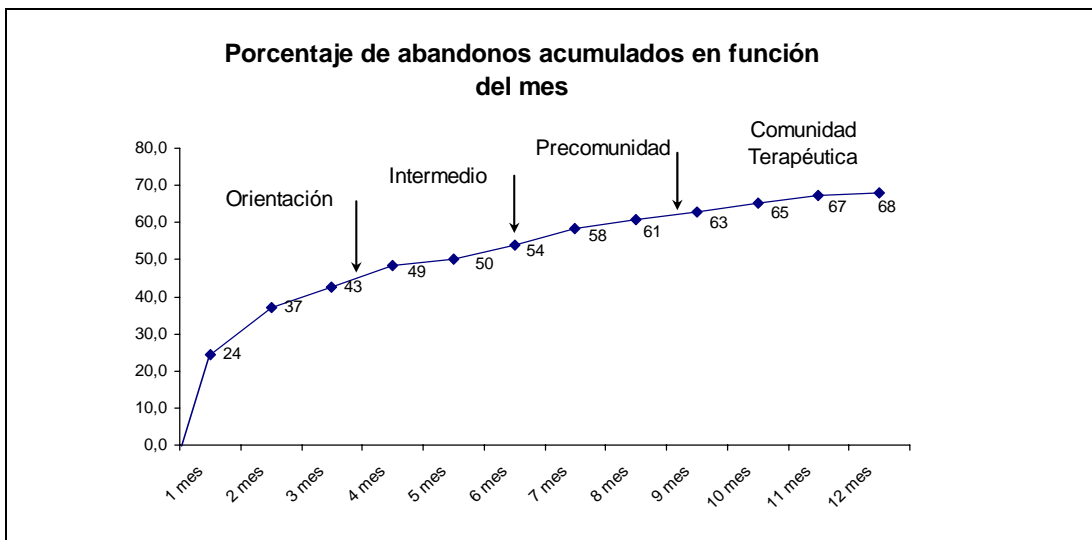


Gráfico 16 Porcentaje de abandonos acumulados en función del mes

Una implicación del Gráfico 16 es que prácticamente la mitad de los abandonos no estuvieron el tiempo suficiente como para completar los instrumentos de registro que estaban en uso. De esta manera, en el presente análisis de los abandonos, además de los datos referidos a los días de estancia y fase alcanzada, sólo se van a poder valorar el sexo y la existencia de tratamientos anteriores en el programa de tratamiento.

Así pues, cuando se valora el gráfico anterior en función del sexo, se obtiene el siguiente resultado.

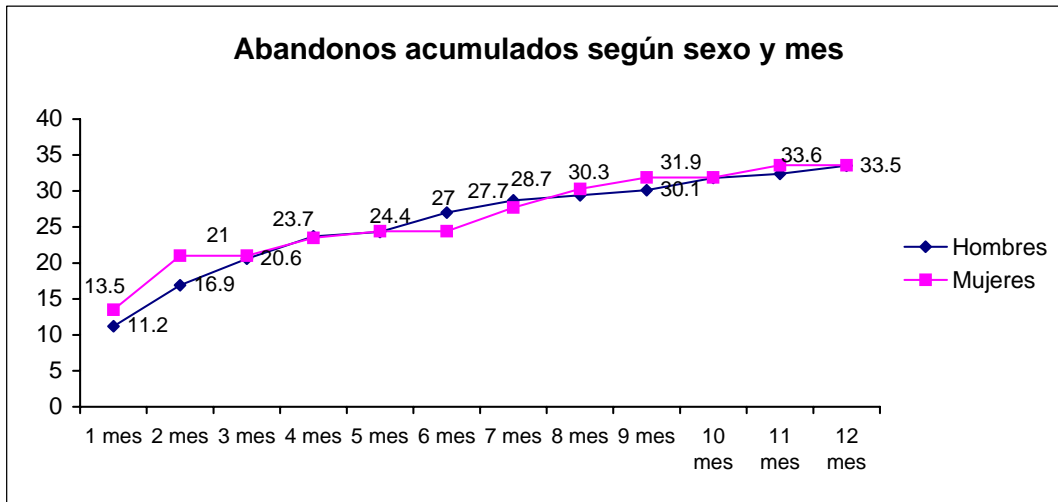


Gráfico 17 Porcentaje acumulado abandonos por meses, según sexo.

Es en los dos primeros meses de tratamiento cuando más abandonos presentan las mujeres. Posteriormente, los abandonos acumulados tanto en hombres como en mujeres son prácticamente coincidentes.

No obstante, hay que tener en cuenta en las posibles interpretaciones, que en las anteriores gráficas sólo se contabiliza para cada sujeto un abandono: el que se ha producido en la estancia más prolongada. Pero podía darse el caso de que una misma persona ingresase y abandonase en más de una ocasión. De hecho, entre las 202 personas que no terminaron el tratamiento, 34 (17%) lo abandonaron en más de una ocasión. Además, también entre las personas que completaron el tratamiento se produjeron abandonos previos a la finalización del programa. Más concretamente, de las 212 altas, 36 (17%) lo abandonaron en algún momento previo al alta.

Además de estos abandonos, podían darse expulsiones del programa. De las 27 que se han contabilizado en la muestra seleccionada, el 38% se correspondía a la fase de Comunidad Terapéutica, un 29% a la fase de Acogida y un 26% a la fase de Reinserción (Gráfico 18).

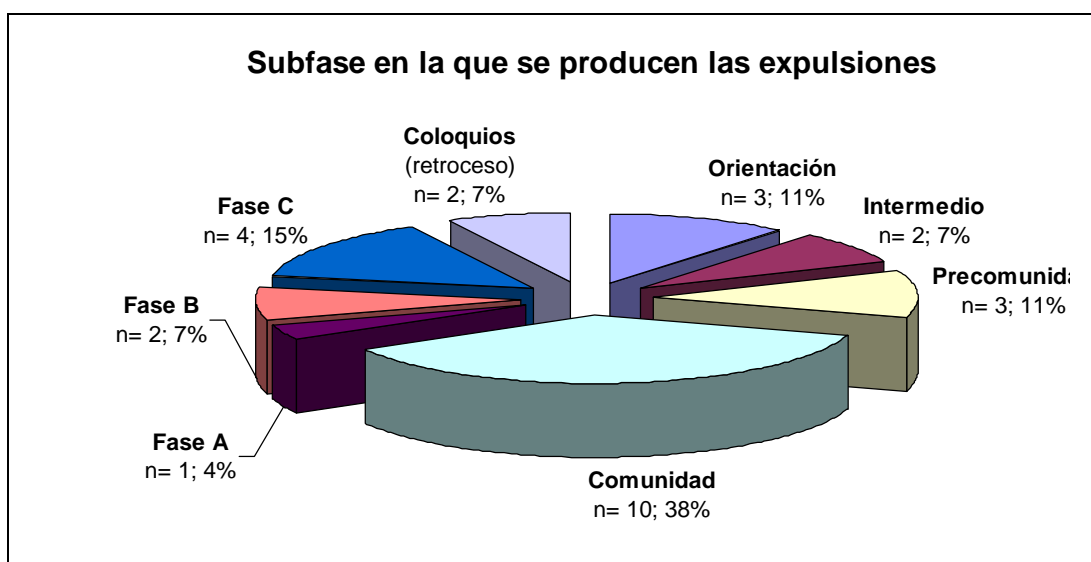


Gráfico 18 Subfase en la que se producen las expulsiones

Si se toma en consideración la evolución posterior de estas expulsiones se puede apreciar cómo prácticamente la mitad se correspondieron con personas que posteriormente completaron el tratamiento (Tabla 103).

Tabla 103 Distribución de las expulsiones entre altas/abandonos

	Altas (N)	Abandonos (N)
Orientación	0	3
Intermedio	1	1
Precomunidad	2	1
Comunidad	6	4
Fase A	0	1
Fase B	1	1
Fase C	2	2
Coloquios (retroceso)	1	1
TOTAL	13	14

Asimismo se puede apreciar cómo la distribución de las fases en que se producen las expulsiones es muy similar entre las altas y los abandonos definitivos.

En el Gráfico 19 se presenta la comparación entre el porcentaje de altas y abandonos entre los hombres y las mujeres.

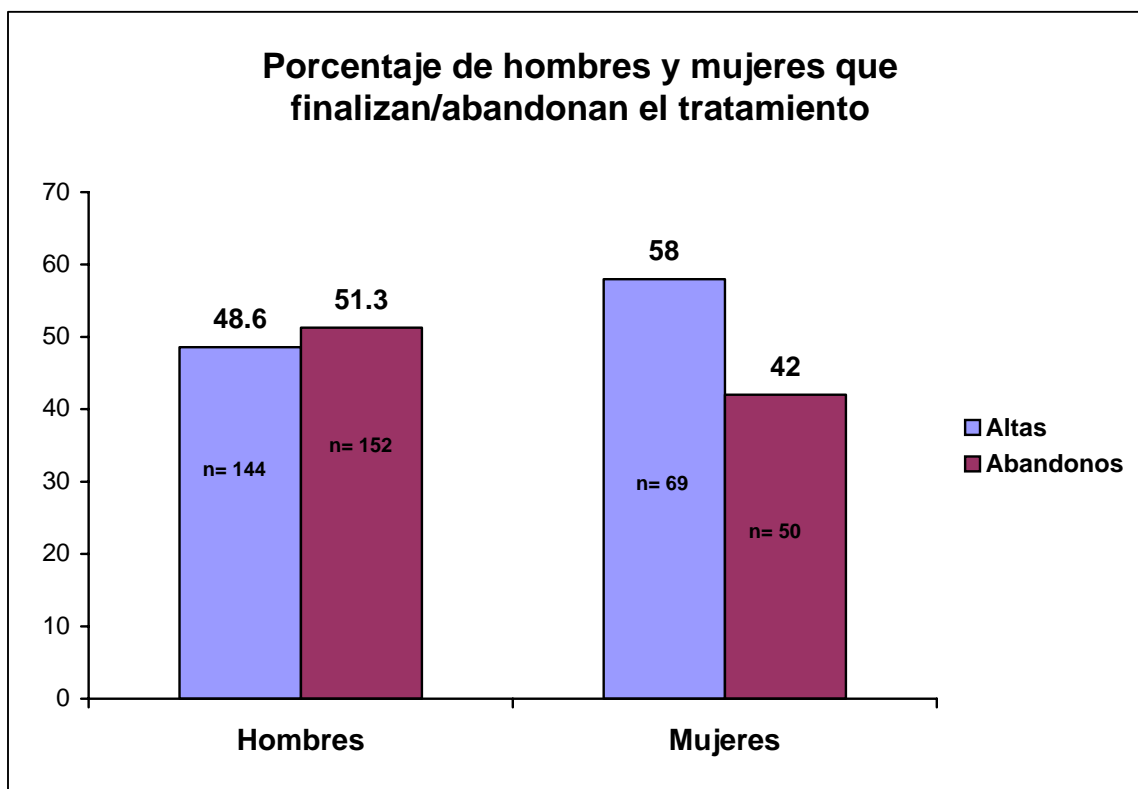


Gráfico 19 Distribución de las altas/abandonos en función del sexo

Aun cuando no se da una diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2=2,6$; $p=0,11$), el porcentaje de mujeres que logran el alta terapéutica es superior al de los hombres (58% vs. 49%).

Cuando se comparan los datos de las altas y los abandonos en función de la existencia de tratamientos previos en el programa de Proyecto Hombre, tampoco se encuentran diferencias estadísticamente significativas (Gráfico 20). Y es que prácticamente el 90%, tanto de las altas como de los abandonos no había estado previamente en tratamiento en Proyecto Hombre ($\chi^2=0,39$; $p=0,64$).

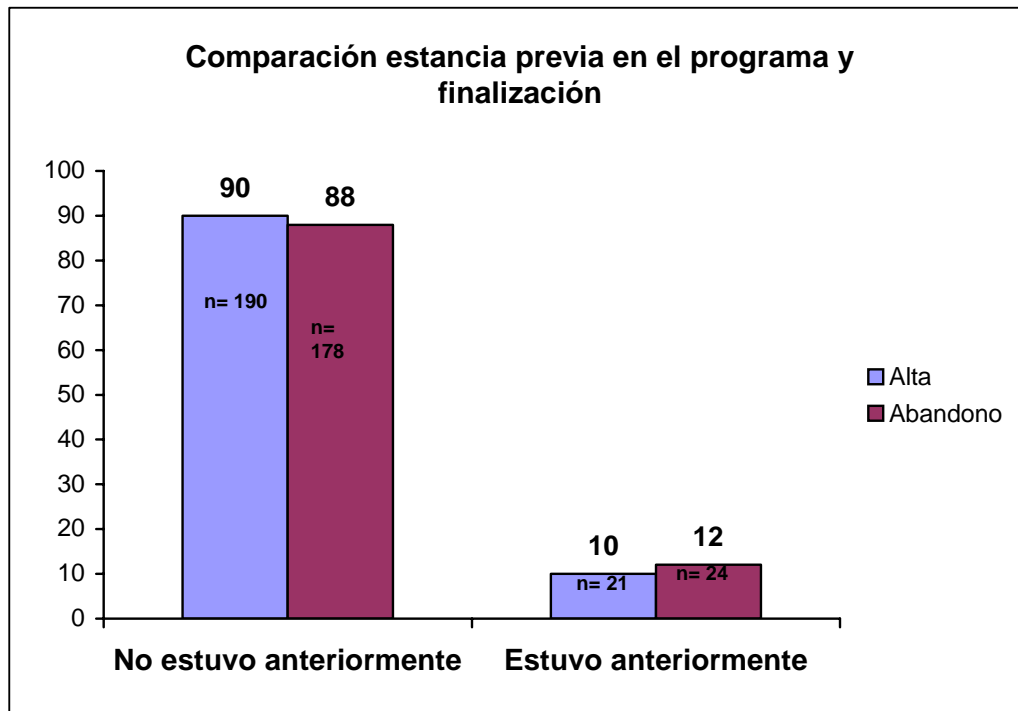


Gráfico 20 Porcentaje de altas/abandonos que estuvieron previamente en el Programa Proyecto Hombre

Tampoco se encuentran diferencias estadísticamente significativas cuando se compara la estancia previa en función del sexo (Tabla 104)

Tabla 104 Estancia previa en el programa según sexo

	Hombre (N= 294)	Mujer (N= 119)	χ^2
	N (%)	N (%)	
No estuvo anteriormente	265 (90,1%)	103 (86,5%)	0,38
Estuvo anteriormente	29 (9,9%)	16 (13,4%)	

4.1.1. Síntesis

En síntesis:

- El 34% de las personas que comenzaron el programa de Proyecto Hombre Navarra lo finalizaron en su totalidad.
- De entre las personas que abandonaron definitivamente el tratamiento, el 62% (+2,5%) lo hicieron en la primera fase (Acogida). Además, el 42% de los abandonos se produjeron en los tres primeros meses de tratamiento.
- De entre las personas expulsadas alguna vez del tratamiento,

prácticamente la mitad reingresaron en el mismo y lo finalizaron posteriormente.

- No se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre quienes estuvieron previamente en el tratamiento y quienes no.

4.2. Resultados del Cuestionario de Seguimiento

El presente apartado comienza con una comparación en una serie de variables recogidas en el Cuestionario de Línea Base entre los sujetos de los que se han conseguido datos del seguimiento y entre los que no. Se trata de comprobar la existencia de posibles sesgos en los resultados obtenidos de la muestra. Esta estrategia ya fue realizada en la evaluación de Fernández-Hermida *et al.* (1999).

No obstante, a diferencia del trabajo de dichos autores, en esta comparación se considera que se han obtenido datos del seguimiento tanto de las personas entrevistadas como de las fallecidas. En el resto de circunstancias (no localizados, no entrevistados, encarcelados, etc.) se considera que no se han obtenido datos del seguimiento.

Posteriormente se valoran las características de la muestra localizada, comparándose los datos de las personas que se han entrevistado con las personas fallecidas en el seguimiento. A continuación se presentan los datos obtenidos de las personas entrevistadas, en función de los diferentes apartados.

Resultados del Cuestionario de Línea Base

Se han obtenido datos en el seguimiento de 216 personas. Esto representa un 52% de las personas incluidas en el estudio. Ahora bien, tal y como ha ocurrido en el estudio anterior, no se han logrado datos del pretratamiento de un buen número de pacientes.

Un 69,9% son hombres, y un 30% mujeres, sin que existan diferencias estadísticamente significativas con las personas de las que no se han logrado datos del seguimiento (Tabla 105).

Tabla 105 Comparación de los casos en que se han conseguido datos en el seguimiento en función del sexo

	Sin datos	Con datos	χ^2
	N (%)	N (%)	
Hombre	145 (72,9%)	151(69,9%)	0,3
Mujer	54 (27,1%)	65 (30,1%)	
Total	199 (100%)	216 (100%)	

La edad media en el momento del ingreso es de, aproximadamente, 27,5 años (DT= 4,5) con un rango que oscila entre 18 años y 44 años y medio. Tampoco se encuentran diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad en el momento del ingreso entre las personas que cuentan con datos de seguimiento y aquellas que no (Tabla 106).

Tabla 106 Comparación de la edad en años en el momento del ingreso según haya datos de seguimiento o no

Edad en años	N	X	DT	t
Sin datos del seguimiento	196	27,1	4,4	1,7
Con datos del seguimiento	216	27,9	4,6	

Tampoco se encuentran diferencias estadísticamente significativas en cuanto al nivel de estudios en el momento del ingreso, tal y como se aprecia en la siguiente tabla. La mayoría de los pacientes (tanto de los que se han obtenido datos del seguimiento como de los que no) contaban con graduado escolar (52,4% y 53,5%, respectivamente), alrededor del 35% (en ambos casos) no contaban con estudios terminados y una minoría (alrededor del 12%) contaban con estudios medios o superiores.

Tabla 107 Comparación del nivel de estudios (con/sin datos del seguimiento)

	Datos de seguimiento		X ²
	No	Sí	
	N (%)	N (%)	
Sin estudios	47 (36,4%)	62 (32,8%)	0,4
Graduado escolar	69 (53,5%)	99 (52,4%)	
Estudios medios-superiores	13 (10,1%)	28 (14,8%)	
Total	129 (100%)	189 (100%)	

En lo que concierne al estado civil se da una coincidencia total entre los porcentajes de las personas de las que se han obtenido datos y de las que no (Tabla 108).

Tabla 108 Comparación en el estado civil en el momento del ingreso

	Datos de seguimiento		X ²
	No	Sí	
	N (%)	N (%)	
Soltero/a	99 (71,2%)	138 (71,1%)	0
Casado/a	30 (21,6%)	42 (21,6%)	
Separado/a divorciado/viudo	10 (7,2%)	14 (7,2%)	
Total	139 (100%)	194 (100%)	

Respecto a las diferentes variables asociadas al tratamiento recibido, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las personas expulsadas del tratamiento.

Tabla 109 Comparación de personas expulsadas según presencia de datos de seguimiento

¿Expulsiones?	Datos de seguimiento		X ²
	No	Sí	
	N (%)	N (%)	
No	190 (96,0%)	197 (91,2%)	3,1
Sí	8 (4,0%)	19 (8,8%)	
Total	198 (100%)	216 (100%)	

Sin embargo se ha conseguido una menor proporción de datos de seguimiento de personas con abandonos previos (46,3% vs. 68,2), tal y como

se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 110 Existencia de abandonos previos

Abandonos previos	Datos de seguimiento		
	No	Sí	
	N (%)	N (%)	χ^2
No	63 (31,8%)	116 (53,7%)	19,3*
Sí	135 (68,2%)	100 (46,3%)	
Total	198 (100%)	216 (100%)	

* $p < 0,001$

Además, la representación que se ha conseguido de los mismos no se ajusta a la fase máxima alcanzada por los abandonos. Se ha obtenido una sobrerrepresentación de personas que alcanzaron la fase de Reinserción, y una representación más baja de personas que abandonaron en la fase de Acogida (Tabla 111).

Tabla 111 Presencia de datos de seguimiento en función de la fase máxima alcanzada de los abandonos

Fase máxima alcanzada (abandonos)	Datos de seguimiento		
	No	Sí	
	N (%)	N (%)	χ^2
Acogida	91 (73,4%)	34 (43,6%)	21,8*
Comunidad	16 (12,9%)	12 (15,4%)	
Reinserción	17 (13,7%)	32 (41,0%)	
Total	124 (100%)	78 (100%)	

* $p < 0,001$

Sin embargo, no se hallan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a ingresos previos en Proyecto Hombre. En ambos casos, tanto en quienes se ha conseguido datos de seguimiento como en quienes no, aproximadamente un 10% habían estado en tratamiento (Tabla 112).

Tabla 112 Estancias previas en PH según la existencia o no de datos de seguimiento

Estancias previas en PH	Datos de seguimiento		X ²
	No	Sí	
	N (%)	N (%)	
No	180 (91,4%)	188 (87,0%)	1,6
Sí	17 (8,6%)	28 (13,0%)	
Total	197 (100%)	216 (100%)	

También ha resultado equilibrado el grupo con datos de seguimiento en cuanto a la sustancia principal de consumo. El 75,1% de los componentes de este grupo eran consumidores de heroína, frente al 77,2% de los que no se han conseguido datos de seguimiento (Tabla 113).

Tabla 113 Sustancia principal de consumo según existencia de datos de seguimiento

Sustancia principal	Datos de seguimiento		X ²
	No	Sí	
	N (%)	N (%)	
Heroína	112 (77,2%)	142 (75,1%)	2
Estimulantes	6 (4,2%)	8 (4,2%)	
Cocaína	10 (6,9%)	19 (10,1%)	
Hachís	2 (1,4%)	4 (2,1%)	
Alcohol	2 (1,4%)	1 (0,5%)	
Mezcla (cocaína+heroína)	13 (9,0%)	15 (7,9%)	
Total	145 (100%)	189 (100%)	

Lo mismo ocurre con la vía preferente de consumo. En ambos grupos la vía principal de consumo era la intravenosa (81,1% y 73,5%), tal y como se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 114 Vía preferente de consumo en función de la existencia de datos de seguimiento

Vía de consumo	Datos de seguimiento		χ^2
	No	Sí	
	N (%)	N (%)	
Intravenosa	103 (81,1%)	136 (73,5%)	2
Resto de vías	24 (18,9%)	49 (26,5%)	
Total	127 (100%)	185 (100%)	

Por último (Tabla 115), señalar que se han encontrado significativamente más sujetos que habían finalizado el tratamiento (64,4%) que entre quienes lo abandonaron prematuramente (35,6%).

Tabla 115 Existencia de datos de seguimiento en función del modo de finalización

	Datos de seguimiento		χ^2
	No	Sí	
	N (%)	N (%)	
Altas	75 (37,7%)	139 (64,4%)	28,4*
Abandonos	124 (62,3%)	77 (35,6%)	
Total	199 (100%)	216 (100%)	

En síntesis:

- En lo concerniente a las variables sociodemográficas, no se aprecian sesgos de la muestra de la que se han obtenido datos de seguimiento en cuanto al sexo, la edad en el momento del ingreso, el nivel de estudios o el estado civil.
- Por lo que respecta a las variables del tratamiento, no se aprecian diferencias estadísticamente significativas en las expulsiones del tratamiento ni en los ingresos previos.
- En cuanto a las variables de consumo, no se encuentran sesgos en la sustancia motivo de tratamiento, ni en la vía de consumo.

Sí, se encuentran, por el contrario, las siguientes diferencias:

- Están representadas en menor proporción las personas con abandonos previos.
- Están sobrerrepresentadas las personas que abandonaron en la Fase de Reinserción, e infrarepresentadas las personas que abandonaron en

la Fase de Acogida.

- Se ha localizado en mayor proporción a personas que completaron el programa en su totalidad.

4.2.1. Características de las personas de las que se han obtenido datos de seguimiento

En este apartado, tal y como se ha apuntado previamente, se lleva a cabo, en primer lugar, una comparación entre las personas fallecidas y las personas entrevistadas. En segundo lugar, se caracterizan brevemente las personas entrevistadas.

Comparación entre las personas entrevistadas y las personas fallecidas

En el seguimiento se ha encontrado que 61 personas (14,7% de la muestra total) han fallecido. Entre las altas los pacientes fallecidos en el tiempo de seguimiento han sido 26 (12,6%), y entre los abandonos 35 (17,3%). No se encuentra una diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2 = 1,73$; $p = 0,19$) entre ambos grupos.

Un 72,1% de los fallecidos eran hombres, y un 27,9% eran mujeres. No se han hallado diferencias estadísticamente significativas respecto a las personas entrevistadas en cuanto al sexo (Tabla 116).

Tabla 116 Comparación personas fallecidas/entrevistadas según el sexo

	Entrevistados	Fallecidos	χ^2
	N (%)	N (%)	
Hombre	107 (69,0%)	44 (72,1%)	0,08
Mujer	48 (31,0%)	17 (27,9%)	
Total	155 (100%)	61 (100%)	

Tampoco los pacientes fallecidos habían estado previamente en el programa en más ocasiones que los pacientes entrevistados (Tabla 117).

Tabla 117 Comparación personas fallecidas/entrevistadas según la existencia de ingresos previos en PH

Ingresos previos en PH	Entrevistados	Fallecidos	χ^2
	N (%)	N (%)	
No	135 (87,1%)	53 (86,9%)	0
Sí	20 (12,9%)	8 (13,1%)	
Total	155 (100%)	61 (100%)	

Asimismo, mientras que entre las personas que se ha entrevistado la heroína era la sustancia de consumo preferente para el 71,3%, este porcentaje se incrementa hasta el 89,7% entre los fallecidos en el seguimiento (Tabla 118).

Tabla 118 Comparación personas fallecidas/entrevistadas según la sustancia principal de consumo

	Entrevistados	Fallecidos	χ^2
	N (%)	N (%)	
Heroína	107 (71,3%)	35 (89,7%)	4,7*
Resto de sustancias	43 (28,7%)	4 (10,3%)	
Total	150 (100%)	39 (100%)	

* $p < 0,05$

De forma paralela, las personas que han fallecido en el seguimiento presentaban en un 94,7% de los casos un patrón de consumo intravenoso al ingreso del tratamiento, frente al 68% de las personas que se han entrevistado (Tabla 119).

Tabla 119 Comparación personas fallecidas/entrevistadas según la vía principal de consumo

	Entrevistados	Fallecidos	χ^2
	N (%)	N (%)	
Intravenosa	100 (68,0%)	36 (94,7%)	9,7*
Otras vías	47 (32,0%)	2 (5,3%)	
Total	147 (100%)	38 (100%)	

* $p < 0,01$

En síntesis:

- Las personas fallecidas habían consumido en mayor proporción heroína, y la vía de consumo era principalmente la intravenosa.

Breve caracterización de las personas entrevistadas

Se ha entrevistado a 155 personas, de las que el 27% (n= 42) eran abandonos y el 73% (n= 113) eran altas.

Los abandonos son en un 81% (n= 34) hombres, y en un 19% (n= 8) mujeres. Por otra parte, las altas son un 64,6% (n= 73) hombres y un 35,4% (n= 40) mujeres.

El tiempo promedio transcurrido desde que se dejó el programa hasta el momento de la entrevista es de 6 años, con un rango de entre medio año y casi 13 años. Mientras que no se hallan diferencias estadísticamente significativas en el tiempo transcurrido entre hombres y mujeres, los abandonos que se han entrevistado presentan más de un año de diferencia respecto de las altas (Tabla 120).

Tabla 120 Tiempo transcurrido desde que se dejó el programa hasta la entrevista de seguimiento, total, según modo de finalización y según sexo

	N	X	DT	Mínimo	Máximo	t
Total	155	6,0	2,3	0,6	12,9	
Altas	113	5,7	2,1	0,6	9,4	3,2*
Abandonos	42	7,0	2,4	3,0	12,9	
Hombres	107	6,1	2,3	0,6	12,9	0,8
Mujeres	48	5,8	2,1	0,9	9,4	

* $p < 0,001$

4.2.2. Consumo de sustancias

En cuanto al consumo de sustancias, un 46,5% de la muestra entrevistada (N= 155) ha tenido alguna recaída, según el criterio adoptado para

la presente investigación. Esto es, al menos tres consumos de una sustancia ilegal en un periodo de tiempo inferior a dos meses.

Ahora bien, tal y como se observa en la Tabla 121, estas recaídas son significativamente más altas entre las personas que abandonaron el tratamiento (83,3%) que entre las que finalizaron el programa (23,7%).

Tabla 121 Existencia de recaída según modo de finalización del programa

	Recaída		Total	X ²
	No	Sí		
Abandono	7 (16,7%)	35 (83,3%)	42	29,5*
Alta	76 (67,3%)	37 (23,7%)	113	
Total	83 (53,5%)	72 (46,5%)	155	

* $p < 0,001$

No obstante, dichas recaídas no se ven afectadas por el sexo de los pacientes (Tabla 122).

Tabla 122 Existencia de recaída según sexo

Existencia de recaída	Hombre	Mujer	X ²
	N (%)	N (%)	
No	56 (67,5%)	27 (32,5%)	0,07
Sí	51 (70,8%)	21 (29,2%)	
Total	107 (69,0%)	48 (31,0%)	

Tampoco se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el tiempo transcurrido desde que se dejó el programa hasta el momento de realización de la entrevista (Tabla 123).

Tabla 123 Tiempo transcurrido desde que se dejó el programa hasta la entrevista, en función de existencia de alguna recaída

¿Alguna recaída?	N	X	DT	t
No	83	5,7	2,2	1,6
Sí	72	6,3	2,3	

No obstante, hay que tener presente que la existencia de estas recaídas no implica que los pacientes que las han sufrido siguiesen consumiendo algún

tipo de sustancia ilegal en el momento de la entrevista. En la Tabla 124 se presentan los casos de consumidores en activo y el tipo de sustancia consumida en el momento de la entrevista.

En dicha tabla se observa cómo la sustancia más consumida es el hachís (22,6%), seguida por las benzodicepinas (11%) y la metadona (9%). No obstante, sobre estas dos sustancias se valora más adelante su uso como parte de un tratamiento médico.

Tabla 124 Consumidores en activo en el momento de la entrevista

Consumidores en activo	Total (N= 155)	Con recaída (N= 72)	Sin recaída (N= 83)
	N (%)	N (%)	N (%)
Barbitúricos	0	0	0
Benzodicepinas	17 (11,0%)	15 (20,8%)	2 (2,4%)
Otros sedantes	4 (2,6%)	4 (5,6%)	0
Morfina	0	0	0
Heroína	1 (0,6%)	1 (1,4%)	0
Sustitutivos	0	0	0
Metadona	14 (9,0%)	14 (19,4%)	0
Anfetaminas y derivados	1 (0,6%)	0	1 (1,2%)
Cocaína	6 (3,9%)	4 (5,6%)	2 (2,4%)
Crack	0	0	0
Éxtasis	1 (0,6%)	0	1 (1,2%)
Otras drogas de diseño	1 (0,6%)	0	1 (1,2%)
Hachís	35 (22,6%)	29 (40,3%)	6 (7,2%)
Alucinógenos	1 (0,6%)	0	1 (1,2%)
Anfetas/coca+heroína	1 (0,6%)	0	1,2

Nadie consume morfina, crack o inhalantes en el periodo de seguimiento. Tan sólo una persona consume alucinógenos y otra algún otro tipo de drogas de diseño.

En todos los casos las personas que abandonaron el tratamiento consumen en mayor proporción que quienes lo completaron en su totalidad.

Cuando se valora el uso de sustancias como parte de un tratamiento médico (Tabla 125) se aprecia cómo no hay ningún paciente que consuma metadona fuera de un tratamiento de esas características. Las benzodiacepinas y los barbitúricos sí que presentan algunos consumos aislados sin prescripción facultativa.

Tabla 125 Consumo de psicofármacos con y sin tratamiento

	¿En tratamiento?	Total (N= 155)	Con recaída (N= 72)	Sin recaída (N= 83)
		N (%)	N (%)	N (%)
Barbitúricos	Sí	2 (1,3%)	2 (2,8%)	0
	No	1 (0,6%)	0	1 (1,2%)
Benzodiacepinas	Sí	27 (17,4%)	21 (29,2%)	6 (7,2%)
	No	4 (2,6%)	4 (5,6%)	0
Otros sedantes	Sí	8 (5,2%)	8 (11,1%)	0
	No	3 (1,9%)	3 (4,2%)	0
Metadona	Sí	22 (14,2%)	22 (30,6%)	0
	No	0	0	0

En la siguiente tabla se presentan los casos de personas que en algún momento han mantenido una frecuencia de consumo diario para las diferentes sustancias. En dicha tabla se han eliminado los consumos derivados de tratamientos médicos.

Tabla 126 Personas que han mantenido una frecuencia de consumo diario en algún momento/sustancias

Consumos diarios (N= 155)	N (%)
Barbitúricos	0*
Benzodiacepinas	0*
Otros sedantes	2 (1,3%)
Heroína	14 (9,0%)
Sustitutivos	0
Metadona	0*
Anfetaminas y derivados	0
Cocaína	14 (9,0%)
Éxtasis	0
Hachís	17 (11,0%)
Anfetas/coca+heroína	11 (7,1%)

*Se excluye a quienes consumen por prescripción facultativa

El hachís (11%), la heroína y la cocaína (9% cada una de ellas) son las sustancias que más han derivado en un uso diario. Además un 7% de pacientes ha mantenido consumos diarios de la mezcla de anfetaminas o cocaína con heroína (*speed-ball*). Estos resultados son muy semejantes a los consumos “*esporádicos*” mantenidos por los pacientes y que se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 127 Porcentaje de uso “*esporádico*” de las diferentes sustancias

Consumos “ <i>esporádicos</i> ”	N= 155 (%)
Barbitúricos	0
Benzodiacepinas	0
Otros sedantes	0
Heroína	13 (8,4%)
Sustitutivos	1 (0,6%)
Metadona	0
Anfetaminas y derivados	2 (1,3%)
Cocaína	13 (8,4%)
Éxtasis	4 (2,6%)
Hachís	20 (12,9%)
Anfetas/coca+heroína	1 (0,6%)

Nuevamente es el hachís la sustancia que más se ha consumido (12,9%) seguida por la heroína y cocaína (8,4%), aunque en este caso la mezcla de anfetaminas o cocaína con heroína apenas está representada.

Ahora bien, cuando se valora la frecuencia de “*raras veces*”, esto es, alguna vez al año, la heroína y cocaína, junto con el hachís se presentan como las sustancias más consumidas (casi el 15% de los pacientes). Nuevamente el resto de sustancias apenas están representadas en esta frecuencia de consumo.

Tabla 128 Porcentaje de uso “*raras veces*” según existencia de alguna recaída

Consumos “ <i>raras veces</i> ”	Total	Con recaída	Sin recaída
	N (%)	N (%)	N (%)
Barbitúricos	1 (0,6%)	0	1 (1,2%)
Benzodiacepinas	1 (0,6%)	0	1 (1,2%)
Otros sedantes	1 (0,6%)	1 (1,4%)	0
Heroína	23 (14,8%)	15 (20,8%)	8 (9,6%)
Sustitutivos	0	0	0
Metadona	0	0	0
Anfetaminas y derivados	5 (3,2%)	4 (5,6%)	1 (1,2%)
Cocaína	23 (14,8%)	15 (20,8%)	8 (9,6%)
Éxtasis	3 (1,9%)	1 (1,4%)	2 (2,4%)
Hachís	22 (14,2%)	13 (18,1%)	9 (10,8%)
Alucinógenos	1 (0,6%)	0	1 (1,2%)
Anfetas/coca+heroína	0	0	0

En cuanto al tiempo mínimo transcurrido desde el fin del contacto con el programa hasta el primer consumo, los resultados se presentan en la Tabla 129. En dicha tabla se presenta, asimismo, el porcentaje de sujetos que al menos han probado una vez cada sustancia en el seguimiento. La sustancia más prevalente ha sido el hachís (37,4%), seguido por la cocaína (31,6%) y la heroína (18,7%).

En general, los tiempos medios para consumir cualquier sustancia son superiores a los que se refieren habitualmente en la bibliografía. Aun cuando en algunos casos (como en el consumo de hachís) los valores mínimos indican un primer consumo en el primer mes tras dejar el tratamiento, en otras sustancias se demora más. Bien es cierto que en todos los casos las desviaciones típicas son muy semejantes a la media, lo cual indica una gran dispersión de los valores hallados.

Tabla 129 Meses transcurridos desde el alta hasta el primer consumo

Meses desde el alta hasta consumo de...	N (%)	Mínimo	Máximo	X	DT
Barbitúricos	3 (1,9%)	12	96	--	--
Benzodiacepinas	24 (15,5%)	3	96	50,6	28,3
Otros sedantes	10 (6,5%)	24	96	--	--
Heroína	29 (18,7%)	1	108	36,8	28,5
Sustitutivos	3 (1,9%)	42	96	--	--
Metadona	19 (12,3%)	18	102	52,4	26
Anfetaminas y derivados	11 (7,1%)	1	60	--	--
Cocaína	49 (31,6%)	1	108	37,3	25,9
Éxtasis	10 (6,5%)	1	60	--	--
Hachís	58 (37,4%)	0,5	84	29,8	22,6
Anfetaminas/coca+heroína	12 (7,7%)	3	96	--	--

Un dato importante es que las personas que han comenzado un tratamiento de metadona lo han hecho, como mínimo, tres años después de su anterior contacto con el programa.

