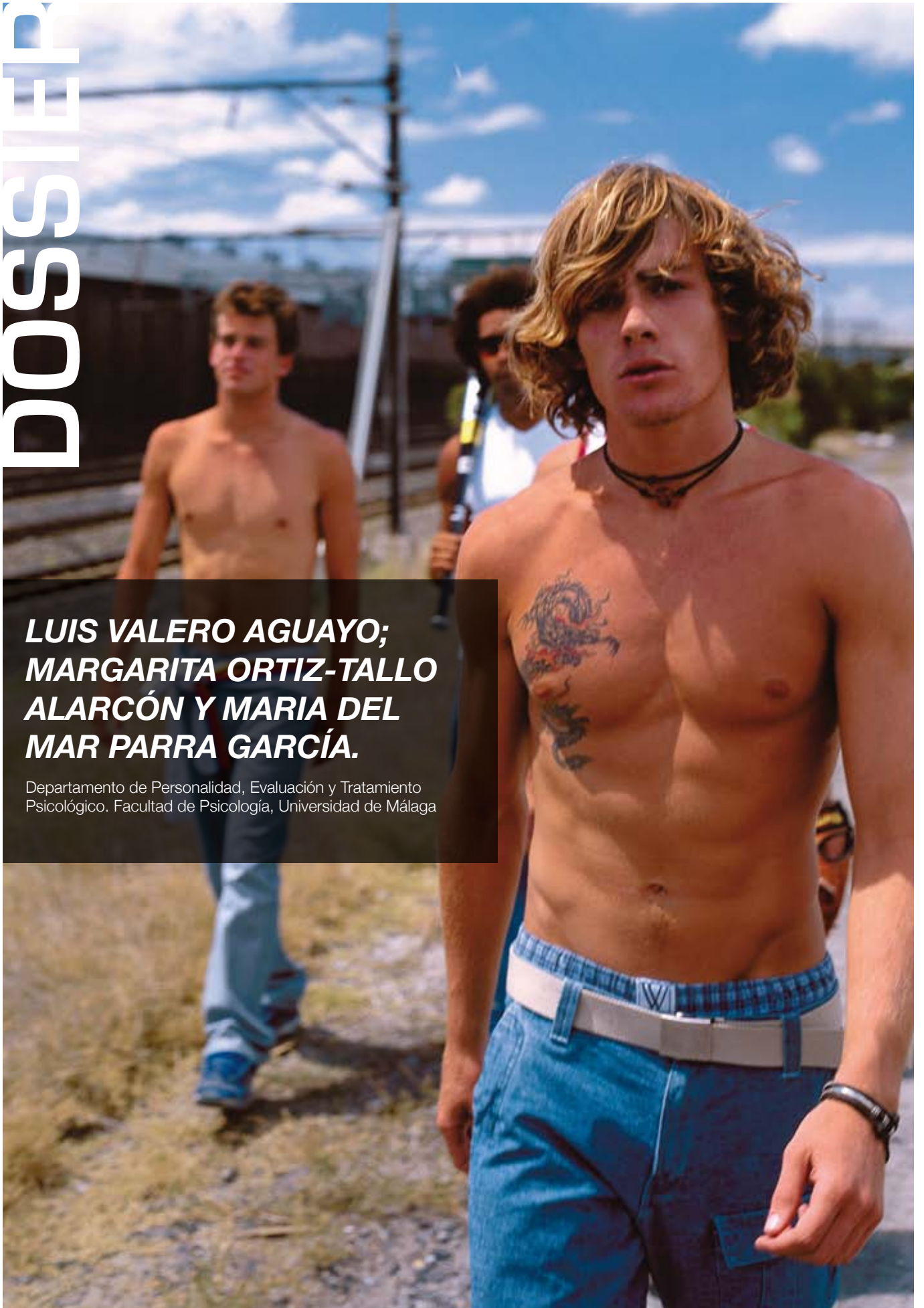


DOSSIER

**LUIS VALERO AGUAYO;
MARGARITA ORTIZ-TALLO
ALARCÓN Y MARIA DEL
MAR PARRA GARCÍA.**

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento
Psicológico. Facultad de Psicología, Universidad de Málaga



VALORACIÓN DE RESULTADOS Y PERFIL PSICOSOCIAL DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON DROGODEPENDENCIAS¹

