

Evaluación de variables que pueden contribuir al éxito del tratamiento en comunidad terapéutica

Evaluation of variables that can contribute to successful treatment in a therapeutic community

L. Aguilar¹, G. Jusué², E. García¹, J.C. Oria³, J. Domínguez¹

INTRODUCCIÓN

Las Comunidades Terapéuticas para Drogodependientes (CC.TT.) constituyen desde hace ya algunos años una de las alternativas de tratamiento más demandadas por los propios usuarios de drogas. Así lo reflejan los estudios de amplio alcance, como el de Comas¹, o como se puede comprobar en las memorias de los diferentes planes que con diversas denominaciones se han ido implantando en las respectivas Autonomías, para abordar la problemática de las drogodependencias.

En Navarra, entre los años 1988 y 1992, fueron 549 las personas que utilizaron alguna de estas CC.TT., lo que vendría a representar el 44% de la población navarra estimada como consumidora de opiáceos en 1990, según el estudio de prevalencia de Urtiaga².

En 1992 disponíamos de una muestra suficiente de personas atendidas en estos centros y además las CC.TT. navarras de Larraingoa y Eguarte estaban acreditadas como Centros Residenciales de Atención a Drogodependientes por el Servicio Navarro de Salud. Nos faltaba conocer de una

manera más completa qué características presentaba esta muestra y si alguna de ellas podía influir en los abandonos del tratamiento o en la obtención del alta terapéutica. Otra motivación importante del estudio era conocer qué evolución habían tenido estas personas respecto a su drogodependencia e inserción social, una vez que dejaron de tener contacto con las CC.TT., y qué era lo que consideraban como significativo a la hora de valorar su situación actual. Para ello se realizó un estudio de seguimiento en el que, además de comparar los grupos de alta y abandono del tratamiento respecto a una serie de variables, se intentaba conocer la situación de estas personas en el momento de la entrevista, según unos índices valorativos respecto al riesgo de una recaída en el consumo de opiáceos.

Con este conocimiento y la comparación entre los datos que obtuviéramos de las submuestras de los que habían obtenido el alta y de los que habían abandonado el tratamiento, queríamos responder a la cuestión de si realmente es relevante obtener el alta terapéutica para alcanzar un

ANALES Sis San Navarra 1998, 21 (Supl. 3): 5-12.

1. Comunidad Terapéutica Larraingoa-ANTOX.
2. Subdirección de Salud Mental del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.
3. Comunidad Terapéutica Eguarte-Centro Oasis.
4. Oficina para las Comunidades Terapéuticas de la Subdirección de Salud Mental.

Correspondencia:

Luis Aguilar Bailo
C.T. Larraingoa - ANTOX
Larraingoa (Valle de Erro)
31697 Navarra
Tfno.-Fax 948 768060

mejor pronóstico en cuanto a una menor probabilidad de recaer en el consumo de opiáceos. Llegar a conocer la posible influencia de factores específicos que afectan a la evolución en el tratamiento de las personas drogodependientes puede contribuir al establecimiento de actuaciones diferenciales en los profesionales que los atienden y, por lo tanto, a conseguir el logro de los objetivos terapéuticos de estos centros.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Se escogió un estudio de campo exploratorio que permitiera descubrir variables significativas, relaciones entre las mismas y que estableciera la base para una prueba de hipótesis posterior.

Primero se intenta obtener una descripción lo más completa posible de las características de las personas que estuvieron en una CT entre los años 1988 y 1992. Para ellos se seleccionaron 36 variables y se vio qué relación tenían con el alta terapéutica o con el abandono del tratamiento.

Para la parte del seguimiento se utilizó un diseño de estudio de cohortes retrospectivo, para lo que seleccionamos dos cohortes de individuos según la variable independiente obtención del alta terapéutica o abandono del programa después de al menos seis meses de tratamiento en la CT. Se trataba de observar cómo se había comportado la variable dependiente recaída en el consumo de heroína y, además, se exploraron 34 variables alternativas que también pudieran tener relación.