En los casos en que se disponía de suficiente número de sujetos se ha comparado el tiempo medio transcurrido para el primer consumo de cada sustancia entre quienes han tenido alguna recaída y entre quienes no (Tabla 130).

Tabla 130 Comparación del tiempo medio transcurrido hasta el primer consumo entre quienes han tenido alguna recaída y entre quienes no

Consumo de...	¿Alguna recaída?	N	X	DT	U
Cocaína	No	12	38,6	30,8	220
	Sí	37	36,8	24,5	
Hachís	No	18	35,0	23,3	294
	Sí	40	27,4	22,1	
Heroína	No	2	43,0	58,0	26,5
	Sí	27	36,3	27,3	

No se han hallado diferencias estadísticamente significativas en el tiempo medio transcurrido entre quienes han tenido alguna recaída y entre quienes no. No obstante, un dato se infiere de la anterior tabla: de las 29 personas que han probado la heroína tras dejar el programa de tratamiento, 27

(93,1%) han recaído. En el caso de la cocaína y el hachís han recaído, respectivamente, el 75,5% y el 68,9%.

A los pacientes que realizaron durante dos meses, al menos tres consumos de sustancias ilegales, se les aplica la *Entrevista de Recaídas*. Un 28,8% (n= 21) no da ningún motivo concreto para el primer consumo. Un 41,1% da un único motivo, y 22 personas dan más de uno (Tabla 131).

Tabla 131 Número de determinantes de recaída seleccionados

Nº de determinantes	N (%)	% Acumulado
0	21 (28,8%)	28,8
1	30 (41,1%)	69,9
2	10 (13,7%)	83,6
3	6 (8,2%)	91,8
4	4 (5,5%)	97,3
5	1 (1,4%)	98,6
8	1 (1,4%)	100
Total	73 (100%)	

En total se han recogido 97 motivos de recaída. Los principales determinantes de recaída son los intrapersonales, señalados en el 82,5% de los casos. Dentro de los determinantes intrapersonales, enfrentarse a otros estados emocionales negativos es el más señalado, tal y como se observa en la Tabla 132.

Tabla 132 Determinantes intrapersonales de la recaídas

I) Determinantes intrapersonales	N=97 (%)
A) Enfrentarse a estados emocionales negativos	48 (49,5%)
1) Enfrentarse a la frustración/ira	5 (5,2%)
2) Enfrentarse a la depresión	0
3) Enfrentarse a la ansiedad	0
4) Enfrentarse a otros estados de ánimo negativos	43 (44,3%)
B) Enfrentarse a estados físicos negativos	3 (3,1%)
1) Enfrentarse a estados físicos asociados al consumo anterior	1 (1%)
2) Enfrentarse a otros estados físicos	2 (2,1%)
C) Potenciar estados emocionales positivos	2 (2,1%)
D) Poner a prueba el control personal	10 (10,3%)
E) Ceder a tentaciones o impulsos	17 (17,5%)
1) En presencia de claves asociadas a las drogas	16 (16,5%)
2) En ausencia de claves	1 (1%)
TOTAL DETERMINANTES INTRAPERSONALES	80 (82,5%)

Entre los determinantes interpersonales (17,5%), el más señalado es enfrentarse al conflicto interpersonal, señalado en el 9,3% de las ocasiones (Tabla 133).

Tabla 133 Determinantes interpersonales de las recaídas

II) Determinantes interpersonales	N=97 (%)
A) Enfrentarse al conflicto interpersonal	9 (9,3%)
1) Enfrentarse a la frustración/ira	0
2) Enfrentarse a la depresión	0
3) Enfrentarse a la ansiedad	0
4) Enfrentarse a otros estados de ánimo negativos	9 (9,3%)
B) Presión social	2 (2,1%)
1) Presión social directa	0
2) Presión social indirecta	2 (2,1%)
C) Potenciar estados de ánimo positivos	6 (6,2%)
TOTAL DETERMINANTES INTERPERSONALES	17 (17,5%)

4.2.3. Consumo de alcohol

Un 1,3% de los pacientes entrevistados considera que ha tenido problemas muy graves con el alcohol tras el alta. Un 8,4% considera que los ha tenido graves, y un 5,2% que los ha tenido moderados. Un 83,9% considera

que no ha tenido ningún problema con el alcohol (Tabla 134).

Tabla 134 Problemas tenidos con el alcohol tras el alta

	General		Abandonos	Altas
	N (%)	% Acumulado	N (%)	N (%)
Ninguno	130 (83,9%)	83,9	29 (69,0%)	101 (89,4%)
Problemas leves	2 (1,3%)	85,2	1 (2,4%)	1 (0,9%)
Problemas moderados	8 (5,2%)	90,3	3 (7,1%)	5 (4,4%)
Problemas graves	13 (8,4%)	98,7	9 (21,4%)	4 (3,5%)
Problemas muy graves	2 (1,3%)	100	0	2 (1,8%)
Total	155 (100%)		42 (100%)	113 (100%)

Las personas que abandonaron el programa presentan una mayor problemática con el alcohol que quienes lo completaron. Así, mientras que un 69% de los abandonos no se reconoce problemas con el alcohol, entre las altas este porcentaje llega hasta casi el 90%.

En la Tabla 135 se detallan las medidas de tendencia central del *AUDIT*, del *Índice de Severidad del Alcoholismo* y del *Análisis de las Unidades de Medida Estándar/semana*.

Tabla 135 Medidas de tendencia central del *AUDIT*, del *Índice de Severidad del Alcoholismo* y consumo de *UBES/semana*

	Puntuación total <i>AUDIT</i>	Índice severidad alcoholismo	UBES/semana
Media	5,0	0,5	6,1
Mediana	4	0	1,5
DT	5,1	1,9	13,8
Mínimo	0	0	0
Máximo	31	12	126

En la Tabla 136 se presentan las correlaciones obtenidas entre las anteriores tres escalas junto con la autovaloración que han hecho los pacientes de sus problemas con el alcohol. Todas las correlaciones son positivas, y excepto en el caso de la autovaloración de los pacientes con el consumo de *UBES alcohol/semana* que es una correlación baja (0,169), el resto son correlaciones moderadas (0,41; 0,63), o incluso altas (0,77)

Tabla 136 Correlación entre las diferentes medidas del consumo de alcohol

	UBES alcohol/semana	Puntuación Total AUDIT	Autovaloración
UBES alcohol/semana	1	0,635**	0,169*
Índice Severidad alcoholismo	0,413**	0,779**	0,543**
Autovaloración	0,169*	0,468**	1

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

Un 88,4% (n= 90) de los pacientes consume menos de 14 UBES a la semana. Un 9% (n= 13) consume entre 15 y 28 UBES a la semana y un 2,5% (n=5) consume más de 29.

Un 3,7% (Tabla 137) tiene un consumo de alcohol por encima del *consumo seguro* determinado por la OMS (más de 28 unidades a la semana para el varón).

Tabla 137 Consumo global de alcohol / semana en función del sexo

Consumo global alcohol/semana	Hombre	Mujer
	N (%)	N (%)
0-14	90 (84,1%)	47 (97,9%)
15-28	13 (12,1%)	1 (2,1%)
29-42	1 (0,9%)	0
43-84	2 (1,9%)	0
>84	1 (0,9%)	0
Total	107 (100%)	48 (100%)

Cuando se compara el consumo de alcohol según el modo de finalización, el sexo, o la existencia de recaídas, tan sólo en el sexo se encuentra una diferencia estadísticamente significativa. Los hombres consumen, como media, un mayor número de UBES/semana (Tabla 138).

Tabla 138 Comparación de consumo de alcohol según modo de finalización, sexo y existencia de alguna recaída

UBES alcohol/semana		N	X	DT	t
Modo de finalización	Abandono	42	8,3	21,8	0,9
	Alta	113	5,3	9,2	
Sexo	Hombre	107	7,4	16,2	2,5*
	Mujer	48	3,2	4,2	
¿Alguna recaída?	No	83	6,2	9,2	0,1
	Sí	72	6,0	17,7	

* $p < 0,05$

Cuando se valoran las puntuaciones del *AUDIT* según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (consumo seguro <9 , de riesgo entre 9-18 y dañino por encima de 18), un 82,6% ($n= 128$) presenta consumo seguro. Un 14,8% ($n= 23$) tiene lo que se considera un consumo perjudicial, y un 2,6% ($n= 4$) un consumo dañino.

Los abandonos presentan un mayor porcentaje de consumo perjudicial o dañino frente a las altas (28,6% vs. 13,3%). Sin embargo, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre quienes han tenido alguna recaída y quienes no la han tenido (Tabla 139).

Tabla 139 Criterios de consumo de la OMS a partir del *AUDIT* según el modo de finalización y existencia de alguna recaída

Consumo de alcohol (OMS)	Modo de finalización			¿Alguna recaída?		
	Abandono	Alta	χ^2	No	Sí	χ^2
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
Uso	30 (71,4%)	98 (86,7%)	3,97*	72 (86,7%)	56 (77,8%)	0,51
Perjudicial/dañino	12 (28,6%)	15 (13,3%)		11 (13,3%)	16 (22,2%)	
Total	42 (100%)	113 (100%)		83 (100%)	72 (100%)	

* $p < 0,05$

Ahora bien, cuando se comparan las puntuaciones del *AUDIT* de forma cuantitativa, no se alcanza en ninguna de las tres submuestras valoradas (sexo, modo de finalización y existencia de recaída) la puntuación de 9. Tampoco se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ellas.

Tabla 140 Comparación de la puntuación total del AUDIT según el sexo, modo de finalización y existencia de alguna recaída

Puntuación total AUDIT		N	X	DT	t
Sexo	Hombre	107	5,1	5,2	0,3
	Mujer	48	4,8	4,9	
Modo de finalización	Abandono	42	6,6	6,6	2,0
	Alta	113	4,4	4,3	
¿Alguna recaída?	No	83	4,3	3,5	1,6
	Sí	72	5,7	6,5	

En el cuestionario de seguimiento también se pregunta sobre el número de veces que se han emborrachado en el último año. Son 151 pacientes los que han contestado a esta cuestión. Un 81,5% (n= 123) no se ha emborrachado ninguna vez. Un 11,6% se ha emborrachado menos de tres veces, y un 6,5% más de tres veces. Sobre el total de pacientes, la media de borracheras es de 4,5, (DT= 18,5). Ahora bien, excluyendo del cálculo a quienes no se han emborrachado ninguna vez, la media de borracheras llega a 11 (DT= 22).

Como resumen de los anteriores resultados, se da como recaída en el alcohol, a aquellas personas que han puntuado positivamente en el *Índice de Severidad del Alcoholismo*. Para realizar esta valoración no se ha tenido en cuenta si anteriormente presentaron un problema de dependencia alcohólica.

De esta manera, son un 13,5% los pacientes que han recaído en el alcohol. Siendo, este porcentaje mayor (Tabla 141) entre los abandonos (26,2%) que entre las altas (8,8%).

Tabla 141 Recaída en el alcohol según alta/abandono

Recaída alcohol	Total	Abandono	Alta	X ²
	N (%)	N (%)	N (%)	
No	134 (86,5%)	31 (73,8%)	103 (91,2%)	6,4*
Sí	21 (13,5%)	11 (26,2%)	10 (8,8%)	
Total	155 (100%)	42 (100%)	113 (100%)	

*p < 0,05

No obstante, no se aprecian diferencias estadísticamente significativas según el sexo, tal y como se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 142 Recaída en el alcohol según el sexo

Recaída alcohol	Total	Hombre	Mujer	χ^2
	N (%)	N (%)	N (%)	
No	134 (86,5%)	94 (87,9%)	40 (83,3%)	0,26
Sí	21 (13,5%)	13 (12,1%)	8 (16,7%)	
Total	155 (100%)	107 (100%)	48 (100%)	

Después de determinar la recaída en el consumo de alcohol, se evaluó a los pacientes que habían tenido alguna, con la *Entrevista de Recaídas*. De los 21 pacientes que habían tenido alguna recaída, 4 no lograron identificar ningún motivo para el comienzo en el consumo de alcohol. Del resto (n= 17) de pacientes se presentan los resultados obtenidos en la siguiente tabla.

Los motivos principales aducidos para el primer consumo están vinculados a determinantes intrapersonales con un 76,5% de respuestas positivas (Tabla 143). Dentro de los determinantes intrapersonales, *enfrentarse a otros estados de ánimo negativos* se considera el determinante principal para un 41,2% del total de recaídos.

Tabla 143 Determinantes intrapersonales para el primer consumo de alcohol

I) Determinantes intrapersonales	N=19 (%)
A) Enfrentarse a estados emocionales negativos	7 (41,2%)
1) Enfrentarse a la frustración/ira	1 (5,9%)
2) Enfrentarse a la depresión	0
3) Enfrentarse a la ansiedad	0
4) Enfrentarse a otros estados de ánimo negativos	6 (35,3%)
B) Enfrentarse a estados físicos negativos	2 (11,8%)
1) Enfrentarse a estados físicos asociados al consumo anterior	1 (5,9%)
2) Enfrentarse a otros estados físicos	1 (5,9%)
C) Potenciar estados emocionales positivos	1 (5,9%)
D) Poner a prueba el control personal	2 (11,8%)
E) Ceder a tentaciones o impulsos	1 (5,9%)
1) En presencia de claves asociadas a las drogas	1 (5,9%)
2) En ausencia de claves	0
TOTAL DETERMINANTES INTRAPERSONALES	13 (76,5%)

En la Tabla 144 se presentan los determinantes interpersonales. Éstos han sido señalados por un 23,5% de los sujetos, y dentro de los mismos, *enfrentarse a otros estados de ánimo negativos* es el más señalado (17,6%).

Tabla 144 Determinantes interpersonales para el primer consumo de alcohol

II) Determinantes interpersonales	N=19 (%)
A) Enfrentarse al conflicto interpersonal	3 (17,6%)
1) Enfrentarse a la frustración/ira	0
2) Enfrentarse a la depresión	0
3) Enfrentarse a la ansiedad	0
4) Enfrentarse a otros estados de ánimo negativos	3 (17,6%)
B) Presión social	1 (5,9%)
1) Presión social directa	0
2) Presión social indirecta	1 (5,9%)
C) Potenciar estados de ánimo positivos	0
TOTAL DETERMINANTES INTERPERSONALES	4 (23,5%)

Para concluir este apartado, se presenta la valoración que hacen los pacientes de su evolución en el consumo de alcohol tras dejar el programa de tratamiento. En la Tabla 145 se recoge cómo casi un 21% de los sujetos considera que durante el periodo de seguimiento ha bebido más alcohol que en la actualidad, aunque sin problemas. Cerca de un 11% considera que ha bebido más alcohol con un algún tipo de problemas. Sin embargo, un 66,5% de los entrevistados no ha bebido en mayor cantidad.

Tabla 145 ¿Ha existido algún período de tiempo, tras el alta, en el que consumiera más alcohol que en la actualidad?

	N (%)	% Acumulado
No	103 (66,5%)	66,5
Sí, sin problemas	32 (20,6%)	87,1
Sí, problemas leves	3 (1,9%)	89,0
Sí, problemas moderados	5 (3,2%)	92,3
Sí, problemas graves	12 (7,7%)	100

4.2.4. Situación familiar

En cuanto a la situación familiar, 53 pacientes (34%) no cambian la

convivencia que tuvieron durante el tratamiento. En el resto (66%), el principal motivo de cambio fue comenzar a convivir con su pareja (Tabla 146).

Tabla 146 Cambio de situación de convivencia tras el tratamiento

	N (%)
No	53 (34,2%)
Pareja	65 (41,9%)
Solo	19 (12,3%)
Familia de origen	8 (5,2%)
Con otra pareja	1 (0,6%)
Otros familiares	4 (2,6%)
Otras personas	5 (3,2%)
Total	155 (100%)

En la mayoría de los casos (75%) los pacientes valoran que la situación familiar ha mejorado tras el alta. Un 8% considera que ha empeorado (Tabla 147).

Tabla 147 Evolución de la situación familiar tras el alta

	N (%)	% Válido	% Acumulado
Empeoró mucho	6 (3,9%)	3,9	3,9
Empeoró	6 (3,9%)	3,9	7,8
Sin cambios	26 (16,8%)	16,9	24,7
Mejóro	64 (41,3%)	41,6	66,2
Mejóro mucho	52 (33,5%)	33,8	100
No contesta	1 (0,6%)	--	
Total	155 (100%)	100	

Si bien no existe una relación estadísticamente significativa entre la evolución de la situación familiar y las variaciones realizadas (Tabla 148), sí la hay entre las personas que abandonaron el tratamiento y entre las que han tenido alguna recaída.

Tabla 148 Evolución de la situación familiar en función de los cambios realizados

	Empeoró	Sin cambios	Mejóro
No	4	13	35
	33,3%	50%	30,2%
Pareja	4	6	55
	33,3%	23,1%	47,4%
Solo	3	4	12
	25,0%	15,4%	10,3%
Familia de origen	0	1	7
	--	3,8%	6,0%
Con otra pareja	0	1	0
	0,0	3,8%	--
Otros familiares	0	1	3
	--	3,8%	2,6%
Otras personas	1	0	4
	8,3%	--	3,4%
Total	12	26	116

Así, en la Tabla 149 se aprecia cómo el 11,2% de las personas que han tenido alguna recaída considera que su relación empeoró frente al 4,8% de las que no han tenido ninguna recaída.

Tabla 149 Evolución de la situación familiar tras el alta según recaída

	Total	¿Alguna recaída?		X ²
		No	Sí	
	N (%)	N (%)	N (%)	
Empeoró/Empeoró mucho	12 (7,8%)	4 (4,8%)	8 (11,2%)	22,06*
Sin cambios	26 (16,9%)	16 (19,3%)	10 (14,1%)	
Mejóro	64 (41,6%)	23 (27,7%)	41 (57,7%)	
Mejóro mucho	52 (33,8%)	40 (48,2%)	12 (16,9%)	
TOTAL	154 (100%)	83 (100%)	71 (100%)	

* $p < 0,001$

Algo semejante ocurre entre quienes abandonaron el tratamiento (Tabla 150). Mientras que para el 14,6% de los abandonos la situación familiar empeoró, este porcentaje se reduce al 5% entre las altas.

Tabla 150 Evolución de la situación familiar tras el alta según finalización

	Total	Abandonos	Altas	χ^2
	N (%)	N (%)	N (%)	
Empeoró/Empeoró mucho	12 (7,8%)	6 (14,6%)	6 (5,4%)	13,9*
Sin cambios	26 (16,9%)	7 (17,1%)	19 (16,8%)	
Mejóro	64 (41,6%)	23 (56,1%)	41 (36,2%)	
Mejóro mucho	52 (33,8%)	5 (12,2%)	47 (41,6%)	
TOTAL	154 (100%)	41 (100%)	113 (100%)	

* $p < 0,001$

Un 76% de los pacientes ($n = 118$) no tiene ningún familiar en el entorno que consuma drogas. Un 17% ($n = 27$) tiene un familiar, y un 6,4% ($n = 10$) tiene más de 2. Cuando se valora la existencia de familiares que consumen drogas en el entorno de los pacientes no se hallan diferencias estadísticamente significativas, en relación con el abandono y con la existencia de recaídas (Tabla 151).

Tabla 151 Presencia de familiares que consumen según el modo de finalización y existencia de alguna recaída

Familiares que consumen	Modo de finalización		χ^2	¿Alguna recaída?		χ^2
	Abandono	Alta		No	Sí	
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
No	30 (71,4%)	12 (28,6%)	0,4	66 (79,5%)	17 (20,5%)	0,8
Sí	88 (77,9%)	25 (22,1%)		52 (72,2%)	20 (27,8%)	
Total	118 (76,1%)	37 (23,9%)		118 (76,1%)	37 (23,9%)	

4.2.5. Situación educativa

En cuanto a la situación educativa, el 60% ($n = 93$) de los pacientes siguió algún tipo de curso tras dejar el programa. Un 54,8% ($n = 85$) realizó cursos de formación no reglada y un 16% ($n = 25$) superó cursos de formación reglada. No se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre las altas y los abandonos, o entre quienes han tenido alguna recaída y quienes no.

Tabla 152 Realización de cursos de formación tras dejar el programa en función del modo de finalización y existencia de recaídas

Realizó curso tras el alta	Modo de finalización			¿Alguna recaída?		
	Abandono	Alta	χ^2	No	Sí	χ^2
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
No	12 (28,6%)	50 (44,2%)	2,5	38 (45,8%)	24 (33,3%)	2,0
Sí	30 (71,4%)	63 (55,8%)		45 (54,2%)	48 (66,7%)	
Total	42 (100%)	113 (100%)		83 (100%)	72 (100%)	

De las 64 personas que han realizado cursos con el objetivo de mejorar u obtener empleo, el 56,2% (n= 36) cree que le han servido, en alguna medida, para el objetivo propuesto. Por el contrario, el 44% (n= 28) afirma que no le han servido.

4.2.6. Situación laboral

Por lo que se refiere a la situación laboral, el 59% de los sujetos ha trabajado todo el tiempo tras la separación del programa. Un 3% no ha trabajado nunca, y un 17% ha trabajado menos del 50% del tiempo transcurrido (Tabla 153).

Tabla 153 Porcentaje de tiempo trabajado desde la separación del programa

	N (%)	% Acumulado
No ha trabajado nunca	5 (3,2%)	3,3
Entre el 1% y el 50%	22 (14,2%)	17,5
Entre el 51% y 99%	37 (23,9%)	41,4
Ha trabajado siempre	91 (58,7%)	100
Total	155 (100%)	

Existe una relación estadísticamente significativa entre el tiempo trabajado y la finalización del programa, así como con la existencia de recaídas. Mientras que el 71% de las altas ha trabajado todo el tiempo transcurrido desde la finalización del programa, este porcentaje se reduce al 26% entre los abandonos. En el mismo sentido, mientras que el 75% de

quienes no han tenido ninguna recaída ha trabajado todo el tiempo, este porcentaje se reduce al 40% de quienes sí la han tenido (Tabla 154).

Tabla 154 Porcentaje de tiempo trabajado desde la separación del programa según modo de finalización y existencia de alguna recaída

% de tiempo trabajado	Modo de finalización			¿Alguna recaída?		
	Abandono	Alta	χ^2	No	Sí	χ^2
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
Menos del 51%	20 (47,6%)	7 (6,2%)	40,7*	5 (6,0%)	22 (30,6%)	22,7*
Entre el 51% y 99%	11 (26,2%)	26 (23,0%)		16 (19,3%)	21 (29,2%)	
Ha trabajado siempre	11 (26,2%)	80 (70,8%)		62 (74,7%)	29 (40,3%)	
Total	42 (100%)	113 (100%)		83 (100%)	72 (100%)	

* $p < 0,001$

En líneas generales, para el 82% de los pacientes mejora la satisfacción laboral tras realizar el programa (Tabla 155).

Tabla 155 Evolución de la satisfacción laboral tras dejar el programa

	N (%)
Empeoró mucho	2 (1,4%)
Empeoró	5 (3,5%)
Sin cambios	18 (12,7%)
Mejóro	60 (42,3%)
Mejóro mucho	57 (40,1%)
Total	142 (100%)

Además, los datos anteriores son coherentes con la fuente principal de obtención del dinero. De hecho, para el 81% de los sujetos el sueldo es la principal fuente de ingresos (Tabla 156). Tan sólo un sujeto reconoce que su principal fuente de ingresos sea ilegal.

Tabla 156 Fuente principal de obtención del dinero

	N (%)	% Válido
Sueldo	125 (80,6%)	82,2
Becas y subsidios	20 (12,9%)	13,2
Ayudas de familiares y amigos	4 (2,6%)	2,6
Sueldo y becas y subsidios	2 (1,3%)	1,3
Becas y subsidios y fuentes ilegales	1 (0,6%)	0,7
No aplicable	3 (1,9%)	--
Total	155 (100%)	100

4.2.7. Ocio y tiempo libre

En el área del ocio y tiempo libre, el 88% de los sujetos considera que su uso del tiempo libre ha mejorado (Tabla 157).

Tabla 157 Evolución de satisfacción con el uso del tiempo libre tras el alta

	N (%)	% Válido
Empeoró	7 (4,5%)	4,5
Sin cambios	18 (11,6%)	11,7
Mejóro	78 (50,3%)	50,6
Mejóro mucho	51 (32,9%)	33,1
No contesta	1 (0,6%)	4,5
Total	155 (100%)	100

De hecho, la mayoría de los sujetos realiza con alguna frecuencia actividades en el tiempo libre. Las actividades más practicadas tienen que ver con el ocio (Tabla 158).

Tabla 158 Frecuencia de dedicación a actividades en el tiempo libre

	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N
Actividades deportivas	56 (36,1%)	40 (25,8%)	59 (38,1%)	155
Actividades culturales	87 (56,1%)	47 (30,3%)	21 (13,5%)	
Actividades de ocio	6 (3,9%)	22 (14,2%)	127 (81,9%)	
Actividades políticas	144 (92,9%)	6 (3,9%)	5 (3,2%)	

Las actividades menos practicadas son las vinculadas a la política y a la

cultura. Las más frecuentemente practicadas son las de ocio y deportivas.

Con los anteriores resultados se puede realizar una escala de tiempo de ocupación. Para ello se suma la frecuencia con la que se realizan las diferentes actividades (deportivas, culturales, de ocio y políticas) y se les asigna la puntuación 0, 1 y 2 según hayan elegido la respectiva opción (nunca, algunas veces y frecuentemente). Así, la media de ocupación es de 3,5 (DT= 1,4; 0-7). En este caso no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre altas y abandonos, o sujetos que hayan tenido alguna recaída y no (Tabla 159).

Tabla 159 Escala de tiempo de ocupación según modo de finalización y existencia de alguna recaída

		N	X	DT	t
Modo de finalización	Abandono	42	3,1	1,6	1,8
	Alta	113	3,6	1,4	
¿Alguna recaída?	No	83	3,5	1,4	0,4
	Sí	72	3,4	1,5	

Un 26,5% (n= 41) no tiene amigos no consumidores con los que realizan actividades habitualmente. Los abandonos (57%) y quienes han recaído alguna vez (62%) tienen menos amigos no consumidores que las altas (80%) y quienes no han tenido recaídas (83%), tal y como se presenta en la Tabla 160

Tabla 160 Porcentaje de sujetos que cuenta con grupo de amigos no consumidores con los que realiza actividades frecuentemente, según alta/abandono y alguna recaída

¿Tienen amigos...?	Modo de finalización			¿Alguna recaída?		
	Abandono	Alta	χ^2	No	Sí	χ^2
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
No	18 (42,9%)	23 (20,4%)	6,86*	14 (16,9%)	27 (37,5%)	7,4**
Sí	24 (57,1%)	90 (79,6%)		69 (83,1%)	45 (62,5%)	
Total	42 (100%)	113 (100%)		83 (100%)	72 (100%)	

* $p < 0,01$; ** $p < 0,001$

Sin embargo, los anteriores resultados no implican una mayor relación por parte de los abandonos y quienes han recaído alguna vez con personas consumidoras en activo. De hecho, un 25% de sujetos tiene frecuentemente

relación con consumidores en activo (Tabla 161), y un 27% se relaciona algunas veces.

Tabla 161 Frecuencia de relación con consumidores en activo

Frecuencia relación consumidores en activo	N (%)
Nunca	74 (47,7%)
Algunas veces	42 (27,1%)
Frecuentemente	39 (25,2%)
Total	155 (100%)

Ahora bien, en este caso no se aprecia una relación estadísticamente significativa entre la frecuencia de relación con consumidores en activo y haber abandonado el programa o haber tenido alguna recaída (Tabla 162).

Tabla 162 Frecuencia de relación con consumidores en activo según finalización y recaída

Frecuencia relación	Modo de finalización			¿Alguna recaída?		
	Abandono	Alta	χ^2	No	Sí	χ^2
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
Nunca	21 (50,0%)	53 (46,9%)	0,12	44 (53,0%)	30 (41,7%)	2,61
Algunas veces	11 (26,2%)	31 (27,4%)		22 (26,5%)	20 (27,8%)	
Frecuentemente	10 (23,8%)	29 (25,7%)		17 (20,5%)	22 (30,6%)	
Total	42 (100%)	113 (100%)		83 (100%)	72 (100%)	

4.2.8. Salud

En el área de la salud, el 55% de los sujetos ha notado mejoría tras dejar el programa, y un 10% ha empeorado (Tabla 163).

Tabla 163 Evolución del estado de salud tras dejar el programa

	N (%)	% Acumulado
Empeoró mucho	2 (1,3%)	1,3
Empeoró	14 (9,0%)	10,3
Sin cambios	54 (34,8%)	45,2
Mejóro	54 (34,8%)	80,0
Mejóro mucho	31 (20%)	100
Total	155 (100%)	

Existe una relación estadísticamente significativa entre haber abandonado el programa y la percepción de empeoramiento de la salud. Mientras que un 7% de las altas afirma haber empeorado su estado de salud, este porcentaje llega hasta el 19% entre los abandonos (Tabla 164). Entre quienes han tenido alguna recaída no se aprecia esta relación.

Tabla 164 Evolución del estado de salud tras dejar el programa según modo de finalización y existencia de alguna recaída

Evolución estado salud	Modo de finalización			¿Alguna recaída?		
	Abandono	Alta	χ^2	No	Sí	χ^2
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
Empeoró mucho	8 (19,1%)	8 (7,1%)	11,48*	0 (0%)	2 (2,8%)	8,3
Empeoró				4 (4,8%)	10 (13,9%)	
Sin cambios	17 (40,5%)	37 (32,7%)		32 (38,6%)	22 (30,6%)	
Mejóro	15 (35,7%)	39 (34,5%)		27 (32,5%)	27 (37,5%)	
Mejóro mucho	2 (4,8%)	29 (25,7%)		20 (24,1%)	11 (15,3%)	
Total	42 (100%)	113 (100%)		83 (100%)	72 (100%)	

* $p < 0,01$

Tras dejar el programa la enfermedad más diagnosticada es la hepatitis, con 8 casos (Tabla 165). Asimismo es la enfermedad que más controles o tratamientos ha recibido.

Tabla 165 Diagnósticos y tratamientos o controles tras su estancia en el programa

N válido = 154	Diagnóstico	Tratamiento o controles
	N (%)	N (%)
Seropositivo	0	24 (15,5%)
SIDA	1 (0,6%)	3(1,9%)
Hepatitis	8 (5,2%)	33 (21,3%)
Tuberculosis	2 (1,3%)	1 (0,6%)
ETS	3 (1,9%)	0
Otras	5 (3,2%)	4 (2,6%)

En lo que concierne al *Cuestionario General de Salud-28 (GHQ-28)* en la Tabla 166 se presentan los datos descriptivos del mismo. En ninguna de las dos escalas generales, ni en las diferentes subescalas, las medias de las puntuaciones llegan a 7 puntos, punto de corte para indicar la posible existencia de un caso psiquiátrico. Bien es cierto que en el caso del *CGHQ (0-1-2-3)* la media es de casi 7.

Tabla 166 Descriptivos del Cuestionario General de Salud (GHQ-28)

Puntuaciones GHQ	N	Mínimo	Máximo	X	DT
<i>GHQ (0-0-1-1)</i>	153	0	24	4,0	5,1
Síntomas Somáticos	153	0	7	1,3	1,8
Ansiedad e Insomnio	153	0	7	1,5	2,0
Disfunción Social	153	0	6	0,7	1,2
Depresión	153	0	7	0,4	1,3
<i>CGHQ (0-1-2-3)</i>	153	0	25	6,9	4,9
Síntomas Somáticos	153	0	7	2,1	1,8
Ansiedad e Insomnio	153	0	7	2,7	2,1
Disfunción Social	153	0	6	1,4	1,1
Depresión	153	0	7	0,7	1,5

En este sentido, un 23% de los pacientes presenta una puntuación igual o superior a 7. Dentro de las diferentes subescalas, la que más casos presenta con la puntuación (0-1-2-3) es la subescala de *Ansiedad e Insomnio*. Algo semejante ocurre con la puntuación (0-1-2-3). Aun cuando se duplican los casos hasta el 42% en la escala general, la subescala más prevalente es la de

ansiedad e insomnio (Tabla 167).

Tabla 167 Presencia de casos en el *Cuestionario General de Salud (GHQ-28)*

	Positivos
	N (%)
GHQ (0-0-1-1)	35 (22,6%)
Síntomas Somáticos	2 (1,3%)
Ansiedad e Insomnio	4 (2,6%)
Disfunción Social	0
Depresión	2 (1,3%)
CGHQ (0-1-2-3)	65 (41,9%)
Síntomas Somáticos	4 (2,6%)
Ansiedad e Insomnio	9 (5,8%)
Disfunción Social	0
Depresión	2 (1,3%)

Cuando se comparan las puntuaciones medias de las diferentes subescalas entre los abandonos y las altas, los abandonos presentan puntuaciones más altas en las escalas globales (*GHQ* y *CGHQ*), así como en las subescalas de *Ansiedad e Insomnio* (tanto del *GHQ* como del *CGHQ*) y *Depresión* (del *GHQ*).

Tabla 168 Diferencias cuantitativas en el Cuestionario General de Salud (GHQ-28) entre altas y abandonos

		N	X	DT	t
GHQ (0-0-1-1)	Abandono	41	5,6	5,8	2,3*
	Alta	112	3,4	4,6	
Síntomas somáticos	Abandono	41	1,7	1,8	1,6
	Alta	112	1,2	1,8	
Ansiedad e insomnio	Abandono	41	2,1	2,3	2,1*
	Alta	112	1,3	1,9	
Disfunción social	Abandono	41	0,9	1,6	0,8
	Alta	112	0,7	1,1	
Depresión	Abandono	41	0,9	1,8	2,0*
	Alta	112	0,3	1,0	
CGHQ (0-1-2-3)	Abandono	41	8,2	5,7	1,9
	Alta	112	6,5	4,5	
Síntomas somáticos	Abandono	41	2,3	1,9	0,6
	Alta	112	2,1	1,8	
Ansiedad e insomnio	Abandono	41	3,3	2,2	2,0*
	Alta	112	2,5	2,1	
Disfunción social	Abandono	41	1,7	1,4	1,3
	Alta	112	1,4	0,9	
Depresión	Abandono	41	1,1	1,9	1,8
	Alta	112	0,5	1,2	

* $p < 0,05$

Algo semejante ocurre cuando se compara a quienes han tenido alguna recaída con quienes no. Quienes han tenido alguna recaída presentan puntuaciones más altas en las escalas generales (GHQ y CGHQ), así como en *Ansiedad e Insomnio* (del GHQ) y *Depresión* (del CGHQ).

Tabla 169 Diferencias cuantitativas en el Cuestionario General de Salud (GHQ-28) entre sujetos con alguna recaída y sin recaída

	¿Alguna recaída?	N	X	DT	t
GHQ (0-0-1-1)	No	82	3,3	4,7	1,9
	Sí	71	4,8	5,4	
Síntomas somáticos	No	82	1,1	1,5	2,0
	Sí	71	1,6	2,1	
Ansiedad e insomnio	No	82	1,2	2,0	2,1*
	Sí	71	1,9	2,1	
Disfunción social	No	82	0,8	1,3	0,5
	Sí	71	0,7	1,2	
Depresión	No	82	0,2	1,0	1,9
	Sí	71	0,6	1,5	
CGHQ (0-1-2-3)	No	82	6,2	4,2	2,1*
	Sí	71	7,8	5,4	
Síntomas somáticos	No	82	1,9	1,6	1,5
	Sí	71	2,4	2,1	
Ansiedad e insomnio	No	82	2,4	2,0	1,8
	Sí	71	3,0	2,2	
Disfunción social	No	82	1,5	1,1	0,3
	Sí	71	1,4	1,0	
Depresión	No	82	0,4	1,2	2,3*
	Sí	71	1,0	1,7	

* $p < 0,05$

En cuanto a otros indicadores de salud, el 83,9% de los pacientes (n= 130) no ha recibido atención en urgencias por sobredosis o síndrome de abstinencia tras finalizar su relación con el programa. Nuevamente se hallan diferencias estadísticamente significativas entre las altas y abandonos y entre quienes han tenido alguna recaída y no. Más concretamente, tanto los abandonos (43%) como quienes han tenido alguna recaída (92%) han sido atendidos en urgencias en mayor proporción que las altas (6%) o quienes no han tenido una recaída (8%) -Tabla 170-.

