

ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO DE DROGODEPENDIENTES DE OPIÁCEOS

Félix Calvo Gómez

Catedrático de Sociología. Universidad de Deusto

Sumario: 1. Enfoque y marco de la investigación. 1.1. Objetivos. 1.2. Población a analizar y muestra seleccionada. 1.3. Diseño de la investigación. 2. Análisis de resultados. 2.1. El «adicto tipo». 2.2. Consumo de drogas. 1. Consumo de heroína. 2. Consumo de cocaína. 3. Consumo de otras drogas. 4. Consumo de alcohol. 5. Policonsumo. 6. Orden del consumo de drogas. 7. Edad del Inicio. 2.3. Tratamientos previos y tratamientos actuales. 1. Modalidades de tratamientos previos. 2. Atención en urgencias. 3. Tratamiento en curso en el período 30-junio-1993 al 30-junio-1994. 4. Comparación entre los grupos de metadona, naltrexona y sin tratamiento. A) Comparación primaria entre los grupos. B) La comparación entre los grupos «homogeneizados». 2.4. Hábitos de Riesgo. 1. Utilización de jeringa (aguja y émbolo) en los últimos seis meses. 2. Utilización de preservativos en las relaciones sexuales. 2.5. Ajuste social. 2.6. Estado de Salud Psicopatológico. a) Relación con los rasgos básicos de identificación. 2.7. Estado de Salud orgánico. A) Seroprevalentes al VIH. B) Diagnóstico de SIDA. C) Hepatitis.

1. Enfoque y marco de la investigación

La presente exposición pretende fundamentalmente aportar de manera sucinta los resultados de la investigación llevada a cabo entre los drogodependientes de opiáceos de la Comunidad de La Rioja durante 1995, motivada por el interés del Gobierno Autónomo de analizar en profundidad la realidad existente y poder de ese modo incidir en mejoras de planificación preventiva y asistencial.

1.1. *Objetivos*

El estudio se concreta y se inicia cronológicamente a partir de un *Convenio de Colaboración* entre la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social del *Gobierno de La Rioja* y el *I.D.D.* (Instituto Deusto de Drogodependencias) de la *Universidad de Deusto* firmado el 18-octubre-1994 con el *objetivo general* de conocer las características y situación actual a la vez que evolutiva de los drogodependientes que han iniciado tratamiento en los servicios sanitarios de la Comunidad de La Rioja.

Este objetivo general queda descompuesto en siete bloques de *objetivos específicos*:

1. Conocer las *características sociodemográficas* de los usuarios que han tenido al menos un contacto con los servicios. El interés por construir el perfil del «Adicto Tipo» necesita disponer de un conjunto de variables como Fecha de Nacimiento, Sexo, Lugar de Nacimiento del usuario y de su padre, Lugar de residencia estable actual (municipio y Zona Básica de Salud), Estado Civil, Profesión, Situación laboral, escolarización, etc.
2. Averiguar el *Inicio y la Evolución en el uso de drogas y de la dependencia*. Se necesita la edad de inicio en el consumo de las diferentes sustancias, la cantidad y frecuencia del consumo previo y actual, la vía de administración, etc.
3. *Historia de los tratamientos previos y situación toxicológica actual*. Todo ello según centros, tipo de tratamiento y tiempo de retención en el programa.
4. Detectar los *Hábitos de riesgo* especialmente en relación con el contagio del VIH (UDVP, compartir jeringuillas, relaciones sexuales seguras, etc.).
5. Estimar el *Nivel de Ajuste Social* en base al número y la clase de las posibles complicaciones policiales y judiciales.
6. Analizar los resultados del GHQ28 sobre el *Estado de Salud Psicopatológico*.
7. Verificar el *Estado de Salud Orgánico* con las variables recogidas en los Servicios.

Las directrices instrumentales para la consecución de estos objetivos se conciben desde la perspectiva del «*modelo de análisis explicativo*». No se pretende llegar a la finura y complejidad de los modelos causales ni tampoco, por ejemplo, a los basados en la investigación en la acción. Tampoco pretenden quedarse en la mera descripción o exploración de los elementos más sobresalientes de la situacionalidad vital de los drogodependientes. El hallazgo de factores influyentes sobre diversos comporta-

mientos y actitudes, las interrelaciones entre las áreas investigadas, la atención expresa a la variable tiempo como hecho diferenciador de los posibles grados de evolución, las comparaciones entre los diferentes grupos de drogodependientes, etc., deben constituir los cauces del intento de captación explicativa de la realidad personal de los adictos a la droga.

1.2. Población a analizar y muestra seleccionada

El total de los adictos a la heroína censados en la Comunidad de La Rioja según los datos de la red de servicios alcanza la cifra de $N = 406$ considerando el período 30 de junio de 1993 a 30 de junio de 1994.

A partir de ese censo existente donde están recogidas algunas pocas características se llega a establecer una *Descripción Existencial* con los siguientes perfiles:

SITUACION	Número	Porcent.
Fallecidos	6	1,5
En Prisión	17	4,2
Comunidades Terapéuticas	21	5,2
Estado Terminal	10	2,5
Fuera de La Rioja	36	8,9
Resto	316	77,8
Total	406	100,0

En base a la experiencia de campo y el conocimiento del *modus vivendi* de los drogadictos se admite la existencia de un cierto grupo de ellos que no iba a poder ser localizado por diferentes motivos. El empeño y el esfuerzo ha de ponerse en disminuir el número de los componentes de este grupo.

Finalmente la cuantía del *Colectivo Total Ilocalizable o de difícil accesibilidad* llega a 113. Esta cifra la componen:

- 6 fallecidos.
- 4 en prisión y sin posibilidad de acceso a la entrevista: (celda de castigo, incomunicado, etc. (Otros 13 sí respondieron.)
- 13 en Comunidades Terapéuticas siguiendo procesos de rehabilitación que no contemplan como oportuno la participación en autoanálisis personales vía encuesta-test. (8 sí respondieron.)
- 36 con lugar de residencia fuera de La Rioja.

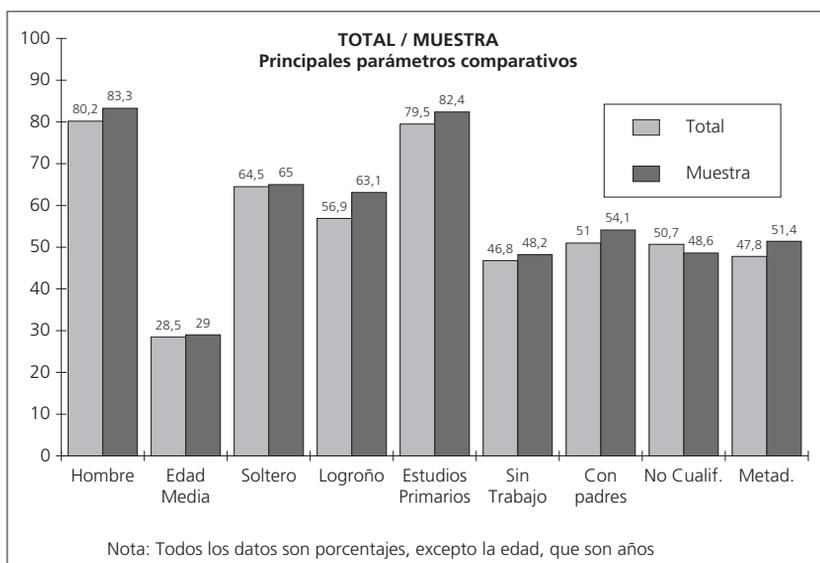
- 10 en estado terminal.
- 44 «sin noticia» por no tener prácticamente ninguna información sobre ellos salvo la de haber acudido una o dos o como máximo tres veces a consulta en alguno de los centros y posteriormente no saber nada más de él salvo que sigue viviendo en La Rioja.

El Colectivo Total Accesible llega, por tanto, a 293 drogodependientes.

El trabajo de campo se plantea con las características del «*tipo de muestreo polifásico*» por el que se llevan a cabo labores de recogida de datos en *cinco fases* diferentes y con la idea clara y esforzada de atender minuciosamente a todas las cuestiones o dudas presentables por los adictos en las entrevistas personales. Finalmente se llega a un total de muestra de N = 222 adictos entrevistados.

Los N = 222 entrevistados supone un porcentaje de cobertura del 75,77% respecto al colectivo total accesible, cifra ciertamente muy superior a la alcanzada en otros estudios, sobre todo considerando el escaso tiempo en el que debió abordarse todo el proceso del trabajo de campo y las dificultades inherentes al mismo.

Las características primarias e identificativas de ese conjunto muestral demuestran su *alta representatividad* no sólo respecto al colectivo total accesible sino al colectivo total de los 406 drogadictos como puede apreciarse en el gráfico adjunto.



Únicamente respecto a estar en el Programa de Metadona la muestra no es representativa del conjunto total por estar ilocalizables o inaccesibles algunos de ellos aunque sí respecto al colectivo de 293 sujetos accesibles.

En general, salvo en el caso de estar en programas de tratamiento, del resto de sujetos no entrevistados, como ya se ha comprobado en otros estudios, puede afirmarse su no diferencialidad global respecto a los sí presentes en el seguimiento y análisis.

1.3. *Diseño de la investigación*

El *diseño* de la investigación en coherencia lógica con el «modelo explicativo» de análisis elegido conjuga dos tipos de estrategias metodológicas con enfoques diferentes pero complementarios: el correspondiente, por una parte, al «*experimento ex-post-facto*» y el correspondiente a los estudios «*panel*».

Efectivamente, ante la realidad social particular de los adictos a la heroína en la Comunidad de La Rioja se indagan *a posteriori* o *ex-post-facto* los factores determinantes de esa realidad. No es, pues, un experimento en sentido estricto al carecer entre otros detalles de grupo control y de grupo o grupos experimentales a los cuales se les mide antes, se efectúa el experimento y se vuelve a medir al final del mismo.

Por otra parte, los «*panel*» exigen una primera medición sobre un grupo de sujetos controlados a los cuales se les sigue midiendo posteriormente en sucesivas ocasiones. En la investigación se ha acudido a una fórmula sustitutiva: los sujetos deben responder a preguntas dirigidas al momento actual y también a momentos precedentes. Por otra parte, los resultados obtenidos en la actualidad pueden ser considerados como una primera medición sobre un grupo de sujetos adictos conocidos a los cuales se les podrá medir cuando haya transcurrido un cierto período de tiempo y obtener así resultados acerca de sus variaciones conductuales o actitudinales.

Los *instrumentos de medida* contruidos al efecto con el bagaje de la aportación ya hecha en otros estudios han sido dos: la *Encuesta-Test de Opinión y Situación Personal* (Cfr. Anexo I) concebida desde la perspectiva del conocimiento de ciertas variables o noticias sólo por parte del propio sujeto y, en consecuencia, deberá de ser éste mediante el «autoinforme» el propio relator de su estado y situación. Cuando los datos pueden ser obtenidos mediante *Archivos e Informes* existentes se acude a esta fuente de datos como así ocurre con el *Cuestionario sobre el Estado de Salud Orgánico*, segundo instrumento de medición creado también expresamente para este estudio.

2. Análisis de resultados

2.1. El «adicto tipo»

El constructo *adicto «tipo»* presenta los siguientes parámetros caracterizadores:

Parámetros	N	%
Hombre	185	83,3%
Edad Media	29 años	
Soltero	143	65,0%
Vive en Logroño	140	63,1%
A lo más estudios primarios	183	82,4%
Con trabajo	113	51,4%
Vive con sus padres	120	54,1%
Trabajador No cualificado	98	48,6%
Programa de metadona	114	51,4%

La tabla anterior puede ser completada con diversos detalles más amplios:

—Lugar de nacimiento y lugar de residencia:

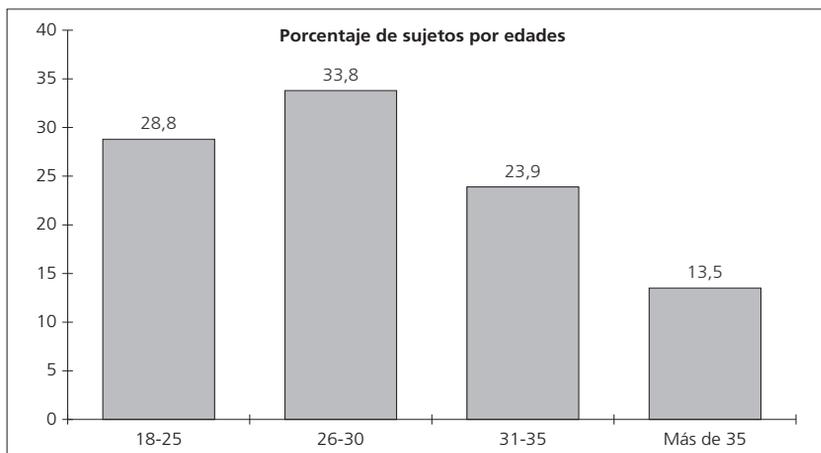
- El 62,2% ha nacido en *La Rioja*. Un 13,4% ha nacido en el *País Vasco*.
- El 63,1% reside en Logroño.
- El 89,6% tiene residencia fija y un 10,4% admite no tener residencia fija o estable.

—Edad:

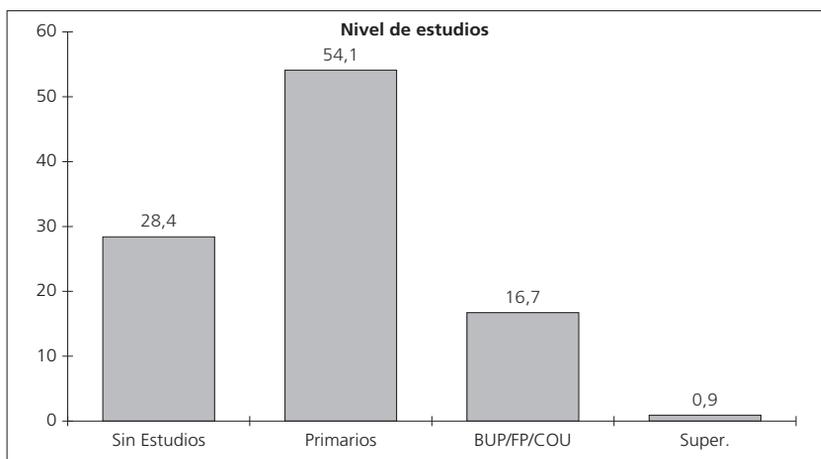
- El 12,6% de los entrevistados tiene *22 años o menos*.
- Tan sólo un 13,5% *tiene más de 35 años*.
- El *grupo mayoritario* se sitúa entre los 27 y 30 años: 28,4%.
- Tan sólo un 13,5 *tiene más de 35 años*. (Cfr. Gráfico.)