Muestra

La muestra del estudio se extrajo del total de atendidos en ambas CC.TT durante ese período de cinco años. Para eliminar los casos de aquellos que habían estado en ambos centros o en una misma CT varias veces, seguimos el criterio de escoger los datos del último ingreso en cualquiera de las dos CC.TT; así, el total de la muestra se formó con 244 personas. Para la parte del seguimiento se seleccionaron dos submuestras: una, formada por todos los que

obtuvieron el alta terapéutica, en total 50 personas y, otra, por aquellas que, habiendo abandonado el tratamiento, permanecieron más de seis meses en las CC.TT, en total 49 personas, a las que se añadió una más que había permanecido 5 meses y 26 días, para completar la cifra de 50.

Recogida de datos

Se siguieron dos métodos: para la parte descriptiva se utilizaron las historias clínicas de los centros y las fichas del departamento para las CC.TT de la Subdirección de Salud Mental. Primeramente se elaboró un cuestionario siguiendo el modelo de un estudio de Erro³, escogiendo las cuestiones más relevantes y añadiendo otras necesarias para nuestro trabajo, pero siempre teniendo en cuenta que la información se pudiera recoger en ambas CC.TT. Para la parte del seguimiento se elaboró un cuestionario que se utilizó en la entrevista estructurada y no estandarizada que se mantuvo con cada una de las personas localizadas. Las preguntas eran cerradas, excepto la motivación para mantener la abstinencia, que era abierta, y el orden de las mismas podía variar según cómo fuera respondiendo el entrevistado. El cuestionario recogía información de tres momentos: la salida de la CT, la recaída y la situación personal en el momento de hacer la entrevista.

De las 100 personas que componían la submuestra a entrevistar, finalmente se entrevistó a 67, todos ellos por la misma persona, seleccionada siguiendo el criterio de no haber coincidido con los entrevistados durante el tratamiento, con el fin de evitar el sesgo del entrevistador. Para medir las variables nivel de stress en el último año y nivel de apoyo social se utilizaron la Escala autoaplicada para la evaluación del Stress y la Escala de Apoyo Social (Departamento de Salud Mental de California, 1981), que se cumplimentaban al final de la entrevista.

Tratamiento estadístico

Se ha utilizado el programa informático de estadística SPSS/PC+, utilizando las tablas de frecuencias para la descripción del comportamiento de las variables, defi-

niéndolas según su media y desviación típica en el caso de que sean continuas. En este mismo caso, para la comparación de medias se ha usado la *t* de Student.

Para el análisis bivariado se utilizó la Chi-cuadrado, los índices de asociación Phi, el Coeficiente V de Cramer y el Coeficiente de Contingencia.

Para el análisis multivariado elegimos como más adecuado el Análisis Discriminante, aunque hayamos utilizado tanto variables dicotómicas como variables predictivas y, por lo tanto, no se hayan cumplido los supuestos paramétricos de distribución normal de la variable, que harían más óptima la utilización de este tipo de análisis.

RESULTADOS

Parte descriptiva

De las 244 personas que, entre 1988 y 1992, iniciaron un tratamiento de deshabituación de su drogodependencia en alguno de estos centros, el 73,8% (n=180) eran varones y el 26,2% (n=64) eran mujeres.

La edad media, calculada con las edades que tenían al salir de las CC.TT, fue de 26,04 años, siendo la persona más joven de 19 años y la mayor de 41.

Respecto a su estado civil, la modalidad mayoritaria fue la de soltero/a con el 73,0% (n=165), seguida de casado/a con el 18,1% (n=41). En correspondencia con estos datos, tenían hijos el 21,2% (n=45).

En cuanto al nivel de estudios, el 48% no finalizó la EGB, mientras que el 31,6% sí obtuvo el Graduado Escolar; al nivel de FP (I o II) llegaron un 13,3% y BUP y COU fue realizado por el 5,3%; por último, los universitarios tan sólo fueron el 1,8%.

Aunque tan sólo el 8,2% se encontraban trabajando antes del ingreso, el 47,4% tenía algún tipo de recurso económico propio (baja laboral o subsidio por desempleo). Y los que nunca habían trabajado suponían el 3,1%. El 45% de estas personas se iniciaron en el mundo laboral antes de los 15 años y el 82% antes de los 18 años.

La mayoría, el 55,2%, había nacido en Pamplona y el 25,2% en el resto de Nava-

rra; los nacidos fuera de Navarra supusieron un 19,6%.

Los porcentajes de altas para los nacidos en Pamplona y resto de Navarra eran similares (26,8% y 24,6% respectivamente), para los nacidos fuera de Navarra la proporción de altas sólo fue del 4,2%.