Tabla 170 Ha sido atendido en urgencias en función del modo de finalización y existencia de alguna recaída

¿Ha sido atendido...?	Modo de finalización			¿Alguna recaída?		
	Abandono	Alta	X ²	No	Sí	X ²
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
No	24 (57,1%)	106 (93,8%)	27,8*	81 (62,3%)	2 (8,0%)	22,7*
Sí	18 (42,9%)	7 (6,2%)		49 (37,7%)	23 (92,0%)	
Total	42 (27,1%)	113 (72,9%)		130 (100%)	25 (100%)	

*p < 0,001

En cuanto al número de atenciones recibidas en urgencias, y de éstas, las que se han realizado en los últimos tres o cuatro años los resultados se presentan a continuación.

Tabla 171 Número de atenciones en un servicio de urgencias

Nº atenciones	En un servicio de urgencias			En los últimos 3-4 años		
	N (%)	% Válido	% Acumulado	N=22	% Válido	% Acumulado
0	0			4	18,2	18,2
1	9 (5,8%)	39,1	39,1	8	36,4	54,5
2	4 (2,6%)	17,4	56,5	5	22,7	77,3
3	4 (2,6%)	17,4	73,9	3	13,6	90,9
4	2 (1,3%)	8,7	82,6	0	--	
5	1 (0,6%)	4,3	87,0	1	4,5	95,5
10	1 (0,6%)	4,3	91,3	0	--	
15	1 (0,6%)	4,3	95,7	1	4,5	100
35	1 (0,6%)	4,3	100	0	--	
Total	23 (14,8%)	100		22	100	

Un 40% de los sujetos que han acudido a urgencias ha sido atendido en una única ocasión. Una sola persona refiere hasta 35 atenciones y otra 15. La mayoría de las atenciones se han realizado en los últimos tres o cuatro años.

En cuanto al motivo que origina la atención en urgencias, 14 sujetos indican que fue por sobredosis, frente a 6 personas que indican que fue por síndrome de abstinencia (Tabla 172).

Tabla 172 Veces que fue la sobredosis/síndrome de abstinencia el motivo de la atención en urgencias

Veces...	Sobredosis		Síndrome de abstinencia	
	N (%)	% Acumulado	N (%)	% Acumulado
0	9 (39,1%)	39,1	17 (73,9%)	73,9
1	5 (21,7%)	60,9	1 (4,3%)	78,3
2	2 (8,7%)	69,6	3 (13,0%)	91,3
3	4 (17,4%)	87,0	0	
4	1 (4,3%)	91,3	1 (4,3%)	95,7
5	0		1 (4,3%)	100
15	1 (4,3%)	95,7	0	
35	1 (4,3%)	100	0	
Total	23 (100%)		23 (100%)	

Un 55% de los entrevistados (n= 85) se ha sometido a análisis para determinar si era portador de anticuerpos frente al virus del SIDA. En 8 casos el resultado fue positivo (9,4%), y en un caso el sujeto no contesta.

En el gráfico siguiente, y para los 155 entrevistados, se presenta el grado en que el resultado de los análisis (sean estos positivos o negativos) les motiva para continuar o abandonar el consumo de drogas. A un 88% de los entrevistados no les motiva en absoluto para continuar el consumo de drogas, y a 6% le motiva considerablemente. En el sentido opuesto, a un 44% no les motiva en absoluto para abandonar el consumo de drogas, y a un 39% le motiva considerablemente.

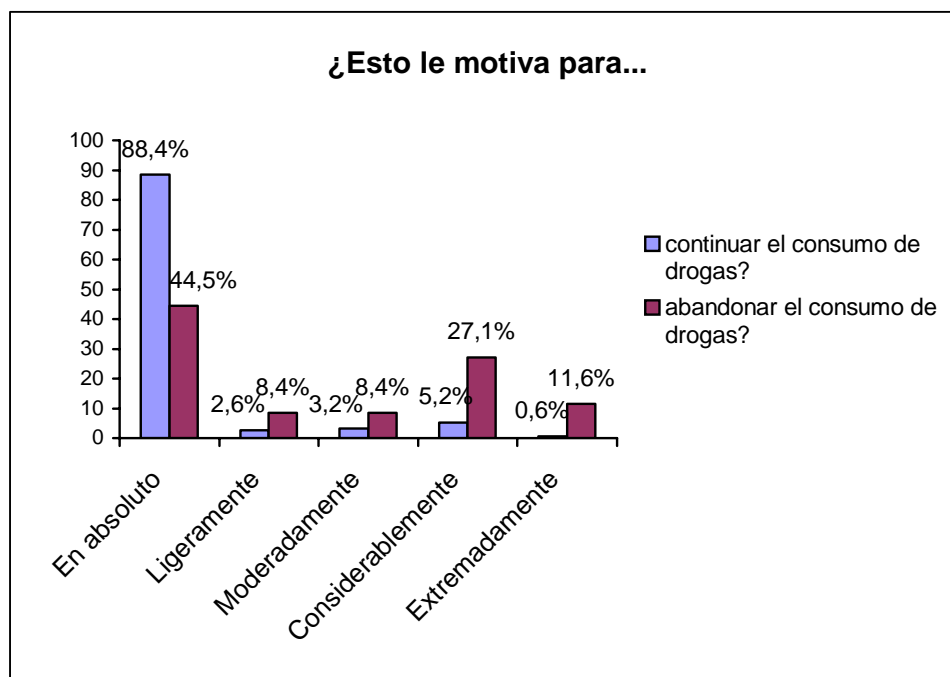


Gráfico 21 Resultado de los análisis como motivo para continuar/abandonar el consumo de drogas

4.2.9. Situación jurídica

En cuanto a la situación jurídica tras dejar el programa de tratamiento, en la Tabla 173 se aprecia cómo el 85% de los sujetos no ha sido detenido ni acusado. Un 7% ha sido detenido o acusado en alguna ocasión y un 8% lo ha sido en más de una ocasión.

Tabla 173 Número de veces que ha sido acusado/detenido después de dejar el programa

Nº de atenciones	N (%)	% Acumulado
0	132 (85,2%)	85,2
1	11 (7,1%)	92,3
2	5 (3,2%)	95,5
3	1 (0,6%)	96,1
5	1 (0,6%)	96,8
6	1 (0,6%)	97,4
8	1 (0,6%)	98,1
10	2 (1,3%)	99,4
13	1 (0,6%)	100
Total	155 (100%)	

El número de condenas es algo menor. Un 91% de los sujetos no ha sido condenado en ninguna ocasión (Tabla 174), y un 4% lo ha sido en una única ocasión.

Tabla 174 Número de veces que ha sido condenado por delitos cometidos tras el alta

Nº de veces	N (%)	% Acumulado
0	141 (91,0%)	91,0
1	7 (4,5%)	95,5
2	4 (2,6%)	98,1
4	1 (0,6%)	98,7
10	1 (0,6%)	99,4
25	1 (0,6%)	100
Total	155 (100%)	

Existe una relación estadísticamente significativa tanto en la existencia de detenciones como en la existencia de condenas entre los abandonos y entre quienes han tenido alguna recaída (Tabla 175).

Tabla 175 Presencia de detenciones/condenas en función del modo de finalización o de la existencia de alguna recaída

		Modo de finalización			¿Alguna recaída?		
		Abandono	Alta	X ²	No	Sí	X ²
		N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
Detenido o acusado	No	24(57,1%)	108 (95,6%)	32,8*	80 (96,4%)	52 (72,2%)	15,6*
	Sí	18 (42,9%)	5 (4,4%)		3 (3,6%)	20 (27,8%)	
	Total	42 (100%)	113 (100%)		83 (100%)	72 (100%)	
Condenado	No	29 (69,0%)	112 (99,1%)	30,1*	83 (100%)	58 (80,6%)	15,4*
	Sí	13 (31,0%)	1 (0,9%)		0	14 (19,4%)	
	Total	42 (100%)	113 (100%)		83 (100%)	72 (100%)	

* $p < 0,001$

Así, un 45% de los abandonos ha sido detenido en alguna ocasión (frente al 4% de las altas) y un 31% ha recibido alguna condena (frente al 1% de las altas). Entre quienes han tenido alguna recaída, el 28% ha sido detenido en alguna ocasión (frente al 4% de los que no) y el 19% ha sido condenado.

4.2.10 Tratamientos de deshabitación o desintoxicación

En cuanto a los tratamientos de deshabitación o desintoxicación realizados tras dejar el programa de tratamiento, un 71% de los pacientes no ha vuelto a realizar ninguno. Un 14% ha realizado uno, y un 15% ha realizado más de dos (Tabla 176).

Tabla 176 Número de tratamientos de desintoxicación/deshabitación recibidos tras dejar el programa

Nº de tratamientos	N (%)	% Acumulado
0	110 (71,0%)	71,0
1	22 (14,2%)	85,2
2	13 (8,4%)	93,5
3	5 (3,2%)	96,8
4	3 (1,9%)	98,7
8	1 (0,6%)	99,4
10	1 (0,6%)	100
Total	155 (100%)	

De las 45 personas que han realizado tratamientos posteriores, 43 han vuelto a tomar contacto con Proyecto Hombre. De estos 43 pacientes, 37 lo han hecho en una ocasión, 5 en dos ocasiones y 1 en tres.

Cuando se valoran estas solicitudes de tratamiento en función del modo de finalización y de la existencia de alguna recaída se obtienen los resultados que se presentan en la Tabla 177.

Tabla 177 Atenciones solicitadas en el programa Proyecto Hombre en función del modo de finalización y existencia de alguna recaída

¿Solicitó atención?	Modo de finalización			¿Alguna recaída?		
	Abandono	Alta	χ^2	No	Sí	χ^2
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
No	21 (50%)	91 (80,5%)	12,7*	74 (89,2%)	38 (52,8%)	23,7*
Sí	21 (50%)	22 (19,5%)		9 (10,8%)	34 (47,2%)	
Total	42 (100%)	113 (100%)		83 (100%)	72 (100%)	

* $p < 0,001$

Los contactos posteriores son significativamente más altos tanto entre los abandonos (50% vs. 19,5%) como entre las personas que han tenido alguna recaída (47% vs. 11%). No obstante, este resultado es digno de consideración. Hay 9 personas (un 11% de las personas que no presentan ninguna recaída) que tras haber dejado el programa de tratamiento vuelven a tomar contacto con el mismo y no han llegado a realizar tres consumos en dos meses. Sobre este dato se volverá más adelante.

4.2.12 Valoración del tratamiento en Proyecto Hombre

Fernández-Hermida *et al.* (1999) agrupan los resultados de esta sección en cinco apartados: (1) aspectos generales del programa; (2) componentes del programa de tratamiento que se juzgan de más utilidad; (3) razones que han impulsado a abandonar el tratamiento; (4) principales efectos del programa; y (5) una valoración global de Proyecto Hombre. Estos son los apartados en que se presentan los resultados.

1. Aspectos generales del programa

Un 85% de los pacientes considera que el acceso al programa fue fácil, no hallándose diferencias estadísticamente significativas entre los abandonos o entre quienes han tenido alguna recaída (Tabla 178).

Tabla 178 Valoración de la accesibilidad al tratamiento, según modo de finalización y recaídas

	Total N (%)	Modo de finalización		χ^2	¿Alguna recaída?		χ^2
		Abandono N (%)	Alta N (%)		No N (%)	Sí N (%)	
Fácil	132 (85,2%)	39 (92,3%)	93 (82,3%)	1,9	67 (80,7%)	65 (90,3%)	2,1
Difícil	23 (14,8%)	3 (7,1%)	20 (17,7%)		16 (19,3%)	7 (9,7%)	
Total	155 (100%)	42 (100%)	113 (100%)		83 (100%)	72 (100%)	

Hay un menor grado de acuerdo sobre la permisibilidad de las normas del centro. Para un 49% de los entrevistados las normas del centro son demasiado estrictas, y para un 50% son correctas (Tabla 179).

Tabla 179 Opinión sobre las normas del centro

	N (%)	% Válido	% Acumulado
Demasiado estrictas	76 (49,0%)	49,4	49,4
Correctas	77 (49,7%)	50,0	99,4
Poco estrictas	1 (0,6%)	0,6	100
No contesta	1 (0,6%)	--	
Total	155 (100%)	100	

No obstante, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los abandonos y las altas o entre quienes han tenido alguna recaída y quienes no la han tenido (Tabla 180).

Tabla 180 Opinión sobre las normas del centro según modo de finalización y recaída

	Modo de finalización			¿Alguna recaída?		
	Abandono	Alta	X ²	No	Sí	X ²
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
Demasiado estrictas	23 (54,8%)	53 (47,3%)	0,41	40 (48,2%)	36 (50,7%)	0,02
Correctas/Poco estrictas	19 (45,3%)	59 (52,7%)		43 (51,8%)	35 (49,3%)	
Total	42 (100%)	112 (100%)		83 (100%)	71 (100%)	

Algo más de acuerdo se encuentra respecto a la valoración que se hace del tratamiento de las drogodependencias. El 66% se encuentra bastante o muy satisfecho. Tan sólo un 4% se encuentra poco satisfecho (Tabla 181).

Tabla 181 Valoración del tratamiento de las drogodependencias

	N (%)	% Acumulado
Muy satisfactorio	66 (42,6%)	42,6
Bastante satisfactorio	36 (23,2%)	65,8
Satisfecho	47 (30,3%)	96,1
Poco satisfecho	6 (3,9%)	100
Total	155 (100%)	

A pesar del aparente acuerdo, sí que se encuentran en este caso diferencias estadísticamente significativas (Tabla 182) en las dos categorías valoradas.

Tabla 182 Valoración del tratamiento de las drogodependencias según modo de finalización y existencia de recaídas

Grado de satisfacción	Modo de finalización			¿Alguna recaída?		
	Abandono	Alta	χ^2	No	Sí	χ^2
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
Muy satisfecho	6 (14,3%)	60 (53,1%)	26,2*	51 (61,4%)	15 (20,8%)	30,8*
Bastante satisfecho	9 (21,4%)	27 (23,9%)		18 (21,7%)	18 (25,0%)	
Satisfecho/Poco satisfecho	27 (64,3%)	26 (23,0%)		14 (16,9%)	39 (54,1%)	
Total	42 (100%)	113 (100%)		83 (100%)	72 (100%)	

* $p < 0,001$

Las personas que abandonaron el programa consideran en un 64% que están satisfechas o poco satisfechas frente al 23% de las altas. Asimismo, y en el mismo sentido, las personas que han tenido alguna recaída valoran el tratamiento de satisfactorio o poco satisfactorio en un 54% frente al 17% de quienes no han tenido ninguna recaída.

La mayoría de sujetos (88%) considera que además de la ayuda para la dependencia de sustancias la recibieron para otros problemas -Tabla 183-.

Tabla 183 Valoración de la ayuda del tratamiento para otros problemas

	N (%)	% Válido	% Acumulado
Mucho	82 (52,9%)	53,2	53,2
Bastante	53 (34,2%)	34,4	87,7
Poco	14 (9,0%)	9,1	96,8
Nada	5 (3,2%)	3,2	100
Total	154 (99,4%)	100	
No contesta	1 (0,6%)		
Total	155 (100%)		

Bien es cierto que esta ayuda es percibida en mayor medida por quienes finalizaron el tratamiento (92% vs. 75% de los abandonos) y por quienes no han tenido ninguna recaída (93% vs. 82%) en comparación con quienes han tenido alguna recaída (Tabla 184).

Tabla 184 Valoración de la ayuda para problemas diferentes de la drogodependencia

El tratamiento ha ayudado...	Modo de finalización			¿Alguna recaída?		
	Abandono	Alta	χ^2	No	Sí	χ^2
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
Mucho	12 (29,3%)	70 (61,9%)	14,9**	53 (63,9%)	29 (40,8%)	9,2*
Bastante	19 (46,3%)	34 (30,1%)		24 (28,9%)	29 (40,8%)	
Poco/Nada	10 (24,4%)	9 (8,0%)		6 (7,2%)	13 (18,3%)	
Total	41 (100%)	113 (100%)		83 (100%)	71 (100%)	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

También es valorada como importante la participación de los padres en el tratamiento (91%). Tan sólo un 3% la considera como nada importante (Tabla 185).

Tabla 185 Valoración de la importancia de la participación de los padres en el tratamiento

	N (%)	% Válido	% Acumulado
Mucho	102 (65,8%)	66,2	66,2
Bastante	38 (24,5%)	24,7	90,9
Poco	10 (6,5%)	6,5	97,4
Nada	4 (2,6%)	2,6	100
No aplicable	1 (0,6%)	--	
Total	155 (100%)	100	

Las altas terapéuticas valoran esta importancia en mayor medida que los abandonos (Tabla 186).

Tabla 186 Valoración de la importancia de la participación de los padres según modo de finalización y existencia de recaída

	Modo de finalización			¿Alguna recaída?		
	Abandono	Alta	χ^2	No	Sí	χ^2
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
Mucho	20 (47,6%)	82 (73,2%)	10,8*	57 (69,5%)	45 (62,5%)	5,0
Bastante	18 (42,9%)	20 (17,9%)		15 (18,3%)	23 (31,9%)	
Poco/Nada	4 (9,5%)	10 (9,0%)		10 (12,2%)	4 (5,6%)	
Total	42 (100%)	112 (100%)		82 (100%)	72 (100%)	

* $p < 0,01$

Un 45% de los entrevistados considera que la duración del programa es excesiva, frente a un 50% que lo valora como adecuado, o un 8% que lo considera escaso (Tabla 187).

Tabla 187 Valoración de la duración del programa

	N (%)	% Acumulado
Excesivo	70 (45,2%)	45,2
Adecuado	77 (49,7%)	94,8
Escaso	8 (5,2%)	100
Total	155 (100%)	

Entre las personas que abandonaron el programa la percepción de su duración es excesiva en mayor proporción (64%) que entre las altas (38%).

Tabla 188 Valoración de la duración del programa en función del modo de finalización

	Abandono	Alta	χ^2
	N (%)	N (%)	
Excesivo	27 (64,3%)	43 (38,1%)	8,7*
Adecuado	14 (33,3%)	63 (55,8%)	
Escaso	1 (2,4%)	7 (6,2%)	
Total	42 (100%)	113 (100%)	

* $p < 0,05$

Sin embargo, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre quienes han tenido alguna recaída y quienes no (Tabla

189).

Tabla 189 Valoración de la duración del programa en función de existencia de alguna recaída

	¿Alguna recaída?		X ²
	No	Sí	
	N (%)	N (%)	
Excesivo	32 (38,6%)	38 (52,8%)	2,6
Adecuado/Escaso	51 (61,4%)	34 (47,2%)	
Total	83 (100%)	72 (100%)	

En general, un 94% de los atendidos considera que la calidad de la relación con los terapeutas ha sido cuando menos buena. Tan sólo un 6% considera que ha sido mala (Tabla 190).

Tabla 190 Valoración de la calidad de la relación con los terapeutas

	N (%)	% Válido	% Acumulado
Muy buena	36 (23,2%)	23,5	23,5
Buena	108 (69,7%)	70,6	94,1
Mala	9 (5,8%)	5,9	100
No contesta	2 (1,3%)	--	
Total	155 (100%)	100	

Esta valoración tampoco diferencia a los abandonos o a quienes han tenido alguna recaída.

Tabla 191 Valoración de la calidad de la relación con los terapeutas según modo de finalización y existencia de recaída

	Modo de finalización		X ²	¿Alguna recaída?		X ²
	Abandono	Alta		No	Sí	
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
Muy buena	7 (16,7%)	29 (26,1%)	4,7	34 (41,0%)	19 (26,8%)	4,3
Buena	30 (71,4%)	78 (70,3%)		48 (57,8%)	49 (69,0%)	
Mala	5 (11,9%)	4 (3,6%)		1 (1,2%)	3 (4,2%)	
Total	42 (100%)	111 (100%)		83 (100%)	71 (100%)	

2. Utilidad de los diferentes componentes del programa

En cuanto a la utilidad de los diferentes componentes del programa, hay que tener en cuenta que a menor puntuación, mayor valoración por parte de los usuarios. Esto se debe a que la escala que se ha empleado es la siguiente: 1= *Mucho*; 2= *Bastante*; 3= *Poco* y 4= *Nada*.

Así, tal y como se presenta en la siguiente tabla, los elementos mejor valorados son *los grupos y el ambiente y la relación con los demás*. El peor valorado es *la presión y la exigencia existente*.

Tabla 192 Descriptivos de la utilidad de los diferentes componentes del programa

Le ayudaron...	N	Rango	Mín.	Máx.	X	DT
Los grupos	155	3	1	4	1,7	0,7
Las normas y limitaciones	155	3	1	4	2,1	0,8
Las tareas y responsabilidades diarias	155	3	1	4	2,1	0,9
El ambiente y la relación con los demás	155	3	1	4	1,7	0,8
La relación con los terapeutas	155	3	1	4	1,9	0,8
La presión y exigencia existente	153	3	1	4	2,2	1,0

Ahora bien, cuando se compara la valoración entre las altas y los abandonos, tres elementos valoran las altas mejor que los abandonos: las *normas y limitaciones*, el *ambiente y la relación con los demás* y la *relación con los terapeutas* (Tabla 193).

Tabla 193 Comparación de la valoración de la utilidad de los diferentes componentes del programa entre altas y abandonos

		N	X	DT	t
Los grupos	Abandono	42	1,8	0,8	1,1
	Alta	113	1,7	0,7	
Las normas y limitaciones	Abandono	42	2,4	0,9	2,4*
	Alta	113	2,0	0,7	
Las tareas y responsabilidades diarias	Abandono	42	2,3	0,8	1,2
	Alta	113	2,1	0,9	
El ambiente y la relación con los demás	Abandono	42	1,9	0,9	2,2*
	Alta	113	1,6	0,7	
La relación con los terapeutas	Abandono	42	2,3	1,0	3,3**
	Alta	113	1,7	0,7	
La presión y exigencia existente	Abandono	40	2,5	1,1	1,9
	Alta	113	2,1	0,9	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Por su parte, quienes no han tenido ninguna recaída valoran mejor *las normas y limitaciones, la relación con los terapeutas y la presión y exigencia existente* que quienes la han tenido (Tabla 194).

Tabla 194 Comparación de la valoración de la utilidad de los diferentes componentes del programa entre quienes han tenido alguna recaída y no

	¿Alguna recaída?	N	X	DT	t
Los grupos	No	83	1,7	0,7	1,1
	Sí	72	1,8	0,7	
Las normas y limitaciones	No	83	1,9	0,8	3,1**
	Sí	72	2,3	0,8	
Las tareas y responsabilidades diarias	No	83	2,0	0,9	1,6
	Sí	72	2,3	0,8	
El ambiente y la relación con los demás	No	83	1,6	0,6	1,5
	Sí	72	1,8	0,9	
La relación con los terapeutas	No	83	1,7	0,6	2,4*
	Sí	72	2,0	0,9	
La presión y exigencia existente	No	83	2,0	0,9	2,8**
	Sí	70	2,5	1,0	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

3. Razones que han impulsado a abandonar el tratamiento

Dos son las razones más señaladas para abandonar el tratamiento: (1) “haber conseguido los objetivos propuestos”; y (2) “no querer continuar con las limitaciones que imponía el tratamiento” (Tabla 195). “Estar cansado de los grupos” y “el deseo de consumir drogas” son el tercer motivo.

Tabla 195 Razones que han motivado el abandono del tratamiento

N= 61	Nada	Algo	Normal	Bastante	Mucho
Consumir o deseo de consumir drogas	40	1	3	9	8
Consumir o deseo de consumir alcohol	58	1	0	0	2
No querer continuar con las limitaciones que impone PH	18	5	3	21	14
Mala relación con los terapeutas	49	7	1	3	1
Mala relación con otros residentes	53	2	1	4	1
Estar cansado de los grupos	37	7	3	6	8
Haber conseguido los objetivos que me proponía y estar satisfecho con el estilo de vida que tenía	31	4	3	7	16

Por otra parte, las menos señaladas son, “el deseo de consumir alcohol” o “la mala relación con otros residentes”. Ahora bien, cuando se compara entre quienes abandonaron el tratamiento y ya no lo completaron, y quienes tuvieron algún abandono, pero posteriormente completaron el tratamiento se hallan los resultados que se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 196 Razones que han motivado el abandono del tratamiento, en función del modo de finalización

		N	X	DT	t
Consumir o deseo de consumir drogas	Abandono	41	1,8	1,5	1,8
	Alta	20	2,6	1,6	
Consumir o deseo de consumir alcohol	Abandono	41	1,2	0,9	1,6
	Alta	20	1,0	0,0	
No querer continuar con las limitaciones que impone PH	Abandono	41	3,3	1,5	1,3
	Alta	20	2,8	1,7	
Mala relación con los terapeutas	Abandono	41	1,3	0,9	0,2
	Alta	20	1,4	0,9	
Mala relación con otros residentes	Abandono	41	1,3	0,9	0,4
	Alta	20	1,4	1,0	
Estar cansado de los grupos	Abandono	41	2,3	1,6	2,8*
	Alta	20	1,4	1,0	
Haber conseguido los objetivos que me proponía y estar satisfecho con el estilo de vida que tenía	Abandono	41	3,0	1,8	3,8**
	Alta	20	1,6	1,2	

* $p < 0,01$; ** $p < 0,001$

La diferencia estriba en la consideración que se hace de los grupos, y el haber conseguido los objetivos propuestos. En ambos casos los abandonos puntúan más estos ítems como causa de abandono. Sin embargo, no se hallan diferencias estadísticamente significativas entre los motivos para el abandono de quienes han tenido alguna recaída y quienes no (Tabla 197).

Tabla 197 Razones que han motivado el abandono del tratamiento, en función de existencia de alguna recaída

	¿Alguna recaída?	N	X	DT	t
Consumir o deseo de consumir drogas	No	20	2,3	1,5	0,6
	Sí	41	2,0	1,6	
Consumir o deseo de consumir alcohol	No	20	1,0	0,0	1,6
	Sí	41	1,2	0,9	
No querer continuar con las limitaciones que impone PH	No	20	2,7	1,6	1,5
	Sí	41	3,3	1,6	
Mala relación con los terapeutas	No	20	1,2	0,7	1,0
	Sí	41	1,4	0,9	
Mala relación con otros residentes	No	20	1,5	1,1	0,7
	Sí	41	1,3	0,8	
Estar cansado de los grupos	No	20	1,8	1,4	0,8
	Sí	41	2,1	1,6	
Haber conseguido los objetivos que me proponía y estar satisfecho con el estilo de vida que tenía	No	20	2,3	1,7	0,8
	Sí	41	2,7	1,8	

4. Principales efectos del programa

En cuanto a los principales efectos del programa de tratamiento, los cuatro mejor valorados son: (1) "*tener mayor conciencia de los problemas*"; (2) "*dejar de consumir heroína*"; (3) "*tener más confianza en mí mismo*"; y (4) "*sentirme más a gusto conmigo mismo*" (Tabla 198). Por el contrario, los cuatro menos valorados son: (1) "*integrarme en el mundo laboral*"; (2) "*no cometer delitos*"; (3) "*ocupar mejor el tiempo libre*"; y (4) "*tener otras inquietudes*".

Tabla 198 Valoración de los efectos del programa

	N	Mínimo	Máximo	X	DT
Aprender a vivir con los demás	147	1	5	3,5	1,1
Relacionarme mejor con mi familia	147	1	5	3,6	1,2
Aceptar mejor las normas	147	1	5	3,2	1,2
Ser más responsable	147	1	5	3,7	1,2
Ayudar a integrarme en la sociedad	147	1	5	3,2	1,3
Tener mayor conciencia de mis problemas	147	1	5	4,3	1,0
Dejar de consumir heroína	127	1	5	4,2	1,3
Consumir menos otras drogas	145	1	5	3,9	1,4
No consumir ningún tipo de drogas	144	1	5	3,3	1,6
No cometer delitos	146	1	5	2,9	1,8
Integrarte en el mundo laboral	146	1	5	2,8	1,6
Ocupar mejor tu tiempo libre	147	1	5	3,1	1,3
Tener otras inquietudes	147	1	5	3,1	1,4
Tener más confianza en ti mismo	147	1	5	4,0	1,0
Sentirte más a gusto contigo mismo	147	1	5	4,0	1,1
Sentirte menos solo	147	1	5	3,4	1,4
Cuidarte más	147	1	5	3,9	1,2

Ahora bien, en 12 elementos las altas encuentran mayor utilidad que los abandonos: (1) "relacionarse mejor con la familia", (2) "ser más responsable", (3) "tener mayor conciencia de los problemas", (4) "dejar de consumir heroína", (5) "consumir menos otras drogas", (6) "no cometer delitos", (7) "integrarse en el mundo laboral", (8) "ocupar mejor el tiempo libre", (9) "tener otras inquietudes", (10) "tener más confianza en sí mismo", (11) "sentirme más a gusto conmigo mismo", y (12) "sentirme menos solo" (Tabla 199).

Tabla 199 Valoración de los efectos del programa en según tipo de finalización

		N	X	DT	t
Aprender a vivir con los demás	Abandono	42	3,4	1,2	0,7
	Alta	105	3,6	1,1	
Relacionarme mejor con mi familia	Abandono	42	3,1	1,4	2,7**
	Alta	105	3,8	1,1	
Aceptar mejor las normas	Abandono	42	3,0	1,3	1,5
	Alta	105	3,3	1,1	
Ser más responsable	Abandono	42	3,2	1,3	2,8**
	Alta	105	3,9	1,2	
Ayudar a integrarme en la sociedad	Abandono	42	2,9	1,4	2,0
	Alta	105	3,3	1,2	
Tener mayor conciencia de mis problemas	Abandono	42	4,0	1,2	2,1*
	Alta	105	4,4	0,8	
Dejar de consumir heroína	Abandono	37	3,2	1,7	4,7***
	Alta	90	4,6	0,9	
Consumir menos otras drogas	Abandono	42	3,2	1,7	3,6***
	Alta	103	4,2	1,2	
No consumir ningún tipo de drogas	Abandono	42	2,9	1,7	1,8
	Alta	102	3,4	1,5	
No cometer delitos	Abandono	42	2,3	1,7	2,9**
	Alta	104	3,2	1,8	
Integrarte en el mundo laboral	Abandono	42	2,2	1,6	3,2**
	Alta	104	3,1	1,5	
Ocupar mejor tu tiempo libre	Abandono	42	2,5	1,5	3,0**
	Alta	105	3,3	1,2	
Tener otras inquietudes	Abandono	42	2,5	1,4	3,4***
	Alta	105	3,4	1,3	
Tener más confianza en ti mismo	Abandono	42	3,7	1,2	2,1*
	Alta	105	4,2	0,9	
Sentirte más a gusto contigo mismo	Abandono	42	3,5	1,4	3,0**
	Alta	105	4,2	0,9	
Sentirte menos solo	Abandono	42	2,8	1,6	3,4**
	Alta	105	3,7	1,2	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Casi las mismas que diferencian a las personas que han tenido alguna recaída que a las que no (Tabla 200). Las personas que han tenido alguna recaída encuentran que les ha ayudado menos a "*integrarse en la sociedad*", y en semejante medida a "*tener mayor conciencia de los problemas*".

Tabla 200 Valoración de los efectos del programa en función de existencia de recaída

	¿Alguna recaída?	N	X	DT	t
Aprender a vivir con los demás	No	77	3,5	1,1	0,2
	Sí	70	3,6	1,1	
Relacionarme mejor con mi familia	No	77	3,9	1,1	2,6**
	Sí	70	3,3	1,3	
Aceptar mejor las normas	No	77	3,4	1,1	1,9
	Sí	70	3,0	1,3	
Ser más responsable	No	77	4,0	1,1	3,4**
	Sí	70	3,3	1,3	
Ayudar a integrarme en la sociedad	No	77	3,4	1,3	2,1*
	Sí	70	3,0	1,3	
Tener mayor conciencia de mis problemas	No	77	4,4	0,8	1,1
	Sí	70	4,2	1,1	
Dejar de consumir heroína	No	64	4,7	0,9	4,3***
	Sí	63	3,7	1,5	
Consumir menos otras drogas	No	75	4,4	1,1	3,9***
	Sí	70	3,5	1,5	
No consumir ningún tipo de drogas	No	74	3,7	1,4	3,4***
	Sí	70	2,8	1,6	
No cometer delitos	No	76	3,4	1,7	3,3**
	Sí	70	2,4	1,7	
Integrarte en el mundo laboral	No	76	3,2	1,5	3,1**
	Sí	70	2,4	1,5	
Ocupar mejor tu tiempo libre	No	77	3,5	1,2	3,5***
	Sí	70	2,7	1,4	
Tener otras inquietudes	No	77	3,5	1,3	3,1**
	Sí	70	2,8	1,4	
Tener más confianza en ti mismo	No	77	4,2	0,9	1,6
	Sí	70	3,9	1,2	
Sentirte más a gusto contigo mismo	No	77	4,3	0,9	3,6***
	Sí	70	3,7	1,2	
Sentirte menos solo	No	77	3,8	1,2	3,2**
	Sí	70	3,1	1,4	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

5. Valoración global del tratamiento

En líneas generales los pacientes se muestran satisfechos con el programa (70% bastante o muy satisfechos vs. 6,4% de poco o nada satisfechos -Tabla 201-).

Tabla 201 Valoración global del tratamiento

	N (%)	% Acumulado
Muy satisfactorio	55 (35,5%)	35,5
Bastante satisfactorio	54 (34,8%)	70,3
Satisfactorio	36 (23,2%)	93,5
Poco satisfactorio	7 (4,5%)	98,1
Nada satisfactorio	3 (1,9%)	100
Total	155 (100%)	

Ahora bien, la satisfacción también depende de cómo ha evolucionado el paciente. En la Tabla 202 se observa que tanto los abandonos como las personas que han tenido alguna recaída valoran una menor satisfacción que las altas y quienes no han tenido recaídas en el postratamiento.

Tabla 202 Valoración global del tratamiento en función de tipo de finalización y existencia de recaída

		N	X	DT	t
Valoración global	Abandono	42	2,6	1,1	4,2*
	Alta	113	1,8	0,8	
	No hay recaída	83	1,6	0,7	5,7*
	Sí hay recaída	72	2,5	1,1	

* $p < 0,001$

4.2.11 Evolución

En este subapartado se analizan los datos presentados hasta el momento con diferentes criterios de valoración. En primer lugar, se presenta el

resultado de la aplicación del criterio de evolución propuesto por Fernández-Hermida *et al.* (1999). En segundo lugar, se presentan los datos referidos a una submuestra de sujetos que han consumido única y exclusivamente hachís. Por último, se valoran los casos que han acudido nuevamente a tratamiento, para, finalmente valorar algunos de estos criterios en su conjunto para las altas terapéuticas.

Evolución según el criterio de Fernández-Hermida *et al.* (1999)

Fernández-Hermida *et al.* (1999) plantean un criterio de evolución positiva, caracterizado por no haber tenido ninguna recaída en ninguna droga de acceso ilegal, tener un consumo seguro de alcohol, no haber sido detenido o encarcelado y haber trabajado más del 50% del tiempo transcurrido desde que se dejó el programa. En este caso, 69 pacientes (44,5%) cumplen dicho criterio de evolución positiva. Las personas que completaron el programa en su totalidad han seguido esta evolución positiva en un 58,4% de los casos, frente al 7,1% de los abandonos (Tabla 203).

Tabla 203 Tipo de evolución según el modo de finalización

	Abandono	Alta	χ^2
	N (%)	N (%)	
Negativa	39 (92,9%)	47 (41,6%)	30,54*
Positiva	3 (7,1%)	66 (58,4%)	
Total	42 (100%)	113 (100%)	

* $p < 0,001$

Esta evolución no está afectada por el sexo de los pacientes (Tabla 204).

Tabla 204 Tipo de evolución según el sexo

	Hombre	Mujer	χ^2
	N (%)	N (%)	
Negativa	62 (57,9%)	24 (50%)	0,56
Positiva	45 (42,1%)	24 (50%)	
Total	107 (100%)	48 (100%)	

Los consumidores exclusivos de hachís

De los análisis realizados, se destaca la existencia de un grupo de 21 personas (13,5%) que mantiene un consumo único y exclusivo de hachís. Es más, si en la definición del criterio de evolución de Fernández-Hermida *et al.* (1999) se incluye a los consumidores exclusivos de hachís, 17 de los 21 consumidores pasan a formar parte de la evolución positiva. Es decir, se trata de pacientes que no han consumido otras sustancias, que no abusan del alcohol, que han trabajado más del 50% del tiempo de seguimiento y que no han sido detenidos ni condenados. De esta manera, la evolución positiva incluiría a 86 pacientes (55,5%).

Nuevamente se observa que las personas que han tenido la evolución positiva son, principalmente, altas del tratamiento (72,6% vs. 9,5%), y que no hay diferencias estadísticamente significativas en función del sexo (Tabla 205).