Se ha realizado la evaluación de resultados de un programa de rehabilitación de personas con drogodependencias - Proyecto Hombre Málaga- a partir de los datos de los últimos 3 años. La muestra seleccionada ha sido de 96 personas entre 18 y 60 años (83,3% hombres y 16,7% mujeres). El porcentaje de altas terapéuticas se sitúa en el 22,9%. Se han estudiado las diversas características psico-sociales, relacionándolas con la probabilidad de alta, abandono o recaída en adicciones. Se detallan los resultados y análisis estadísticos en torno a características personales, familiares y de consumo. Se ha encontrado como factor fundamental relacionado con los abandonos: el policonsumo, el abuso emocional y físico, y especialmente la cantidad de conflictos familiares. Se sugieren orientaciones terapéuticas que mejoren los resultados y resuelvan los conflictos familiares que podrían ser un factor importante en las recaídas y abandonos del programa

Identificar un perfil psicosocial en el que se destaquen posibles factores de riesgo, de vulnerabilidad o de protección relacionados con el éxito del tratamiento en drogodependencias es de gran importancia para la mejora de esos mismos programas de tratamiento. En primer lugar, en el programa de intervención, para poder diseñar estrategias distintas de tratamiento y rehabilitación encaminadas a las necesidades específicas de los usuarios y sus familias. Por otro lado, en el campo de la prevención, para dirigir la aplicación práctica en programas educativos en aquellos jóvenes y en las familias que presenten un mayor riesgo de consumo y de recaída. La Sociedad Española de Toxicomanía reconoce la importancia de la investigación en drogodependencias, además de resaltar la colaboración entre instituciones y los distintos tipos de investigación más básica, epidemiológica, clínica, preventiva o social. En uno de sus puntos resalta la importancia de la difusión de los resultados de las investigaciones, la transferencia del conocimiento más clínico, del día a día, hacia el resto de investigadores y personal que trabaja en este campo; y también sobre la eficacia de las estrategias terapéuticas y tratar de identificar los factores de riesgo y protección sobre la dependencia a las drogas (Rodríguez et al., 2006; SET, 2006).

Sin embargo, la investigación sobre resultados terapéuticos no es tan fácil ni abundante en la literatura sobre el tema, menos aún si se trata de estudios a largo plazo².

En relación al conjunto de variables que parecen influir en el mantenimiento a largo plazo de los resultados de los tratamientos en drogodependencias, y más específicamente las variables relacionadas con el éxito

o abandono en los programas de comunidad terapéutica, el presente estudio pretende, por un lado, presentar un perfil psicosocial de los usuarios adultos del Proyecto Hombre en Málaga, y por otro, estudiar los posibles factores de protección o de vulnerabilidad por las características del consumo, situación personal y factores familiares que puedan relacionarse con el éxito del tratamiento, o bien con los factores de abandono temprano de un programa de comunidad terapéutica como es el Proyecto Hombre en Málaga.

MÉTODO

Se ha llevado a cabo una evaluación externa desde el Grupo de Investigación HUM-300 sobre "Valoración de programas sociales", a petición del Proyecto Hombre Málaga. Este grupo había realizado ya una evaluación en los inicios del centro pero como investigación cualitativa (Cardenal, Moreno y Ortiz-Tallo, 1994). El objetivo en este estudio era conocer las características sociológicas de la población a la que atienden, los resultados a largo plazo de los programas, y posibles variables indicadoras de esos resultados. Se realizaron varias reuniones con objeto de conocer las formas de recogida de datos, tipos de informaciones y proceso para llevar a cabo esa evaluación. El número de participantes es el total de casos recopilados por vía informática. De esta forma, la muestra tomada de 96 participantes representa aproximadamente el 25% del total de la población atendida en el centro de adultos. Se trata de una investigación post-facto, pues los datos se han tomado a partir de las entrevistas semi-estructuradas iniciales, los historiales personales, y los

1. Por razones de espacio, el estudio se muestra reducido y resumido. Para más información, dirigirse a Proyecto Hombre Málaga.
2. Para más información sobre estudios previos, dirigir un correo electrónico a formación@proyectohombremálaga.com

En relación al abandono del programa tienden a abandonar más las mujeres en la primera fase del programa y los hombres en la segunda fase. Aunque abandonan la misma proporción de hombres que de mujeres



cuestionarios *Registro Inicial Familiar* y del *EuroPASI*, como índice de gravedad de la dependencia, realizados a la entrada de los usuarios al centro. Algunos de los ítems se han agrupado en categorías si/no (presencia/ausencia), y en otros casos como categorías ordinales, con objeto de realizar análisis estadísticos en todos los indicadores posibles.