Respecto a la familia, el 88% mantenía relación con ella, aunque un 54,4% manifestó que esa relación era conflictiva. Un 11,2% tenía la relación rota con algún familiar o no tenía relación alguna.

No se encontró que estuvieran relacionadas las variables tipo de relación familiar (buena, conflictiva, rota con algún familiar, no relación) con el motivo de finalización del tratamiento (alta, abandono, expulsión). Pero sí había asociación entre las variables mantener la relación familiar y la duración del tratamiento (meses de estancia en la CT). Se hizo una comparación de medias entre los grupos que mantenían la relación y los que tenían la relación rota respecto a la duración del tratamiento, resultando que los que mantenían la relación familiar permanecían más tiempo en tratamiento.

La situación judicial que tenían en el momento del tratamiento era: el 47,8% tenían juicios pendientes frente al 50,9% que no tenían problemas legales. El 53,4% había estado en prisión y tan sólo el 22,6% no habían sido nunca detenidos. A pesar de estos datos no se confirmó la hipótesis una situación judicial problemática durante el tratamiento conducirá a una mayor frecuencia de abandonos de los centros. En cambio, sí obtuvimos que aquellos que estaban en libertad provisional, es decir, a la espera de juicio, tenían una tendencia mayor al abandono que el resto (el 88,9% de este grupo abandonó el tratamiento).

Respecto al consumo de drogas en las familias de origen, en el 55,3% de las mismas alguno de sus miembros tomaba drogas de forma habitual (se incluía el alcohol).

Los hermanos son el grupo más numeroso con el 41,2% (de los cuales más de la mitad, el 23,3% eran adictos a la heroína); les sigue el grupo de padres con un 24,7% (de los que prácticamente la totalidad, el

22,9%, consumían alcohol de forma habitual); por último, el 6,8% de las madres son consumidoras habituales de alguna sustancia (fundamentalmente alcohol y/o psicofármacos).

Se estudió la presencia de drogas también en otras personas significativas como la pareja y las amistades. En el 63,6% de los que tenían pareja, ésta era consumidora de opiáceos y el 61,2% del total de la muestra señala que en su primera cuadrilla de amigos se consumían drogas.

Pero, a pesar de ello, no se encontraron diferencias entre aquellos que tenían entre sus familiares y/o pareja una mayor presencia del consumo de drogas y los que no tenían esta circunstancia. Por lo tanto, no se confirmó la hipótesis de que una mayor presión social hacia el consumo de drogas, medida ésta por la presencia de drogas en la familia y la pareja, influyera en una frecuencia mayor en los abandonos del tratamiento.

Se observó una clara tendencia a la relación entre las variables consumo de

heroína durante el tratamiento y abandono del tratamiento. El 15,4% de los 244 casos estudiados tuvo algún episodio de consumo de heroína estando en el programa y de este 15,4% sólo el 10,7% pertenecía al grupo de los que lograron el alta terapéutica, frente al 89,3% que pertenecían al grupo de los que habían abandonado el tratamiento.

Estudio de seguimiento

De las 100 personas que constituían la submuestra para el seguimiento se consiguió entrevistar a 67, siendo 36 de ellas del grupo que había obtenido el alta terapéutica y 31 del grupo de abandono del tratamiento después de seis meses de estancia en los centros.

La relación de ambos grupos con la situación de recaída en el consumo de opiáceos fue de un 30,6% (n=11) en el grupo de altas frente a un 90,3% (n=28) en el de abandono del tratamiento (Tabla 1 y Figs. 1,2).

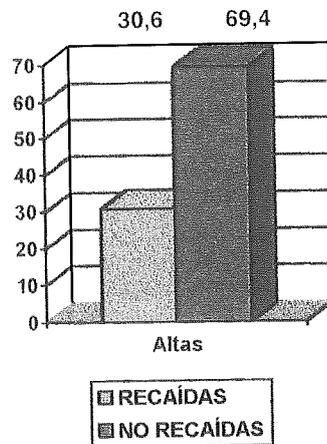


Figura 1. Alta/Recaída por consumo heroína

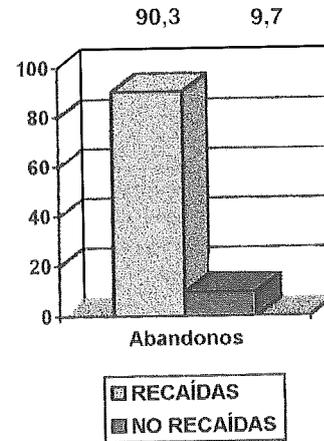


Figura 2. Abandonos/Recaída por consumo heroína

Tabla 1. Alta terapéutica/Abandono-Recaída en el consumo de heroína.

