

Evaluación de la eficacia del programa educativo - terapéutico para rehabilitación de toxicómanos de Proyecto Hombre en Asturias

Investigadores:

Director:	<i>José Ramón Fernández Hermida</i>
Director Asociado:	<i>Roberto Secades Villa</i>
Becarias:	<i>Yolanda Magdalena Benavente</i> <i>Carmen Riestra del Rosal</i>

Investigación financiada por la Consejería de Servicios Sociales del Principado de Asturias y la Universidad de Oviedo

En agradecimiento a todas las personas e Instituciones que a lo largo de estos años han confiado y confían en la labor desarrollada por la Fundación C.E.S.P.A. "PROYECTO HOMBRE", así como a los autores, colaboradores e Instituciones que han hecho posible la realización del presente estudio.

Indice

	<i>Pag.</i>
Introducción	4
Revisión de los antecedentes	4
Características y problemas metodológicos	10
Investigación actual	18
Parte empírica	
Objetivos, instrumentos y método	19
Resultados del Cuestionario de Línea Base	26
Resultados del Cuestionario de Seguimiento	40
Características de la muestra	40
Consumo de sustancias	41
Consumo de alcohol	46
Situación familiar	54
Situación educativa.....	57
Situación laboral.....	58
Ocio y Tiempo libre.....	61
Salud	64
Situación jurídica.....	70
Tratamientos de deshabitación o desintoxicación	73
Evolución.....	73
Valoración del tratamiento en Proyecto Hombre	74
Validación del Cuestionario de Seguimiento	81
Cuestionario de Seguimiento Familiar	81
Datos institucionales.....	86
Discusión de los resultados	87
Sesgo muestral.....	87
Características de la población estudiada.....	90
Evaluación del programa de tratamiento de Proyecto Hombre.....	94
Valoración del programa de Proyecto Hombre por los ex-pacientes	103
Conclusiones	105
Bibliografía	108
Apéndices	112

Introducción

La evaluación de resultados de los distintos programas de tratamiento en el ámbito sanitario es algo relativamente común. Cuando se pone en el mercado un nuevo fármaco o se implanta un nuevo tratamiento, esos avances terapéuticos deben de estar acompañados de estudios serios que demuestren sus ventajas con respecto a otros tratamientos o frente a la opción de no hacer nada. De esa manera se protegen el interés de los pacientes en recibir un tratamiento eficaz y el interés de la Administración pública en asignar sus recursos con eficacia y racionalidad. Lamentablemente en el campo de las drogodependencias y en lo que se refiere a los tratamientos libres de drogas, los estudios de valoración y seguimiento de los programas de tratamiento son muy escasos en nuestro país.

El presente trabajo es fruto del interés mostrado tanto por los responsables del programa evaluado (Proyecto Hombre) como por la Administración que financia gran parte del mismo (Consejería de Servicios Sociales del Principado de Asturias). No es frecuente que se sometan a escrutinio ajeno e independiente la actividad asistencial con drogodependientes de cualquier entidad, sea pública o privada. Tampoco es moneda común que las Administraciones públicas estén interesadas en que se conozcan con precisión los resultados de programas asistenciales que ya tienen ganado un gran favor del público. Felizmente, en este caso, unos y otros han estado interesados en conocer los hechos, probablemente con la idea de que sólo el conocimiento de la realidad aportará materiales sólidos para mejorar la asistencia a la población de drogodependientes.

● *Revisión de los antecedentes*

En esta revisión se pretende analizar los trabajos de investigación anteriores más relevantes, junto con las condiciones esenciales que debe reunir este tipo de investigación y las estrategias necesarias para alcanzarlas.

Para los propósitos de este trabajo, sólo se considerarán “estudios de valoración de tratamiento” a aquéllos que así lo pretendan expresamente, y que reúnan unas características metodológicas mínimas, cuya concreción se ofrecerá más adelante. Consecuentemente, no se incluirán los estudios de seguimiento que sólo buscan conocer la evolución de un grupo de pacientes a lo largo de un determinado período temporal. También se excluyen los trabajos que evalúan los tratamientos con sustitutivos, ya que este tipo de programas persigue objetivos terapéuticos distintos y necesita, por lo tanto, metodologías y criterios de evaluación diferentes. Así, por ejemplo, un programa de mantenimiento con metadona puede carecer de límites temporales definidos y juzgarse fundamentalmente por su consecución de una alta tasa de retención y una disminución significativa de los comportamientos delictivos (Roca, Gómez Beneyto & Paños, 1989). En estas condiciones, es más apropiado afirmar que el objeto de la evaluación es un curso adictivo con una sustancia legal diferente a la heroína, que un procedimiento terapéutico con un marco temporal establecido que busca, entre otras cosas, un comportamiento “libre de drogas”.

Los estudios de evaluación pioneros y de referencia en este ámbito de trabajo son estadounidenses. Los programas DARP (Drug Abuse Reporting Program) y TOPS (Treatment Outcome Prospective Study), muy costosos y amplios son un claro exponente de ese tipo de trabajos. Financiado en sus comienzos por el NIMH (National Institute of Mental Health), el programa DARP (Simpson & Sells, 1983) ha recogido datos hasta 1973. Durante su desarrollo, fueron examinados 44.000 sujetos que habían estado sometidos a alguno de los siguientes tratamientos: mantenimiento con metadona, comunidad terapéutica, programas de desintoxicación ambulatoria y centros de día con tratamientos libres de droga, en un total de 52 centros públicos. Los resultados de los pacientes, que habían finalizado el tratamiento, fueron analizados comparándolos con los obtenidos por aquéllos que habían abandonado. También se analizaron las diferencias entre las distintas

modalidades de tratamiento. El programa TOPS (Hubbard, Marsden, Rachal, Harwood, Carvanaugh & Ginzburg, 1989) inició la recogida de datos en 1979 de un total de 11.000 pacientes, a los que se les aplicó un seguimiento con entrevistas a los 3, 6 y 12 meses después del alta. Los resultados de los tratamientos, como en el caso del DARP, fueron comparados entre sí y con el grupo control. Tanto en el TOPS como en el DARP los datos parecen defender la idea de que los tratamientos, todos los tratamientos, funcionan bien, mejorando los resultados obtenidos por los que abandonan, siendo los más eficaces aquéllos que logran mantener más tiempo al paciente dentro del tratamiento.

En España, se han realizado pocos estudios dirigidos a evaluar la eficacia de los tratamientos, a pesar de que, desde los años setenta, el dinero dedicado por las administraciones públicas a este propósito ha ido creciendo en una considerable proporción. Son reveladoras en este sentido, las declaraciones del actual subdirector del Plan Nacional sobre Drogas, Emiliano Martín, en una entrevista: “Hemos vivido un ciclo de puesta en marcha y de crecimiento de programas, sobre todo asistenciales, y ahora nos encontramos en un ciclo de consolidación y de elevación de los niveles de calidad y eficacia de esos programas” (Matellanes, 1998; p. 40). Probablemente, la necesidad de encaminar los recursos disponibles a satisfacer las necesidades crecientes de tratamiento de una población cada vez más numerosa y exigente, deja poco espacio para la investigación. En todo caso, llama la atención el reducido número de trabajos realizados y las limitaciones que presentan. Escasez de recursos y problemas metodológicos con insuficiencias graves en el diseño son sus lacras más comunes.

A continuación, se expondrán los distintos estudios españoles publicados y a continuación se describirán brevemente las características metodológicas básicas de este tipo de trabajos y los problemas más comunes que tienen asociados.

Los estudios españoles

Una primera constatación que tiene el investigador en este campo es la extrema escasez de trabajos españoles. Hay un buen número de estudios de seguimiento (Guardia Serecigni & González Navarro, 1983; Sánchez-Carbonell, Brigos & Camí, 1989; GID, 1992; García Martín, Roldán Intxusta & Comas Arnau, 1995; Melús Moreno & Gutiérrez Rosado, 1996; Marina, Vázquez Barquero, Jiménez & Erkoreka, 1996; Comas Arnau, García Martín & Roldán Inchusta, 1996) que usualmente aparecen reflejados en los epígrafes relacionados con la valoración de tratamientos, pero que no van ser incluidos en esta revisión por dos razones. En primer lugar, porque se considera que los estudios de seguimiento tienen objetivos diferentes a los de valoración de tratamientos. En los primeros, prima el conocimiento de la evolución de los pacientes y su relación con diferentes variables pre-intra o post-tratamiento. En los segundos, de lo que se trata es de determinar si el tratamiento objeto de estudio es mejor que el no-tratamiento (aunque también pueden hacerse comparaciones con otros tratamientos, incluido, en teoría, el placebo), en lo que hace a la modificación de ciertas variables que ya se han mencionado más arriba. La segunda razón es que los propósitos diferentes reclaman metodologías diferenciadas, tales como la exigencia de, al menos, un grupo control o comparativo. Tales diferencias hacen que cualquier valoración conjunta de ambos tipos de estudio sea confusa y poco informativa.

Así pues, si cribamos y eliminamos los estudios de seguimiento, los trabajos de los que tenemos noticia son realmente escasos, concretamente sólo dos. El primero sobre el programa Dross en Cataluña (Melgarejo, Sanahuja, Masferrer, Sala, Pérez & Piña, 1988) y el segundo sobre un programa de tratamiento que se sigue en un Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz (Girón García, 1997); (Girón García & Martínez Delgado, 1998). Algunas de las características de ambos estudios se detallan en la Tabla II.

Estudio	DROSS	CPD-Cádiz
% de entrevistas sobre el total de la muestra inicial	74,7	75,3
N de la muestra de alta	136	65
N del grupo control	23	7
Tiempo de seguimiento	1 año	6 años
% de evolución favorable en la muestra de alta	77,8	55,1
% de evolución favorable en el grupo control	47,8	29,6

Tabla II.- Características de los estudios españoles de evaluación de tratamientos en drogodependencias

En ambos casos se hace una declaración expresa de que el estudio pretende valorar un programa de tratamiento y se utilizan grupos de control de no-tratamiento o que han recibido atención por un tiempo insuficiente para que pueda ser considerado como una intervención efectiva. El tiempo de seguimiento es muy diferente, ya que mientras en el caso de Melgarejo et al. (1988) es de un año, en el estudio de Girón García (1997) es de seis años, algo que parece reflejarse en el porcentaje de sujetos con evolución favorable, que es mucho mayor un año después del tratamiento. En los dos casos destaca la considerable diferencia en el número de sujetos incluidos en los grupos control, muy exiguos, frente a los que forman los grupos de pacientes dados de alta (ver Tabla II), lo que puede acarrear ciertas dificultades de interpretación de los resultados. En ambos estudios parece encontrarse un efecto diferencial del tratamiento sobre las diversas variables objeto de análisis, frente al no-tratamiento, un dato que indicaría la efectividad de los servicios terapéuticos que se someten a investigación.

Sin embargo, los dos estudios tienen algunas carencias importantes que afectan tanto a la validez interna como externa de la investigación.

En el trabajo de Melgarejo et al. (1988), la recogida de datos se confía a un

grupo de investigadores que deben cumplimentar una encuesta extensa que se pasa al paciente, bien en persona o telefónicamente, sin que exista ningún tipo de medida de validación cruzada (análisis de orina, uso de registros externos, información familiar, etc.). En el trabajo de Girón García (1997) el instrumento para la recogida de información en las entrevistas fue construido a partir de algunos ítems de pruebas como el ASI (Addiction Severity Index), siendo contrastados los resultados referentes al consumo reciente con un análisis de orina que se le hacía al sujeto al finalizar la entrevista. Ninguna otra de las variables que se analizaron (situación familiar, laboral, sociolegal, etc.) se contrastó con alguna información externa al sujeto.

La mortalidad estadística en ambos casos no es muy elevada, si tenemos en cuenta los resultados de investigaciones de referencia como las norteamericanas DARP (Simpson, 1993) con un 39% de pacientes perdidos y TOPS (Hubbard et al.), 1989) con pérdidas que oscilan desde el 42 al 29%. Aún así se mantienen por encima de las recomendaciones de autores como (Gould & Lukoff, 1977) que estiman que una cantidad de pérdidas aceptables se encuentra en el 20%. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que tal índice es una simple referencia y no existe ninguna razón para invalidar un trabajo que sobrepase la cifra límite. En este sentido, podría ser muy aconsejable que los investigadores dispusieran de datos que les permitiera saber si existe un sesgo significativo en diversas variables centrales que afecte a los sujetos de la muestra a los que no se tiene acceso. De esa manera, las conclusiones que se obtuvieran de los análisis de la muestra estudiada podrían considerarse como no sesgadas con mucha mayor razón que sobre la base de una cifra límite, cuya justificación es meramente estética. Este tipo de análisis tampoco se encuentra en los trabajos analizados.

En ninguno de los dos casos se hace mención alguna al posible efecto sobre los resultados de los mecanismos de selección y de entrada a los procedimientos terapéuticos. No se habla tampoco sobre el efecto que el procedimiento de

valoración haya podido tener en la muestra estudiada y cómo este efecto haya podido incidir en los resultados de la valoración.

La simple constatación de que cuanto más tiempo ha permanecido el sujeto en el programa más probabilidad existe de que no haya recaídas, explica relativamente poco si no se controlan a su vez los mecanismos de entrada y salida de dichos tratamientos. La explicación puede volverse claramente circular: están abstinentes y se adecuan al programa por lo que permanecen más tiempo en el mismo, y dado que permanecen más tiempo en el mismo es por lo que se mantienen abstinentes y se adecuan más a los criterios de mejoría. En este sentido, sería muy útil conocer las causas del abandono del programa, con el fin de determinar si es la misma recaída la que actúa como causa del abandono, o existen otras circunstancias que lo provocan.

Se echa en falta en los informes de las dos investigaciones una descripción más detallada de los procedimientos terapéuticos evaluados. En concreto, sería conveniente una exposición pormenorizada de los mecanismos de selección de pacientes y de la terapia o terapias utilizadas en cada caso, con el fin de evaluar los efectos de mejoría dentro de ese marco.

● *Características y problemas metodológicos*

En general, el diseño que se sigue en este tipo de trabajos se atiene al siguiente esquema:

- 1.- Seguimiento de una cohorte de pacientes que ha completado un tratamiento en un espacio de tiempo dado. La recogida de datos se hace antes, durante (en algunos casos) y después del tratamiento. El número de veces que se obtienen datos varía de una investigación a otra, aunque siempre debe haber medidas pre y post-tratamiento. Los estudios pueden ser unicéntricos o multicéntricos y pueden ceñirse a uno o varios tipos de tratamiento.

- 2.- Medición de las variaciones habidas, al menos, en los siguientes ámbitos: consumo de drogas, actividad productiva (trabajo y/o estudio) y actividad delictiva. Estas serían las variables principales, debido a que, normalmente, se consideran como objetivos prioritarios de la intervención terapéutica. También pueden registrarse datos sociodemográficos, salud, situación familiar, relaciones interpersonales, ocupación del tiempo libre y, en algún caso, variables psicológicas (psicopatológicas).
- 3.- Utilización de un grupo control. Este apartado es especialmente problemático, dada la dificultad ética para asignar a los pacientes a los distintos grupos de tratamiento y de control o placebo al azar. Usualmente, las investigaciones recurren a utilizar como grupo control a los pacientes que habiendo solicitado tratamiento, lo abandonan antes de su finalización.
- 4.- Comparación de los resultados post-tratamiento con las medidas pre-tratamiento y con los datos obtenidos en el seguimiento del grupo control. Se supone que los efectos positivos de la intervención serán tanto más estables cuanto más se aleje del alta la fecha de las medidas post-tratamiento que sirven para el análisis.

Problemas y limitaciones metodológicas en este tipo de estudios

A pesar de la simplicidad aparente del diseño, las dificultades para la realización de los estudios de valoración de tratamientos, en el ámbito de las drogodependencias, son múltiples. (Melgarejo et al., 1988; pág. 17) citan algunas de las más relevantes:

- a) Utilización de diseños retrospectivos en lugar de diseños prospectivos. Asignación de los usuarios a los diferentes grupos de tratamiento.
- b) Control de la varianza de los diferentes grupos de tratamiento
- c) Utilización de indicadores poco sensibles en la evaluación de resultados
- d) Dificultades en la localización de los pacientes.
- e) Dificultad para evaluar la fiabilidad y validez de los datos.

Por su parte (Sánchez-Carbonell & Camí, 1986) en un artículo anterior publicado sobre este particular, apuntaban también a parecidas dificultades en el diseño de estos trabajos, entre las que se encuentran:

- a) La falta de grupo control o de comparación.
- b) Sesgos en la muestra estudiada, recogándose datos sólo de los casos de mejor evolución.
- c) Validez y fiabilidad de la información.
- d) Disparidad en los períodos de comparación de unos estudios a otros, con intervalos temporales muy diferentes que van desde un año a diez.
- e) Disparidad de unos estudios a otros en los parámetros que se utilizan para medir variables características tales como consumo de drogas, comportamiento delictivo, etc.
- f) Criterios de éxito o curación muy dispares de un estudio a otro.

Estas dificultades obstaculizarían la interpretación comparada de resultados de unos estudios a otros e impedirían, en algunos casos, la obtención de conclusiones mínimamente aceptables.

Existen algunas razones importantes para que estos problemas metodológicos sean comunes en el ámbito de la valoración de tratamientos para la

drogadicción. De entre ellas, destacaremos sólo tres. En primer lugar, la necesidad de procesos de valoración largos con un elevado costo de las investigaciones, que debe ser asumido idealmente, por instituciones ajenas a las estudiadas y que no tengan intereses económicos o políticos a corto plazo, tan comunes en el campo de la drogadicción. En segundo lugar, de forma particular a este campo de estudio, las características peculiares de la población estudiada con frecuentes fenómenos de desarraigo social, desestructuración familiar, enfermedades crónicas, etc., que hacen extraordinariamente caro y difícil cualquier investigación que suponga un seguimiento continuado en el tiempo. Por último, las características particulares de los programas de tratamiento, muy dispares entre sí tanto en filosofía básica como en método, lo que dificulta cualquier proceso de estandarización de criterios o de instrumentos de evaluación.

Como se ha señalado en el apartado anterior, un estudio de valoración de tratamientos en drogodependencia debe tener, en su diseño, datos pre y post-tratamiento, medidas tanto del comportamiento adictivo como del delictivo o laboral, grupo de comparación o de control y análisis comparativos entre grupos. Partiendo de este nivel de mínimos, se comentarán brevemente las dificultades metodológicas más importantes desde la óptica del efecto que ejercen sobre la validez de la valoración de los tratamientos.

La fiabilidad y validez de la recogida de datos se encuentra afectada por, al menos, dos factores: la naturaleza de los instrumentos de medida y la pertenencia de los investigadores a la institución que lleva a cabo el tratamiento.

En lo que se refiere al primer factor, los instrumentos de medida, las investigaciones utilizan entrevistas más o menos estructuradas diseñadas “ad hoc”. Esto es debido a que los programas varían en cuanto a los contenidos o contextos de tratamiento (tratamientos ambulatorios con o sin fármacos, comunidades terapéuticas, tratamientos con agonistas y programas de desintoxicación), los objetivos (por ejemplo, abstinencia o reducción de daños) o las características de los

pacientes. El carácter singular de algunos programas de tratamiento (y por tanto su evaluación) no permite la utilización de instrumentos de evaluación con garantías científicas ya probadas en otros estudios. Los datos con garantías extraídos de un instrumento con garantías, pero sin un referente claro a la realidad del programa y a los objetivos de la investigación, serían datos poco aprovechables. Consecuentemente, resulta difícil elaborar un instrumento de medida válido para todos los programas existentes. La principal virtud de estos instrumentos “ad hoc” es que se adaptan específicamente a los objetivos de la investigación, pero su principal handicap es que normalmente se desconoce su bondad psicométrica, tanto en lo que se refiere a la validez como a la fiabilidad. Un método que habitualmente se utiliza para conocer la validez del instrumento es contrastar las respuestas que se dan en la fase de entrevista, relativas al consumo, a la actividad laboral o al funcionamiento familiar con otras medidas tales como análisis de orina, información de los familiares o datos procedentes de registros institucionales.

A pesar de que las investigaciones intentan adecuar el instrumento a las necesidades específicas del estudio, en algunas ocasiones el problema se sitúa en el lado opuesto. Ese es el caso en el que el instrumento de medida en el pre-tratamiento es el mismo que en el seguimiento posterior. El pre-tratamiento y el seguimiento son dos momentos diferentes con objetivos diferentes, que manejan distinta información. En la evaluación inicial es fundamental recoger una serie de datos necesarios para conocer al paciente y planificar el tratamiento, que no son útiles en el seguimiento posterior; por ejemplo, datos sociodemográficos, historia de consumo y de tratamientos anteriores, consumo de sustancias de los familiares, etc. En el seguimiento, adquiere relevancia la variación habida desde el momento del alta en otro tipo de variables, que se consideran sensibles al programa de tratamiento, como son el consumo de drogas, la actividad productiva, bien sea laboral o de estudio, y la actividad delictiva. Por otra parte, la mayoría de los estudios se preocupan por conocer el estado actual o reciente del sujeto en lo

referente a cualquier tipo de consumo de drogas, aunque este haya sido un evento aislado y poco significativo desde el punto de vista clínico. Sin embargo, es necesario valorar la trayectoria anterior de los pacientes para determinar si estos cambios han sido resultado del tratamiento recibido o fueron debidos a otras causas, por ejemplo, a otros tratamientos posteriores al programa del cual se quiere conocer su eficacia. El hecho de que un sujeto se encuentre sin consumir drogas, por ejemplo, seis años después de haber sido dado de alta en un programa objeto de valoración, no permite inferir que el estado actual sea el resultado de dicho tratamiento y no consecuencia de otros cambios (sociales, personales, nuevos tratamientos, etc.) ajenos al mismo, que han tenido lugar en los seis años posteriores.

Sin embargo, en muchos casos, la principal causa de sesgo en la obtención de datos proviene que su recogida es llevada a cabo por el personal de la institución que aplica el programa de tratamiento objeto de valoración, sin que exista ningún control sobre las distorsiones que puedan darse en la obtención e interpretación de la información recibida. Cuando es el propio personal que aplica el tratamiento, el que se encarga también, de obtener la información, las ventajas residen en que puede mejorar la exactitud de aquello que se mide (dado el conocimiento que tiene de la evolución y del estado del paciente) pero también puede suponer un considerable sesgo, ya que la persona que obtiene la información es un miembro de la institución y del programa evaluado. Mientras que el grado de conocimiento del estado del paciente para un observador externo, es mejorable mediante diversas estrategias de recogida de información, el sesgo de la evaluación interna es de muy difícil control, por lo que se hace aconsejable la realización de evaluaciones externas, llevadas a cabo por investigadores ajenos al programa (a su diseño y aplicación), de forma que se maximicen la objetividad y la credibilidad de sus resultados y conclusiones.