Se ha utilizado el programa SPSS-16 para obtener descriptores estadísticos; análisis de categorías con *Chi2* combinando las distintas variables, especialmente contrastadas respecto a los resultados del programa; análisis de varianza con aquellas variables continuas que lo permitían; y análisis correlacionales respecto a variables como edad o comienzo del consumo de las distintas sustancias.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES

La muestra para el estudio ha sido seleccionada del total de las personas atendidas en el Proyecto Hombre Málaga en los últimos tres años, debiendo cumplir los requisitos de tener más de 18 años de edad y haber acudido al centro por tener problemas con el consumo habitual de drogas.

En este estudio han participado 96 usuarios adultos (83,3% hombres y 16,7% mujeres) que han acudido entre los años 2007 a 2009 a Proyecto Hombre Málaga. Las edades de los participantes están comprendidas entre los 18 hasta los 56 años (media 31,31 años) y todos presentan problemas de abuso de drogas. En relación a la curva de población normal, hay más usuarios de 25-30 años y de 40 años que la distribución habitual de la población andaluza.

En relación al estado civil, el 76% de ellos están solteros, el 7,3% casados, el 11,5% separados y el 5,2% divorciados. Si atendemos a las personas con las que en el momento del estudio están conviviendo, encontramos que el 35,4% vive con sus padres, el 15,6% con otros familiares, el 13,5% con su pareja, otro 13,5% con su pareja e hijos, el 11,5% vivían en situación inestable, el 5,2% solos, el 4,2% con amigos y, por último un 1% en un medio protegido.

CONSUMO

En cuanto al tipo de consumo hay diversos indicadores, sobre el consumo en general, en el último mes, la edad de inicio en esas sustancias, y el número de ellas que consumen simultáneamente. Hay unos porcentajes muy elevados en el consumo de cuatro sustancias en todos los usuarios: cocaína (90,6%), alcohol en pequeñas cantidades (87,5%) o grandes cantidades (76,0%) y cannabis (81,3%). Las demás sustancias presentan porcentajes menores entre el 34 y 10% según cada caso concreto. De hecho, al preguntarles sobre qué han consumido en el último mes vuelven a repetirse el mismo tipo de sustancias, aunque afirman porcentajes algo más bajos (cocaína=70,8%, alcohol=56,3 y 46,9%, y cannabis=47,9%). Hay un 28,1% de usuarios que afirman tomar múltiples sustancias a la vez. Precisamente al reunir los datos sobre qué sustancia declara consumir cada usuario, hay unos porcentajes muy elevados que consumen 4, 5 y 6

sustancias al mismo tiempo (27,1%, 20,8% y 14,6% respectivamente). También ocurre algo similar en cuanto al número de sustancias consumidas en el último mes de forma simultánea (entre 2 y 4, con 18,8%, 19,8% y 22,9% respectivamente). Incluso hay algunos usuarios que declaran que han consumido hasta 8 y 9 sustancias.

La edad de inicio en el consumo de las distintas sustancias es muy variado, pues puede ir desde los 8 años hasta los 50 años en que afirman haberlas probado por primera vez. Sin embargo, al ordenar los datos aparece una tendencia clara en la historia del consumo, tanto si se considera la media de inicio como la mediana (como más representativo de frecuencia de usuarios). En este caso, el orden del inicio de drogas se inicia con cantidades pequeñas de alcohol, después cannabis, siguen inhalantes y alucinógenos (entre 15 y 16 años), después anfetaminas y alcohol en grandes cantidades (17-18 años), después cocaína, opiáceos, y heroína (18-20 años). Incluso la metadona aparece ya a edades más

consumo de cannabis, cocaína, opiáceos y anfetaminas (correlaciones entre .44 y .85, $p < .05$). Es decir, a menor edad de comienzo con unas sustancias también menor edad en las otras, y viceversa. También se correlacionan el uso de cannabis con los alucinógenos, inhalantes y anfetaminas. Y, por otro lado, también se correlacionan las edades de comienzo de la heroína, los opiáceos y la cocaína; y también las benzodiacepinas con la cocaína. De alguna forma, y se hiciese un esquema relacional entre la edad de comienzo en el uso de las distintas sustancias, el alcohol es mayoritario y significativo con casi todas las demás drogas: (1) el alcohol se relaciona a su vez con cannabis, opiáceos, anfetaminas, cocaína; (2) en un segundo grado, el cannabis con alucinógenos, anfetaminas, cocaína e inhalantes; y (3) en un tercer grado éstos con los distintos opiáceos, con la cocaína, benzodiacepinas. El uso de la metadona hay pocos usuarios y parece independiente en edad de comienzo.

