

**ENRIQUE GARCÍA, ALBERTO ESPINA, BEGOÑA PUMAR,
ANA AYERBE Y ASUNCIÓN SANTOS.**

**LA EMOCIÓN EXPRESADA FAMILIAR COMO FACTOR
PRONÓSTICO EN TOXICOMANÍAS.**

RELACION DE AUTORES

ANA AYERBE. Doctora en Psicología. Psicoterapeuta. Miembro de la Asociación Vasca de Psicoterapias Dinámica y Sistémica.

ALBERTO ESPINA. Psiquiatra. Profesor titular y Director del Master de Terapia Familiar y de Pareja del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad del País Vasco. Presidente de la Asociación Vasca de Psicoterapias Dinámica y Sistémica.

ENRIQUE GARCÍA. Doctor en Psicología. Master en Drogodependencias. Terapeuta familiar. Miembro de la Asociación Vasca de Psicoterapias Dinámica y Sistémica.

BEGOÑA PUMAR. Doctora en Medicina. Psicóloga. Terapeuta de familia. Profesora del Master de Terapia Familiar y de Pareja del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad del País Vasco. Secretaria de la Asociación Vasca de Psicoterapias Dinámica y Sistémica.

ASUNCIÓN SANTOS. Doctora en psicología.

PROLOGO

Este libro es fruto de una investigación sobre factores pronósticos en toxicomanías que forma parte a su vez de un proyecto más amplio sobre Familia y Toxicomanías. Son numerosos los trabajos realizados sobre la familia del toxicómano y se han elaborado importantes teorizaciones sobre sus relaciones familiares que han servido de marco para la intervención terapéutica. Pero no son tan numerosos los estudios empíricos.

Nuestro equipo de investigación, después de investigar la Emoción Expresada (constructo que hace referencia a actitudes de los familiares hacia el paciente) como factor pronóstico de recaída en pacientes esquizofrénicos y viendo la carencia de estudios empíricos sobre el peso de los factores familiares en el curso de las toxicomanías, inició en 1989 un proyecto de investigación en el que estudiamos aspectos de las relaciones familiares de los toxicómanos y el valor pronóstico de la Emoción Expresada, además de otras variables, en las toxicomanías y en el que se han basado las tesis doctorales de Ana Ayerbe (sobre características familiares) y de Enrique García (este estudio). El interés de este trabajo vienen dado por la necesidad de estudiar empíricamente las variables familiares que están asociadas a la recaída y abandono terapéuticos en las toxicomanías para intervenir específicamente en las variables pronósticas detectadas.

Este trabajo es el primer estudio publicado en el que se demuestra empíricamente que la Emoción Expresada está asociada a la recaída y abandono terapéutico en las toxicomanías. Esperamos que nuestras conclusiones sirvan para enriquecer los tratamientos en este campo.

San Sebastián 4 de diciembre de 1996

INDICE

CAPITULO I. Recaída y abandono terapéutico en las toxicomanías.

1. Los conceptos de recaída y abandono en toxicomanías.
2. Modelos teóricos explicativos de la recaída.
3. Revisión de estudios sobre abandono terapéutico y recaída en toxicomanías

CAPITULO II. Estudio empírico sobre factores familiares (emoción expresada) predictores de recaída y abandono. Objetivos y metodología.

1. Muestra objeto de estudio.
2. Variables e instrumentos de medida.
3. Procedimiento.

CAPITULO III. Estudio empírico sobre factores familiares (emoción expresada) predictores de recaída y abandono. Resultados y discusión.

1. Resultados descriptivos.
2. Resultados sobre el valor predictor de emoción expresada en recaída y/o abandono terapéutico en toxicómanos.
3. Resultados sobre el valor predictor del resto de variables en recaída y/o abandono terapéutico en toxicómanos.
4. Relación entre recaída y abandono.
5. Resultados sobre la relación emoción expresada y el resto de las variables.
6. Relación entre la emoción expresada del padre (cc y cp) y recaída controlando otras variables significativas.

CAPITULO IV. Conclusiones y recomendaciones terapéuticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

CAPITULO I. RECAÍDA Y ABANDONO TERAPÉUTICO EN LAS TOXICOMANÍAS.

1. LOS CONCEPTOS DE RECAÍDA Y ABANDONO EN TOXICOMANÍAS.

Una de las primeras cuestiones a dilucidar en el estudio de las toxicomanías es de tipo conceptual. Podemos empezar por definir qué entendemos por “droga”, puesto que la forma de enfocar el problema vendrá determinada por la definición que demos de ella. Alarcón y cols. (1981) definen *droga* «como una sustancia que introducida en el cuerpo por cualquiera de los mecanismos de administración clásicos de los medicamentos (inhalación, ingestión, fricciones) o nuevas (administración parenteral, endovenosa, etc), tenga dicho producto utilidad terapéutica o no, sea capaz de producir una modificación en la conducta del sujeto, condicionada por los efectos inmediatos (psicoactividad) o persistentes, de tal naturaleza que existe una evidente renuencia al uso continuado del producto». Freixa y cols. (1981) afirman que la dependencia no es sólo el resultado de los efectos farmacológicos de la sustancia, con su tolerancia y síndrome de abstinencia, sino que además intervienen otros factores ambientales, como la estructura social del sujeto, las relaciones familiares y grupales, la disponibilidad de la sustancia, que inciden en el comportamiento del toxicómano en relación al consumo de drogas. A su vez, este comportamiento modifica las relaciones del sujeto con su familia y con su mundo social, produciendo cambios de tal magnitud que continúan incidiendo en el drogodependiente incluso cuando las acciones farmacológicas específicas de la droga han dejado de ejercer su efecto.

En el presente trabajo y en sus resultados, cuando utilicemos términos como drogodependientes, toxicómanos o drogadictos haremos referencia a sujetos que cumplen los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-III-R (APA, 1988), que se expondrán en el capítulo de metodología y que consideran la dependencia como un síndrome multidimensional con componentes sociales, conductuales y biológicos que evidencian una pérdida de control sobre el consumo de la sustancia, a diferencia del DSM-III, que valoraba sobre todo la aparición de tolerancia y síndrome de abstinencia cuando se suspendía el consumo (Guerra, 1992).

LA RECAÍDA EN TOXICOMANÍAS.

Una de las cuestiones fundamentales que necesitan ser resueltas es cómo definir las recaídas. Para Leukefeld y Tims (1989) se trata de un fenómeno complejo, un proceso gradual que como tal presenta cuestiones de criterio. Marlatt y Gordon (1985) desarrollaron una teoría muy influyente sobre el proceso de recaída que pone énfasis en los factores cognitivos, afectivos y situacionales que pueden potenciar la recaída. Esta vendría dada, primero por situaciones de riesgo, que son aquellas que el individuo percibe como amenazantes para su autoeficacia y que incrementan el riesgo potencial y segundo, las recaídas estarían favorecidas por otros factores de carácter menos específico que se mantienen a lo largo de un tiempo más prolongado.

Para estos autores, recaída (*relapse*) se refiere al consumo continuado y compulsivo de la droga, un completo retorno al abuso de la sustancia (heroína) posterior a un período de abstinencia. Lapso o caída (*lapse*) es un episodio singular de abuso de sustancia, un leve error o desliz. Según Shiffman (1989), lapso es un único episodio en el que se infringe la restricción mientras que una recaída señala el fin sin éxito de todo el esfuerzo para el cambio de conducta. Un desliz puede ser seguido o no por un retorno a la anterior conducta adictiva. A este respecto Gossop y cols. (1987) encontraron en un estudio, que a pesar de la alta tasa de caídas (*lapse*) en el consumo nada más acabar el tratamiento, un seguimiento posterior mostró que a los seis meses, alrededor de la mitad de la muestra permanecía abstinentes. En la misma dirección, define De Leon (1990-91) el concepto de recaída como el "uso recurrente de drogas después de un período de abstinencia". De todas formas estos patrones pueden variar desde un consumo aislado (*slip* o *lapse*) o un episodio de múltiples consumos en un tiempo limitado (*binges*), o bien un retorno a la frecuencia y patrón de uso anteriores a la abstinencia (*relapse*).

Para Catalano y cols. (1990-91), la recaída puede ser definida como un evento discreto que ocurre con el simple uso de una droga, después de un intervalo abstinentes, o como un proceso que se desarrolla a lo largo del tiempo. En el primer caso, se suele distinguir entre el abuso de la droga primaria u otra sustancia psicoactiva como posible sustitución. Como proceso, la recaída ha sido definida de diferentes modos: uso diario, retorno a la línea base, consecuencias como la readmisión a tratamiento, diagnóstico de nueva dependencia según diferentes criterios. Shiffman (1992) describe las grandes tendencias que han marcado en la última década una aproximación conductual a la recaída. Hoy se reconoce que el cambio conductual del tratamiento y la prevención de recaídas son procesos diferentes y requieren abordajes distintos. Se da más importancia a las situaciones particulares, a los eventos en el proceso de recaída y se enfatiza la participación activa del cliente en su proceso de autocontrol. La recaída se ve afectada por una multitud de variables, incluyendo los estilos de vida, la presión social, la autoeficacia, el estrés, el coping, el apoyo social y la motivación. Los procesos de recaída pueden ser genéricos en diferentes conductas adictivas.