Tabla 205 Criterio de evolución incluyendo a consumidores de hachís según el modo de finalización y el sexo

Evolución	Modo de finalización			Sexo		
	Abandono	Alta	χ^2	Hombre	Mujer	χ^2
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
Negativa	38 (90,5%)	31 (27,4%)	46,7*	50 (46,7%)	19 (39,6%)	0,41
Positiva	4 (9,5%)	82 (72,6%)		57 (53,3%)	29 (60,4%)	
Total	42 (100%)	113 (100%)		107 (100%)	48 (100%)	

* $p < 0,001$

Cuando se compara a las personas que han consumido única y exclusivamente hachís con los consumidores de otras sustancias, se mantiene el patrón anterior. Son sujetos que en su mayoría (85,7%) han finalizado el programa de tratamiento (Tabla 206).

Tabla 206 Evolución positiva según modo de finalización y consumo de hachís vs. otras sustancias

Evolución positiva	Hachís	Otras sustancias	χ^2
	N (%)	N (%)	
Abandonos	3 (14,3%)	32 (62,7%)	12,1*
Altas	18 (85,7%)	19 (37,3%)	
Total	21 (100%)	51 (100%)	

* $p < 0,001$

Nuevamente no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres (Tabla 207).

Tabla 207 Evolución positiva en función del sexo y consumo de hachís vs. otras sustancias

	Hachís	Resto sustancias	χ^2
	N (%)	N (%)	
Hombre	14 (66,7%)	37 (72,5%)	0,05
Mujer	7 (33,3%)	14 (27,4%)	
Total	21 (100%)	51 (100%)	

Aun cuando uno de estos pacientes que ha consumido hachís abusa del alcohol, no hay una diferencia estadísticamente significativa con los consumidores de otras sustancias (Tabla 208).

Tabla 208 Abuso de alcohol entre consumidores exclusivos de hachís vs. consumidores de otras sustancias

Recaída con alcohol	Hachís	Otras sustancias	χ^2
	N (%)	N (%)	
No	20 (95,2%)	37 (72,5%)	3,4
Sí	1 (4,8%)	14 (27,5%)	
Total	21 (100%)	51 (100%)	

Algo semejante ocurre con los resultados del *Cuestionario General de Salud (GHQ-29)*. Aun cuando quienes han consumido sólo hachís presentan una menor prevalencia de casos positivos (14,3% vs. 36%; 33,3% vs. 60%), no se encuentran diferencias estadísticamente significativas. Ahora bien, sí que han tenido menos problemas judiciales tras el alta que quienes han tenido alguna recaída con otras sustancias (0% vs. 27,5%) -Tabla 209-.

Tabla 209 Resultados en el Cuestionario General de Salud (GHQ-28) y presencia de problemas judiciales tras el alta según consumo exclusivo de hachís

		Hachís (N= 21)	Otras sustancias (N= 51)	χ^2
		N (%)	N (%)	
Positivo en el GHQ	No	18 (85,7%)	32 (64%)	2,4
	Sí	3 (14,3%)	18 (36%)	
	TOTAL	21 (100%)	50 (100%)	
Positivo en el CGHQ	No	14 (66,7%)	20 (40%)	3,21
	Sí	7 (33,3%)	30 (60%)	
	TOTAL	21 (100%)	50 (100%)	
Problemas judiciales	No	21 (100%)	37 (72,5%)	5,5*
	Sí	0	14 (27,5%)	
	TOTAL	21 (100%)	51 (100%)	

* $p < 0,05$

En la Tabla 210 se observa que han trabajado un mayor porcentaje de tiempo tras el alta (88,5%), que quienes han tenido recaídas en otras sustancias (64,5%).

Tabla 210 Porcentaje de tiempo trabajado desde el alta según consumo exclusivo de hachís

% de tiempo trabajado desde el alta	N	X	DT	t
Exclusivo hachís	21	88,5	18,6	3,9*
Diferentes al hachís	51	64,5	33,4	

* $p < 0,001$

Otra diferencia estadísticamente significativa entre quienes sólo han consumido hachís y quienes han consumido otras sustancias es que los primeros no han dado respuestas categorizables dentro de los parámetros de la *Entrevista de Recaídas* de Marlatt y Gordon. Así, en la Tabla 211 se compara la media de motivos para el primer consumo entre quienes han consumido hachís y entre quienes han consumido otras sustancias. Los consumidores exclusivos de hachís apenas han dado un motivo de media, frente al motivo y medio del resto de pacientes.

Tabla 211 Comparación entre los determinantes de recaída señalados por los consumidores exclusivos de hachís y los de otras sustancias

Total de determinantes de recaída señalados	N	X	DT	t
Exclusivo hachís	21	0,6	0,9	3,02*
Diferentes al hachís	52	1,6	1,5	

* $p < 0,01$

Este dato se corresponde con que de los 21 pacientes que sólo han consumido hachís, 12 (57,1%) no han dado ningún motivo categorizable en la *Entrevista de Recaídas*.

Por último, si se elimina del criterio de evolución positiva la presencia de recaídas en sustancias ilegales, la submuestra de consumidores de hachís sigue una evolución positiva en el 81% de los casos ($n = 17$) frente al 37,3% de los que han consumido otras sustancias ($n = 19$). Ésta es una diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2 = 9,68$; $p = 0,002$).

¿Y con otros criterios de recaída?

Un criterio más operativo de recaída sería el de haber ingresado nuevamente en un tratamiento. De hecho, pueden darse situaciones en que tres consumos de una sustancia durante dos meses no sean sino un “desliz” o “tropezón” –concepto de caída-. Una definición más operativa sería la de volver a requerir de un tratamiento, pues esta situación implicaría ya una alteración en la vida del paciente.

Atendiendo a esta definición de recaída, 54 personas (el 34,8%) de los que ingresaron en Proyecto Hombre han vuelto, posteriormente, a solicitar tratamiento.

Mientras que un 23% de las altas terapéuticas volvieron a ingresar en un tratamiento, este porcentaje se incrementa hasta el 67% entre quienes no completaron el programa de Proyecto Hombre (Tabla 212).

Tabla 212 Vuelta a tratamiento según modo de finalización/sexo

Vuelta a tratamiento	Modo de finalización			Sexo		
	Abandono	Alta	χ^2	Hombre	Mujer	χ^2
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
No	14 (33,3%)	87 (77,0%)	23,8*	67 (62,6%)	34 (70,8%)	0,7
Sí	28 (66,7%)	26 (23,0%)		40 (37,4%)	14 (29,2%)	
Total	42 (100%)	113 (100%)		107 (100%)	48 (100%)	

* $p < 0,001$

Ahora bien, no todas las personas que vuelven a solicitar tratamiento han vuelto a consumir al menos tres veces en dos meses. De hecho, en la Tabla 213 se detalla cómo de todas las personas que han vuelto a tratamiento (54 sujetos), 8 no habían tenido tres consumos en dos meses. Y de estas 8 personas que ingresan en tratamiento, 7 se correspondían con altas y 1 con un abandono.

Tabla 213 Vuelta a tratamiento según existencia de recaída y modo de finalización

Estancia en tratamiento posterior a Proyecto Hombre	¿Alguna recaída?			
	No		Sí	
	Abandono	Alta	Abandono	Alta
No	6	69	8	18
Sí	1	7	27	19
Total	7	76	35	37

Estos reingresos en el tratamiento están asociados a solicitudes de ayuda en momentos de crisis, sin que necesariamente impliquen una recaída en el consumo de drogas en su sentido estricto.

En resumen, en la siguiente ilustración se presentan los diferentes resultados de las posibles definiciones de recaída, con el porcentaje de altas terapéuticas implicadas en cada una de las mismas. En este caso no se valoran los abandonos del tratamiento pues los resultados son muy homogéneos.

En general, un 42,2% de los pacientes que obtuvieron el alta terapéutica

ha tenido alguna recaída con alguno de los criterios que se han considerado. Esto es, un 32% ha tenido al menos tres consumos de sustancias ilegales en dos meses; un 23% ha vuelto a tratamiento, y un 9% presenta criterios de abuso de alcohol. Ahora bien, no todos los pacientes cumplen todos los criterios (Ilustración 12). Es más, el porcentaje de sujetos que cumplen dos criterios es bajo. Así, y respecto al total de altas (N= 113):

- Un 15,9% de las altas ha consumido al menos en tres ocasiones en dos meses sustancias ilegales.
- Un 7% de las altas ha vuelto a tratamiento sin realizar tres consumos.
- Un 2,7% de las altas presenta abuso de alcohol.
- Un 11% de las altas ha realizado tres consumos, y además ha vuelto a tratamiento.
- Un 1% de las altas, además de realizar tres consumos ha abusado del alcohol.
- Nadie presenta abuso de alcohol y ha vuelto a tratamiento.
- Un 5% de sujetos presenta los tres criterios de recaída conjuntamente.

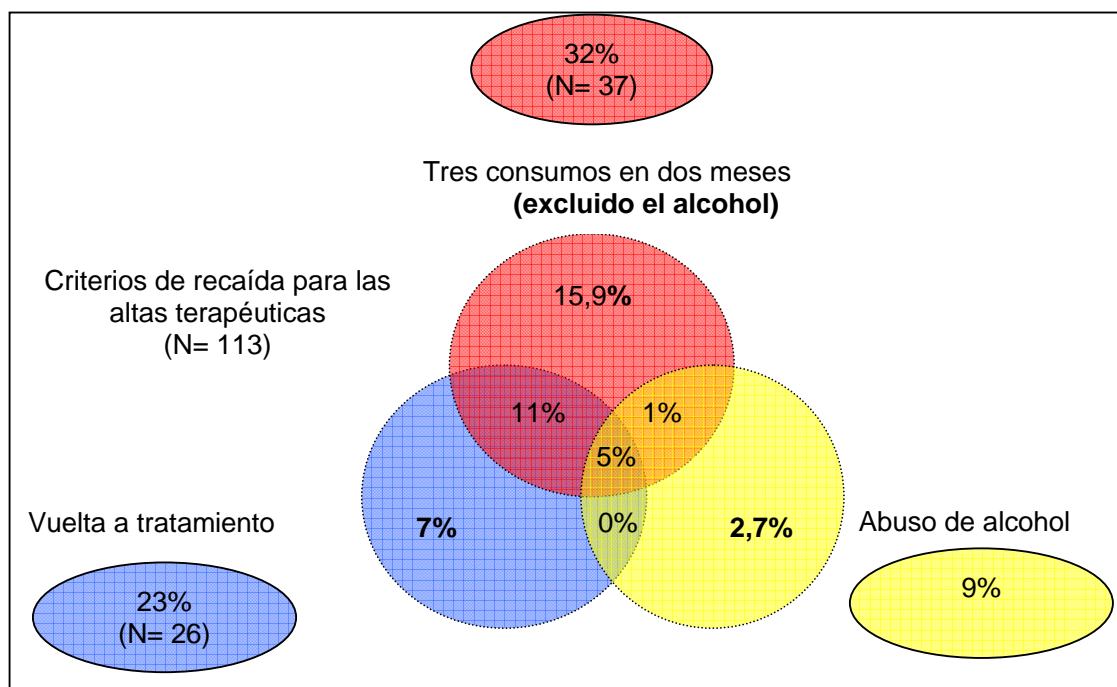


Ilustración 12 Confluencia de los diferentes criterios de recaída entre las altas

4.2.12 Síntesis

En este apartado se presentan, de forma agrupada y resumida, los principales resultados obtenidos con el *Cuestionario de Seguimiento*.

Por lo que se refiere al consumo de sustancias ilegales, los resultados obtenidos son los siguientes:

- Independientemente de la definición de recaída que se adopte, las altas terapéuticas han tenido menos recaídas en el periodo de seguimiento que los abandonos.
- Las sustancias que más se han empleado con un patrón de consumo diario han sido el hachís, la heroína y la cocaína.
- Las sustancias que más se han probado en el seguimiento han sido el hachís, la cocaína y la heroína.
- El tiempo transcurrido hasta el primer consumo de las sustancias ilegales es muy irregular, no apreciándose diferencias estadísticamente significativas entre quienes posteriormente tuvieron algún episodio de recaída y entre quienes no.
- El 93,1% de las personas que han probado la heroína en el

seguimiento posteriormente han recaído, así como el 75,5% de los que han probado la cocaína y el 68,9% de los que han probado el hachís.

- Los principales determinantes señalados en las situaciones de recaída son los intrapersonales, especialmente el enfrentarse a estados emocionales negativos.
- Un 13,5% de los entrevistados ha mantenido un consumo único exclusivo de hachís. Son principalmente altas del tratamiento de ambos sexos.
- 17 de los 21 pacientes que sólo han consumido hachís han mantenido, no obstante, una evolución positiva (no han consumido otras sustancias, realizan un consumo seguro del alcohol, han trabajado más del 50% del tiempo y no han sido detenidos ni encarcelados).
- Además, cuando se les compara con quienes han tenido recaídas con otras sustancias, aquellos han trabajado un mayor porcentaje de tiempo.

En cuanto al consumo de alcohol:

- Las personas que abandonaron el tratamiento han presentado una mayor problemática con el alcohol que las altas.
- Las mujeres presentan un menor consumo de alcohol que los hombres.
- Un 13,5% de sujetos ha tenido en algún momento una recaída en el consumo de alcohol (tomando como criterio una puntuación positiva en el *Índice de Severidad del Alcoholismo*).
- Los abandonos han recaído en mayor proporción que las altas (26,2% vs. 8,8%).
- Aún así, en el momento de la entrevista un 96,3% de los entrevistados presentaba un *consumo seguro* de alcohol (según la clasificación de la OMS).
- Los motivos intrapersonales también son los más aducidos para recaer en el consumo de alcohol.

En cuanto a la evolución familiar, formativa, laboral y de ocio:

- El 75% de los pacientes considera que la situación familiar ha mejorado tras su paso por el programa de tratamiento.
- Las personas que han tenido alguna recaída y las que abandonaron el programa valoran peor la evolución de su situación familiar.
- La presencia de familiares que consumen drogas en el entorno de los pacientes no tiene relación con los abandonos, ni con la existencia de recaídas.
- El 60% de los pacientes ha realizado acciones formativas en el periodo de seguimiento, sin que se aprecien diferencias estadísticamente

significativas entre las altas y los abandonos, o entre quienes han tenido alguna recaída y no.

- Prácticamente el 59% de los sujetos ha trabajado todo el tiempo desde que dejó el programa de tratamiento. Un 23,9% ha trabajado entre el 51% y el 99% del tiempo, un 3,3% no ha trabajado nunca.
- Las personas que han tenido alguna recaída y los abandonos han trabajado menos tiempo que quienes no han tenido recaídas o han sido altas.
- El 82% de los pacientes valora que ha mejorado su satisfacción laboral tras el programa.
- Tan sólo un sujeto reconoce obtener dinero por medio de fuentes ilegales. Para el 82,2% el sueldo es la principal fuente de ingresos.
- Para el 88% de los sujetos el uso del tiempo libre ha mejorado, y no se encuentran diferencias en el tiempo de ocupación de altas y abandonos o personas que han tenido recaídas y las que no.
- Las personas que han tenido alguna recaída (62%) y los abandonos (57%) tienen menos amigos no consumidores que quienes no han tenido ninguna recaída (83%) y las altas (80%).
- No por ello quienes han tenido alguna recaída y los abandonos tienen una mayor frecuencia de contacto con consumidores en activo que quienes no han tenido recaídas o las altas.

En cuanto a la evolución de la salud:

- Mientras que un 55% de los sujetos ha notado mejoría en su estado de salud en el seguimiento, un 10% considera que ha empeorado.
- Ahora bien, mientras que entre las altas terapéuticas un 7% considera que su salud ha empeorado, este porcentaje se incrementa hasta el 19% entre los abandonos.
- Un 22,6% de los pacientes presenta una puntuación superior a 7 en el *GHQ-28*. Nuevamente tanto los abandonos como quienes han tenido alguna recaída presentan peores resultados que las altas y que quienes no han tenido recaídas.
- El 83,9% de los pacientes no ha necesitado acudir a urgencias por sobredosis o sintomatología asociada al síndrome de abstinencia. Mientras que un 6% de las altas fue atendido por alguno de los anteriores motivos, este porcentaje se incrementa hasta el 43% entre los abandonos. También las personas que han tenido alguna recaída (92%) superan en este indicador a quienes no la han tenido (8%).
- Un 85% de los sujetos no ha sido detenido ni encarcelado en el periodo de seguimiento. Nuevamente, tanto quienes han tenido alguna recaída como aquellos que abandonaron el tratamiento prematuramente han sido detenidos y encarcelados en mayor proporción. Más concretamente, un 42,9% de los abandonos ha sido detenido en alguna

ocasión, y un 31% condenado. Entre quienes han tenido alguna recaída estos porcentajes son del 27,8% y del 19,4%.

- Un 71% de los pacientes no ha vuelto a realizar ningún programa de tratamiento. Un 14% ha realizado uno, y un 15% ha realizado dos o más de dos.
- De las 45 personas que han vuelto a ingresar en programas de tratamiento, 43 han vuelto a tomar contacto con Proyecto Hombre alguna vez. Tanto los abandonos como quienes han tenido alguna recaída han reingresado en programas en mayor proporción.

En cuanto a la valoración del tratamiento:

- Un 85% de los pacientes considera que el acceso al tratamiento fue fácil.
- Un 49,4% considera que las normas del tratamiento son estrictas, frente a un 49,7% que las considera correctas.
- El 66% de los pacientes se encuentra satisfecho con el tratamiento de las drogodependencias. Un 4% se encuentra poco satisfecho. Las personas que abandonaron el tratamiento y las que han tenido alguna recaída lo valoran peor.
- Un 88% de los sujetos considera que el programa les ha ayudado con otros problemas diferentes a la dependencia de sustancias. En este caso, también quienes recibieron el alta y quienes no han tenido ninguna recaída en el seguimiento han percibido esta ayuda en mayor proporción.
- Un 91% considera importante la participación de los padres en el tratamiento.
- Un 45,2% de los pacientes considera excesiva la duración del programa. Este porcentaje se incrementa entre quienes lo abandonaron hasta el 64%. No obstante, un 8% de los pacientes considera escaso el tiempo de duración del programa.
- Un 94% de los atendidos considera que la calidad de la relación con los terapeutas ha sido buena.

En cuanto a la valoración de los diferentes componentes del tratamiento:

- Los elementos mejor valorados del tratamiento son *los grupos, el ambiente y la relación con los demás*. Ahora bien, las altas valoran mejor *las normas y limitaciones, la relación con los demás y la relación con los terapeutas* que los abandonos. Por su parte, quienes no han tenido ninguna recaída valoran mejor *las normas y limitaciones, la relación con los terapeutas y la presión y exigencia existente*.

En cuanto a las razones que han impulsado a abandonar el tratamiento:

- Los motivos más señalados para abandonar el tratamiento son (1) *haber conseguido los objetivos propuestos* y (2) *no querer continuar con las limitaciones que imponía el tratamiento*. Ahora bien, las personas que posteriormente completaron el tratamiento no señalan el *haber conseguido los objetivos* y *estar cansado de los grupos* como motivos para abandonar el programa.

En cuanto a los principales efectos del programa:

- Los efectos del programa que han recibido mayor valoración son: (1) *tener mayor conciencia de los problemas*; (2) *dejar de consumir heroína*; (3) *tener más confianza en mí mismo*; y (4) *sentirme más a gusto conmigo mismo*. Los que menos se han señalado son: (1) *integrarme en el mundo laboral*; (2) *no cometer delitos*; (3) *ocupar mejor el tiempo libre*; y (4) *tener otras inquietudes*.
- Las altas terapéuticas han encontrado mayor utilidad al programa en 13 de los 16 elementos propuestos. Asimismo, las personas que no han tenido recaídas valoran como más útiles 12 elementos de los 16.

En cuanto a la valoración global del tratamiento:

- Un 93,5% de los pacientes lo consideran satisfactorio. Un 6,4% lo considera poco o nada satisfactorio.
- La valoración global de los abandonos y de quienes han tenido alguna recaída es inferior a la de las altas y a la de quienes no han tenido ninguna recaída.

4.3. Verificación del Cuestionario de Seguimiento (CSF)

Con el objetivo de verificar las respuestas que dan los pacientes al *Cuestionario de Seguimiento en Drogodependencias (CSD)*, Fernández-Hermida y Secades (1999) diseñaron el *Cuestionario de Seguimiento Familiar*. En este cuestionario se recogen diez preguntas sobre diferentes aspectos previamente evaluados con el *CSD*, que se realizan a un familiar que convive con el paciente.

Antes de presentar los resultados del *Cuestionario de Seguimiento Familiar (CSF)* hay que señalar que 45 personas –un 29% de los entrevistados–

no han dado permiso para que la evaluadora se pusiese en contacto con sus familiares.

La razón más señalada por los pacientes para no permitir el contacto con sus familias ha sido no querer que se molestase a sus allegados. De hecho, tal y como se expondrá también posteriormente, cuando se ha propuesto la consulta sobre ingresos posteriores de los pacientes en otros centros de tratamiento las negativas han disminuido a 15 personas. En este caso no era necesario “molestar” a nadie y los pacientes han presentado menos reticencias.

Mientras que el 80% de las altas han concedido permiso, este porcentaje se reduce hasta el 55,6% de los abandonos (Tabla 214).

Tabla 214 Comparación entre quienes han concedido y no han concedido permiso para el CSF según modo de finalización

Permiso CSF	Abandono	Alta	χ^2
	N (%)	N (%)	
No	20 (44,4%)	22 (20,0%)	8,5*
Sí	25 (55,6%)	88 (80,0%)	
Total	45 (100%)	110 (100%)	

* $p < 0,01$

Tampoco se encuentran diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo o en cuanto a la existencia de recaídas de quienes no conceden permiso para realizar el CSF (Tabla 215).

Tabla 215 Comparación entre quienes han concedido y no han concedido permiso para el CSF según sexo y existencia de alguna recaída

Permiso para CSF	Sexo		χ^2	¿Alguna recaída?		χ^2
	Hombre	Mujer		No	Sí	
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
No	31 (29,0%)	14 (29,2%)	0	19 (22,9%)	26 (36,1%)	2,7
Sí	76 (71,0%)	34 (70,8%)		64 (77,1%)	46 (63,9%)	
Total	107 (100%)	48 (100%)		83 (100%)	72 (100%)	

Ahora bien, sí que se encuentra una asociación positiva entre no

conceder permiso para la comprobación de ingresos posteriores por medios institucionales y de no concederlo para el CSF. De hecho, el 73,3% de quienes no han concedido permiso para comprobar ingresos posteriores no lo han concedido para realizar el CSF.

Tabla 216 Comparación entre quienes han concedido y no han concedido permiso para el CSF según permiso para comprobación de ingresos posteriores

Permiso para CSF	Permiso para comprobar ingreso posterior		X ²
	No	Sí	
	N (%)	N (%)	
No	11 (73,3%)	34 (24,3%)	13,5*
Sí	4 (26,7%)	106 (75,7%)	
Total	15 (100%)	140 (100%)	

* $p < 0,001$

No obstante, otra forma de analizar el dato anterior es constatar cómo de 45 personas que no dan permiso para realizar el CSF se “rescata” a 34 que no tienen ningún inconveniente en que se indague sobre posibles ingresos en tratamiento.

Así pues, no parece, en principio, que influyan elementos como el sexo de los pacientes o las recaídas para no conceder permiso para realizar el CSF.

4.3.1. Cuestionario de Seguimiento Familiar

A continuación se presentan los resultados de las 10 preguntas que componen el *Cuestionario de Seguimiento*.

En la Tabla 217 se muestra la comparación entre la impresión de la familia y el autoinforme de los pacientes sobre la existencia de recaídas en el consumo de sustancias ilegales. En ningún caso los pacientes han dejado de informar de una recaída percibida por la familia. En las siguientes categorías – bien pudiera ser debido al estricto criterio de recaída mantenido en el estudio-

la percepción de las familias es muy semejante a la información aportada por los pacientes. No obstante, destacan 7 casos en los que a pesar de que los pacientes reconocen que han tenido una recaída, la familia no la ha detectado.

Tabla 217 Frecuencia de consumo valorada por la familia según la existencia de recaída

Frecuencia de consumo valorada por el familiar	¿Alguna recaída?		
	No	Sí	Total
	N	N	N
Nunca	59	7	66
Esporádicamente	3	12	15
De vez en cuando	3	10	13
Frecuentemente	0	17	17
Total	65	46	111

En cuanto a la valoración de los problemas de alcohol tenidos tras el alta, la correlación entre la opinión de los pacientes y de los familiares es de 0,6 ($p= 0,000$). En la Tabla 218 se compara la valoración de la severidad de los problemas presentados con el alcohol según los pacientes y la familia. En tan sólo tres casos la familia desautoriza la opinión del paciente afirmando que ha tenido problemas frecuentemente cuando éste dice que ninguno. Por el contrario, en dos casos los pacientes afirman haber tenido problemas serios cuando la familia no ha detectado ningún problema.

Tabla 218 Severidad del consumo de alcohol según autoinforme/valoración de la familia

Autovaloración	Familia				Total
	Ninguno	Leves	Moderados	Graves	
Ninguno	91	2	0	3	96
Problemas leves	1	1	0	0	2
Problemas moderados	1	1	1	2	5
Problemas graves	2	1	0	2	5
Total	0	0	2	0	2

Por lo que respecta a la valoración que hacen las familias de la actividad laboral de los pacientes, ésta concuerda, básicamente, con la desarrollada por estos últimos (Tabla 219).

Tabla 219 Valoración familiar de la actividad laboral de los pacientes

	N (%)	% Válido
No trabaja, ni estudia ni muestra interés	7 (4,5%)	6,3
No trabaja, pero se muestra activo	15 (9,7%)	13,5
Trabaja o estudia	89 (57,4%)	80,2
Total	111 (71,6%)	100
No permiso	44 (28,4%)	
Total	155 (100%)	

Hay una alta correlación entre la valoración de la frecuencia de las actividades deportivas expresadas por el paciente y por la familia (Tabla 220). Asimismo, se encuentran correlaciones moderadas entre las actividades de ocio y las actividades culturales. Por último se encuentra una correlación baja en el conocimiento de las actividades políticas.

Tabla 220 Correlación de las valoraciones sobre la frecuencia de las actividades de ocio y tiempo libre de los pacientes y sus familias

Autovaloración	Valoración de la familia			
	Deportivas	Culturales	Ocio	Políticas
Deportivas	0,72**	0,00	0,07	-0,05
Culturales	0,02	0,54**	0,10	0,19
Ocio	0,09	0,07	0,53**	0,03
Políticas	0,00	0,01	0,07	0,25*

* $p < 0,01$; ** $p < 0,001$

En cuanto a la existencia de amigos no consumidores con los que realizan actividades frecuentemente, en 17 casos no coincide la información ofrecida por los pacientes y por la familia. En 9 casos la familia considera que no, mientras que el paciente ha dicho que sí, y el caso contrario se da en 8 ocasiones.

Tabla 221 Existencia de amigos no consumidores con los que realizan actividades frecuentemente

Autovaloración	FAMILIA		Total
	No	Sí	
No	16	8	24
Sí	9	78	87
Total	25	86	111

En la Tabla 222 se presenta la valoración de la frecuencia de la relación con amigos consumidores. En este caso son nuevamente los pacientes los que indican en mayor número de casos ($n=13$) la existencia de las mismas, frente al desconocimiento de la familia. En tan sólo dos casos la familia informa de relaciones frecuentes frente a la negativa de los pacientes.

Tabla 222 Frecuencia de la relación con amigos consumidores según el paciente/familia

AUTOVALORACIÓN	FAMILIA				Total
	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	No contesta	
Nunca	46	5	2	1	54
Algunas veces	11	18	0	0	29
Frecuentemente	13	5	10	0	28
Total	70	28	12	1	111

Por lo que respecta a la valoración del clima familiar tras el alta, en 59 casos (65,6% de las respuestas obtenidas) la correspondencia entre las opiniones de los pacientes y de sus familias es completa. En el resto de casos apenas se dan discrepancias, puesto que no se dan casos en que una de las partes diga que mejoró mucho y la otra que empeoró, o viceversa.

Tabla 223 Valoración de la evolución de la relación familiar tras el alta según el paciente y la familia

Autovaloración	FAMILIA					Total
	Empeoró	Sin cambios	Mejóro	Mejóro mucho	No contesta	
Empeoró mucho	1	2	0	0	0	3
Empeoró	1	3	0	0	0	4
Sin cambios	0	7	2	1	0	10
Mejóro	0	3	26	5	1	35
Mejóro mucho	0	2	13	24	1	40
Total	2	17	41	30	2	92

En resumidas cuentas, la apreciación que se puede hacer de los resultados obtenidos es que, en general, se da una gran concordancia entre las informaciones ofrecidas por los pacientes y sus familias. En pocos casos se encuentran discrepancias importantes. Así pues, parece que se puede confiar en la información aportada por los pacientes.

4.4. Elementos facilitadores-dificultadores de la estancia en Comunidad Terapéutica

Han sido 142 (91,6%) los entrevistados que estuvieron en Comunidad Terapéutica. Así pues, el total de sujetos que han cumplimentado este instrumento es 142. De estos 142 sujetos, 109 (77%) son altas y 33 (23%) abandonos. En cuanto a su distribución por sexo, 97 (68%) son hombres y 45 (32%) mujeres.

4.4.1. Elementos facilitadores

En primer lugar es interesante destacar cómo no todos los sujetos han considerado todos los elementos propuestos como facilitadores aplicables a su caso (Tabla 224). Los dos elementos que menos elecciones han recibido son comunes a las altas y los abandonos: (1) “*la siesta*”, que sólo era permitida en

los casos en que el médico la recomendase; y (2) “la lectura”. El siguiente elemento que menos selecciones ha recibido por parte de las altas son “los momentos de intimidad”, que curiosamente ha recibido valoración por parte del 88% de los abandonos. Sin embargo, en el resto de elementos los resultados de las altas y los abandonos coinciden.

Tabla 224 Pacientes que no han valorado los diferentes elementos como facilitadores de su estancia en CT, según el modo de finalización del programa

Elementos de CT	Altas (N= 109)		Abandonos (N= 33)	
	No era facilitador	%	No era facilitador	%
Conversar de temas variados	3	2,8	1	3,0
El ejercicio físico	14	12,8	3	9,1
El tabaco	5	4,6	1	3,0
El tiempo libre	5	4,6	3	9,1
Escuchar música	6	5,5	2	6,1
La amistad	1	0,9	1	3,0
La correspondencia	25	22,9	10	30,3
La lectura	49	45,0	15	45,5
La libertad de expresión	21	19,3	9	27,3
La musicoterapia	13	11,9	7	21,2
La siesta	97	89,0	28	84,8
La televisión	5	4,6	2	6,1
Las horas de las comidas	1	0,9	1	3,0
Las salidas fuera de comunidad	5	4,6	1	3,0
Los encuentros con seres queridos	4	3,7	1	3,0
Los grupos dinámicos	1	0,9	1	3,0
Los juegos	1	0,9	1	3,0
Los momentos de intimidad	26	23,9	4	12,1
Los terapeutas	1	0,9	2	6,1

Los elementos que más valoraciones han recibido han sido: “los terapeutas”, “los juegos”, “los grupos dinámicos”, “las horas de las comidas”, y “la amistad”.

En cuanto al sentido de las valoraciones realizadas, los elementos más valorados como facilitadores son: “la amistad”, “las salidas fuera de

comunidad”, “los momentos de intimidad”, “conversar de temas variados”, “el tabaco” y “la musicoterapia” (Tabla 225).

Tabla 225 Valores descriptivos de tendencia central de los facilitadores de la estancia en CT

	N	Mínimo	Máximo	X	DT
La amistad	140	1	4	3,4	0,8
Las salidas fuera de comunidad	136	1	4	3,1	1,0
Los momentos de intimidad	112	1	4	3,1	0,9
Conversar de temas variados	138	1	4	3,1	0,8
La siesta	17	1	4	3,1	1,1
El tabaco	136	1	4	3,0	1,0
La musicoterapia	122	1	4	3,0	1,0
El ejercicio físico	125	1	4	2,9	0,9
Los encuentros con seres queridos	137	1	4	2,9	1,1
El tiempo libre	134	1	4	2,9	0,9
La libertad de expresión	112	1	4	2,8	1,0
La correspondencia	107	1	4	2,8	1,0
Los grupos dinámicos	140	1	4	2,7	1,2
Escuchar música	134	1	4	2,7	1,0
La lectura	78	1	4	2,6	1,0
Las horas de las comidas	140	1	4	2,6	0,9
Los terapeutas	139	1	4	2,6	1,0
Los juegos	140	1	4	2,6	0,9
La televisión	135	1	4	2,5	1,0

Los elementos menos valorados como facilitadores son: “la televisión”, “los juegos”, “los terapeutas”, “las horas de las comidas” y “la lectura”.

No obstante, en ninguno de los elementos valorados se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre las altas y los abandonos (Tabla 226).

Tabla 226 Elementos facilitadores de la estancia en CT según el modo de finalización

		N	X	DT	t
Escuchar música	Abandono	31	2,9	0,9	0,4
	Alta	103	2,6	1,0	
El ejercicio físico	Abandono	30	3,1	1,0	0,4
	Alta	95	2,9	0,9	
Los grupos dinámicos	Abandono	32	2,6	1,2	0,6
	Alta	108	2,8	1,2	
El tabaco	Abandono	32	2,9	1,1	0,6
	Alta	104	3,0	1,0	
Los juegos	Abandono	32	2,8	0,9	0,4
	Alta	108	2,5	0,9	
El tiempo libre	Abandono	30	2,8	1,1	0,6
	Alta	104	2,9	0,9	
La amistad	Abandono	32	3,3	0,9	0,6
	Alta	108	3,4	0,8	
La musicoterapia	Abandono	26	2,8	1,2	0,6
	Alta	96	3,0	1,0	
Las salidas fuera de comunidad	Abandono	32	3,3	0,9	0,4
	Alta	104	3,1	1,1	
Los momentos de intimidad	Abandono	29	3,1	0,8	0,6
	Alta	83	3,1	0,9	
La correspondencia	Abandono	23	3,0	1,0	0,4
	Alta	84	2,7	1,0	
La lectura	Abandono	18	2,9	0,8	0,4
	Alta	60	2,5	1,0	
La televisión	Abandono	31	2,5	1,0	0,5
	Alta	104	2,4	1,0	
Los encuentros con seres queridos	Abandono	32	2,9	1,1	0,6
	Alta	105	2,9	1,1	
Las horas de las comidas	Abandono	32	2,8	0,9	0,4
	Alta	108	2,6	1,0	
Conversar de temas variados	Abandono	32	2,9	0,9	0,8
	Alta	106	3,1	0,7	
Los terapeutas	Abandono	31	2,6	1,1	0,9
	Alta	108	2,6	0,9	
La libertad de expresión	Abandono	24	2,9	0,9	0,5
	Alta	88	2,8	1,0	

Algo semejante ocurre cuando se comparan las puntuaciones obtenidas en cada elemento por parte de quienes han tenido alguna recaída y quienes no. No obstante, en este caso las personas que han tenido alguna recaída han valorado “*escuchar música*” como un facilitador en mayor medida que quienes no han tenido ninguna recaída (Tabla 227).

Tabla 227 Elementos facilitadores de la estancia en CT según existencia de alguna recaída

	¿Alguna recaída?	N	X	DT	t
Escuchar música	No	75	2,4	0,9	4*
	Sí	59	3,0	0,9	
El ejercicio físico	No	68	2,8	0,9	1,9
	Sí	57	3,1	0,9	
Los grupos dinámicos	No	78	2,8	1,2	0,5
	Sí	62	2,7	1,2	
El tabaco	No	75	2,9	1,0	1,1
	Sí	61	3,1	1,0	
Los juegos	No	78	2,5	0,9	1,7
	Sí	62	2,7	0,9	
El tiempo libre	No	73	2,9	0,8	0,1
	Sí	61	2,9	1,0	
La amistad	No	78	3,3	0,8	0,9
	Sí	62	3,4	0,8	
La musicoterapia	No	65	2,9	1,0	0,4
	Sí	57	3,0	1,1	
Las salidas fuera de comunidad	No	75	3,1	1,0	0,4
	Sí	61	3,2	1,0	
Los momentos de intimidad	No	56	3,2	0,9	1,3
	Sí	56	3,0	0,9	
La correspondencia	No	58	2,6	0,9	1,4
	Sí	49	2,9	1,0	
La lectura	No	38	2,4	1,0	1,9
	Sí	40	2,8	1,0	
La televisión	No	74	2,3	1,0	1,8
	Sí	61	2,6	1,0	
Los encuentros con seres queridos	No	75	2,9	1,1	1,6
	Sí	62	2,9	1,0	
Las horas de las comidas	No	78	2,6	0,9	0,3
	Sí	62	2,6	1,0	
Conversar de temas variados	No	77	3,2	0,7	1,6
	Sí	61	3,0	0,9	
Los terapeutas	No	78	2,6	1,0	0,3
	Sí	61	2,6	1,0	
La libertad de expresión	No	64	2,8	0,9	0,1
	Sí	48	2,8	1,0	

* $p < 0,001$

Ahora bien, cuando se comparan los resultados en función del sexo, aparecen una serie de diferencias entre las preferencias de hombres y mujeres (Tabla 228).