Es también interesante la correlación negativa entre el consumo total de drogas y la edad de comienzo del abuso de alcohol y heroína ($r = -.34, -.31, -.57, p < .01$). Es decir, a menor edad de comienzo, mayor cantidad de consumo total. Y también resulta una correlación negativa entre la cantidad total de conflictos (padres, hermanos, familiares, etc.) y la edad en que comienza el abuso de grandes cantidades de alcohol y de cocaína. Es decir, cuando hay más conflictos personales en relación a otros, menor es la edad de inicio del consumo. Aunque sólo es una correlación, también podría concluirse que al comenzar más temprano el consumo aparecen mayor cantidad de conflictos con el entorno social inmediato.

La Sociedad Española de Toxicomanía reconoce la importancia de la investigación en drogodependencias, además de resaltar la colaboración entre instituciones y los distintos tipos de investigación más básica, epidemiológica, clínica, preventiva o social

tardías, se supone que como efecto de los programas de desintoxicación anteriores a edades más adultas. Esta progresión en edad se repite de forma sistemática, por lo que podría describir una curva de adquisición de distintas sustancias, probablemente según su frecuencia de uso o su gravedad percibida.

Existen diversas correlaciones positivas y significativas entre la edad en que los usuarios entran en el programa, y la historia de inicio de las distintas sustancias. Así, hay una correlación entre la edad de acceso al programa y la que iniciaron la ingesta de alcohol en pequeñas o grandes cantidades, el consumo de benzodiacepinas, cocaína, cannabis. Es decir, aquéllos que acceden con más edad al programa de rehabilitación también han comenzado más tarde a consumir. También están correlacionadas las edades en que se comienza el consumo de alcohol en pequeñas o grandes cantidades con la edad en que se comienza el

RESULTADOS DEL PROGRAMA

El programa de Proyecto Hombre se realiza en dos fases principales: la primera fase es la denominada "Acogida", de tipo ambulatorio, que dura entre varios meses y un año, que tiene por objetivos superar el síndrome físico de abstinencia, desarrollar la motivación para cambiar y mejorar el concepto de sí mismo como persona. La segunda fase es la denominada "Comunidad", también entre nueve meses y un año, realizada en un centro en las afueras donde el usuario convive diariamente con otros usuarios y terapeutas, y cuyo objetivo es el adquisición de hábitos diarios y relaciones personales, con objeto de superar sus problemas y crear valores humanos que le lleven a mantenerse libre de drogas fuera de la comunidad posteriormente. Hay un 57,3% de participantes en la primera fase del programa y un 42,7% en la segunda. No hay diferencias significativas en la proporción de personas en la primera o en la segunda fase del tratamiento, se distribuyen por igual. En cambio, sí hay diferencias en los resultados globales; no se distribuye por igual la proporción de altas terapéuticas (22,9%), los abandonos o expulsiones del programa (68,8%) y las recaídas o vueltas al programa una vez dado el alta (8,3%). Aunque hay una mayor proporción de mujeres dadas de alta (37,5%), no hay diferencias significativas en los resultados entre hombres y mujeres.

Hay diferencias significativas en cuanto al número de abandonos y altas terapéuticas en relación a en qué fase ocurren. Como era de esperar, en la primera fase



ocurren mayor cantidad de abandonos y expulsiones (83,6%) frente a las altas terapéuticas (7,3%), mientras que en la segunda fase los abandonos son algo mayores (48,8%) que las altas (43,9%). Las recaídas se producen tanto en la primera como en la segunda fase terapéutica.

Los datos obtenidos en esta muestra concreta son paralelos a los obtenidos, en general, sobre las altas terapéuticas dentro del programa de Proyecto Hombre a lo largo de su historia. De hecho, y según sus estadísticas globales, el número de altas ha ido creciendo progresivamente, pero se sitúa en los últimos años entre el 26 y el 35%. Aunque estos porcentajes globales no desquitan las recaídas en esos años, que volverían ser ingresos en el programa unos años después.