La pérdida de sujetos, en las muestras o poblaciones que se estudian, es uno

de los principales problemas de las evaluaciones de los tratamientos en drogodependencias. Los efectos de esta mortalidad estadística producen un gran sesgo de difícil valoración. Para algunos autores (Gould & Lukoff, 1977); (Apsler & Harding, 1991), la pérdida de pacientes a lo largo del seguimiento implica que sólo se evalúa a aquéllos que mantienen un comportamiento más adaptado, ya que son más fáciles de localizar y están más dispuestos a colaborar. Por el contrario, (Desmond, Maddux, Johnson & Confer, 1995) opinan que los sujetos recuperados son más difíciles de localizar ya que no mantienen contacto con las instituciones que sirven de lugar de captación en los estudios de valoración. En estas condiciones es muy compleja la interpretación de una mortalidad estadística que en muchos estudios se acercan al 40 o al 50 por ciento. (Polich, Armor & Braiker, 1980) afirman que una tasa de pérdidas no superior al 20 por ciento debe ser el objetivo de cualquier estudio de evaluación, mientras que Gould y Lukoff (1977) establecen claramente que si se supera esa cifra se deben encaminar los esfuerzos a su reducción, ya que no se deberían interpretar los resultados dado que no se podría conocer el sentido del sesgo. No hay criterio fiable para determinar una cifra, pero estos autores se inclinan por que, al menos, un 80 por ciento de los sujetos inicialmente incluidos en el estudio, lo finalicen. Sin embargo, es necesario aclarar que las discusiones sobre cuál es la tasa máxima de pérdidas soportable puede convertirse en una discusión bizantina, ya que no existe ningún criterio fiable para afirmar que una pérdida máxima del 20, del 30 o del 40 por ciento sea aceptable y permita una interpretación adecuada de los datos.

Los estudios de eficacia de los tratamientos deben tener en cuenta el sesgo que se produce si en los análisis sólo se incluyen aquéllos sujetos que han obtenido resultados más favorables y que han sacado más provecho del tratamiento. En el ámbito de las drogodependencias esto es especialmente verdad, ya que, por razones éticas, no es posible asignar al azar a los sujetos a diferentes grupos de tratamiento o al grupo control. En la admisión de los programas de tratamiento existen estrictos

(que no necesariamente explícitos) protocolos que seleccionan a los sujetos en función de la expectativa de éxito que se espera que alcance en el programa, desechando a aquéllos en los que el programa “no va a funcionar”. Por otra parte, una vez que comienza el tratamiento, los requerimientos del mismo en forma de dedicación de tiempo y de recursos supone también un mecanismo de selección de los sujetos, expulsando a los que no cumplen las condiciones que se marcan o que presentan una evolución que no se ajusta al modelo que se maneja. Este sesgo de selección y su interacción con la variable dependiente, dificulta la generalización de los resultados, ya que lo que se viene a demostrar es que los programas funcionan con aquéllos en los que funcionan, una tautología de nula utilidad para los evaluadores. En este sentido, la cuestión es que salvo los programas que tienen criterios de admisión territoriales o administrativos de cualquier tipo, y que no vinculan la inclusión en el programa de tratamiento a las características de buen pronóstico (algo que no es ni lógico ni ético), no existe ninguna posibilidad deontológica de solventar este ataque a la validez externa de los programas de evaluación. De todas formas, debería ser aconsejable que los programas evaluados explicitaran claramente cuáles son los requisitos necesarios para entrar y mantenerse en el programa, de forma que pudieran evaluarse los efectos sobre la validez externa de los resultados.

No es frecuente que en los estudios sobre la metodología seguida en los trabajos de valoración de programas de tratamiento en drogodependencias se controle el sesgo que se produce por la reacción de los sujetos ante el propio estudio de valoración. Este es un efecto no despreciable que hemos podido constatar en nuestra propia investigación. Uno de los instrumentos que se iba a utilizar para validar las respuestas al cuestionario era los análisis de orina. Cuando se comunicaba a los sujetos que se iba a realizar dicho análisis, éstos mostraban un rechazo que hizo aconsejable desistir de llevarlos a cabo, ya que podía perjudicar la, ya de por sí, complicada obtención de la muestra. Otros aspectos de la

investigación, como la indagación de la existencia de VIH seropositivos, se difundieron rápidamente entre los sujetos a entrevistar, lo que pudo producir algún efecto de pérdida de sujetos de difícil interpretación. Este es un aspecto poco estudiado que requiere más atención, ya que puede afectar, en gran medida, a las posibilidades de generalización de los resultados obtenidos.

- ***La investigación actual***

Sobre la base de la escasez de antecedentes españoles en la realización de este tipo de estudios y teniendo en cuenta los errores metodológicos más comunes que se cometen en este tipo de trabajos, se ha diseñado un programa de investigación que evalúe los resultados terapéuticos obtenidos por Proyecto Hombre desde su implantación en Asturias.

Visto desde las consideraciones teóricas que se han expuesto anteriormente, sobre las condiciones metodológicas óptimas en este tipo de investigaciones, nuestro trabajo presenta las limitaciones de su carácter retrospectivo y macroscópico. La imposibilidad de establecer una conexión entre operaciones terapéuticas y resultados es un obstáculo a la hora de establecer un plan de mejora del programa investigado. Sin embargo, su realización es un primer paso importante, ya que permite valorar la eficacia del tratamiento y constituye, por lo tanto, un hito en el camino de mejora de la calidad y la eficacia de los programas de intervención en el campo de las drogodependencias.

Parte empírica

Objetivos, Instrumentos y Método

- ***Objetivo del estudio***

El objetivo general del estudio es evaluar la eficacia del programa de tratamiento para drogodependientes de Proyecto Hombre en Asturias. Es decir, conocer si se han logrado los objetivos del programa que según Proyecto Hombre, y en sus líneas generales, son:

- 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 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

- ***Tipo de evaluación***

Se trata de una evaluación sumativa (evaluación de resultados o de impacto). Es, además, una evaluación desde fuera (externa). El sesgo del evaluador está controlado ya que la evaluación se ha realizado por evaluadores externos y ajenos (no existe ningún grado de involucración en el programa, ni en el diseño ni en la aplicación del mismo). Por tanto, se maximiza la objetividad y la credibilidad de la evaluación.

● *Función de la evaluación*

La función principal de esta investigación es conocer los resultados del programa de tratamiento sobre diversas variables comportamentales, sociales y de salud de los usuarios del mismo.

● *Descripción del programa*

El programa de PH comenzó a funcionar en Asturias en septiembre de 1988. En diciembre de 1990 se producen las primeras altas terapéuticas y en 1994 se puso en marcha el Programa no Residencial.

Se trata de un programa libre de drogas y de larga duración.

Estructura:

Tanto la estructura como la duración del programa que se expone, se refiere al momento en que se inició el estudio.

- Recursos humanos: 40 personas contratadas y más de 100 voluntarios.
- Recursos materiales: dos centros para el programa de acogida (Gijón y Mieres). Dos Comunidades Terapéuticas (Candás y Avilés). Un centro para el programa de reinserción social (Oviedo).

Acciones y temporalización. En el Cuadro 1 se recogen las secuencias temporales establecidas para las sucesivas fases de la implantación.

FASE 1	ACOGIDA (Centro de Día) (10-15 meses)	
FASE 2	CT residencial (9 meses)	CT no residencial (6-7 meses)
FASE 3	REINSERCIÓN (11-12 meses)	REINSERCIÓN (7 meses)

Cuadro 1

Por tanto, la duración total del programa de intervención va desde los dos a los tres años.

● *Unidades y operaciones en la evaluación*

Las unidades son los politoxicómanos con adicción principal a la heroína que han acudido al programa de Proyecto Hombre de Asturias desde su inicio y que finalizaron el programa con el alta terapéutica o que lo abandonaron durante la segunda o la tercera fase del mismo, hasta agosto de 1996.

El universo de sujetos es de 554, que se distribuyen de la siguiente manera:

- Alta terapéutica: 263 sujetos
- Abandonos en C.T.: 118
- Abandonos en Reinserción: 173

Del total de los pacientes, se seleccionó una muestra de 363 sujetos, con la siguiente distribución por grupos:

- 1) Pacientes que completaron el programa recibiendo el alta terapéutica.
N= 263
- 2) Pacientes que abandonaron el programa durante la fase 2 (C.T). N= 50
- 3) Pacientes que abandonaron el programa durante la fase 3 (Reinserción).
N= 50

Como puede observarse, las altas se incluyeron en su totalidad, y de los dos grupos de abandono se seleccionaron al azar 50 sujetos en cada uno.

Del total de 363 sujetos, 4 no pudieron ser incluidos por carecer de datos en línea base o estar ilocalizables, por lo que la muestra final es de 359 sujetos.

Las operaciones o variables dependientes que se tratan de medir se refieren a diferentes aspectos que pueden determinar la mejoría del drogodependiente y que permiten medir los avances logrados en el transcurso del tratamiento. Estas variables están íntimamente ligadas a los objetivos del programa. Son las siguientes:

- 1) Consumo de drogas. En este caso, mediante el concepto de recaída, que

se define como, al menos, tres consumos en dos meses.

- 2) Consumo de alcohol
- 3) Situación familiar
- 4) Situación educativa/laboral
- 5) Ocupación del tiempo libre
- 6) Estado de salud
- 7) Situación judicial
- 8) Historia de tratamientos
- 9) Valoración del programa

Además de estas variables, se ha construido una meta-variable que resulta de la combinación de alguna de las anteriores: recaídas en el consumo de drogas, consumo de alcohol, situación laboral y situación judicial. Esta meta-variable se llama Evolución. Se define que el sujeto ha tenido una Evolución Positiva durante el período posterior a Proyecto Hombre si no ha tenido ninguna recaída en el consumo de cualquier droga de acceso ilegal, no consume o tiene un consumo de alcohol dentro del nivel seguro de la OMS, ha trabajado más de un cincuenta por ciento del tiempo y no ha tenido problemas judiciales. En caso contrario, si no cumple cualquiera de las condiciones anteriores, encuadramos al sujeto en la categoría de **Evolución Negativa**.

● ***Instrumentos de recogida de información***

1.- El instrumento fundamental es un método cuantitativo, aunque también tiene componentes cualitativos en la mayoría de los aspectos que se pretenden medir. El **CSD (Cuestionario de Seguimiento en Drogodependencias)** es un cuestionario altamente estructurado para reducir la probabilidad de interpretación de la información y facilitar la tarea de la codificación.

En un primer momento, se llevó a cabo una revisión de las medidas y los

indicadores disponibles en el contexto de la evaluación de programas en drogodependencias. La mayoría de los estudios se preocupan por conocer el estado actual o reciente del sujeto en cuanto a cualquier tipo de consumo de drogas, aunque este haya sido un evento aislado y poco significativo desde el punto de vista clínico. Nuestro estudio sólo se interesa por la ocurrencia o no de una recaída en el consumo de drogas (definidas como al menos tres consumos en dos meses) y no se tienen en cuenta consumos aislados, ya que entendemos que son poco significativos en el estilo de vida del paciente.

Otro problema que se ha encontrado es que los programas varían en cuanto a los contenidos, los objetivos o las características de los pacientes. Consecuentemente, resulta difícil elaborar un instrumento de medida válido para todos los programas existentes.

El carácter singular de este programa de tratamiento (y por tanto su evaluación) no permitía la utilización de instrumentos de evaluación con garantías científicas ya probadas en otros estudios. Los datos con garantías extraídos de un instrumento con garantías, pero sin un referente claro a la realidad del programa y a los objetivos de la investigación, serían datos poco aprovechables.

Por este motivo, se adoptó la decisión de utilizar un instrumento construido “ad-hoc” para la evaluación del programa, sacrificando la “comodidad” de la evaluación en favor de la utilidad de la información.

El CSD es un cuestionario que intenta valorar el efecto del tratamiento en el estilo de vida del paciente, y no sólo la situación de éste en el momento en que fue entrevistado, como ocurre con la mayoría de los cuestionarios y, por tanto en la mayoría de los estudios publicados.

Las variables dependientes que se recogen en el cuestionario pueden verse en el Cuadro D1, y son las mencionadas anteriormente.

Variables dependientes del CSD	Nº de items
---------------------------------------	--------------------

Variables dependientes del CSD	Nº de ítems
1) Consumo de drogas (sólo se valoran las recaídas)	25
2) Consumo de alcohol (AUDIT, OMS)	27
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, Goldberg)	52
8) Situación jurídica	2
9) Reingreso en programas de tratamiento	2
10) Valoración del programa	17

Cuadro DI

2.- Además del cuestionario estructurado, otro instrumento de recogida de información es un **Cuestionario de Seguimiento Familiar**. Contiene 11 ítems que hacen referencia a los mismos factores que se recogen en el CSD.

3.- **Cuestionario de Línea Base** que se cumplimentó a partir de los datos de las historias clínicas de los pacientes en la fase de pre-tratamiento (en el momento en que ingresaron en Proyecto Hombre).

● ***Procedimiento***

Una vez confeccionado el cuestionario, se realizó un entrenamiento previo de las dos encuestadoras (doctorandas del Departamento de Psicología de la Universidad de Oviedo) para asegurar la coincidencia en la manera de presentar la encuesta y de registrar la información. Los sujetos seleccionados al azar de cada uno de los tres grupos se distribuyeron también al azar entre las dos encuestadoras.

La recogida de información comenzó en marzo de 1997 y finalizó en febrero de 1999.

El primer contacto con los pacientes se hace a través del teléfono. En éste, se

identifica la persona que hace la llamada, se explica el motivo de la misma y se intenta concertar una cita. El promedio de llamadas telefónicas para establecer un contacto personal ha sido de tres.

Los lugares en donde se ha llevado a cabo la encuesta han sido por orden de frecuencia: Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo; Hogar de San José (Gijón); lugar de trabajo del sujeto; locales públicos; domicilio particular y locales de PH.

Procedimiento de validación de los autoinformes:

Para asegurar la validez de las respuestas de los sujetos, se ha recurrido a la información de los familiares mediante el Cuestionario de Seguimiento Familiar y a la utilización de fuentes de información externa recurriendo a datos de procedencia institucional. En concreto, se comprobó si los sujetos entrevistados habían solicitado tratamiento por consumo de drogas, después de su estancia en PH, en los siguientes centros e instituciones:

- Unidades de Tratamiento de Toxicomanías (UTT) de Asturias.
- Centros de Salud Mental (CSM) de Oviedo, Gijón y Avilés.
- Clínicas privadas especializadas en el tratamiento de drogodependientes: Clínica Médico-Psicológica Asturias, Clínica El Camino (Gijón) y Clínica La Salve (Sama de Langreo).

● ***Diseño***

Se trata de una investigación de carácter retrospectivo que utiliza un diseño de seguimiento longitudinal en donde se realiza una valoración transversal para detectar los cambios ocurridos de las conductas estudiadas a través del tiempo.

● ***Análisis de los datos***

Los datos han sido analizados mediante el programa estadístico SPSS para Windows versión 8.0.

Resultados del Cuestionario de Línea Base

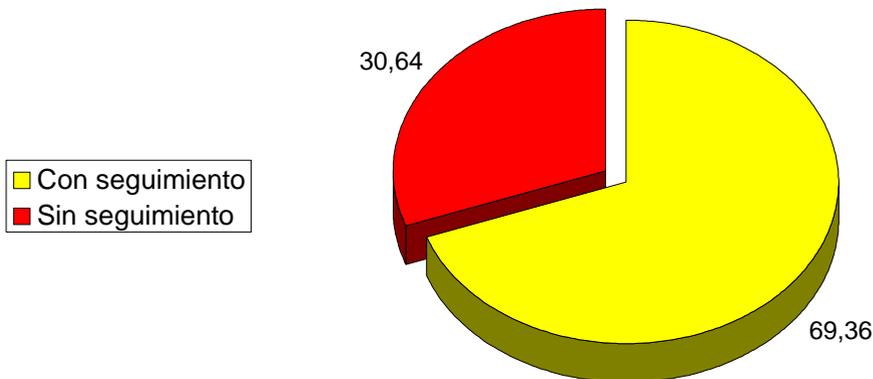
En este apartado de resultados, se va a dedicar una primera parte a comparar los sujetos entrevistados con los no entrevistados en una serie de variables recogidas en el Cuestionario de Línea Base. El objetivo de esta comparación es verificar la ausencia de sesgo en los resultados obtenidos de la muestra, ya que se puede suponer que si no existen diferencias en una serie de variables básicas e importantes para la evolución de la adicción según lo recogido en las publicaciones científicas, los resultados obtenidos pueden generalizarse a la población en su conjunto.

- ***Tamaño de la población y la muestra***

Tal y como se ha dicho anteriormente, la población estudiada asciende a 359 sujetos, de los que ha sido posible obtener datos de seguimiento en 249 casos (ver Figura LB1). Los 110 sujetos que restan han rechazado explícita o implícitamente la colaboración con el estudio a pesar de las facilidades y las garantías de privacidad que se les ha dado.

Datos del seguimiento

Figura LB1



- **Sexo**

La mayor parte de los sujetos (297 varones - 82,72% - y 62 mujeres - 17,28%) son varones, que tienen un mayor porcentaje de casos fallidos al seguimiento (ver Tabla LB1), aunque no existe una relación estadísticamente significativa (chi-cuadrado con corrección de continuidad de Yates = 3,229, Significación - 2 colas - 0,096) entre la variable sexo y el seguimiento.

	Con datos de seguimiento			
	No		Sí	
	N	%	N	%
Masculino	97	32,7%	200	67,3%
Femenino	13	21,0%	49	79,0%
Total	110	30,6%	249	69,4%

Tabla LB1

- **Edad**

La edad media al comienzo del programa es de 26 años, sin que exista diferencia alguna entre los dos grupos con datos de seguimiento y sin ellos (ver Tabla LB2).

Edad al comienzo del programa		Media	Mínimo	Máximo
Con datos de seguimiento	No	26	19	37
	Sí	26	17	38

Tabla LB2

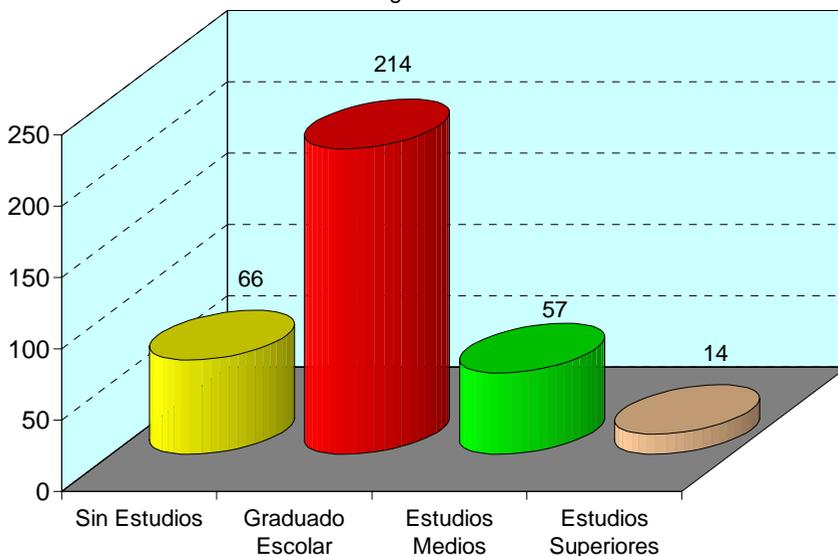
- **Nivel de estudios**

La mayoría de los sujetos tiene un nivel de estudios equivalente al Graduado Escolar (ver Figura LB2), teniendo estudios medios o superiores el 20,2% y careciendo de cualquier tipo de estudios el 18,8%. Los dos grupos de sujetos (ver

Tabla LB3), con datos de seguimiento y sin ellos, no se diferencian significativamente (al nivel de confianza del 5%) en su grado de escolarización (chi-cuadrado = 3,737, Significación - 2 colas - = 0,154).

Grado de escolarización

Figura LB2

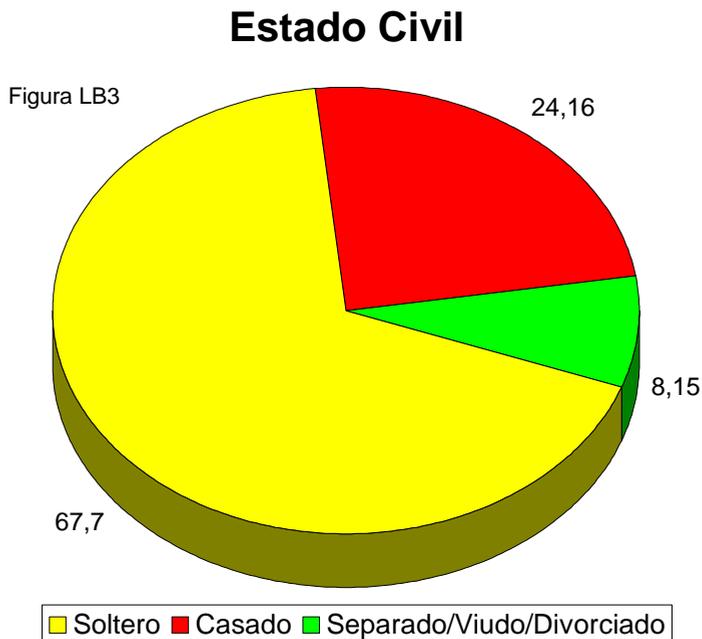


Nivel de estudios al ingresar en Proyecto Hombre	Datos de seguimiento		Total
	No	Sí	
Sin estudios	26	40	66
Graduado escolar	61	153	214
Estudios medios y superiores	18	53	71
Total	105	246	351

Tabla LB3

● *Estado civil*

El estado civil mayoritario es soltero/a (67,7%) y a continuación casado/a (24,2%), sumando ambos el 91,9% del total de la muestra (ver Figura LB3). Esta variable sí parece haber afectado al seguimiento, aunque de una forma débil. Los resultados de la prueba de chi-cuadrado (chi-cuadrado = 6,481, Significación - 2 colas - = 0,039) apuntan a que el seguimiento se ha hecho un poco más difícil en los sujetos que no están casados en ese momento. Sin embargo, las diferencias entre las frecuencias obtenidas y las esperadas son muy escasas en general, con una mayor relevancia de esas diferencias en el caso de los separados/divorciados y viudos, por el menor número de sujetos que en encuadran en esa categoría (ver Tabla LB4).