Tabla 228 Elementos facilitadores de la estancia en CT en función del sexo

	Sexo	N	X	DT	t
Escuchar música	Hombre	90	2,5	1,0	2,6*
	Mujer	44	3,0	1,0	
El ejercicio físico	Hombre	87	3,0	0,9	1,9
	Mujer	38	2,7	1,0	
Los grupos dinámicos	Hombre	95	2,8	1,1	1,3
	Mujer	45	2,5	1,2	
El tabaco	Hombre	92	2,8	1,0	3,4**
	Mujer	44	3,4	0,9	
Los juegos	Hombre	95	2,5	0,9	0,6
	Mujer	45	2,6	0,9	
El tiempo libre	Hombre	89	2,8	0,9	0,6
	Mujer	45	2,9	0,9	
La amistad	Hombre	95	3,3	0,8	0,4
	Mujer	45	3,4	0,8	
La siesta	Hombre	10	3,2	1,0	0,6
	Mujer	7	2,9	1,2	
La musicoterapia	Hombre	79	2,9	1,0	1,3
	Mujer	43	3,1	1,1	
Las salidas fuera de comunidad	Hombre	94	3,2	1,0	1,4
	Mujer	42	3,0	1,1	
Los momentos de intimidad	Hombre	73	3,1	0,9	0,6
	Mujer	39	3,2	0,9	
La correspondencia	Hombre	71	2,6	1,0	2,9**
	Mujer	36	3,1	0,9	
La lectura	Hombre	54	2,4	1,0	2,3**
	Mujer	24	3,0	1,0	
La televisión	Hombre	92	2,5	1,0	0,1
	Mujer	43	2,4	1,1	
Los encuentros con seres queridos	Hombre	93	2,9	1,0	0,1
	Mujer	44	2,9	1,2	
Las horas de las comidas	Hombre	95	2,5	1,0	2,0*
	Mujer	45	2,8	0,9	
Conversar de temas variados	Hombre	94	3,0	0,8	2,3*
	Mujer	44	3,3	0,6	
Los terapeutas	Hombre	94	2,7	1,0	1,7
	Mujer	45	2,4	1,0	
La libertad de expresión	Hombre	73	2,8	1,0	0,1
	Mujer	39	2,8	1,0	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$;

Las mujeres valoran más que los hombres los siguientes facilitadores: “escuchar música”, “el tabaco”, “la correspondencia”, “la lectura”, “las horas de las comidas” y “conversar de temas variados”.

4.4.2. Elementos dificultadores

En cuanto a los dificultadores, en la Tabla 229 se presentan las personas que no han considerado algún elemento como dificultador.

Mientras que en el caso de los facilitadores había hasta un 45% de sujetos que no consideraban la lectura como “facilitador”, en el caso de los dificultadores hay mayor consenso. Tan sólo en dos elementos hay alrededor de un 15% de sujetos que no los consideran como dificultadores: “*dormir menos de 8 horas*” y “*los desclasamientos*”.

Tabla 229 Pacientes que no han valorado los diferentes elementos como dificultadores de su estancia en CT, según modo de finalización del programa

	Altas		Abandonos	
	No era facilitador	%	No era facilitador	%
No poder salir de comunidad	5	4,6	1	3,0
La separación de los seres queridos	4	3,7	1	3,0
Los grupos	2	1,8	1	3,0
La convivencia con los demás	2	1,8	1	3,0
Los confrontos	1	0,9	1	3,0
Los horarios	1	0,9	1	3,0
El trabajo en los sectores	1	0,9	1	3,0
Dormir menos de 8 horas	16	14,7	1	3,0
Los roles	1	0,9	1	3,0
Los desclasamientos	15	13,8	1	3,0
El trabajo físico	2	1,8	1	3,0
La abstinencia sexual	2	1,8	1	3,0
Los encuentros con la familia	5	4,6	1	3,0
La presión de los demás	2	1,8	1	3,0
Los terapeutas	1	0,9	1	3,0
Las normas	1	0,9	1	3,0
La duración de comunidad	1	0,9	1	3,0
Desconocer el funcionamiento de CT	1	0,9	1	3,0
Compartir espacios	1	0,9	1	3,0

En cuanto a los elementos que han recibido una mayor puntuación como dificultadores (Tabla 230) destacan “*los desclasamientos*”, “*la presión de los demás*”, “*los confrontos*” y “*desconocer el funcionamiento de CT*”.

Tabla 230 Valores descriptivos de tendencia central de los dificultadores de la estancia en CT

	N	Mínimo	Máximo	X	DT
Los desclasamientos	125	1	4	3,1	1,1
La presión de los demás	139	1	4	3,1	0,9
Los confrontos	140	1	4	3,0	1,0
Desconocer el funcionamiento de CT.	140	1	4	3,0	1,1
Las normas	140	1	4	2,9	0,9
No poder salir de comunidad	136	1	4	2,8	1,0
Los grupos	139	1	4	2,8	1,0
Los terapeutas	140	1	4	2,7	1,0
Los roles	140	1	4	2,7	1,1
La duración de comunidad	140	1	4	2,7	1,1
La separación de los seres queridos	137	1	4	2,5	1,1
La abstinencia sexual	139	1	4	2,4	1,0
Los encuentros con la familia	133	1	4	2,3	1,1
Los horarios	140	1	4	2,3	1,1
La convivencia con los demás	139	1	4	2,2	0,9
El trabajo en los sectores	140	1	4	1,9	1,0
Dormir menos de 8 horas	122	1	4	1,8	1,1
Compartir espacios	140	1	4	1,8	1,0
El trabajo físico	139	1	4	1,5	0,8

Los menos señalados como dificultadores son “*el trabajo físico*”, “*compartir espacios*”, “*dormir menos de 8 horas*” y “*el trabajo en los sectores*”.

Nuevamente, tal y como ha sucedido en el caso de los facilitadores, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las altas y los abandonos en los dificultadores de la estancia en Comunidad Terapéutica (Tabla 231).

Tabla 231 Elementos dificultadores de la estancia en CT según modo de finalización

		N	X	DT	t
No poder salir de comunidad	Abandono	32	3,0	0,9	0,7
	Alta	106	4,6	13,2	
La separación de los seres queridos	Abandono	32	2,4	1,2	0,7
	Alta	106	3,5	9,4	
Los grupos	Abandono	32	2,7	1,1	0,8
	Alta	109	4,6	13,0	
La convivencia con los demás	Abandono	32	2,2	0,9	0,8
	Alta	109	4,0	13,1	
Los confrontos	Abandono	32	3,1	0,9	0,5
	Alta	109	3,9	9,2	
Los horarios	Abandono	32	2,3	1,2	0,5
	Alta	109	3,1	9,3	
El trabajo en los sectores	Abandono	32	1,8	1,0	0,6
	Alta	109	2,8	9,3	
Dormir menos de 8 horas	Abandono	29	1,9	1,1	0,5
	Alta	94	2,8	10,1	
Los roles	Abandono	32	2,7	1,1	0,5
	Alta	109	3,5	9,3	
Los desclasamientos	Abandono	31	3,1	1,2	0,6
	Alta	95	4,2	9,9	
El trabajo físico	Abandono	32	1,5	0,8	0,5
	Alta	108	2,4	9,4	
La abstinencia sexual	Abandono	32	2,3	1,2	0,6
	Alta	108	3,3	9,3	
Los encuentros con la familia	Abandono	29	2,2	1,1	0,6
	Alta	105	3,3	9,5	
La presión de los demás	Abandono	32	3,1	0,9	0,5
	Alta	108	3,9	9,3	
Los terapeutas	Abandono	32	2,7	1,2	0,5
	Alta	109	3,5	9,3	
Las normas	Abandono	32	3,1	0,8	0,4
	Alta	109	3,7	9,3	
La duración de comunidad	Abandono	32	2,9	1,1	0,3
	Alta	109	3,5	9,3	
Desconocer el funcionamiento de CT.	Abandono	32	2,7	1,1	0,7
	Alta	109	3,9	9,3	
Compartir espacios	Abandono	32	2,0	1,1	0,4
	Alta	109	2,6	9,4	

Lo mismo ocurre cuando se comparan las personas que han tenido alguna recaída con las que no las han tenido (Tabla 232). No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 232 Elementos dificultadores de la estancia en CT según existencia de recaída

	¿Alguna recaída?	N	X	DT	t
No poder salir de comunidad	No	74	2,7	1,0	2,1
	Sí	62	3,0	1,0	
La separación de los seres queridos	No	75	2,6	1,1	0,8
	Sí	62	2,5	1,2	
Los grupos	No	77	2,8	1,0	0,2
	Sí	62	2,8	1,0	
La convivencia con los demás	No	77	2,2	0,9	0,5
	Sí	62	2,3	0,9	
Los confrontos	No	78	3,0	1,0	0,2
	Sí	62	3,0	1,0	
Los horarios	No	78	2,1	1,0	1,5
	Sí	62	2,4	1,2	
El trabajo en los sectores	No	78	1,9	0,9	0,1
	Sí	62	1,9	1,1	
Dormir menos de 8 horas	No	67	1,8	1,0	0,7
	Sí	55	1,9	1,1	
Los roles	No	78	2,7	1,1	0,1
	Sí	62	2,6	1,1	
Los desclasamientos	No	70	3,1	1,1	0,1
	Sí	55	3,1	1,1	
El trabajo físico	No	77	1,5	0,8	0,2
	Sí	62	1,5	0,8	
La abstinencia sexual	No	77	2,4	1,0	0,1
	Sí	62	2,4	1,1	
Los encuentros con la familia	No	73	2,3	1,1	0,1
	Sí	60	2,3	1,1	
La presión de los demás	No	77	3,0	0,9	0,5
	Sí	62	3,1	1,0	
Los terapeutas	No	78	2,7	0,9	0,9
	Sí	62	2,6	1,1	
Las normas	No	78	2,8	0,9	1,7
	Sí	62	3,0	0,8	
La duración de comunidad	No	78	2,4	1,1	2,7
	Sí	62	2,9	1,1	
Desconocer el funcionamiento de CT.	No	78	3,1	1,1	1,1
	Sí	62	2,9	1,1	
Compartir espacios	No	78	1,7	0,9	1,3
	Sí	62	1,9	1,0	

No obstante, tal y como ha ocurrido en el caso de los facilitadores, sí que se encuentran diferencias estadísticamente significativas en función del sexo.

Tabla 233 Elementos dificultadores de la estancia en CT en función del sexo

	Sexo	N	X	DT	t
No poder salir de comunidad	Hombre	94	2,8	1,0	0,1
	Mujer	42	2,9	1,1	
La separación de los seres queridos	Hombre	94	2,5	1,1	0,4
	Mujer	43	2,6	1,2	
Los grupos	Hombre	94	2,8	1,0	0,4
	Mujer	45	2,8	1,0	
La convivencia con los demás	Hombre	94	2,3	0,9	1,3
	Mujer	45	2,1	0,8	
Los confrontos	Hombre	95	3,1	1,0	0,5
	Mujer	45	3,0	1,0	
Los horarios	Hombre	95	2,1	1,1	1,8
	Mujer	45	2,5	1,1	
El trabajo en los sectores	Hombre	95	1,7	0,8	2,3*
	Mujer	45	2,2	1,1	
Dormir menos de 8 horas	Hombre	82	1,7	1,0	1,1
	Mujer	40	2,0	1,1	
Los roles	Hombre	95	2,6	1,1	0,2
	Mujer	45	2,7	1,0	
Los desclasamientos	Hombre	84	3,1	1,1	1,0
	Mujer	41	3,3	1,0	
El trabajo físico	Hombre	94	1,4	0,6	3,1*
	Mujer	45	1,7	1,0	
La abstinencia sexual	Hombre	95	2,5	1,0	2,9**
	Mujer	44	2,0	1,0	
Los encuentros con la familia	Hombre	90	2,2	1,1	1,4
	Mujer	43	2,5	1,0	
La presión de los demás	Hombre	94	3,0	0,9	0,9
	Mujer	45	3,2	0,9	
Los terapeutas	Hombre	95	2,7	1,0	0,2
	Mujer	45	2,7	0,9	
Las normas	Hombre	95	2,9	0,9	0,2
	Mujer	45	2,9	0,9	
La duración de comunidad	Hombre	95	2,7	1,1	0,4
	Mujer	45	2,6	1,1	
Desconocer el funcionamiento de CT.	Hombre	95	2,9	1,1	1,7
	Mujer	45	3,2	1,0	
Compartir espacios	Hombre	95	1,7	0,9	1,6
	Mujer	45	1,9	1,1	

Para las mujeres, “*el trabajo en los sectores*”, y “*el trabajo físico*” son más dificultadores que para los hombres. Por el contrario, para los hombres la “*abstinencia sexual*” es más dificultadora que para las mujeres.

4.4.3. Síntesis

En síntesis:

Respecto a los elementos facilitadores:

- Cuatro elementos de los propuestos como facilitadores no han recibido valoración por un alto porcentaje de sujetos: *“la siesta”* (89%), *“la lectura”* (45%), *“la correspondencia”* (24,6%) o *“los momentos de intimidad”* (21,1%).
- Los elementos más valorados como facilitadores son *“la amistad”*, *“las salidas fuera de comunidad”*, *“los momentos de intimidad”*, *“conversar de temas variados”*, *“el tabaco”* y *“la musicoterapia”*, aunque no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las altas y los abandonos.
- Por el contrario, los elementos menos valorados como facilitadores son *“la televisión”*, *“los juegos”*, *“los terapeutas”*, *“las horas de las comidas”* y *“la lectura”*.
- *“Escuchar música”* es el único elemento que ha diferenciado entre quienes no han tenido alguna recaída y entre quienes la han tenido. Estos últimos lo han valorado mejor como facilitador.
- Ahora bien, las mujeres valoran 6 elementos como facilitadores por encima de las valoraciones de los hombres: *“escuchar música”*, *“el tabaco”*, *“la correspondencia”*, *“la lectura”*, *“las horas de las comidas”* y *“conversar de temas variados”*.

Respecto a los elementos dificultadores:

- El acuerdo es mayor entre los pacientes a la hora de considerar los elementos propuestos como dificultadores.
- Los elementos que han recibido una puntuación más alta como dificultadores han sido: *“los desclasamientos”*, *“la presión de los demás”*, *“los confrontos”* y *“desconocer el funcionamiento de la Comunidad”*.
- Los elementos menos señalados como dificultadores son el *“trabajo físico”*, *“compartir espacios”*, *“dormir menos de 8 horas”* y *“el trabajo en los sectores”*.
- No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las altas y los abandonos o entre personas que han tenido alguna recaída y que no la han tenido.
- Sin embargo, para las mujeres *“el trabajo en los sectores”* y *“el trabajo físico”* son más dificultadores que los hombres. Para los hombres *“la abstinencia sexual”* es mayor dificultador que para las mujeres.

5. Conclusiones

Como conclusión se presenta la valoración de las hipótesis de cada uno de los dos estudios empíricos. En la Tabla 234 se presenta la valoración de las hipótesis planteadas en el primer estudio.

Tabla 234 Confirmación de hipótesis del primer estudio

HIPÓTESIS	CONFIRMACIÓN
El porcentaje de abandonos será significativamente superior al de altas terapéuticas.	Sí
Entre las personas que permanecen en el programa durante los primeros 4 meses, las principales variables predictoras del abandono serán la severidad del consumo de sustancias y el contacto con otras personas que consumen drogas.	Parcial ⁵⁴

Tal y como se ha podido comprobar, el porcentaje de abandonos es significativamente más alto que el de altas terapéuticas. En concreto, más del 59% de las personas que superaron los cuatro primeros meses de tratamiento resultaron abandonos terapéuticos. Por tanto, se cumple la primera hipótesis propuesta.

En cambio, la segunda hipótesis propuesta se confirma tan sólo parcialmente. Así, las personas que completan el tratamiento presentan un menor tiempo de consumo diario de alcohol, hachís, barbitúricos, heroína, cocaína y metadona. Esto es, presentan una menor severidad en el consumo de sustancias. Por tanto, se ha encontrado que la severidad del consumo de sustancias sí es una variable predictora del abandono.

Sin embargo, el contacto con personas consumidoras de drogas no tiene un valor predictivo. De hecho, las mujeres, aun cuando hayan convivido con una pareja que consumía alcohol, hachís, heroína y cocaína tienen más probabilidades de finalizar el tratamiento.

En cuanto a las hipótesis planteadas en el segundo estudio, los

⁵⁴ Dentro de las hipótesis que se han confirmado parcialmente figuran en negrita los resultados donde la hipótesis ha sido confirmada.

resultados se presentan en la Tabla 235.

Tabla 235 Confirmación de hipótesis del segundo estudio

HIPÓTESIS	RESULTADO
El porcentaje de abandonos del programa será mayor en los primeros meses del tratamiento.	SÍ
Las mujeres presentarán una mayor probabilidad de lograr el alta terapéutica.	Parcial
Las personas con ingresos anteriores en el programa de tratamiento tendrán una mayor probabilidad de presentar abandonos.	No
La tasa de recaídas será superior en los pacientes que abandonan el programa de tratamiento.	SÍ
Las personas que completan el tratamiento presentarán mejoras en las áreas relacionadas con la convivencia, la educación, el trabajo, el empleo de ocio y tiempo libre, el estado de salud y la situación jurídica con respecto al pretratamiento.	SÍ
La principal variable predictora de la ausencia de recaídas será la finalización del tratamiento.	SÍ
Los principales determinantes de recaída serán los intrapersonales.	SÍ
Las recaídas se dan, principalmente, en el primer año tras la separación del programa de tratamiento.	No
No se prevén diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la satisfacción con el programa entre quienes finalizaron el tratamiento y quienes no, o entre quienes presenten alguna recaída y quienes no.	No
Las altas terapéuticas valorarán como facilitadores de su estancia en Comunidad Terapéutica los elementos más activos, como los terapeutas y los grupos, frente a los abandonos que valorarán elementos más pasivos como la televisión o el ocio y tiempo libre.	No
Los resultados de las diferentes evaluaciones sobre el Programa Proyecto Hombre se mostrarán convergentes, a pesar de las diferentes metodologías e instrumentos empleados.	SÍ

En cuanto al momento en que se producen con mayor frecuencia los abandonos, se confirma la hipótesis planteada ya que un 42% de los abandonos deja el programa en los tres primeros meses de tratamiento.

En cuanto a la segunda hipótesis, ésta se confirma parcialmente. Si bien las mujeres no presentan mayores probabilidades de finalizar el tratamiento en el momento del ingreso, tras superar los tres primeros meses de tratamiento, sí que finalizan el tratamiento en mayor proporción que los hombres.

No se confirma la hipótesis de que las personas con ingresos anteriores

en el tratamiento presentarán más abandonos que aquellas personas que no tienen ingresos.

Sin embargo, sí que se confirma que la tasa de recaídas será superior en los pacientes que abandonan el programa de tratamiento. Las personas que abandonaron el tratamiento presentan una tasa de recaídas significativamente más elevada que las altas.

Por otra parte, los resultados indican que en todas y cada una de las áreas valoradas: convivencia, educación, trabajo, empleo de ocio y tiempo libre, estado de salud y situación jurídica las altas terapéuticas presentan mejoras sustanciales respecto al pretratamiento.

Asimismo, se encuentra que con cualquiera de las definiciones de recaída (unidimensionales o multidimensionales) que se valoren los resultados del presente estudio las altas terapéuticas presentan una menor probabilidad de recaída que los abandonos.

En la misma línea, se confirma que los determinantes intrapersonales son los más señalados por los pacientes que han tenido alguna recaída en sustancias ilegales y también por quienes han presentado abuso de alcohol.

En cambio, no se confirma la hipótesis que planteaba que las recaídas se darían, principalmente, en el primer año tras la separación del programa de tratamiento. De hecho, la dispersión parece ser la norma para todas las sustancias. Tampoco se han encontrado diferencias en el tiempo transcurrido hasta el primer consumo entre quienes tuvieron un “desliz” y quienes tuvieron una recaída.

Por otro lado, aun cuando en general la mayoría de los sujetos se muestran satisfechos con el programa de tratamiento, tanto las altas como las personas que no han recaído valoran mejor el programa que los abandonos y que quienes han tenido alguna recaída.

En contra de lo esperado, no se han encontrado diferencias

estadísticamente significativas entre las altas y los abandonos en cuanto a la valoración de elementos facilitadores o dificultadores de su estancia en Comunidad Terapéutica.

Por último, sí que se ha encontrado una gran convergencia en los resultados de las diferentes evaluaciones sobre Proyecto Hombre, independientemente de las metodologías e instrumentos empleados en las mismas.

6. Discusión de los resultados

6.1. Sesgo muestral

Los resultados de cada uno de los dos estudios presentados pueden verse afectados por los sesgos que se discuten a continuación.

6.1.1. Sesgo muestral en el primer estudio

En el caso del primer estudio un posible sesgo es el **efecto autoselectivo** del tratamiento. La *Encuesta de Residentes* se cumplimentaba cuando los pacientes cumplían aproximadamente 4 meses en el tratamiento. Esto implica que, tal y como se ha presentado, un 42% de los pacientes que han abandonado el tratamiento no cumplimentaron dicho instrumento. En el mismo sentido, un porcentaje similar de sujetos abandonó el tratamiento en los tres primeros meses. Si existen diferentes tipos de abandono en función del tiempo de estancia en los programas (De Leon, 1995; 1997), el primer estudio debe circunscribirse al de los abandonos tardíos.

Este sesgo es importante porque puede afectar no sólo a este estudio, sino a posibles acciones de mejora que se propongan por parte del programa de tratamiento. Así, las encuestas de calidad-satisfacción con el tratamiento deberían tener en cuenta este sesgo. Caso de cumplirse la ecuación: “*satisfacción de los pacientes= permanencia en el tratamiento*”, la valoración de la satisfacción de los pacientes no puede demorarse, ya que en los tres primeros meses abandonaría el 42% de los pacientes insatisfechos.

6.1.2. Sesgos muestrales en el segundo estudio

En cierto sentido, el efecto autoselectivo del tratamiento también afecta al segundo estudio. Las dificultades encontradas para la localización de sujetos en el postratamiento, son inversamente proporcionales al tiempo pasado en el

programa por los pacientes. Así pues, los datos de seguimiento están condicionados por la falta de información de las personas que abandonaron tempranamente el tratamiento. Esta constatación es preocupante por cuanto que limita las posibilidades de obtener información sobre los motivos por los que los sujetos no han completado el tratamiento. Sin el conocimiento de los motivos de abandono es difícil reorientar servicios y programas.

Ahora bien, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las principales variables sociodemográficas (el sexo, la edad en el momento del ingreso, el nivel de estudios o el estado civil) entre las personas localizadas y las que no lo han sido. Tampoco se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en lo concerniente a expulsiones sufridas durante el tratamiento o en la existencia de ingresos previos. De la misma manera, no existían diferencias en la sustancia motivo de tratamiento o en la vía de consumo.

Sí que se ha constatado que las personas que tienen abandonos previos se han localizado en menor proporción. Algo semejante ocurre en el estudio de Fernández-Hermida *et al.* (1999) y consideran que este dato influiría en una representación menor de personas con una buena evolución tras dejar el tratamiento.

Se deben considerar otros dos posibles sesgos en este estudio de seguimiento:

(1) Un **sesgo de información**. La información más sencilla de lograr ha sido la de conocer qué personas habían fallecido, o qué personas estaban ingresadas en prisión. Esto implica que los cálculos respecto a las personas fallecidas debían hacerse sobre el total de abandonos, y no sobre las personas de las que se han obtenido datos. Pero asimismo, las personas ingresadas en prisión no han sido entrevistadas, y por tanto sus datos no se han incluido en el estudio de seguimiento. Paradójicamente -se sabe que están presas- no se han incluido en el estudio, puesto que no se tienen los datos completos. Estos son unos "malos resultados" no incluidos en el estudio de seguimiento. Ahora bien, también es cierto que el conocimiento que se tiene de estos casos permite afirmar que la información disponible no altera el sentido de la interpretación ofrecida.

(2) También se aprecian dos facetas distintas del **sesgo de supervivencia**. Una afecta a todos los pacientes, y la otra principalmente a los abandonos, que han sido los que han presentado mayores dificultades para la localización.

(a) En la primera faceta que se considera, el sesgo de supervivencia implica que las personas que suelen aportar los datos en los estudios epidemiológicos son las que han sobrevivido. Así, se dan casos en que los sujetos supervivientes pueden ofrecer visiones muy distorsionadas de la realidad (cfr. Silva, 1997). En este estudio se ha encontrado un porcentaje importante de personas fallecidas en el seguimiento. Estas personas ya no han podido ser incluidas en el estudio, y quizá importantes variables relacionadas con el tratamiento han podido incidir en su muerte.

(b) Hay una segunda faceta del sesgo de supervivencia, que quizá “empeore” los resultados obtenidos. La localización de personas que han estado durante largo tiempo en contacto con el programa de tratamiento ha sido más sencilla. Esta facilidad - sobre todo entre los abandonos- implica que se ha podido localizar en mayor proporción a personas que han estado más tiempo en contacto con programas de tratamiento. Esto es, que sean personas que hayan necesitado recurrir más a los mismos, dejando más pistas para su localización. Por este sesgo, los resultados de los abandonos resultarían “peores” de lo que pueden ser en realidad. Lo mismo podría ocurrir entre las altas, pero seguramente en menor proporción ya que se ha localizado un porcentaje mucho mayor de sujetos. De esta manera, bien pudiera ser que haya una representación mayor de abandonos con recaídas que las que realmente se producen.

En resumen, se ha repetido la dificultad encontrada en el estudio de March y Orte (1997), consiguiéndose una representación muy baja de abandonos de la fase de Acogida. En este sentido, la muestra obtenida ha resultado más semejante a la de Fernández-Hermida *et al.* (1999) con representaciones aceptables de abandonos de las fases de Comunidad Terapéutica y de Reinserción. En el caso de las altas terapéuticas, por el contrario, se ha localizado a un 81,1% de sujetos. Este valor está dentro de la horquilla en la que se desenvuelven los grandes estudios evaluativos americanos, y es también muy semejante a los resultados obtenidos por Arrizabalaga *et al.* (2000), Caurín *et al.* (2004) y Luengo *et al.* (2000).

6.2. Características de la población estudiada

Sobre las personas fallecidas en el seguimiento.

Se ha encontrado un 14,7% de fallecidos sobre el total de la muestra. Este porcentaje de fallecimientos es superior al de cualquiera de los estudios revisados, que oscilaban entre el 5% (Simpson y Sells, 1982) y el 10,87% de Arrizabalaga *et al.* (1999). Estos últimos autores vinculan la tasa de fallecimientos a la epidemia de SIDA de comienzos de los años 80, y al tiempo transcurrido desde la finalización del programa. Más del 50% de los fallecidos se encontraban entre aquellos que habían finalizado el programa hacía más de 8 años.

En este estudio no se ha valorado el tiempo transcurrido desde el tratamiento hasta el fallecimiento, o las causas de éste. Pero sí que se aprecia entre los fallecidos un mayor porcentaje de consumidores de heroína, y además, por vía intravenosa. Ambas características del consumo parecen asociadas a un deterioro más grave de la salud.

Sobre las personas atendidas en Proyecto Hombre y las personas que lo finalizan

Para poder comparar los datos sobre las personas atendidas en Proyecto Hombre de Navarra, sólo se cuenta con los datos de Fernández-Hermida *et al.* (1999) referidos a las atenciones dadas por Proyecto Hombre en Asturias.

Nuevamente se puede hablar de una gran semejanza entre las poblaciones atendidas en Asturias y en Navarra. En ambas muestras el atendido tipo es un varón (en un 82,7% en Asturias y en un 71,3% en Navarra) soltero, con una media de edad comprendida entre los 26 y 28 años.

Fernández-Hermida *et al.* (1999) valoran, además, que los pacientes tienen unos tres años de experiencia laboral, que han consumido heroína durante unos 5 años y medio junto con alguna otra droga y que han presentado algún tratamiento previo fallido. Además, señalan que no tienen problemas

graves de justicia ni de salud, conservando una vinculación con la familia de origen. Los mismos autores señalan que estos datos pueden estar influidos por el efecto autoselectivo del tratamiento.

Los resultados obtenidos en nuestro primer estudio, sin embargo, muestran una población atendida con un grado de escolarización bajo, con un fuerte componente de fracaso escolar, con una baja calificación laboral y con una vida laboral afectada por la drogodependencia.

Ahora bien, las personas que finalizan el programa en Navarra presentan menor tiempo de consumo diario de alcohol, hachís, barbitúricos, heroína, cocaína y metadona. Esto es, parecen beneficiarse del programa de tratamiento aquellas personas de las que se puede deducir una menor severidad en el consumo. También se encuentra un mayor porcentaje de sujetos con estudios medios y superiores. Asimismo, las mujeres presentan prácticamente el doble de probabilidades de finalizar el tratamiento respecto a los hombres. Estos resultados pueden indicar la existencia de un sesgo de selección, tal y como presumen Fernández-Hermida *et al.* (1999), por parte del programa de tratamiento, que quedaría disipado tras la falta de datos sobre los primeros momentos del tratamiento.

La falta de definiciones previas de la población diana del programa de tratamiento, y sobre todo, la falta de datos sistemáticos desde la primera toma de contacto de los pacientes con Proyecto Hombre sólo permite conjeturar sobre esta posibilidad.

Sobre las personas entrevistadas

En todos los estudios de seguimiento el perfil de las personas entrevistadas es muy homogéneo, y semejante al del presente estudio. De nuevo se está, mayoritariamente, ante un hombre, soltero (Fernández-Hermida *et al.*, 1999; Luengo *et al.*, 2000 y March y Orte, 1997) o casado, según el tiempo medio de seguimiento transcurrido hasta la realización de las

entrevistas. En nuestro estudio se ha conseguido un tiempo medio de seguimiento de 6 años. Este dato los sitúa entre los tres (junto con el de Arrizabalaga *et al.*, 2000 y el de Caurín *et al.*, 2004) en los que más tiempo ha transcurrido desde que se dejó el programa.

6.3. Evaluación del programa de tratamiento de Proyecto Hombre

Además del posible efecto autoselectivo del programa ya comentado, la asociación entre el alta terapéutica y una buena evolución posterior durante el tiempo de seguimiento se confirma. No obstante, a continuación se discuten los diferentes resultados obtenidos.

Uso/abuso de alcohol tras el tratamiento

Los resultados sobre el consumo de alcohol en la muestra de seguimiento se distancian de los resultados encontrados por Luengo *et al.* (2000), que informan que un 58,7% de las altas no han probado el alcohol en el tiempo de seguimiento. En este sentido, los resultados obtenidos son más semejantes a los de los trabajos de Arrizabalaga *et al.* (2000) y Caurín *et al.* (2004) que informan, respectivamente, de un 95,3% y de un 79,9% de pacientes que han probado alcohol tras el alta.

También son bastante semejantes los resultados de Fernández-Hermida *et al.* (1999), ya que en ambos estudios: (1) las personas que abandonaron el tratamiento presentan una mayor problemática con el alcohol que las altas; (2) las mujeres presentan un menor consumo de alcohol que los hombres; (3) la mayoría de los sujetos en torno al 96% en ambos estudios presentaban un *consumo seguro* de alcohol.

Uso de sustancias ilegales tras el tratamiento

Sea cual sea la definición operativa que se adopte de la variable recaída, ésta es muy superior entre las personas que abandonaron el tratamiento. Ahora bien, también es cierto que con los criterios utilizados hasta el momento,

este estudio es el que presenta los peores resultados publicados, tanto para las altas como para los abandonos (Tabla 236).

Tabla 236 Porcentaje de recaídas en los diferentes estudios

	Altas	Grupo de control
	N (%)	N (%)
Fernández et al., 1999	20 (10,3%)	35 (63,6%)
Luengo et al., 2000	11 (7,6%)	--
March y Orte, 1997	1 (3,8%)	4 (12,5%)
Presente estudio	37 (23,7%)	35 (83,3%)

Estos resultados se pueden explicar en parte porque aun cuando se intenta no considerar la recaída como un conteo de consumos, al final las definiciones operativas acaban resumiéndose en un análisis de dichas características. De esta manera, a más tiempo transcurrido, más personas pueden haber tomado contacto, en algún momento, con alguna sustancia ilegal. Estos pacientes se sumarán (sin vuelta atrás) a las personas que han recaído, incrementándose, con el paso del tiempo, el porcentaje de sujetos incluidos en el grupo “*con alguna recaída*”. Pero se puede destacar que cuando se individualiza más en las características de los consumos, y en el estilo de vida de los pacientes, se encuentra: (1) pacientes que vuelven a tratamiento como medida preventiva, casi sin haber vuelto a consumir –un 7% de las altas-; (2) pacientes que aun cuando han fumado hachís –o consumido cualquier otra sustancia, aunque en menor medida- no presentan abuso de alcohol, han trabajado, no han sido detenidas ni encarceladas, y en la mayoría de los casos no dan razones sobre la recaída porque no consideran que hayan recaído – casi un 16% de las altas-; (3) pacientes que han tenido consumos y han vuelto a tratamiento –un 11% de las altas-; (4) pacientes que aun teniendo consumos severos y alteraciones en su vida a causa del consumo de sustancias, vuelven, por sí solos, a normalizar su situación; (5) pacientes que han recaído, y que han necesitado mayores dosis de tratamiento que las veces anteriores; y (6) pacientes que han desarrollado un abuso de alcohol, vinculado (6% entre las altas), o no (2,7%), a otras sustancias.

Por ello en este trabajo se ilustra con una metavariante como la

propuesta por Fernández-Hermida *et al.* (1999), cómo los índices de evolución positiva mejoran cuanto menor importancia se da al número de consumos, y más a indicadores del estilo de vida del paciente.

Así en la Tabla 237 se muestran los resultados de una metavariante compuesta –tomada de Fernández-Hermida *et al.* (1999)-. En esta tabla, se compara, en primer lugar, el resultado de Fernández-Hermida *et al.* (1999) con el obtenido en el presente estudio. Frente al 64,7% de evoluciones positivas de Fernández-Hermida *et al.* (1999) en este trabajo se han encontrado un 44,5%.

Tabla 237 Comparación de criterios de evolución positiva

Autores	Consumo...	Consumo seguro de alcohol	Tiempo trabajado	Detenciones	Condenas	%
Fernández-Hermida <i>et al.</i> (1999)	No recaídas	Sí	> 50%	No	No	64,7%
Presente estudio	No recaídas	Sí	> 50%	No	No	44,5%
	Sólo hachís	Sí	> 50%	No	No	55,5%
	Cualquiera	Sí	> 50%	No	No	67,7%

Ahora bien, conforme se es menos exigente en el criterio relacionado con el consumo de drogas -manteniéndose el resto de criterios- mejores resultados se obtienen.

Así que, tal y como se advierte que el tratamiento debe ser individualizado, así debiera ser la valoración de los resultados de los pacientes. Pero en este punto se encuentra, nuevamente, la dificultad para la obtención de las líneas de base de los pacientes en las conductas problemáticas.

En este sentido pueden interpretarse los datos obtenidos sobre el tiempo transcurrido hasta el primer consumo. Al presentar este estudio un mayor tiempo de seguimiento, parece que la norma es la dispersión, y aun cuando a más tiempo transcurrido desde la última vez que se consumió, menos nocivo pueda ser el consumo, en este estudio no se cuenta con elementos de juicio para valorar dicha hipótesis.

También se han encontrado semejanzas entre los diferentes estudios (Arrizabalaga *et al.*, 2000 y Caurín *et al.*, 2004) acerca de las sustancias ilegales que más se han probado tras el tratamiento. Por orden de utilización destacan: el hachís, la cocaína y la heroína. Ahora bien, tampoco se puede frivolar sobre el consumo de sustancias tras el tratamiento. De hecho, hay que destacar que el 93,1% de los pacientes que han vuelto a consumir heroína ha repetido el consumo, frente al 68,9% de los que han repetido el consumo de cocaína o el de hachís. En este sentido parece que entre pacientes que han estado en tratamiento durante mucho tiempo, la heroína no es la primera sustancia de elección, y quizá sí el final de una involución hacia conductas anteriores.

En cuanto al porcentaje de pacientes que han ingresado nuevamente en un programa de tratamiento los resultados obtenidos en esta investigación son nuevamente los más desfavorables de los publicados hasta el momento (Tabla 238).

Tabla 238 Porcentaje de sujetos que han acudido a tratamiento en el seguimiento

	¿Centro de tratamiento tras el alta?
Arrizabalaga <i>et al.</i> (2000)	6,6%
Caurín <i>et al.</i> (2004)	6,5%
Fernández-Hermida <i>et al.</i> (1999)	14,4%
Presente estudio (2004)	34,8%

En primer lugar, hay que tener en cuenta los posibles sesgos del presente estudio que ya han sido comentados. Quizá haya una sobrerrepresentación de personas tratadas porque han mantenido más contacto con el programa en particular, y con la red en general. Por otro lado, también hay que tener en cuenta que hay personas que han vuelto a tratamiento como medida preventiva (al menos un 5% del total de altas terapéuticas).