GRUPOS	RECAÍDAS	NO RECAÍDAS	TOTAL FILA
ALTAS	11 30,6%	25 69,4%	36 53,7
ABANDONOS	28 90,3%	3 9,7%	31 46,3
TOTAL	39 58,2%	28 41,8%	67 100,0

La diferencia entre ambos grupos es estadísticamente significativa ($p:0,0000$), siendo la relación en el sentido de que la probabilidad de tener una recaída en el consumo de opiáceos es mucho menor si la persona obtuvo el alta terapéutica.

Las diferencias también se dieron respecto al tiempo que permanecieron abstinentes una vez que salieron de las CC.TT. Entre los que recayeron del grupo de altas, ninguno lo hizo en el primer mes, mientras que en el grupo de abandonos recayeron el 71,4% prácticamente en el primer día de dejar el tratamiento. No obstante, en ambos grupos la mayoría de las recaídas ocurrieron en los cuatro primeros meses a partir de la salida de los centros.

El tener una buena relación familiar y el contar con el apoyo de la pareja al salir de los centros estaba asociado con una menor probabilidad de recaer. El 82% de los que no recayeron tenían una buena relación con su familia y el 92,9% de los que tenían apoyo de su pareja tampoco volvieron a recaer. En ambos casos la relación era estadísticamente significativa: $p:0,0022$; $p:0,0003$.

El mantener la relación con antiguos amigos toxicómanos supuso una mayor probabilidad de recaer. Todos los que mantuvieron esta relación recayeron: el 50% ($n=18$) del grupo de recaídas habían mantenido la relación con sus amigos toxicómanos, y del grupo que no recayó ninguno la mantuvo ($p:0,0000$).

No se encontró ninguna relación entre el hecho de ser seropositivo o incluso haber desarrollado la enfermedad del SIDA y la variable recaída / no recaída. El 54%

($n=34$) de los entrevistados manifestaron ser portadores del VIH.

Todas aquellas personas que al salir de las CC.TT no tenían una expectativa clara de mantenerse abstinentes o que pensaban consumir heroína aunque sólo fuera esporádicamente recayeron en el consumo de la misma. La asociación entre estas variables y la recaída resultó claramente significativa: $p:0,0000$.

La expectativa de consumo de heroína (con un grado de correlación: 0,65551 dentro de la función discriminante canónica) seguida por la variable alta-abandono del tratamiento (0,57302) y por la relación con antiguos amigos toxicómanos (0,55074) son las variables que mejor predicen una recaída en el consumo de opiáceos, según el análisis discriminante efectuado con todas aquellas variables que en el análisis bivariable previo tuvieron una relación significativa con la variable criterio Recaída-No recaída.

DISCUSIÓN

La relación hombre/mujer de la muestra (73,8%/26,2%) estaba algo alejada de la del conjunto del Estado (87,7%/13,3%) para todas las personas en tratamiento por dependencia a opiáceos entre los años 1988 y 1992, según los datos del SEIT³ (Sistema Estatal de Información en Toxicomanías). El estudio de Erro⁴ obtuvo una relación de 72/28 en estos mismos centros para el período anterior de 1984-1988. Por lo tanto, se confirma la mayor presencia en Navarra de mujeres en tratamiento por adicción a la heroína.

Aproximadamente el 20% de las personas estudiadas habían nacido fuera de Navarra y encontramos que, de este grupo, solamente 2 habían obtenido el alta terapéutica de los centros, mientras las demás habían abandonado el tratamiento. Desconocemos estudios anteriores que hayan analizado esta relación entre lugar de nacimiento y finalización del tratamiento. Nuestros resultados podrían sugerir la influencia de un mayor desarraigo socio-familiar en los drogodependientes que provienen de familias de emigrantes. Según Vaillant⁵, el factor referido a las familias que correlacionaba más fuertemente con la adicción y su mantenimiento era la disparidad cultural entre padres (emigrantes) e hijos de emigrantes.