Como hemos observado hay diferencias sustanciales en la definición de recaída entre los diferentes autores, pero quizás el mayor obstáculo reside en operativizar el término y esta dificultad se expresa en dos aspectos concretos: qué intervalo de tiempo vamos a analizar para determinar la recaída y cómo vamos a valorar de forma cuantificable la presencia o ausencia de recaída. Respecto al primer punto, hay autores que analizan los 30 días anteriores a la recogida de información (McLellan y cols., 1986; Guardia y González, 1983; Guardia y cols., 1987), otros analizan los dos meses anteriores (Secades y cols., 1991). Robertson y cols., (1989) critican este tipo de estudios pues dan información sobre el final de un período de tiempo de diferentes años, pero dicen muy poco o nada de lo que ha ocurrido durante ese tiempo.

En cuanto al segundo punto tampoco hay un criterio común. Secades y cols. (1991) valoran la presencia de recaída si existe un mínimo de tres consumos en dos meses. Otros autores (Guardia y González, 1983; Guardia y cols., 1987) hablan de

situación desfavorable en el mes anterior a la recogida de información, si el paciente ha tenido algún consumo de opiáceos, alcohol u otras drogas y/o problemas con la justicia. Para Royo (1990), la situación del toxicómano es desfavorable si consume heroína en la actualidad o está ingresado en régimen penitenciario. Robertson y cols. (1989), realizan un estudio de seguimiento con 117 heroinómanos para analizar los patrones de abstinencia y recaída, para lo cual estructura el seguimiento por períodos mensuales y expone cuatro categorías relacionadas con la regularidad del uso de heroína:

- 1.- Abstinencia, sin uso de heroína.
- 2.- No dependencia, menos de un consumo diario.
- 3.- Dependencia, al menos un consumo diario.
- 4.- Mantenimiento, prescripción de uso de opiáceos sólo.

Usando esta clasificación se pueden comprobar longitudinalmente desde el principio los patrones de uso de drogas de los sujetos y pueden ser analizadas las variaciones entre y dentro de los sujetos. Se recogieron datos sobre la historia del sujeto (empleo, familiar, personal, uso de drogas) y se indagó en el último mes sobre los patrones de uso, los compromisos clínicos y el uso de servicios y tratamientos. Lehman y Joe (1987) operativizan con una cierta complejidad las diversas situaciones en las que se pueden encontrar los toxicómanos en el seguimiento y distinguen entre:

1- *Abstinencia inmediata*, en la que deben cumplirse cada una de las siguientes condiciones:

- A.- No más de un consumo de heroína al mes en cualquier momento del seguimiento.
- B.- No estar en tratamiento más de cuatro meses durante el período del seguimiento.
- C.- La frecuencia del consumo de otras drogas es menor que diaria en el último año.
- D.- El consumo de alcohol menor a ocho onzas (250 grs) por día durante el mes precedente a la entrevista de seguimiento.
- E.- La estancia en cárceles debe ser inferior al 50% del período de seguimiento.

2- *Abstinencia aplazada*. Cuando se cumplen las condiciones anteriores C,D,E y además una de las dos siguientes:

- A.- El consumo de heroína se produce menos de una vez a la semana y más de una vez al mes, durante el período de seguimiento.
- B.- Su estancia en tratamiento es superior a cuatro meses durante el seguimiento.

3- *Uso continuado*. Cuando el promedio de consumo mínimo de heroína es de una vez a la semana durante el período de seguimiento.

4- *Sustitución por no opiáceos o alcohol*. En este caso el promedio de consumo de heroína durante el período de seguimiento debe ser inferior a uno a la semana, no produciéndose consumo diario de heroína en ningún momento durante el último año

y el tiempo pasado en la cárcel es inferior al 50% del seguimiento. Cumplido esto debe darse una de las siguientes condiciones:

A.- Uso de no opiáceos diariamente durante el último año.

B.- Consumo diario fuerte de alcohol (8 onzas o más) durante el mes anterior a la entrevista de seguimiento.

5- *Problemas especiales*. Cuando encontramos calificaciones del grupo dos o del grupo cuatro, pero el tiempo de estancia en la cárcel es superior al 50% del período de seguimiento.

Es necesario que se consensuen criterios de recaída aceptados por la comunidad científica internacional, pues esta disparidad de criterios entorpece los estudios transculturales y la comparación de resultados de las diferentes investigaciones, dispersando y atomizando las aportaciones realizadas en este campo, con el consiguiente empobrecimiento en algo decisivo para el tratamiento de las toxicomanías.

EL ABANDONO TERAPÉUTICO

En la definición del concepto de abandono terapéutico no hay tanta disparidad de criterios, entre los diferentes autores, como en el concepto de recaída. Según Craig y Olson (1988), el proceso de abandono de tratamiento es común en todos los programas de mantenimiento con metadona, con naltrexona o Comunidades Terapéuticas (CT). Estos autores abordan el concepto de abandono como una disposición de la personalidad y como un enfoque situacional e interaccional entre el paciente y el equipo terapéutico. Existe abandono cuando cualquiera de los pacientes no completa el tiempo de permanencia planeado. Berger y Smith (1978) definen el abandono como una petición por parte del paciente de suspender el tratamiento en contra de la consideración del equipo, normalmente esto ocurre por un rechazo hacia la reglamentación del centro. Des Jarlais y cols. (1983), clasificaron en tres categorías la despedida del programa:

1- Expulsión. Cuando el paciente es despedido por violar reglas del programa.

2- Abandono prematuro. Cuando el paciente voluntariamente deja el tratamiento, en contra del consejo médico. Lo que Craig (1985) define como Alta en contra del consejo médico (Against Medical Advice, AMA).

3- Tratamiento completo (alta). Cuando el paciente deja el centro y el equipo cree que está preparado para dejarlo.

Con algunas ligeras diferencias, casi todos los autores están de acuerdo con estos criterios. Pero a pesar de esto, en la práctica clínica observamos diferentes tipos de situaciones del paciente en relación al programa y también hay diferencias entre los distintos tratamientos.

El consumo y la violencia son motivos de expulsión general en todos los programas. En las Comunidades Terapéuticas se incluyen también las relaciones, mientras que algunos tratamientos añaden la ausencia de motivación, la resistencia y la complicidad con otros pacientes. Las reacciones ante estos motivos dependen también de la gravedad de la infracción y del tipo de programa y van desde la llamada de atención hasta la expulsión definitiva pasando por la incomunicación dentro de la Comunidad Terapéutica, el retroceso a fases anteriores del tratamiento o la expulsión condicional durante un período prefijado de tiempo tras el cual se tienen que cumplir una serie de condiciones para poder retomarlo. Sin embargo, en la mayoría de las situaciones se producen abandonos de tratamiento por parte del paciente por una falta de adecuación al programa, desacuerdos con algunas normas o consumos reiterados.

2. MODELOS TEORICOS EXPLICATIVOS DE LA RECAÍDA

En el presente capítulo describiremos brevemente desarrollados, algunos modelos explicativos de la recaída en drogodependientes desde una perspectiva cognitivo-conductual. Seguidamente hablaremos del modelo de Vulnerabilidad al Estrés que posee una similitud con los explicados anteriormente, para terminar con el concepto de Emoción Expresada como predictor de recaídas en esquizofrenia y otras patologías por ser el modelo que pretendemos aplicar a las toxicomanías.

2. 1. MODELOS COGNITIVO-CONDUCTUALES

Los modelos cognitivo-conductuales son los que más se han utilizado para explicar la recaída en toxicómanos. En una revisión de la literatura, desde un enfoque cognitivo-social de la teoría del aprendizaje, referente a los antecedentes inmediatos a la recaída, Annis (1990) enumera los siguientes factores precipitantes, cuya importancia puede diferir en función de la persona:

- 1.- Estrés. Cuando es debido a acontecimientos vitales negativos o a problemas diarios, incrementa la vulnerabilidad a la recaída.
- 2.- Emociones negativas. Angustia, depresión, ansiedad, frustración. La necesidad de evitar estas emociones es un fuerte determinante de la recaída.
- 3.- Conflictos interpersonales. Especialmente con miembros de la familia, cuando existe una comunicación pobre y conflictos sin solucionar.
- 4.- Presión social. Algunas son evidentes, como cuando alguien ofrece drogas, otras son más subliminarias, viéndose atrapado a menudo el sujeto en una red social en donde el abuso de sustancias es especialmente problemático.
- 5.- Emociones positivas. La recaída puede a veces ser precipitada por un sentimiento de bienestar provocado por el hecho de alternar con la gente.
- 6.- El uso de otras sustancias. Esto puede elicitar el deseo de experimentar los efectos de la sustancia principal, disminuyendo el autocontrol, o la habilidad del sujeto para responder de forma efectiva a la recaída. En este

sentido, la utilización de medicaciones prescritas puede ser también problemático.

7.- Presencia de pistas relacionadas con la droga. La parafernalia relacionada con la droga o las personas o lugares asociados al uso de sustancias, pueden elicitar fuertes deseos de consumo.

La recaída es a menudo el resultado de la acción combinada de estos diferentes factores precipitantes. En otros estudios se han encontrado antecedentes del *lapso* que incluyen experiencias subjetivas como el *urges*, que es el impulso repentino a realizar una acción y el *craving* o deseo de experimentar los efectos de la sustancia (Heather y Stallard, 1989). Es innegable la valiosa aportación de modelos como el de Afrontamiento al Estrés (Marlat y Gordon, 1985; Shiffman, 1989), Motivacional-condicionado. (Ludwig, 1986; Baker y cols., 1987; Niaura y cols., 1988), Elección conductista (Tucker y cols., 1985; Vuchinich & Tucker, 1988, 1991), la teoría del "Síndrome de recaída" de Gorsky (1986, 1990), o el modelo transteorético de cambio (Prochaska y Prochaska, 1993), en la explicación del proceso de la recaída en toxicómanos y los buenos resultados terapéuticos obtenidos en el retraso, interrupción o eliminación de las recaídas, pero también es cierto que aunque no lo nieguen, no abordan en profundidad el papel relevante que la familia tiene en la recaída, ni se han desarrollado técnicas que desde los diferentes modelos de prevención de recaídas, trabajen directamente con familiares de drogodependientes, para disminuir las situaciones de riesgo.