También este porcentaje de vueltas a tratamiento puede indicar la existencia de una red de salud mental accesible, que quizás explicaría en alguna medida, los resultados más favorables entre los pacientes navarros de

los indicadores del Cuestionario *General de Salud (GHQ-28)* respecto a los del estudio de Fernández-Hermida *et al.* (1999) –22,6% vs. 74,1%–.

En resumen, quizá no se esté tan lejos de la ya comentada regla de los tres tercios: un tercio de los pacientes se mantiene abstinente, un tercio periódicamente presenta algún tipo de recidiva, y un tercio apenas abandona el consumo. En este sentido una de las orientaciones necesarias para los programas de tratamiento será mejorar el tipo de intervención destinado a cada paciente. Habrá personas que necesiten orientaciones decididas y enérgicas (como puede ser un ingreso en Comunidad Terapéutica), otras personas quizá necesiten más de un apoyo continuado y periódico (tipo programa ambulatorio) y otras personas necesitarán una combinación de orientaciones intensivas en unos momentos (ingresos en Comunidad Terapéutica) con posteriores apoyos ambulatorios.

En cuanto a los factores precipitantes de las recaídas, se reafirman los factores intrapersonales como los principales determinantes de las recaídas (tanto en las sustancias ilegales como en el alcohol), tal y como ha sucedido en los trabajos de Fernández-Hermida *et al.* (1999) y Luengo *et al.* (2000).

Evolución en las áreas relacional, educativa, laboral, de salud, judicial y de ocio y tiempo libre

En líneas generales, como ocurre en el resto de estudios revisados, la evolución de las altas terapéuticas, así como la de las personas que no han tenido recaídas, es positiva en todas y cada una de las áreas.

El 75% de los pacientes considera que la situación familiar ha mejorado, igual que en los estudios de Arrizabalaga *et al.* (2000) y Caurín *et al.* (2004), presentando una mejoría más marcada quienes no han tenido recaídas (como en el estudio de Luengo *et al.*, 2000), o quienes obtuvieron el alta (como en el trabajo de Fernández-Hermida *et al.*, 1999).

En el área educativa se ha encontrado –quizá nuevamente por el mayor

tiempo de seguimiento- que un 60% de los pacientes había realizado acciones formativas, independientemente de la evolución seguida. Recuérdese que Caurín *et al.* (2004) encontraron un 54%, y el resto de autores valores cercanos al 34%.

La ocupación laboral tras el tratamiento es muy semejante al resto de estudios: el 70,8% de las altas ha trabajado todo el tiempo. La satisfacción laboral mejora respecto al pretratamiento, y como en el caso del trabajo de Fernández-Hermida *et al.* (1999) un solo sujeto obtiene dinero por fuentes ilegales.

En el mismo sentido que los anteriores resultados, y al igual que en el resto de trabajos, el 88% de los pacientes afirma que ha mejorado su satisfacción en el tiempo libre. La mayoría de las personas que no han tenido alguna recaída o que obtuvieron el alta tienen más amigos no consumidores.

Un 25,2% de los pacientes se relaciona frecuentemente con consumidores en activo. Este porcentaje se halla entre el 18,1% del estudio de Arrizabalaga *et al.* (2000) y el 39,6% del estudio de Caurín *et al.* (2004).

En cuanto a la valoración del estado de salud, en líneas generales, también los resultados expuestos siguen la tendencia de los otros estudios: reducción drástica de la utilización de los servicios de urgencias por causas relacionadas con el consumo de drogas y percepción subjetiva de mejora en el estado de salud.

También las causas con la justicia se han reducido notablemente y esta reducción se halla vinculada a no haber recaído o a haber finalizado el tratamiento.

En resumen, la finalización del programa de tratamiento y la ausencia de recaídas se asocian a mejores resultados en todas las áreas del paciente evaluadas, tal y como ocurre en el resto de estudios, tanto nacionales como internacionales.

Sobre la verificación de los autoinformes de los pacientes

La verificación de los autoinformes de los pacientes presenta una dimensión compleja. Si bien en la mayoría de los casos la valoración de los pacientes y de sus familias coincide, en los casos en que no se da esta coincidencia la interpretación es compleja. Por un lado, cuando los pacientes han reconocido situaciones de consumo que no ha comentado su familia, se puede pensar que la familia no se ha percatado de los mismos, pero también se podría pensar que la familia ha mentido. ¿De qué valdría la verificación realizada? De la misma manera, en los casos en que ha ocurrido al contrario, ¿quién ha mentido? ¿Ha mentido el paciente o la familia ha sobredimensionando situaciones puntuales? Nuevamente se está ante una elección complicada. Pero se puede desconfiar más aún. ¿Realmente las personas que no han dado permiso para que se contactase con su familia, lo hacían para que no se las molestase o por ocultar una situación diferente a la que realmente expresan en la entrevista? En este caso la mayoría de los pacientes sí que han dado permiso para consultar sobre sus ingresos posteriores en algún tratamiento. Por ello se puede deducir que la razón de negar el permiso para entrevistar a un familiar sí es evitar molestias a sus familias. Asimismo, incluso entre aquellos pacientes que no han dado permiso para comprobar ingresos posteriores en tratamiento se reconocen situaciones de consumo.

Como bien señala Lamberth (1989), cuando se duda de la palabra de los pacientes no hay sino paradojas. ¿Por qué ha de mentir quien dice que no ha consumido sustancias, y no el que dice que las ha consumido? Recuérdese que también existe la simulación de los problemas, no sólo la ocultación de los mismos.

Ahora bien, también es cierto que en algunas ocasiones, como ocurre en el estudio de March y Orte (1997), los propios evaluadores desconfían de algunas respuestas de los pacientes. Con las dos estrategias seguidas en este estudio (la consulta a la familia, y la consulta de datos institucionales) los

resultados son mucho más fiables (Fernández-Hermida *et al.*, 1999). Bien pudiera ser que los pacientes, conocedores de que se puede proceder a contrastar sus afirmaciones, sean más “sinceros” que si no hubiesen tenido esa motivación añadida. En definitiva, desde la perspectiva del evaluador, queda la tranquilidad de saber que se han realizado las verificaciones razonablemente posibles.

6.4. Valoración del programa de Proyecto Hombre por los ex-pacientes

De nuevo hay que recordar que los sesgos relativos a la composición de la muestra entrevistada están presentes en todas estas contestaciones. Se recuerda que las opiniones y valoraciones recogidas en este estudio se corresponden, principalmente, a altas terapéuticas y abandonos tardíos del programa de tratamiento.

1. Aspectos generales del programa

En líneas generales la mayoría de los pacientes valoran como “fácil” el acceso al programa (85%), incluso más fácil que en el estudio de Fernández-Hermida *et al.* (1999) -54,6%-. No se encuentran diferencias en la valoración de la dificultad del acceso entre altas y abandonos, o entre personas con recaídas y no en ninguno de los dos estudios.

Una mayor similitud se encuentra entre ambos estudios en la opinión sobre las normas del centro. En los dos casos la opinión se divide al 50%. La mitad de los pacientes considera que las normas son estrictas, y la mitad que son correctas. En ninguna de las dos evaluaciones se hallan diferencias entre las altas y abandonos o entre personas con alguna recaída y sin ella.

Algo semejante ocurre en cuanto a la valoración de la satisfacción del tratamiento de la dependencia. En los dos estudios apenas hay pacientes insatisfechos, aunque las altas y quienes no han tenido ninguna recaída valoran mejor el tratamiento. Aun así, en ambos casos los pacientes

satisfechos superan a los insatisfechos.

También son muy semejantes los resultados en cuanto a la valoración de la ayuda ofrecida en otros problemas diferentes a la dependencia. La mayoría de los pacientes considera que el tratamiento les ha ayudado bastante o mucho. Además, en ambos estudios las personas que abandonan valoran esta ayuda en menor medida que las altas. No obstante, en el presente estudio también ocurre lo mismo con las personas que han tenido alguna recaída.

En cuanto a la valoración de la importancia de la participación de los padres en el tratamiento, también se da una coincidencia entre este estudio y el de Fernández-Hermida *et al.* (1999). En las dos evaluaciones, la mayoría de los pacientes considera como bastante, o muy importante, la participación de los padres. Esta valoración es superior entre las altas que entre los abandonos.

En cuanto a la valoración de la duración del programa, nuevamente la coincidencia es muy alta. Una mayor proporción de altas terapéuticas –en comparación con los abandonos- considera la duración del programa como adecuada en los dos estudios.

Por último, la similitud entre ambos estudios se presenta nuevamente en la valoración de la calidad de la relación con los terapeutas. En ambos casos menos de un 7,3% de los pacientes la considera como mala o muy mala. Ahora bien, mientras que en el estudio de Fernández-Hermida *et al.* (1999) el juicio sobre la calidad de esta relación es más benévolo entre las altas, en este caso no se hallan diferencias estadísticamente significativas.

En resumen, la coincidencia con el estudio de Fernández-Hermida *et al.* (1999) es muy grande. De hecho, a la vista de los resultados obtenidos en ambos estudios se estaría, en líneas generales, frente a un programa de tratamiento: (1) bastante accesible; (2) con unas normas de funcionamiento entre correctas y estrictas; (3) con unos pacientes satisfechos del tratamiento recibido para la dependencia; (4) con unos pacientes también satisfechos de la ayuda recibida para otros problemas diferentes a la dependencia, (5) en el que

los pacientes consideran importante la participación de los padres; (6) con una duración entre adecuada y excesiva; y (7) con una buena valoración de la calidad de la relación con los terapeutas, valoración que era aún superior entre los sujetos que han obtenido el alta terapéutica o no han presentado recaídas posteriormente.

2. Utilidad de los diferentes componentes del programa

Los tres estudios (Caurín *et al.*, 2004, Fernández-Hermida *et al.*, 1999, y el presente) que han incluido una valoración sobre los diferentes componentes del programa de tratamiento han obtenido unos resultados muy semejantes. “*Los grupos*” y “*el ambiente y la relación con los demás*”, son los elementos mejor valorados del programa de tratamiento. Ahora bien, en el estudio de Caurín *et al.* (2004) el elemento más valorado, por encima de los dos ya mencionados, es el “*apoyo familiar*”, elemento no incluido en el resto de evaluaciones.

Parece que en estas elecciones se recoge la esencia del tratamiento, puesto que el Programa de Proyecto Hombre busca, por medio de la autoayuda, la creación de un clima que favorezca el cambio en el paciente. La participación de la familia en el proceso es fundamental para el programa de tratamiento, y tal como se ha visto, también para los pacientes. Ahora bien, no parece que los elementos terapéuticos específicos de la Comunidad Terapéutica sean los más valorados por los pacientes, como se discute a continuación.

Sobre los componentes de la Comunidad Terapéutica

A partir de los resultados obtenidos sobre los elementos facilitadores-dificultadores de la estancia en Comunidad Terapéutica, se puede inferir que la visión que mantienen los pacientes sobre la misma es diferente a la del resto del programa. Es más específica. Mientras que entre los elementos más útiles

del programa se encuentran elementos terapéuticos como “*los grupos*”, o “*los terapeutas*”, esto no ocurre con los elementos facilitadores de la Comunidad Terapéutica. Entre los elementos más valorados como facilitadores no se encuentra ningún elemento terapéutico propiamente dicho. Los elementos más valorados son la “*amistad*”, “*las salidas fuera de comunidad*”, “*los momentos de intimidad*”, “*conversar de temas variados*”, “*el tabaco*” y “*la musicoterapia*”. Este dato sugiere, en la dirección que marca De Leon (2004a) que la Comunidad Terapéutica es “*un entorno comunitario, en el que el rol genérico de los miembros del personal es el de miembro de la comunidad*”.

Además no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las altas y los abandonos. Nuevamente quizá se esté ante un problema de composición de la muestra. Realmente para poder valorar los elementos de esta fase se debería comparar a personas que completaron la Comunidad Terapéutica con personas que no la completaron. Dado el bajo porcentaje de personas entrevistadas que han abandonado la Comunidad Terapéutica esa comparación no es viable en el presente estudio.

Algo semejante puede ocurrir con las personas que han tenido alguna recaída, pero en un sentido contrario. Con la definición de recaída que se ha empleado puede que se hayan sobredimensionado las personas que han tenido alguna recaída, desapareciendo el posible efecto predictor de elementos facilitadores y dificultadores. Quizá con posteriores valoraciones de los resultados obtenidos en función de criterios de severidad de las recaídas y tiempo transcurrido hasta la misma, se puedan identificar elementos predictores de entre los propuestos.

Ahora bien, los resultados encontrados sobre la diferente valoración realizada por los hombres y las mujeres posibilitan interesantes reflexiones. Por un lado, las mujeres han encontrado más facilitadores de su estancia en la Comunidad Terapéutica que los hombres. Además, los elementos que han dificultado la estancia tienen más que ver con aspectos de fortaleza física que con aspectos relacionales. Quizá no sea de extrañar que casi se lleguen a triplicar las posibilidades de que las mujeres finalicen el programa pues tienen

más facilitadores, y los dificultadores no son de naturaleza relacional.

Por lo que se refiere a los dificultadores, entre los cuatro primeros se encuentran tres directamente relacionados con la Comunidad Terapéutica: “*los desclasamientos*”, “*la presión*” y “*desconocer el funcionamiento de la misma*”. El cuarto, “*los confrontos*” aun no siendo específico de la Comunidad Terapéutica sí que alcanza en ella un nivel mucho mayor que en el resto de fases del programa.

En resumen, parece que dentro del contexto del programa de tratamiento la Comunidad Terapéutica tiene su espacio propio. Un espacio en que “*el clima*”, y “*la amistad*” son los elementos más recordados, y la terapia, propiamente dicha queda en segundo plano. De esta manera la Comunidad Terapéutica se asemejaría más a un “laboratorio social” que a una terapia intensiva dirigida por terapeutas.

3. El abandono del programa de tratamiento. Razones que lo impulsan, y principales efectos del programa

En esta evaluación se ha observado que un 34% de las personas que comenzaron el programa de tratamiento de Proyecto Hombre en Navarra entre los años 1991 y 1998 lo concluyó. Además se ha comprobado que el 42% de los pacientes que abandonó el programa de tratamiento los hizo en los tres primeros meses.

Estos datos son importantes porque ponen de manifiesto la magnitud del fenómeno del abandono en los programas de tratamiento de las dependencias. Además es el primer estudio que abarca un periodo de tiempo tan prolongado. Téngase en cuenta que normalmente las memorias de los programas de Proyecto Hombre se realizan anualmente, y por ello se contabilizan los casos ocurridos durante el año precedente. Desde la perspectiva del programa, un análisis que comprende 7 años es más favorable porque permite que personas con diferentes abandonos, pero que finalmente completan el tratamiento,

figuren como altas terapéuticas, no como abandonos.

Ahora bien, los resultados obtenidos no se alejan, en principio, de los obtenidos en otros estudios. Incluso son algo mejores que la media. De Leon (2004b) informa de que entre el 36% y el 42% de los pacientes que ingresan en una Comunidad Terapéutica permanecerán un año en la misma. La evaluación de Proyecto Hombre de Navarra indica que un 34% de personas han estado una media de tres años y medio en tratamiento. En nuestro entorno, Aguilar *et al.* (1995) informaban de un 20,5% de altas terapéuticas. Aunque también hay que tener en cuenta que esta evaluación es la que ha tomado un periodo de tiempo más prolongado, mejorando, tal y como se ha explicado, los resultados del programa.

Aun cuando en esta investigación no se ha logrado evaluar un número alto de abandonos, las entrevistas realizadas posibilitan orientar algunas reflexiones. Más allá de la valoración que realizan los pacientes de los principales efectos del programa de tratamiento, se pueden comentar las posibles vinculaciones entre: (1) los motivos de abandono del tratamiento; y (2) los principales efectos del programa.

Esto es así porque un aspecto que sólo se ha tenido en cuenta en esta evaluación de un modo tangencial, es el relativo al coste del tratamiento para el paciente. No hay duda de que los programas de tratamiento tienen unos costes directos e indirectos. También se ha comentado en un apartado anterior cómo se han realizado evaluaciones de los costes de los tratamientos, así como de los costes-beneficio de los mismos. Pero no hay, hasta la fecha, una valoración de la influencia de los costes del tratamiento en el abandono terapéutico. Dos resultados de este estudio pueden apuntar en esa dirección: (1) las altas terapéuticas y quienes no han tenido ninguna recaída valoran como más útiles que los abandonos y que quienes han tenido alguna recaída hasta 13 efectos del programa (algo semejante ocurre en el estudio de Fernández-Hermida *et al.*, 1999); (2) quizá detrás del motivo de abandono del tratamiento “*haber conseguido los objetivos propuestos*” se encuentre, en realidad, un alto coste para los beneficios previsibles del paciente. Además, no es extraño en la

práctica clínica, encontrar pacientes que abandonan el programa porque “*no les compensa*” su estancia en el mismo. Tras esta falta de compensación puede haber desde motivos económicos o coyunturales (por ejemplo no querer renunciar a un sueldo, o aprovechar una oportunidad de trabajo, etc.), hasta elementos motivacionales más personales. Pero en cierta manera, en todos los casos se podría realizar una valoración del coste y del beneficio para el paciente.

En aquellos casos en que la motivación para el abandono es diferente a la de haber cumplido los objetivos propuestos, se incrementa la probabilidad de volver y completar el tratamiento posteriormente. Ahora bien, esto ocurre siempre y cuando el paciente no se encuentre “*cansado de los grupos*”. Ésta última consideración también es crucial, pues lleva a suponer que un programa basado fundamentalmente en los grupos de auto-ayuda requiere de una predisposición al trabajo en grupo que se ha de mantener en el tiempo. De ahí que una buena predisposición a la terapia grupal, se haya indicado como predictora del alta terapéutica en Proyecto Hombre (López-Goñi, 1999a). Por la misma razón parece razonable suponer que los equipos de tratamiento deberían considerar esta variable en el momento de ofrecer un ingreso en CT a un paciente nuevo o a quien solicita un reingreso tras un abandono previo.

En esta misma línea argumental se pueden reinterpretar los motivos de abandono encontrados por Arana en 1996 sobre una muestra de 45 pacientes que habían abandonado el programa en sus últimas fases. Los principales motivos estaban, en primer lugar, relacionados con los terapeutas, y en segundo lugar, con la estructura del programa. Se puede suponer que en estos pacientes el coste de la relación con los terapeutas, o el coste de permanecer en el programa, superaban a los beneficios esperados. Sólo en tercer lugar se encontraban los motivos relacionados con el uso de sustancias. Algo semejante ocurre en el estudio de Fernández-Hermida *et al.* (1999). “*No querer continuar con las limitaciones que impone el PH*”, “*estar cansado de los grupos*” y “*haber conseguido los objetivos que se proponían*” son los principales motivos de abandono del programa de tratamiento.

Los resultados anteriores parecen orientar, tal y como afirman Fernández-Hermida *et al.* (1999), a que no hay que tratar sólo el problema de abuso de sustancias, sino que también hay que abordar otras posibles áreas problemáticas de la vida del paciente. Recuérdese que hasta un 88% de los pacientes entrevistados considera que el programa les ha ayudado en otros problemas diferentes de la dependencia de sustancias. Esto es, exactamente, lo mismo que plantea el NIDA (1999) en su revisión sobre los principios de un tratamiento eficaz.

Además, una de las conclusiones del programa DATOS (Franey y Aston, 2002) es que la calidad del tratamiento es importante para los pacientes con experiencia previa en programas. Se puede decir que la persona que abandona un programa y después vuelve a necesitar del mismo tiene una idea acerca de lo que necesita. Este paciente tiene una visión de su problemática y de sus necesidades que puede contrastar con la oferta terapéutica.

Ahora bien, también hay que recordar que Albanese y Khantzian (2004) asocian los fracasos reiterados con la no identificación de patologías añadidas a la del consumo de sustancias. En este sentido algunos resultados obtenidos en Proyecto Hombre en Navarra apuntan hacia la alta presencia de trastornos de personalidad entre los abandonos más tempranos de la Comunidad Terapéutica (Fernández-Montalvo, López-Goñi, Landa, Illescas, Lorea, y Zarzuela, 2004). No obstante, en el periodo valorado no se disponen de datos sobre la existencia de patologías añadidas que puedan afectar al curso de la terapia.

En resumen, parece que tanto en el alta como en el abandono influye que la oferta terapéutica esté al alcance de las posibilidades del paciente. Esta oferta también ha de satisfacer las necesidades de un paciente, que con el paso del tiempo adquiere más conocimiento. Y este conocimiento le posibilita valorar la calidad de lo que se le ofrece.

De todo lo anterior puede concluirse, la necesidad de individualizar los programas de tratamiento. Afinar en las necesidades de los pacientes, y

responder a sus necesidades parecen puntos clave para que puedan terminar el programa de tratamiento. Asimismo, tiene que haber una cierta adecuación entre la modalidad y el tipo de tratamiento ofrecido y la predisposición del paciente.

4. Valoración global del tratamiento

En todos los estudios revisados (Arrizabalaga *et al.*, 2000; Caurín *et al.* 2004; Fernández-Hermida *et al.* 1999, Luengo *et al.*, 2000, y March y Orte, 1997) la valoración global del tratamiento es buena. En este caso también. Más de un 90% de los pacientes lo considera, cuando menos, satisfactorio, siendo esta valoración mejor entre las altas y entre quienes no han tenido ninguna recaída, que entre los abandonos y quienes han tenido alguna recaída.

El hecho de que la gran mayoría de los entrevistados en todos los trabajos hubiesen alcanzado la fase de Comunidad Terapéutica puede explicar, en parte, este resultado. Recuérdese que la fase más positiva del tratamiento entre los abandonos del estudio de March y Orte (1997) era la fase de Comunidad Terapéutica. En este sentido hay que destacar que “*la amistad*”, es el elemento facilitador más señalado, y quizá sea el que “coloree” la valoración de los pacientes.

Por otro lado, el haber accedido a participar en la investigación también puede mostrar una cierta predisposición favorable que haga más “amables” ciertos juicios más críticos que pueden oírse en la calle. Ahora bien, también es cierto que los rechazos explícitos han sido mínimos, y que no desautorizan, en ese sentido, las respuestas obtenidas en esta evaluación.

Por lo que en resumen, se puede decir que la impresión general del programa de tratamiento entre los pacientes es satisfactoria.

7. Recomendaciones-Líneas Futuras

Una evaluación de estas características –orientada hacia la mejora del programa- no es un resultado cerrado, sino que debería ser un punto de partida hacia otras evaluaciones y procesos de mejora. Además, por su condición de evaluación debe contener algunas recomendaciones para la mejora del programa evaluado. En concreto, y como primer paso tras la revisión realizada, debería servir de punto de partida para la mejora de la evaluabilidad de los programas de la Fundación Proyecto Hombre de Navarra.

Con este fin las mejoras que se proponen deberían partir tanto de la utilización del *modelo lógico* de Devine (1999) como de la aplicación del modelo de Gestión por Resultados –*Outcome Management*- propuesta por Walburg (2004). Para ello se recomienda:

- (1) La utilización de instrumentos estandarizados para valorar la severidad de los pacientes que acuden a tratamiento a cada uno de los dispositivos de la Fundación Proyecto Hombre de Navarra. La utilización de medidas estandarizadas facilitaría la comunicación tanto entre los equipos de tratamiento de la Fundación Proyecto Hombre como con otros programas de tratamiento externos. Asimismo facilitaría la comparación de los resultados propios con los de otros programas de tratamiento. Además estos instrumentos estandarizados posibilitarían el establecimiento de líneas de base de la/s conducta/s problema/s de los pacientes tanto para las valoraciones individuales como globales.
- (2) Solicitar a los pacientes atendidos por Proyecto Hombre –en las primeras consultas-consentimiento para contactar en un futuro, solicitándoles datos de contacto. Esta solicitud facilitaría la localización posterior en las evaluaciones de resultados.
- (3) La definición de las poblaciones diana a la que se dirigen los

diferentes programas de tratamiento. De esta manera se podrá controlar la adecuación de la oferta a la población destinataria. En este sentido, el conocimiento de la población que finalizó el programa en los años valorados sirve, a su vez, de línea de base para evaluar la evolución de los dispositivos actuales.

- (4) La definición de los fines y objetivos tanto de los programas de tratamiento como de las intervenciones individuales, de tal manera que sean operativos y mensurables.
- (5) La inclusión en los informes mensuales de los responsables de los programas de tratamiento de medidas relativas a la retención de los pacientes en los últimos 12 meses. Estas medidas deberían recoger, cuando menos, la estancia media conseguida, y su evolución en el tiempo. De esta manera se conseguiría una aproximación a la evolución del programa.
- (6) El establecimiento de evaluaciones periódicas de resultados a corto (finalizaciones-abandonos del tratamiento) y a largo plazo (evolución de los pacientes tras dejar el tratamiento) de los programas de tratamiento. Estas evaluaciones deberían ofrecerse a los equipos de tratamiento (microsistema clínico), y a su vez, compararlas con los otros equipos de tratamiento de la propia fundación (*benchmarking*). De esta manera se conseguiría implementar dos de los cuatro bucles de mejora propuestos por Walburg (2004).
- (7) La evaluación de los motivos por los cuales se producen los abandonos. La principal pregunta en estos momentos sería: ¿se verifica la ecuación “*satisfacción= retención en el tratamiento*”? Hay que tener presente que en todo el periodo valorado, menos del 35% de los pacientes atendidos finalizó el programa en su totalidad.

- (8) La incentivación del personal para la elaboración de artículos destinados a revistas especializadas, así como la presencia activa en Congresos y otras reuniones científicas. Sólo de esta manera se puede conseguir una retroalimentación (*feed-back*) por parte de expertos y de otros profesionales cualificados.
- (9) La valoración de la incidencia de los costes del tratamiento sobre los pacientes y sus familias. Esto implicaría la siguiente recomendación.
- (10) La realización de evaluaciones de coste-eficacia, de coste-beneficio e incluso de “*cost offset*”. Máxime cuando el primer paso (una evaluación de la eficacia) ya se ha realizado.
- (11) Asimismo, se deberían realizar estudios prospectivos que vinculen las actividades terapéuticas con los resultados obtenidos por determinados tipos de pacientes. De esta manera, tal y como proponen Fernández-Hermida *et al.* (1999) se podrán aquilatar los juicios sobre la eficacia y la eficiencia de los tratamientos.

En resumen, se trata de contar con los resultados obtenidos para continuar la mejora de las actuaciones que se acometan.

8.- Referencias Bibliográficas

Aguilar, L., Jusué, G., García, E., Oria, J.C. y Domínguez, J. (1995). Evaluación de variables que pueden contribuir al éxito del tratamiento en Comunidad Terapéutica. *Boletín de Salud Pública de Navarra. Monografía nº 12, abril-mayo* 17-32.

Albanese, M. y Khantzian, E. (2004). Tratamiento del paciente resistente con trastorno por consumo de sustancias. En M.J. Dewan, y R.W. Pies (Eds.). *Tratamiento del paciente resistente en psiquiatría* (pp. 291-318). Barcelona: Psiquiatría Editores, S.L.

Anzieu, D. (1998). Comunidad Terapéutica. En R. Doron y F. Parot (Dir.). *Diccionario Akal de Psicología*. Madrid: Ediciones Akal, S.A. (p. 114)

Apodaka, I. (1995). Ocho aspectos críticos en la valoración de la eficacia de los tratamientos. *Revista Española de Drogodependencias*. 20, (2), 129-132.

Apodaka, I.; Montejo, E., Lejardi, N., Moreno, A., Aresti, A., Duque, J.M. y Avellanal, N. (1995). Características de toxicómanos que no inician o interrumpen el tratamiento. *Adicciones*, 2, 159-167.

Aragónés, M^a B., Carrizo, M^a E., Nuño, J., Presencio, E. y Rubio, B. (2004). Alternativas de tratamiento de Proyecto Hombre en los centros penitenciarios. En Asociación Proyecto Hombre (Ed.). *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias* (pp. 229-238). Madrid: Asociación Proyecto Hombre.

Arana, A. (1996). Estudio de abandonos: residentes Proyecto Hombre de Navarra período: febrero 1991-julio1995. Manuscrito, sin publicar.

Arana, A., Ardanaz, U., Aristu, M., Arteaga, A., López-Goñi, J. J., Lorea, I. y Terradillos, J. (2002). *Fundación Proyecto Hombre Navarra, memoria 2001*. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.

Arana, A., Aristu, M., López-Goñi, J. J., Lorea, I. e Illescas, C. (2002). La satisfacción de los usuarios del Programa Proyecto Hombre en el periodo 1998-2002. Comunicación. *XX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial*. Pamplona.

Arana, A., López-Goñi, J.J., Zabalza, M., Arteaga, A., Yudego, F. y Uterga, J. (2001). *Memoria 10 años de Proyecto Hombre Navarra (1991-2000)*. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.

Aresti, A. (1994). Diferencia entre el programa de Daytop y Proyecto Hombre. En J. Duran-Dassier. *Psicoterapia sin psicoterapeuta* (pp. 7-26). Madrid: Editions de l'Épi. Ediciones Marova, S. L.

- Ariño, J., Ballesteros, J. y Gutiérrez, M. (2000). Alcoholismo y toxicomanías. En A. Bulbena, G. E. Berrios y P. Fernández de Larrinoa. *Medición Clínica en psiquiatría y psicología* (pp. 245-253). Barcelona: Masson, S.A.
- Arrizabalaga, B., Urrestarazu, M. y de la Hueraga, E. (2000). Evaluación de las altas terapéuticas en Proyecto Hombre de Guipúzcoa. *Educación Social*, 14, 84-93.
- Arteaga, A. y López-Goñi, J.J. (1995). Estudio de bajas en el Programa educativo-terapéutico para la rehabilitación de personas toxicómanas Proyecto Hombre de Navarra-Nafarroako Gizaki-Helburua. Manuscrito, sin publicar.
- Asociación Proyecto Hombre (1991). *Memoria 1990*. Madrid: Asociación Española del Proyecto Hombre.
- Azanza, I. (1994). *Seropositividad VIH como factor determinante de abandonos en toxicómanos ingresados en un programa de alta exigencia*. Informe presentado al 1º Congreso Proyecto Hombre. Vitoria.
- Azanza, I., Nuin, M. A., Amunárriz, M., Ausejo, M., Díaz, A., Gutiérrez, M., Martínez, I., Vidán, F., Templ, J.I. y Puerta, M. D. (1994). *Estudio de factores ansiógenos en toxicómanos internados en Comunidad Terapéutica y su relación con variaciones inmunitarias y ponderales. Respuestas en afectados por la infección VIH/SIDA y en no afectados*. Informe presentado al 1º Congreso Proyecto Hombre. Vitoria.
- Azpilicueta, L. y Domench, J. M. (Coords.) (1992). *Memoria 1991. Proyecto Hombre Navarra. Gizakia-Helburu Nafarroa*. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.
- Babor, T.F., de la Fuente, J.R., Saunders, J. y Grant, M. (1992). *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary health care*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Ball, J. C. (1994). Why has it proved so difficult to match drug abuse patients to appropriate treatment? *Addiction*. 89, (3), 263-265.
- Ball, S. A. (2004). Treatment of personality disorders with co-occurring substance dependence: dual focus schema therapy. En Asociación Proyecto Hombre (Ed.). *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias* (pp. 43-68). Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- Barber, J. G., Cooper, B. K. y Heather, N. (1991). The Situational Confidencia Questionnaire (Heroin). *The International Journal of the Addictions*, 26, 565-575.

- Beck, A. T., Brown, G., Epstein, N. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Bustelo, M. (1998). Deontología de la evaluación: el modelo de los códigos éticos anglosajones. *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*. 11-12, 141-156.
- Bustelo, M. (1999). Las diferencias entre evaluación e investigación: una distinción necesaria para la identidad de la evaluación de los programas. *Revista Española de desarrollo y cooperación*. 4, 7-29.
- Caurín, P., Seva, A., Galindo, F.J. y Ausejo, M. (2004). Estudio descriptivo de personas drogodependientes dadas de alta en Proyecto Hombre Zaragoza entre 1988 y el 2000. *Comunicación Psiquiátrica 01/03. Anales Universitarios Españoles de Psiquiatría (Número extraordinario: Las Drogodependencias en Aragón)*. 49-126.
- Coduras, P. (1990). *La Toxicomanía*. Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- Colletti, M. (2002). Prólogo. En I. Iraurgi y F. González (Eds.). *Instrumentos de Evaluación en Drogodependencias*. Barcelona: Aula Médica Ediciones.
- Comisión Centro de Estudios de Proyecto Hombre (1994). *Asociación Proyecto Hombre*. Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- Córdoba, R. (2002). Evaluación de la efectividad de la intervención breve para reducir el abuso de alcohol en atención primaria. *Adicciones*, 14, Supl. 2, 20-28.
- Corella, J.M. (2002). *Cómo preparar estudios de inversión en el sector sanitario*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1992). *Manual for the NEO Personality Inventory-Revised*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Chacón, S., Anguera, M^a T. y López, J. (2000). Diseños de evaluación de programas: bases metodológicas. *Psicothema*, 12, Supl. 2, 127-131.
- Chocron, L., Vilalta, J., Legazpi, I., Auquer, K., y Franch, L. (1995). Prevalencia de psicopatología en un centro de Atención Primaria. *Atención Primaria*. 16, (10) 586-593.
- Daytop (2003). *Daytop History*. <http://www.daytop.org/history.html> (27-09-2003).
- Dehue, T. (2002). A Dutch treat: randomized controlled experimentation and the case of heroin-maintenance in the Netherlands. *History of the human sciences*. 15, (2), 75-98.

- Deben, O., Fernández, M^a. C., López-Goñi, J. J., Illescas, C. y Santos, J. R. (2004). Evaluación de la eficacia de Programas de Proyecto Hombre. En Asociación Proyecto Hombre (Ed.) (pp. 207-221). *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias*. Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- Devine, P. (1999). *Integrated Evaluation Methods. Using logic models in substance abuse treatment evaluations*. Fairfax, VA: National Evaluation Data and Technical Assistance Center, Caliber Associates.
- De la Revilla, R., Marcos, B., Castro, J.A., Aybar, R., Marin, I., y Mingorance, I. (1994). Percepción en salud, apoyo social y función familiar en VIH positivo. *Atención Primaria*. 13, (4) 161-164.
- De Leon, G. (1991). Retention in drug free therapeutic communities. En R. W. Pickens, C. G. Leukefeld y C. R. Schuster (eds.). *Improving drug abuse treatment*. NIDA Research Monograph 135. Washington, DC: Superintendent of Documents, US Government Printing Office.
- De Leon, G. (1995). Therapeutic Communities for Addictions: A Theoretical Framework. *International Journal of the Addictions*, 30, (12), 1603-1645.
- De Leon, G. (1996). Comunidades Terapéuticas adaptadas a los pacientes con diagnóstico dual. En J: Solomon, S. Zimberg y E. Sollar (Eds.). *Diagnóstico Dual. Evaluación, tratamiento, educación sanitaria y desarrollo de programas* (pp. 173-199). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- De Leon, G. (1997). Comunidades Terapéuticas. En M. Galanter y H.D. Kleber (Eds.). *Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias de la American Psychiatric Press* (pp. 403-428). Barcelona: Masson, S.A.
- De Leon, G. (2004a). *La Comunidad Terapéutica y las adicciones. Teoría, modelo y método*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- De Leon, G. (2004b). Therapeutic communities: research-practice reciprocity. En Asociación Proyecto Hombre (Ed.). *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias* (pp. 113-127). Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- De Leon, G., Hawke, J., Jainchill, N. y Melnick, G. (2000). Therapeutic communities. Enhancing retention in treatment using «Senior Professor» staff. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 19, (4), 375-382.
- De Leon, G., Inciardi, J. y Martin, S. (1995). Residential Drug Abuse Treatment Research: Are conventional Control Designs appropriate for assessing Treatment Effectiveness? *Journal of Psychoactive Drugs*. 27, (1), 85-91.

De Leon, G., Melnick, G., Kressel, D., Jainchill, N. (1994). Circumstances, motivation, readiness and suitability (The CMRS Scales): Predicting retention in therapeutic community treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20, (4), 495-515.

De Leon, G., Melnick, G. y Kressel, D. (1997). Motivation and readiness for therapeutic community treatment among cocaine and other drug abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 23, (2), 169-189.

Duch, F. R., Ruiz de Porras, L. y Gimeno, D. (1999). *Recursos psicométricos utilizables en atención primaria*. Barcelona: Novartis Farmacéutica.

Duran-Dassier, J. (1994). *Psicoterapia sin psicoterapeuta*. Madrid: Ediciones de l'Epi. Ediciones Marova, S. L.

Echeburúa, E. (1999). De las drogodependencias a las adicciones: un cambio de concepto. *Revista Española de Drogodependencias*, 24, (4), 329-331.