Hay diferencias significativas respecto a los resultados: en aquellos que consumen alcohol en pequeñas o grandes dosis, aparece siempre mayor proporción de abandonos o expulsiones. También aparecen mayor número de expulsiones en los que toman cannabis. En el caso del consumo de heroína, y el de anfetaminas e inhalantes también hay diferencias, pero los datos se agrupan en los que NO-consumen y abandonan. Tampoco hay diferencias significativas en el consumo de otras sustancias, tanto en consumo general como en el último mes antes de entrar al programa. En suma, se podría afirmar que el consumo de alcohol en pequeñas o grandes dosis, y los que toman cannabis tienen mayor probabilidad de abandonar el programa. En cambio las demás drogas no presentan diferencias significativas respecto a los abandonos.

CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES

En general viven con los padres y otros familiares (total 51,0%), y en menor medida tienen su propia pareja e hijos (27,0%). También en su mayoría viven en familias sin problemas (71,9%) y mantienen de forma asidua el contacto familiar (46,9%). Son bastante menos los que declaran vivir con familias o amigos con problemas. El hecho de vivir con alguien que consuma alcohol o drogas, el tipo de convivencia, estado civil, tiempo de esa convivencia, y con quién pase el tiempo libre, son variables que no diferencian los resultados terapéuticos. Sin embargo, declaran una gran cantidad de conflictos

con los distintos miembros de la familia: padre (69,8%), madre (66,7%), pareja (75,1%), hermanos (53,7%), incluso otros familiares (37,5%) y otros amigos y compañeros (38,5%). El grado de conflicto parece elevado en todos ellos. Al preguntarles sobre la existencia de esos conflictos en el último mes, las cifras disminuyen aunque se mantienen las proporciones: padre (33,3%), madre (28,1), pareja (22,9%), hermanos (30,5%), otros familiares (13,5%), y amigos, compañeros y vecinos también tienen conflictos con ellos.

Al relacionar esta variable con los abandonos del programa, el hecho de tener conflicto con la madre resulta significativo para los abandonos, también los conflictos con hermanos, y con otros familiares; pero no ocurre con el padre, la pareja, los hijos, los amigos, compañeros o los vecinos.

En relación a la variable antecedentes familiares el 57,3% de los padres han tenido problemas con el alcohol, el 58,3% con otras drogas y el 42,7% problemas psiquiátricos. Solo el 28,1% de la muestra no tiene antecedentes familiares de consumo. El 13,5% refiere tener antecedente de uno de los problemas, el 30,2% dos de ellos y un 28% tiene antecedentes familiares de los tres tipos.

**Respecto a qué sustancia
declara consumir cada usuario,
hay unos porcentajes muy
elevados que consumen
4, 5 y 6 sustancias al mismo
tiempo, 27,1%, 20,8%
y 14,6% respectivamente**

Si atendemos a los resultados terapéuticos de alta o abandono final, los antecedentes familiares, bien sea por consumo de alcohol, drogas o problemas psiquiátricos no presentan diferencias significativas respecto a los resultados terapéuticos del alta o abandono final. Tampoco el hecho de vivir con alguien que tome alcohol o drogas, el tipo de convivencia, estado civil, tiempo de esa convivencia, y con quién pase el tiempo libre, son variables que se diferencian respecto a los resultados terapéuticos.

Resulta curioso que aquellos que apenas mantienen contacto familiar, tienen comparativamente más altas terapéuticas (41,2%), y los que sí tienen esa relación familiar estrecha tienen más abandonos y recaídas (82,2%). Podría ocurrir que ese contacto familiar, y los conflictos especialmente con la madre, hermanos y otros familiares (que son los significativos) sean bien un factor previo a las adicciones, o quizás un efecto posterior de esa misma problemática, e incida negativamente en los abandonos.

Al comparar los distintos grupos según sus resultados

(altas, abandonos, recaídas) sólo hay diferencias significativas respecto a la variable de “conflictos totales”. En este caso, en el grupo de abandonos hay mayor número de conflictos globales que aquellos a quienes se les ha dado el alta terapéutica. No hay diferencias respecto a los abusos totales (emocionales, físicos o sexuales), ni respecto al consumo total, ni respecto a los antecedentes familiares. Parece que la acumulación de conflictos de todo tipo (familiares, pareja, vecinos, amigos, etc.) puede ser un factor influyente para un mayor abandono, aunque también podría ser un efecto posterior a la propia adicción. Informan también sobre elevados índices de abuso

llas que aparecen diferencias en cuanto abandonos, como es el caso del consumo de alcohol y de cannabis, aparece una relación significativa entre el consumo de grandes cantidades de alcohol y los antecedentes familiares de alcohol. En cambio, no hay relación significativa entre los antecedentes familiares (tanto del uso de alcohol, otras drogas o problemas psiquiátricos), y el uso de cualquier otra droga. No podría afirmarse una causa entre una situación familiar de alcoholismo y el abuso de alcohol, precisamente en los usuarios que abandonan, pero es algo que no ocurre en las demás drogas, lo que sí podría implicar algún tipo de contexto común para la adquisición de esta adicción específica en padres e hijos.