Estado civil al ingresar en Proyecto Hombre		Con datos de seguimiento		Total
		No	Sí	
Soltero	<i>Frecuencia</i>	80	161	241
	<i>Frecuencia esperada</i>	73.1	167.9	241.0
Casado	<i>Frecuencia</i>	25	61	86
	<i>Frecuencia esperada</i>	26.1	59.9	86.0
Separado/Divorciado/Viudo	<i>Frecuencia</i>	3	26	29
	<i>Frecuencia esperada</i>	8.8	20.2	29.0
Total	<i>Frecuencia</i>	108	248	356
	<i>Frecuencia esperada</i>	108.0	248.0	356.0

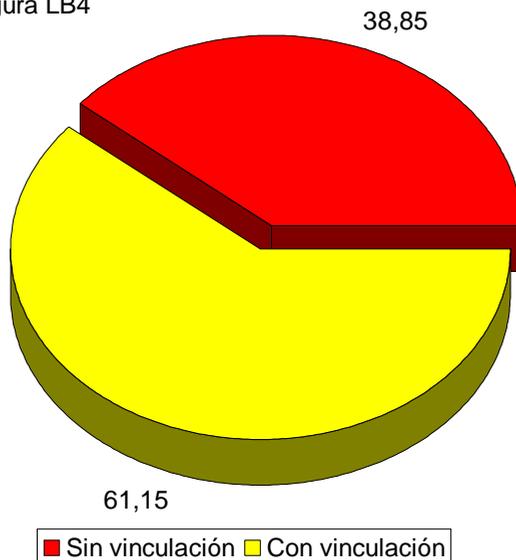
Tabla LB4

● *Situación socio-laboral*

La situación laboral mayoritaria al entrar en el programa es de desempleo sin subsidio. No se ha podido obtener información en el 22,6 % de los casos. El 61,2 % de la muestra se encuentra (o se ha encontrado en algún momento anterior por lo que tiene algún derecho) en alguna situación vinculada con la actividad laboral (con empleo estable, temporal, en paro con desempleo, de baja o jubilado por invalidez), mientras que el resto (38,8 %) está completamente fuera del mundo laboral (ver Figura LB4). Entre aquéllos que han tenido o tienen experiencia laboral, la mayoría (33%) han tenido una vinculación corta con el empleo, habiendo estado empleados por un período no superior a un año, en su mejor momento. Hay, sin embargo, una gran dispersión con muchos sujetos con experiencias laborales de más de 4 años de actividad continuada (ver Tabla LB5).

Vinculación al mundo laboral

Figura LB4



Máximo tiempo en empleo regular	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
De 1 a 12 meses	87	24,2	33,0	33,0
De 13 a 24 meses	54	15,0	20,5	53,4
De 25 a 36 meses	37	10,3	14,0	67,4
De 37 a 48 meses	22	6,1	8,3	75,8
Más de 4 años	64	17,8	24,2	100,0
Total	264	73,5	100,0	
Casos perdidos	95	26,5		
Total	359	100,0		

Tabla LB5

No se aprecian diferencias significativas en estas variables entre los grupos de seguimiento y sin seguimiento (ver Tablas LB6, LB7, LB8).

		Con datos de seguimiento		Total
		No	Sí	
Actividad laboral en línea base				
Sin vinculación mundo laboral	Frecuencia	27	81	108
	Frecuencia esperada	28,7	79,3	1080
Con alguna vinculación laboral	Frecuencia	47	123	170
	Frecuencia esperada	45,3	124,7	1700
Total	Frecuencia	74	204	278
	Frecuencia esperada	74,0	204,0	2780

Tabla LB6

	Valor	df	Significación (2 colas)
Chi-cuadrado	237	1	626
Corrección continuidad	121	1	728
Casos válidos	278		

Tabla LB7

Máxima duración empleo regular (meses)	Con datos de seguimiento	N	-	σ	Diferencia de las medias	τ	Sig. (2 colas)
	Sí	200	38,28	39,46	7,69	-1,808	0,072
	No	74	30,59	27,63			

Tabla LB8

La fuente más importante de ingresos al entrar en Proyecto Hombre es la actividad ilegal, entre las que se incluyen el robo y la venta de drogas (ver Tabla LB9). No hay diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos (con seguimiento y sin seguimiento) en lo que se refiere a esta variable (chi-cuadrado = 0,197 y significación = 0,978).

Procedencia más importante del dinero al ingreso	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
Fuentes ilegales	189	52,6	55,9	55,9
Ayudas familiares y/o amigos	70	19,5	20,7	76,6
Becas y subsidios	19	5,3	5,6	82,2
Sueldo	60	16,7	17,8	100,0
Total	338	94,2	100,0	
Casos perdidos	21	5,8		
Total	359	100,0		

Tabla LB9

Llama la atención que haya un número tan alto de sujetos que admita que su fuente de ingreso más importante son las fuentes ilegales, a pesar de que sólo un 38,8% se encuentra completamente marginado del mundo laboral.

● *Años de dependencia de las drogas*

Se han recogido datos relativos a los años de dependencia que tenían los sujetos al ingresar en Proyecto Hombre. Un resumen puede verse en la Tabla LB10. En dicha tabla se aprecia que la droga principal es la heroína, seguida del cannabis, la cocaína y por último el alcohol. El cannabis y el alcohol se empiezan a consumir dos o tres años antes que la heroína, aunque el consumo de estas dos sustancias no se da en todos los casos. En la Tabla LB11 pueden observarse las diferencias entre las medias de los grupos de seguimiento y sin seguimiento en las distintas variables. Ninguna de las diferencias alcanza el nivel de significación exigido (5%) en la prueba t.

	Años de dependencia en			
	Heroína	Cocaína	Cannabis	Alcohol
Casos válidos	349	355	355	341
No consumen	7	201	141	270
Casos perdidos	3	4	4	18
% de los que consumen	97.99	43.38	60.28	20.82
\bar{x} (de los que consumen)	5.86	4.34	8.15	7.83
σ (de los que consumen)	3.28	3.07	4.01	4.64

Tabla LB10

	Con datos de seguimiento	N	\bar{x}	σ	Diferencia de las medias	τ	Sig. (2 colas)
Heroína	Sí	243	6,04	3,32	0,59	-1,544	0,124
	No	106	5,45	3,17			
Cocaína	Sí	246	1,81	2,92	-0,22	0,659	0,511
	No	109	2,04	3,02			
Cannabis	Sí	247	5,07	4,23	0,51	-0,878	0,38
	No	108	4,56	3,42			
Alcohol	Sí	239	1,57	3,85	-0,19	0,424	0,672
	No	102	1,76	3,76			

Tabla LB11

● ***Número de tratamientos anteriores a Proyecto Hombre***

En este apartado se ha recogido el número de tratamientos anteriores a comenzar el de Proyecto Hombre. Los resultados pueden verse en la Tabla LB12. Un 35,7 de los sujetos no tuvo ningún tratamiento anterior, un 34% tuvo uno o dos, mientras que el resto tuvo más de dos.

Tratamientos anteriores a Proyecto Hombre		Frecuencia	%	% válido	% Acumulado
Con tratamiento	1	104	29,0	47,3	47,3
	2	54	15,0	24,5	71,8
	3	22	6,1	10,0	81,8
	4	17	4,7	7,7	89,5
	5	8	2,2	3,6	93,2
	6	10	2,8	4,5	97,7
	7	3	0,8	1,4	99,1
	8	1	0,3	0,5	99,5
	10	1	0,3	0,5	100,0
	Total	220	61,3	100,0	
Sin tratamiento	0	128	35,7		
Casos perdidos		11	3,1		
Total		359	100,0		

Tabla LB12

Los dos grupos (con seguimiento y sin seguimiento) obtienen unas puntuaciones medias en esta variable, cuya diferencia es estadísticamente significativa, pero de difícil interpretación y escasa relevancia clínica. Tal y como

puede observarse en la Tabla LB13, los sujetos que acceden a contestar al cuestionario tienen más tratamientos por término medio que los que no contestan. La diferencia es muy escasa, sólo 0,42 tratamientos más. La media global es de 1,39 tratamientos.

	Con datos de seguimiento	N	-	σ	Diferencia de las medias	τ	Sig. (2 colas)
Tratamientos anteriores	Sí	243	1,5	1,77	0,42	-2,369	0,019
	No	105	1,1	1,44			

Tabla LB13

● *Situación legal*

La media de veces que han sido detenidos o acusados los sujetos que inician tratamiento es de 5,06 con un rango que va de 0 a 90 y una desviación típica de 10,28. Sólo un 26,7% han estado en prisión, con un rango que va de 1 a 77 meses, habiendo estado la mayoría (más del 50%) un máximo de 2 meses. Sólo 39 sujetos superan esa cifra.

Si consideramos que haber estado detenido en más de 2 ocasiones o haber estado encarcelado significa que se ha tenido problemas con la justicia dignos de consideración, un 48% de los sujetos que han sido tratados por Proyecto Hombre entran en esta categoría (ver Tabla LB18). No hay diferencias estadísticamente significativas en esta variable entre los dos grupos con y sin seguimiento (chi-cuadrado = 0,000)

Problemas judiciales línea base	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
Sin problemas	170	47,4	52,0	52,0
Con problemas	157	43,7	48,0	100,0
Total	327	91,1	100,0	
Casos perdidos	32	8,9		
Total	359	100,0		

Tabla LB14

● ***Variables relacionadas con la salud***

Un pequeño porcentaje (6,6%) de los que han seguido tratamiento en Proyecto Hombre estaban recibiendo tratamiento por problemas psicológicos o psiquiátricos. Dicha variable no se encuentra relacionada con el seguimiento (chi-cuadrado = 0,20 y significación = 0,888).

Un porcentaje superior (22,2%) tenían algún tipo de secuela física diagnosticada (VIH, hepatitis, tuberculosis, etc.) como consecuencia probable del consumo de drogas. Esta variable tampoco tiene ninguna relación con el seguimiento (chi-cuadrado = 0,000 y significación = 1,000).

● ***Variables relacionadas con la familia***

En este apartado se ha valorado el tipo de convivencia, si ha existido apoyo familiar durante el tratamiento y el número de familiares con los que convive que consumen alguna droga, incluido el alcohol.

Tal y como puede observarse en la Figura LB5, la mayoría (92,5%) vive en un entorno familiar, siendo la familia de origen el contexto más frecuente.

No hay relación estadísticamente significativa entre esta variable y el seguimiento (Chi-cuadrado = 0,143, Significación - 2 colas - = 0,931). Tal y como

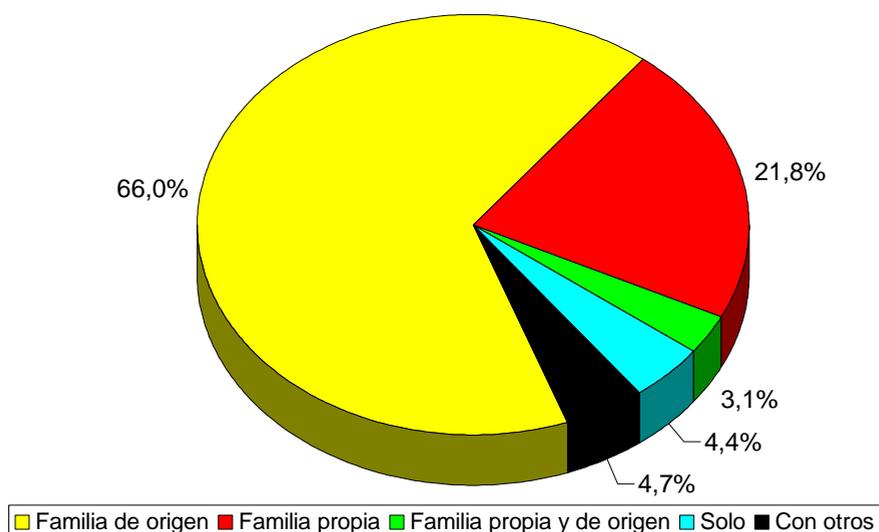
puede verse en la Tabla LB15 se han tenido que agrupar algunos valores que tenían una frecuencia muy baja, con el fin de hacer posible la realización de los análisis.

Convivencia familiar en línea base		Con datos de seguimiento		Total
		No	Sí	
Con familia de origen	<i>Frecuencia</i>	65	162	227
	<i>Frecuencia esperada</i>	64.4	162.6	227.0
Con familia propia	<i>Frecuencia</i>	20	50	70
	<i>Frecuencia esperada</i>	19.8	50.2	70.0
Sin entorno familiar	<i>Frecuencia</i>	6	18	24
	<i>Frecuencia esperada</i>	6.8	17.2	24.0
Total	<i>Frecuencia</i>	91	230	321
	<i>Frecuencia esperada</i>	91.0	230.0	321.0

Tabla LB15

Convivencia familiar

Figura LB5



Un 96,3% de los pacientes contaron con apoyo familiar en el tratamiento. Con un porcentaje tan alto huelga realizar los análisis para valorar si esta variable tiene alguna relación con el seguimiento.

Por último, el 53,8% de los pacientes no convivía con familiares que tuvieran problemas de drogas. Un 30,5% vivía con un familiar con este problema, y el resto tenía dos o más de dos. Si agrupamos los datos en estas categorías, se puede observar que no existe relación entre esta variable y el seguimiento (chi-cuadrado = 0,402, Significación - 2 colas - = 0,818). Puede verse la distribución de las correspondientes frecuencias en la Tabla LB16.

Familiares usuarios de droga en línea base		Con datos de seguimiento		Total
		No	Sí	
Ninguno	<i>Frecuencia</i>	52	130	182
	<i>Frecuencia esperada</i>	52.8	129.2	182.0
Un familiar	<i>Frecuencia</i>	32	71	103
	<i>Frecuencia esperada</i>	29.9	73.1	103.0
Dos o más de dos	<i>Frecuencia</i>	14	39	53
	<i>Frecuencia esperada</i>	15.4	37.6	53.0
Total	<i>Frecuencia</i>	98	240	338
	<i>Frecuencia esperada</i>	98.0	240.0	338.0

Tabla LB16

Resultados del Cuestionario de Seguimiento

En este apartado se van a presentar los resultados obtenidos en el Cuestionario que se aplicó a los 359 sujetos que fueron objeto del estudio de seguimiento. Los datos se presentarán, en este primer apartado, en dos vertientes. Por un lado se ofrecerán los resultados directos que se obtienen en la variable estudiada y, por otro lado, se evaluará la relación que tiene dicha variable con el alta/abandono y la recaída, cuando sea pertinente. Las conclusiones que se obtengan del estudio de dichas relaciones podrán ser útiles para valorar la eficacia del programa de Proyecto Hombre, tanto por lo que se refiere a los beneficios que se obtienen con el seguimiento completo del tratamiento como por lo que atañe al conocimiento de las variables que más claramente se relacionan con las recaídas y cuya modificación debe de ser uno de los objetivos centrales de todo programa terapéutico en este campo.

● ***Características de la muestra***

Se ha llevado a cabo el seguimiento de 249 sujetos, de los que un 77,9% (194) corresponde a pacientes dados de alta que han completado el programa de tratamiento y un 22,1% (55) son abandonos, que se producen en su mayor parte en el programa de tratamiento tradicional de Comunidad residencial ya que sólo en un caso se da en el Programa no residencial.

El tiempo promedio que transcurre desde el alta hasta el momento en que se hace el Cuestionario de Seguimiento es de 1211 días (3 años y cuatro meses aproximadamente) con un rango que va desde los 73 a los 2875 días (aproximadamente 8 años). El tiempo promedio desde el abandono hasta la fecha de la entrevista es de 1538 días, con un rango que va desde 1 hasta 3181 días (8 años y 9 meses aproximadamente).

El tiempo promedio y el rango de días que pasan los sujetos (en su conjunto y separados en los dos grupos: alta y abandono) dentro del programa de Proyecto

Hombre puede verse en la Tabla CS1.

Días en PH					
Alta o abandono	Media	N	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Alta	993.64	194	237.69	275	1976
Abandono	696.56	55	352.97	146	2268
Total	928.02	249	293.84	146	2268

Tabla CS1

Cuando se comparan los tiempos promedio de estancia en el programa con las recaídas, en cada uno de los dos grupos (alta y abandono) se obtienen los resultados que pueden verse en la Tabla CS1.1.

Recaídas según tiempo en PH					
Recaída		_ días	σ	t	Significación 2 colas
Alta	Sí	846,70	217,07	2,978	0,003
	No	1010,53	234,67		
Abandono	Sí	671,60	293,17	0,690	0,493
	No	740,25	444,00		

Tabla CS1.1

Sólo en el caso de las altas un mayor tiempo de tratamiento tiene relación con una menor probabilidad de recaída.

● *Consumo de sustancias*

En la valoración del consumo de sustancias se han tenido en cuenta únicamente las recaídas, que se han definido como tres consumos de una droga en

un período de tiempo máximo de dos meses. No se han recogido, por lo tanto, consumos aislados, ya que podrían hacer mucho más complejo el análisis y la interpretación de los datos, en una población siempre dada a la prueba y al tanteo con las drogas, además de su poca significación clínica y social. El alcohol se analizará en un apartado diferente.

Con esta premisa, los datos obtenidos pueden verse en la Tabla CS2.

Tipo de droga	Número de sujetos			
	Total con recaída	Más de 3 meses de recaída	De alta con recaída	Abandonos que recaen
Heroína	14	9	3	11
Politoxicomanía pref. Heroína	19	16	4	15
Cocaína	8	6	3	5
Politoxicomanía pref. Cocaína	2	2	2	0
Drogas de síntesis	2	2	0	2
Politoxicomanía pref. D. síntesis	0	0	0	0
Anfetaminas	0	0	0	0
Benzodiacepinas	0	0	0	0
Politoxicomanías pref. Benzodia.	1	1	1	0
Haschís / Marihuana	18	15	10	8
Inhalantes	0	0	0	0
En cualquiera de las anteriores	55	43	20	35

Tabla CS2

Como puede observarse, las recaídas son mucho más frecuentes entre los que abandonan que en los que han sido dados de alta. Los porcentajes pueden verse

en la Tabla CS3 y en la Figura CS1.

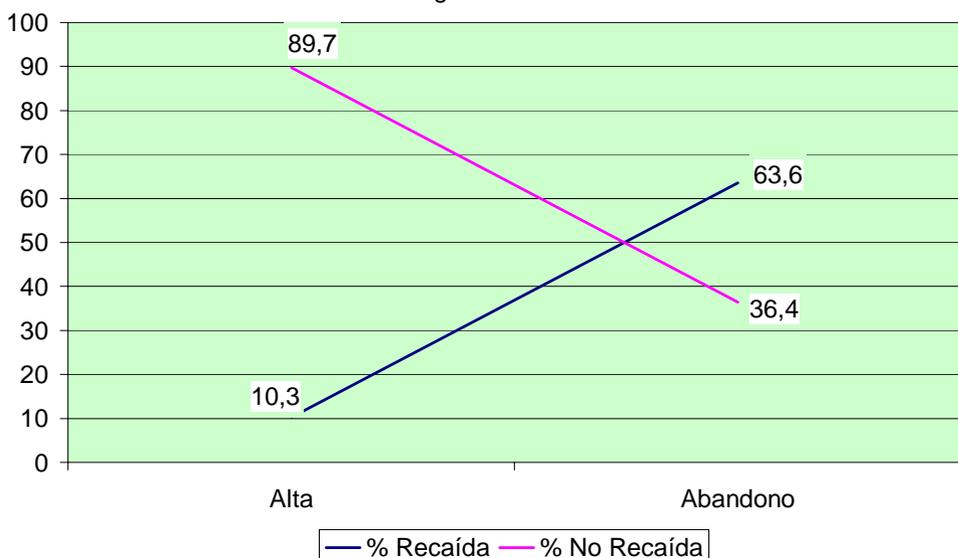
Porcentajes de recaída en alta /abandono			Recaída Sí/No		Total
			No	Sí	
Alta o abandono	Alta	Frecuencia	174	20	194
		%	89,7%	10,3%	100,0%
	Abandono	Frecuencia	20	35	55
		%	36,4%	63,6%	100,0%
Total	Frecuencia	194	55	249	
	%	77,9%	22,1%	100,0%	

Tabla CS3

Como es previsible por lo que se observa en la tabla anterior, existe una relación estadísticamente significativa entre la variable alta/abandono y las recaídas (Chi- cuadrado con la corrección de continuidad de Yates = 67,745, Significación - 2 colas - = 0,000).

Recaídas en altas y abandonos

Figura CS1



Las recaídas duran un tiempo promedio de 20,96 meses, aunque esta cifra hay que relativizarla dado el alto valor de la desviación típica, 28,84. La mayor parte de las recaídas, 20%, duran doce meses, con un rango que va desde 1 a 144 meses. Hay diferencia en la duración de las recaídas del grupo de alta frente al de abandono (4,34 meses más para los que abandonan, por término medio), aunque no alcanza el nivel de significación mínimo del 5%.

Una gran mayoría (83,6%) de los que recaen lo hacen con una sola sustancia (de forma preferente), frente 16,4% restante que lo hace con dos.

El tiempo promedio que ha pasado desde el alta o el abandono hasta la primera recaída es de 10,24 meses con un rango que va de menos de 1 mes hasta 48 meses. La mayoría (27,3% - 15 casos) ha tenido la primera recaída antes de un mes.

Los determinantes que más frecuentemente se aducen como explicación de la recaída son los de carácter intrapersonal. Concretamente en el 65,5% de los casos. En el 36,4% de los casos se reconocen determinantes interpersonales. En la Tabla CS4 se puede observar un análisis más detallado de los tipos de determinantes que, según los sujetos, se encuentran con más frecuencia en la base de sus recaídas.

Determinantes intrapersonales

	Nº de sujetos que contestan afirmativamente	% de sujetos que contestan afirmativamente
Afrontar la frustración y la ira	4	7.3
Afrontar otros estados emocionales negativos	26	47.3
Afrontar estados físicos asociados con el uso previo de sustancias	2	3.6
Afrontar estados físicos negativos	1	1.8
Realce de estados emocionales positivos	5	9.1
Poner a prueba el control personal	1	1.8
Ceder a tentaciones o deseo en presencia de señales asociadas a la droga	0	0.0
Ceder a tentaciones o deseo en ausencia de señales asociadas a la droga	0	0.0
Puntuación global en este apartado	36	65.5

Determinantes interpersonales

Afrontar la frustración y la ira	0	0.0
Afrontar otros conflictos interpersonales	11	20.0
Presión social directa	5	9.1
Presión social indirecta	2	3.6
Realce de estados emocionales positivos	2	3.6
Puntuación global en este apartado	20	36.4

Tabla CS4

- **Consumo de alcohol**

Ante la pregunta directa que le solicita al sujeto una valoración sobre el tipo de problemas que ha tenido con el alcohol desde que dejó el tratamiento (alta o abandono), un 82,3% de los sujetos evaluados afirma que no ha tenido problemas. Sólo un 9,2% (23) reconoce que sus problemas con el alcohol pueden ser calificados con adjetivos que van de moderados a muy graves.