Egbert, A. M. (1993). The older alcoholic: recognizing the subtle clinical clues. *Geriatrics*, 48, (7), 63-69.

Erro, M. (1988). *Evaluación de Centros y Recursos de Rehabilitación en Drogodependencias. Instrumentos y Plan de Seguimiento*. Pamplona: Dirección de Salud Mental. Departamento de Salud. Gobierno de Navarra.

FAES-AP. *Programa. Cuestionarios y escalas de valoración psicosocial en Atención Primaria*. Faes Farma.

Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

Fernández, G. C. y Espina, E. A. (1994). *Un estudio sobre Alexitimia en toxicómanos vs. grupo control*. Informe presentado al 1º Congreso Proyecto Hombre. Vitoria.

Fernández, G. C. y Espina, E. A. (1994b). *Alexitimia y características clínicas en toxicómanos*. Informe presentado al 1º Congreso Proyecto Hombre. Vitoria.

Fernández, J. R. y Secades, R. (1999). La evaluación de programas de tratamiento para drogodependientes en España. *Psícothema*. 11, (2) 279-291.

Fernández-Ballesteros, R. (1996a). Cuestiones conceptuales básicas en evaluación de programas. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.) *Evaluación de Programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud* (pp. 21-47). Madrid: Síntesis.

Fernández-Ballesteros, R. (1996b). El ciclo de intervención social y evaluación. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.) *Evaluación de Programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud* (pp. 49-74). Madrid: Síntesis.

- Fernández-Ballesteros, R. (1996c). El proceso de evaluación de programas. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.) *Evaluación de Programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud* (pp. 75-113). Madrid: Síntesis.
- Fernández-Hermida, J. R. y Pérez, M. (2001). Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13, (3), 337-344.
- Fernández-Hermida, J. R. y Secades, R. (2000). La evaluación de los programas de tratamiento en drogodependencias. Implicaciones profesionales para los psicólogos. *Papeles del Psicólogo*, 77, 46-57.
- Fernández-Hermida, J. R. y Secades, R. (2001). *Evaluación de la eficacia del Programa Proyecto Hombre*. Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- Fernández-Hermida, J. R., Secades-Villa, R., Fernández-Ludeña, J. J. y Marina-González, P. A. (2002). Effectiveness of a Therapeutic Community Treatment in Spain: a long-term follow-up study. *European Addiction Research*, 8, 22-29.
- Fernández-Hermida, J. R., Secades, R., Magdalena, Y. y Riestra C. (1999). *Evaluación de la eficacia del programa educativo-terapéutico para rehabilitación de toxicómanos de Proyecto Hombre en Asturias*. Oviedo: Servicio Central de Publicaciones del Principado de Asturias.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2001). Trastornos de personalidad y juego patológico: una revisión crítica. *Psicología Conductual*, 9, 527-539.
- Fernández-Montalvo, J., Landa, N., López-Goñi, J. J., Lorea, I. y Zarzuela, A. (2002). Trastornos de personalidad en alcohólicos: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7, (3) 217-225.
- Fernández-Montalvo, J., Lorea, I., López-Goñi, J. J., Landa, N. Y Zarzuela, A. (2003). Trastornos de personalidad en adictos a la cocaína: un estudio-piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29 (123), 79-98.
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Landa, N., Illescas, C., Lorea, I. y Zarzuela, A. (2004). Trastornos de personalidad y abandonos terapéuticos en pacientes adictos: resultados en una comunidad terapéutica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (2) 271-283.
- First, M. B. y Gladis, M. M. (1996). Diagnóstico y diagnóstico diferencial de los trastornos psiquiátricos y por uso de sustancias. En J: Solomon, S. Zimberg y E. Sollar (Eds.). *Diagnóstico Dual. Evaluación, tratamiento, educación sanitaria y desarrollo de programas* (pp. 41-56). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Franey, C. y Ashton, M. (2002). The Grand design lessons from DATOS. *Drug and alcohol findings*, 7, 4-19.

Franklin, J. E. y Frances, R. J. (2000). Trastornos por consumo de alcohol y de otras sustancias psicoactivas. En R.E. Hales, S.C. Yudofsky y J.A. Talbott (Eds.). *Tratado de Psiquiatría DSM-IV. The American Psychiatric Press. 3ª Edición* (pp. 357-411). Barcelona: Masson S.A.

Fridell, M. (1998). Evaluating Residential and Institutional Treatment. En European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Evaluating the Treatment of Drug Abuse in the European Union* (pp. 29-36). Luxemburgo: Author.

Fuertes, J.C. y Cabrera, J. (1996). *Locura o Normalidad. ¿Una frontera difícil de traspasar?* Madrid: Federación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos mentales- SmithKline Beecham.

Fundación Lealtad (2002). *Guía 1 de la Transparencia y Buenas Prácticas de las ONG (primera parte)*. Madrid: Author.

Galanter, M., Franco, H., Kim, A., Metzger, E. J. y De Leon, G. (1996). Tratamiento hospitalario del paciente con diagnóstico dual. Modelo dirigido por otros pacientes para el tratamiento agudo e intermedio. En J: Solomon, S. Zimberg y E. Sollar (Eds.). *Diagnóstico Dual. Evaluación, tratamiento, educación sanitaria y desarrollo de programas* (pp. 201-223). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.

Garske, J. P. y Jay, S. (1988). Hacia un esquema general de la psicoterapia: eficacia, factores comunes e integración. En S. Jay y J.P. Garske (Eds.). *Psicoterapias contemporáneas. Modelos y métodos*. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer, S.A.

Gerstein, D. R. (1997). Resultados de la investigación. Abuso de sustancias. En M. Galanter y H.D. Kléber (Dir.). *Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias de la American Psychiatric Press*. Barcelona: Masson.

Gilman; J. y Myatt, M. (1998). Epicalc 2000 v.1.02. Brixton Books. Disponible en Internet: <http://www.brixtonhealth.com/epicalc.html>

Goldberg, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Londres: Oxford University Press.

Goldberg, D. y Williams, P. (1996). *Cuestionario de salud general de Goldberg*. Barcelona: Masson.

González, F., Salvador, L., Martínez, J.M., López, A. y Ruz, I. (2002). Estudio de validez y fiabilidad de la versión española de la entrevista clínica Opiate Treatment Index (OTI). En I. Iraurgi y F. González (Eds.). *Instrumentos de evaluación en drogodependencias* (pp. 309-359). Barcelona: Aula Médica Ediciones.

- Gossop, M., Maarsden, J., Stewart, D., Lehmann, P., Edwards, C., Wilson, A. y Segar, G. (1998). Treatment Evaluation in the UK: The National Treatment Outcome Research Study. En European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Evaluating the Treatment of Drug Abuse in the European Union* (pp. 67-74). Luxemburgo: Author.
- Goti, E. (1990). *La Comunidad Terapéutica: un desafío a la droga*. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión.
- Goti, E. (2004). Reflexiones tras el XXII Congreso Mundial. Un paso adelante... *Proyecto*, 51, 44-48.
- Harwood, H.J., Malhotra D., Villarivera, C., Liu, C., Chong, U. y Gilani, J. (2002). *Cost Effectiveness and Cost Benefit analysis of substance abuse treatment: an annotated bibliography*. Falls Church, VA: Center for Substance Abuse Treatment, Department of Health and Human Services.
- Hatziandreou, E. (1998). Applying economic evaluation in the substance-misuse field. En European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Evaluating the Treatment of Drug Abuse in the European Union* (pp. 43-48). Luxemburgo: Author.
- Havassy, B. E., Hall, S. M. y Wasserman, D. A. (1991). Social support and relapse. Commonalities among alcoholics, opiate users, and cigarette smokers. *Addictive Behaviors*, 16, 235-246.
- Hendriks, V. (1998). Evaluating drug-abuse treatment: current and future perspectives. En European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Evaluating the Treatment of Drug Abuse in the European Union* (pp. 13-24). Luxemburgo: Author.
- Hester, R. K. (1997). Resultados de la investigación. Alcoholismo. En M. Galanter y H. D. Kleber, (Dir.). *Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias de la American Psychiatric Press*. Barcelona: Masson, S.A. (pp. 35-44)
- Holder, H. D., Longabaugh, R. Miller, W. R. y Rubonis, A. V. (1991). The cost effectiveness of treatment for alcoholism: a first approximation. *Journal Study of Alcohol* 52, (6) 517-540.
- Hubbard, R.L., Marsden, M.E., Rachal, J.V., Harwood, H.J., Cavanaugh, E.R. y Ginzburg, H.M. (1989). *Drug abuse treatment: A national study of effectiveness*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press.
- Iraurgi, I. (2000). Cuestiones metodológicas en la evaluación de resultados terapéuticos. *Trastornos Adictivos* 2, (2), 99-113.

Iraurgi, I. (2002). Instrumentos de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en toxicomanías. En I. Iraurgi y F. González (Eds.). *Instrumentos de evaluación en drogodependencias* (pp. 481-511). Barcelona: Aula Médica Ediciones.

Iraurgi, I. y González, F. (Eds.) (2002). *Instrumentos de evaluación en drogodependencias*. Barcelona: Aula Médica Ediciones.

Jiménez, F. (1988). Alcoholismo y 3ª edad. *Geriatrka*, 4, (1), 25-31.

Jiménez, J. (2000). Lectura crítica de la literatura científica (I): validez del estudio. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 7 (4), 209-220.

Kessler, R., Mcgonagle, K., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. y Kendler, K. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.

Kokkevi, A. (1998). Workshop Summary. En European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Evaluating the Treatment of Drug Abuse in the European Union* (pp. 99-110). Luxemburgo: Author.

Koenig, L., Denmead, G., Nguyen, R., Harrison, M. y Harwood, H. (1999). *The costs and benefits of substance abuse treatment: findings from the National Treatment Improvement Evaluation Study (NITES)*. Falls Church, VA: The Lewin Group.

Kooyman, M. (1996). *La Comunidad Terapéutica para drogodependientes*. Bilbao: Mensajero.

Kröger, C., Winter, H. y Shaw, R. (1998). *Guía para la evaluación de las intervenciones preventivas en el ámbito de las drogodependencias. Manual para responsables de planificación y evaluación de programas*. Madrid: EMCDDA – Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías.

Küfner, H. (1998). Using Evaluation results in treating Drug Addiction. En European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Evaluating the Treatment of Drug Abuse in the European Union* (pp. 53-62). Luxemburgo: Author.

Lamberth, J. (1989). *Psicología Social*. Madrid: Pirámide.

Lambert, E.Y., Ashery, R. S. y Needle, R. H. eds (1995). *Qualitative Methods in Drug Abuse and HIV Research. NIDA Monograph 157*. Washington DC: US Government Printing Office.

López-Goñi, J. J. (1999a). *Factores predictores de la adherencia al tratamiento en Comunidad Terapéutica*. Manuscrito, sin publicar.

López-Goñi, J. J. (1999b). *¿Qué diferencia a los usuarios que abandonan el tratamiento en la Comunidad Terapéutica?* Manuscrito, sin publicar.

Litman, G.K., Stapleton, J., Oppenheim, A.N. y Peleg, M. (1983). An instrument for measuring coping behaviours in hospitalized alcoholics: Implications for relapse prevention treatment. *British Journal of Addiction*, 78, 269-276.

Lobo, A., Pérez-Echevarría, M.J., y Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine* ; 16, 135-140.

Luengo, M.A., Romero, E. y Gómez-Fraguela, J.A. (2000). *Análisis de la eficacia y prevención de recaídas en el consumo de drogas*. Santiago de Compostela: Editorial Compostela, S.A.

Luengo, M.A., Otero, J.M., Mirón, L. y Romero, E. (1995). *Análisis psicosocial del consumo de drogas en los adolescentes gallegos*. Santiago: Xunta de Galicia.

Mac Kenzie, D.M., Langa, A., Brow, T.M. (1996). Identifying hazardous or harmful alcohol use in medical admissions: a comparison of AUDIT, CAGE and Brief MAST. *Alcohol Alcohol* 31, 591-599.

McLellan, A.T., Grissom, G.R., Brill, P., Durell, J. Metzger, D.S. y O'Brien, C.P. (1993). Private substance abuse treatments: are some programs more effective than others? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10, (3), 243-254.

March, M.X. y Orte, C. (1997). Avaluació del Projecte Home Balears. I Congrés de Drogodependències a les Illes Balears. Palma 23-25 de octubre.

Mariani, F. (1998). Methodological aspects of Treatment Evaluation. En European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Evaluating the Treatment of Drug Abuse in the European Union* (pp. 67-74). Luxemburgo: Author.

Markez, I., Salazar, I. y Póo, M. (2002). Evaluación diagnóstica de la dependencia: criterios diagnósticos versus instrumentos. En I. Iraurgi y F. González (Eds.). *Instrumentos de evaluación en drogodependencias* (pp. 187-206). Barcelona: Aula Médica Ediciones.

Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (Eds.) (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford.

Marlatt, G. A. (1996). Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: Evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction*, 91 (suplemento), 37-50.

Marsan, L. (1987). *Proyecto Hombre contra la droga*. Madrid: Asociación Proyecto Hombre.

Marsan, L. (1990). *La Comunidad Terapéutica y el peligro del fenómeno del "culto"*. Madrid: Asociación Proyecto Hombre.

Martín, J. (Coord.) (2001). *Indicadores de Calidad en Comunidades Terapéuticas*. Portugal: Federación Europea de Asociaciones Intervinientes en Toxicomanías (ERIT).

Martínez, R. (1998). El método de encuestas por muestreo: conceptos básicos. En M. T. Anguera, J. Arnau, M. Ato, R. Martínez, J. Pascual y G. Vallejo. *Métodos de investigación en Psicología* (pp. 385-431). Madrid: Síntesis.

Martínez, J.M., Fernández, M^a. y González, F. (2002). Instrumentos e indicadores para el cribado (screening) de problemas relacionados con el consumo de sustancias. En I. Iraurgi y F. González (Eds.). *Instrumentos de evaluación en drogodependencias* (pp. 121-148). Barcelona: Aula Médica Ediciones.

Medina, A. y Moreno, M. J. (1998). *Los trastornos de la personalidad. Un estudio médico-filosófico*. Córdoba: Nanuk.

Melnick, G. y De Leon, G. (1999). Clarifying the nature of therapeutic community treatment: The survey of essential elements questionnaire (SEEQ). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16, (4), 307-313.

Melnick, G., De Leon, G., Hawke, J., Jainchill, N. y Kressel, D. (1997). Motivation and readiness for therapeutic community treatment among adolescent and adult substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 23, (4), 485-507.

Melnick, G., De Leon, G., Hiller, M. L. y Knight, K. (2000). Therapeutic communities: Diversity in treatment elements. *Substance Use & Misuse*, 35, (12-14), 1819-1847.

Menéndez, J.C. y Rico, A. (2004). *Drogodependencias y justicia. Evaluación del tratamiento de drogodependientes con causas penales en Proyecto Hombre de Asturias*. Oviedo: Fundación Centro Español de Solidaridad Principado de Asturias.

Meneses, C., Estebaranz, H., Zabalo, K. y López-Goñi, J. J. (2003). *La opinión de drogodependientes en prisión tratados por Proyecto Hombre*. Madrid: Asociación Proyecto Hombre.

Mereki, P. (2004). The Changing boundaries in Therapeutic Communities. En Asociación Proyecto Hombre (Ed.). *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias* (pp. 157-175). Madrid: Asociación Proyecto Hombre.

Mezzich, Juan E. (1995). Perspectivas Internacionales sobre diagnóstico psiquiátrico. En H.I. Kaplan y B.J. Sadock (Eds.). *Tratado de Psiquiatría. Sexta Edición Vol. 1*. Buenos Aires: Editorial Inter-Médica. (pp. 650-661)

- Miller, W.R. y Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. Nueva York: Guilford Press.
- Miller, W.R. y Marlatt, G.A. (1996). Relapse Interview: Intake and follow-up. *Addiction*, 91 (Suplemento), 231-240.
- Montero, I. y León, O. G. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, (3), 503-508.
- Morales, A. y Rubio, G. Diagnóstico y tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol en Atención Primaria. *Medifam*, 7, (4), 211-225.
- Muehlbach, B. y Dominick, M. (2004). The role of the therapeutic community (TC) for addiction treatment in changing offender behavior. En Asociación Proyecto Hombre (ed.). *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias*. Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- Múria, J. y Gil, R. (1998). *Preparación, tabulación y análisis de encuestas para directivos*. Madrid: ESIC Editorial.
- Naciones Unidas (2003a). *Porqué invertir en el tratamiento del abuso de drogas: Documento de debate para la formulación de políticas*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Naciones Unidas (2003b). *Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: Análisis de las pruebas científica*. Nueva York: Naciones Unidas.
- National Institute on Drug Abuse (1999). *Principles of Drug Addiction Treatment*. Washington: Author.
- National Institute on Drug Abuse (1999). *Principios de Tratamiento para la drogadicción. Una guía basada en investigaciones*. Washington: Author. Disponible en <http://165.112.78.61/PODAT/Spanish/PODATIndex.html>
- National Institute on Drug Abuse (2003). La Comunidad Terapéutica. ¿Qué es una comunidad terapéutica? *Serie de Reportes de Investigación*. National Institutes of Health.
- Navarro, M., Núñez, L. A., López, J. A., López, E. y Zabalo, K. (2002). *La integración sociolaboral de los usuarios de cocaína*. Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- Núñez, I. (1994). *Ante el debate actual sobre las drogodependencias*. Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- Observatorio Español Sobre Drogas (2002). *Informe número 5. Julio 2002*. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Secretaría General Técnica.

Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (2002). *Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.

Organización Mundial de la Salud (2004). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Resumen*. Ginebra: Author.

Oro, R. (1993). Estudio de altas terapéuticas. *Proyecto 8*.

Ottenberg, D. (1994). *Qué no se puede cambiar en la Comunidad Terapéutica*. Informe presentado al 1º Congreso Proyecto Hombre. Vitoria.

Palenzuela, D.L., Almeida, L., Prieto, G. y Barros, A.M. (1994). *Validación transcultural hispano-portuguesa de una versión revisada de la batería de escalas de expectativas generalizadas de control (BEEGC)*. Informe técnico. Universidades de Salamanca y Minho. Salamanca y Braga.

Picchi, M. (1995). *Proyecto Hombre. Un programa terapéutico para drogodependientes*. Bilbao: Mensajero.

Porta, M. (1990). Métodos de investigación clínica: errores, falacias y desafíos. *Medicina Clínica*, 94, 107-115.

Procidano, M.E. y Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11, 1-24.

Proyecto Hombre (1995). Nuestra concepción de Comunidad Terapéutica. *Boletín de Salud Pública de Navarra. Monografía nº 12*. Abril, Mayo 86-87.

Proyecto Hombre Navarra (1993). *Memoria 1992. Proyecto Hombre Navarra Gizakia-Helburu Nafarroa*. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.

Proyecto Hombre Navarra (1994). *Memoria 1993. Proyecto Hombre Navarra Gizakia-Helburu Nafarroa*. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.

Proyecto Hombre Navarra (1995). *Memoria 1994. Proyecto Hombre Navarra Gizakia-Helburu Nafarroa*. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.

Proyecto Hombre Navarra (1996). *Memoria 1995. Proyecto Hombre Navarra Gizakia-Helburu Nafarroa*. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.

Proyecto Hombre Navarra (1997). *Memoria 1996. Proyecto Hombre Navarra Gizakia-Helburu Nafarroa*. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.

Proyecto Hombre Navarra (1998). *Memoria 1997. Proyecto Hombre Navarra Gizakia-Helburu Nafarroa*. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.

Proyecto Hombre Navarra (1999). *Memoria 1998. Proyecto Hombre Navarra Gizakia-Helburu Nafarroa*. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.

- Rigler, S. (2000). Alcoholism in the elderly. *American Family Physician* 61, (6), 1710-1716.
- Rodriguez, J. (1991). *Métodos de muestreo*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Roldán, G. (2004). La función de la Comunidad Terapéutica, ayer y hoy. En Asociación Proyecto Hombre (Ed.). *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias* (pp. 239-253). Madrid: Asociación Proyecto Hombre
- Rossi, P. H., Freeman, H. E. y Lipsey, M. W. (1999). *Evaluation: A Systematic Approach, (6th Edition)*. Fairfax, VA: National Evaluation Data and Technical Assistance Center, Caliber Associates.
- Sales, J. A., Boix, F. y Sánchez, A. (1991). La Comunidad Terapéutica. En A. Sánchez-Vidal (Ed.). *Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y operativas. Métodos de intervención*. Barcelona: PPV.
- Sanabria, M.A. (2000). La localización de sujetos adictos en un estudio de seguimiento. *Revista Española de Drogodependencias* 25, (1), 158-169.
- Sánchez-Carbonell, X. (2004). Contexto cultural y consecuencias legales del consumo de drogas. *Trastornos Adictivos* 6, (1), 1-4.
- Sánchez-Carbonell, J., Camí, J. y Brigos, B. (1988). Follow-up of heroin addicts in Spain (EMETYST project): results 1 year after treatment admission. *British Journal of Addiction* 83, 1439-48.
- Sánchez-Carbonell, X., Forcén, M. y Colomera, P. (2004). Evolución penitenciaria de una cohorte de 135 adictos a heroína entre 1985 y 2000. *Trastornos Adictivos* 6, (1), 39-45.
- Sánchez-Carbonell, J. y Camí, J. (1986). Recuperación de heroinómanos: definición, criterios y problemas de los estudios de evaluación y seguimiento. *Medicina Clínica* 87, 377-382.
- Sánchez-Pardo, L. (2000). Evaluación de la efectividad de los Programas de Sustitutivos Opiáceos. *Trastornos Adictivos* 1, (2), 56-72.
- Sánchez-Pardo, L. (2002). Consumo alcohólico en la población española. *Adicciones* 14, Supl.1, 99-113.
- Santo-Domingo, J. (coord.) (2000). *Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre Diagnóstico y Tratamiento del Alcoholismo y otras Dependencias. Octubre de 2000*. Madrid: Ediciones Aula Médica.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B. y Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.

- Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., de la Fuente, J.R. y Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Screening Test (AUDIT). WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. II. *Addiction*, 88, 791-804.
- Secades, R. y Fernández-Hermida, J.R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13, (3), 365-380.
- Secades, R. y Fernández-Hermida, J.R. (2003). The validity of self-reports in a follow-up study with drug addicts. *Addictive Behaviors*, 28, (6), 1175-1182.
- Secades, R., Fernández, R., y Fernández, J.R. (1998). Factores asociados a la retención de heroinómanos en un programa libre de drogas. *Adicciones*, 10, (1), 53-58.
- Shollar, E. (1996). Tratamiento a largo plazo del paciente con diagnóstico dual. En J: Solomon, S. Zimberg y E. Sollar (Eds.). *Diagnóstico Dual. Evaluación, tratamiento, educación sanitaria y desarrollo de programas* (pp. 97-126). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Silva, L.C. (1993). *Muestreo para la investigación en ciencias de la salud*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Silva, L.C. (1997). *Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud: una mirada crítica*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Simpson, D. D., Joe, G. W. y Bracy, S. A. (1982). Six-year follow-up of opioid addicts after admission to treatment. *Archives of General Psychiatry*, 39, (11), 1318-1323.
- 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.
- Simpson, D. D. (1986). 12-year Follow-up outcomes of opioid addicts treated in therapeutic communities. En G. De Leon y J. T. Ziegenfuss Jr. (eds.). *Therapeutic communities for addictions; Readings in theory, research and practice* (pp. 109-120). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Simpson, D. D. y Sells, S. B. (eds.) (1990). *Opioid addiction and treatment: a 12-year follow-up*. Malabar, FL: Krieger Publishing Co.
- Simpson, D. D. (2002). We know it Works; now let's make it work better. *Drug and alcohol findings*. 7, 17.
- Soave, L. (1994). *Modelo de intervención en Proyecto Hombre*. Informe presentado al 1º Congreso Proyecto Hombre. Vitoria.
- Sorensen's, J. L., Chan, M., Guldish, J., Werdegard, D., Bostrom A. y Acampora

A. (2004). A randomized trial comparing day and residential drug abuse treatment: 18-month outcomes. En Asociación Proyecto Hombre (ed.). *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias* (pp. 255-264). Madrid: Asociación Proyecto Hombre.

Subdirección de Salud Mental. Dirección de Atención Primaria y Salud Mental (1993). *Memoria 1992 Salud Mental*. Pamplona: Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Subdirección de Salud Mental. Dirección de Atención Primaria y Salud Mental (1995). *Memoria 1994 Salud Mental*. Pamplona: Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Subdirección de Salud Mental. Dirección de Atención Primaria y Salud Mental (1996). *Memoria 1995 Salud Mental*. Pamplona: Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Subdirección de Salud Mental. Dirección de Atención Primaria y Salud Mental (1997). *Memoria 1996 Salud Mental*. Pamplona: Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Subdirección de Salud Mental. Dirección de Atención Primaria y Salud Mental (1998). *Memoria 1997 Salud Mental*. Pamplona: Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Subdirección de Salud Mental. Dirección de Atención Primaria y Salud Mental (1999). *Memoria 1998 Salud Mental*. Pamplona: Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Teesson, M., Hall, W., Lynskey, M. y Degenhardt, L. (2000). Alcohol and drug use disorders in Australia: implications of the national Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 206-213.

Vedung, E. (1996). Epílogo. Utilización de la evaluación de programas. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.) *Evaluación de Programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid: Síntesis. (pp. 321-338)

Veit, C. T. y Ware, J. E. Jr. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 730-742.

Villarreal, J. y Juaristi, P. (1994). Proyecto Hombre 1991-1993. Análisis sociológico de los residentes de la Asociación. Manuscrito, sin publicar.

Walburg, J.A. (2004). Outcome Management. En Asociación Proyecto Hombre (Ed.). *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias* (pp. 265-276). Madrid: Asociación Proyecto Hombre.

Waltman D. (1995). Key ingredients to effective addictions treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 12, (6), 429-439.

Watson, D., Clark, L.A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.

Wensing, M. y Elwyn, G. (2003). Methods for incorporating patient's views in health care. *British Journal of Medicine* 326, 877-879.

Wexler, H.K. y Prendergast, M.L. (2004). Correctional substance-abuse treatment programs in California: a historical perspective. En Asociación Proyecto Hombre (Ed.). *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias* (pp. 277-298). Madrid: Asociación Proyecto Hombre.

Yates, B.T. (1999). *Measuring and improving Cost, Cost-Effectiveness, and Cost-Benefit for substance abuse treatment programs. A manual*. Maryland: National Institute on Drug Abuse.

Yih-Ing, H., Douglas, M., Bennet, F. (1998). Comparative Treatment Effectiveness. Effects of Program Modality and Client Drug Dependence History on Drug Use Reduction. *Journal of Substance Abuse Treatment* 15, (6), 513-523.

Yubero, A. (2004). Construcción de un proceso interno de evaluación de programas de tratamiento de adicción a las drogas. En Asociación Proyecto Hombre (Ed.). *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias* (pp. 223-227). Madrid: Asociación Proyecto Hombre.

Zimberg, S. (1996). Introducción y conceptos generales del diagnóstico dual. En J: Solomon, S. Zimberg y E. Sollar (eds.). *Diagnóstico Dual. Evaluación, tratamiento, educación sanitaria y desarrollo de programas* (pp.21-40). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.

Zung, W.W.K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.

Zweben, J. E., Aly, T., Martin, J., Wengrofsky, S., Bacci, J. y Meddaugh, R. (1999). Making Residential Treatment Available to Methadone Clients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17, (3) 249-256.

Anexos

Anexo 1: Encuesta de residentes

**ASOCIACION
PROYECTO HOMBRE**

ENCUESTA AL RESIDENTE

CODIGO DEL RESIDENTE _____
 FECHA DE INGRESO EN EL PROGRAMA _____
 FECHA DE REALIZACIÓN DE LA ENCUESTA _____

DATOS PERSONALES

1.- SEXO

a.- Hombre b.- Mujer

2.- FECHA DE NACIMIENTO _____

3.- LUGAR DE NACIMIENTO

Localidad _____ Provincia _____

4.- LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL

Localidad _____ Provincia _____

5.- ESTADO CIVIL

a.- Soltero/a b.- Casado/a c.- Separado/a
 d.- Viudo/a e.- Emparejado/a f.- Divorciado/a

6.- NÚMERO DE HIJOS

Año de nacimiento de los hijos _____

Con quién viven esos hijos (indicar con quién y cuántos hijos)

Con sus padres (vosotros) Con los abuelos paternos En una institución
 Con su padre Con los abuelos maternos Otros (especificar)
 Con su madre Con la madre y los abuelos maternos

7.- ¿CUÁNTOS HERMANOS SOIS ACTUALMENTE CONTÁNDOTE A TÍ? _____

8.- ¿QUÉ LUGAR OCUPAS ENTRE TUS HERMANOS?

a.- Único b.- Mayor c.- Intermedio d.- Menor e.- Otros (especificar) _____

9.- ¿CON QUIÉN VIVÍAS HABITUALMENTE ANTES DE ENTRAR EN PROYECTO HOMBRE?

a.- Solo d.- Pareja g.- Variable
 b.- Padres e.- Otros familiares h.- Cárcel
 c.- Pareja + padres f.- Amigos i.- Otros (especificar)

10.- ÚLTIMO CURSO ESCOLAR QUE APROBASTE _____

11.- ¿CUANTAS VECES HAS REPETIDO CURSO? _____

12.- EDAD DE ABANDONO DE ESOS ESTUDIOS _____

13.- MOTIVOS PARA DEJAR DE ESTUDIAR (da un máximo de dos respuestas)

a.- Malos resultados académicos f.- Expulsión
 b.- No me gustaba g.- Venir a PH
 c.- Querer empezar a ganar dinero h.- Entrar en contacto con la droga
 d.- Necesidad de ponerse a trabajar i.- Otros (especificar)
 e.- Fin de estudios

14.- ¿A CUÁL DE ESTOS GRUPOS PERTENECÍA EL CENTRO EN EL QUE ESTUDIASTE MÁS AÑOS?

- a.- Colegio o centro privado religioso d.- Colegio o centro público
 b.- Colegio o centro privado no religioso e.- Otros (especificar)

15.- ¿EN CUÁNTOS CENTROS DISTINTOS HAS ESTUDIADO? (indicar número)

EGB _____
 FP _____
 BUP _____

APARTADO LABORAL

16.- ¿HAS TRABAJADO?

a.- Sí b.- No (en caso negativo sigue en la pregunta 22)

17.- ¿A QUÉ EDAD EMPEZASTE A TRABAJAR? _____

18.- ¿CUÁNTOS TRABAJOS HAS TENIDO? _____

19.- SOBRE TU PRIMER EMPLEO

Meses que trabajaste: _____

Motivo para dejarlo:

- a.- Cese o despido d.- Por un trabajo mejor g.- Otros (especificar)
 b.- No renovación contrato temporal e.- Venir al PH
 c.- Voluntario f.- No lo he dejado

Sector Profesional: (indica el número correspondiente según código del manual)

Relación laboral:

- a.- Por cuenta ajena con contrato d.- Negocio familiar sin contrato
 b.- Por cuenta ajena sin contrato e.- Por cuenta propia
 c.- Negocio familiar con contrato

19.-(bis) ¿TU PRIMER EMPLEO FUE AQUEL EN EL QUE PERMANECISTE MÁS TIEMPO (EMPLEO PRINCIPAL)? (en caso afirmativo sigue en la pregunta 21)

a.- Sí b.- No

20.- SOBRE TU TRABAJO PRINCIPAL (aquel en el que has permanecido más tiempo)

Meses que trabajaste: _____

Motivo para dejarlo:

- a.- Cese o despido d.- Por un trabajo mejor g.- Otros (especificar)
 b.- No renovación contrato temporal e.- Venir al PH
 c.- Voluntario f.- No lo he dejado

Sector Profesional: f (indica el número correspondiente según código del manual)

Relación laboral:

- a.- Por cuenta ajena con contrato d.- Negocio familiar sin contrato
 b.- Por cuenta ajena sin contrato e.- Por cuenta propia
 c.- Negocio familiar con contrato

21.- ¿SE HA VISTO MODIFICADA TU RELACIÓN LABORAL POR CAUSA DEL CONTACTO CON LA DROGA?

a.- Sí b.- No

APARTADO TOXICOLÓGICO

22.- ¿CUÁL ERA TU SITUACIÓN OCUPACIONAL? (da una sola respuesta por cada columna)

Al comenzar tu drogodependencia		Al llegar a PH
	a.- Trabajo fijo con contrato	
	b.- Trabajo temporal con contrato	
	c.- Trabajo sin contrato	
	d.- Trabajando en negocio familiar	
	e.- Excedencia	
	f.- Autónomos	
	g.- Baja médica	
	h.- Paro con subsidio de desempleo	
	i.- Paro sin subsidio de desempleo	
	j.- Buscando primer empleo	
	k.- Estudiando	
	l.- Otros	
	Si otros, especificar	

23.- ¿DE DÓNDE PROVENÍA EL DINERO DE QUE DISPONÍAS? (Da un máximo de 2 respuesta en cada columna)

Al comenzar	Durante	(tu drogodependencia)	Al venir a PH
		a.- Sueldo	
		b.- Familia	
		c.- Robo familia	
		d.- Robo	
		e.- Becas/subvenciones/subsidios	
		f.- Amigos	
		g.- Trapicheo	
		h.- Tráfico de drogas	
		i.- Prostitución propia	
		j.- Negocio de prostitución	
		k.- Otros	
		Si otros, especificar	

24.- MOTIVOS PARA COMENZAR A CONSUMIR (Da un máximo de 2 respuestas)

- a.- Para ser más que los demás
- b.- Para estar dentro del ambiente de la movida
- c.- Sin darme cuenta
- d.- Para pasarlo bien, no aburrirme
- e.- A raíz de un suceso que me afectó mucho
- f.- Porque mis amigos íntimos comenzaron a drogarse
- g.- Porque me convencieron/presionaron
- h.- Para sentirme seguro/a en mis relaciones con la gente
- i.- Por curiosidad/por probar
- j.- Por ir contra corriente, por rebeldía
- k.- Para olvidarme de mis problemas
- l.- Otros (especificar)

25.- ¿EDAD DE INICIO Y FRECUENCIA DE CONSUMO EN CADA DROGA?

	Probado (sí/no)	Edad	Volviste a consumirla (sí/no)	Frecuencia (sólo una respuesta y en meses)		
				Raramente	Esporádicamente	Diariamente
Alcohol						
Inhalantes						
Hachís						
Anfetaminas						
Barbitúricos						
Heroína						
Cocaína						
Speed						
Alucinógenos						
Metadona/sustitutivos						
Éxtasis						
Crack						
Otras						

26.- ¿CÓMO CONSEGUISTE LA DROGA EN LA PRIMERA OCASIÓN?

	a. Pareja	b.- Familiar	c.- Camello	d.- Amigo	e.- Médico	f. Farmacéutico
a.- Alcohol						
b.- Inhalantes						
c.- Hachís						
d.- Anfetaminas						
e.- Barbitúricos						
f.- Heroína						
g.- Cocaína						
h.- Speed						
i.- Alucinógenos						
j.- Metadona/sustitutivos						
k.- Éxtasis						
l.- Crack						
m.- Otras						

Si otras drogas, especificar _____

Si otros suministradores, especificar _____

27.1- ¿CUÁL ERA LA DROGA QUE MÁS CONSUMÍAS? (da una única respuesta)

a.- Alcohol	<input type="checkbox"/>	e.- Barbitúricos	<input type="checkbox"/>	i.- Alucinógenos	<input type="checkbox"/>
b.- Inhalantes	<input type="checkbox"/>	f.- Heroína	<input type="checkbox"/>	j.- Metadona/sustitutivos	<input type="checkbox"/>
c.- Hachís	<input type="checkbox"/>	g.- Cocaína	<input type="checkbox"/>	k.- Éxtasis	<input type="checkbox"/>
d.- Anfetaminas	<input type="checkbox"/>	h.- Speed	<input type="checkbox"/>	l.- Crack	<input type="checkbox"/>
m.- Otras	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

**27.2- ¿CUÁL ERA EL LUGAR DE ABASTECIMIENTO DE LA DROGA QUE MÁS CONSUMÍAS?
(Una única respuesta por columna)**

	Preferente	Ocasional
a.- Bar / Pub		
b.- Calle		
c.- Pisos particulares		
d.- Discoteca / Boite		
e.- Otros		

Si otros, especificar _____

28.- LUGAR HABITUAL DE CONSUMO DE LA DROGA QUE MÁS HAS UTILIZADO

- a.- Buscaba un lugar "discreto"
- b.- En cualquier Sitio, me daba lo mismo que me pudieran ver
- c.- En cualquier sitio, me gustaba provocar

SÓLO PARA LOS QUE LA HEROÍNA ERA LA DROGA PRINCIPAL (LA QUE MÁS CONSUMÍAN)

29.- FORMA HABITUAL DE CONSUMO DE HEROÍNA

- a.- Ninguna, no consumía
- b.- Fumada
- c.- Esnifada
- d.- Inyectada
- e.- Antes inyectada, ahora fumada / esnifada
- f.- Antes fumada/esnifada. ahora inyectada
- g.- Indistinta
- h.- Otra (especificar)

30.- ¿QUÉ DOSIS DIARIA DE HEROÍNA CONSUMIAS HABITUALMENTE?