Al comenzar más temprano el consumo aparecen mayor cantidad de conflictos con el entorno social inmediato

emocional (68,8%), físico (34,4%) y sexual (11,5%). Sólo un 28,1% informa de ningún abuso, incluso algunos de dos y tres tipos (26,0 y 8,3%). Si atendemos a esta variable en función del sexo se encuentran diferencias significativas entre hombres y mujeres en el abuso físico sufrido. Aunque los datos son desiguales, hay una diferencia mayor en mujeres que han tenido episodios de abusos físicos (27,5% en hombres frente a 68,8% en mujeres), y también en abusos sexuales donde hay menos hombres (3,8%) que mujeres (50%) con esta historia de abuso sexual. No hay diferencias significativas en esta variable respecto al éxito o abandono del programa.

Se han analizado algunas de las variables que aparecen significativas en los datos globales, con objeto de intentar encontrar algún tipo de relación entre ellas. En este caso, aparecen diferencias significativas en aquellos que tienen conflictos con el padre y a la vez abuso emocional o psicológico, y casi significativa en el caso de abuso físico de la madre. Aquellos que tienen más conflictos informan de más abuso emocional, puede que ambas variables estén señalando el mismo problema respecto a los padres. Este hecho podría venir refrendado porque también aparecen diferencias significativas en el caso de abuso emocional y mayor cantidad de antecedentes familiares (alcohol, otras drogas o problemas psiquiátricos), y también en el caso de abuso físico y mayor cantidad de antecedentes familiares. De alguna forma, con mayores conflictos con los padres, con mayores antecedentes de problemas de alcoholismo u otras drogas de esos padres, también mayor abuso emocional y físico. No se puede afirmar qué es causa de qué, pero son problemas muy relacionados entre sí, aunque no son determinantes para el éxito o abandono del programa. En el caso de abuso sexual no hay diferencias significativas con estas otras variables.

Dentro del consumo de diferentes drogas, en aqué-

CONCLUSIONES

El perfil psicosocial mayoritario del toxicómano adulto de Proyecto Hombre Málaga se describiría como *un varón que acude al programa alrededor de los 25 años (otro grupo llega con más edad, sobre los 40 años) y que consume una media de 3 sustancias. La politoxicomanía en gran proporción de usuarios estaría*



caracterizada por el uso de cocaína, cannabis y alcohol fundamentalmente, aunque pueden consumir aún mayor cantidad de sustancias de manera simultánea en el último mes.

El grupo más joven está soltero y tienen importantes conflictos con su familia, padres y hermanos; y los mayores están casados tienen hijos y presentan los conflictos con su pareja. Pero la mayoría convive con sus padres y dice pasar la mayor parte de su tiempo con la familia.

En relación a la edad de inicio del consumo y la escalada en el tipo de droga, comienza el consumo de alcohol a los 15 años, posteriormente o, a la vez, el cannabis y los inhalantes. Un año más tarde los alucinógenos, posteriormente las anfetaminas, la cocaína, la heroína y por último un pequeño porcentaje ha tomado metadona a mayor edad. Los que comienzan más jóvenes a consumir alcohol comienzan antes otras drogas y consumen más cantidad de todas ellas. Atendiendo al perfil familiar, se encuentra que tienen antecedentes familiares de adicciones a alcohol y otras drogas, así como también antecedentes psiquiátricos en algún familiar, aunque no significativos. Cuando hay antecedentes familiares de abuso de alcohol presentan un consumo de grandes cantidades de alcohol y de cannabis.

Son familias disfuncionales en las que también ha habido abuso en la infancia. Consideran que ha sido muy frecuente el abuso emocional y, en menor medida el abuso físico. En algunos casos, especialmente en las chicas, ha habido abuso sexual. Cuanto más antecedentes familiares de consumo de tóxicos, más abuso emocional ha habido en la infancia del joven. Cuanto más conflictiva es la familia, más historia de abuso físico y emocional.