—Nivel de estudios:

- Es destacable el bajo nivel de estudios de los entrevistados pues llega al 82,5% los que, a lo sumo, han *completado estudios primarios*.



- El 34,4% de los entrevistados ha estado escolarizado un período *máximo de 9 años*.
- La *media de años escolarizados* es de 10.
- Se da un alto índice de *Abandono* prematuro de los estudios: 74,7% afirma haber abandonado sus estudios. Antes de los 14 años lo hizo el 41% de éstos.
- El 93,2% de los encuestados afirma no haber obtenido ningún *Diploma, Certificado o Título* el tiempo transcurrido desde que contactaron con el C.S.M.
- El 92,8% de los entrevistados no está *Matriculado actualmente* en ningún centro escolar. Sólo 13 sí están matriculados actualmente.



—Situación laboral:

- El 57% de los entrevistados llegó a tener algún tipo de trabajo antes de ser atendido en los equipos de atención de drogodependencias.
- En el momento de realizar la entrevista disponían de *tarea ocupacional* 51,4% de ellos. Nótese que se trata de tarea ocupacional, es decir, de uno u otro modo, entendible como trabajo.
- En esa tarea ocupacional hay una *enorme diversidad de calificaciones profesionales* u oficios: desde peón albañil, venta ambulante, temporeros, obrero de fábrica, agricultor, etc., pasando por portero de teatro, pastelero, camarero, montador eléctrico, peluquería, enconfrador, etc., hasta oficial 1.^a de construcción, profesora de dibujo, imagen y vídeo.

—Interrelaciones entre los rasgos básicos de identificación:

- Mientras el 75% de los que viven con su *familia* (casados) trabajan, tan sólo lo hacen el 45% de los que viven con sus padres (solteros).
- A medida que se eleva el nivel de estudios poseen, en mayor proporción, tarea ocupacional (el 66% de los de estudios medios, frente al 37% de los de estudios primarios). Relación que se verifica también con *número de años escolarizados*, y la *edad de abandono* de los estudios.
- El 72% de los que no han sido *detenidos* en ninguna ocasión poseen tarea ocupacional frente al 45% de los que han sido detenidos.

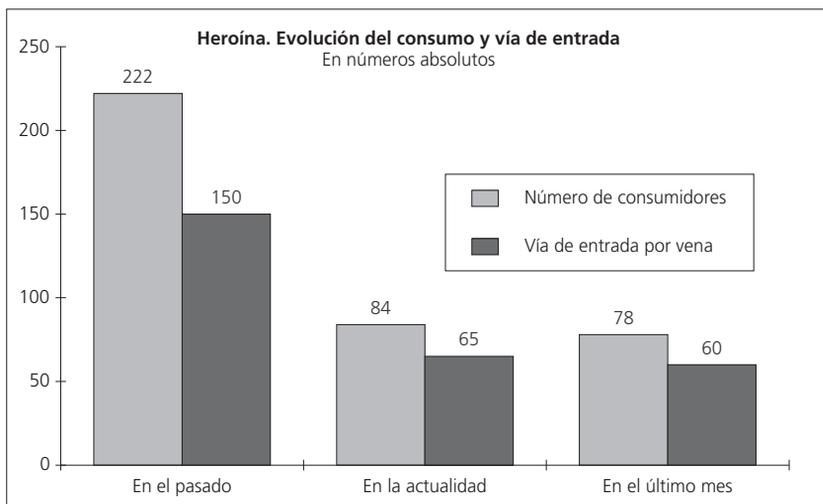
2.2. Consumo de drogas

1. CONSUMO DE HEROÍNA

- Antes de los 19 años*, algo más del 52% ya consumía heroína. La *edad media de inicio* al consumo de heroína es de 19,10 años.
- La vía de entrada más frecuente es la *intravenosa*, usada por el 77,4% de los encuestados.
- El 62,16% dice *no haber consumido heroína en la actualidad* (entendido como en los últimos seis meses).
- El 64,9% dice *no haber consumido heroína en el último mes*.

Como puede apreciarse es notoria la *progresión descendente en el consumo de heroína con el paso del tiempo*.

- En el pasado, son todos los 222 consumidores de heroína,
- en la actualidad (últimos seis meses) desciende a 84 sujetos (37,8%),
- y en el último mes son 78 sujetos (35,1%).



La progresión descendente de consumidores de heroína en porcentajes sobre los 222 sujetos es muy reveladora: de un 100% (222) de consumidores en el pasado desciende hasta un 37,8% en la actualidad (últimos seis meses) y hasta un 35,1% en el último mes. Esta *tendencia ofrece un panorama notablemente positivo* si se compara con otras realidades (siempre teniendo en cuenta las peculiaridades propias de cada grupo de adictos a la heroína estudiados) donde aparece que el consumo en el último mes de heroína alcanza hasta un 55,4% de la muestra analizada (MARINA, 1993, p. 72).

Debe notarse, por otra parte, el escaso descenso de consumidores en el período de los últimos seis meses: de 84 bajan a 78 consumidores en el último mes, lo cual ratifica de alguna manera ese consistente hábito de consumo de heroína, esa adicción de difícil recuperación. Debe reconocerse que de los 6 sujetos que abandonan la heroína 4 pertenecen al programa de Metadona. La lentitud de rehabilitación, por tanto, es un hecho pero, los progresos aun siendo escasos, son tangibles y progresivos como sucede y se comprueba en otros estudios.

El dato del consumo del último mes, sobre todo, se sitúa entre los hallados por el «Drug Dependence Clinics» de Londres o por el DARP o en el estudio de Asturias (MARINA, 1993, p. 95) con 31%, 61% y 44,6% respectivamente. En el presente estudio, el porcentaje se sitúa en el 35,1%. Quizás pueda considerarse bajo, pero los análisis de orinas sucias, como parámetro de control, asevera esta cifra.

Atendiendo a los *rasgos básicos de identificación*, resulta según los datos de la muestra:

- 65 hombres y 13 mujeres.
- 50 viven en Logroño. 27 viven en los pueblos.
- 51 están solteros y 16 casados.
- 48 viven con sus padres. 17 viven con la familia propia.
- 24 «sin estudios». 43 de estudios primarios. 10 estudios medios.
- 47 no tienen trabajo. 30 sí tienen trabajo.

La frecuencia del consumo de ese 35,1% de consumidores en el último mes se distribuye prácticamente por igual entre un 18% de consumidores diarios (1 o más veces al día) y un 17,1% de consumidores esporádicos (menos de 1 vez al día).

En cualquier caso, la vía de administración según aparece en la tabla, es fundamentalmente intravenosa: 60 de los 78 sujetos, es decir, 76,9%. En este tema de la *vía de administración no ha habido una mejora sustancial*, quizás incluso puede hablarse de lo contrario. La razón, encontrada también en otros estudios, se mueve en el ámbito del reconocimiento de la presencia de un grupo con un hábito de adicción ya muy arraigado en el tiempo y, además, administrándose por vena que, dicho de otra manera, constituirían el bloque de peor pronóstico de recuperación.

Una muy buena parte de ese bloque está incluido en el programa de Metadona. Son 44 de los 78, es decir, el 56,4%. Lo más destacable es su práctica de administración. Estos son los más inveterados usuarios de la vía intravenosa. 36 de los 44, es decir, el 81,8% lo realizan de esa manera.

La gran mayoría de los consumidores en el último mes son *policonsumistas*: 83,3% (65 de los 78 sujetos). Se dividen así:

- consumidores de Heroína + Cocaína = 23 (10,4%)
- consumidores de Heroína + Otras drogas = 42 (18,9%)
- consumidores de sólo Heroína = 13 (5,9%)

Concretamente la combinación del uso de la heroína más la cocaína se distribuye según la siguiente tabla:

		Heroína		
		Esporádico	Más de 1 al día	
Cocaína	Esporádico	9	11	20
	Más de 1 al día	0	3	3
		9	14	23

Destaca, por una parte, la mayoría de los del consumo de heroína 1 o más veces al día (14) y de los del consumo de cocaína de forma esporádica (20). Lo más frecuente, por otra parte, es el *consumo diario de heroína y esporádico de cocaína* (11) no encontrándose ningún sujeto de consumo esporádico de heroína y diario de cocaína.

Analizando con más detalle a este subgrupo de policonsumidores de heroína más cocaína resulta el siguiente perfil:

—21 son hombres	—21 viven en Logroño	—16 son solteros
—15 viven con padres	—19 tienen a lo más estudios primarios	—16 abandonan estudios
—16 sin trabajo	—14 del programa de Metadona	

Este perfil va a ser bastante repetitivo en algunas otras áreas. Vienen a señalar los parámetros básicos sobre los cuales se cimienta una adicción consolidada, habitual y de difícil ruptura o modificación. Aquí no entran prioritariamente los de mayor edad, los de pueblos, los de estudios superiores a los primarios, los que tienen trabajo, los que viven con la familia, etc.

Los 42 *sujetos policonsumidores de heroína + otras drogas* (18,9%) dividen su adicción de la siguiente forma:

—heroína + tranquilizantes	= 4
—heroína + alcohol	= 7
—heroína + cannabis	= 10
—heroína + alcohol + cannabis	= 9
—heroína + alcohol + cannabis + tranquilizantes	= 5
—heroína + otras combinaciones	= 7

Consumen sólo heroína 13 sujetos.

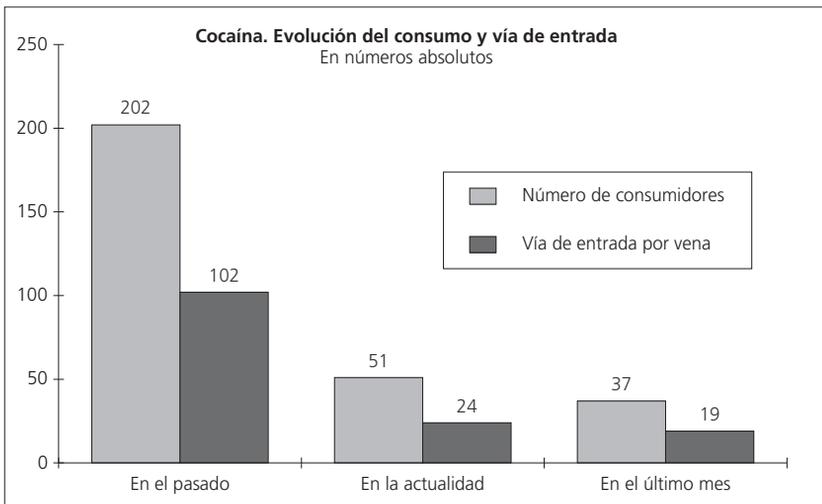
Los 42 sujetos presentan unos hábitos de policonsumo de heroína más otras drogas muy variados y diferentes aunque pudiera subrayarse como acompañantes de una u otra manera habituales el alcohol y el cannabis. A todos ellos debería añadirseles el tabaco dado su carácter general de consumo.

2. CONSUMO DE COCAÍNA

- El 91,2% de los encuestados afirma haber consumido cocaína en alguna ocasión.
- El 55,2% ha consumido cocaína, de forma regular, *antes de los 19 años*.
- El 77% afirma *no haber consumido cocaína durante el período actual* (entendido como los últimos seis meses).
- El 83,4% afirma *no haber consumido cocaína en el último mes*.
- La *edad media* de inicio a la cocaína es de *19,03 años*.

Lo más reseñable de los datos anteriores es el reconocimiento de una *progresión descendente* de consumidores:

- de los 202 sujetos que han consumido alguna vez,
- a los 51 en los últimos seis meses,
- y a los 37 consumidores en el último mes.



La progresión descendente de consumidores de cocaína en porcentajes sobre los 222 sujetos es muy reveladora: de un 91,0% (202) de consumidores en el pasado desciende hasta un 23,0% en los últimos seis meses y hasta un 16,7% en el último mes. Esta *tendencia puede considerarse notablemente positiva* si se compara con otras realidades (siempre teniendo en cuenta las peculiaridades propias de cada grupo de adictos a la cocaína estudiados) donde aparece que el consumo en el último mes de cocaína alcanza hasta un 33,1% de la muestra analizada (MARINA, 1993, p. 74).

Como ocurre en el caso de la heroína, el descenso de consumidores de cocaína desde un 91,0% que consumían en el pasado hasta el 23% de consumidores en la actualidad (últimos seis meses) debe comprenderse desde varias perspectivas. En primer lugar, desde la diferenciación entre haberla consumido en el pasado alguna vez y seguir consumiéndola en la actualidad (últimos seis meses) de manera más o menos esporádica. El pasado, efectivamente, significa hace tiempo. Hasta llegar a la actualidad han sucedido multitud de episodios con capacidad de cambiar los hábitos de consumo. Los mismos drogadictos confiesan haber cambiado de hábitos y haber superado ciertos consumos porque costaba mucho dinero, porque han sufrido episodios de sobredosis, de síndromes de abstinencia, etc., y porque llevaban mala vida. Por otra parte, el ir creciendo en edad parece estar acompañado de una nueva visión de su problemática situación y cierto cansancio de su drogadicción rutinaria. En algunos, se une a este proceso su paulatina maduración hacia la negación de su drogodependencia y sus deseos de recuperación. En algunos otros, también se añade su pertenencia a un determinado tratamiento con capacidad para ir recuperando al menos a los más decididos y a los más rehabilitables. Que la abstinencia de cocaína, como en el caso de la heroína, sea definitiva es otro grave problema de difícil predicción y explicación. Los datos, de todos modos, corroboran el descenso de consumidores de cocaína desde el pasado hasta la actualidad (últimos seis meses).