El residir en el domicilio paterno (70,3%), el estar soltero/a (el 73%) y que un 79% no tenga descendencia es coincidente con los resultados de otros estudios como los de Melgarejo y col.⁶

Aunque no encontramos correlación entre mantener la relación familiar y la obtención o no del alta terapéutica, sí se dio una cierta relación con el tiempo de permanencia en el tratamiento, siendo mayor en aquellos casos que mantenían dicha relación familiar. Y la duración del tratamiento es una de las variables considerada como más importante a la hora de predecir los resultados, según diversos autores como De Leon⁷, Bradley⁸ o Guardia y col⁹. Todos coinciden en que a mayor permanencia en el tratamiento, mayor probabilidad de encontrar a la persona en una situación favorable.

La situación judicial de la muestra era sensiblemente superior a la que obtienen otros estudios. Así Comas y col.¹ obtiene que para todo el estado el 18,9% han sido condenados y Elzo¹⁰ (1992) en la Comunidad Autónoma Vasca, que el 25,2% de los delitos están relacionados con las drogas. En las CC.TT de Navarra el 53,4% había estado en prisión y tan sólo el 22,6% no habían sido nunca detenidos. Estas diferencias pueden explicarse en base a que el Sistema Judicial en Navarra estaba más sensibilizado para permitir el tratamiento en CT de aquellas personas drogodependientes que hubieran cometido delitos, lo

que suponía que estos centros estuvieran más saturados de casos con problemas judiciales. Pero, a pesar de ello, no se dieron diferencias entre este grupo y los que no tenían una situación judicial problemática, respecto a obtener un mejor resultado en el tratamiento. Tan sólo se observó que era más probable que aquellos que estaban en libertad provisional, es decir, a la espera de ser juzgados, abandonaran el tratamiento.

Respecto al consumo de drogas en la familia, los resultados son similares a los de otras investigaciones como las de Melgarejo y col⁶: el alcohol sería la droga más consumida por los padres (22,9%) y en el grupo de hermanos una proporción importante de ellos, el 23,3% del total de la muestra, son consumidores de heroína. También en las parejas se da una proporción muy alta de consumo de esta sustancia (el 64% de las parejas eran consumidoras de opiáceos). Y, sin embargo, no se dio una mayor frecuencia de abandonos entre aquellas personas que presentaban estas situaciones durante la permanencia en las CC.TT. Más adelante, en el estudio de seguimiento, la situación cambiará y se dará una asociación entre el consumo de opiáceos de la pareja y la recaída, aunque la evidencia será pequeña. Una explicación a que mientras están en tratamiento en las CC.TT no tenga influencia el consumo de drogas por parte de los familiares y la pareja, podría estar en que en esa etapa está muy restringida la relación entre los internos de estos centros y aquellas personas consumidoras de opiáceos, incluso aunque sean familiares.

Ahora bien, como señala Varo¹¹, esto no significa que se considere a la familia u otras variables como causas del consumo de drogas. Más bien el uso-abuso de drogas en las personas significativas (padres, hermanos, amigos, pareja, etc.) constituirán factores de riesgo de tipo predictivo, que, asociados a otras variables influyentes, explicarían la presencia del consumo de drogas (si esto no fuera así no podría entenderse cómo en una misma familia hay hijos que son drogodependientes y otros no o que en una misma cuadrilla de

amigos, unos abusen de las drogas y otros no).

Respecto a la historia toxicológica, algunos autores, como Melgarejo y col.⁶ obtuvieron que los pacientes con períodos de abstinencia más prolongados a partir de tratamientos específicos estaban situados en los niveles más altos de recuperación. Nosotros no hemos encontrado relación entre un mayor tiempo de abstinencia y un mejor resultado en el tratamiento en Comunidad Terapéutica. Lo que sí observamos fue que el consumo de drogas durante el tratamiento influía en el modo de finalización del mismo, de tal manera que aquellos que habían tenido un episodio de consumo de heroína durante la estancia en los centros tendían a abandonar el tratamiento.