2. 2. MODELO DE VULNERABILIDAD AL ESTRÉS

Un modelo muy utilizado en salud es el de Vulnerabilidad al Estrés. Este modelo explica la esquizofrenia y otros trastornos mentales, como efecto de una conjunción de factores bio-psico-sociales (Zubin y Spring, 1977; Zubin y Steinhauer, 1981; Vizcarro y cols., 1982). Los estresores ambientales tienen una gran importancia en este modelo desde el cual la reaparición de síntomas o recaída, depende de la interacción que se establece entre la predisposición biológica del individuo, el nivel de estrés al que se ve sometido y la capacidad para enfrentarse al mismo. Este modelo explicativo de la recaída es perfectamente aplicable a diferentes patologías o trastornos de conducta.

Entre los factores socioambientales, destacamos algunas dimensiones de la vida familiar a las que diversos autores dan una especial importancia y atribuyen un papel relevante en el pronóstico de ciertos trastornos psicopatológicos, sobre todo en la esquizofrenia (Brown y cols., 1972; Vaughn y Leff, 1976a; Leff y Vaughn, 1985). En este sentido las investigaciones sobre Emoción Expresada (EE) han mostrado que la presencia de familiares altamente críticos o implicados con el paciente constituye un estresor crónico de gran magnitud y estabilidad (Zubin y Spring, 1977) y como tal potencia la recaída en otras patologías. Si estas variables familiares influyen también en las toxicomanías, abriría las puertas a intervenciones familiares que han resultado eficaces en esquizofrenia.

2. 3. DESARROLLO DEL CONSTRUCTO DE EMOCIÓN EXPRESADA

Este constructo centra la atención en factores relacionados con la familia y su especial influencia en el pronóstico. Brown y Rutter (1968) desarrollaron una técnica para medir la actitud emocional de los padres hacia la conducta del hijo y elaboraron el constructo de Emoción Expresada (EE), que se refiere a los aspectos de la conducta emocional que dentro de un núcleo familiar se manifiesta hacia los miembros que presentan trastornos. La EE constituye uno de los intentos más serios de medir de forma empírica las variables familiares y sus efectos en la recaída. Si bien es importante entender que el constructo de EE, no hace referencia a la etiología, sino a la predicción de la recaída. Brown y cols. Observaron que los esquizofrénicos que al salir del hospital volvían a casa de sus familiares recaían en mayor proporción que aquellos que iban a hogares protegidos, e intuyeron que algún aspecto de la interacción emocional entre los pacientes y sus familiares exacerbaban sus síntomas. Brown y cols. (1962), Vaughn y Leff (1976a), Vaughn y cols. (1984), encontraron que las tres cuartas partes de los esquizofrénicos con padres altos en EE, recaían a los nueve meses de ser dados de alta y retornar al hogar, mientras que menos de la tercera parte lo hacían si sus padres eran bajos en EE. Numerosos estudios transculturales han confirmado que en los hogares altos en EE las recaídas en pacientes esquizofrénicos a los nueve meses y a los dos años son mucho más frecuentes que en los hogares bajos en EE (Leff y Vaughn, 1985; Moline y cols., 1985; Karno y cols., 1987; Leff y cols, 1987; Gutiérrez y cols., 1988; Cazzullo y cols., 1988). Esto es cierto tanto para muestras inglesas como para muestras americanas (Vaughn y cols., 1984).

Brown y Rutter (1968), Brown y Birley (1968) y Brown y cols., (1972) desarrollaron una técnica para evaluar la calidad de la emoción expresada, cuando un familiar hablaba acerca del paciente durante una entrevista semiestructurada, conocida como Camberwell Family Interview (CFI). Posteriormente, Vaughn y Leff (1976a) modificaron la CFI reduciendo el tiempo de aplicación de tres a una hora, aproximadamente. En esta entrevista se recoge información subjetiva: sentimientos expresados hacía el hijo; y objetiva: distribución del tiempo en la familia, colaboración en las tareas del hogar, frecuencia de conductas sintomáticas.

A partir de la CFI se evalúa, por jueces entrenados para ello, el constructo de Emoción Expresada, que consta de cinco escalas: Comentarios Críticos (CC), Sobreimplicación Emocional (SIE), Hostilidad (HOS), Comentarios Positivos (CP) y Calor (CA). Sólo las tres primeras se mostraron predictoras de recaída en esquizofrenia. La EE es considerada un estresor ambiental crónico y un hogar es considerado alto en EE si al menos uno de los familiares puntúa seis o más en comentarios críticos y/o tres o más puntos en SIE y/o presencia de Hostilidad.

Actualmente la Emoción Expresada es una de las líneas de investigación más fructífera, en el campo de la predicción de recaídas, mostrándose como el mejor predictor aislado de recaída en esquizofrénicos, tanto en seguimiento a los nueve meses de ser dados de alta como a los dos años (Brown y cols., 1972; Vaughn y Leff, 1976b; Vaughn y cols. 1984; Leff y Vaughn, 1985). Otros estudios han realizado y evaluado programas terapéuticos con intervenciones familiares orientadas a reducir el nivel de EE para así disminuir la tasa de recaídas (Leff y cols., 1982; Falloon y cols., 1985; Anderson y cols., 1986; Berkowitz, 1984; Tarrier y cols. 1988). Los estudios sobre EE se han extendido a otras patologías como la

depresión (Vaughn y Leff, 1976b; Hooley y cols., 1986), confirmándose su valor predictor para la recaída. También se ha realizado un estudio sobre la relación entre la EE y el abandono de tratamiento en anorexia y bulimia nerviosa (Szmukler y cols., 1985), encontrando una relación significativa entre abandono y EE. Los padres de los que abandonaban puntuaban más altos en la escala de CC, mientras que las madres lo hacían en CC y SIE.

Si bien la recaída en toxicomanías, al igual que en la esquizofrenia es un fenómeno multifactorial, no hemos encontrado ningún estudio sobre la relación entre el índice de EE y la tasa de recaídas o de abandonos. Conocer de antemano qué toxicómanos están sometidos con qué intensidad a qué estresores familiares es de especial importancia de cara a programar el tratamiento y restringir las recaídas y los sucesivos reingresos, excesivamente frecuentes en los pacientes toxicómanos.

3. REVISIÓN DE ESTUDIOS SOBRE ABANDONO TERAPÉUTICO Y RECAÍDAS EN TOXICOMANÍAS

En numerosas ocasiones los abandonos de tratamiento vienen precedidos de una recaída (definida como consumo) dentro del programa y a su vez, la mayor parte de los abandonos y fracasos terapéuticos, van seguidos de recaídas. Por esta razón puede resultar difícil tratar estos dos fenómenos como dos temas aparte y así lo ven la mayor parte de los autores que los abordan. También hay coincidencia en cuanto a la importancia de la detección y estudio de variables que puedan influir en la recaída y abandono terapéutico, puesto que el conocimiento de los factores predictores de estos dos fenómenos nos permitirán adecuar los programas terapéuticos elaborando subprogramas o derivándolos a otros programas más adecuados para un sujeto y su circunstancia. Tanto la recaída como el abandono de tratamiento son considerados por la mayor parte de los autores como dos procesos claves en la evolución y recuperación en pacientes toxicómanos. Son numerosos los estudios y resultados obtenidos con un mayor o menor consenso. Es importante señalar que muchos de los estudios realizados presentan en mayor o menor medida las carencias metodológicas que señalaremos en el último apartado del presente capítulo, lo que no permite una generalización de los resultados. Teniendo en cuenta esas limitaciones, los datos que vamos a ir viendo nos pueden orientar en la prevención de abandonos y recaídas y servir para controlarlos en futuras investigaciones.

Seguidamente vamos a revisar algunos estudios sobre factores pronósticos de abandono y recaída, separando estos procesos y las diferentes áreas que los afectan. Sin embargo, es importante tener en cuenta como lo hacen Ellis y Stephens (1977), que estas áreas deben ser analizadas, no como un grupo de variables separadas, sino como un conjunto de variables con una funcionalidad interdependiente.

3. 1. ESTUDIOS SOBRE FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL ABANDONO Y RETENCIÓN EN TRATAMIENTOS DE DROGODEPENDIENTES

Como ya vimos en el capítulo de introducción, los autores aúnan criterios al definir el concepto de abandono terapéutico como la suspensión del tratamiento por parte del paciente, en contra de la consideración del equipo terapéutico (Berger y Smith, 1978). El abandono terapéutico es un problema que preocupa a clínicos e investigadores desde que se realizaron los primeros estudios de seguimiento y de eficacia terapéutica (Baekeland y Lundwall, 1975). La efectividad del tratamiento de abuso de drogas está altamente correlacionada con la retención en los programas y la mayor parte de los estudios de resultados señalan que, el éxito y la mejora posterior se relacionan con el tiempo de estancia en el programa.