Las medidas de tendencia central y el rango de los resultados del AUDIT, del Índice de severidad del alcoholismo (ítems 4, 5 y 6 del AUDIT) y del Análisis de la cantidad de unidades de bebida estándar (UBE) consumidas a la semana se detallan en la Tabla CS5.1. La unidad se corresponde con 10 gramos de alcohol, considerada como la más exacta y conveniente en el Estado Español (Gual, 1996). La Tabla de transformación de bebidas alcohólicas en unidades de bebida puede verse en la Tabla CS5.

Bebida	Medida	UBE
Cerveza	Caña / Botella	1
Vino	Vaso	1
	Botella	6
Champagne	Copa	1
	Botella	10
Vermut	Vaso	1
Licores y afrutados	Copa	1
Sidra	Vaso	0.3
	Botella	2
Aguardientes	Copa	2
Combinados (Whisky, Ron, Ginebra, etc.)	Vaso / Copa	2
	Botella	30

Tabla CS5

	AUDIT	Indice severidad alcoholismo	Unidades de bebida alcohol/semana
Casos válidos	249	249	249
Casos sin información	110	110	110
Media	4.37	30.00	8.79
Mediana	4.00	0.00	6.00
Moda	3.00	0.00	0.00
Desviación típica	3.92	1.34	12.06
Mínimo	0	0	0
Máximo	32	12	126

Tabla CS5.1

Hay una fuerte correlación entre estas variables entre sí y con la propia autovaloración de sus problemas que hace el sujeto, lo que indica que se está midiendo básicamente lo mismo (ver Tabla CS6).

N = 249		AUDIT	Indice severidad alcoholismo	Consumo global alcohol/semana	Autovaloración
AUDIT	Correlación de Pearson	1.000	0.779	0.606	0.519
	Sig. (2 colas)	.	0.000	0.000	0.000
Indice severidad alcoholismo	Correlación de Pearson	0.779	1.000	0.434	0.577
	Sig. (2-colas)	0.000	.	0.000	0.000
Consumo global alcohol/semana	Correlación de Pearson	0.606	0.434	1.000	0.247
	Sig. (2-colas)	0.000	0.000	.	0.000
Autovaloración	Correlación de Pearson	0.519	0.577	0.247	1.000
	Sig. (2-colas)	0.000	0.000	0.000	.

Tabla CS6

Esta consistencia en las medidas hace innecesario exponer con detalle los resultados en cada una de ellas. Sin embargo, por su valor informativo sobre la cantidad y la cualidad del consumo, se van a analizar con cierto detenimiento las cantidades y pautas de ingesta de alcohol semanales.

En la Tabla CS7 se pueden observar los estadísticos de tendencia central y el rango por tipo de bebida (consumo global por semana) y por momento de la ingesta (semana laboral / fin de semana).

N = 249	Media	Moda	Desviación típica	Máximo	Mínimo
Cerveza	3,14	0,00	8,09	84,00	0,00
Sidra	1,09	0,00	2,40	16,00	0,00
Vino y champagne	2,49	0,00	5,41	42,00	0,00
Brandy y licores	0,42	0,00	1,32	8,00	0,00
Aperitivos	0,18	0,00	1,11	14,00	0,00
Combinados	1,46	0,00	3,76	28,00	0,00
Consumo total semana lab.	4,96	0,00	8,49	90,00	0,00
Consumo total fin semana	3,82	0,00	4,80	36,00	0,00
Consumo global alcohol/semana	8,79	0,00	12,06	126,00	0,00

Tabla CS7

En la Tabla CS8 se observa el consumo global por intervalos y por sexo. El 4,41% de los 249 sujetos tiene un consumo alcohólico por encima del consumo seguro según lo que determina la OMS (más de 28 unidades semana en el varón). El 1,60% se encuadra en lo que la OMS llama consumo perjudicial (con más de 4 unidades de alcohol / día en la mujer y más de 6 en el varón).



	SEXO		Total
	Varón	Mujer	
Consumo global alcohol / semana			
0 - 14 unidades	149	48	197
15 - 28 unidades	41		41
29 - 42 unidades	7		7
43 - 84 unidades	3		3
Más de 84 unidades		1	1
Total	200	49	249

Tabla CS8

Hay una fuerte relación entre sexo y consumo global de alcohol, tal y como puede verse a simple vista. Los varones consumen más alcohol que las mujeres, sobre todo en lo que se refiere al intervalo de 15 unidades o más a la semana, mientras que las mujeres se encuentran en casi su totalidad en el grupo de consumo seguro según la terminología de la OMS.

El número de borracheras promedio que declaran haber tenido en el último año aquéllos que beben es de 6,20. Ese mismo dato incluyendo sólo a los que han tenido alguna borrachera sube a 12,20 con una desviación típica muy alta de 38,80. Una mayoría relativa (42,6%) no se emborrachan nunca, y si se suman los que no emborrachan nunca con los que admiten sólo una borrachera, el porcentaje sube hasta el 56,4%.

El promedio de alcohol consumido por los sujetos de alta es inferior al del grupo que abandona (ver Tabla CS8.1).

	Alta o abandono	N	–	σ	t	Significación 2 - colas
Consumo global alcohol	Alta	194	7.50	8.14	-2.10	0.04
	Abandono	55	13.33	20.12		

Tabla CS8.1

Esta diferencia significativa en las cifras globales de consumo semanal de alcohol se mantiene si se analizan los consumos teniendo en cuenta los criterios de clasificación de la OMS. En la tabla CS8.2 pueden verse los resultados. Se han agrupado las categorías de consumo arriesgado y perjudicial, dada la baja frecuencia que hay en estos intervalos. El valor de chi-cuadrado con la corrección de continuidad de Yates es 9,156, Significación - 2 colas - = 0,002.

			Alta o abandono		Total
			Alta	Abandono	
Consumo según OMS	Consumo seguro	Frecuencia	190	48	238
		Frecuencia esperada	185.4	52.6	238.0
	Consumo arriesgado y perjudicial	Frecuencia	4	7	11
		Frecuencia esperada	8.6	2.4	11.0
Total		Frecuencia	194	55	249
		Frecuencia esperada	194.0	55.0	249.0

Tabla CS8.2

En el apartado de los determinantes hay un bajo número de sujetos que responden (18) ya que sólo se aplicaba si previamente se había obtenido una

puntuación mayor a cero en el Índice de Severidad del Alcoholismo (puntuación que obtuvieron 25 sujetos). De las respuestas de los 18 sujetos se observa una preponderancia de los determinantes interpersonales (ver Tabla CS9), un resultado contrapuesto al que se obtuvo en el caso del resto de las drogas.

<i>Determinantes intrapersonales</i>		
	Nº de sujetos que contestan afirmativamente	% de sujetos que contestan afirmativamente
Afrontar otros estados emocionales negativos	4	16
Afrontar estados físicos asociados con el uso previo de sustancias	1	4
Realce de estados emocionales positivos	2	8
Puntuación global en este apartado	7	28
<i>Determinantes interpersonales</i>		
Presión social directa	7	28
Presión social indirecta	1	4
Realce de estados emocionales positivos	2	8
Puntuación global en este apartado	10	40

Tabla CS9

En este apartado del consumo de alcohol, se les preguntó a los sujetos si ha existido algún período tras dejar Proyecto Hombre en el que hayan consumido más alcohol que en la actualidad. Los resultados pueden verse en la Tabla CS10.

Consumo anterior	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
No	115	32.0	46.4	46.4
Sí. sin problemas	80	22.3	32.3	78.6
Sí. problemas leves	34	9.5	13.7	92.3
Sí. problemas moderados	14	3.9	5.6	98.0
Sí. problemas graves	5	1.4	2.0	100.0
Total	248	69.1	100.0	
Casos perdidos	111	30.9		
	359	100.0		

Tabla CS10

La mayoría (53,6%) han bebido más tras dejar Proyecto Hombre de lo que beben ahora. Si observamos la Tabla CS11 podemos observar que un 54,4% de los que actualmente declaran tener un consumo seguro bebieron más en algún momento después de dejar el tratamiento. Lo mismo se puede decir del consumo perjudicial, aunque en menor volumen. Es posible que un porcentaje reducido del 95,6% actual con consumo seguro haya tenido un patrón de consumo arriesgado o perjudicial después de perder contacto con Proyecto Hombre. De todas formas, las cifras totales indican una gran moderación en el consumo.

Consumo según OMS		Incremento consumo alcohol		Total
		No	Sí	
Consumo seguro	Frecuencia	108	129	237
	% en Consumo según OMS	45,6%	54,4%	100,0%
	% en Incremento consumo alcohol	93,9%	97,0%	95,6%
Consumo arriesgado	Frecuencia	6	1	7
	% en Consumo según OMS	85,7%	14,3%	100,0%
	% en Incremento consumo alcohol	5,2%	0,8%	2,8%
Consumo perjudicial	Frecuencia	1	3	4
	% en Consumo según OMS	25,0%	75,0%	100,0%
	% en Incremento consumo alcohol	0,9%	2,3%	1,6%
Total	Frecuencia	115	133	248
	% en Consumo según OMS	46,4%	53,6%	100,0%
	% en Incremento consumo alcohol	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla CS11

No hay ninguna relación entre el consumo alto de alcohol (se han agrupado las categorías de consumo arriesgado y perjudicial) y un cambio del clima de relación familiar (tal y como lo juzga la familia), una menor actividad laboral, presencia de problemas judiciales o el grado de afectación psicopatológica tras el alta (ver Tabla CS11.1). El consumo de alcohol por encima de los límites máximos admitidos no parece afectar los parámetros sociales habituales que se encuentran alterados en todos los pacientes con un importante consumo de alcohol, ni parece causado por una alteración psicopatológica. Probablemente estemos ante un consumo con una alta tolerancia social y aceptado con naturalidad por el entorno y el propio paciente, sin que llegue a generar aún problemas importantes. Hay que recordar que el tiempo medio de alta o abandono es de 3 años y cuatro meses para las altas y 4 años y 2 meses para los abandonos.

		Chi-cuadrado	Significación - 2 colas -
Consumo de alcohol según OMS	Cambio en el clima de relación familiar	5.920	0.052
	Problemas judiciales tras el alta	3.045	0.081
		τ	Significación - 2 colas -
Consumo de alcohol según OMS	Porcentaje de tiempo trabajado tras el alta	2.079	0.063
	Puntuación global en el GHQ	0.513	0.619

Tabla CS11.1

● *Situación familiar*

Desde que dejan el programa de Proyecto Hombre, el dato más significativo es que la mayoría relativa de los pacientes encuestados (44,4%) no cambia su situación familiar, aunque una mayoría absoluta (53,6%) si lo hace en algún sentido (ver Tabla CS12).

	Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
No	110	30.6	44.4	44.4
Pareja	44	12.3	17.7	62.1
Solo	17	4.7	6.9	69.0
Familia de origen	36	10.0	14.5	83.5
Con otra pareja	33	9.2	13.3	96.8
Otros familiares	3	0.8	1.2	98.0
Otras personas	5	1.4	2.0	100.0
Total	248	69.1	100.0	
Casos perdidos	111	30.9		
	359	100.0		

Tabla CS12

Una mayoría de los sujetos cree que su relación familiar ha mejorado mucho desde que dejaron el programa de tratamiento, lo que unido a los datos anteriores nos hace pensar que en muchos casos, la relación familiar mejoró sin que se haya producido un cambio de las personas con las que se convive. Este dato puede verse mejor en la Tabla CS13. Un 78% (86) de los sujetos que afirman que no han cambiado su convivencia desde el alta o el abandono dicen que su situación familiar mejoró. En aquéllos en los que se han producido cambios, la tónica general es de mejora, incluso para los que se han ido a vivir solos.

		Mejoría relación familiar			Total
		Empeoró	Sin cambios	Mejóro	
Cambios en la convivencia familiar	No	5	19	86	110
	Pareja	2	5	37	44
	Solo	1	6	10	17
	Familia de origen	4	4	28	36
	Con otra pareja	1	7	25	33
	Otros familiares			3	3
	Otras personas	2	1	2	5
Total		15	42	191	248

Tabla CS13

Hay una relación estadísticamente significativa (Chi-cuadrado = 32,695, Significación - 2 colas - = 0,000) entre la valoración que hace el sujeto de la relación familiar y la recaída. Los sujetos que recaen comunican con mucha mayor frecuencia un empeoramiento de su situación familiar (ver Tabla CS14).

Recaída Sí / No		Mejoría relación familiar			Total
		Empeoró	Sin cambios	Mejóro	
No	Frecuencia	3	32	159	194
	Frecuencia esperada	11.7	33.5	148.8	194.0
Sí	Frecuencia	12	11	32	55
	Frecuencia esperada	3.3	9.5	42.2	55.0
Total	Frecuencia	15	43	191	249
	Frecuencia esperada	15.0	43.0	191.0	249.0

Tabla CS14

La misma relación puede observarse con la variable (Alta / Abandono). Los sujetos que abandonan comunican con mayor frecuencia de la esperada un empeoramiento de su situación familiar desde que perdieron contacto con el programa de tratamiento.

Hay un 30% de sujetos que tienen uno o dos convivientes (mayoritariamente hermanos - 54,1% - y en un 36,5% personas que no son pareja, padres o hermanos) que consumen drogas, con posterioridad a su alta o abandono. Sorprendentemente, esta circunstancia no parece afectar a la recaída (ver Tablas CS15 y CS16), un dato que está en consonancia con la preeminencia que los sujetos dan a los determinantes intrapersonales frente a los interpersonales.

			Recaída Sí/No		Total
			No	Sí	
Número de familiares que consumen drogas	Ninguno	Frecuencia	135	40	175
		Frecuencia esperada	136.3	38.7	175.0
	Uno o dos	Frecuencia	59	15	74
		Frecuencia esperada	57.7	16.3	74.0
Total		Frecuencia	194	55	249
		Frecuencia esperada	194.0	55.0	249.0

Tabla CS15

	Valor	gl	Significación (2 colas)
Chi - cuadrado de Pearson	2.02	1	0.653
Corrección de continuidad de Yates	0.80	1	0.778
Nº de casos válidos	249		

Tabla CS16

● **Situación educativa**

La mayoría de los pacientes no ha seguido ningún tipo de formación tras el alta o el abandono. Concretamente, un 57,4% no ha cursado ninguna formación no reglada, mientras que un 86,7% no ha superado ningún curso de formación reglada. Un porcentaje apreciable (33,7%) de sujetos ha hecho uno o dos cursos de formación no reglada al salir del programa de tratamiento.

La utilidad de la formación recibida es puesta en tela de juicio, ya que la mayoría opina que no ha contribuido en ninguna medida a obtener empleo (ver Tabla CS17).

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
No	72	59.5	59.5	59.5
Sí. en alguna medida	35	28.9	28.9	88.4
Sí. en gran medida	14	11.6	11.6	100.0
Total	121	100.0	100.0	

Tabla CS17

Si se realiza la prueba de chi-cuadrado para ver si existe alguna relación entre la recaída, y el hecho de que el sujeto haya seguido algún curso, los resultados indican que no hay ninguna (chi-cuadrado = 0,007, Corrección de continuidad de Yates = 0,000, Significación - 2 colas - 1,000).

● *Situación laboral*

La mayoría de los encuestados afirman que, después de dejar el programa de tratamiento, han trabajado durante el cien por cien del tiempo (ver Tabla CS18). Sólo un 20,1% han trabajado menos de un 50% del tiempo y, en concreto, un 4,8% (12) no ha trabajado nunca.

Porcentaje de tiempo trabajado	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
No ha trabajado nunca	12	3.3	4.8	4.8
Entre el 1 y el 50%	26	7.2	10.4	15.3
Entre el 51 y el 99%	52	14.5	20.9	36.1
Ha trabajado siempre	159	44.3	63.9	100.0
Total	249	69.4	100.0	
Casos perdidos	110	30.6		
	359	100.0		

Tabla CS18

Como es esperable, existe una relación estadísticamente significativa entre el tiempo de trabajo y las variables de recaída y de abandono. El valor de chi-cuadrado para ambos casos es: 13,299, Significación - 2 colas - = 0,004. Entre los que no recaen hay más sujetos de los esperables por azar que trabajan durante todo el período después de dejar Proyecto Hombre. Lo inverso sucede entre los que recaen. En el mismo caso se encuentran los sujetos que son dados de alta frente a los que abandonan. Los resultados pueden observarse en las Tablas CS19 y CS20.

Porcentaje de tiempo laboral		Recaída Si/No		Total
		No	Sí	
No ha trabajado nunca	Frecuencia	7	5	12
	Frecuencia esperada	9.3	2.7	12.0
Entre el 1 y el 50%	Frecuencia	15	11	26
	Frecuencia esperada	20.3	5.7	26.0
Entre el 51 y el 99%	Frecuencia	38	14	52
	Frecuencia esperada	40.5	11.5	52.0
Ha trabajado siempre	Frecuencia	134	25	159
	Frecuencia esperada	123.9	35.1	159.0
Total	Frecuencia	194	55	249
	Frecuencia esperada	194.0	55.0	249.0

Tabla CS19

Porcentaje de tiempo laboral		Alta / Abandono		Total
		Alta	Abandono	
No ha trabajado nunca	Frecuencia	7	5	12
	Frecuencia esperada	9.3	2.7	12.0
Entre el 1 y el 50%	Frecuencia	15	11	26
	Frecuencia esperada	20.3	5.7	26.0
Entre el 51 y el 99%	Frecuencia	38	14	52
	Frecuencia esperada	40.5	11.5	52.0
Ha trabajado siempre	Frecuencia	134	25	159
	Frecuencia esperada	123.9	35.1	159.0
Total	Frecuencia	194	55	249
	Frecuencia esperada	194.0	55.0	249.0

Tabla CS20

La mayoría de los sujetos opina que ha mejorado su satisfacción laboral (Tabla CS21) y afirma que su principal fuente de ingresos principal es el sueldo. Este último dato es una variación notable con respecto a los resultados obtenidos en el Cuestionario de línea base, tal y como puede verse en la Tabla CS22. Una gran parte de los pacientes ha pasado a trabajar y a cobrar un sueldo, mientras que el porcentaje de aquéllos que obtenían principalmente sus ingresos de fuentes ilegales se ha reducido drásticamente, de 130 a 1. La mejora en este ámbito socio-laboral es muy evidente, tanto para los que abandonan como para los que son dados de alta.

Variación en la satisfacción laboral	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Empeoró mucho	1	0,3	0,4	0,4
Empeoró	5	1,4	2,2	2,6
Sin cambios	47	13,1	20,3	22,9
Mejóro	146	40,7	63,2	86,1
Mejóro mucho	32	8,9	13,9	100,0
Total	231	64,3	100,0	
Casos perdidos	128	35,7		
	359	100,0		

Tabla CS21

Variación en la fuente de ingresos		Principal fuente de ingresos en la línea base				Total
		Fuentes ilegales	Ayudas familiares y/o amigos	Becas y subsidios	Sueldo	
Principal fuente de ingresos después de PH	Sueldo	107	46	12	35	200
	Becas y subsidios	6	2		5	13
	Ayudas de familiares y amigos	16	1	1	3	21
	Fuentes ilegales	1				1
Total		130	49	13	43	235

Tabla CS22

● *Ocio y tiempo libre*

Más de 75% de los sujetos opina que ha mejorado su satisfacción en el uso que hace de su tiempo libre, frente a 3,2% (8) que dice que ha empeorado. Tal grado de unanimidad se da tanto en los sujetos de alta como en los que han abandonado.

Las actividades que realizan con más frecuencia son las de ocio (pasear, ir al bar, etc.), seguidas de las deportivas y culturales. Las actividades políticas tienen porcentajes muy bajos de ocupación entre los pacientes examinados (ver Tabla CS23).

Frecuencia de dedicación a actividades en el tiempo libre	Nunca		Algunas veces		Frecuentemente	
	N	% válido	N	% válido	N	% válido
Actividades deportivas	108	43.4	64	25.7	77	30.9
Actividades culturales	90	36.1	86	34.5	73	29.3
Actividades de ocio	8	3.2	96	38.6	144	57.8
Actividades políticas	228	91.6	11	4.4	10	4.0

Tabla CS23

De un total de 249, sólo 6 sujetos declaran que no realizan ninguna actividad de las anteriores en su tiempo de ocio.

Si hacemos una escala del tiempo de ocupación, sumando la frecuencia con la que se realizan las distintas actividades registradas (deportivas, culturales, de ocio y políticas), asignándoles la puntuación cero, uno y dos según hayan elegido la respectiva opción (nunca, algunas veces y frecuentemente) obtenemos una media de 3,49 (lo que indica que la mayoría de los sujetos tiene actividad en más de una de las categorías, al menos), una desviación típica de 1,68, una moda de 4, una puntuación mínima de 0 (en 6 casos, como se apuntó anteriormente) y una máxima de 8 (en dos casos). Comparando los grupos de recaída y no recaída en esta escala se obtiene una diferencia de medias de 0,12 y una t de 0,419 que no alcanza el nivel de significación mínimo del 5%, por lo que no hay diferencias significativas entre los dos grupos en lo que al tiempo de ocupación del tiempo libre se refiere.

La mayoría (73,5%) tiene amigos no consumidores con los que realiza

actividades frecuentemente y un 67,3% no mantiene nunca relaciones con consumidores en activo. Por el contrario 81 sujetos mantienen con alguna frecuencia contacto con consumidores en activo de alguna droga ilegal. Esos consumidores utilizan en su mayoría haschís (55,6%), seguido posteriormente de la heroína y cocaína (38,3%).

Aplicado el estadístico chi-cuadrado para verificar la relación existente entre tener o no tener amigos no consumidores y recaída, se obtiene un valor de 1,842 (una vez aplicada la corrección de continuidad de Yates), con una significación (2 colas) de 0,175, que no alcanza el nivel mínimo de significación del 5%. Esto indica que no hay ninguna relación entre ambas variables. Lo mismo sucede si analizamos la relación entre esta variable y el alta o abandono (chi-cuadrado con la corrección de continuidad de Yates = 1,842 y con una significación - 2 colas - de 0,175).