El usuario del programa presenta conflictos con los familiares, padres y hermanos. Cuando llegan al Proyecto Hombre llevan un tiempo en el que los conflictos con la madre se han agudizado. Los que han comenzado más jóvenes a consumir drogas tienen más

conflictos familiares. Es una de las variables más significativas, indicadas por una alta correlación, aunque no puede afirmarse si los conflictos son la fuente o la consecuencia de la conducta adictiva de los usuarios. En relación al abandono del programa tienden a abandonar más las mujeres en la primera fase del programa y los hombres en la segunda fase. Aunque abandonan la misma proporción de hombres que de mujeres. Los que presentan más conflictos de todo tipo (familiares, pareja, vecinos, amigos, etc.) presentan un mayor abandono. Tener los conflictos con la madre es un mayor riesgo para dejar el programa.

Tienen también más probabilidad de no seguir la terapia los que consumen alcohol y cannabis, sea en pequeñas o en grandes dosis. En suma, el alcohol aumenta la probabilidad de abandonar el programa. El alta terapéutica ocurre por igual en hombres y en mujeres, independientemente del historial de consumo, edad de inicio y situación psicosocial.

Sin embargo atendiendo a las personas que con más probabilidad consiguen el éxito terapéutico o el alta, sólo se podría destacar que son en mayor proporción aquellas que apenas mantienen contacto familiar, quizás por vivir en pareja o con hijos. Al contrario de lo que podría parecer, mantener el contacto familiar, dado el alto nivel de conflictos con todos los familiares, y en muchos casos de abusos emocionales y físicos, no es precisamente un factor probable de éxito terapéutico.

DISCUSIÓN

Estos resultados muestran un panorama psicosocial de las personas con adicciones que han entrado a un programa de rehabilitación de tipo comunidad, similares a otros perfiles ya publicados en otras investigaciones. Lo importante en estos datos es la estrecha relación encontrada entre conflictos familiares, abuso emocional o físico, consumo de alcohol y abandonos del programa. La única variable significa-

BIBLIOGRAFÍA

- Beitchman, H.J.; Zucher, J.K., Hood, E.J.; Da Costa, A.G. y Ackman, D. (1991). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 16, 537-556.
- Cardenal, V., Moreno, P., y Ortiz-Tallo, M. (1994). Evaluación cualitativa del centro de rehabilitación de toxicómanos de Proyecto Hombre. En V. Cardenal, J. Corbalán, R. Esteve, V. Gradillas, B. Moreno, P. Moreno, M. Navarro., Ortiz-Tallo, M., y L. Valero (eds). Evaluación de programas de reinserción social. Málaga: Miguel Gómez Ediciones (pags. 125-159).
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D., Williamson, D. F., & Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *Journal of the American Medical Association*, 286, 3089-3096.
- Famularu, R., Kinscherff, R., y Fenton, T. (1992) Parental substance abuse and the nature of child maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 16, 4, 475-483.
- Fernández-Hermida, J.R., Secades, R. (2001). Evaluación de la eficacia del programa. Madrid: Proyecto Hombre.
- Fernández-Hermida, J.R., Secades, R., Magdalena-Benavente, Y., Riestra del Rosal, C. (1999). Evaluación de la eficacia del programa educativo-terapéutico para rehabilitación de toxicómanos de Proyecto Hombre en Asturias. Oviedo: Servicio Central de Publicaciones del Principado de Asturias.
- Girón, S. (2007). Los estudios de seguimiento en drogodependencias: Una aproximación al estado de la cuestión. *Trastornos Adictivos*, 9, 2, 75-96.
- González, J.M. (2003) Abuso sexual infantil. Un estudio de sus consecuencias en mujeres alcohólicas y fármaco dependientes en Barranquilla, Colombia. *Revista Electrónica de Psicología Científica*. Disponible en <http://www.psicologiacientifica.com> (Consultada el 10-12-2009).
- Hussey, D. y Singer, M. (1993). Psychological distress, problem behaviors and family functioning of sexually abused adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 5, 954-961
- López-Goñi, J.J., Fernández-Montalvo, J., Illescas, C., Landa, N., y Lorea, I. (2008). Razones para el abandono del tratamiento en una comunidad terapéutica. *Trastornos Adictivos*, 10, 2, 104-111.
- Muñoz-Rivas, M. y Graña López, J.L. (2001). Factores familiares de riesgo y protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13, 1, 87-94.
- Rodríguez de Fonseca, F., Alexandre, R., Cami, J., Navarro, M., Torrrens, M., Iraurg, J., Oñorbe, J., De Andrés, R., Colom, J., Tomás, S., y Molina, M. (2006). La investigación en drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 8, 2, 115-132.
- Sánchez-Hervás, E., Secades-Villa, R., Santoja-Gómez, F.J., Zacarés-Romaguera, R., García-Rodríguez, O., Martín-Yañez, E., Catalatud-Francés, M., García-Fernández, G. (2010). Abandono del tratamiento en adictos a la cocaína. *Adicciones*, 22, 1, 59-64.
- Secades, R., y Benavente, Y. (2000). Predictores de la retención en una comunidad terapéutica para drogodependientes. *Adicciones*, 12, 3, 365-371.
- Secades, R., y Fernández, J.R. (2000). Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones*, 12, 3, 353-363.
- Sociedad Española de Toxicomanías (2006). Documento de consenso de la SET sobre la importancia de la investigación en drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 8, 2, 133-134.
- Springer, K. W., Sheridan, J., Kuo, D., & Carnes, M. (2007). Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse and Neglect*, 31, 517-53.