Intentando determinar la magnitud del problema, Glaser (1974) llevó a cabo un estudio sobre la tasa de abandono en seis Comunidades Terapéuticas y encontró que las medias de abandono en dichos centros era del 86%. De Leon y Schwartz (1984), analizaron los índices de retención de diferentes tipos de tratamiento y llegaron a la conclusión de que el abandono es una constante en todas las modalidades analizadas. Por ejemplo, hay datos que indican que los índices de abandono a los 12 meses del iniciado en el programa, se sitúan por encima del 93% en la modalidad de tratamiento residencial libre de drogas, comparado con un 78% en programas de Mantenimiento con Metadona y un 91% en centros ambulatorios libres de drogas.

El *Drug Abuse Reporting Program* (programa DARP) (1969-1973) fue el primer y mayor proyecto de evaluación de diferentes tratamientos de la toxicomanía y también se convirtió en el seguimiento exhaustivo de una muestra muy numerosa. Surgió de una iniciativa del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos en 1.969, para establecer un sistema de información sobre los pacientes que acudían a los diferentes centros. Fue diseñado para proporcionar la mayor cantidad de información posible de cada uno de los pacientes, tanto sobre su pasado como sobre su progreso durante y después del tratamiento en cada uno de los centros. Se registraron datos de 43.943 pacientes, repartidos en un total de cincuenta y dos centros diferentes de 25 de los Estados Unidos de América. Se analizaron 4 modalidades de tratamiento (Mantenimiento con Metadona, Comunidades Terapéuticas, programa ambulatorio sin medicación y sólo desintoxicación) y se comparó la evolución de los pacientes que fueron asistidos en estos centros con los que sólo tuvieron alguna entrevista de acogida (sólo admisión). En este Proyecto, estudiando un período de tiempo de hasta seis meses después del ingreso, observaron que aunque el problema se mantenía en todos los tratamientos, el índice de retención variaba considerablemente según la modalidad. Así observaron que el 35% de los pacientes que iniciaban un programa de Mantenimiento con Metadona abandonaban tres meses después de comenzar, esta cifra subía hasta el 50% seis meses después de la admisión y al 68% al final del año (Simpson y Sells, 1982b); en tratamientos residenciales, durante el primer mes encontraban un 25% de abandono, que se elevaba al final del tercer mes, hasta un 56%; mientras que en la modalidad de pacientes externos libres de droga, el 60% de los pacientes dejaban el centro al tercer mes (Hubbard y cols., 1983; 1984). De Leon (1984)

reconoce que el índice de abandono de la Comunidad Terapéutica *Phoenix House* en los 60 primeros días, es de alrededor de la mitad. En España, en un estudio de seguimiento de 365 pacientes en tratamiento con antagonistas opiáceos (*naltrexona*), el índice de abandono se situaba en el 53% a los seis meses de iniciado el programa (Ochoa y cols., 1992). En centros ambulatorios, Machado y Girón (1993) encontraron índices de abandono del 75% al de tres meses.

El abandono, como vemos, es un fenómeno común en todas las modalidades de tratamiento. Sin embargo las variables que se muestran predictoras de abandono en un programa determinado no lo hacen en otros; y las variables asociadas con el abandono en fases iniciales de un programa no son las mismas que en fases intermedias o finales (Craig y Olson, 1988).

Siempre teniendo en cuenta esta importante limitación que nos impide llegar a conclusiones precipitadas, haremos una revisión de estudios, que tratan de analizar este fenómeno y las variables que lo precipitan. La mayor parte de los estudios de seguimiento coinciden en que los sujetos que abandonan tratamiento suelen tener peor evolución que los que continúan, en todas las áreas estudiadas, de ahí la importancia de investigar este fenómeno, así como los factores que inciden en su aparición. Este conocimiento nos permitirá mejorar los programas, favoreciendo la retención mediante técnicas específicas (Espina y García-Martín, 1992). Sin embargo al analizar este tipo de estudios nos vamos a encontrar con una serie de dificultades, por ejemplo, según De Leon y Schwartz (1984), las hipótesis relacionadas con las razones del abandono han sido propuestas a partir de impresiones clínicas y de estudios preliminares que de cualquier forma tienen poca validez empírica (De Leon y Rosental, 1979; Baekeland y Lundwall, 1975; De Leon, 1973; Heit y Pompei, 1977).

Hay un trabajo de revisión de estudios que analizan precipitantes de abandono terapéutico y recoge de forma fidedigna las dificultades para llegar a conclusiones en esta área (Craig, 1984a). En resumen estas dificultades serían las siguientes:

- 1.- Los resultados de varios predictores analizados, fracasaron cuando se realizaron réplicas posteriores.
- 2.- Los resultados de muchos estudios no estaban validados con muestras independientes (grupo control), dentro del mismo programa de tratamiento.
- 3.- Los predictores de abandono tienden a ser diferentes dependiendo del tipo de programa estudiado (desintoxicación, Mantenimiento con Metadona, Comunidad Terapéutica).

Sin embargo es fundamental a nivel clínico realizar un esfuerzo por conocer los predictores de los drogodependientes que van a abandonar un programa y de los que van a completarlo, puesto que los estudios muestran que los sujetos que completan un programa de desintoxicación tienen tres veces más probabilidades de estar libres de la droga un año después, que los que lo abandonan (Craig, 1984a).

A continuación vamos a exponer una revisión sobre estudios que analizan factores que inciden en el abandono terapéutico en pacientes drogodependientes, estos factores los hemos clasificado por áreas para facilitar la comprensión de este fenómeno.

1.1. ÁREA DE PERSONALIDAD

Simpson y cols., (1979) (DARP) afirman que los toxicómanos más socializados y maduros permanecían por más tiempo en el programa y su conducta era más favorable. En otro estudio, Ungerer y cols., (1975), encontraron que los pacientes que abandonaban el tratamiento mostraban tendencias a sobrevalorar las propias capacidades y eran menos realistas en sus aspiraciones de éxito, que los que permanecían en el programa. Aron y Daily (1976), en una Comunidad Terapéutica con una muestra de 286 adictos encontraron que el abandono en varones estaba asociado a variables sociológicas (historia de abuso de drogas, uso de drogas y alcohol en la familia, socialización de la familia, estatus socioeconómico, etc), mientras que en mujeres las variables asociadas eran psicológicas (identidad, actitudes hacia la vida, etc). Los individuos que abandonaban dentro de los seis primeros meses un programa de Comunidad Terapéutica, se mostraron generalmente más defensivos y tenían más trastornos de personalidad (esquizofrenia), que los que continuaban en tratamiento (Wexler y De Leon, 1977). Kunz y cols., (1985) analizaron la relación entre el autoconcepto y la aceptación de la terapia en una muestra de 148 drogodependientes, de los cuales 59 rehusaron iniciar la terapia, 51 la abandonaron y 38 finalizaron el tratamiento en Comunidad Terapéutica. Los resultados indican que los que abandonaron eran más susceptibles a las influencias del entorno de la droga y menos a estructuras sociales organizadas, que los otros dos grupos y además mostraron un alto grado de conflicto y ambivalencia. El grupo que permaneció en terapia se mostró más capaz de aceptar papeles determinados por estructuras sociales (dentro de la Comunidad Terapéutica). El autoconcepto de los sujetos que abandonaron se diferenciaba de los otros, sin embargo no emergió ningún perfil claro de esta diferencia.

Centrándose en los factores psicológicos y utilizando el MMPI, dos antiguos estudios (Pittel y cols., 1972; Stewart y Waddell, 1982), sugieren que los sujetos que son más psicopáticos, con menos fuerza del yo y menos defensas, tienen más probabilidades de abandonar el tratamiento. En un estudio donde se analizaba el MMPI como predictor de abandono en CT, Keegan y Lachar (1979) encontraron que de los 182 sujetos estudiados, los que abandonaban obtenían puntuaciones más altas en las escalas de Fiabilidad (F), Desviación Psicopática (Pd), Paranoia (Pa), Esquizofrenia (Sc), e Hipomanía (Ma) y utilizando el método de análisis discriminante podían identificar correctamente, el 71% de la muestra del estudio.

En otro estudio en el que se utilizaba el MMPI (Penk y Robinowitz, 1980) con drogodependientes que después de abandonar volvieron al tratamiento al cabo de un tiempo, encontraron elevaciones en las puntuaciones de las escalas de F (Fiabilidad), M-F (Masculinidad-Feminidad), PT (Psicastenia), Sc y SI (Introversión social) del MMPI, deduciendo que puntuaciones elevadas en esas escalas predecían una vuelta al programa. Parece ser que se ha encontrado también una relación entre la agresividad y el abandono en la primera etapa del tratamiento, así

en un estudio sobre el perfil de los sujetos que abandonan el primer día un centro correccional se encuentra que, tienden a ser de raza negra, impulsivos y antisociales (con una puntuación en el MMPI, por encima de 70 en las escalas de Desviación Psicopática, Esquizofrenia e Hipomanía), con un temprano inicio en el consumo de drogas (16 años o menos) y con un número elevado de delitos relacionados con drogas (Little y Robinson, 1987). Siguiendo en esta línea, Powell y Taylor (1992) observan el nivel elevado de irritabilidad expresado por sujetos heroínómanos después de la desintoxicación y que se mantiene significativamente alta durante las semanas siguientes, sugiriendo intervenciones al principio del tratamiento encaminadas al manejo de la irritabilidad.

No obstante, estos resultados hay que tomarlos con cautela, tal y como indica Craig (1984a), quien haciendo una revisión de 10 estudios sobre el valor de los test de personalidad como predictores de abandono, llega a las siguientes conclusiones:

1.- Altos niveles de psicopatología en los test y en la escala F del MMPI predicen mayor número de abandonos.