Respecto a la *vía de entrada por vena no hay variación proporcional significativa* entre los tres períodos. De cada dos consumidores 1 lo hizo por vena, lo hacía así hace seis meses y lo sigue haciendo en el último mes. En referencia al pasado, por otra parte, se percibe un cierto aumento en hacerlo por la nariz tanto en la actualidad (últimos seis meses) como en el consumo del último mes en detrimento de hacerlo por boca. En cualquier caso, estas tendencias sobre la vía de entrada deben tomarse con cautela por estar basada en un número reducido de drogodependientes consumidores de cocaína sobre todo en el último mes.

La *frecuencia del consumo en el último mes* es la siguiente: 33 (15%) la consumen esporádicamente y tan sólo 4 (1,9%) la consumen a diario una o más veces.

Sea como fuere la frecuencia de consumo del uso de cocaína en el último mes está muy relacionada con el policonsumo.

- Consumidores de heroína + cocaína = 23
- Consumidores de cocaína + otras drogas = 14

La explicación sobre los policonsumistas de heroína más cocaína está hecha en el apartado anterior. Sobre los 14 policonsumidores de cocaína más otras drogas puede confirmarse la gran variabilidad de consumo. Algunos pocos consumen también alcohol, por supuesto tabaco y otros cannabis.

Aunque tan *sólo son 37 sujetos* los consumidores de cocaína en el último mes hay ciertas diferencias constatables entre ellos.

- 30 viven en Logroño y 7 viven en pueblos.
- Sólo 6 atendidos en comunidad terapéutica son consumidores frente a 31 no atendidos.

3. CONSUMO DE OTRAS DROGAS

	Consumida alguna vez		Consumida en el último mes		Edad Media de Inicio
	N	%	N	%	
Tabaco	218	98	214	96	12,86 años
Cannabis	212	96	95	43	15,27 años
Alucinógenos	169	76	4	2	17,12 años
Tranquilizantes	188	85	38	17	20,21 años
Otros opiáceos (Buprex)	146	66	9	4	21,29 años
Anfetaminas	156	70	9	4	18,54 años
Disolventes	32	14	1	0,5	12,59 años

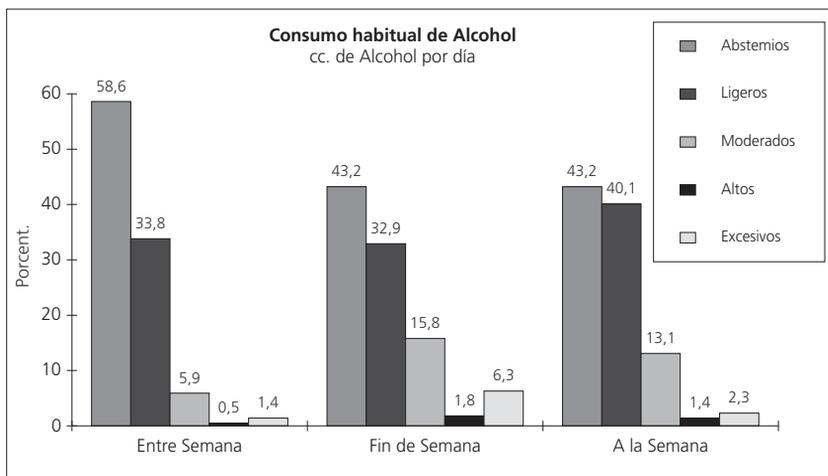
La tabla está confeccionada a modo de resumen con la intención fundamental de dejar en evidencia el carácter de drogas acompañantes de las dos fundamentales como son la heroína y la cocaína.

Todas, menos los disolventes, han sido consumidas en mayor o menor medida alguna vez, pero el consumo en el último mes descienden sustancialmente menos el tabaco y el cannabis. Estas son precisamente las drogas más acompañantes añadiendo, aunque en menor medida, los tranquilizantes.

4. CONSUMO DE ALCOHOL

- La práctica totalidad de los encuestados afirma haber consumido alguna vez alcohol (91,9%).
- El 54% de los encuestados afirma haber consumido regularmente alcohol antes de los 15 años y a los 16 años es el 82%.
- La *media de edad en el inicio* al alcohol es de 15,11 años.
- El 43,2% de las personas encuestadas *asegura no haber consumido alcohol en la actualidad (últimos seis meses)*.

El siguiente gráfico expone los porcentajes de consumidores de alcohol en la actualidad (últimos seis meses) en función de la temporalidad: entre semana, fin de semana y a la semana (como promedio ponderado de los dos anteriores) y en función de la cantidad bebida oscilando entre Abstemios y Excesivos.



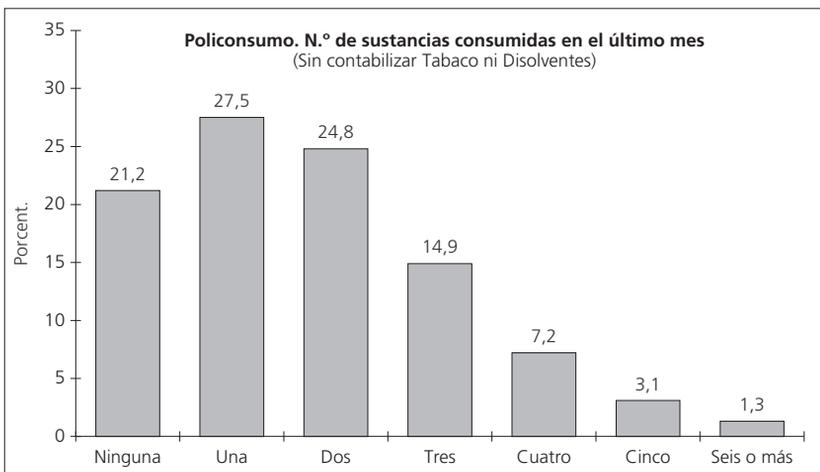
En el tema del alcohol es difícil hacer comparaciones con los resultados de otros estudios por la diferente técnica usada para medir las cantidades consumidas. Por otra parte, tampoco parece lógico comparar el consumo de alcohol en la población general con el consumo de alcohol en el colectivo de drogodependientes.

El 43,2% de abstemios en la actualidad (últimos seis meses) y el 57,3% también de abstemios en el último mes son cifras francamente elevadas de abstinencia de alcohol. Independientemente de otras cifras de diferentes estudios donde resultan algo más elevadas, el colectivo de drogodependientes del presente estudio presenta un grupo de 133 sujetos inscritos en algún programa: metadona, naltrexona y libre de drogas. Estos tratamientos impiden y casi apartan de una u otra manera el consumo de alcohol.

Si se incluyera junto a los abstemios a los ligeros (de 1 a 25 cc., lo cual supone un consumo ciertamente escaso entendido en otros estudios como «ocasional») el porcentaje se situaría en algo más del 80%, lo cual permite afirmar en el presente estudio *la ausencia del alcohol como problema añadido al consumo de drogas*. También pudiera entenderse como un síntoma de recuperación general al menos en esta área. Durante el fin de semana la situación varía por la presencia de aproximadamente un 25% de bebedores moderados, altos o excesivos, tendencia por otra parte que se cumple tanto en el consumo de alcohol en la población general como, sobre todo, entre los jóvenes.

5. POLICONSUMO

La tesis más frecuentemente defendida (MARINA, 1993, p. 74) es la tendencia al policonsumo por parte de los drogodependientes. La tabla siguiente referida al consumo en el último mes proporciona alguna matización según los datos de este estudio.



Como se ve, la tabla no considera ni el tabaco ni los disolventes. El tabaco por ser consumida prácticamente por todos. Y los disolventes por no ser consumida prácticamente por nadie.

En primer lugar, destaca el *porcentaje de Abstinentes* en el último mes hasta situarse en un 21,2%. Por otro, los porcentajes relativamente mayoritarios se colocan en el *consumo de una sustancia* (27,5%). Sumando las dos cantidades supone un 48,7% del total. Es decir, prácticamente la mitad de los entrevistados no son policonsumistas.

De otra parte, sin embargo, *el 51,3% consumen dos o más sustancias*. Destaca el dato del 26,57% *de consumidores de 3 sustancias o más*, es decir, 1 de cada 4 sujetos, podría definirse como *policonsumista generalizado*.

La siguiente distribución clarifica los tipos de consumo más relevantes incluyendo a los abstinentes y en comparación con los obtenidos en el Estudio de Asturias (MARINA, 1993, p. 74) sin considerar el tabaco ni los disolventes:

	Presente Estudio		Estudio de Asturias	
	N	%	N	%
Abstinentes	47	21,2	23	16,5
Heroína + Cocaína	23	10,2	39	28,1
Heroína + otras drogas	55	24,8	39	28,1
Cocaína + otras drogas	14	6,3	13	9,4
Otras drogas	83	37,4	25	18,0

Los datos dejan claras dos realidades: el porcentaje de abstinentes es mayor en el presente estudio de La Rioja que en el de Asturias (21,2% frente a 16,5%) y el consumo de heroína y cocaína es inferior. En el caso de «otras drogas» el porcentaje del presente estudio es bastante superior pero no debe entenderse como un porcentaje de policonsumistas dado que en el mismo están incluidos aquellos consumidores de una sola droga, principalmente, cannabis o alcohol cuyo porcentaje asciende al 21,6%. Por tanto, en ese concepto de «otras drogas» el nivel de policonsumistas llega tan sólo al 15,8%. El policonsumismo, por tanto, en el presente estudio, aun siendo una realidad, no alcanza la categoría de característica definitoria del tipo de consumo de los adictos a la heroína.

El siguiente cuadro aporta más detalles del tipo de policonsumo sobre todo referido a las drogas acompañantes de la heroína.

	N	%
Abstinentes	47	21
Sólo heroína	13	6
Heroína + cocaína	23	10
Heroína + tranquilizantes	4	2
Heroína + alcohol	7	3
Heroína + cannabis	10	4
Heroína + alcohol + cannabis	9	4
Heroína + alcohol + cannabis + tranq.	5	2
Heroína + otras combinaciones	7	3
Cocaína más otras drogas	14	6
Otras combinaciones de drogas	83	37
TOTAL	222	100

6. ORDEN DEL CONSUMO DE DROGAS

Esta pregunta del cuestionario tiene el sentido de averiguar el itinerario personal de consumo seguido hasta terminar en la heroína y no tanto búsqueda de causalidades estrictas entre primeros consumos y consumos posteriores.

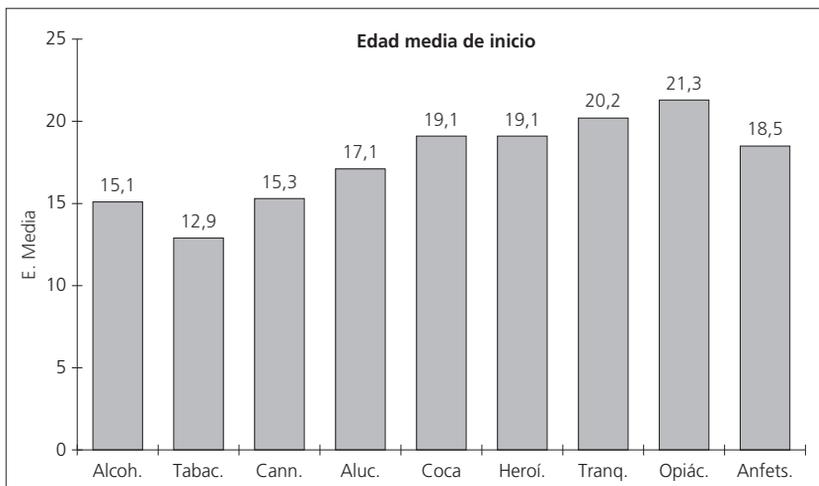
La *primera sustancia* en el orden de consumo es *el tabaco*, con la que empezaron el 71,6% (sobre 222). Le sigue, como primera sustancia en el orden de consumo aunque a enorme distancia, *el alcohol*, con el que empezaron el 22,5% de ellos.

A partir de aquí puede constatarse la existencia de dos rutas paralelas:

- a) Por un lado los que como segunda sustancia en el orden de consumo señalan el *cannabis* pasan ya como tercera sustancia a la *heroína*.
- b) Los que, como segunda sustancia, señalan el *alcohol*, y apuntan el *cannabis* como tercera y llegan más tarde a la heroína.

7. EDAD DE INICIO

El gráfico siguiente ofrece la edad media de inicio a las distintas sustancias:



Este gráfico de edades de inicio presenta una fuerte concordancia con el orden de consumo de las diferentes drogas: Tabaco, Alcohol, Cannabis y Heroína junto con Cocaína. También se consumen relativamente pronto los Alucinógenos pero los propios entrevistados no la consideran como una droga importante en su itinerario hasta la heroína.

La edad de inicio al consumo de heroína influye en el consumo del último mes. El análisis estadístico de los datos revela efectivamente que el grupo con inicio al consumo de heroína menor de 16 años es el que en mayor proporción sigue consumiendo en el último mes (41,9%). Los que se iniciaron con más de 17 años consumen menos heroína (28,6%). Como si un inicio a la heroína en edad muy temprana física y psíquicamente suponga un verdadero enganche prolongado en el tiempo. Por otra parte, ese inicio a edad temprana significa de alguna manera un entorno familiar y parental no precisamente saludable y estabilizado. Si se comienza antes de los 16 años a consumir heroína quiere decir que dos o tres años antes, es decir a los 13 o 14 años, ya se había iniciado en otras drogas.

A pesar de haber relación entre edad actual y edad de inicio, por ejemplo los mayores de 36 años se inician al consumo de heroína a los 24 años y los menores de 25 años a los 17, no puede hablarse de relación entre edad actual y consumo de heroína.

2.3. Tratamientos previos y tratamientos actuales

1. MODALIDADES DE TRATAMIENTOS PREVIOS

Antes de entrar en contacto con el Equipo de Atención de Drogodependencias, es decir antes del 1 de julio de 1993, ha habido ciertamente una gran variedad de tipos de tratamientos.