tiva para las altas terapéuticas es precisamente tener poco contacto con la familia. Esto debería hacer reflexionar sobre los factores en los que está incidiendo las actividades del programa de rehabilitación, pues habría de tener en cuenta estos conflictos para resolverlos. Ya se trate de conflictos anteriores al problema de adicción o bien como consecuencia de ella, son los factores que pueden estar manteniendo un gran malestar del usuario que haga que abandone finalmente el programa. Podría aconsejarse, pues, que se integrase a los familiares más directos en el programa, pero no como “vigilantes” de la abstinencia, sino como “parte del problema”, quizás enseñándoles cómo comportarse, cómo reaccionar, cómo interaccionar de una forma más positiva, intentando disminuir o eliminar esa fuente de conflicto. También integrando otros factores como habilidades sociales, resolución de problemas, mediación familiar, autonomía personal, búsqueda de independencia, e incluso habilidades para la búsqueda de empleo y formación profesional que le permita una vida independiente.

Secades y Fernández (2000) a partir de sus estudios sobre la retención en los programas de comunidad terapéutica, realizaron ya una serie de recomendaciones para mejorar esas tasas de retención en el programa, referidas tanto a los usuarios (restringir criterios de inclusión, incremento en la motivación inicial para adherirse al programa), como los referidos al propio programa (adaptarse a las necesidades individuales de cada grupo de personas con adicciones diferentes, implicar a personas allegadas, terapias de incentivo y manejo de contingencias, y también combinar terapias farmacológicas y psicológicas), y también a los terapeutas (mejorar la formación, incentivar, motivar, y tener una continuidad y estabilidad en el tratamiento). Quizás sería necesario realizar estudios más especializados sobre las “causas” de esos abandonos, realizando estudios de seguimiento, con nuevos datos e instrumentos, y conocer en detalle algunas de las razones para esos abandonos por parte de los usuarios. Pero también investigar las “causas” de las altas, que aunque van aumentando progresivamente con los años, podrían aumentarse aún más si se conoce cuáles son los factores protectores en la misma familia, los factores motivacionales y de tratamiento de los terapeutas, los factores de inserción social mediante empleo e independencia económica, como ha señalado la revisión de estudios sobre factores predictivos (Girón, 2007).

Para obtener conclusiones definitivas también hay que considerar las limitaciones de este estudio como se señalaban al principio, por un lado, el hecho de que todos los datos proceden de entrevistas o cuestionarios, es decir, información suministrada por los propios usuarios, pero no contrastada con otras fuentes de información o con otras técnicas más objetivas, como observaciones directas o pruebas biomédicas; y por otro, que los resultados se basan en una parte de toda la muestra posible de usuarios que pasan por el programa, dado el tipo de estudio post-facto y las dificultades para recoger historiales de todos los usuarios. Una muestra más amplia habría permitido un mejor análisis estadístico de tipo predictivo.

Con todo, creemos que la muestra es represen-

tativa de los usuarios del programa y las conclusiones generales, sobre los factores personales y familiares que inciden en los abandonos del programa (historia y conflictos familiares, policonsumo, alcohol, abuso emocional o físico), pueden ayudar a mejorar en un futuro las estrategias de tratamiento e integración que se realizan dentro de este tipo de programas de rehabilitación en comunidad terapéutica. Al menos, estos resultados han de considerarse un factor de riesgo al que habría que prestar especial atención cuando los usuarios acceden por primera vez al programa, para trabajar sobre ellos y que la tasa de abandonos fuese menor cada año. •

Se podría afirmar que el consumo de alcohol en pequeñas o grandes dosis, y los que toman cannabis tienen mayor probabilidad de abandonar el programa