2.- En nueve de los 10 estudios citados no utilizan muestra de validación cruzada y en el décimo, que sí lo hace, observó que la exactitud de la predicción disminuía un 50% después de tres años.

3.- En su estudio con el Millon Multiaxial Personality Inventory (MCMI) (Millon, 1977) tampoco encuentra diferencias significativas entre los que abandonan y los que permanecen en tratamiento. El MCMI es un instrumento de personalidad, tipo autoinforme con 175 ítems, que componen ocho estilos básicos de personalidad, tres síndromes psicopatológicos de personalidad y nueve estados clínicos transitorios.

El autor se inclina a creer que los test de personalidad no son predictores de abandono de un programa de tratamiento, es decir que no hay diferencias en cuanto a personalidad entre los que abandonan tratamiento y los que no; y que la decisión de abandonar puede estar más influenciada por factores ambientales o interaccionales, que en la predisposición de la personalidad. En un estudio posterior, Craig y Olson (1988) aplicaron el *Adjective Check List* (ACL) de Gough y Heilbrun (1983), a 116 adictos que acuden a un programa hospitalario de corta duración (dos o tres semanas). El ACL es un autoinforme que consta de 300 adjetivos que los pacientes seleccionan como más descriptivos de su personalidad. Los adjetivos están agrupados en orden al significado psicológico. Consta de cuatro escalas de validación, 18 escalas tópicas y 15 escalas de necesidades psicológicas, que son las que sobre todo se tuvieron en cuenta y son: liderazgo, dominancia, resistencia, disciplina, autoconcepto, crianza, afiliación, heterosexualidad, exhibición, autonomía, agresión, cambio, ayuda, envilecimiento, respeto y disposición al consejo. El 89% completaron el programa mientras que el 19% lo abandonaron, no habiendo diferencias entre estos dos grupos en cuanto a edad y nivel de educación. Estos autores encontraron que el abandono se mostraba consecuente con un estilo de personalidad básico y así observaron que los que abandonaban tenían más necesidades de autonomía y agresión y menos de

respeto, educación y afiliación. Explican el abandono como la disposición del adicto, unida al enfoque situacional e interaccional con el equipo. El perfil psicológico del que abandona se caracteriza por la tendencia a actuar con independencia y con indiferencia hacia los sentimientos de los demás, suelen estar controlados por fuertes impulsos y están poco sujetos a convencionalismos sociales y cortesías, expresan directamente la agresión y rehuyen la competición, pero son rebeldes. También tienen miedo a involucrarse en relaciones íntimas, son suspicaces y tienen ansiedad en la interacción social, mostrando poca simpatía y manteniéndose a distancia con la gente. Esto hace que el equipo terapéutico tenga dificultades para trabajar las fuentes de frustración de este tipo de pacientes.

Los resultados parecen coincidir con la descripción que hacen los clínicos sobre el típico paciente toxicómano que abandona tratamiento. En base a esta información se pueden identificar de antemano toxicómanos cuyos patrones de personalidad indican riesgos de abandono antes de que experimenten impulsos para ello, e iniciar una intervención para reducir la posibilidad de abandono. Estas conclusiones no quieren decir que este estilo de personalidad lleve inevitablemente al abandono, puesto que hay estresores ambientales que también inciden, sin embargo proporcionan un componente necesario de cuándo y cómo afrontar el estrés, con los problemas equipo-paciente y otras dificultades ambientales que pueden empujar al paciente a abandonar.

1.2. ÁREA DE PSICOPATOLOGÍA

Los estudios coinciden, en líneas generales, en que los trastornos psicopatológicos están asociados a un mayor índice de abandono terapéutico (Keegan y Lachar, 1979; Foureman y cols., 1981; Altman y cols., 1978; Berger y Smith, 1978; De Leon y Schwartz, 1984; Craig, 1984a; Kooyman, 1992). Diferentes trabajos de investigación sobre los índices de retención en Comunidades Terapéuticas indican que el abandono temprano revela altos niveles de disfunción psicopatológica (De Leon, 1973; Zuckerman y cols., 1975; Sutker, 1976; Wexler y De Leon, 1977). Corty y cols., (1988), realizaron un estudio de seguimiento a un año, evaluando con el Addiction Severity Index (ASI) (McLellan y cols., 1980) a 611 drogadictos que iniciaron un programa de Mantenimiento con Metadona. El ASI es una entrevista estructurada específica para toxicómanos, que mide diferentes áreas y tiene una gran precisión en el diagnóstico y seguimiento. Se administra en 45 minutos y está diseñada para detectar y medir la severidad en siete áreas comúnmente afectadas por la dependencia de drogas y alcohol. Estas áreas son: condición médica, uso de drogas, uso de alcohol, empleo, actividad ilegal, relaciones socio-familiares y funcionamiento psicológico. En el estudio mencionado los autores encontraron que la mayoría de los drogodependientes experimentaban algún síntoma a lo largo de su vida, no causados por efectos de la droga o el alcohol. Los síntomas más comunes fueron la ansiedad (51,7%) y depresión (48,3%). El 35,4% de los sujetos mostraban uno o más de los siete síntomas medidos en el ASI en los 30 días anteriores a la entrevista, sobre todo ansiedad (22,9%), depresión (16,6%) y dificultades de concentración (16,6%). No encontraron relación entre la presencia de severidad psiquiátrica en la admisión al tratamiento y

el posterior tiempo de estancia en el tratamiento de Metadona. Los autores concluyen que el Mantenimiento de Metadona solo no reduce los síntomas psicológicos, puesto que no incide en ellos.

También McLellan y cols., (1984), observaron a través de la escala psicológica del ASI, que los pacientes con severidad psiquiátrica alta obtenían malos resultados en cualquier tipo de tratamiento. Analizando los niveles de psicopatología en cuatro grupos de pacientes toxicómanos divididos en función de la droga de predominio (opiáceos, anfetaminas, cocaína y cannabis), Campbell y Stark (1990), encontraron altos niveles de psicopatología en el momento de la admisión y una considerable heterogeneidad en los síntomas tanto cuando se analizaba cada grupo por separado como cuando se comparaban entre ellos. Este alto grado de psicopatología limita el compromiso del paciente en el tratamiento y aumenta el índice de abandonos (Baekeland y Lundwall, 1975), obteniéndose resultados generales pobres en el programa (Woody y cols., 1986).

La gran proporción de desórdenes afectivos en adictos a opiáceos, en algunos casos se basa en condiciones preexistentes al consumo, pero en otros se debe a consecuencias biológicas y sociales del abuso de drogas. O'Brien y cols., (1984), señalaron la importancia de un cuidadoso diagnóstico psiquiátrico para discriminar a aquellos pacientes que necesitan psicoterapia (primer caso) de aquellos que únicamente necesitan un asesoramiento estándar sobre drogas (segundo caso). Como señalan estos autores es probable que el hecho de tener en cuenta este factor determine el tiempo de estancia y el aprovechamiento del tratamiento por parte del paciente. También se observó que los que abandonaban tenían medidas más altas en el locus de control externo, en tendencias esquizoides, ansiedad y depresión (De Leon, 1973).

La depresión incide en el abandono, pero la relación es algo más compleja. Así De Leon (1974) encontró que los que abandonaban puntuaban, de forma significativa más alto en la Escala de Depresión de Beck (Beck y cols., 1961). Los resultados de un estudio de Craig (1984b) apoyan el dato anterior. Utilizando el MMPI al inicio del tratamiento, con 200 sujetos adictos, encontró que el abandono estaba relacionado con puntuaciones significativamente altas sólo en la escala de depresión de dicha prueba. Estos datos coinciden también con un estudio más reciente de 136 mujeres adictas que reciben tratamiento de Comunidad Terapéutica, donde se encontró que de las variables estudiadas sólo las puntuaciones de la Escala de Depresión de Beck (BDI), eran significativamente más altas en pacientes que abandonaban prematuramente el programa comparándolas con las de los pacientes que lo completaban. Es decir, las mujeres con menos depresión en el ingreso, tendían a permanecer en el centro más tiempo (Williams y Roberts, 1991).

Pero no todos los estudios están de acuerdo con esta conclusión. Otros autores (Rounsaville y cols., 1983) utilizando también el BDI no encontraron ninguna relación entre la depresión en el ingreso y el posterior abandono. Por el contrario otros autores (Hubbart y cols., 1984), estudiando una muestra de 11.750 toxicómanos extraída del DARP, encuentran que la depresión en la admisión predice una permanencia mayor en el tratamiento. Las contradicciones encontradas

en los estudios de la depresión como pronóstico de abandono, pueden ser debidas a los distintos instrumentos de medida o criterios utilizados para diagnosticar la depresión, a las diferencias entre los tratamientos analizados, o a las distintas características de los sujetos (raza, sexo, etc).

En los últimos años se ha venido observando con una frecuencia creciente la relación entre la psicopatología y la dependencia de drogas (Nogueras y cols., 1993). Este doble diagnóstico o comorbilidad no se establece como una simple relación de causa-efecto (Kaufman y McNaul, 1992). Kaminer y cols., (1992), estudiaron el tipo de diagnóstico psiquiátrico según el DSM-III-R, en toxicómanos que abandonaban tratamiento, comparándolos con los que no abandonaban y encontraron que estos últimos presentaban mayor prevalencia de desórdenes afectivos y de ajuste y que los que abandonaban, eran diagnosticados con mayor frecuencia de desórdenes de conducta.