Tratamiento Previos	Atendidos		Promedio de veces	Número máximo
	N	%		
Servicio Ambulatorio	76	34	3,11	12
Comunidad Terapéutica	71	32	2,10	7
Unidad Desintox. Hospital.	64	29	2,03	9
Tratamiento con metadona	49	22	1,23	3
Otros Servicios	64	29	2,25	9

La experiencia profesional en este campo conduce a una afirmación muy real: «*siempre se hace bastante pero se podría hacer más*». En este sentido debe entenderse ese 45,1% (100 sujetos) tratados y atendidos más de una vez y ese 35,1% (78 sujetos) nunca atendidos, más los 19,8% (42 sujetos) atendidos una sola vez y ya no han vuelto más.

Los no atendidos o los menos atendidos presentan una tipología coincidente con SELLS y SIMPSON (1976) caracterizada sociodemográficamente por varios parámetros: provenir de familias desajustadas, mujeres, «sin estudios», residentes en pueblos, es decir, lejos de la ciudad, con una edad de inicio temprano al consumo de heroína y sin padecer hepatitis, VIH, SIDA u otras patologías orgánicas.

La red pública de servicios socio-sanitarios está abierta en principio a todo aquél que lo necesite y lo pida. Muchos de los drogodependientes en virtud de su mentalidad y sus decisiones, sin duda influidas por su status personal y social ni tan siquiera se han acercado. Este hecho, como normalmente sucede en casi todas las organizaciones de servicios, suele servir de acicate y estímulo para la superación, la reprogramación, la rentabilización óptima de los recursos humanos y financieros de que dispone y, en definitiva, para estar en permanente alerta para realizar los cambios pertinentes y adaptarse mejor a las nuevas circunstancias. Esta fenomenología organizacional se ha dado en la Comunidad de La Rioja con nuevos planes, mejora de los existentes, reprogra-

maciones más ajustadas a la demanda, etc., porque en última instancia (SANCHEZ CARBONELL, 1989) las diversas modalidades de tratamiento son, en un nivel u otro, eficaces y traen consecuencias positivas a corto, medio o largo plazo según sea el tema de que se trate.

2. ATENCIÓN EN URGENCIAS

El 57,3% (108 sujetos) afirma haber sido atendido en urgencias en alguna ocasión por algún motivo en relación con las drogas y, además, con un promedio de veces atendido de hasta 6 como ocurre en el caso de «síndrome de abstinencia». Son cifras altas o muy altas pero, sin embargo, plausibles por lo que de riesgo vital tienen los sujetos drogo-dependientes.

	Atendidos		Promedio de veces	Número máximo
	N	%		
Por Sobredosis	53	24	2,23	15
Por Síndrome de Abstinencia	78	35	5,87	38
Por Patología Orgánica Asociada	63	28	1,92	10

La tipología del sujeto adicto atendido en urgencias se parece al atendido en los servicios ordinarios sobresaliendo sobre todo la característica de no tener trabajo y de vivir en Logroño. En este último caso no se trata de afirmar la existencia de diferentes episodios graves en la ciudad y en el pueblo sino tan sólo de la proximidad geográfica al centro de urgencias. El no tener trabajo, muy traducible por no tener responsabilidades sociolaborales y consecuentemente carecer de ilusión por enderezar una vida normalizada, se asienta como variable importante para entender la situación peligrosa en que puede devenir el adicto y, por tanto, en la necesidad de acudir a urgencias ante episodios de sobredosis, de patología orgánica asociada y también por síndrome de abstinencia probablemente iniciado por un «ya basta» personal o familiar ante una situación de bache profundo y prolongado.

En el mismo sentido debe hablarse de la influencia del ajuste social sobre el acudir a urgencias. Quienes han sido detenidos alguna vez, quienes han sido presentados más de cinco veces ante el juez, quienes más tiempo han estado en la cárcel, etc., son los que en mayor medida solicitan la atención en urgencias así como también en tratamientos ordinarios.

3. TRATAMIENTOS EN CURSO EN EL PERÍODO 30-JUNIO-1993 AL 30-JUNIO-1994.

Los Contactos con el Equipo de Atención de Drogodependencias

El número de drogadictos con contacto con el Equipo de Atención de Drogodependencias antes del 30-junio-93 son 165. Los que tuvieron su primer contacto posteriormente a tal fecha son 39. De los 18 restantes no se tienen datos acerca de la fecha.

En cualquiera de los dos casos, se realizó una *valoración física adecuada* al 88,5% (sobre 172 sujetos de los que se tienen datos), un 25,6% fue enviado a desintoxicación ambulatoria y el 6,1% a una desintoxicación hospitalaria.

	Iniciaron el Tratamiento					
	Sí		No		No hay datos	
	N	%	N	%	N	%
Contacto antes de 30-junio-1993	125	76	7	4	34	20
Contacto después al 30-junio-1993	29	74	6	15	4	10
No hay datos	5	29	0	0	12	71

El *porcentaje de los que iniciaron tratamiento es 71,6%* (159 sujetos) de los 222 entrevistados tras contactar con el Equipo de Atención de Drogodependencias. Este dato supera al 54,5% del Estudio de Asturias (MARINA, 1993, p. 91) quizás debido a la diferente comprensión entre contactar con el equipo y solicitar tratamiento de forma directa. Los que no quisieron iniciar tratamiento fueron tan sólo 13 sujetos (5,9%). De 50 no se tienen datos.

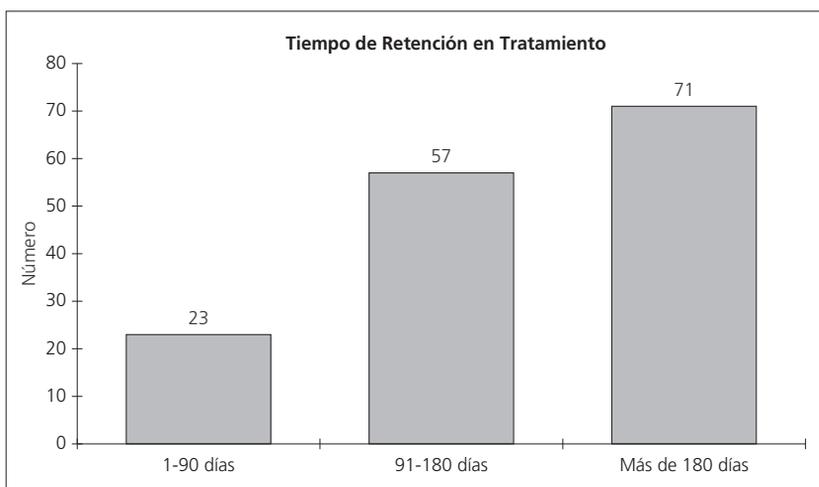
Los 159 inscritos en uno u otro momento a tratamiento se reparten así: 121 a Metadona, 29 a Naltrexona y 9 a Libre de Drogas.

Número de Consultas y Tiempo de Retención en los Programas de Tratamiento

De los 222 entrevistados, el 71,6% ha acudido a *20 o menos* consultas, frente al restante 28,4%, que ha tenido *más de 20* consultas. Son estos últimos los que presentan una muy notoria variabilidad porque se dan casos de 21 consultas y otros, sin embargo, llegan hasta las 138 consultas.

El promedio de consultas por sujeto es 19,96 durante el período analizado. Esta cifra puede entenderse quizás de diferentes formas en virtud de la perspectiva propia del observador-analista. Quizás sea demasiado alta por cuanto con menos visitas el drogadicto debería estar ya colocado en la dirección adecuada hacia su rehabilitación, o quizás sea demasiado baja por cuanto la problemática de la drogadicción necesita mucha orientación, bastante seguimiento, horas de escucha y atención hasta conseguir un objetivo que, muchas veces, es pequeño y de corto alcance dadas las circunstancias. En cualquier caso, tras analizar los datos estadísticamente *van más a consulta quien más disposición presenta hacia la prevención* no tanto quien más lo necesita: los no seroprevalentes al VIH, los no diagnosticados de SIDA, los sin hepatitis, los de menor relación con la justicia y los que menos han ido a la cárcel. También acuden en mayor proporción los posibles casos psicopatológicos y los bebedores moderados, altos o excesivos.

La media de días de Tiempo de Retención en los Programas de Tratamiento es de 270,0 (sobre 151 respuestas) pero con una desviación típica enorme, señal de la gran variabilidad de permanencia en tratamiento con un mínimo de 1 día y un máximo de 1.040 días.



Prácticamente la mitad (71 sujetos, 47,0%) presenta un tiempo de permanencia en el tratamiento de más de 6 meses y tan sólo 23 (15,2%) permanecen menos de tres meses. En comparación a otros estudios

(MARINA, 1993, p. 92) como el de Asturias, este dato sobrepasa con mucho al 18,7% que él encuentra en su muestra con un tiempo de retención superior a los seis meses. Por contra, el 51,1% no llega al mes. Desde otra perspectiva y a tenor de las averiguaciones ya realizadas (VAILLANT 1966) estos datos del presente estudio son positivos por la influencia de la variable «tiempo de retención» sobre el proceso de rehabilitación del drogadicto a pesar del peso negativo de ciertas características sociodemográficas de los sujetos, relación que se cumple en esta investigación concretamente entre el colectivo perteneciente al programa de Metadona.

	Promedio de consultas	Promedio de días de tratamiento
Metadona	17,5	268,3
Naltrexona	39,6	409,5
Libre de drogas	16,7	104,3
Abandonos	28,7	114,9

Los del programa de Naltrexona presentan un promedio más alto (409 días) y los de Metadona llegan a los 268,3 días. Los abandonos, lógicamente, disminuyen su permanencia hasta los 114,9 días, lo cual sin embargo, significa prácticamente tres meses.

Dos factores inciden especialmente en el tiempo de retención: *el ajuste social* medido en los últimos tres meses (no se encuentra relación entre ajuste pasado y retención) y el *Estado de Salud Orgánico*. Quienes mejor ajuste social presentan en esos últimos tres meses, quien no tiene su vida interrumpida de una u otra manera por causas judiciales causadas por conductas desordenadas y delictivas puede dedicarse, si mantiene el interés, por seguir un determinado tratamiento. Quienes, por otro lado, son seroprevalentes al VIH, o están diagnosticados de SIDA y los de Hepatitis se mantienen en tratamiento durante mayor período de tiempo no sólo quizás buscando atención sino también comprensión a su problemática de salud. Es destacable la no influencia del estado de salud psicopatológico sobre el tiempo de retención. Puede ser la inconsciencia o su propia situación de desequilibrio la generadora de una desvaloración del tratamiento y su consecuentemente abandono del mismo.

Situación actual al 30 de junio de 1994

SITUACION	N	%
En tratamiento:	133	60
—Metadona	114	51
—Naltrexona	16	7
—Libre de drogas	3	2
Sin tratamiento:	68	31
—Alta médica	6	3
—Trasladado	2	1
—Abandonos de tratamiento	29	13
—Sin aceptar tratamiento	31	14
En ARAD	4	2
En Proyecto Hombre	5	2
En Prisión	12	5
TOTAL	222	

La tabla puede ser completada con algún detalle más.

1. *Reciben algún tratamiento o están en programa 133 sujetos, el 60% del total de adictos a la heroína.*

—Los programas son:

- metadona: 114 sujetos.
- naltrexona: 16 sujetos.
- libre de drogas: 3 sujetos.

—La *dosis media de metadona* en miligramos que toman 111 sujetos de los que se dispone información es de 57,47 miligramos.

2. *No reciben tratamiento 68 sujetos, el 31% del total. Entre ellos se encuentran:*

- 6 sujetos (2,7%) con *alta médica*.
- 2 sujetos (1%) *trasladados* a otra localidad y sin tratamiento en la red.

—29 (13%) *abandonos* durante el período analizado. Ninguno ha abandonado el programa por ser expulsado y tan sólo 1 por ser encarcelado.

—31 sujetos (14%) *sin aceptar tratamiento*.

3. En *ARAD* 4 sujetos (2%).
4. En *Proyecto Hombre* 5 sujetos (2%).
5. En *Prisión* 12 sujetos (5%). En realidad son 13 pero uno está contabilizado como abandono.

En todo el período estudiado 30/6/93 a 30/6/94 se iniciaron en algún tipo de tratamiento 159 sujetos: 121 en metadona, 29 en naltrexona, 9 libre de drogas. Si se comparan con los 133 sujetos en tratamiento al finalizar el período es destacable la *pérdida de 26 sujetos*. Son:

—7 de Metadona: 3 alta médicas, 3 abandonos y 1 a *ARAD*.

—13 de Naltrexona: 1 alta médica y 12 abandonos.

—6 de Libre de Drogas: 2 altas médicas, 1 traslado y 3 abandonos.

4. COMPARACIÓN ENTRE LOS GRUPOS DE METADONA, NALTREXONA Y SIN TRATAMIENTO

Este apartado pretende principalmente comprobar la eficacia relativa del programa de Metadona (114 sujetos) en comparación a Naltrexona (16 sujetos) y a «Sin Tratamiento» (67 sujetos). El resto de sujetos forman subgrupos muy pequeños: 3 en Libre de Drogas, 4 en *ARAD*, 5 en *Proyecto Hombre* y 13 en *Prisión*.

La descripción de los perfiles más característicos de los drogadictos inmersos en el programa de Metadona sobre todo en comparación con los de «Sin Tratamiento» es imprescindible no sólo desde la comprobación experimental de su influencia sobre los resultados que se puedan alcanzar (MARTIN, 1994. MELGAREJO y Cols., 1988) sino por su diferencialidad entre ellos y, por tanto, por sus efectos sobre el diseño de la comparación a efectuar.

El *grupo de Metadona* presenta un primer perfil muy importante como es la presencia en él de prácticamente todos los diagnosticados de SIDA así como prácticamente las tres cuartas partes de todos los policonsumistas. Este último dato es significativo por la comprobación (HUBBARD y Cols., 1988) de su peor respuesta al tratamiento.