Todo lo contrario sucede con el hecho de mantener contacto con consumidores en activo (ver Tabla CS24). Aquí la relación es clara y acorde con lo esperado, con un valor de chi-cuadrado de 34,912 y una significación (2 colas) de 0,000. Los que recaen tienen un contacto con consumidores en activo mucho más frecuente que los que no recaen.

Relación con consumidores en activo		Recaída Sí/No		Total
		No	Sí	
Nunca	Frecuencia	143	24	167
	Frecuencia esperada	130,0	37,0	167,0
Algunas veces	Frecuencia	36	10	46
	Frecuencia esperada	35,8	10,2	46,0
Frecuentemente	Frecuencia	14	21	35
	Frecuencia esperada	27,2	7,8	35,0
Total	Frecuencia	193	55	248
	Frecuencia esperada	193,0	55,0	248,0

Tabla CS24

Lo mismo sucede si la variable de comparación es el alta / abandono (chi-

cuadrado = 27,210 y significación - 2 colas - = 0,000).

● **Salud**

Una mayoría relativa (48,1%) de los encuestados ha notado mejoría en su estado de salud desde que ha dejado el tratamiento. El 44,4% por el contrario no ha experimentado variación alguna a su situación anterior. Sólo, por lo tanto, un 7,4% notifica un empeoramiento.

Hay una relación significativa entre la percepción del estado de salud tras Proyecto Hombre y la recaída, pero no tras el alta o abandono (ver Tablas CS25 y CS26). En la Tabla CS25 el valor de chi-cuadrado que se obtiene es de 10,492 y la significación (2 colas) es de 0,005. En la Tabla CS26, por el contrario, los valores respectivos son 4,651 y 0,98. En este último caso no se alcanza el nivel de significación mínimo del 5%.

Mejora de la salud tras PH		Recaída Sí/No		Total
		No	Sí	
Empeoró	Frecuencia	9	9	18
	Frecuencia esperada	14,1	3,9	18,0
Igual	Frecuencia	83	24	107
	Frecuencia esperada	83,9	23,1	107,0
Mejóro	Frecuencia	97	19	116
	Frecuencia esperada	91,0	25,0	116,0
Total	Frecuencia	189	52	241
	Frecuencia esperada	189,0	52,0	241,0

Tabla CS25

Mejora de la salud tras PH		Alta o abandono		Total
		Alta	Abandono	
Empeoró	Frecuencia	11	7	18
	Frecuencia esperada	14.3	3.7	18.0
Igual	Frecuencia	89	18	107
	Frecuencia esperada	84.8	24.1	107.0
Mejóro	Frecuencia	91	25	116
	Frecuencia esperada	91.9	24.1	116.0
Total	Frecuencia	191	50	241
	Frecuencia esperada	191.0	50.0	241.0

Tabla CS26

Un pequeño porcentaje afirma que le ha sido diagnosticada o que sigue tratamiento por alguna de las enfermedades más comunes en este tipo de población tras perder contacto con Proyecto Hombre (ver Tabla CS27).

Enfermedades	Diagnóstico tras PH		Tratamiento o controles tras PH	
	N	% válido	N	% válido
Seropositivo VIH	3	1.2	16	6.4
SIDA	3	1.2	4	1.6
Hepatitis	20	8.0	27	10.8
Tuberculosis	5	2.0	4	1.6
E.T.S.	4	1.6	4	1.6
Otras	27	10.8	14	5.6

Tabla CS27

Dado el bajo número de sujetos implicados no parece que esta variable sea de interés para explicar el alta/abandono o la recaída. Esta impresión se confirma con los resultados obtenidos en los análisis realizados (ver Tabla CS27.1).

	Enfermedad física tras el alta con	
	Recaída sí / no	Alta / Abandono
Valor de chi-cuadrado con corrección de continuidad de Yates	2.657	1.668
Significación - 2 colas	0.103	0.196

Tabla CS27.1

Las puntuaciones medias (generales y en las diferentes escalas) en el GHQ - 28 (Goldberg Health Questionnaire) están considerablemente por encima de las puntuaciones corte de caso/no caso que indican la presencia de trastornos de tipo psicológico (ver Tabla CS28), según los diferentes estudios de validación del instrumento en población española citados por Lobo y Muñoz (1996).

Puntuaciones en el GHQ	N	Mínimo	Máximo	Media	σ
Puntuación global GHQ 0-1-2-3	249	14	91	34.13	8.39
Síntomas somáticos 0-1-2-3	249	0	19	4.96	4.00
Ansiedad e insomnio 0-1-2-3	249	0	21	5.61	4.46
Disfunción social 0-1-2-3	249	0	21	5.87	2.95
Depresión grave 0-1-2-3	249	0	50	17.70	5.73
Punt. global GHQ 0-0-1-1	247	0	22	10.10	3.57
Síntomas somáticos 0-0-1-1	248	0	7	1.65	1.73
Ansiedad e insomnio 0-0-1-1	249	0	7	2.11	1.91
Disfunción social 0-0-1-1	249	0	7	0.59	1.27
Depresión grave 0-0-1-1	248	0	7	5.78	2.14

Tabla CS28

Si nos atenemos al sistema de puntuación habitual del GHQ (0-0-1-1), el punto de corte más alto para el conjunto de la escala, de los citados en el anterior trabajo, se encuentra en la puntuación 7, con una sensibilidad del 72% y una especificidad del 86% (Muñoz y cols., 1995). Utilizando esa puntuación de corte se observa (ver Tabla CS29) que un 74,1% de los 249 sujetos se encuentra por encima, un porcentaje a todas luces llamativo.

Punt. global GHQ 0-0-1-1	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
0	1	0.3	0.4	0.4
2	1	0.3	0.4	0.8
3	6	1.7	2.4	3.2
4	4	1.1	1.6	4.9
5	5	1.4	2.0	6.9
6	2	0.6	0.8	7.7
7	45	12.5	18.2	25.9
8	27	7.5	10.9	36.8
9	33	9.2	13.4	50.2
10	19	5.3	7.7	57.9
11	16	4.5	6.5	64.4
12	27	7.5	10.9	75.3
13	23	6.4	9.3	84.6
14	13	3.6	5.3	89.9
15	11	3.1	4.5	94.3
16	3	0.8	1.2	95.5
17	2	0.6	0.8	96.4
18	3	0.8	1.2	97.6
19	2	0.6	0.8	98.4
20	2	0.6	0.8	99.2
21	1	0.3	0.4	99.6
22	1	0.3	0.4	100.0
Total	247	68.8	100.0	
Casos perdidos	112	31.2		
	359	100.0		

Tabla CS29

La comparación de las medias obtenidas en la escala global y en las 4

subescalas con los dos sistemas de puntuación del Goldberg (puntuación GHQ 0-0-1-1) entre los grupos de pacientes con recaídas y sin recaídas por un lado y con alta / abandono, por otro, han dado los resultados que se pueden ver en la Tabla CS30. En dicha Tabla sólo se consignan las diferencias de medias que resultan significativas estadísticamente con un nivel de confianza del 5%.

Diferencias de medias significativas al n.c. 5%	Recaída Sí/No	N	Media	σ	t	Sign. (2 colas)
Disfunción social 0-0-1-1	No	194	0.40	0.97	-3.27	0.002
	Sí	55	1.25	1.86		
Depresión grave 0-0-1-1	No	194	6.06	1.81	3.22	0.002
	Sí	55	4.76	2.81		
	Alta Abandono	N	Media	σ	t	Sign. (2 colas)
Disfunción social 0-0-1-1	Alta	194	0.43	0.95	-2.64	0.001
	Abandono	55	1.15	1.93		

Tabla CS30

Como se puede apreciar los sujetos que recaen o que abandonan obtienen una puntuación más alta en la subescala de Disfunción social. Sin embargo, los pacientes que no recaen obtienen una puntuación más alta en la subescala de Depresión grave que los que recaen. La correlación empírica entre las dos subescalas es de -0,420 (significativa al 1%). La interpretación de estos resultados es difícil dada la escasa información que disponemos de la validez externa o de criterio de dichas subescalas, sobre todo en lo que se refiere a la Disfunción social. Según el trabajo anteriormente citado de Lobo y Muñoz (1996) la validez de criterio de la subescala de Depresión grave está más documentada, pudiendo afirmarse que dicha subescala proporciona un buen índice de patología depresiva. Aquí lo llamativo es que se encuentre una puntuación más alta en aquellos que no han

recaído.

Sólo un 11,6% (29) de los sujetos entrevistados fue atendido en un servicio de urgencias como consecuencia de sufrir una sobredosis, por efecto del síndrome de abstinencia o por presentar patología orgánica asociada al consumo de drogas. Esta variable guarda una clara relación con el alta/abandono, ya que los sujetos que abandonan tienen una proporción de atendidos en los servicios de urgencia mucho mayor de la que se espera por azar. En el caso inverso se encuentran los sujetos que son dados de alta (ver Tabla CS31). El valor de chi-cuadrado después de la corrección de continuidad de Yates es de 8,423, con una significación (2 colas) de 0,004, que es superior al nivel de confianza del 5%.

¿Ha sido atendido alguna vez en un Servicio de Urgencias		Alta o abandono		Total
		Alta	Abandono	
No	Frecuencia	178	42	220
	Frecuencia esperada	171,4	48,6	220,0
Sí	Frecuencia	16	13	29
	Frecuencia esperada	22,6	6,4	29,0
Total	Frecuencia	194	55	249
	Frecuencia esperada	194,0	55,0	249,0

Tabla CS31

Presentar sobredosis (23 casos), padecer un síndrome de abstinencia (9 casos) o patología orgánica asociada al consumo (13 casos) son los motivos que se aducen para ser atendidos en los servicios de urgencias.

Un 85,1% (212) de los pacientes examinados se sometieron a una prueba de comprobación para ver si eran portadores de VIH. El 19,5% (40) de los casos dió positivo (hay 7 sujetos que no contestan a la pregunta sobre los resultados). Cuando

se les pregunta a los sujetos si el resultado de los análisis (positivo o negativo) les motiva para continuar el consumo de drogas, la mayoría (97,7%) afirma que en absoluto. Sin embargo, si se les pregunta si esos resultados les incita a dejar las drogas, un 35,3% afirma que “en alguna medida” (y el resto, 64,7%, elige “en absoluto”).

No hay relación estadísticamente significativa (al nivel de confianza del 5%) entre el hecho de ser o no portador del VIH con el alta/abandono o las recaídas. Los resultados de la prueba de chi-cuadrado se pueden ver en la Tabla CS32.

Portador VIH		Valor	gl	Significación (2 colas)
Con recaída sí/no	Chi-cuadrado de Pearson	0.023	1	0.879
	Corrección de continuidad de Yates	0.000	1	1.000
Con alta/abandono	Chi-cuadrado de Pearson	0.170	1	0.680
	Corrección de continuidad de Yates	0.040	1	0.841
Nº de casos válidos		205		

Tabla CS32

● *Situación jurídica*

Un 8% (20) de los 249 casos entrevistados ha sido acusado o detenido tras perder el contacto con Proyecto Hombre. Un número menor de casos (16 - 6,4%) ha recibido alguna condena en ese mismo tiempo. Ambas variables tienen una relación estadísticamente significativa tanto con el alta / abandono como con la recaídas (ver Tabla CS33).

Detenido o acusado tras perder contacto con PH		Valor	gl	Significación (2 colas)
Con recaída sí/no	Chi-cuadrado de Pearson	18.162	1	0.000
	Corrección de continuidad de Yates	15.846	1	0.000
Con alta/abandono	Chi-cuadrado de Pearson	18.162	1	0.000
	Corrección de continuidad de Yates	15.846	1	0.000
Con condena judicial tras PH		Valor	gl	Significación (2 colas)
Con recaída sí/no	Chi-cuadrado de Pearson	16.226	1	0.000
	Corrección de continuidad de Yates	13.814	1	0.000
Con alta/abandono	Chi-cuadrado de Pearson	16.226	1	0.000
	Corrección de continuidad de Yates	13.814	1	0.000
Nº de casos válidos		249		

Tabla CS33

Los sujetos con recaídas o que han abandonado el tratamiento tienen un porcentaje de detenciones y condenas mayor de lo que es esperable por azar. El caso inverso se da en el caso de los sujetos sin recaídas o que han sido dados de alta (ver Tabla CS34).

			Recaída Sí/No		Total
			No	Sí	
Acusado / Detenido	No	Frecuencia	186	43	229
		Frecuencia esperada	178,4	50,6	229,0
	Sí	Frecuencia	8	12	20
		Frecuencia esperada	156	44	20
			Alta o abandono		Total
			Alta	Abandono	
Acusado / Detenido	No	Frecuencia	186	43	229
		Frecuencia esperada	178,4	50,6	229
	Sí	Frecuencia	8	12	20
		Frecuencia esperada	156	4,4	20
			Recaída Sí/No		Total
			No	Sí	
Condenado judicialmente	No	Frecuencia	188	45	233
		Frecuencia esperada	181,5	51,5	233,0
	Sí	Frecuencia	6	10	16
		Frecuencia esperada	12,5	3,5	16
			Alta o abandono		Total
			Alta	Abandono	
Condenado judicialmente	No	Frecuencia	188	45	233
		Frecuencia esperada	181,5	51,5	233,0
	Sí	Frecuencia	6	10	16
		Frecuencia esperada	12,5	3,5	16

Tabla CS34

● *Tratamientos de deshabitación o desintoxicación*

El 14,45% (36) de los 249 sujetos examinados han realizado algún tipo de tratamiento de deshabitación o de desintoxicación tras perder contacto con el programa de tratamiento de Proyecto Hombre. Lógicamente, a tenor de los datos ya expuestos en apartados anteriores, aquéllos que fueron dados de alta tienen una proporción significativamente menor de sujetos que han recibido tratamiento tras Proyecto Hombre, ya que también tienen un menor número de recaídas.

El 83,3% (30) de los 36 sujetos han recibido tratamiento en una o dos ocasiones. El resto (6) en un rango que va de cuatro a ocho.

El 33% (18) de los que recaen (55) se ponen en contacto con Proyecto Hombre, no importa si han sido dados de alta o han abandonado (la proporción es idéntica).

● *Evolución*

Tal y como se ha indicado en el apartado de método (en operaciones o variables dependientes) se ha construido una meta-variable, conjugando los resultados en recaídas de drogas de acceso ilegal, consumo de alcohol, tiempo trabajado y existencia de problemas judiciales posteriores a Proyecto Hombre. Los resultados pueden verse en la Tabla CS35 y en la Figura CS2, conjugados con la variable Alta / Abandono. Lógicamente, hay una clara relación entre ambas variables (chi-cuadrado con la corrección de continuidad de Yates = 41,104, Significación - 2 colas - = 0,000).

			Alta o abandono		Total
			Alta	Abandono	
Tipo de evolución	Positiva	Frecuencia	146	15	161
		%	75,3%	27,3%	64,7%
	Negativa	Frecuencia	48	40	88
		%	24,7%	72,7%	35,3%
Total		Frecuencia	194	55	249
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla CS35

En este apartado es necesario advertir sobre la dureza de los criterios para que un sujeto pueda ser incluido en el apartado de “evolución positiva”, ya que se necesita no haber tenido ninguna recaída con ninguna droga de acceso ilegal, tener un consumo seguro de alcohol, según la nomenclatura de la OMS, no haber tenido ninguna detención o encarcelación y haber trabajado más de un 50% del tiempo posterior a perder contacto con Proyecto Hombre.

● **Valoración del tratamiento en Proyecto Hombre**

En esta sección del Cuestionario se han agrupado las preguntas en cinco apartados. En el primero se han incluido ocho preguntas sobre aspectos generales vinculados con el programa. A continuación se detallan las respuestas a las mismas.

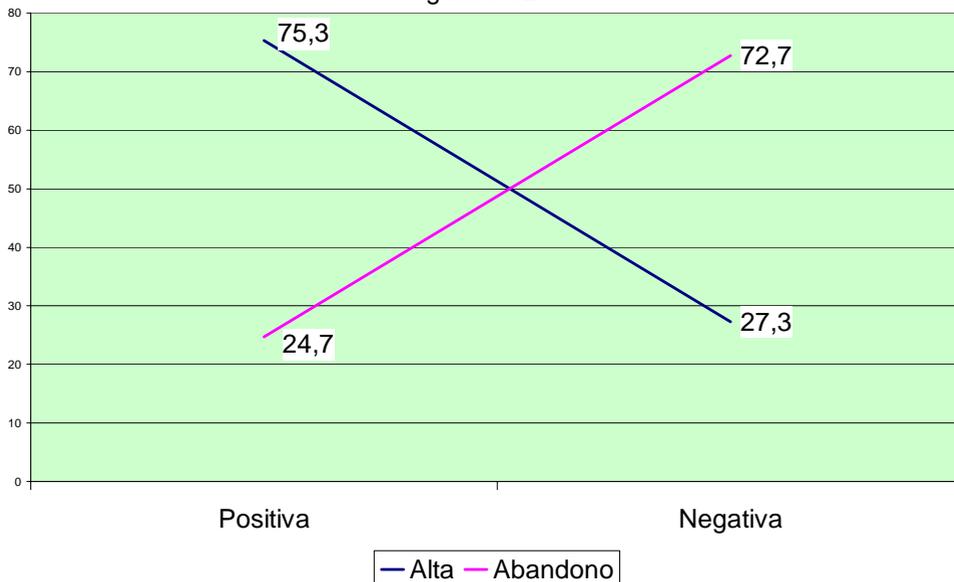
Un 54,6% de los encuestados piensa que el acceso al programa de Proyecto Hombre ha sido fácil, mientras que el otro 45,4% dice ha sido difícil. No se han encontrado diferencias significativas (nivel de confianza del 5%) entre los sujetos de alta y los que abandonan.

La mayoría de los sujetos cree que las normas de funcionamiento de Proyecto Hombre son correctas (51%) o demasiado estrictas (48,6%), sólo un sujeto piensa que son poco estrictas. No hay diferencias estadísticamente significativas (nivel de confianza del 5%) entre las opiniones de los que son dados de alta y las que dan los que abandonan.

Cuando se les pregunta a los pacientes por el grado de satisfacción que tienen del tratamiento de la dependencia, sólo un 5,2% se declara insatisfecho, mientras que 60,2 está muy satisfecho, el 40,1% bastante satisfecho y el 20,5%

Tipo de evolución

Figura CS2



satisfecho. Aquí, lógicamente los sujetos de alta se encuentran más satisfechos que los que abandonan ($t = -4,559$, Significación - 2 colas - = 0,000). De todas las formas, incluso en el caso de los que abandonan, el porcentaje satisfecho es superior ampliamente al insatisfecho (16% insatisfecho).

Si se les formula la misma pregunta, pero en relación al efecto del tratamiento sobre otros problemas distintos a la dependencia de las drogas, las respuestas son bastantes similares. Un 53,4% cree que el tratamiento le ha ayudado mucho, un 37,8% cree que le ha ayudado bastante, mientras que un 8,8% afirma que poco o nada. Como en el caso del ítem anterior, los sujetos que abandonan tienen una visión más pesimista sobre los beneficios del programa ($t = -2,436$, Significación - 2 colas - = 0,017), aunque el porcentaje de sujetos que abandonan que creen que el programa de tratamiento les ha ayudado mucho o bastante es alto (82%).

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% poco o nada. Vuelve a haber en este ítem diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos que abandonan y los que son dados de alta, siendo éstos últimos más proclives a conceder más importancia a la participación de los padres y familiares en el tratamiento ($t = -2,640$, Significación - 2 colas - = 0,010).

El tiempo de duración del programa les parece excesivo a un 58,2% de los sujetos entrevistados, adecuado a un 41% y excesivo a un 0,8%. En este ítem, los sujetos que son dados de alta tienden a juzgar con mayor frecuencia de la que es esperable por azar, que el tiempo de duración del programa es el adecuado, mientras que los que abandonan suelen juzgarlo mayoritariamente como excesivo (chi-cuadrado con la corrección de continuidad = 4,520, Significación - 2 colas - = 0,034).

La calidad de la relación con los terapeutas es juzgada muy buena o buena por un 92,4% de los sujetos y mala o muy mala por un 7,6%. Los sujetos de alta tienden a juzgar mejor la calidad de la relación con los terapeutas que los que abandonan ($t = -2,652$, Significación - 2 colas - = 0,009).

Por último, en este apartado, la calidad profesional de los terapeutas es juzgada buena o muy buena por el 92,7% de los sujetos y mala o muy mala por el 7,3%. Como en el caso anterior, los de alta tienen un juicio más benévolo de la calidad profesional de los terapeutas que los que abandonan ($t = -2,509$, Significación - 2 colas - = 0,013).

El segundo apartado está dirigido a averiguar cuál de los distintos componentes del programa de tratamiento ha resultado de más utilidad, a juicio del paciente. Los resultados pueden verse en la Tabla CS36.



	Suma	Media	Moda	σ	Rango	N válido
Los grupos	385	1.55	1	0.67	1 - 4	N=249
Las normas y limitaciones	497	2.00	2	0.78	1 - 4	N=249
Las tareas y responsabilidades diarias	496	1.99	2	0.91	1 - 4	N=249
El ambiente y la relación con los demás	371	1.49	1	0.69	1 - 4	N=249
La relación con los terapeutas	436	1.75	2	0.75	1 - 4	N=249
La presión y exigencia existente	468	1.88	2	0.88	1 - 4	N=249

Tabla CS36

Para interpretar las puntuaciones de este apartado es necesario tener en cuenta que un ítem es tanto más valorado cuanto más baja es la puntuación que obtiene. En el cuestionario las respuestas se valoran de la siguiente manera: 1 - Mucho, 2 - Bastante, 3 - Poco y 4 - Nada. Como puede verse en la Tabla CS36, el factor que los ex-pacientes valoran más del tratamiento son el ambiente y la relación con los demás, seguido de los grupos. Lo que menos valoran son las normas y las limitaciones que les impone el programa.

Los resultados obtenidos al comparar las contestaciones dadas por los sujetos de alta frente a los que abandonan se pueden observar en la Tabla CS37.

	_ alta	_ abandono	t	Significación (2 colas)
Los grupos	1.47	1.82	-3.480	0.001
Las normas y limitaciones	1.92	2.25	-2.500	0.015
Las tareas y responsabilidades diarias	1.92	2.25	-2.457	0.015
El ambiente y la relación con los demás	1.45	1.62	-1.565	0.119
La relación con los terapeutas	1.71	1.91	-1.772	0.078
La presión y exigencia existente	1.75	2.33	-3.866	0.000

Tabla CS37

Existe una valoración consistentemente más elevada del programa en los sujetos que son dados de alta frente a la que tienen los que abandonan. No existen sin embargo, diferencias estadísticamente significativas en los items 4 y 5 (“el ambiente y la relación con los demás” y “la relación con los terapeutas”).