1.3. ÁREA LEGAL

Cuando analizamos la influencia de los antecedentes delictivos en el abandono de tratamientos, hallamos autores que encuentran diferencias en esta variable en cuanto al sexo, por ejemplo D'Orban (1975), encontró que las condenas previas no predecían la respuesta al programa en los varones y sí en las mujeres en las que se daba un peor pronóstico y lo atribuye a que las mujeres delincuentes se desvían más de las normas sociales y psicológicas que los hombres delincuentes (Cowie y cols., 1968). Tratan de explicarlo alegando que en las mujeres adictas el registro criminal puede indicar, un mayor y más serio grado de desajuste psicológico que en los adictos varones y este desajuste puede verse reflejado en su pobre respuesta al tratamiento. En contraste, otro estudio con mujeres toxicómanas, (Holland, 1978), mostró que no existían diferencias en los índices de arrestos anteriores al programa, entre aquellas pacientes que lo abandonaban y aquellas que lo continuaban. Dentro de los sujetos con antecedentes, Little y Robinson, (1987) estudian los abandonos durante el primer día en un centro correccional y encuentra que los que abandonaban tenían más delitos relacionados con la droga, mientras que los sujetos que continuaban en el programa tenían más delitos contra la propiedad.

Vamos a analizar ahora la influencia que tiene en el abandono, la derivación a tratamiento por vía legal. Antes de repasar los estudios realizados en esta área, conviene definir y aclarar una serie de términos que comúnmente se emplean de forma errónea. Según De Leon (1988), la *remisión desde lo legal* es un procedimiento específico del sistema judicial que consiste esencialmente en la derivación del drogodependiente a una alternativa de tratamiento. *Estatus legal* es la situación del sujeto respecto a la ley, es decir, arrestos, juicios o condenas pendientes y la *presión legal* es la percepción de los sujetos sobre cómo actúa la ley sobre ellos, que puede ser diferente de la *remisión desde lo legal*, puesto que algunos remitidos pueden preferir la cárcel a una Comunidad Terapéutica. Parece ser que la remisión desde lo legal está claramente asociada a una retención prolongada. McFarlain y cols. (1977), encontraron que la presión legal estaba asociada con una alta retención en los 30 primeros días de tratamiento y una retención ligeramente alta en los seis primeros meses. Estos resultados concuerdan

con Jones (1973) que analizando una muestra de 237 adictos encontró que de los que fueron remitidos, el 66% permanecieron en el programa durante el primer mes, mientras que de los voluntarios sólo lo hicieron el 39%.

En otro estudio esta vez sólo con mujeres, Moisse y cols., (1981) encontraron que las pacientes que iniciaban un programa, remitidos desde lo judicial, era más probable que permanecieran en tratamiento durante el primer mes pero menos probable que continuaran en los tres meses siguientes. Sin embargo, otros autores (Henchy y cols., 1974) no encuentran diferencias significativas en la variable abandono entre los sujetos remitidos y los que no.

Parece ser que los referidos a tratamiento por vía legal, permanecen significativamente más tiempo en Comunidades Terapéuticas que los que acceden al programa de forma voluntaria (De Leon 1988). Sin embargo la relación entre estas dos variables es compleja. En un estudio sobre la retención en 10 Comunidades Terapéuticas, De Leon (1980) con una muestra de 852 pacientes encontró que la tasa de retención al de nueve meses de los pacientes que acceden a los programas por remisión legal disminuye con la edad de los sujetos, comparados con los admitidos voluntariamente cuya retención aumenta con la edad, lo cual sugiere una interacción edad-remisión legal-retención. Condelli (1989), analizando las razones por las cuales los pacientes accedían al programa, las redujo a tres:

- a.- El número de meses que el paciente pasaría en la cárcel si no acabara el tratamiento.
- b.- El grado de presión externa de otros significativos (familia, pareja y amigos).
- c.- El grado en el que los pacientes se sintieron amenazados por la posibilidad de que pasaran ese tiempo en la cárcel, o por alguna acción punitiva que alguien significativo pudiera llevar a cabo de no ingresar en el centro.

Siguiendo la teoría del cambio social, Condelli pensó que los pacientes cuyas alternativas al programa fueran más costosas y que se vieran más recompensados por los resultados del tratamiento, permanecerían más tiempo en el mismo. Los análisis de regresión demostraron esta hipótesis, puesto que los pacientes que manifestaban una mayor presión legal abandonaban menos, sólo durante los primeros meses del programa. Estos resultados concuerdan con un estudio reciente realizado por Condelli y De Leon (1993), en el que el predictor más consistente de retención en Comunidad Terapéutica y otros tipos de programas residenciales para drogadictos fueron los problemas con el sistema criminal judicial.

La conclusión a la que llegan la mayor parte de los autores es que los pacientes remitidos a programas por este sistema tienden a permanecer más tiempo, en general que los que no proceden de esta vía. Sin embargo hay que aceptar estos datos con reservas. Se necesita contrastar estudios, puesto que esta relación puede verse modulada por factores como la edad o el sexo. Las contradicciones encontradas en este tipo de estudios pueden deberse en parte a la confusa conceptualización de la presión legal, antes señalada y que se aprecia en la

mayor parte de los estudios y por otra parte como indica Condelli (1989), algunos residentes "voluntarios", están bajo mayor presión externa, desde sus familiares u otras fuentes no legales, que algunos pacientes "involuntarios" que acuden a tratamiento bajo presión judicial.

1.4. ÁREA MÉDICA

Existen pocos estudios sobre la influencia de esta variable en el abandono y los que lo analizan lo hacen desde una perspectiva clínica. Así según Perkins (1970), los pacientes con problemas médicos tenían más probabilidad de abandonar el tratamiento que los que estaban sanos. Desde la observación clínica Charles-Nicolas y Cordonnier, (1988), describen los problemas que existen en la terapia con 150 drogadictos con SIDA. Después del choque inicial de la noticia los pacientes afrontan la enfermedad con mecanismos de defensa de negación y desafío. Analizando y comparando variables de personalidad, en sujetos portadores del VIH con otros que no lo son, Perkins y cols., (1993), encontraron una alta prevalencia de desórdenes de personalidad en el primer grupo (33%), frente al segundo (15%). En el primer grupo todos los que tenían desórdenes de personalidad mostraban:

- 1.- Mayor trastorno del estado de ánimo, con altas puntuaciones en el Hamilton Rating Scale para la depresión y la ansiedad.
- 2.- Se recurre con más frecuencia a la negación y se aprecia una incapacidad de afrontamiento ante la amenaza del SIDA.
- 3.- Un mayor conflicto social.

Pero no hemos encontrado ningún estudio que analice en profundidad, la influencia de esta área, en la retención o abandono terapéutico.

1.5. ÁREA DE CONSUMO DE DROGAS

Parece ser que en estudios muy puntuales, el consumo de algunas drogas diferentes a la droga por la que se acude a un programa, se relaciona con una mayor retención, como muestra un trabajo de Ellner (1977), quien descubrió que los heroinómanos que durante el período de tratamiento consumieron marihuana, permanecieron más tiempo en el centro que los que no consumieron. La marihuana se usaba así como un sustituto de la heroína que hacía a los pacientes más aptos para un tratamiento largo. En la misma línea, un estudio noruego analizó la trayectoria de 144 drogodependientes que ingresaron en Comunidad Terapéutica. Los resultados mostraron que los que completaron el programa consumían anfetaminas durante la admisión, con más frecuencia que los que abandonaron (Ravndal y Vaglum, 1991). Sin embargo cuando la droga que se consume durante el tratamiento es la que ha motivado el mismo, aumenta el número de abandonos. De Angelis y cols. (1979), observaron que el tiempo de estancia en el centro estaba significativamente relacionado con los resultados de los análisis de orina durante los tres primeros meses, es decir que aquellos pacientes que permanecían en el programa por períodos más largos, eran aquellos cuyo uso de drogas por término medio durante los tres primeros meses era más bajo. Hay estudios que muestran que un temprano inicio en el consumo de drogas (16 años o menos), también forma

parte del perfil de los sujetos que abandonan el primer día un centro correccional (Little y Robinson, 1987).

1.6. ÁREA SOCIO-FAMILIAR

Existen trabajos que analizan características sociodemográficas que pueden incidir en el abandono terapéutico. McFarlain y cols., (1977), encontraron que la edad y la raza no estaban relacionados con la retención en tratamiento. Sin embargo en otro estudio sobre el perfil de los sujetos que abandonan el primer día un centro correccional, Little y Robinson (1987), encontraron que gran parte de ellos son de raza negra como característica del perfil. Otros autores encontraron una correlación positiva estadísticamente significativa entre la edad del paciente y la duración del tratamiento (Corty y cols., 1988).

Un estudio del Drug Abuse Reporting Program (DARP), (Joe, 1976), concluye que las características de los pacientes no son predictores fuertes de retención en tratamientos de Comunidad Terapéutica, ni en otras modalidades. Conclusiones similares se obtienen en otros estudios de programas de Comunidad Terapéutica (Sheffet y cols., 1980; Burt y cols., 1979). Wexler y De Leon, (1977), estudiaron las características de 809 individuos que iniciaron un programa de Comunidad Terapéutica (Phoenix House). El 53% de los sujetos abandonaron antes de cumplir seis meses en tratamiento y encontraron que estos sujetos era más probable que fueran de raza blanca y tuvieran niveles de educación más bajos que los que no abandonaban. En un curioso estudio (De Leon, 1984), comparando una parte de la muestra que iniciaba tratamiento durante la estación cálida, con otra que lo hacía durante el invierno, se encontró una mayor tasa de abandonos en el primer grupo durante los 14 primeros días. Buscando una explicación, el autor encontró que la mayoría de los trabajadores de Comunidades Terapéuticas estaban de acuerdo en que en los meses de más calor aumenta la probabilidad de abandono, quizás porque la época de calor simboliza un período de escape de las demandas y rutinas del trabajo y/o la escuela.