Un segundo perfil corresponde a haber sido atendidos en tratamientos previos proporcionalmente en mayor medida que los «Sin Tratamiento». Hay una excepción en el caso de haber estado en comu-

nidades terapéuticas. En este caso, sucede al revés y tiene su cierto grado de importancia porque casi un 60% de ellos han sido tratados en ellas.

Un tercer perfil corresponde directamente a los rasgos básicos de identificación: hay mayor proporción respecto a los de «Sin Tratamiento» de hombres, viviendo en Logroño, analfabetos o sin estudios (8 de cada 10), sin trabajo, casados y conviviendo con la propia familia o en pareja. Este conjunto de rasgos identificativos permite afirmar que en el programa de Metadona están una muy buena parte de lo que a lo largo del estudio se ha llamado el grupo de los «desfavorecidos», es decir, aquellos que sobresalen negativamente en los distintos aspectos analizados.

El grupo de «Sin Tratamiento» tiene también en primer lugar un perfil clave: acoge a los «dados de alta» (6) y a los trasladados (2) así como a los abandonos (29). Ninguna de las características de estos 37 sujetos están en programa de Metadona. De los 29 que han abandonado algún programa cabe decir que mayoritariamente han pasado por comunidad terapéutica.

El segundo perfil viene dado por los rasgos de identificación respecto al grupo de Metadona: hay proporcionalmente más mujeres, viviendo en Pueblos, solteros, viviendo con sus padres, con muy poca presencia relativa de los analfabetos o sin estudios y mucha más de los de estudios medios o superiores y con trabajo. En principio parecen constituir un grupo menos «desfavorecido» que el de Metadona pero es difícil aquilatar con objetividad hasta qué punto llegan las diferencias. En cualquier caso, tales diferencias sí son reconocibles y, por tanto, no al menos estadísticamente válido hablar de grupos homogéneos.

A) Comparación Primaria entre los grupos

En este apartado concreto se van a tomar para compararlos los resultados globales y «brutos» de los diferentes grupos a la fecha de la terminación del estudio (30 de junio de 1994) sin atender a sus respectivas peculiaridades que, quizás desde el inicio, los hagan diferentes e incluso incomparables.

La comparación entre el grupo de Metadona y el de Sin Tratamiento respecto a los distintos temas permite las siguientes conclusiones:

1. *Un consumo proporcionalmente mayor de heroína y cocaína en el último mes por parte del grupo de Metadona y una administración por vena también proporcionalmente mayor.*

		Metadona		Naltrexona		Sin tratamiento	
		N	%	N	%	N	%
Cocaína	Por vena (último mes)	13	62	0	0	1	10
	Consumo último mes	21	18	2	13	10	15
		N	%	N	%	N	%
Heroína	Por vena (último mes)	36	82	3	100	13	65
	Consumo último mes	44	39	3	19	20	31
		N	%	N	%	N	%
Alcohol	Abstinentes o ligero	100	83	11	69	43	64
	Moderado, alto o excesivo	14	12	5	31	24	36

2. *El descenso en el consumo de drogas es bastante similar en uno y otro grupo, sobre todo en heroína y cocaína. De consumir casi la totalidad descienden significativamente a consumir en el último mes hasta unos porcentajes en torno al 15%.*
3. *En el consumo de alcohol, es notablemente menor entre los que siguen el programa de Metadona con un porcentaje de abstemios y bebedores ligeros del 83%, bajando hasta el 64% para el grupo de los Sin Tratamiento.*
4. *En los hábitos de riesgo hay diferencias en una y otra dirección. Los de Metadona utilizan proporcionalmente mucho más la jeringa en razón a su mayor consumo de heroína respecto a los que están Sin Tratamiento y también tienden a reutilizarla en mayor medida. Sin embargo, en el hábito de utilizar una nueva cada vez el porcentaje es mayor que en el grupo de Sin Tratamiento. En el uso de preservativos los de Metadona practican más el usarlo siempre.*
5. *Respecto al ajuste social hay una mejoría entre los que se encuentran en el programa de Metadona: en los últimos tres meses el porcentaje de los que han pasado a disposición judicial entre los de Metadona es sensiblemente inferior a los que están Sin Tratamiento: ha estado ante el juez el 10% de los de Metadona frente al 21% de los que están Sin Tratamiento.*
6. *En lo referente al estado de salud psicopatológico las diferencias son ligeramente favorables a los de Metadona que presentan un 3% menos de porcentaje de «posibles casos psicopatológicos» que los que están Sin Tratamiento.*

7. En el apartado de *estado de salud orgánico no hay comparabilidad* por la gran ausencia de datos, en razón a la falta de contacto con el personal técnico de la Unidad, del grupo de Sin Tratamiento.

B) La Comparación entre los grupos «homogeneizados»

Las comparaciones realizadas en el apartado anterior entre los grupos sobre todo de Metadona y Sin Tratamiento dan finalmente como *conclusión una relativa eficacia del tratamiento de Metadona* en algunos aspectos como ajuste social, menor consumo de alcohol, hábitos de eliminación de riesgos de contagio, temáticas preventivas y un ligero mejor estado de salud psicopatológico, conclusiones similares a AMODIA, 1992 entre drogadictos también de Asturias.

Pero la comparación no es del todo válida porque *los dos grupos no son homogéneos*. Para homogeneizarlos se ha operativizado en este estudio en base a la neutralización de aquellos rasgos más sobresalientes presentes en un grupo y no en el otro. En el grupo de Metadona no se han considerado los 2 diagnosticados de SIDA y también se han dejado de considerar los 14 policonsumistas de heroína y cocaína (2 de ellos con SIDA). Por otra parte, en el grupo de «Sin Tratamiento» no se consideran los 6 sujetos dados de alta, los 2 trasladados y los 5 policonsumistas. El total de sujetos a comparar en un grupo y en otro son: 76 en Metadona y 51 en Sin Tratamiento.

	METADONA		SIN TRATAMIENTO	
	N	%	N	%
Heroína consumida en el último mes	19	25	15	29

Si antes el grupo entero de Metadona consumía heroína en un 39% en el último mes ahora desciende hasta el 25% en este nuevo grupo, situándose por debajo del grupo de Sin Tratamiento que desciende del 32% al 29%. Lo mismo ocurre de manera significativa en el consumo de cocaína, en el consumo de alcohol, en el ajuste social y en el estado de salud psicopatológico. Los *análisis sobre la eficacia del tratamiento de Metadona pasan a ser más positivos* (SIMPSON, 1984) y cambian de dirección. El problema de fondo radica en conocer exactamente las características de la clientela a atender y los puntos fuertes de la programación y funcionamiento del propio programa, tema éste que en el

presente estudio no se ha realizado pero al que se reconoce una decisiva importancia como elemento predictor de los resultados.

Se comprueba también estadísticamente la *influencia relativa del tiempo de retención* en el programa (a más tiempo retenido mejores resultados: de consumir en un 39% pasa al 30% tomando como colectivo a los que llevan más de 180 días de retención, incluyendo dentro del grupo a los diagnosticados de SIDA y a los policonsumistas) así como la *fuerte incidencia de la categoría cultural «analfabetos»*, en este caso en sentido negativo. En ambos planteamientos bajo la perspectiva de la homogeneización queda comprobada la mayor eficacia del programa de Metadona, siempre entendida respecto al grupo de Sin Tratamiento y no respecto a baremos preestablecidos fijados sobre «lo que debería ser».

2.4. Hábitos de Riesgo

1. UTILIZACIÓN DE JERINGA (AGUJA Y ÉMBOLO) EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES

- De los 211 sujetos que responden a esta pregunta, el 34,1% (72 sujetos) afirma *no haber utilizado jeringa* en los últimos 6 meses.
- De los que dicen haberla utilizado (139 sujetos):
 - El 36% (50 sujetos) *utiliza una nueva cada vez*.
 - El 64% (89 sujetos) no utiliza una nueva cada vez, es decir *la reutiliza* sea por él mismo o después de usada por la pareja o amigos. Son muy pocos los que reutilizan la de desconocidos y tan sólo en un caso se afirma haberla alquilado.
- Atendiendo a este último subgrupo que reutiliza varias veces una misma jeringa, debe decirse que emplean distintos métodos para lavarla según sea el caso:
 - De entre los que *reutilizan su propia jeringa* (86 sujetos), el 70% la lava con agua y el 30% con lejía u otros desinfectantes.
 - De entre los que *reutilizan la jeringa de la pareja o amigos* (27), el 50% la lava con agua y el otro 50% la lava con lejía u otros desinfectantes.
 - De entre los que *reutilizan jeringas de desconocidos* (6), 4 la lavan con agua, 1 con lejía y 1 no la lava.

Un hábito absolutamente arriesgado como pudiera ser compartir la jeringa con la pareja o amigos, o incluso con desconocidos parece des-

cartado porque las cifras son 26 y 7 sujetos respectivamente sobre los 211 entrevistados. Por otra parte, siempre la limpian aunque no preferentemente con lejía sino con agua, sobre todo en el caso de los 7 sujetos que reutilizan la jeringa de desconocidos.

La influencia de la propaganda preventiva más la comunicación directa entre los propios drogadictos acerca de los peligros inherentes en el mal uso de la jeringa pueden ser las principales razones para encontrar un *buen cuadro comportamental y un relativo escaso riesgo de contagio*.

En el grupo, sin embargo, de los seroprevalentes al VIH que reutilizan de una u otra manera la jeringa hay una tendencia a mejorar. Se trata de su mayoritaria costumbre de lavarla sólo con agua. Los no seroprevalentes parecen tener una mejor costumbre de lavarla con lejía u otros desinfectantes.

2. UTILIZACIÓN DE PRESERVATIVOS EN LAS RELACIONES SEXUALES

—*Relaciones sexuales vagina-pene*: el 82,6% de los 218 sujetos que responden a la pregunta dicen tenerlas.

—De ellos:

- el 34,6% (64 sujetos) *utiliza siempre* preservativo.
- el 64,4% (116 sujetos) no lo utiliza siempre.

—*Relaciones sexuales vagina-pene durante la menstruación*: el 73,6% (162 sujetos) dice no mantenerlas. Entre quienes las mantienen 33 sujetos no utilizan preservativos y 14 sí.

—*Relaciones sexuales ano-pene*: el 86,5% (190 sujetos) no mantiene este tipo de relaciones. Entre quienes las mantienen 19 sujetos no utilizan preservativos y 3 sí.

Los datos producen *cierta alarma* por la posibilidad real de producir contagios múltiples y transmitir enfermedades infecciosas de consecuencias graves. A diferencia del uso de las jeringas donde parecen encontrarse unas prácticas más acordes con la disminución del riesgo, en el asunto de los preservativos no se manifiesta tanto interés o de hecho no se ha generalizado la práctica del preservativo como método apropiado para unas relaciones sexuales menos problemáticas. No se trata quizás de menor inculcación propagandística sobre los cuidados y precauciones que han de tomarse en las relaciones sexuales sino de un tema más íntimo y en parte todavía tabú donde son dos los actores a tomar la decisión.

En este caso, los seroprevalentes al VIH utilizan siempre más los preservativos que los que no lo son. Parecen creer más en los riesgos de contagio por las relaciones sexuales que no por la reutilización de jeringas.

2.5. *Ajuste social*

1. El 77,6% (172 sujetos) *ha sido detenido alguna vez en su vida por la policía.*

—De ellos, la gran mayoría 87,2% (150 sujetos) han sido enviados ante el juez en un promedio de 6,10 veces.

—Las sentencias del juez se pueden dividir en:

- el 72,7% (109) han sido *sentencias de cárcel*. El promedio de meses pasados en la cárcel asciende a 24,3 meses, es decir prácticamente 2 años. La variabilidad es, de todas formas, muy alta: desde 1 o 2 meses hasta 9 años.
- el 27,3% (41) han tenido otro tipo de sentencias.

—El 22,4% (50 sujetos) *no ha sido detenido nunca.*

2. *En los últimos 3 meses:*

—El 10,4% (23) han sido detenidos. El promedio de veces detenido es de 1,65 veces.

—El 10,8% (24) han tenido sentencia del juez.

3. *En el momento de la entrevista:*

—El 55,8% (122 sujetos) están sin status limitador de libertad.

—El 18,9% (42 sujetos) están en libertad provisional.

—El 9,9% (22 sujetos) están en libertad condicional.

—El resto tienen otras circunstancias. Se sabe que son 17 personas las que están actualmente en la cárcel sobre el colectivo total de los 406 drogodependientes.

Coincidiendo con otros estudios (SANCHEZ CARBONELL, 1989) puede afirmarse el descenso proporcional de detenciones y encarcelamientos en el momento de la entrevista respecto a la situación un año antes. Lo mismo cabe decir en relación con la menor incidencia de problemas legales en las mujeres (MARTINEZ y Cols., 1987) tanto en el pasado como en el momento actual.

Existe una fuerte asociación entre haber tenido tratamientos previos y el ajuste social. Los que en mayor proporción han sido tratados en la red asistencial también presentan una mayor proporción de haber

sido detenidos, juzgados, etc. El 91%, por ejemplo, de los atendidos en urgencias por sobredosis ha sido a su vez detenidos alguna vez. Como si un modo de vida límite tuviera incidencia tanto en necesitar o pedir atención y en ser requerido por la justicia por su conducta desviada.

En similar dirección debería interpretarse la relación entre ajuste social y estado de salud orgánico. Un peor estado de salud (VIH, SIDA, Hepatitis) se correlaciona con un peor ajuste social. Un 81,5%, por ejemplo, de los que padecen Hepatitis han sido detenidos en alguna ocasión.