En el tercer apartado, se le pide al sujeto que indique las razones que le han impulsado a abandonar el tratamiento. Las posibles causas de abandono se han resumido en siete items. Los sujetos deben señalar cuáles de ellos les han afectado en su decisión. Los resultados pueden verse en la Tabla CS38.

Razones que han impulsado a abandonar el tratamiento	% respuestas afirmativas
Consumir o deseo de consumir drogas	20.0
Consumir o deseo de consumir alcohol	5.5
No querer continuar con las limitaciones que impone PH	52.7
Mala relación con los terapeutas	14.5
Mala relación con otros residentes	5.5
Estar cansado de los grupos	21.8
Haber conseguido los objetivos que me proponía y estar satisfecho con el estilo de vida que tenía	21.8

Tabla CS38

En el cuarto apartado se les pregunta a los sujetos sobre los principales efectos del programa. El porcentaje de respuestas afirmativas a cada uno de los items que componen este apartado se muestra en la Tabla CS39.



Item	% resp. afirmativas abandono	% resp. afirmativas alta
Aprender a vivir con los demás	76.4	80.9
Relacionarme mejor con mi familia	76.4	90.7
Aceptar mejor las normas	61.8	72.7
Ser más responsable	74.5	92.3
Ayudar a integrarme en la sociedad	52.7	73.2
Tener mayor conciencia de mis problemas	90.9	94.8
Dejar de consumir heroína	76.4	91.8
Consumir menos otras drogas	40.0	36.6
No consumir ningún tipo de drogas	40.0	69.6
No cometer delitos	52.7	61.9
Integrarme en el mundo laboral	40.0	60.8
Ocupar mejor tu tiempo libre	56.4	78.9
Tener otras inquietudes	69.1	76.8
Tener más confianza en tí mismo	72.7	89.7
Sentirte más a gusto contigo mismo	58.2	92.8
Sentirte menos solo	45.5	73.2
Cuidarte más	67.3	88.7

Tabla CS39

En términos generales los sujetos de alta tienden a reconocer más efectos del programa de tratamiento que los que abandonan. Un resultado totalmente lógico, ya que los que abandonan no completan el programa.

Es llamativo, sin embargo, que tanto la mayoría de los sujetos que

abandonan como los de alta no reconocen al programa un efecto sobre el consumo de “otras drogas”.

El quinto y último apartado, consta de un solo ítem que pide una valoración global de Proyecto Hombre. Los resultados pueden verse en la Tabla CS40, pudiendo observarse de forma separada la valoración de los sujetos de alta y la de aquéllos que abandonaron.

Valoración global del programa de Proyecto Hombre		Alta o abandono		Total
		Alta	Abandono	
Muy satisfactorio	Frecuencia	113	14	127
	%	58,2%	25,5%	51,0%
Bastante satisfactorio	Frecuencia	52	11	63
	%	26,8%	20,0%	25,3%
Satisfactorio	Frecuencia	28	23	51
	%	14,4%	41,8%	20,5%
Poco satisfactorio	Frecuencia	1	3	4
	%	0,5%	5,5%	1,6%
Nada satisfactorio	Frecuencia		4	4
	%		7,3%	1,6%
Total	Frecuencia	194	55	249
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla CS40

Al evaluar la Tabla CS40 parece evidente que los sujetos de alta tienen una mejor valoración del programa que los que abandonan. De todas formas sorprende que solo un 12,8% de estos últimos tenga una visión poco satisfactoria o nada satisfactoria del programa.

Validación del Cuestionario de Seguimiento.

● *Cuestionario de Seguimiento Familiar*

Con el fin de obtener confirmación y validar las respuestas que dan los sujetos al Cuestionario de Seguimiento, se ha diseñado el Cuestionario de Seguimiento Familiar. En dicho Cuestionario se recogen 10 preguntas sobre distintos aspectos (consumo de drogas ilegales, alcohol, actividad laboral, etc.) que han sido previamente evaluados en el Cuestionario de Seguimiento y que, en esta ocasión, deben responder los familiares o allegados que conviven con el paciente.

En 42 de los 249 casos ha sido imposible obtener contestación al Cuestionario por parte de los familiares del paciente, por lo que el total en los análisis que se reseñan a continuación será de 207.

Desde un punto de vista global y en lo que se refiere al consumo de drogas después de perder contacto con Proyecto Hombre, los familiares confirman lo que dicen los pacientes ($r = 0,771$ - Significación = 0,000) aunque tienen una visión ligeramente más optimista del comportamiento adictivo de los pacientes que la que manifiestan ellos mismos. Para los familiares sólo hay 33 casos de recaída, mientras que los pacientes reconocen 41 en los 207 que permanecen en el análisis. Si cruzamos las recaídas reconocidas por los pacientes y las que detectan los familiares, podemos observar que sólo en cinco casos puede haber habido ocultación de recaída por parte del paciente, lo que constituye un porcentaje muy bajo (2,41%). El número de sujetos mal clasificados (18) al cruzar ambas informaciones es también muy bajo (8,69%) como puede observarse en la Tabla VCS1.

		Recaída Si/No		Total
		No	Sí	
Recaída según familia	No	161	13	174
	Sí	5	28	33
Total		166	41	207

Tabla VCS1

En lo que se refiere al consumo de alcohol, los resultados no son muy diferentes (ver Tabla VCS2). Hay una buena concordancia entre lo que dice el paciente y lo que confirma la familia. Llamen la atención dos casos en los que la familia dice que nunca ha tenido problemas con el alcohol y, sin embargo, el paciente reconoce tener problemas graves. Hay 18 casos (8,69%) en los que podría considerarse que los usuarios infravaloran sus problemas con el alcohol.

		Problemas alcohol según familia			Total
		Ninguno	Leves - Moderados	Graves	
Problemas alcohol según paciente	Ninguno	159	14	1	174
	Leves - Moderados	17	8	3	28
	Graves	2		3	5
Total		178	22	7	207

Tabla VCS2

De esos 18 casos, sólo uno tiene un consumo perjudicial según la OMS por lo que la estimación que realizan estos pacientes de su consumo alcohólico es bastante ajustado. Según esto, el grado de distorsión o encubrimiento probablemente baja hasta el 0,48%, lo que es inapreciable.

La pregunta que valora la actividad laboral o de estudio de los sujetos, en este Cuestionario de Seguimiento Familiar, tiene una formulación que hace difícil su interpretación. Efectivamente, la pregunta hace referencia a la actividad del sujeto en el momento de la evaluación, mientras que en el Cuestionario de Seguimiento, los sujetos deben dar cuenta de su actividad desde el momento en que perdieron contacto con Proyecto Hombre. A pesar de este inconveniente, hay un fuerte grado de concordancia entre lo que dicen los familiares y lo que afirman los ex-pacientes (ver Tabla VCS3).

Actividad laboral o de estudio según el paciente	Actividad laboral o de estudio según la familia		Total
	No trabaja, ni estudia	Trabaja o estudia	
No	6	1	7
Sí	25	174	199
Total	31	175	206

Tabla VCS3

Sólo en un 12,13% de los 206 casos con datos, el paciente dice tener algún tipo de actividad laboral o educativa tras Proyecto Hombre y esta afirmación no es corroborada por la familia. Sin embargo, este dato debe ser tomado con cautela, ya que la formulación de la pregunta realizada a la familia puede suponer que el porcentaje pueda ser aún más bajo.

Las correlaciones entre las respuestas que dan los familiares a las preguntas sobre las ocupaciones de los ex-pacientes de Proyecto Hombre en su tiempo libre y las que han dado ellos mismos son, en todos los casos, estadísticamente significativas al nivel de confianza del 1% (ver Tabla VCS4).

Actividades según el paciente	Actividades según la familia			
	Deportivas	Culturales	Ocio	Políticas
Deportivas	0.599	0.223	0.167	0.007
Significación - 2 colas	0.000	0.001	0.016	0.920
Culturales	0.171	0.440	-0.008	0.017
Significación - 2 colas	0.014	0.000	0.913	0.806
Ocio	0.120	0.025	0.198	0.050
Significación - 2 colas	0.085	0.723	0.003	0.471
Políticas	0.094	0.105	-0.108	0.558
Significación - 2 colas	0.176	0.132	0.121	0.000

Tabla VCS4

Hay, generalmente, una concordancia alta entre las respuestas que dan los pacientes y los familiares en lo que hace referencia a las actividades que realiza el paciente en su tiempo de ocio. La puntuación más baja se obtiene en las actividades de ocio, un concepto muy general, en el que posiblemente no exista un acuerdo sobre lo que se incluye dentro de él.

Las declaraciones de los pacientes sobre la existencia o no de amigos NO consumidores con los que realizan actividades frecuentemente, encuentran corroboración en las respuestas de los familiares en un elevado número de casos (chi-cuadrado con corrección de continuidad = 42,362, significación - 2 colas- = 0,000). Sin embargo, se aprecia que las familias tienen una visión más pesimista que los sujetos sobre el comportamiento frente a las drogas de las amistades del ex-paciente (ver Tabla VCS5).

¿Tiene amigos no consumidores? Según familia		¿Tiene amigos no consumidores? según paciente		Total
		No	Sí	
No	Frecuencia	39	32	71
	Frecuencia esperada	18,9	52,1	71,0
Sí	Frecuencia	16	120	136
	Frecuencia esperada	36,1	99,9	136,0
Total	Frecuencia	55	152	207
	Frecuencia esperada	55,0	152,0	207,0

Tabla VCS5

A la siguiente pregunta ¿Mantiene relaciones con consumidores en activo?, los familiares tienen, sin embargo, una respuesta muy optimista (en 51 casos), ya que estiman que el ex-paciente no mantiene nunca contacto con consumidores aún cuando ese contacto es reconocido por el propio sujeto (ver Tabla VCS6). Sólo en 6

casos los sujetos se ven desautorizados por los familiares, al intentar dar una mejor imagen de sus relaciones personales. Como en el caso anterior, hay una relación estadísticamente significativa entre las respuestas de los sujetos y la de sus familiares (chi-cuadrado = 24,066, significación - 2 colas - = 0,000).

¿Mantiene relaciones con consumidores en activo? Respuestas de la familia		Respuestas de los sujetos			Total
		Nunca	Algunas veces	Frecuente mente	
Nunca	Frecuencia	133	34	17	184
	Frecuencia esperada	124,2	36,6	23,2	184,0
Algunas veces	Frecuencia	3	4	6	13
	Frecuencia esperada	8,8	2,6	1,6	13,0
Frecuentemente	Frecuencia	3	3	3	9
	Frecuencia esperada	6,1	1,8	1,1	9,0
Total	Frecuencia	139	41	26	206
	Frecuencia esperada	139,0	41,0	26,0	206,0

Tabla VCS6

Por último, la valoración que hace la familia y el sujeto sobre el cambio de la relación familiar tras el alta, tiene una correlación positiva (0,310) estadísticamente significativa al nivel de confianza del 1% (significación - 2 colas - = 0,000). No hay concordancia en 52 casos (25,36%), aunque sólo en cuatro casos la familia indica que el clima familiar empeoró y los pacientes no concuerdan con esa impresión (ver Tabla VCS7)

Cambio en el clima familiar según el paciente	Cambio en el clima familiar según la familia			Total
	Empeoró	Sin cambios	Mejóro	
Empeoró	2	4	3	9
Sin cambios	2	6	28	36
Mejóro	2	13	145	160
Total	6	23	176	205

Tabla VCS7

● *Datos institucionales*

Se ha realizado un seguimiento de las peticiones de asistencia sanitaria por causa de la drogadicción posteriores al momento del alta o del abandono, que han realizado los 249 pacientes evaluados en cualquiera de los centros públicos o privados que se han mencionado anteriormente, en el apartado de procedimiento.

Sólo siete pacientes de los 249 no han dicho toda la verdad sobre su consumo de drogas. Esta frecuencia supone un porcentaje muy exiguo (2,81%) del total de respuestas recibidas, lo que corrobora la fiabilidad de la información que dan los sujetos en la entrevista. Este porcentaje es muy similar al obtenido al cruzar la información que dan los sujetos y la que dan los familiares.

Discusión de los resultados

- *Sesgo muestral*

Como se pudo ver en la introducción, la recogida de información, en este tipo de trabajos, es extraordinariamente ardua. En nuestro caso, dos investigadores han tardado dos años y medio en entrevistar a 249 sujetos, de un total de 359 que componían la población inicial. A pesar de que se dieron todas las facilidades, ya que los investigadores se trasladaban a pasar los cuestionarios allá donde quisiera el entrevistado, y que se garantizaba el completo anonimato, hemos tenido 110 negativas explícitas o implícitas que no ha sido posible sortear.

La proporción de sujetos fallidos (30,6%) se encuentra en un nivel aceptable, si tenemos en cuenta los resultados obtenidos en investigaciones de referencia como las norteamericanas DARP (Simpson, 1993) con un 39% de pacientes perdidos y TOPS (Hubbard et al., 1989) con pérdidas que oscilan desde el 42 al 29%. Los dos estudios españoles que se han citado en la introducción tienen una pérdida estimada del 25% de casos, pero con una muestra mucho más pequeña que en nuestro trabajo (máximo 159 sujetos) y un tiempo de seguimiento menor (máximo 6 años para un trabajo con 72 sujetos).

A pesar de que las pérdidas se mantienen dentro de márgenes aceptables, hemos querido verificar que no existía ningún sesgo claro, de forma que las pérdidas no pudieran ser atribuidas sistemáticamente a ningún factor específico asociado con el consumo de drogas. En ese caso, las pérdidas tienen que vincularse a factores familiares, personales, de azar, etc. de muy distinto signo, lo que facilita una interpretación más segura, sin sesgo, de los datos obtenidos.

Para realizar tal verificación, hemos recurrido a recoger información sobre diversos aspectos del consumo de sustancias, así como de cuestiones demográficas, sociales, familiares, educativas, laborales y sanitarias que figuraban en los historiales de entrada de los 359 sujetos en el momento del ingreso en Proyecto Hombre. La incidencia de algunas de dichas variables sobre la evolución en el

tratamiento ha sido recogida ampliamente por la investigación en este ámbito. Posteriormente se ha procedido a comparar los datos obtenidos de los 249 sujetos, que han entrado en la investigación, con los de los 110 sujetos perdidos. La idea que se tiene en mente al realizar tal comparación es que si no existen diferencias significativas en dichas variables entre los dos grupos (con y sin datos de seguimiento), entonces los dos grupos no son diferentes en ninguna variable esencial que determine la respuesta al tratamiento y, por lo tanto, lo que se afirme para el grupo de sujetos que contestan es también aplicable para los casos perdidos y, consecuentemente, para el conjunto de la población estudiada. Los análisis realizados se reflejan en la sección de Resultados del Cuestionario de Línea Base.

No hay ninguna diferencia estadísticamente significativa (al nivel de confianza del 5%) entre los dos grupos, en las siguientes variables: sexo; edad; nivel educativo; actividad laboral; tiempo de trabajo regular; fuente de obtención del dinero; años de dependencia de la heroína, de la cocaína, del cannabis y del alcohol; situación legal (detenciones, encarcelamientos); estar sometido a tratamiento psiquiátrico o psicológico; padecer alguna enfermedad física asociadas al consumo parenteral de drogas; convivencia familiar; apoyo familiar durante el tratamiento y convivencia con familiares que usan drogas.

Se ha encontrado una diferencia estadísticamente significativa (al nivel de confianza del 5%) en el estado civil al ingreso y en el número de tratamientos anteriores a Proyecto Hombre. En el primer caso, parece haber una mayor dificultad para seguir y entrevistar a los que eran solteros al ingresar en Proyecto Hombre, que a los que se encuadraban en los otros dos grupos: casados y separados / divorciados / viudos (ver Tabla LB7). Es necesario reseñar, sin embargo, que las diferencias entre las frecuencias encontradas y las esperadas son escasas, y que además disponemos de más seguimientos hechos a solteros que fracasos (161 seguimientos y 80 perdidos), por lo que el sentido del sesgo, si es que lo hay, no es claro. En la segunda variable, lo que se detecta es que los sujetos perdidos tienen, por término

medio, un menor número de tratamientos (0,42) previos al ingreso en Proyecto Hombre. Esta variable es una de las más frecuentemente citadas en la literatura como predictora de éxito / fracaso en los programas de tratamiento. En este caso, el sentido del sesgo indicado apunta a que los sujetos que no contestan o se niegan a participar en el programa de investigación es más probable que tengan un mejor pronóstico de respuesta frente al tratamiento.

Para interpretar el sentido del sesgo que apuntan las diferencias en estas dos variables entre los dos grupos (con y sin seguimiento), es necesario recordar que la interpretación de los resultados debe basarse no sólo en el razonamiento estadístico sino que también las diferencias entre los grupos deben tener un sentido psicológico y clínico. Las pequeñas diferencias obtenidas en el caso del estado civil entre las frecuencias esperadas y las empíricas no son fácilmente interpretables a la luz de los resultados obtenidos. La diferencia en el número de tratamientos previos es tan pequeña que no parece que exista una base lógica para inferir consecuencias importantes a la hora de responder frente al tratamiento. En base a estos razonamientos es probable que debamos concluir que estamos frente a diferencias estadísticamente significativas, pero clínicamente irrelevantes, cuyo sentido de sesgo es oscuro por no decir inexistente.

En resumen, del análisis del conjunto de variables estudiadas, no se deduce ningún sesgo especial que reduzca el valor representativo de los 249 sujetos estudiados. Las diferencias encontradas no alcanzan la suficiente entidad como para dar un sentido sesgo interpretable a la muestra que es objeto de análisis. Los resultados pueden por lo tanto ser interpretados como representativos de toda la población que ha recibido tratamiento en Proyecto Hombre desde su implantación en Asturias.

● *Características de la población estudiada*

La ausencia de sesgo en la muestra estudiada (249) con respecto al conjunto de la muestra seleccionada (359) no elimina la existencia de otros no menos importantes.

Como se ha apuntado en la introducción, otro sesgo importante para enjuiciar la eficacia de las intervenciones terapéuticas es el que se da como consecuencia de los propios mecanismos de selección que establece el programa de tratamiento para entrar o continuar en el mismo. La asignación de los sujetos a los programas de tratamiento no se produce al azar. Las características y circunstancias personales, sociales, económicas, familiares pueden influir en la entrada al programa y a su vez determinar la evolución que se obtenga en el mismo. Este mecanismo de selección puede producir efectos en los resultados, de forma que las conclusiones que se obtengan de este estudio no sean generalizables a otras poblaciones con características diferentes. De ahí que sea importante establecer cuáles son las características y condiciones básicas de los sujetos que se incluyen en los estudios, con el fin de compararlas con otros estudios similares.

Desde el punto de vista del que financia el programa de tratamiento, también puede ser interesante el conocimiento de esas características y condiciones previas con el fin de establecer el tipo medio de sujeto asistido en el programa y, con ello, verificar si dicho programa se dirige a una parte importante de la población adicta del área geográfica de referencia del programa de tratamiento, o si bien los sujetos tratados componen un grupo con características especiales, que favorezcan, a priori, los resultados obtenidos. Aquí no importa tanto que el programa de tratamiento atienda a más o menos sujetos (un asunto que puede estar limitado por el número de plazas en oferta) sino por el tipo de programa y su adecuación a las características más comunes de la población adicta en el territorio.

Para hacer esta última comparación, nos ha resultado útil un estudio de Marina González (1993) en el que se describe una muestra 334 adictos a las drogas

del tipo de morfina (adicción con preferencia a opiáceos) que solicitaron tratamiento por razón de esa dependencia en los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias durante 1987. La citada muestra es una buena representación del tipo de drogodependiente con adicción a opiáceos existente en el Principado, por el carácter de puerta de entrada que tienen los Servicios de Salud Mental para solicitar cualquier tipo de asistencia, incluido el acceso a dispositivos de gestión privada como Proyecto Hombre.

Si iniciamos el análisis por los datos socio-demográficos básicos, podemos observar que la mayoría (82,72%) de la población estudiada, son varones con una edad media de 26 años. Este dato es bastante similar a los del estudio de Marina (1993) con un 87,1 de hombres y el 12,9% mujeres, siendo su edad media 24,89 años.

En el estudio actual, el nivel de escolarización más común es el Graduado Escolar (61%), aunque hay un 20% que tiene estudios medios y superiores. Sólo un 18,8% no tiene estudios. También en el estudio de Marina (1993), la mayoría tiene el nivel de Graduado Escolar (48,5%), y un 16,2% se encuadra en la categoría de estudios medios o superiores. En este trabajo hay una categoría denominada Analfabeto (0,6%) que no tiene correspondencia con ninguna de las utilizadas en nuestra investigación por lo que no puede ser comparada. Si eliminamos esta categoría, el resto de los datos son muy similares.

Más de la mitad de los sujetos de Proyecto Hombre están solteros y viven con sus padres, aunque hay alrededor de un 20% que está casado y vive con su mujer. Completamente solos viven un 4,4% de los casos. En el estudio hecho en Asturias que nos sirve de comparación (Marina, 1993), no se aportan datos globales sino por sexo. En todo caso, agrupando los datos, la mayoría vive con sus padres (61,1%), seguido por convivencia con familia propia (29,34%) y sólo un 4,7% de los casos vive solo. Como puede observarse las cifras de ambos estudios no se diferencian sensiblemente.

Un 61,2% tiene, en el momento de la recogida de datos, alguna vinculación con el mercado laboral, en forma de contrato estable, trabajo temporal, trabajo en empresa familiar, en paro con subsidio, baja laboral, etc. Sólo el 38,8% no tiene ninguna vinculación con el mundo laboral, ni ostenta los derechos sociales asociados (baja, paro y jubilación). El tiempo medio máximo trabajado es de 36,21 meses, con una dispersión muy alta y un rango que va de cero a un máximo de 192 meses. La mayoría tiene como tiempo máximo trabajado 12 meses. Sólo diez sujetos no han trabajado nunca, de los 274 de los que tenemos esta información. En este apartado es bastante difícil realizar una comparación con el estudio de Marina (1993) ya que las categorías utilizadas son diferentes. Sin embargo, en líneas generales, es probable que las condiciones laborales y sociales en ese estudio sean bastante similares al actual. Véase la siguiente tabla comparativa (Tabla D1), en la que se han agrupado categorías en ambos estudios con el fin de hacerlas lo más similares posible.