Hay autores que dan una gran importancia al apoyo familiar en el proceso de rehabilitación del drogadicto (Eldred y Washington, 1976; Gossop, 1978). También están de acuerdo en la importancia de la familia en la retención del paciente drogodependiente en el tratamiento (Panyard y cols., 1979; Feigelman, 1987; Siddall y Conway, 1988). La importancia de los aspectos familiares y su abordaje para disminuir el número de abandonos se analizó en un estudio de Weidman (1987), con 92 adictos adolescentes (14-20 años) que iniciaron tratamiento en Comunidad Terapéutica. Se compararon dos grupos, en el grupo A se realizó además una terapia familiar estructural y en el grupo B no. Se observó que en el grupo A se redujo significativamente el número de abandonos de tratamiento y dentro de este grupo, los que abandonaron fueron, a diferencia del grupo B, menos que los que continuaron. En conclusión, hay más retención en tratamiento en los toxicómanos cuyas familias participan en los programas terapéuticos, que en aquellos cuyas familias no lo hacen. En otro trabajo se encontró que los heroínómanos que viven con miembros de su familia generalmente obtienen mejores resultados en el tratamiento que los adictos que viven solos (Kosten y cols., 1983). Sin embargo, según este mismo estudio, el apoyo de la familia para que el

adicto permanezca libre de drogas, depende de que los familiares se den cuenta de la adicción, puesto que muchos drogadictos niegan a sus familias su abuso de drogas. Para demostrar esto formaron cuatro grupos en un programa de tratamiento con Naltrexona:

- 1.- El primero lo formaron 28 adictos que vivían con sus esposas.
- 2.- El segundo 27 adictos que vivían con sus padres.
- 3.- El tercero 27 adictos que viviendo con sus padres, mantenían en secreto su adicción.
- 4.- Y por último un grupo de 28 adictos que vivían solos.

Los resultados muestran que los dos primeros grupos permanecieron libres de drogas, desde el inicio del tratamiento, significativamente más tiempo que los otros dos grupos. Por lo tanto un mayor compromiso de la familia con el programa, incluyendo a los padres y/o pareja se asocia con un mejor pronóstico. Pero no sólo el compromiso de la familia incide en la retención del paciente. En un estudio mencionado anteriormente en el área legal (Condelli, 1989), se encontró que los pacientes permanecían más tiempo en tratamiento, cuando informaban encontrarse bajo la presión de personas significativas en su vida (familia, pareja, amigos).

1.7. ÁREA DE TRATAMIENTOS

Los programas y las variables de tratamiento necesitan tenerse en cuenta junto con las variables de los pacientes para una mejor comprensión y mejora de la retención en las Comunidades Terapéuticas y otros tipos de programas de abuso de drogas (Condelli y De Leon, 1993). El tipo de programa utilizado es un factor importante que incide en las tasas de retención (Baekeland y Lundwall, 1975). Según la extensa revisión realizada por estos autores sobre abandono en diferentes modalidades de tratamiento para adictos a la heroína, las tasas más altas de abandono están en los programas libres de drogas, (del 82 al 88% en los tres primeros meses). Se encuentran tasas intermedias en los programas de tratamiento con antagonistas, (del 50% al 60% en el primer año). En los programas externos de desintoxicación entre un 26% y un 68% y en los internos entre un 23% y un 39%. Las tasas más bajas de abandono están en los programas de Mantenimiento con Metadona (entre un 20% al de dos años y un 46% en las 14 primeras semanas). Desde un punto de vista clínico, la razón por la cual existe una mayor tasa de abandonos en el grupo libre de drogas, es que aunque este es más selecto que el grupo de pacientes de Metadona, su tolerancia a la frustración y la ansiedad son todavía bajas, comparándolos con la individuos normales, para soportar las exigencias de un programa de estas características (Baekeland y Lundwall, 1975). Por otra parte, en el grupo de antagonistas, los pacientes son más jóvenes, con mejor educación y menos actividades criminales que el grupo de Metadona y no sorprende que el primer grupo tenga mayor índice de abandono, puesto que los antagonistas causan molestos efectos secundarios y no es un agonista de la heroína como la metadona.

A pesar de las diferencias metodológicas que existen entre los diferentes estudios, Baekeland y Lundwall, (1975), en su revisión, enumeran una serie de variables que influyen en el abandono de programas de Mantenimiento con

Metadona: la edad, el estatus de empleo antes del tratamiento, la educación, el estado civil, la lista de arrestos anteriores al programa, el abuso de numerosas drogas, la dosis de metadona utilizada y los intentos anteriores de tratamiento. También parece que inciden los cambios de residencia y la voluntariedad en la admisión al centro. Siguiendo con los programas de Mantenimiento de Metadona, Berger y Smith (1978), compararon a los pacientes que abandonaban tratamiento (71 pacientes), con aquellos que lo completaron y fueron dados de alta por el equipo terapéutico, observando que el sujeto que abandonaba lo hacía por un rechazo a la reglamentación del centro. Las razones argumentadas para justificar el abandono en los Programas de Mantenimiento con Metadona por Levy y Tortelli, (1974) son que este tipo de tratamientos no abordan los problemas fundamentales del individuo y carecen de una psicoterapia suficientemente intensa, otras veces son los arrestos o expulsiones o la sensación por parte del paciente de que el tratamiento de Metadona no se necesita durante un período largo de tiempo.

Centrándonos ahora en los programas de desintoxicación, Craig y cols., (1982), estudiaron las diferencias entre 75 toxicómanos que completaron el tratamiento y 75 que lo abandonaron y encontraron que los pacientes tienden a completar el programa si está prescrito con metadona. Por otra parte el simple conocimiento de si el equipo terapéutico está disponible o ausente en el tratamiento proporciona una exactitud en la clasificación de los abandonos o permanencias en el mismo del 71%. Parece ser que la decisión de abandonar está más a menudo relacionada con variables situacionales de interacción entre el paciente y el equipo terapéutico. El abandono de tratamiento entre toxicómanos en el período de desintoxicación, es debido más a la interacción situacional que a lo individual. De igual forma Bale (1980), concluye que la decisión para permanecer en tratamiento a largo plazo no está basada ni en factores demográficos ni en la valoración de características individuales, sino en la experiencia del paciente con el equipo de tratamiento en interacción con otros miembros del programa. Continuando con este tipo de programas, Rogalski (1990) utiliza el ASI para investigar la retención en un programa de desintoxicación y concluye que los toxicómanos que demandaban una entrevista con un psicólogo tenían mejor pronóstico y que los factores asociados a la permanencia en el programa eran: necesidad de ayuda médica, frecuencia de desintoxicaciones, cantidad de heroína usada, cantidad de angustia subjetiva y el admitir problemas con los amigos. Afirma que es un mito que los toxicómanos de nivel socioeconómico bajo no estén dispuestos ni sean capaces de comprometerse en un tratamiento.

Las tasas de retención de las Comunidades Terapéuticas es la más alta de entre los programas libres de drogas, pero más baja que en los programas de Mantenimiento con Metadona (Condelli y de Leon, 1993). En 1984, De Leon y Schwartz (1984), publican un estudio, el primero en investigar sistemáticamente la retención en Comunidades Terapéuticas. Los resultados clarifican las tasas de retención y los patrones temporales de abandono. La información se obtuvo de todas las admisiones de 982 sujetos, realizadas en siete Comunidades Terapéuticas entre febrero y agosto de 1979. Expondremos los resultados de forma detallada:

A.- A lo largo de los siete programas, las tasas de retención a los seis meses de iniciado el tratamiento se encontraba en un rango entre el 17% y el

34%, mientras que a los 12 meses estaban entre un 4% y un 21%, las diferencias entre los programas no eran generalmente significativas.

B.- Sobre el 16% de los que abandonaron fueron posteriormente readmitidos y dentro de esta muestra se identificaron dos grupos de readmisión: un primer grupo que abandonó cuatro o cinco meses después del inicio, estuvieron fuera unos días, volvieron y permanecieron en régimen de residencia. Y otro grupo en el cual los sujetos abandonaron más temprano, volvieron por un período, pero lo dejaron de nuevo y no volvieron al mismo programa. Lo que quiere decir que en los abandonos múltiples el número de días en tratamiento previo al abandono inicial, parece ser un predictor significativo de la retención a largo plazo.

C.- Los patrones temporales de abandono eran uniformes en todos los programas y parecían relativamente invariables: una inicial alta tasa de abandonos en los 14 primeros días, que desciende suavemente dentro de los tres primeros meses y se mantiene moderadamente hasta los 12 meses.

D.- Las estimaciones indican que la probabilidad de retención aumenta significativamente con una larga estancia en tratamiento, como ya se había comprobado en un estudio anterior (Wexler y De Leon, 1977), en el que se encontró que la longitud de la permanencia en sí, predecía una retención continuada y constataron que la probabilidad de retención se incrementaba para todos aquellos que permanecían en tratamiento por encima de los seis meses.