- a.- No consumía
- b.- Menos de 1/2 g
- c.- 1/2 g
- d.- 1 g.
- e.- 1 1/2 g.
- f.- 2g
- g.- Más de 2 g.

31.- ¿EN CUÁNTO DINERO VALORAS LO QUE NECESITABAS A DIARIO PARA HEROINA HABITUALMENTE?

_____ pts.

SÓLO PARA LOS QUE NO CONSUMEN HEROÍNA COMO DROGA PRINCIPAL

31.- (bis) ¿EN CUÁNTO DINERO VALORAS LO QUE NECESITABAS A DIARIO PARA DROGA HABITUALMENTE?

_____ pts.

32.- ¿CUÁNTOS AÑOS HAS DEPENDIDO DE LAS SIGUIENTES DROGAS?

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--|
| Alcohol <input type="checkbox"/> | Barbitúricos <input type="checkbox"/> | Alucinógenos <input type="checkbox"/> |
| Inhalantes <input type="checkbox"/> | Heroína <input type="checkbox"/> | Metadona / sustitutivos <input type="checkbox"/> |
| Hachís <input type="checkbox"/> | Cocaína <input type="checkbox"/> | Éxtasis <input type="checkbox"/> |
| Anfetaminas <input type="checkbox"/> | Speed <input type="checkbox"/> | Crack <input type="checkbox"/> |
- Otras (especificar) _____

33.- ¿CÓMO USABAS LA JERINGUILLA?

- a. Siempre compartida
- b. Nunca compartida
- c. A veces compartida
- d. Antes compartida, ahora no
- e. No usaba

34.- ¿HAS INTENTADO EN SERIO DEJAR LAS DROGAS EN ALGUNA OCASION?

- a.- Sí
- b.- No

¿Cuántas veces en total? _____ ¿Cuántas veces con ayuda profesional?
 ¿Cuántas veces sin ayuda profesional?

35.- SI LO HAS HECHO CON AYUDA PROFESIONAL, ¿CÓMO LO HAS INTENTADO? (Da tantas respuestas como sea necesario)

- Centro de día (régimen ambulatorio)
- Proyecto Hombre (anteriores a ésta)
- Consulta particular
- El Patriarca
- Granjas Evangelistas
- Comunidades Terapéuticas Profesionales
- Desintoxicación en Hospital
- Programa Mantenimiento Metadona
- Otros (especificar)

36.- ¿QUIÉN TE DIO LA IDEA DE INGRESAR EN PROYECTO HOMBRE? (da dos respuestas como máximo)

- a. Iniciativa propia
- b. Familiares
- c. Medios de Comunicación
- d. Centro Asistencial Social
- e. Pareja
- f. Centro Sanitario
- g. Amigos/as
- h. Religioso/a
- i. Juzgados
- j. Medico o farmacéutico
- k. Centro penitenciario
- l. Personas que realizaron el Programa
- m. Otros (especificar)

37.- MOTIVOS PRINCIPALES PARA EMPEZAR EL PROGRAMA (da dos respuestas como máximo)

- a.- Motivos económicos
- b.- Problemas laborales
- c.- Problemas familiares
- d.- Problemas legales
- e.- Trastornos físicos
- f.- Trastornos psíquicos
- g.- Contacto con P.H en Prisión
- h.- Rechazo social
- i.- Sentir haber "tocado fondo"
- j.- Otros (especificar)

38.- ¿CONSUME HABITUALMENTE ALGÚN MIEMBRO DE TU FAMILIA LAS SIGUIENTES DROGAS? (en hermanos/as indica número)

	Pareja	Padre	Madre	Hermanos/as (indica número)	Otros
a.- Alcohol					
b.- Inhalantes					
c.- Hachís					
d.- Anfetaminas					
e.- Barbitúricos					
f.- Heroína					
g.- Cocaína					
h.- Speed					
i.- Alucinógenos					
j.- Metadona/sustitutivos					
k.- Éxtasis					
l.- Crack					
m.- Otras					

Si otras drogas, especificar _____

Si otros familiares, especificar _____

39.- ¿ALGÚN MIEMBRO DE TU FAMILIA TIENE/TUVO PROBLEMAS CON EL ALCOHOL? (En hermanos/as indica número)

Pareja		Padre		Madre		Hermanos/as (indica número)		Otros	
Tiene	Tuvo	Tiene	Tuvo	Tiene	Tuvo	Tiene	Tuvo	Tiene	Tuvo

Si otros, especificar _____

40.- SI ALGÚN MIEMBRO DE TU FAMILIA ESTÁ O ESTUVO EN PROCESO DE REHABILITACIÓN. INDICA EL CENTRO O ASOCIACIÓN

	Pareja	Padre	Madre	Hermanos/as	Otros
Centro					

Si otros. especificar _____

APARTADO JURIDICO-PENAL

41.- ¿HAS TENIDO RELACIÓN CON LA JUNTA DE MENORES O CON EL TRIBUNAL TUTELAR DE MENORES? a.- Sí b.-No

42.- ¿HAS ESTADO INTERNO EN ALGÚN CENTRO O REFORMATARIO DE MENORES?

a.- Sí b.-No

43.- ¿CUÁNTAS VECES TE HAN LLEVADO A COMISARÍA? _____

44.- ¿TIENES ANTECEDENTES PENALES?

- a.- Si, sin juicios pendientes
- b.- Si, con juicios pendientes
- c.- No, sin juicios pendientes
- d.- No, con juicios pendientes
- e.- Situación legal desconocida

45.- ¿CUÁNTAS VECES HAS INGRESADO EN PRISIÓN? _____

46.- ¿EN CUÁNTAS PRISIONES DISTINTAS HAS ESTADO? _____

47.- ¿CUÁNTOS MESES EN TOTAL HAS ESTADO INTERNADO EN PRISIÓN? _____

En calidad de:

- | | | | |
|----------------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| a.- Preventivo | <input type="checkbox"/> | c.- Ambos | <input type="checkbox"/> |
| b.- Penado | <input type="checkbox"/> | d.- Ns/Nc | <input type="checkbox"/> |

Anexo 2: Consentimiento informado para la participación en el estudio de seguimiento

INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO DIRIGIDO A PERSONAS PARTICIPANTES EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: **EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL PROGRAMA EDUCATIVO-TERAPÉUTICO PARA LA REHABILITACIÓN DE PERSONAS TOXICÓMANAS PROYECTO HOMBRE DE NAVARRA.**

El estudio de la eficacia del programa educativo-terapéutico Proyecto Hombre de Navarra es importante para intentar mejorar la oferta de ayuda a personas con problemas de abuso de sustancias, y para valorar los resultados obtenidos hasta la fecha.

Para realizar este estudio solicitamos tu colaboración en el presente proyecto de investigación.

Para ello debemos realizar:

- Una única entrevista contigo.
- Una entrevista con algún familiar tuyo de primer grado (estimada en unos 10 minutos).
- La indagación sobre si has recibido tratamiento por problemas de abuso de sustancias con fecha posterior a tu salida de Proyecto Hombre Navarra en algún otro centro de atención en la Comunidad Foral de Navarra.

En todo momento preservaremos tu intimidad y se mantendrá el anonimato. Ningún trabajador de la Fundación Proyecto Hombre de Navarra tendrá conocimiento de las respuestas que obtengamos en el marco de esta investigación, y los datos que obtenga la Fundación Proyecto Hombre de Navarra serán previamente disociados de cualquier dato que te pueda identificar.

Tu colaboración es totalmente voluntaria. Si no deseas participar ninguna consecuencia puede derivarse de este hecho, pues, volvemos a repetir, tu participación es totalmente voluntaria.

Estamos muy agradecidos por tu colaboración.

D./D^a.....

Ha comprendido la información anteriormente expuesta y acepta voluntariamente participar en el estudio **“VALORACIÓN DE LA EFICACIA DEL PROGRAMA EDUCATIVO-TERAPÉUTICO PARA LA REHABILITACIÓN DE PERSONAS TOXICÓMANAS PROYECTO HOMBRE DE NAVARRA”**.

Firmado:.....

D.N.I.:

En a de de 200..

Anexo 3: Cuestionario de seguimiento en drogodependencias (Fernández-Hermida y Secades, adaptación)

A continuación te vamos a preguntar sobre el consumo de sustancias que has tenido desde que dejaste el programa hasta la actualidad. Para ayudarte a recordar te voy a dar esta ficha en la que te puedes ayudar para recordar con más precisión.

Vamos a analizar separadamente el consumo de alcohol, por lo que céntrate ahora en las sustancias que te presentamos en la ficha.

Consumo de sustancias.

a) Si ha consumido alguna sustancia tras el alta, indique el tiempo (en meses) que la lleva consumiendo y la sustancia o sustancias que consumió.

¿Consumes en la actualidad?	ÍTER TOXICOLÓGICO						
	SUSTANCIAS	FRECUENCIA DE CONSUMO (Nº DE AÑOS)				FORMA DE CONSUMO	MESES DESDE EL ALTA
		HABITUAL (diaria)	ESPORÁDICA (fines de semana)	RARAS (veces al año)	SÓLO PROBADA	VÍA: Oral, Fumada, inhalada, esnifada,	
	1.1. ALCOHOL						
	1.2. PSICOFÁRMACOS						
	1.2.1. BARBITÚRICOS Luminal, Prominal, Tiobarbital						
	1.2.2. BENZODIACEPINAS Valium, Tranxilium, Halción, Trankimazin, Rohipnol, Noctamid.						
	1.2.3. OTROS SEDANTES Triptizol, Largactil, Sinogan, Etumina						
	1.3. OPIÁCEOS						
	1.3.1 MORFINA						
	1.3.2. HEROÍNA "caballo"						
	1.3.3. SUSTITUTIVOS Penta, Buprex, Prefin, Dolantina, Codeína, Tiltrate, Sosegón, Sedorapide, Deprancol, Metasedin						
	1.3.4. METADONA						
	2.1. ANFETAMINA Y DERIVADOS Speed, Centramina, Katovit, Dexidrina, Ponderal, Tinodal						
	2.2. COCAÍNA Coca, Base, Bazuko.						
	2.3. "CRACK"						
	2.4. "ÉXTASIS"						
	2.5. OTRAS DROGAS DE DISEÑO						
	3.1. HASCHÍS (CANNABIS) Porro, Pitillo, Petardo, Chocolate						
	3.2. ALUCINÓGENOS LSD, ácido, tripis, secante, mescalina, Polvo de Ángel, Hongos						
	3.3. INHALANTES Pegamentos, Disolventes, Poper, Nitrito de amilo						
	4. SPEED-BALL (MEZCLAS) Anfetasa/coca+heroína,						
	5.- OTRAS						

21. Dime cuáles crees que han sido las razones para volver a consumir

a) ¿Cuáles crees que han sido las razones para que volvieses a consumir? (marca con una cruz sólo un determinante principal por recaída).

Determinantes ambientales intrapersonales.

22.	Afrontar la frustración y la ira.	
23	Afrontar otros estados emocionales negativos: tensión, depresión, tristeza, soledad, aburrimiento...	
24	Afrontar estados físicos asociados con el uso previo de sustancias.	
25	Afrontar estados físicos negativos: dolor de cabeza, dolores menstruales...	
26	Realce de estados emocionales positivos: celebrar algo...	
27	Poner a prueba el control personal (comprobar que eres capaz de tener un consumo controlado o moderado)	
28.	Ceder a tentaciones o deseo en presencia de señales asociadas a la droga (ver a gente consumiendo, ver la droga...)	
29.	Ceder a tentaciones o deseo en ausencia de señales asociadas a la droga.	

Determinantes ambientales interpersonales.

30.	Afrontar la frustración y la ira.	
31.	Afrontar otros conflictos interpersonales: riñas, problemas con el jefe...	
32.	Presión social directa (alguien te anima a consumir...)	
33.	Presión social indirecta (te sientes "raro" porque todos consumen...)	
34.	Realce de estados emocionales positivos.	

SUSTANCIAS	DETERMINANTE PRINCIPAL POR RECAÍDA												
Barbitúricos													
Benzodiacepinas													
Otros sedantes													
Morfina													
Heroína													
Sustitutivos													
Metadona													
Anfetamina y derivados													
Cocaína													
"Crack"													
"Éxtasis"													
Otras drogas de diseño													
Hachís													
Alucinógenos													
Inhalantes													
"Speed-Ball " (Anfetam/Coca+Heroína)													
Otras													

Muchas gracias.

Ahora para valorar el consumo de alcohol, te vamos a hacer unas preguntas generales sobre el uso que haces del alcohol. Para ello, te vamos a hacer una serie de preguntas estandarizadas destinadas a valorar el consumo de alcohol en población general, esto es, que no han hecho ningún tratamiento.

Consumo de alcohol.

35. Dígame qué tipo de problemas ha tenido con el alcohol tras el alta.

(0) ninguno. (1) problemas leves. (2) problemas moderados. (3) problemas graves. (4) problemas muy graves.

36. ¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?

(0) nunca. (1) uno al mes o menos. (2) 2-4 al mes. (3) 2-3 a la semana. (4) cuatro o más a la semana.

37. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume en un día cualquiera que esté tomando alcohol?

(0) 1 ó 2. (1) 3 ó 4 (2) 5 ó 6. (3) 7 a 9. (4) diez o más.

38. ¿Con qué frecuencia consume seis copas (u otra forma de presentación) o más en una ocasión?

(0) nunca (1) menor que una vez mes. (2) una vez mes. (3) uno vez semana. (4) diariamente o casi diariamente.

39. ¿Cuántas veces durante el último año observó que no era capaz de dejar de beber una vez que empezaba?

(0) nunca (1) menor que una vez mes. (2) una vez mes. (3) uno vez semana. (4) diariamente o casi diariamente.

40. ¿Cuántas veces en el último año ha dejado de cumplir con sus obligaciones a causa del alcohol?

(0) nunca (1) menor que una vez mes. (2) una vez mes. (3) uno vez semana. (4) diariamente o casi diariamente.

41. ¿En cuántas ocasiones durante el último año ha necesitado tomar una copa por la mañana para poder "arrancar" después de haber consumido gran cantidad de alcohol el día anterior?

(0) nunca (1) menor que una vez mes. (2) una vez mes. (3) uno vez semana. (4) diariamente o casi diariamente.

42. ¿Cuántas veces durante el último año se ha sentido culpable, o tenido remordimientos después de haber bebido?

(0) nunca (1) menor que una vez mes. (2) una vez mes. (3) uno vez semana. (4) diariamente o casi diariamente.

43. ¿Con cuánta frecuencia durante el último año ha sido incapaz de recordar lo que había pasado la noche anterior porque había estado bebiendo?

(0) nunca (1) menor que una vez mes. (2) una vez mes. (3) uno vez semana. (4) diariamente o casi diariamente.

44. ¿Ha tenido un accidente o ha herido a alguien como consecuencia del consumo de alcohol?

(0) no. (1) sí, pero no durante el último año. (2) sí, durante el último año.

45. ¿Se ha preocupado algún amigo, familiar, médico u otro profesional sobre su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que no beba tanto?
 (0) no. (1) sí, pero no durante el último año. (2) sí, durante el último año.

Ahora, y en la línea de valorar el consumo de alcohol, te vamos a preguntar por la cantidad de alcohol que has consumido en la pasada semana, día por día.

Cantidad de alcohol/día en la última semana).

	L	M	X	J	V	S	D	Σ Bebidas	
Cerveza.									46
Sidra.									47
Vino y champán.									48
Brandy y licores.									49
Aperitivos.									50
Combinados.									51
Σ de lunes a viernes					52	Σ resto		53	

(Si la puntuación obtenida en las preguntas 39 + 40 + 41 mayor que cero entonces se rellenará la tabla de determinantes. Marcar con una cruz sólo un determinante principal por recaída).

a) ¿Cuáles crees que han sido las razones que te llevaron a consumir?

Determinantes ambientales intrapersonales.

54.	Afrontar la frustración y la ira.	
55.	Afrontar otros estados emocionales negativos.	
56.	Afrontar estados físicos asociados con el uso previo de sustancias.	
57.	Afrontar estados físicos negativos.	
58.	Realce de estados emocionales positivos.	
59.	Poner a prueba el control personal.	
60.	Ceder a tentaciones o deseo en presencia de señales asociadas a la droga.	
61.	Ceder a tentaciones o deseo en ausencia de señales asociadas a la droga.	

Determinantes ambientales interpersonales.

62.	Afrontar la frustración y la ira.	
63.	Afrontar otros conflictos interpersonales.	
64.	Presión social directa.	
65.	Presión social indirecta.	
66.	Realce de estados emocionales positivos.	

67. ¿Cuántas veces se ha emborrachado durante el último año?

68. ¿Ha existido algún período de tiempo, tras el alta, en el que consumiera más alcohol que en la actualidad?

(0) no. (1) sí, sin problemas. (2) sí, problemas leves. (3) sí, problemas moderados. (4) sí, problemas graves.

Ahora vamos a realizarte una serie de preguntas sobre tu situación familiar tras el alta.

Situación familiar.

69. Desde el alta, ¿Cómo ha cambiado su situación de convivencia?

(0) no. (1) pareja. (2) solo. (3) familia de origen. (4) con otra pareja. (5) otros familiares. (6) otras personas.

70. ¿En qué sentido ha cambiado su relación familiar tras el alta?

(0) empeoró mucho. (1) empeoró. (2) sin cambios. (3) mejoró. (4) mejoró mucho.

¿Existe algún familiar con el que mantenga relación estrecha que haya tenido o tenga problemas de consumo tras alta? (*marque lo que corresponda con una cruz*).

	Pareja	Padres	Hermanos	Otros.
Alcohol.	(71)	(72)	(73)	(74)
Hachís.	(75)	(76)	(77)	(78)
Heroína.	(79)	(80)	(81)	(82)
Cocaína.	(83)	(84)	(85)	(86)
Otras.	(87)	(88)	(89)	(90)

Queremos preguntarte ahora sobre distintos aspectos de formación, trabajo y ocio y tiempo libre.

Situación educativa.

91.	¿Cuántos cursos de formación no reglada ha finalizado tras el alta?
92.	¿Cuántos cursos académicos de educación reglada ha superado tras el alta?

93. ¿La formación que ha realizado te ha servido para obtener empleo?

(0) no. (1) sí, en alguna medida. (2) sí, en gran medida.

Situación laboral.

94. Indique el porcentaje de tiempo que ha trabajado tras el alta.

95. ¿En qué sentido ha cambiado su satisfacción en el trabajo en comparación a su etapa anterior al tratamiento? (*si no ha trabajado no se contesta*).

(0) empeoró mucho. (1) empeoró. (2) sin cambios. (3) mejoró. (4) mejoró mucho.

96. ¿Cuál es la fuente más importante de obtención de su dinero?

(1) sueldo. (2) becas y subsidios. (3) ayudas de familiares y amigos. (4) Fuentes ilegales.

Ocio y tiempo libre.

97. A su juicio, ¿ha cambiado su grado de satisfacción en el uso que hace de su tiempo libre tras el alta?

(0) empeoró mucho. (1) empeoró. (2) sin cambios. (3) mejoró. (4) mejoró mucho.

Tras el alta, ¿Con qué frecuencia realiza en su tiempo libre alguna de las siguientes actividades? (marque con una cruz lo que corresponda).

98.	Deportivas	<input type="checkbox"/> (0) nunca.	<input type="checkbox"/> (1) algunas veces.	<input type="checkbox"/> (2) frecuentemente.
99.	Culturales.	<input type="checkbox"/> (0) nunca.	<input type="checkbox"/> (1) algunas veces.	<input type="checkbox"/> (2) frecuentemente.
100	Ocio.	<input type="checkbox"/> (0) nunca.	<input type="checkbox"/> (1) algunas veces.	<input type="checkbox"/> (2) frecuentemente.
101	Políticas.	<input type="checkbox"/> (0) nunca.	<input type="checkbox"/> (1) algunas veces.	<input type="checkbox"/> (2) frecuentemente.

102 ¿Tiene un grupo de amigos no consumidores con los que realiza actividades frecuentemente?

(0) no. (1) sí.

103. ¿Mantiene relaciones con consumidores en activo?

(0) nunca. (1) algunas veces. (2) frecuentemente.

104. Si mantiene relaciones con consumidores en activo, indica que droga/drogas consume/consumen.

(1) hachís. (2) heroína. (3) cocaína. (4) drogas de síntesis/anfetaminas.

A partir de este momento queremos realizarte una serie de preguntas sobre tu estado de salud. Te recordamos nuevamente que estos datos se van a tratar de forma totalmente anónima, de tal manera que tu intimidad está completamente salvaguardada.

105. ¿Ha notado mejoría en su estado de salud tras la alta?

(0) empeorado mucho. (1) empeoró (2) sin cambios. (3) mejoró. (4) mejoró mucho.

¿Ha sido diagnosticado de alguna de estas enfermedades tras el alta?

Seropositivo.	106.	<input type="checkbox"/> Sí.	<input type="checkbox"/> No.
Sida.	107.	<input type="checkbox"/> Sí.	<input type="checkbox"/> No.
Hepatitis.	108.	<input type="checkbox"/> Sí.	<input type="checkbox"/> No.
Tuberculosis.	109.	<input type="checkbox"/> Sí.	<input type="checkbox"/> No.
Enfermedades de transmisión sexual.	110.	<input type="checkbox"/> Sí.	<input type="checkbox"/> No.
Otras:	111.	<input type="checkbox"/> Sí.	<input type="checkbox"/> No.

¿Está siguiendo tratamientos o controles médicos para estas enfermedades?

Seropositivo.	112.	<input type="checkbox"/> Sí.	<input type="checkbox"/> No.
Sida.	113.	<input type="checkbox"/> Sí.	<input type="checkbox"/> No.
Hepatitis.	114.	<input type="checkbox"/> Sí.	<input type="checkbox"/> No.
Tuberculosis.	115.	<input type="checkbox"/> Sí.	<input type="checkbox"/> No.
Enfermedades de transmisión sexual.	116.	<input type="checkbox"/> Sí.	<input type="checkbox"/> No.
Otras:	117.	<input type="checkbox"/> Sí.	<input type="checkbox"/> No.

Las cuestiones que te vamos a presentar a continuación son un cuestionario que valora la calidad de vida.

Nos gustaría saber si has tenido molestias o trastornos y cómo has estado de salud LAS ÚLTIMAS SEMANAS. Recuerda que no queremos conocer los problemas que has tenido en el pasado, sino los recientes y actuales.

¿Comenzamos?

ÚLTIMAMENTE:

118. Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma.

(0) mejor de lo habitual. (1) igual que lo habitual. (2) peor que lo habitual. (3) mucho peor que la habitual.

119. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?

(0) no en absoluto. (1) bastante más que lo habitual. (2) no más que lo habitual. (3) mucho más que lo habitual.

120. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

(0) no en absoluto. (1) bastante más que lo habitual. (2) no más que lo habitual. (3) mucho más que lo habitual.

121. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?

(0) no en absoluto. (1) bastante más que lo habitual. (2) no más que lo habitual. (3) mucho más que lo habitual.

122. ¿Ha padecido dolores de cabeza?

(0) no en absoluto. (1) bastante más que lo habitual. (2) no más que lo habitual. (3) mucho más que lo habitual.

123. ¿Ha tenido la sensación de opresión en la cabeza o de que la cabeza le va a estallar?

(0) no en absoluto. (1) bastante más que lo habitual. (2) no más que lo habitual. (3) mucho más que lo habitual.

124. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

(0) no en absoluto. (1) bastante más que lo habitual. (2) no más que lo habitual. (3) mucho más que lo habitual.

125. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

(0) no en absoluto. (1) bastante más que lo habitual. (2) no más que lo habitual. (3) mucho más que lo habitual.

126. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

(0) no en absoluto. (1) bastante más que lo habitual. (2) no más que lo habitual. (3) mucho más que lo habitual.

127. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

(0) no en absoluto. (1) bastante más que lo habitual. (2) no más que lo habitual. (3) mucho más que lo habitual.

128. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

(0) no en absoluto. (1) bastante más que lo habitual. (2) no más que lo habitual. (3) mucho más que lo habitual.

129. ¿Se ha asustado o tenido pánico sin motivo?

(0) no en absoluto. (1) bastante más que lo habitual. (2) no más que lo habitual. (3) mucho más que lo habitual.

130. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?
 (0) no en absoluto. (1) bastante más que lo habitual. (2) no más que lo habitual. (3) mucho más que lo habitual.

131. ¿Se ha notado nervioso y a punto de explotar constantemente?
 (0) no en absoluto. (1) bastante más que lo habitual. (2) no más que lo habitual. (3) mucho más que lo habitual.

132. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?
 (0) más activo que lo habitual. (1) igual que la habitual. (2) bastante menos que la habitual. (3) mucho menos que la habitual.

133. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?
 (0) más rápido que la habitual. (1) igual que lo habitual. (2) más tiempo que lo habitual. (3) mucho más tiempo que lo habitual.

134. ¿Ha tenido la impresión en conjunto de que está haciendo las cosas bien?
 (0) mejor que lo habitual. (1) aproximadamente lo mismo. (2) peor que lo habitual. (3) mucho peor que lo habitual.

135. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?
 (0) más satisfecho. (1) aproximadamente lo mismo. (2) menos satisfecho. (3) mucho menos satisfecho.

136. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?
 (0) más útil que la habitual. (1) igual que lo habitual. (2) menos útil. (3) mucho menos útil.

137. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?
 (0) más que lo habitual. (1) igual que lo habitual. (2) menos. (3). Mucho menos.

138. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?
 (0) más que lo habitual. (1) igual que lo habitual. (2) menos. (3). Mucho menos.

139. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?
 (0) no, en absoluto (1) no más que lo habitual (2) bastante más que lo habitual (3) mucho más que lo habitual

140. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?
 (0) no, en absoluto (1) no más que lo habitual (2) bastante más que lo habitual (3) mucho más que lo habitual

141. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?
 (0) no, en absoluto (1) no más que lo habitual (2) bastante más que lo habitual (3) mucho más que lo habitual

142. ¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse de en medio?
 (0) claramente no (1) me parece que no (2) se me ha cruzado por la mente (3) claramente sí

143. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?
 (0) no, en absoluto (1) no más que lo habitual (2) bastante más que lo habitual (3) mucho más que lo habitual

144. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?
 (0) no, en absoluto (1) no más que lo habitual (2) bastante más que lo

habitual (3) mucho más que lo habitual

145. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente la cabeza?

(0) claramente no (1) me parece que no (2) se me ha cruzado por la mente (3) claramente sí

Muchas gracias, ahora queremos preguntarte si...

146. ¿Ha sido atendido alguna vez en un servicio de urgencias debido a consumo de drogas o a padecer síndrome de abstinencia?

(1) sí. (2) no (*pasar a la pregunta 152*).

147.	¿Cuántas veces en total ha sido atendido en un servicio de urgencias?	
148.	¿Cuántas de ellas ha sido los últimos 3-4 años?	

¿Cuál fue motivo de que le atendieran en urgencias?

149.	Sobredosis (número de veces).	
150.	Síndrome de abstinencia.	
151.	Patología orgánica asociada.	

152. ¿Se ha sometido a análisis para determinar si es o no portador de anticuerpos frente al virus del sida?

(1) sí. (2) no.

153. ¿En qué fecha?

154. ¿Cuál fue el resultado?

(1) positivo. (2) negativo. (3) no contesta.

155. ¿Esto lo motiva para continuar el consumo de drogas?

(0) en absoluto. (1) ligeramente. (2) moderadamente. (3) considerablemente. (4) extremadamente.

156. ¿Esto le motiva para abandonar el consumo de drogas?

(0) en absoluto. (1) ligeramente. (2) moderadamente. (3) considerablemente. (4) extremadamente.

Muy bien, ya hemos realizado más de la mitad de la entrevista, si quieres, podemos tomarnos un pequeño descanso antes de continuar...

Queremos preguntarte dos cuestiones sobre tu situación judicial.

Situación jurídica.

157. Número de veces que ha sido acusado o detenido tras el alta.

158. Número de veces que sido condenado por delitos de causas posteriores al alta.

Tratamientos deshabitación o desintoxicación.

159.	Número de tratamientos de desintoxicación/deshabitación realizados tras el alta.	
------	--	--

160.	Número de veces que tras cualquiera de sus recaídas ha vuelto a contactar con el programa de tratamiento.	
------	---	--

A continuación nos gustaría que contestases a una serie de preguntas que tienen como objetivo que realices una valoración del tratamiento en Proyecto Hombre.

Valoración del tratamiento en proyecto hombre.

161. Para usted acceder al tratamiento en Proyecto Hombre fue:

(1) fácil. (2) difícil.

162. En su opinión las normas del centro son:

(1) demasiado estrictas. (2) correctas. (3) poco estrictas.

163. Respecto al tratamiento de la dependencia de las drogas está:

(1) muy satisfecho. (2) bastante satisfecho. (3) satisfecho. (4) poco satisfecho.

164. En relación con otros problemas distintos de la dependencia de drogas, el tratamiento le ha ayudado.

(1) mucho. (2) bastante. (3) poco. (4) nada.

165. ¿Considera importante la participación de sus padres y familiares en el tratamiento?

(1) mucho. (2) bastante. (3) poco. (4) nada.

a) ¿Qué aspectos del programa cree que le han ayudado más en el tratamiento?

166. Los grupos.

(1) mucho. (2) bastante. (3) poco. (4) nada.

167. Las normas y limitaciones.

(1) mucho. (2) bastante. (3) poco. (4) nada.

168. Las tareas y responsabilidades diarias.

(1) mucho. (2) bastante. (3) poco. (4) nada.

169. El ambiente y la relación con los demás.

(1) mucho. (2) bastante. (3) poco. (4) nada.

170. La relación con los terapeutas.

(1) mucho. (2) bastante. (3) poco. (4) nada.

171. La presión y exigencia existente.

(1) mucho. (2) bastante. (3) poco. (4) nada.

172. El tiempo de duración del programa le pareció:

(1) excesivo. (2) adecuado. (3) escaso.

173. La calidad de la relación con los terapeutas fue:

(1) muy buena. (2) Bueno (3) mala. (4) muy mala.

174. Su valoración de la calidad profesional de los terapeutas es:

(1) muy buena. (2) buena (3) mala. (4) muy mala.

a) Si abandonaste el tratamiento, ¿Qué razones te han impulsado a tomar esta decisión?

		ABANDONOS									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
175.	Consumir o deseo de consumir drogas.										
176.	Consumir o deseo de consumir alcohol.										
177.	No querer continuar con las limitaciones que impone proyecto hombre.										
178.	Mala relación con los terapeutas.										
179.	Mala relación con otros residentes.										
180.	Estar cansado de los grupos.										
181.	Haber conseguido los objetivos que me proponía y estar satisfecho con el estilo de vida que tenía.										

(1) Nada; (2) Algo; (3) Normal; (4) Bastante; (5) Mucho

a) El tratamiento del proyecto hombre te ha servido para:

		NADA	POCO	NORMAL	BASTANTE	MUCHO
182.	Aprender a vivir con los demás.					
183.	Relacionarme mejor con mi familia.					
184.	Aceptar mejor las normas.					
185.	Ser más responsable.					
186.	Ayudar a integrarme en la sociedad.					
187.	Tener mayor conciencia de mis problemas.					
188.	Dejar de consumir heroína.					
189.	Consumir menos otras drogas.					
190.	No consumir ningún tipo de drogas.					
191.	No cometer delitos.					
192.	Integrarse en el mundo laboral.					
193.	Ocupar mejor tu tiempo libre.					
194.	Tener otras inquietudes.					
195.	Tener más confianza en ti mismo.					
196.	Sentirte más a gusto contigo mismo.					
197.	Sentirte menos solo.					
198.	Cuidarte más.					

199. Valoración global del programa de proyecto hombre.

(1) muy satisfactorio. (2) bastante satisfactorio. (3) satisfactorio. (4) poco satisfactorio. (5) nada satisfactorio.

Anexo 4: Íter toxicológico (adaptación al seguimiento)

Si ha consumido alguna sustancia tras el alta, indique el tiempo (en meses) que la lleva consumiendo y la sustancia o sustancias que consumió.

ÍTER TOXICOLÓGICO						
¿Consumo en la actualidad?	SUSTANCIAS	FRECUENCIA DE CONSUMO (Nº DE AÑOS)				VÍA DE CONSUMO: Oral, Fumada Inhalada Esnifada
		HABITUAL (diaria)	ESPORÁDICA (fines de semana)	RARAS (veces al año)	SÓLO PROBADA	
1. DEPRESORAS	Alcohol					
	Psicofármacos					
	1. Barbitúricos Luminal, prominal, tiobarbital					
	2. Benzodiacepinas Valium, tranxilium, halción, frankimazin, rohipnol, noctamid.					
	3. Otros sedantes Triptizol, largactil, sinogan, etumina					
	Opiáceos					
	1. Morfina					
	2. Heroína "caballo"					
	3. Sustitutivos: Penta, buprex, prefin, dolantina, codeína, tilitrate, sosegón, sedorapide, deprancol, metasedin					
	4. Metadona					
2. ESTIMULANTES	Anfetamina y derivados: <i>speed</i> , centramina, katovit, dexidrina, ponderal, tinodal					
	Cocaína coca, base, bazuko.					
	"Crack"					
	"Éxtasis"					
	Otras drogas de diseño					
3. PERTURBADORAS	Haschís (cannabis) Porro, Pitillo, Petardo, Chocolate					
	Alucinógenos LSD , ácido, tripis, secante, mescalina, Polvo de Ángel, Hongos					
	Inhalantes Pegamentos, Disolventes, Poper, Nitrito de amilo					
4. MEZCLAS	Speed-ball (mezclas) Anfetas/coca+heroína, Anfetas/Coca+Alcohol					
	5.- Otras					

***Anexo 5: Cuestionario de valoración de elementos de Comunidad
Terapéutica***

CUESTIONARIO PERSONAL SOBRE COMUNIDAD TERAPÉUTICA. –Nº 1–.

Nombre y apellidos: _____--

A continuación se presentan 19 afirmaciones sobre aspectos que pueden producir estrés (ansiedad o agobio) en Comunidad Terapéutica. Se te pide que contestes a cada una de ellas, según tu experiencia personal de vida en comunidad. No hay respuestas buenas ni malas. Como ves hay cuatro posibles respuestas para cada una de las afirmaciones: “Nada, Algo, Bastante, Mucho”. Elige sólo una respuesta para cada afirmación, aquella que mejor refleje tu experiencia personal de vida en Comunidad hasta este momento. Marca un aspa en la casilla correspondiente. Responde con sinceridad y no te entretengas demasiado tiempo en cada una de ellas. Gracias.

	NADA	ALGO	BASTANTE	MUCHO
No poder salir de comunidad				
La separación de los seres queridos				
Los grupos (dinámicos, estáticos, etc.)				
La convivencia con los demás				
Los confrontos (R/P, R/V, etc.).				
Los horarios				
El trabajo en los sectores				
Dormir menos de 8 horas				
Los roles (trabajador, técnico, etc.).				
Los desclasamientos (experiencias educativas).				
El trabajo físico				
La abstinencia sexual				
Los encuentros con la familia				
La presión de los demás				
Los terapeutas				
Las normas				
La duración de comunidad				
Desconocer el funcionamiento de CT.				
Compartir espacios (habitación, W.C....)				

CUESTIONARIO PERSONAL SOBRE COMUNIDAD TERAPÉUTICA. –Nº 2–.

Nombre y apellidos: _____ --

A continuación se presentan 19 afirmaciones sobre aspectos que pueden aliviar el estrés (ansiedad o agobio) en Comunidad Terapéutica. Se te pide que contestes a cada una de ellas, según tu experiencia personal de vida en comunidad. No hay respuestas buenas ni malas. Como ves hay cuatro posibles respuestas para cada una de las afirmaciones: “Nada, Algo, Bastante, Mucho”. Elige sólo una respuesta para cada afirmación, aquella que mejor refleje tu experiencia personal de vida en Comunidad hasta este momento. Marca un aspa en la casilla correspondiente. Responde con sinceridad y no te entretengas demasiado tiempo en cada una de ellas. Gracias.

	NADA	ALGO	BASTANTE	MUCHO
Escuchar música				
El ejercicio físico (deporte...)				
Los grupos dinámicos				
El tabaco				
Los juegos (segundas partes...)				
El tiempo libre				
La amistad				
La siesta				
La musicoterapia (relajación, yoga...)				
Las salidas fuera de comunidad.				
Los momentos de intimidad				
La correspondencia				
La lectura				
La televisión (vídeos...)				
Los encuentros con seres queridos				
Las horas de las comidas				
Conversar de temas variados				
Los terapeutas				
La libertad de expresión				