Categoría	% en estudio actual	% en estudio de Marina (1993)
Parado (estudiantes y labores domésticas incluidos)	59.00	59.30
Activo	40.70	35.90
Retirado / Jubilado	0.40	0.60

Tabla D1

Aunque no es posible una total equiparación de las categorías de un estudio con las del otro, es posible observar que las diferencias en los apartados principales son escasas.

Las fuentes ilegales (se supone que fundamentalmente el “trapicheo” con droga) es la fuente principal de los recursos que manejan en el 55,9% de los casos.

Le sigue en frecuencia las ayudas familiares y de los amigos y a continuación el salario, éste último en el 17,8% de los casos. No hay datos de comparación en este epígrafe.

El tiempo medio que lleva dependiendo de la heroína es de 5,86 años, de la cocaína, 4,34, del cannabis, 8,15 y del alcohol, 7,83. Son pues, consumidores con un hábito fuertemente implantado, que consumen mayoritariamente dos (34%) o más drogas (72,2%). Sólo un 27,8% consume una sola sustancia. La droga que consumen en casi todos los casos es la heroína (97,99%), seguida en frecuencia por la cocaína (60,28%), el cannabis (43,38%) y el alcohol (20,82%), en línea descendente. En el estudio de Marina (1993) el comportamiento adictivo más frecuente es también la politoxicomanía. El tiempo medio de consumo de heroína antes del contacto con los Servicios de Salud Mental es de unos cinco años.

La mayoría (61,3%) ha seguido algún tratamiento anterior al ingreso en Proyecto Hombre, siendo esta ocasión el segundo intento en el 47,3% de los casos.

Poco más de la mitad de los sujetos (52%) no ha tenido problemas graves con la justicia. El resto (48%) ha estado detenido en más de dos ocasiones, o ha sido condenado y encarcelado por algún tiempo. Si comparamos estas cifras con el estudio de Marina (1993) encontramos que mientras en dicho trabajo un 88,5% de los encuestados ha sido detenido en alguna ocasión por la policía, en el estudio actual el porcentaje es sensiblemente inferior (65,5%). Lo mismo sucede en los encarcelamientos, en los que las cifras son respectivamente 61,2% y 36,7%. Hay claramente más comportamiento delictivo en la muestra general de adictos a la heroína que en la muestra atendida por Proyecto Hombre, objeto de la presente evaluación.

Menos de un 25% de los sujetos tenían alguna secuela física diagnosticada como consecuencia indirecta del consumo de drogas (VIH, Hepatitis, Tuberculosis, Otras). Esta cifra es muy inferior a la obtenida en el estudio de Marina (1993) únicamente referida al VIH (48,9%). No se explicitan otras categorías en dicho

estudio.

Sólo un 6,6% recibía tratamiento psiquiátrico o psicológico al ingresar en Proyecto Hombre. No hay pues una prevalencia alta de patología asociada. No hay referencias similares a ésta en el estudio de Marina (1993) que nos permitan realizar una comparación.

Con los datos anteriormente reseñados, el individuo tipo o promedio que entra en el programa de tratamiento de Proyecto Hombre y que se mantiene hasta la fase de Comunidad Terapéutica tendría las siguientes características: varón, de 26 años, que convive con su familia (probablemente padres), con Graduado Escolar y alguna vinculación con el mercado laboral, con unos tres años de experiencia laboral, que lleva consumiendo heroína una media de 5 años y medio, junto con alguna otra droga, probablemente cocaína, con un tratamiento previo fallido y sin problemas graves con la justicia y de salud. Con estas condiciones, se puede afirmar, que se está frente a una población toxicómana con un fuerte hábito adictivo, pero con pocas experiencias fallidas de tratamiento y con un nivel de marginación social escaso. Los pacientes, antes de su ingreso, siguen manteniendo contacto con la familia de origen, en su mayoría, y no están completamente excluidos de las ventajas de alguna vinculación con el mercado laboral. Su situación jurídica y su estado de salud es bastante bueno, con una baja proporción de sujetos con patología asociada al consumo.

- ***Evaluación del programa de tratamiento de Proyecto Hombre***

Antes de entrar a un análisis pormenorizado de los resultados obtenidos por el programa de tratamiento, es conveniente destacar un dato de especial interés, la alta tasa de abandonos existente. Hay poco más de un 50% de abandonos en las fases avanzadas del programa, a lo que habría que añadir los abandonos que se producen en momentos anteriores, que desconocemos. Sin duda este es un hecho que hay que tener en cuenta a la hora de interpretar y valorar los resultados del

tratamiento.

Los resultados que se obtienen como consecuencia del paso por el Programa de tratamiento de Proyecto Hombre se recogen en el apartado del Cuestionario de Seguimiento.

Dicho Cuestionario ha sido aplicado a un total de 249 sujetos, de los cuales 194 están de alta y 55 han abandonado. El promedio de tiempo que llevan de alta es de unos 3 años y cuatro meses, mientras que el tiempo promedio desde el abandono es de 4 años y 2 meses. El rango en estas dos variables es muy amplio (desde 1 día a varios años) como corresponde a un plan de investigación que abarca todo el período de actividad del programa asistencial en Asturias desde su implantación.

Desde una perspectiva general, las conclusiones que se obtienen del análisis de dichos resultados son muy favorables al Programa.

El número de recaídas que se da en el grupo de sujetos que abandona el Programa es mucho mayor (un 53,3 % más) que en el grupo de alta, cuyos componentes han seguido el tratamiento de forma completa. Concretamente, el porcentaje de sujetos de alta que recae es del 10,3% frente al 63,6% en abandonos. Este dato se encuentra en concordancia con los obtenidos en otras investigaciones, que vinculan un mayor riesgo de recaída en el consumo con una menor estancia en los programas de tratamiento. Sin embargo, este hallazgo puede ser un simple efecto circular de las medidas que se toman en los programas de tratamiento para disciplinar su utilización. Así, si en el programa de tratamiento se expulsa (una de las causas de abandono) al sujeto que consume, se está favoreciendo la consecución de resultados favorables ya que, por definición, solo consiguen terminar el programa aquéllos que no consumen. En realidad, las recaídas no son un efecto del abandono sino la causa directa de los mismos.

En esta ocasión, se les ha preguntado a los que han abandonado cual ha sido la razón de su abandono. La mayoría se ha referido a aspectos de funcionamiento del programa, y sólo un 20% aludió al deseo de consumir drogas. Es pues razonable

afirmar que, en este caso, el efecto circular mencionado es menor y que las recaídas no son, mayoritariamente, una causa de los abandonos sino, en alguna medida al menos, un efecto de los mismos.

La comparación de estos resultados con los obtenidos en otros estudios de seguimiento o de valoración de tratamientos es bastante problemático, debido a que en nuestro estudio hemos elegido como unidad de medida la recaída, un concepto más complejo que el simple conteo de ocasiones en las que se consume. De todas formas, en el estudio de Marina (1993) se detecta en el seguimiento un consumo diario y no diario de heroína en un 25,5% y en un 30,2% de la muestra respectivamente, unas cifras que indican, probablemente, unas tasas de recaída muy superiores al 3,60% del presente estudio, con la misma droga y dentro del grupo de alta.

Si en vez de comparar el concepto de recaída, utilizamos la meta-variable evolución, se vuelven a observar notables diferencias entre las altas y los abandonos. Un 75,3% de los sujetos de alta tienen una evolución positiva frente a sólo un 27,3% de los abandonos. Estas cifras son claramente iguales o mejores que las que se encuentran en otros estudios como el de Marina (1993), en el que con criterios menos estrictos (no hay criterio laboral) nos encontramos con una evolución favorable en 37,4% de la muestra de seguimiento, o en los citados en la introducción, Programa DROSS (evolución favorable = 77,8% en las altas y 47,8% en los abandonos) y CPD-Cádiz (evolución favorable = 55,1% en las altas y 29,6% en los abandonos). Es de resaltar que el único estudio que obtiene tasas mejores de evolución que es el del Programa DROSS obtiene dichas tasas tanto en las altas como en los abandonos, lo que indicaría una menor exigencia en el criterio de evolución favorable o un mejor pronóstico de la población atendida.

La causa de abandono más mencionada es la rigidez de las normas del programa de Proyecto Hombre. En este trabajo, no hemos obtenido ninguna medida de los rasgos de personalidad de los usuarios. Es posible que haya algunos sujetos

cuyas características les hagan encajar mal en un programa con estas condiciones. Averiguar qué características son esas puede ser objeto de un trabajo posterior. Sin embargo, es posible hipotetizar que una variable moduladora entre el abandono y las características de los sujetos, puede ser el tiempo de estancia en el tratamiento. Cuanto más tiempo esté un sujeto proclive al abandono en contacto con condiciones aversivas más probable es que éste se produzca. Así que cabe preguntarse si el tiempo de permanencia en el programa es demasiado dilatado, o dicho de otra manera, guarda alguna relación con la probabilidad de recaída.

El tiempo promedio de duración del programa de Proyecto Hombre es de 993 días para las altas y 696 días para los abandonos. Aproximadamente un año de diferencia entre ambos.

Un primer comentario ante estas cifras debe resaltar el hecho de que los abandonos tengan una cifra promedio tan alta (casi dos años). Un abandono con estas características es, sin lugar a dudas, un fracaso grave del proceso terapéutico, si se tiene en cuenta los recursos invertidos en el paciente y las consecuencias que siguen de un mayor riesgo de recaída.

Si analizamos las diferencias existentes entre los grupos con recaídas y sin recaídas en tiempo de permanencia promedio (Tabla CS1.1) puede observarse que, como en la mayoría de los trabajos de investigación en este campo, aquí también se establece una clara relación entre el tiempo de estancia en tratamiento y la probabilidad de recaída. Los sujetos de alta que no han tenido recaídas tienen un promedio de estancia superior (163,83 días) a aquéllos de alta que recayeron. Lo mismo no sucede en el caso de los abandonos, ya que no podemos establecer con seguridad que las medias obtenidas sean realmente diferentes (al nivel de confianza del 5%). Este hallazgo parece incidir una vez más en la idea de que a más tiempo empleado, mejores resultados, pero con el añadido de que “siempre que se complete el programa”.

La droga en recaída más utilizada es la heroína, seguida del haschís. Las

otras sustancias se encuentran a gran distancia de éstas. Este resultado tiene mucho que ver con el tipo de drogas que consumían predominantemente antes del ingreso. No hay sorpresa.

Las recaídas que se producen son de importancia, con una media de duración de 20,96 meses y una moda de 12. El tiempo que transcurre desde el alta o el abandono hasta la primera recaída es muy variable, siendo para una mayoría relativa (27,3%) menor a un mes. No hay en esta variable diferencias estadísticamente significativas (nivel de confianza del 5%) entre el grupo de alta y de abandono, aunque en este último la mayoría de las recaídas se producen dentro del primer mes.

Utilizando la terminología de Marlatt (1985), sobre determinantes intra o interpersonales, la mayoría de los que recaen atribuyen la recaída a determinantes de tipo intrapersonal. Y dentro de estos, un 47,3% de los sujetos cree que recaen como consecuencia de presentar estados emocionales negativos que la droga le ayuda a afrontar. Sólo un 36,4% de los sujetos califica las causas de su recaída dentro del grupo de los determinantes interpersonales.

Por último y en lo que se refiere a la validez de la información sobre las recaídas, hemos establecido dos criterios de validez externa importantes, cuya correlación con los datos suministrados por los pacientes nos puede confirmar la exactitud de los mismos. Estos dos criterios han sido los datos aportados por la entrevista a los familiares y la información obtenida en instituciones externas de ayuda y atención al toxicómano.

En lo que se refiere al primer criterio, los familiares corroboran en líneas generales lo que dicen los pacientes, aunque tienen una visión optimista de la evolución de los pacientes. La correlación entre las respuestas de los pacientes y la de los familiares es de 0,771 (Significación - 2 colas - = 0,000) lo que indica que la información obtenida tiene una mayor probabilidad de ser veraz. De los resultados del análisis del segundo criterio se obtienen conclusiones que confirman

abrumadoramente las informaciones de los sujetos.

Sólo un tercio de los que recaen se vuelve a poner en contacto con Proyecto Hombre, no importa si son altas o abandonos. El resto utiliza otros programas de tratamiento. Este dato es especialmente significativo para un programa de control de recaídas, para los que es imprescindible conseguir que el sujeto se ponga en contacto con el programa de tratamiento lo antes posible en caso de recaída.

Mientras que un 20,82% de los sujetos declara a su ingreso que presenta dependencia del alcohol, los resultados obtenidos en este seguimiento son muy diferentes. Un 3,4% de los entrevistados tiene un consumo de alcohol actual que según la OMS se enmarca dentro de un nivel arriesgado o perjudicial, lo que indica un notable descenso con respecto a las cifras iniciales.

En este apartado del consumo de alcohol hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de alta y abandono, siendo estos últimos los que consumen más alcohol, como puede observarse en la Tabla CS8.1, diferencias que se conservan cuando se siguen los criterios de clasificación de la OMS (ver Tabla CS8.2).

A diferencia del caso de las drogas ilegales, los sujetos que consumen alcohol atribuyen mayoritariamente las causas de su consumo a determinantes interpersonales, aunque no se han recogido respuestas a este apartado en todos los sujetos entrevistados.

Como en el caso del consumo de drogas, la familia confirma en líneas generales lo que informan los pacientes (ver Tabla VCS2). Sólo en un caso parece que se ha encubierto el consumo alto de alcohol, según lo que informan los familiares.

La mejora de las relaciones familiares es la tónica que comunican los pacientes que han recibido el alta, y que en su mayoría no recaen. Una mayoría absoluta de los sujetos ha cambiado su convivencia, bien sea yendo a vivir con una pareja bien retornando a la familia de origen o cambiando de compañero/a. En

general, la mejora que comunican los pacientes es corroborada por la familia, ya que sólo en cuatro casos ésta dice que el clima empeora y los pacientes creen que no cambia o mejora (ver Tabla VCS7). No sabemos la relación causal de esta mejora con el consumo. Hemos podido constatar que cuando los sujetos recaen, las relaciones familiares empeoran (ver Tabla CS14), pero no sabemos si recaen porque empeoran o empeoran porque recaen. Probablemente la relación sea compleja y ambas afirmaciones sean ciertas.

Apenas se produce una mejora de la formación educativa posterior a Proyecto Hombre. A lo sumo, un 33,7% de los sujetos hizo algún curso de formación no reglada, que luego enjuicia como muy poco útil para obtener empleo. En este ámbito parece predominar aún una visión de terapia ocupacional, sin mucha proyección para el empleo posterior de los pacientes. En todo caso, no parece que haya ninguna relación entre esta variable y las recaídas, algo que no sorprende dada la escasa participación en actividades formativas y la escasa incidencia que éstas parecen tener, cuando se realizan, en la vida real de los pacientes.

Una situación bien diferente se observa cuando se ven los resultados en el campo de la situación laboral. Como se apreció en el momento de valorar los datos de línea base, los pacientes no se encontraban en una situación completa de marginalidad con respecto al mundo laboral. La mayoría tenía algún tipo de contacto con el mismo. La situación, según el Cuestionario de Seguimiento, tras perder contacto con Proyecto Hombre, también es bastante buena. La mayoría (63,9%) trabaja el cien por cien del tiempo desde el alta o abandono, y un 20,9% más de la mitad del tiempo transcurrido. Sólo un 4,8% no ha trabajado nunca. Estas cifras son mejores que las que pueden encontrarse en la población general, para una muestra de sujetos con su misma edad y nivel educativo y de recursos.

Puede observarse también un gran cambio en la principal fuente de ingresos. Este resultado, que acompaña claramente al consumo, varía sustancialmente desde el ingreso hasta la actualidad. Ahora la mayoría de los sujetos ha pasado a

considerar su principal fuente de ingresos el sueldo, a diferencia de lo que sucedía al ingreso, en el que eran las fuentes ilegales.

Como en los casos anteriores, la familia confirma en líneas generales lo que informan los ex-pacientes.

Considerando todos estos datos, no cabe duda que hay que se puede valorar como un éxito la gestión que realiza Proyecto Hombre para dotar de recursos cara al empleo a sus usuarios, sobre todo si se tiene en cuenta que no parece haber ninguna mejora en la cualificación de éstos.

Casi todos los sujetos examinados (más del 75%) dicen que ha mejorado la satisfacción en el empleo del tiempo libre. Sólo un 3,2% dice que ha empeorado. Esta unanimidad parece una tendencia de respuesta que abarca tanto a las altas como a los abandonos. Es probable que este incremento de la satisfacción esté en línea con el descenso en el consumo de drogas ilegales, la mayor frecuencia de contacto con NO consumidores y una mayor disponibilidad de dinero, fruto de su actividad laboral.

Un dato significativo es la concordancia que existe entre la variable recaídas y el hecho de que los sujetos mantengan contactos con consumidores en activo. Tal correlación no indica causalidad. La conexión entre ambas variables puede tener dos sentidos. Por un lado, el hecho de ser consumidores implica necesariamente tener contacto con consumidores en activo, pero, por otro lado, estas relaciones implican un incremento del riesgo de consumo, en el caso de no estar consumiendo.

Una mayoría relativa (48,1%) de los pacientes informa de una mejoría subjetiva de su estado de salud físico tras perder contacto con Proyecto Hombre y haber dejado de consumir. Otro 44,4% no ha notado cambios. El resto (7,4%) ha empeorado. Hay una clara relación entre esta variable y las recaídas. Los sujetos que recaen informan con más frecuencia de la esperada un empeoramiento subjetivo de su estado de salud. Sólo a una minoría (28%) le ha sido diagnosticada o sigue tratamiento por alguna de las enfermedades que comúnmente se asocian con el

consumo parenteral de la heroína (Seropositivo VIH, hepatitis B, Tuberculosis, ETS y otras). No hay ninguna relación entre los resultados en esta variable y las recaídas o el abandono (ver Tabla CS27.1).

En concordancia con la mayor tasa de recaídas en los abandonos, éstos recurren significativamente más que las altas a los servicios de urgencias, como consecuencia de presentar alguna sobredosis, síndrome de abstinencia o patología asociada al consumo.

Este panorama relativamente halagüeño en el campo de la salud física se trastoca completamente con la evaluación de la salud mental llevado a cabo con el GHQ - 28 (Goldberg Health Questionnaire). Los resultados son extraordinariamente elevados, sea cual sea el sistema de corrección y el punto de corte que se elijan. Utilizando uno de los puntos de corte más exigentes (Lobo & Muñoz, 1996), un 74,1% de la muestra se encuentra por encima y si lo elevamos otros dos puntos, casi un 50% de la población sigue teniendo una puntuación superior. La media obtenida en esta prueba, con el sistema de puntuación 0-0-1-1, es de 10,10 y la desviación típica es de 3,57. La media es superior en 3 puntos al punto de corte más alto seleccionado para muestras españolas.

Ninguno de los estudios de validación del GHQ - 28 que se muestran en el Manual de la prueba, se ha realizado con drogodependientes. Cabe hipotetizar que alguna característica de esta población tienda a elevar las puntuaciones en la prueba, y que la distinción caso / no caso deba hacerse mediante un punto de corte más elevado que para otro tipo de poblaciones clínicas. Sin embargo, esta afirmación no puede considerarse en la actualidad más que como una suposición.

Las puntuaciones obtenidas en las 4 subescalas están, lógicamente, también bastante elevadas. Dichas subescalas evalúan síntomas psicósomáticos (trastornos somatoformes), ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave.

La relación entre las puntuaciones obtenidas en las diferentes subescalas y las recaídas o el alta / abandono es bastante difícil de interpretar con los datos de los

que disponemos. Hay una diferencia estadísticamente significativa (al nivel de confianza del 5%) en el promedio de las puntuaciones obtenidas en la subescala de depresión grave entre los grupos con recaída y sin recaída. Los sujetos que no recaen obtienen 1,3 puntos más en esta subescala, lo que parece indicar que se encuentran más deprimidos que los que consumen o han consumido drogas tras perder contacto con Proyecto Hombre. Esta situación es actual ya que la prueba pretende evaluar la sintomatología existente dentro de un plazo máximo de dos semanas antes de su aplicación. Esta limitación temporal y la falta de precisión temporal en la captación de datos de las recaídas impide correlacionar el estado de ánimo con el consumo, por lo que no podemos establecer una concordancia temporal.

La disfunción social varía sensiblemente entre los sujetos con o sin recaídas y entre las altas y los abandonos. En los dos casos apunta a que hay una mayor alteración en las recaídas y los abandonos. Sin embargo, es francamente difícil determinar que alteración o alteraciones psicopatológicas se están midiendo dados los escasos estudios de validación de esta subescala.

Un pequeño porcentaje (8,4%) de sujetos ha tenido problemas con la justicia (ha sido acusado, detenido o encarcelado) tras perder contacto con Proyecto Hombre. Estas incidencias se han dado con más probabilidad de la que sería esperable por azar en los sujetos con recaídas o en los abandonos, tal y como pudo verse en las Tablas CS33 y CS34. Una vez más vuelve a confirmarse la relación de esta variable con el consumo de drogas ilegales.

● ***Valoración del programa de Proyecto Hombre por los ex-pacientes***

La conclusión más evidente al analizar los resultados de este apartado es que, en términos generales, la mayoría de los usuarios de Proyecto Hombre valoran positivamente el programa, sin importar si son altas o abandonos. Lógicamente, las

altas valoran mejor el programa que los abandonos, pero de éstos sólo un 12,8% tiene una pobre opinión del mismo.

Si se entra en pormenores, parece que una buena parte de los pacientes tienen un cierto resquemor con las normas y limitaciones que impone el programa. Así, un 48,6% opina que las normas son demasiado estrictas, y las normas y limitaciones del programa es el aspecto menos valorado a la hora de juzgar la utilidad de los distintos componentes del mismo. Esta misma característica del tratamiento seguido en Proyecto Hombre es aducida mayoritariamente como causa de abandono por los que dejan el programa sin finalizar.

La mayoría de los pacientes opina que el tratamiento les ha ayudado con su dependencia de las drogas y a resolver otro tipo de problemas asociados con la drogodependencia. Obviamente, los abandonos tienen una visión más pesimista que las altas con relación a los beneficios del programa en estas materias, lo que no significa que la mayoría de éstos últimos crea que Proyecto Hombre les ha ayudado mucho o bastante.

El tiempo de duración del programa es juzgado excesivo por una mayoría de los sujetos, algo que parece que tiene una conexión evidente con los abandonos tardíos que hemos observado anteriormente.