La atención principal en el estudio de seguimiento se dirigió hacia las condiciones del entorno de vida de las personas en el momento de salir de las CC.TT, en el momento de la recaída en el consumo de heroína y en el momento de la entrevista. No obstante, también se tuvieron en cuenta algunos factores individuales, como eran aspectos sociobiográficos o la historia del consumo de drogas, así como una variable acerca del tratamiento, que fue la valoración de la diferencia entre los que lograron el alta terapéutica y los que abandonaron los programas. Como ya se ha mencionado, el grupo de los que alcanzaron el alta tenían menos probabilidades de recaer que aquellos que abandonaron el tratamiento después de llevar 6 meses en las CC.TT. Encontramos un antecedente de esta afirmación en Tucker¹² y, en nuestro entorno, Secades¹³ obtiene en su estudio de seguimiento que los pacientes que alcanzaron el alta correcta tuvieron posteriormente una menor tasa de recaídas.

Ambos grupos se diferenciaban también claramente en que prácticamente la totalidad de los que habían abandonado el tratamiento recayeron el mismo día de salir de las CC.TT, mientras que los que obtuvieron el alta y recayeron, lo hicieron a partir de transcurrir por lo menos un mes desde su salida.

De las áreas del contexto medio ambiental que se estudiaron, las variables

apoyo y relación familiar, apoyo de la pareja, consumo de drogas por parte de la pareja, personas con las que se relacionaban en el tiempo libre, situación laboral y consumo de alcohol u otras drogas, presentaban relación estadísticamente significativa con la probabilidad de recaída. Bradley⁸ llamó a estas variables factores protectores y en nuestro estudio obtuvimos que la expectativa de consumo de heroína era la que más influía sobre la probabilidad de recaer.

La conclusión más importante de este trabajo ha sido comprobar que los que obtuvieron el alta terapéutica de los centros tienen menos probabilidades de recaer que aquellos que abandonaron el tratamiento (el 90,3% de los que no completaron el programa recayeron, frente a tan sólo el 30,6% de los que obtuvieron el alta y también recayeron).

Si la salida de las CC.TT se hace con el apoyo familiar y se mantiene una buena relación con la familia las posibilidades de recaída disminuyen, y, más claramente, si se cuenta con el apoyo de la pareja.

Por último, se deberá tener en cuenta que el consumo de drogas (heroína) durante el tratamiento está claramente relacionado con el abandono del mismo, por lo que sería conveniente dotar a los profesionales de estos centros de más recursos que les permitan abordar mejor estos aspectos.

BIBLIOGRAFÍA

1. COMAS D et al. El tratamiento de las drogodependencias y las Comunidades Terapéuticas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1988.
2. URTIAGA M. Aproximación a la prevalencia de usuarios de opiáceos en Navarra en el año 1990. Gobierno de Navarra, Dirección de Salud Mental, 1991.
3. SEIT. Sistema Estatal de Información sobre toxicomanías. Informes años 1987-92. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, 1993.
4. ERRO M. Evaluación de Centros de Rehabilitación de la Comunidad Foral. Gobierno de Navarra, Dirección de Salud Mental, 1989.

5. VAILLANT GE. Twelve-year follow up of New York narcotic addicts. *Am J Psychiatry* 1966; 122: 727-733.
6. MELGAREJO M, SANAHUJA P, MASRERRER J *et al*. Estudio de seguimiento en población heroínómana, *Fons Informatiu*. Abril, 1986.
7. DE LEON G. Psychopathology and substance abuse: what is being learned from research in therapeutic Communities. *J Psychoact Drugs* 1989; 21: 177-188.
8. BRADLEY BP, PHILLIPS G, GREEN L, GOSSOP M. Circumstances surrounding the initial lapse to opiate use following detoxification. *Br J Psychiatry* 1989; 154: 359.
9. GUARDIA J, MASIP J, VILADRICH C. Estudio de seguimiento de adictos a la heroína a los tres años de su admisión a tratamiento. *Comunidad y Drogas* 1987; 3: 61-79.
10. ELZO J *et al*. Delincuencia y drogas: Análisis jurídico y sociológico de sentencias emitidas en las Audiencias Provinciales y en los Juzgados de la C.A.V., Gobierno Vasco, Vitoria, 1992.
11. VARO JR. Epidemiología del uso de drogas: factores de riesgo en la familia. Tesis doctoral. Madrid, 1986.
12. TUCKER JA. Environmental influences on relapse in substance use disorders. *Int J Addict* 1990; 25: 1017-1050.
13. SECADES R. Estudio de los determinantes en las recaídas de los heroínómanos. *Rev Esp Drogodependencias* 1991; 16: 285-293.