2.6. Estado de Salud Psicopatológico

El GHQ28 es un cuestionario de 28 preguntas dirigido a la descripción del estado de salud mental del sujeto. Procede de un cuestionario mucho más amplio (GOLBERG, 1978) finalmente reducido y compuesto por 4 subescalas capaces de medir las siguientes áreas:

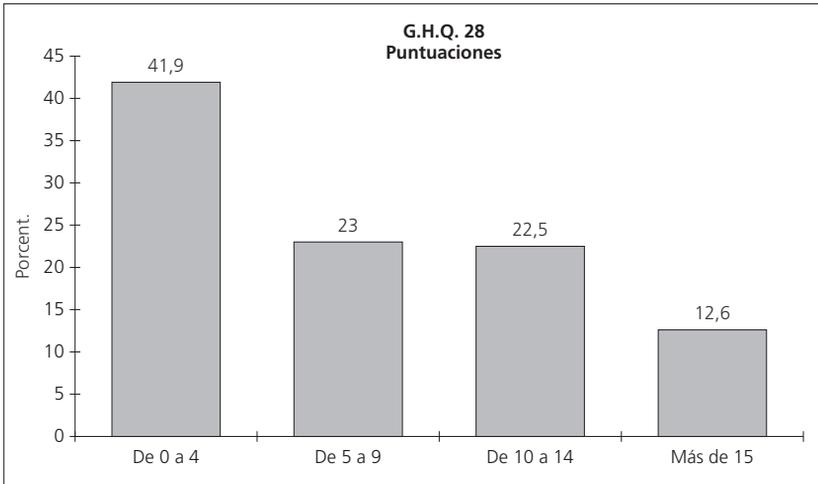
- Subescala A: (Preg. 1 a la 7): síntomas somáticos de origen psicológico.
- Subescala B: (Preg. 8 a la 14): síntomas de ansiedad.
- Subescala C: (Preg. 15 a la 21): síntomas relacionados con la disfunción social.
- Subescala D: (Preg. 22 a la 28): síntomas de «depresión severa».

La fiabilidad estadística del conjunto del cuestionario es $R = 0,92$ calculado por el método de la fórmula N.º 20 de Kuder-Richardson. La fiabilidad de las subescalas, calculada por el mismo método, es respectivamente: Subesc. A = 0,76, Subesc. B = 0,85, Subesc. C = 0,84 y Subesc. D = 0,87. Se trata, por tanto, de un instrumento de medición significativamente muy válido y fiable tanto en su conjunto como por sus cuatro subescalas.

La interpretación de los resultados de este cuestionario se basa en la puntuación alcanzada por cada sujeto. Como cada pregunta se puntúa con un 0 = No síntoma o con un 1 = Sí síntoma, la puntuación final ofrece el grado de psicopatología existente. Normalmente, se entiende como «posible caso psicopatológico» a aquél con una puntuación igual o superior a 5 puntos. Por contra, una puntuación inferior a 5 puntos se considera «posible no caso psicopatológico».

Los resultados más primarios indican la presencia de un colectivo con más de la mitad de los sujetos en situación psíquica posiblemente patológica.

- El 41,9% (93 sujetos) de los entrevistados *son posibles no casos psicopatológicos*, mientras el 58,1% (129 sujetos) *son posibles casos*.
- La *puntuación promedio alcanza los 8,89 puntos* y la amplitud entre las puntuaciones va desde 0 hasta los 28 puntos, es decir, hay sujetos con síntomas psicopatológicos en los 28 aspectos investigados.



SUBESCALA	N.º sujetos con 5 o más puntos
A	27
B	62
C	23
D	25

Comparando los datos del gráfico anterior con los resultados de otros estudios (IGLESIAS, 1992. VAZQUEZ-BARQUERO y Cols., 1990. PINILLA Y SALCEDO, 1987. SWIFT y Cols., 1990. OTERO, 1991, etc.) puede confirmarse que los resultados de nuestro estudio se colocan entre los más altos aunque sin llegar por ejemplo al 66% de posibles casos psicopatológicos encontrado por OTERO o al promedio 9,87 hallado por MARINA.

En cualquier caso, los datos expuestos parecen dejar sustentada una tesis: el equilibrio personal físico, psíquico, social y mental de los dro-

gadictos es altamente endeble y resquebrajado. Es un conjunto de auto-percepciones y sensaciones negativas y de baja autoestima llegando a plantearse la posibilidad de «quitarse de en medio». Naturalmente, no en todos, pero la puntuación media llega a 8,89 puntos y casi un 60% de ellos alcanza una puntuación de 5 o más puntos.

El cuadro de las subescalas, por otra parte, aclara el área donde más tendencia patológica existe. Es en la subescala B, la de ansiedad, medida en base a notarse agobiado, tener dificultades para dormir, sentir los nervios a flor de piel, asustarse y tener pánico, etc.

En el resto de las subescalas hay prácticamente el mismo número de posibles casos psicopatológicos. Llama la atención, no obstante, la escala D, midiendo aspectos fuertes como sentir que la vida no merece la pena vivirse, pensar en la posibilidad de quitarse de en medio, desear estar muerto y lejos de todo, venirle a la cabeza repetidamente la idea de quitarse la vida, etc. Los 25 sujetos con puntuación igual o mayor que 5 son un grupo muy numeroso si se recuerda la presencia importante de drogadictos de raza gitana para los cuales la idea del suicidio preguntada de una u otra manera no sólo les parece ridícula sino contraria a sus valores más profundos y ancestrales.

Todo este análisis conduce a una mayor comprensión acerca de la atmósfera existencial de los adictos a la heroína y de los porqués de sus conductas, de sus comportamientos y del poco éxito en la determinación de su autorehabilitación. Desde otra perspectiva, se fundamenta el necesario apoyo y ayuda personal e institucional para lograr muy poco a poco el restablecimiento de un cierto *modus vivendi* estable, pautado y de normalizada ciudadanía.

El cuadro siguiente recoge los porcentajes de los sujetos con respuesta afirmativa en cada pregunta de las cuatro subescalas.

N.º de Item	Subescala «A»	Subescala «B»	Subescala «C»	Subescala «D»
1	23,42%	46,40%	16,22%	14,86%
2	34,68%	43,24%	24,77%	23,42%
3	36,04%	45,05%	16,22%	22,97%
4	28,38%	42,79%	18,47%	15,32%
5	4,95%	15,77%	24,77%	23,42%
6	18,47%	43,24%	14,41%	17,12%
7	36,94%	31,98%	22,52%	13,51%

Si se lee con detenimiento el contenido de las 28 preguntas del cuestionario GHQ28 (Cfr. Anexo I) resultan muy ilustrativos los datos de la tabla por cuanto se tiene noticia exacta de aquellas preguntas con mayor índice de «sí», concretamente las de la Subescala B, la de ansiedad, mientras el resto de subescalas presentan porcentajes mucho más bajos. Se puede repensar, por ejemplo, el 17,12% (pregunta 6 de la Subescala D) respondiendo sí a «¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?» o el 4,95% (pregunta 5 de la Subescala A) «¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza o de que la cabeza le va a estallar?» o el 46,40% (pregunta 1 de la Subescala B) «¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?», etc. El análisis exhaustivo y detallado de todas las preguntas no es objeto de esta investigación pero el exponerlo aquí tiene la finalidad, quizás para investigaciones o estudios posteriores, de servir de guía para aquilatar alguna afirmación específica relacionada directamente con alguna o algunas preguntas concretas.

a) Relación con los *Rasgos Básicos de Identificación*

	Posible caso psicopatológico según el test GHQ28	
	N	%
Hombre	105	57
Mujer	24	65
Menores de 25 años	38	59
Entre 26-30 años	43	57
Entre 31-35 años	29	54
Más de 36 años	19	63
Soltero	89	62
Casado	56	44
Otros	19	60
Viven en Logroño	91	65
Viven en Pueblos	38	46

	Posible caso psicopatológico según el test GHQ28	
	N	%
Viven con sus padres	69	58
Viven con familia propia	33	55
Analfabetos y «sin estudios»	39	62
Estudios primarios	67	56
Medios o superiores	81	57
Con trabajo	52	46
Sin trabajo	77	72

Los resultados de la tabla sobre el estado de salud psicopatológico en función de ciertos rasgos de identificación tienen la importancia de fortalecer lo ya casi demostrado en distintos análisis anteriores, en este caso con la aparición de las mujeres. Llama la atención los *relativamente abultados porcentajes de sujetos sin equilibrio personal ni psíquico* sea por sintomatología somática, sea por excesiva ansiedad, sea por disfunción social o sea por depresión severa en las mujeres, en los Sin Trabajo (confirmado también por GUARDIA y Cols., 1987), en los que viven en Logroño, en los Solteros, en los analfabetos o sin estudios y en los mayores de 36 años.

Naturalmente debe recordarse la fuerte influencia de casi todos estos rasgos de identificación a la hora sobre todo de seguir consumiendo heroína o cocaína en el último mes. Lo mismo pudiera decirse respecto a seguir administrándose la heroína por vena y, en general, respecto a un estar en disposición de encontrar el camino y la guía para enderezar el rumbo vital, familiar, laboral y personal.

En el cuadro de la página siguiente se exponen otros datos corroborativos de la tesis sobre la incidencia de un mal estado psíquico con ansiedad y disfunción social, entre otros desequilibrios, sobre ciertos comportamientos y situaciones vitales.

Efectivamente, los posibles SI casos psicopatológicos no sólo han sido atendidos proporcionalmente en mayor medida que los posibles NO casos en urgencias por sobredosis, por síndrome de abstinencia, etc., sino también presentan un cuadro de ajuste social más deformado así como un mayor policonsumo de Heroína y Cocaína, lo mismo que

una cierta relación con un estado de salud orgánico más deficiente. A veces puede cuestionarse si el deficiente estado de salud psíquica es el parámetro inicial que influye en otros comportamientos o son estos comportamientos en otras áreas los factores originantes de la formación paulatina de un estado anímico y psíquico descontrolador y casi nada estabilizante. En algunos casos, lo más real quizás pueda situarse en una influencia mutua y en suceder simultáneamente los acontecimientos sin saber con exactitud qué es causa de qué.

	Posible SI caso Psicopatológico		Posible NO caso Psicopatológico	
	N	%	N	%
Atendido en Urgencias por Sobredosis	35	27	18	19
Atendido en Urgencias por Síndrome de Abstinencia	48	37	30	32
Detenido en los últimos tres meses	19	15	4	4
Ante el juez en toda su vida	36	28	14	15
Policonsumidor Heroína más Cocaína	18	14	5	5
Seroprevalente al VIH	43	45	29	31
Diagnosticado de SIDA	19	15	10	11

2.7. Estado de Salud Orgánico

A) Seroprevalentes al VIH

El índice de *seroprevalencia al VIH alcanza el 41,1%* (72) de los 175 sujetos de los que se dispone información. De 61 casos de los que se conoce la fecha de seroprevalencia en 54 de ellos es anterior al 30 de junio de 1993.

Los porcentajes más altos se encuentran entre los mayores de 30 años (60%) y entre los que viven en Logroño (47%).

La *influencia de un mayor consumo de drogas se verifica también en nuestro estudio como factor influyente en la seroprevalencia* (LOPEZ ABENTE y Cols., 1988. DE LA FUENTE y Cols., 1991) así como, en buena lógica, los que han utilizado o utilizan la vía intravenosa para administrarse la heroína y la cocaína son los que mayores proporciones de seroprevalencia al VIH presentan. Junto a ellos, los hábitos de ries-

go en el uso de la jeringuilla también dejan clara su influencia: 20 sujetos reutilizan la jeringa que otros usan. 10 la lavan con agua y 9 son seroprevalentes. De los otros 10 que la limpian con lejía u otros desinfectantes, tan «sólo» 2 son seroprevalentes al VIH.

B) *Diagnosticados de SIDA*

29 personas han desarrollado la enfermedad según la muestra. Esto supone el 18% de los datos válidos (sobre 161 sujetos de los que se tienen datos).

La descripción de ese numéricamente escaso pero importante grupo de diagnosticados de SIDA comienza por la certificación de la presencia ya típica de ciertos rasgos básicos de identificación caracterizadores de lo que a lo largo del estudio se ha denominado el grupo de los «*desfavorecidos*»: hombres (25), de entre 23 y 26 años (21), viviendo en Logroño (19), solteros (18), viviendo con sus padres (18), «sin estudios» (25) y sin trabajo (19).

Todos han sido *consumidores de heroína*. En el último mes son 13, lo cual significa que han dejado de consumir 17. También todos menos uno han sido *consumidores de cocaína*. En el último mes tan sólo son 3, por lo que 25 han dejado de consumirla.

Se puede afirmar la *inexistencia de relación con el alcohol* entre los diagnosticados de SIDA.

Su *ajuste social ha sido en cierto modo crítico*: prácticamente todos han sido detenidos alguna vez (26), más de la mitad (16) han estado más de un mes en la cárcel y también más de la mitad (17) tienen en la actualidad causas pendientes con la justicia. En los últimos tres meses, sin embargo, parecen huir de situaciones delictivas al no destacar por detenciones, ni por presencias ante el juez.

Es *muy alta la influencia del estado de salud orgánico sobre el estado de salud psicopatológico*. De hecho, de los 29 diagnosticados de SIDA 19 presentan un cuadro de posible caso psicopatológico (5 o más puntos en el test GHQ28) destacando el nivel alto de ansiedad.

Casi todos ellos (26) *están atendidos en el programa de Metadona* y 2 lo están en el programa de Naltrexona.

Los *hábitos de riesgo no son especialmente tranquilizadores*: 17 no usan siempre preservativos en sus relaciones sexuales vagina-pene y cuando consumían heroína 24 lo hacía por vena. De los 13 consumidores de heroína en el último mes 11 lo hacen por vena.

La gran mayoría ha sido admitido varias veces en tratamientos previos sean los servicios ambulatorios, la unidad de desintoxicación,

los programas de metadona, las urgencias por sobredosis o por síndrome de abstinencia, etc.

C) *Hepatitis*

De los 161 sujetos de los que se dispone de esta información el 77,0% (124) han sufrido hepatitis.

La *influencia del consumo de drogas* sobre la hepatitis, al igual que en el caso del VIH, es relevante sobre todo en función de las vías de administración de la heroína y la cocaína. Así de los 54 consumidores de heroína administrada por vena en la actualidad (últimos seis meses) el 91,8% (50) han padecido hepatitis.

El haber sufrido hepatitis también está *ligado con los tratamientos previos* en toda su amplia gama, salvo en el caso de haber sido atendido en comunidades terapéuticas. Llama la atención que hayan sido el 90,6% de los admitidos en programas de metadona y el 86,4% de los atendidos en urgencias en relación con el tema de drogas.