Por último, y en lo que se refiere al reconocimiento de los efectos del tratamiento por parte de los sujetos entrevistados, es curioso observar que dos de los efectos menos señalados son: “Consumir menos otras drogas” y “No consumir ningún tipo de drogas”. Teniendo en cuenta que estamos ante un tratamiento para politoxicómanos resulta paradójico que este aspecto actitudinal sea tan poco resaltado en la encuesta. Desde luego, es un resultado al que hay que prestar una justa atención y mejorar en posteriores evaluaciones.

Conclusiones

- 1.- No se han encontrado diferencias relevantes entre los sujetos no entrevistados y entrevistados de la muestra elegida. Esto apoya una interpretación no sesgada de los resultados obtenidos y reduce la importancia de las pérdidas debidas a no localización o negativa a participar, por lo que las conclusiones son aplicables al conjunto de la población que ha sido asistida en Proyecto Hombre. Este resultado apoya la confiabilidad de las respuestas de los pacientes toxicómanos en este tipo de investigaciones, en las que se garantiza el anonimato y en las que no hay ganancias secundarias por mentir.
- 2.- El programa de Proyecto Hombre es más eficaz que el NO tratamiento (abandonos) para reducir el consumo de drogas ILEGALES y el riesgo de recaídas. No se ha hecho ningún estudio comparativo con otros tipos de tratamiento o con la evolución natural en el consumo de dichas drogas. Estudios de efectividad como éste, deben ser seguidos por estudios de eficiencia que tengan en cuenta los recursos empleados para el tratamiento y los objetivos que se consiguen.

Obviamente, los resultados favorables de esta investigación se obtienen a partir de una población previamente seleccionada por Proyecto Hombre para entrar en su programa de tratamiento. Dicha población posee unas características que han podido verse anteriormente y que no difieren sustancialmente de los datos que se han obtenido en otros estudios en la población de drogodependientes que solicitan atención en los Centros de Salud Mental en Asturias. De todas las maneras, la efectividad del programa no se ha establecido frente a una población de sujetos seleccionada al azar de entre los adictos que solicitan tratamiento en Asturias en un determinado período, por lo que una generalización de las conclusiones debe tener en cuenta esta restricción.

- 3.- Los resultados en el campo del consumo del alcohol son igualmente favorables que en el caso de las drogas ilegales. La reducción del consumo es evidente e importante, si se toma como punto de referencia la dependencia declarada al ingreso.
- 4.- Los otros grandes factores que son objetivo de los planes de tratamiento se encuentran modificados positivamente. Los pacientes que han seguido el tratamiento correctamente y que lo han finalizado, manifiestan una mejor situación familiar, laboral, judicial y de salud. El efecto beneficioso de dejar de consumir drogas ilegales junto con la ausencia de las complicaciones sociales que su uso acarrea supone probablemente una considerable ayuda para conseguir los resultados que, en estos apartados, se ha reseñado anteriormente. Esta evolución favorable puede verse también en los análisis que se han realizado, conjugando los resultados en consumo de drogas, alcohol, tiempo trabajado y problemas judiciales. Dichos resultados son claramente mejores a los que se encuentran en otros estudios de este tipo.
- 5.- El programa de tratamiento es enjuiciado, en líneas generales, muy favorablemente por sus usuarios, sin distinción entre altas y abandonos. La única característica que suscita una unanimidad menor es el tiempo de duración del programa, que es considerado excesivo. De todas formas, esta opinión debe juzgarse a la luz de los resultados y, probablemente su valoración definitiva deba esperar a estudios controlados sobre la eficacia y eficiencia de las actividades terapéuticas que se realizan dentro del programa de tratamiento.
- 6.- Hay un 52% (291 de 554) de abandonos en las fases avanzadas del tratamiento

(Comunidad y Reinserción). Este porcentaje debe ser objeto de una especial atención y estudio. Deberían estudiarse sus causas e implantarse las medidas pertinentes para su reducción.

- 7.- La metodología empleada en este trabajo imposibilita un análisis que relacione las actividades terapéuticas (tanto en evaluación como en intervención) con resultados o a aquéllas con determinados perfiles de pacientes. Este tipo de estudios exigen un trabajo prospectivo de investigación, que consideramos imprescindible para aquilatar más nuestros juicios sobre la eficacia y la eficiencia de los tratamientos.

Bibliografía

Apsler, R., & Harding, W. M. (1991). Cost-effectiveness analysis of drug abuse treatment: Current status and recommendations for future research. In N. I. o. D. Abuse (Ed.), Background papers on drug abuse financing and services research (Vol. NIDA Drug Abuse Service Research Series No. 1, DHHS Publication No. ADM 91-1777, pp. 58-81). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

Comas Arnau, D., García Martín, E., & Roldán Inchusta, G. (1996). Políticas sobre drogas a partir de los resultados de un estudio longitudinal retrospectivo de adictos a la heroína (1982-1992). Adicciones, 8(1), 75-89.

Desmond, D.-P., Maddux, J.-F., Johnson, T.-H., & Confer, B.-A. (1995). Obtaining follow-up interviews for treatment evaluation. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12(2), 95-102.

García Martín, E., Roldán Intxusta, G., & Comas Arnau, D. (1995). Un estudio de seguimiento de la Comunidad Terapéutica Haize-Gain. San Sebastián: Comunidad Terapéutica Haize-Gain.

GID. (1992). Los estudios de seguimiento, una experiencia metodológica. Madrid: Fundamentos.

Girón García, S. (1997). Estudio de Seguimiento de una Muestra de Heroínómanos a los seis años de iniciado el tratamiento. *Folia Neuropsiquiátrica*, 33(2), 17-46.

Girón García, S., & Martínez Delgado, J. M. (1998). Seguimiento de una

muestra de heroinómanos a los seis años de tratamiento: Relación del tiempo de permanencia con la evolución. *Revista Española de Drogodependencias*, 23(1), 25-34.

Gould, L. C., & Lukoff, I. (1977). Selecting a study design. In L. D. Johnston, Nurco, D.N., & Robins, L.N. (Ed.), *Conducting follow-up research on drug treatment programs* (Vol. DHEW Publications No. ADM 77-487, pp. 29-46). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

Gual, A. (1996). Unidad de bebida estándar. Resumen de los resultados obtenidos en el trabajo de campo. XXIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Oviedo.

Guardia Serecigni, J., & González Navarro, S. (1983). Estudio de seguimiento (un año) de adictos a la heroína. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona*, 10(6), 357-381.

Hubbard, R. L., Marsden, M. E., Rachal, J. V., Harwood, H. J., Caravanaugh, E. R., & Ginzburg, H. M. (1989). *Drug abuse treatment: A national study of effectiveness*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.

Lobo, A., & Muñoz, P. E. (1996). *Cuestionario de salud general GHQ. Guía para el usuario de las distintas versiones*. Barcelona: Masson, S.A.

Marina Gonzalez, P. A. (1993). *Adictos a la heroína en Asturias. Un estudio de seguimiento*. Oviedo: Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias.

Marina, P. A., Vázquez Barquero, J. L., Jiménez, J. M., & Erkoreka, I. (1996). Los beneficios de la abstinencia: Un estudio de seguimiento de adictos a la heroína. *Adicciones*, 8(3), 295-309.

Marlatt, G. A. (1985). Situational Determinants of Relapse and Skill - Training Interventions. In G. A. Marlatt, & Gordon, Judith R. (Ed.), *Relapse Prevention* (pp. 71-127). New York: The Guilford Press.

Matellanes Matellanes, M. (1998). Entrevista a D. Emiliano Martín González. Subdirector General del Plan Nacional sobre drogas. *Infocop*(2), 37-41.

Melgarejo, M., Sanahuja, P., Masferrer, J., Sala, L., Pérez, F., & Piña, L. (1988). Tratamiento de 182 heroinómanos y resultados: Seguimiento a un año (1985-86). *Fons Informatiu*(13), 1-140.

Melús Moreno, R., & Gutiérrez Rosado, T. (1996). Programa de mantenimiento con Naltrexona: Seguimiento a los 12 meses. *Adicciones*, 8(1), 5-18.

Polich, J. M., Armor, D. J., & Braiker, H. B. (1980). *The course of alcoholism: Four years after treatment*. Santa Monica, CA: The Rand Corporation.

Roca, F., Gómez Beneyto, M., & Paños, M. (1989). Evaluación de los programas de mantenimiento con metadona desarrollados en Valencia desde 1983 hasta 1987. *Comunidad y Drogas*(13/14), 45-52.

Sánchez Carbonell, J., & Camí, J. (1986). Recuperación de heroinómanos: definición, criterios y problemas de los estudios de evaluación y seguimiento. *Medicina Clínica*(87), 377-382.

Sánchez-Carbonell, J., Brigos, B., & Camí, J. (1989). Evolución de una muestra de heroinómanos dos años después del inicio del tratamiento (proyecto EMETYST). *Medicina Clínica*, 92(4), 135-139.

Simpson, D. D. (1993). Drug treatment evaluation research in the United States. Special Series: Psychosocial treatment of the addictions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7(2), 120-128.

Simpson, D. D., & Sells, S. B. (1983). Effectiveness of treatment of drug abuse: An overview of the DARP research program. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*(2), 7-29.

CSD

Cuestionario de Seguimiento en Drogodependencias

1	Código de identificación	
2	Fase de tratamiento en la que se encuentra	
3	Fecha de ingreso	
4	Fecha de alta	
5	Fecha de abandono	
6	Fecha en la que se hace el cuestionario	
7	Número de orden del cuestionario	
8	Tipo de programa seguido 1.- Comunidad Terapéutica 2.- PNResidencial	
9	¿Hizo la fase de acogida en el piso de seguimiento? 0.- No 1.- Sí	

José Ramón Fernández Hermida

Roberto Secades Villa

Departamento de Psicología - Universidad de Oviedo

- Si ha consumido alguna sustancia tras el alta, indique el tiempo (en meses) que la lleva consumiendo y la sustancia o sustancias que consumió
(Sólo se valoran recaídas, definidas como al menos tres consumos en dos meses)

10	Heroína	
11	Politoxicomanía pref. heroína	
12	Cocaína	
13	Politoxicomanía pref. cocaína	
14	Drogas de síntesis	

15	Politoxicomanía pref. d. síntesis	
16	Anfetaminas	
17	Benzodiacepinas	
18	Politoxicomanías pref. benzodiac.	
19	Haschis/Marihuana	
20	Inhalantes	

21	¿Cuántos meses pasaron desde el alta hasta que volvió a consumir?	
----	---	--

- ¿Cuáles crees que han sido las razones para que volvieses a consumir? (Marcar 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	
24	Afrontar estados físicos asociados con el uso previo de sustancias	
25	Afrontar estados físicos negativos	

26	Realce de estados emocionales positivos	
27	Poner a prueba el control personal	
28	Ceder a tentaciones o deseo en presencia de señales asociadas a 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	
32	Presión social directa	

33	Presión social indirecta	
34	Realce de estados emocionales positivos	

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) Probl. muy graves
- 36 ¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?
- (0) Nunca (1) 1 al mes o menos (2) 2-4 al mes (3) 2-3 a la semana (4) 4 o + a la semana

37 ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume en un día cualquiera que esté tomando alcohol?
 (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7 a 9 (4) 10 o más

38 ¿Con qué frecuencia consume seis copas (u otra forma de presentación) o más en una ocasión?
 (0) Nunca (1) < 1 vez mes (2) 1 vez mes (3) 1 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) < 1 vez mes (2) 1 vez mes (3) 1 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) < 1 vez mes (2) 1 vez mes (3) 1 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) < 1 vez mes (2) 1 vez mes (3) 1 vez semana (4) Diariamente o casi diariamente

42 ¿Cuántas veces durante el último año se ha sentido culpable, o ha tenido remordimientos después de haber bebido?
 (0) Nunca (1) < 1 vez mes (2) 1 vez mes (3) 1 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) < 1 vez mes (2) 1 vez mes (3) 1 vez semana (4) Diariamente o casi diariamente

44 ¿Ha tenido algún 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 han sugerido que no beba tanto?
 (0) No (1) Sí, pero no durante el último año (2) Sí, durante el último año

● Cantidad de alcohol / día en la última semana (en unidades de alcohol - Ver ficha adjunta)

	Lun	Mar	Mier	Jue	Vie	Sab	Dom	Σ bebidas
Cerveza								46
Sidra								47
Vino y champagne								48
Brandy y licores								49
Aperitivos								50
Combinados								51
	Σ del Lunes al Viernes					Σ resto		
					52		53	

- (Si la puntuación obtenida en las preguntas 39 + 40 + 41 > 0 entonces se rellenará la tabla de determinantes. Marcar con una cruz sólo un determinante principal por recaída)

¿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

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 su alta? (Marque lo que corresponda con una cruz)

	Pareja	Padres	Hermanos	Otros
Alcohol	(71)	(72)	(73)	(74)
Haschís	(75)	(76)	(77)	(78)
Heroína	(79)	(80)	(81)	(82)
Cocaína	(83)	(84)	(85)	(86)
Otras	(87)	(88)	(89)	(90)

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 has 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, indique que droga/s consume/n

(1) Haschís (2) Heroína y cocaína (3) Drogas síntesis / anfetaminas

105 ¿Ha notado mejoría en su estado de salud tras el alta?
 (0) Empeoró mucho (1) Empeoró (2) Sin cambios (3) Mejoró (4) Mejoró mucho

		¿Ha sido diagnosticado de alguna de estas enfermedades tras el alta?	¿Esta siguiendo tratamientos o controles médicos para estas enfermedades?
Seropositivo	106	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	112 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
SIDA	107	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	113 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hepatitis	108	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	114 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tuberculosis	109	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	115 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
E.T.S.	110	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	116 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otras:	111	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	117 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

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 lo 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 ha 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) + activo que lo habitual (1) = que lo habitual (2) Bastante menos que lo habitual (3) Mucho menos que lo habitual
- 133 ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?
 (0) + rápido que lo habitual (1) = 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) Pero 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 esta jugando un papel útil en la vida?
 (0) Más útil que lo 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 Ud. es una persona que no vale para nada?
 (0) Más que lo habitual (1) Igual que lo habitual (2) Menos (3) Mucho menos

140 ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?
 (0) Más que lo habitual (1) Igual que lo habitual (2) Menos (3) Mucho menos

141 ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?
 (0) Más que lo habitual (1) Igual que lo habitual (2) Menos (3) Mucho menos

142 ¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse de en medio?
 (0) Más que lo habitual (1) Igual que lo habitual (2) Menos (3) Mucho menos

143 ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?
 (0) Más que lo habitual (1) Igual que lo habitual (2) Menos (3) Mucho menos

144 ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?
 (0) Más que lo habitual (1) Igual que lo habitual (2) Menos (3) Mucho menos

145 ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida viene repentinamente a la cabeza?
 (0) Más que lo habitual (1) Igual que lo habitual (2) Menos (3) Mucho menos

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 han sido en los últimos 3-4 años?	
-----	---	--

• ¿Cuál fue el motivo de que le atendieran en urgencias?

149	Sobredosis (<i>número de veces</i>)	
-----	---------------------------------------	--

150	Síndrome de abstinencia (<i>número de veces</i>)	
-----	--	--

151	Patología orgánica asociada (<i>número de veces</i>)	
-----	--	--

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 le 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

Situación jurídica

157	Número de veces que ha sido acusado o detenido tras el alta	
-----	---	--

158	Número de veces que ha sido condenado por delitos de causas posteriores al alta	
-----	---	--

Tratamientos de deshabitación o desintoxicación

159	Nº de tratamientos de desintoxicación/deshabitación realizados tras el alta	
-----	---	--

160	Nº de veces que tras cualquiera de sus recaídas ha vuelto a contactar con el programa de tratamiento	
-----	--	--

Valoración del tratamiento en Proyecto Hombre

161 Para Ud. acceder al tratamiento con 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 satisfactorio (2) Bastante satisfactorio (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

• ¿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 fué:
- (1) Muy buena (2) Buena (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

- Si abandonaste el tratamiento, ¿qué razones te han impulsado a tomar esa decisión?

175	Consumir o deseo de consumir drogas	
176	Consumir o deseo de consumir alcohol	
177	No querer continuar con las limitaciones que impone P.H.	
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	

- El tratamiento en el P.H. te ha servido para:

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	

191	No cometer delitos	
192	Integrarte en el mundo laboral	
193	Ocupar mejor tu tiempo libre	
194	Tener otras inquietudes	
195	Tener más confianza en tí mismo	

187	Tener mayor conciencia de mis problemas	
188	Dejar de consumir heroína	
189	Consumir menos otras drogas	
190	No consumir ningún tipo de drogas	

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

Hoja de seguimiento familiar

200 Dígame la frecuencia con la que Ud. cree que el paciente ha consumido drogas desde que salió del programa de tratamiento

(0) Nunca (1) Esporádicamente (2) De vez en cuando (3) Frecuentemente (4) Todo el tiempo

201 ¿Con qué frecuencia ha tenido problemas el paciente con el alcohol tras salir del programa de tratamiento?

(0) Nunca (1) Esporádicamente (2) De vez en cuando (3) Frecuentemente (4) Todo el tiempo

202 Si ha tenido problemas con el alcohol, indique la gravedad de los mismos:

(0) Ninguno (1) Problemas leves (2) Problemas moderados (3) Problemas graves (4) Problemas muy graves

203 ¿Realiza alguna actividad laboral o formativa?

(1) No trabaja, ni estudia ni muestra interés (2) No trabaja pero se muestra activo (3) Trabaja o estudia

● Tras el alta, ¿con qué frecuencia realiza el sujeto, en su tiempo libre, alguna de las siguientes actividades?

(Marque con una cruz lo que corresponda)

204	Deportivas	<input type="checkbox"/> (0) Nunca	<input type="checkbox"/> (1) Algunas veces	<input type="checkbox"/> (2) Frecuentemente
205	Culturales	<input type="checkbox"/> (0) Nunca	<input type="checkbox"/> (1) Algunas veces	<input type="checkbox"/> (2) Frecuentemente
206	Ocio	<input type="checkbox"/> (0) Nunca	<input type="checkbox"/> (1) Algunas veces	<input type="checkbox"/> (2) Frecuentemente
207	Políticas	<input type="checkbox"/> (0) Nunca	<input type="checkbox"/> (1) Algunas veces	<input type="checkbox"/> (2) Frecuentemente

208 ¿Tiene un grupo de amigos no consumidores con los que realiza actividades frecuentemente?

(0) No (1) Sí

209 ¿Mantiene relaciones con consumidores en activo?

(0) Nunca (1) Algunas veces (2) Frecuentemente

210 ¿En qué sentido ha cambiado la relación familiar tras el alta?

(0) Empeoró mucho (1) Empeoró (2) Sin cambios (3) Mejoró (4) Mejoró mucho

Cuestionario de línea base

Nombre del paciente: _____

1 Edad al inicio del programa:

2 Estado civil:
 (1) Soltero (2) Casado (3) Separado/divorciado (4) Viudo

3 Años de dependencia de la heroína:

4 Años de dependencia de la cocaína:

5 Años de dependencia del cannabis:

6 Años de dependencia del alcohol:

7 Número de tratamientos anteriores a Proyecto Hombre:

8 Vía principal de administración en los últimos seis meses:
 (1) Inyectada (2) No inyectada

9 Último curso aprobado
 (1) Sin estudios (2) Graduado escolar (3) Estudios medios (4) Estudios superiores

10 Fuente más importante de obtención de dinero a la llegada al programa:
 (1) Fuentes ilegales (2) Ayudas familiares y/o de amigos (3) Becas y subsidios (4) Sueldo

11 Situación laboral en el momento del ingreso en Proyecto Hombre
 (1) Desempleo sin subsidio (2) En paro con subsidio (3) Baja médica
 (4) Jubilado / Invalidez (5) Trabajo temporal (6) Trabajo estable

12 Tiempo de duración del periodo más largo de empleo regular (en meses):

13 Número de veces que ha sido acusado o detenido:

14 Número de meses en la cárcel:

15 Enfermedades diagnosticadas:
 (1) VIH y hepatitis (2) VIH (3) Hepatitis (4) Tuberculosis (5) Ninguna

16 Tratamiento por problemas psiquiátricos/psicológicos (excluyendo consumo de drogas)
 (1) Sí (2) No

17 Tipo de personas con las que convive:
 (1) Familia de origen (2) Familia propia (3) Solo (4) Familia propia y de origen (5) Con otros

18 Apoyo familiar durante el tratamiento
 (1) Sí (2) No

19 Nº de familiares con que convive con problemas con alguna droga (incluido el alcohol):

Cuestionario de seguimiento familiar

Nombre: _____

1 Dígame la frecuencia con la que Vd. cree que el paciente ha consumido drogas desde que salió del programa de tratamiento.

(0) nunca (1) esporádicamente (2) de vez en cuando (3) frecuentemente (4) todo el tiempo

2 ¿Con qué frecuencia ha tenido problemas del paciente con el alcohol tras salir del programa de tratamiento?

(0) nunca (1) esporádicamente (2) de vez en cuando (3) frecuentemente (4) todo el tiempo

3 Si ha tenido problemas con el alcohol, indique la gravedad de los mismos:

(0) ninguno (1) problemas leves (2) problemas moderados (3) problemas graves (4) problemas muy graves

4 ¿Realiza alguna actividad laboral o formativa?

(1) no trabaja, ni estudia ni muestra interés (2) no trabaja pero se muestra activo (3) trabaja o estudia

- Tras el alta, ¿con qué frecuencia realizaba sujeto, en su tiempo libre, algunas de las siguientes actividades?
(Marque con una cruz lo que corresponda)

5	Deportivas	<input type="checkbox"/>	(0) Nunca	<input type="checkbox"/>	(1) Algunas veces	<input type="checkbox"/>	(2) Frecuentemente
6	Culturales	<input type="checkbox"/>	(0) Nunca	<input type="checkbox"/>	(1) Algunas veces	<input type="checkbox"/>	(2) Frecuentemente
7	Ocio	<input type="checkbox"/>	(0) Nunca	<input type="checkbox"/>	(1) Algunas veces	<input type="checkbox"/>	(2) Frecuentemente
8	Políticas	<input type="checkbox"/>	(0) Nunca	<input type="checkbox"/>	(1) Algunas veces	<input type="checkbox"/>	(2) Frecuentemente

9 ¿Tiene un grupo de amigos no consumidores con los que realizan actividades frecuentemente?

(0) No (1) Sí

10 ¿Mantiene relaciones con consumidores en activo?

(0) nunca

(1) algunas veces

(2) frecuentemente

11 ¿En qué sentido ha cambiado la relación familiar tras el alta?

(0) Empeoró mucho

(1) empeoró

(2) sin cambios

(3) mejoró

(4) mejoró mucho