También en este caso presentan un *desajuste social importante*. De los detenidos alguna vez, el 82,1% (101) han padecido hepatitis y el 90,3% (28) de los que han sido presentados ante el juez más de cinco veces.

Anexo I

I. DATOS PERSONALES Y SOCIODEMOGRAFICOS

1. **Sexo:**

..... Hombre Mujer

2. **¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Edad actual)**

Día Mes Año Edad

3. **¿Cuál es el lugar de nacimiento? (Municipio y Provincia)**

(Si es en el extranjero consignar país y nacionalidad/es)

.....

4. **¿En qué lugar ha nacido su padre? (Municipio y Provincia)**

.....

5. **¿Cuál es su lugar habitual de residencia?**

.....

Fijo:

Variable:

6. **¿Cuál es su estado civil actual?**

..... Soltero Casado Viudo

..... Separado Divorciado

7. **En la actualidad está viviendo con...**

..... Sus padres Familia propia En pareja

..... Solo Otros familiares

..... Con otras personas Otros

8. **¿Ha hecho el servicio militar?**

..... Sí No

9. **(En caso de contestar que NO) ¿Por qué motivo no lo ha hecho?**

..... No haber alcanzado la edad

..... Excedente de cupo

..... Hijo de viuda, manutención de hijos, etc.

..... Inútil por toxicomanía

..... Inútil por causas psíquicas

..... Inútil por causas físicas

..... Otras

(especificar:)

10. **¿Cuál es su nivel de estudios? (Se refiere a estudios finalizados)**
 Analfabeto
 Sin estudios (sabe leer y escribir, pero no finalizó la enseñanza de primer grado)
 Estudios primarios (EGB)
 FP1, Bachiller elemental
 FP2, Bachiller superior
 Estudios superiores
 Otros
11. **En el tiempo transcurrido desde el contacto con CSM (Centro de Salud Mental), ha obtenido algún diploma, certificado o título?**
 No
 Sí (Especificar.)
12. **En la actualidad, ¿está matriculado en algún centro escolar (Instituto, Universidad, etc., público o privado) o en algún centro de enseñanza profesional o artística?**
 No
 Centro de enseñanza general básica (EGB)
 Centro de Bachillerato unificado Polivalente (BUP)
 Universidad, Facultad, Escuela Universitaria, etc.
 Enseñanza permanente de adultos
 CENEBAD (EGB a distancia)
 IMBAD (BUP a distancia)
 Centro Oficial de Formación Profesional
 Centro oficial y/o colaborador de Formación Profesional (INEM)
 Academias privadas acreditadas (AFA, CEA, MAYMO, etc.)
 Otros (especificar.)
13. **¿Abandonó Vd. sus estudios?**
 No
 Sí ¿A qué edad?
14. **¿Cuántos años en total ha estado Vd. estudiando, es decir, escolarizado?**

15. **Antes del contacto con los Equipos de Atención de Drogodependencias ¿tenía Vd. trabajo remunerado?**
 Sí No

16. **¿Actualmente tiene Vd. alguna actividad o tarea ocupacional?**

..... No Sí

(Si se ha contestado SI): Cuál

(Especifique).....

II. CONSUMO DE DROGA

17. **¿Cuál es tu comportamiento respecto al consumo de droga?**

TIPO DE DROGA	Consumida alguna vez SI	Consumida alguna vez NO	Edad Primer consumo	Vía entrada actual	Vía entrada pasado	Consumo en el último mes (*)	Orden de consumo (**)
Alcohol							
Cannabis (Porros)							
Alucinógenos (LSD, Acidos)							
Cocaína							
Heroína							
Tranquilizantes							
Opiáceos (Buprex)							
Anfetaminas							
Pegamentos							

(*) **Frecuencia de consumo de droga** en el último mes:

0 NS/NC

1 Ninguno

2 Menos de una vez al mes

3 Entre 1 y 3 veces al mes

4 Una vez a la semana

5 Entre 2 y 3 veces por semana

6 Entre 4 y 6 veces por semana

7 Una vez al día

8 Entre 2 y 3 veces al día

9 4 o más veces al día

—Frecuencia de **consumo de tabaco** en el último mes

0 NS/NC. 1. Menos de 10 cigarrillos. 2. Entre 11 y 20. 3. Más de 1 paquete.

(**) Indicar el orden de cuál ha sido la droga 1.^a 2.^a y 3.^a consumida.

III. CONSUMO DE ALCOHOL

18. Habitualmente, ¿cuánto suele beber Vd. durante los días de la semana?

	Lunes N.º vasos o copas	Martes N.º vasos o copas	Miércoles N.º vasos o copas	Jueves N.º vasos o copas	Viernes N.º vasos o copas	Sábado N.º vasos o copas	Domingo N.º vasos o copas
Cerceza							
Vino							
Brandy- Licores							
Aperitivos (Jerez, Vermut, etc.)							
Whisky							
Combinados							

IV. HABITOS DE RIESGO

19. En relación con el uso de jeringa (aguja y émbolo), indique aquellas prácticas que haya utilizado usualmente en los últimos seis meses.

¿Utiliza una jeringuilla nueva cada vez?: Sí. No. (Si la respuesta es NO, responda al siguiente cuadro):

PROCEDENCIA	PRACTICA		
	Lavado con agua	Lavado con lejía, alcohol, desinf.	Otros procedimientos
Reutilizada por él mismo			
Reutilizada después de usada por la pareja o amigos			
Reutilizada después de usada por desconocidos o encontrada en la calle			
Alquilada después de usada por otros			

20. ¿Utiliza en sus relaciones sexuales alguna de las siguientes medidas?:

	Siempre	A Veces	Nunca
—Preservativo en las relaciones vagina-pene			
—Preservativo en las relaciones vagina-pene durante la menstruación			
—Preservativo en las relaciones ano-pene			
—Evitar la eyacuación intravaginal, intrarectal o intrabucal			
—Otros. Cuáles...			

(Si no se mantienen relaciones del tipo expuesto, dejar en blanco)

V. TRATAMIENTOS PREVIOS AL CONTACTO CON EL EQUIPO DE ATENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS

21. Antes de entrar en contacto con el Equipo de Atención de Drogodependencias ¿cuántas veces ha sido admitido (tratado)?

MODALIDAD DE TRATAMIENTO	NUMERO DE VECES
Servicio ambulatorio	
Comunidad Terapéutica	
Unidad de Desintox. hospitalaria	
Mantenimiento con Metadona	
Otros. Cuál...	

22. ¿Ha sido atendido alguna vez en un servicio de urgencias debido a su consumo de drogas o a padecer un síndrome de abstinencia?

. Sí No

23. ¿Cuántas veces le han atendido en urgencias por los siguientes motivos?

Por Sobredosis veces

Por Síndrome de abstinencia veces

Por Patología orgánica asociada veces

VI. NIVEL DE AJUSTE SOCIAL

24. **¿Le ha detenido alguna vez la policía por motivos distintos de los políticos o sindicales?**
 Sí No
25. **¿Cuántas de estas detenciones se han producido en los últimos tres meses?**
 veces
26. **¿Cuántas veces en su vida le ha enviado el juez a la cárcel o le ha dejado en libertad provisional o bajo fianza?**
 veces
27. **¿Cuántas veces, en los últimos tres meses se ha visto en la situación anterior?**
 veces
28. **¿Cuánto tiempo ha cumplido condena en la cárcel en toda su vida?**

29. **En el momento de realizar esta entrevista, ¿está en libertad provisional o condicional o tiene alguna limitación legal de su libertad?**
 Sin status legal limitador de libertad
 Libertad provisional (en espera de juicio)
 Libertad condicional (ha salido de prisión antes de cumplir toda su condena)
 Pase fin de semana u otro tipo de salida
 Otros (especificar.)

VII. ESTADO GENERAL DE SALUD

30. **¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?**
- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| 1. Mucho peor de lo habitual | 3. Igual que lo habitual |
| 2. Peor de lo habitual | 4. Mejor de lo habitual |

ATENCION: Forma de contestar a las siguientes preguntas.

1. No, en absoluto
2. No más que lo habitual
3. Bastante más que lo habitual
4. Mucho más que lo habitual

Rodee con círculo el número de su contestación

31. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?	1	2	3	4
32. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	1	2	3	4
33. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?	1	2	3	4
34. ¿Ha padecido dolores de cabeza?	1	2	3	4
35. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza o de que la cabeza le va a estallar?	1	2	3	4
36. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	1	2	3	4
37. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	1	2	3	4
38. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?	1	2	3	4
39. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	1	2	3	4
40. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?	1	2	3	4
41. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?	1	2	3	4
42. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?	1	2	3	4
43. ¿Se ha notado nervioso y a punto de explotar constantemente?	1	2	3	4

ATENCIÓN: *Rodee con un círculo* el número de su respuesta

44. **¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?**
1. Más activo que lo habitual
 2. Igual que lo habitual
 3. Menos que lo habitual
 4. Mucho menos que lo habitual
45. **¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?**
1. Más rápido que lo habitual
 2. Igual que lo habitual
 3. Más que lo habitual
 4. Mucho más que lo habitual

46. **¿Ha tenido la impresión en conjunto de que está haciendo las cosas bien?**
1. Mejor que lo habitual
 2. Aproximadamente lo mismo
 3. Peor que lo habitual
 4. Mucho peor que lo habitual
47. **¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?**
1. Más satisfecho
 2. Aproximadamente lo mismo
 3. Menos que lo habitual
 4. Mucho menos que lo habitual
48. **¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?**
1. Más útil que lo habitual
 2. Igual que lo habitual
 3. Menos que lo habitual
 4. Mucho menos que lo habitual
49. **¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?**
1. Más que lo habitual
 2. Igual que lo habitual
 3. Menos que lo habitual
 4. Mucho menos que lo habitual
50. **¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?**
1. Más que lo habitual
 2. Igual que lo habitual
 3. Menos que lo habitual
 4. Mucho menos que lo habitual

ATENCIÓN: Forma de contestar a las siguientes preguntas

1. No, en absoluto
2. No más que lo habitual
3. Bastante más que lo habitual
4. Mucho más que lo habitual

Rodee con un círculo el número de su contestación

51. **¿Ha pensado que Ud. es una persona que no vale para nada?**
52. **¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanzas?**

1	2	3	4
1	2	3	4

53. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?	1	2	3	4
54. ¿Ha pensado en la posibilidad de «quitarse de en medio»?	1	2	3	4
55. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?	1	2	3	4
56. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?	1	2	3	4
57. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida viene repetidamente a la cabeza?	1	2	3	4

**CUESTIONARIO DE ESTADO
DE SALUD ORGANICO**

1. **¿Tras el contacto con el equipo se acordó e inició realmente un tratamiento?**
 1. No, el profesional no lo consideró necesario
 2. No, el paciente no aceptó o lo abandonó tras 1 o 2 entrevistas
 3. Sí, realiza más de 3 consultas con el equipo en el intervalo de 1 mes
 4. Sí, otras características
2. **¿Se realizó una valoración física adecuada?**
 1. Sí
 2. No, no pudo completarse por
3. **El paciente es seroprevalente al VIH**
 1. No, según analítica de fecha
 2. Sí, según analítica de fecha
 3. No se dispone de ninguna analítica específica de este paciente
4. **¿El paciente está diagnosticado de SIDA?**
 1. SI
 2. NO
5. **¿Ha sufrido hepatitis?**
 1. SI
 2. NO
6. **¿Ha identificado cualquier otra patología física al inicio o durante el tratamiento?**
 ¿Cuál?
7. **¿Desintoxicación?**
 1. NO
 2. Sí, Ambulatorio
 3. Sí, Hospitalario Finalizó el mismo?: Sí No
8. **Incorporado al Sub-Programa:**

	Fecha de Inicio	Fecha finalización	Causa
1. PM agonistas	/	/	/
Dosis media/día			
2. PM antagonistas	/	/	/
3. P. Libre de Drogas.	/	/	/

9. Porcentaje de orinas sucias sobre las realizadas durante el último mes del tratamiento:

.....

10. Fecha de la última analítica de orina realizada / /
Resultado:

11. Tiempo en tratamiento hasta el día de la fecha o hasta su finalización. (Se consideran los días transcurridos desde que inició el último tratamiento y teniendo en cuenta que haya mantenido contactos con cualquier dispositivo de la red con un intervalo entre contactos no mayor de 30 días): días.

12. Situación actual

1. Continúa en tratamiento a la fecha: / /
2. Alta médica por consecución de los objetivos marcados (con o sin derivación a un centro no específico) Fecha: / /
3. Trasladado a
4. Abandono a iniciativa del paciente. Fecha: / /
5. Encarcelado. Fecha: / /
6. Expulsión. Fecha: / /
7. Otros

Bibliografía

- AIKEN, L.S.: «Retrospective self-reports by clients differ from original reports: Implications for the evaluation of drug treatment programs» *The international journal of the addictions*, 21 (7) 767-788. 1986.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic criteria from DSM- III-R*. Washington: APA. 1987.
- AMODIA, R.: *Epidemiología de las toxicomanías en la red de salud mental de Asturias (1986-1989)*. Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias. Oviedo. 1992.
- IGLESIAS, C.A.: *Salud mental y atención primaria, un análisis epidemiológico*. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. 1992.
- BALE, R.N., CABRERA, S., BROWN, J.: «Follow up evaluation of drug treatment» *Amerian Journal drug alcohol abuse*, 4, 233-246. 1977.
- BENSON, G.: «Course and outcome of drug abuse and medical and social conditions in selected youngs drug abusers». *Acta psychiatr. Scand.*, 71, 46-66. 1985.
- COMAS, D., CARRÓN, J., HERNÁNDEZ, M.I., NIEVA, P., SILVA, A.: *Los estudios de seguimiento. Una experiencia metodológica*. Caracas: Fundamentos. 1992.
- COMAS, D.: *Uso de droga: del paradigma lewiniano al nuevo rol de las expectativas simbólicas*. Jano, 713, pp. 64-81, 1986.
- CORTY, E., BALL, J.C., MYERS, C.P.: «Psychological symptoms in methadone maintenance patients: Prevalence and C. over treatment». *Journal of Con. and Clin. Psy.* 56, (5), 776-777. 1988.
- COTRELL, D., CHILDS-CLARKE, A., GHODSE, A.H.: «British opiate addicts: an 11 year follow-up». *British Journal of Psychiatry*, 146, pp. 448-450, 1985.
- CRADDOCK, S.G., BRAY, R.M., HUBBARD, R.L.: «Drug use before and during drug abuse treatment: 1979-1981 TOPS admission cohorts». *Research institute for the natinal institute on drug abuse*, N.º de la publicación (ADM) 85-1.387, Rockville, U.S.A. 1985.
- DE LEÓN, G., SCHWARTZ, S.: «Therapeutic communities: What are the retention rates?». *Amerian Journal drug and alcohol abuse*, 10 (2), 167-284. 1984.
- DOLE, V.P., JOSEPH, H.: «Long-term outcome of patients treated with methadone maintenance». *Annals of the New York Academy of sciences*, 311, 181. 1978.
- FUENTE DE LA L., LÓPEZ, R., BRAVO, M.J.: «Infección por VIH en usuarios de drogas». Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas, Madrid, 1991.
- GARCÍA MARTÍN, E.: «Estudio longitudinal retrospectivo de 166 drogodependientes que recibieron tratamiento en el programa de comunidad terapéutica de "Haize-Gain" entre los años 1982-1992». Trabajo Fin Master en Drogodependencias. Universidad de Deusto. 1994.
- GOLDBERG, D.: «Manual of the General Health Questionnaire». *National Foundation for Education Research*. Windsor, 1978.
- GEARING, F.R., THOMPSON, F.: «What's good about methadone maintenance after ten years?» *Proceedings of second National Drug abuse conference, inc. New Orleans, (Drug abuse-Modern Trends, issues and perspectives)*, 645-666. 1975.

- GREIF, G.L., POREMSKI, E.: «Significant others of I.V. drug abusers with AIDS: New challenges for drug treatment program». *Journal of substance abuse treatment*, 4, 151-155. 1987.
- GRUPO INTERDISCIPLINAR SOBRE DROGAS: «Los estudios de seguimiento (un año) de adictos a la heroína». *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 10, pp. 357-381, 1983.
- GUARDIA, J., GONZÁLEZ, S.: «Estudio de seguimiento (un año) de adictos a la heroína». *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona*. (10), 357-381.
- GUARDIA, J., MASIP, J., VILADRICH, C.: «Estudio de seguimiento de adictos a la heroína a los tres años de su admisión a tratamiento». *Comunidad y drogas*. 3, 61-79. 1987.
- HUBBARD, R.L., RACHAL, J.V., GRADDOCK, J.G., CAVANUGH, E.R.: «Treatment Outcome Prospectives Study (TOPS): Client characteristics and behaviors before, during and after treatment». In. F.M. Tims, J.P. LUDFORD (Eds.), *Drug abuse treatment evaluation: strategies, progress and prospects*. 42-68. National Institute on Drug Abuse. Research monograph 51. DHHS publ. ADM 84-1.329. 1984.
- JAFFE, J.: «Evaluating drug abuse treatment» en *Drug abuse treatment evaluation: strategies, progress and prospects*. Tims, F. LUDFORD, J. de *Research Monograph Series*, pp. 13-28. NIDA. Mariland, 1984.
- JOE, G., SINGH, B., LEHMAN, W., SIMPSON, D., SELLS, S.: «Agency differences in post-treatment outcomes: a follow-up of drug abuse treatment clients». *The international journal of the addictions*, 18, 523-538. 1983.
- JOE, G.W., PERSON, P.JR., SELLS, S.B., RETKA, R.L.: «An evaluative study of methadone and drug free therapies for opiate addiction». IBR report n.º 72, 14 S.B. Sells (Ed.). *Evaluation of treatment*. Ballinger press, Cambridge. Massachusetts. 1972.
- JOE, G.W.: «Studies of retention in treatment of drug users in the DARP: 1969-1971 admissions». S.B. Sells (Ed.). *Evaluation of treatment*. Vol. 1, Chap 18. Ballinger press, Cambridge. Massachusetts. 1976.
- KOSTEN, T.R., ROUNSAVILLE, B.J.: «Psychopathology in opioid addicts». *Psychiatric clinics of north america*. 9 (3), 515-532. 1976.
- KOSTEN, T.A., KOSTEN, R.T., ROUNSAVILLE, B.J.: «Personality disorders in opiate addicts show prognostics specificity». *Journal of substance abuse treatment*. 6, 163-168. 1989.
- KOSTEN T.R., JALALI, B., HOGAN, I.K., KLEVER, H.D.: «Family denial as a prognostic factor in opiate addict treatment outcome». *The journal of N. and mental disease*. 171 (10), 611-616. 1983.
- KOSTEN, T.R., ROUNSAVILLE, B.J., KLEVER, H.D.: «A 2.5-year follow-up depression, life crises and treatment effects on abstinence among opioid addicts». *Archives General of psychiatry*. 43, 733-738. 1986
- KOSTEN, T.R., ROUNSAVILLE, B.J., KLEVER, H.D.: «Multidimensionality and prediction of treatment outcome in opioid addicts: 2.5-year follow-up». *Comprehensive psychiatry*. 28 (1), 112-119. 1987.

- LAPORTE, D.J., MACLELLAN, A.T., ERDLLEN, F.R., PARENTE, R.J.: «Treatment outcome as a function of follow-up difficulty in substance abusers». *Journal of consulting and clinical psychology*, 49 (1), 112-119. 1980.
- LÓPEZ ABENTE, G., MONGE, V., RUBIO, G., PASCUAL, J.: «Factores de riesgo en la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana en adictos a drogas por vía parenteral». *Medicina Clínica*, 90, pp. 769-771, 1988.
- MACLELLAN, A.T., LUBORSKY, L., WOODY, G.E., O'BRIEN, C.P.: «An improved diagnostic evaluation instrument for substance abusers patient. The addiction severity index». *The journal of nervous and mental disease*, 168, 26-33. 1980.
- MACLELLAN, A.T., LUBORSKY, O'BRIEN, C.P., BARR, H.L., EVANS, F.: «Alcohol and drug abuse treatment in three different populations: Is there improvement and is it predictable?» *Amerian journal of drug and alcohol abuse*, 12 (1 & 2), 101-120. 1986.
- MARINA, P.A.: *Adictos a la Heroína en Asturias. Un estudio de seguimiento*. Principado de Asturias. Oviedo. 1993.
- MARTÍNEZ DE LA FUENTE, L., ARTEAGOITIA, J.M.: «Estudio descriptivo de los pacientes heroínómanos asistidos en centros de tratamiento en el período 1981-1985». *Comunidad y Drogas*, 3, pp. 35-59, 1987.
- MELGAREJO, M., SANAHUJA, P., PÉREZ, E., MASFERRER, J., SALA, L.I., PIÑA, L.: «Estudio descriptivo de 431 heroínómanos usuarios del programa DROSS». *Font informatiu*, 5, noviembre. 1986.
- MELGAREJO, M., SANAHUJA, P., PÉREZ, E., MASFERRER, J., SALA, L.I., PIÑA, L.: «Tratamiento de 182 heroínómanos y resultados: seguimiento a un año (1985-86)». *Font informatiu*, 13, 1-141. 1988.
- NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE: «“Effectiveness on drug abuse treatment program”. Departament of health and human services». Publications n.º (ADM) 81-1.143. 1981.
- NAVARRO, J.: «La incidencia de las drogodependencias en el medio laboral». *Comunidad y Drogas*, 7, pp. 9-30, 1988.
- NIEVA, P.: *Evolución de centros de tratamiento de la drogodependencia*. Tesis doctoral. UNED. Madrid, 1988.
- OTERO, S.: *Estudio epidemiológico de toxicomanías no alcohólicas y evaluación de programas terapéuticos*. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. 1991.
- PAGE, R.C., MITCHELL, S.: «The effects of two therapeutic communities on illicit drug users between 6 months and 1 year after treatment». *The international journal of the addictions*, 22 (10), 981-992. 1988.
- PINILLA, B., SALCEDO, M.: «Síntomatología psíquica en pacientes de medicina general: avance de hipótesis». *Actas luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 15: 6. 1987.
- RESEARCH TRIANGLE INSTITUTE: *Increment and follow-up studies. (Treatment outcome prospective study, TOPS.)* Data collections forms. Research triangle park NC: RTI. 1982.
- ROBERTSON, J.R., BUCKNALL, A.B.V., SKIDMORE, C.A., ROBERTS, J.J.K., SMITH, J.H.: «Remission and relapse in heroin users and implications for management:

- treatment control or risk reduction». *The international journal of the addictions*, 24 (3), 229-246. 1989.
- ROGALSKY, C.J.: «Factor structure of the addiction severity index in an inpatient detoxification sample». *The international journal of the addictions*, 22 (10), 981-992. 1987.
- ROUNDSVILLE, B.J., DOLINSKY, Z.S., BABOR, T.F.: «Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholism». *Archives of General psychiatry*, 44, 505-513. 1987.
- ROUNDSVILLE, B.J., KOSTEN, T.R., KLEVER, H.D.: «Long term changes in current psychiatric diagnoses of treated opiate addicts». *Comprehensive Psychiatry*, 27 (5), 480-498. 1986.
- ROYO, J.: «Estudio de seguimiento de adictos a la heroína dos años después de haber finalizado el programa de abstinencia en régimen de ingreso (Comunidad terapéutica)». *II congreso del colegio oficial de psicólogos*, 239-251. Valencia. 1990.
- SÁNCHEZ-CARBONELL, J., CAMI, J.: «Recuperación de heroínómanos. Definición, criterios y problemas de los estudios de evaluación y seguimiento». *Medicina clínica*, 87 (9), 377-382. 1986.
- SÁNCHEZ-CARBONELL, J.: «Conocimientos y valoración de las medidas y servicios de atención al toxicómano». *Comunidad y drogas*, 8, 9-24. 1988.
- SÁNCHEZ-CARBONELL, J., CAMI, J., BRIGOS, B.: «Evolución de una muestra de heroínómanos 2 años después del inicio del tratamiento. (Proyecto EMETYST)». *Medicina clínica*, 92. Barcelona, 1988.
- SEIT: *Informe 1987, Informe 1988, Informe 1991*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, 1988, 1989, 1992.
- SELLS, S.B.: *Studies of effectiveness of treatment for drug abuse (Vol. 1). Evaluation of treatment*. Ballinger press. Cambridge, Massachusetts. 1974.
- SELLS, S.B., SIMPSON, D.D.: «Evaluation of treatment outcomes for the 1971-72 admission cohort». In *The effectiveness of drug abuse treatment (Vol. IV)*. Ballinger press, Cambridge, Massachusetts. 1976.
- SELLS, S.B., SIMPSON, D.D.: «Evaluation of treatment outcomes for the 1972-73 admission cohort». In *The effectiveness of drug abuse treatment (Vol. V)*. Ballinger press, Cambridge, Massachusetts. 1976.
- SELLS, S.B., SIMPSON, D.D., JOE, G.W., DEMAREE, R.G., SAVAGE, L.J., LLOYD, M.R.: «A national follow-up study to evaluate the effectiveness of drug abuse treatment: a report on cohort 1 of the DRAP five years later». *American journal of drug and alcohol abuse*, 3 (4), 545-556. 1976.
- SIMPSON, D.D.: «The relation of time spent in drug abuse treatment to posttreatment outcome». *American journal of Psychiatry*, 38, 875-880. 1981.
- SIMPSON, D.D.: «National treatment system evaluation based on the drug abuser reprobating programa (DARP) Follow-up research» en *Drug Abuse Treatment Evaluation: Strategies progress and prospects*. TIMS, F. LUDFORD, J. de. Research Monograph Series, 51, pp. 29-41. NIDA, Maryland, 1984.
- SIMPSON, D.D., SELLS, S.B.: «Effectiveness of treatment of drug abuse: an overview of the DARP research program. *Adv. Alcohol substance abuse*, 2 (1), 7-29. 1982.

- SIMPSON, D.D., SELLS, S.B.: *Effectiveness of treatment of drug abuse: summary of DARP, Follow-up research*. DHHS Pubs. No. (ADM) 82-1.194. Washington DC: U.S. Government Printing Office, NIDA. 1982.
- STIMMEL, M., GOLDBERG, J., COHEN, M., RATCOFF, E.: «Detoxification for methadone maintenance: risk factors associated with relapse to narcotic use». *Annals of N.Y. Accademy of sciences*, 311, 173-180. 1979.
- STANTON, M.D., TODD, T.: *Terapia Familiar del abuso y adicción a las drogas*. GEDISA. Barcelona. 1988.
- STIMSON, G.V., OPPENHEIMER, E., THORLEY, A.: «7 year follow-up of heroin addicts: drug use and outcome». *British medical journal*, 1, 1.190-1.192. 1978.
- VAILLANT, G.E.: «A 12-year follow-up of N.Y. narcotic addicts: I. The relation of treatment to outcome». *Amerian journal of Psychiatry*, 122, 727-737. 1966.
- VAILLANT, G.E.: «A 12-year follow-up of N.Y. narcotic addicts: IV. Some characteristics and determinant of abstinence». *Amerian journal of Psychiatry*, 123, 573-585. 1966.
- VAILLANT, G.E.: «A 20-year follow-up of N.Y. narcotic addicts». *Archieves general of psychiatry*, 29, 237-241. 1973.
- VAILLANT, G.E.: «What can long-term follow-up teach us about relapse and prevention of relapse in addiction?» *British journal of addiction*, 83, 1.147-1.157. 1988.
- VÁZQUEZ BARQUERO, J.L., DÍEZ MANRÍQUEZ, J.F., PEÑA, C., Y ALDAMA, J.M. y Cols.: «A community mental health sourvey in Cantabria. A general description of morbidity». *Psicological Medicine*. 17. pp. 227-242. 1987.
- WILSON, S.: «The effect of treatment in a therapeutic community on intravenous drug abuse». *British journal of addiction*, 73, 407-411. 1978.
- WINICK, C.: «Maturing out of narcotic addiction». *Bulletin on narcotics*, 16, 1-9.