E.- Los patrones temporales de abandono fueron marcadamente estables, por igual en todas las Comunidades.

Los descubrimientos realizados en este estudio establecen que el patrón temporal de retención es metódico, predecible y resulta de utilidad para la administración de programas y la planificación de tratamientos, si bien el fenómeno de la retención en sí continúa por explicar. Estos resultados se pueden utilizar para estudiar el problema en diferentes direcciones:

- 1- Permite analizar las condiciones especiales que pueden influir en el abandono.
- 2- El punto crítico del abandono es especialmente relevante para planificar el tratamiento y aumentar la retención.
- 3- El relativamente invariable patrón de abandono proporciona una variable dependiente fidedigna, en la evaluación de los esfuerzos para aumentar la retención.

Analizando las características de tres Comunidades Terapéuticas, Bell (1985), encontró que las que tenían perfiles más bajos, respecto a los sujetos, en todas las variables estudiadas (participación en actividades, expresión de sentimientos, resolución de problemas prácticos, control por parte del equipo, etc.), eran las que presentaban mayor tasa de abandonos. Condelli y De Leon (1993), buscaron variables fijas (antecedentes y características demográficas) y dinámicas (circunstancias bajo las cuales los pacientes intervienen en los programas y su

motivación para solicitar el tratamiento) para la predicción de la retención de 753 pacientes que ingresaban en cinco Comunidades Terapéuticas tradicionales. Encontraron que tanto las variables fijas como las dinámicas predijeron en cierta medida la retención, siendo las más fuertes dos de las variables dinámicas. La primera, fue la estimación por parte de los entrevistadores de la probabilidad de los pacientes de permanecer en tratamiento el tiempo suficiente como para beneficiarse de él. Los entrevistadores eran ex-adictos que habían finalizado el tratamiento en Comunidad Terapéutica. Y la otra variable que predice la retención es el hecho de que los pacientes hayan estado la mayor parte de su tiempo con grandes grupos de gente en lugar de pasar la mayor parte del tiempo con pequeños grupos o solo antes de usar drogas. Esto no es de extrañar si tenemos en cuenta que la mayor parte de las actividades que se realizan en una Comunidad Terapéutica involucran a grupos grandes de gente. En todo caso, el proceso de abandono del tratamiento es común en todos los programas de abuso de drogas, programas de Mantenimiento con Metadona, con naltrexona o Comunidades Terapéuticas y como señala Craig (1984a), lo verdaderamente importante es abordar el concepto de abandono desde un enfoque situacional e interaccional entre el paciente y el equipo terapéutico.

El número de tratamientos anteriores incide también en el abandono del programa actual, así Siguel y Spillane (1977) señalaron que un mayor número de tratamientos previos reducen las posibilidades de completar otro.

Existen otros factores que también mediatizan la retención, como señalaron Altman y cols., (1978), que evaluaron una muestra de 1233 pacientes que iniciaban un programa de tratamiento por alcoholismo y drogadicción. Estudiaron los factores asociados al abandono terapéutico entre los cuales estaban la admisión involuntaria, la admisión durante la desintoxicación, la hostilidad hacia el programa y la negación de problemas. Wheeler y cols., (1984) estudian factores predictores de alta en contra del consejo médico (AMA) con una muestra de 201 toxicómanos y evalúan datos demográficos y médicos, opinión del personal de enfermería sobre la actitud del toxicómano y datos recogidos del mismo y de su familia en la admisión y concluyen que los que abandonan se caracterizan por:

- 1.- Ser solteros.
- 2.- Se perciben con un papel menos activo en el ingreso.
- 3.- Esperan poca ayuda.
- 4.- Alto riesgo de abandono percibido por la enfermera.
- 5.- Lugar de residencia cercano al centro.
- 6.- Duración de la estancia igual o menor a cuatro días.
- 7.- Diagnóstico de desorden de la personalidad.

Craig (1985) revisa 37 estudios sobre abandonos en contra del consejo médico (AMA) y concluye:

- 1.- Los factores que inciden en el abandono (variables demográficas, más patología en el MMPI, más ausencias del equipo terapéutico, más depresión, más jóvenes, más impulsivos, más conflictivos) difieren en los distintos programas.
- 2.- Los pacientes abandonan por diferentes razones en diferentes momentos del programa.

- 3.- Los rasgos de personalidad no predicen los abandonos.
- 4.- Los abandonos no pueden ser identificados antes del tratamiento si la base del mismo es ambiental o interaccional.
- 5.- Se puede hacer algo para reducir los abandonos pero no pueden eliminarse.

Craig, en base a estos datos propone un abordaje para reducir la tasa de abandonos en contra del consejo médico (AMA), consiguiendo con este programa, reducir la tasa del 70% al 20%. Sin embargo la escala elaborada por estos autores para detectar individuos con altas probabilidades de abandonar el tratamiento, ha resultado ineficaz en otro estudio de replicación (Doweiko, 1989) donde sólo se detectaron un 33% de los sujetos que abandonaron. De Leon y Jainchill (1986), desarrollaron la escala CMRS (*Measuring Circumstances, Motivation, Readness, and Suitability* /Escala de medida de circunstancias de motivación, disposición y adaptabilidad) que consta de 52 ítems y que se pasó en una primera admisión a la Comunidad Terapéutica *Phoenix House*. Las medidas obtenidas con la CMRS, fueron asociadas de forma significativa, con abandonos tanto a corto, como a largo plazo, por lo que resultó útil para detectar individuos con peligro de abandonar.

Las investigaciones sugieren que los factores de los pacientes descritos como características cambiantes (variables dinámicas como el estatus psicológico), tienen mayor valor predictivo que las características fijas como por ejemplo las sociodemográficas. Más prometedores son los pocos estudios que se llevan a cabo sobre variables dinámicas que miden las percepciones del paciente asociadas a su entrada en el tratamiento y la experiencia que esto supone, sin embargo se necesitan más investigaciones para analizar la influencia de este tipo de variables en la retención y poder generalizar las investigaciones a otros tipos de tratamiento (Condelli y De Leon, 1993).

Para finalizar nos remitimos a las conclusiones de los estudios sobre retención en tratamientos según Condelli y de Leon, (1993):

1.- Las tasas de retención a largo plazo en Comunidades Terapéuticas son bajas (aunque se están incrementando en los últimos años). El período con mayor tasa de abandono son los tres primeros meses después de la admisión y particularmente el primer mes. La mayor parte de los clientes que permanecen en tratamiento tienen mayores posibilidades de obtener mejores resultados.

2.- No se ha encontrado ningún perfil de drogodependiente que sea muy útil para explicar o mejorar la retención en las Comunidades Terapéuticas o cualquier tipo de programa de tratamiento. Las características de los pacientes han sido generalmente débiles y esporádicos predictores de retención a lo largo de diferentes estudios.

1.8. CONCLUSIONES SOBRE LOS ESTUDIOS DE ABANDONO

1.- ÁREA DE PERSONALIDAD. La diversidad en metodología, elección de muestra, diseño, instrumentos utilizados para medir las diferentes variables no nos permiten llegar a resultados concluyentes, ni a la integración de un perfil claro de

personalidad del sujeto que abandona el tratamiento. A pesar de esto vamos a describir las conclusiones a las que los diferentes estudios han llegado y que tienen un indudable interés clínico. Los pacientes drogodependientes con tendencias al abandono terapéutico son individuos psicopáticos, que sobrevaloran las propias capacidades y tienen aspiraciones poco realistas de éxito, inmaduros, con trastornos de personalidad, susceptibilidad ante la influencia del mundo de la droga y poca tendencia a participar en estructuras sociales organizadas, son independientes e indiferentes a los sentimientos de los demás, se muestran suspicaces y la interacción social les provoca ansiedad. Impulsivos e irritables en los primeros días del tratamiento, expresan directamente la agresión y muestran con frecuencia rasgos antisociales, así como puntuaciones elevadas en algunas escalas del MMPI (F, Pd, Sc, Ma).

Sin embargo parece ser que el abandono depende más de la actitud o disposición del paciente hacia el programa, que de un perfil claro de personalidad. Los test de personalidad por sí solos no predicen el abandono y hay que tener en cuenta además factores interaccionales y situacionales.

2.- ÁREA DE PSICOPATOLOGÍA. Salvo en algún estudio de tratamiento de Mantenimiento con Metadona, los trastornos psicopatológicos, son predictores de abandono terapéutico. Otros predictores son también el locus de control externo y la ansiedad y depresión, si bien en el tema de la depresión, hay estudios contradictorios.

3.- ÁREA LEGAL. Aunque no hay un acuerdo absoluto, la mayor parte de los estudios confirma que la remisión desde lo legal potencia la retención sobre todo en las primeras fases del tratamiento. En cuanto a los antecedentes legales previos al tratamiento no existe unanimidad y mientras unos autores señalan su influencia en las tasas de abandono, otros la niegan. En otros estudios se señala una diferencia en cuanto al sexo en esta variable, siendo las mujeres las que se ven más afectadas por este factor.

4.- ÁREA MÉDICA. Aunque hay pocos estudios sobre el tema, parece ser que los problemas médicos inciden en el abandono terapéutico.

5.- ÁREA DE CONSUMO DE DROGAS. El consumo de drogas diferentes a las que motivan en tratamiento, durante este, se relaciona con un menor número de abandonos. Ocurre lo contrario cuando hablamos de la droga principal. Por último cuando se da una edad muy temprana en el inicio del consumo de drogas, aumenta la probabilidad de abandonos.

6.- ÁREA SOCIOFAMILIAR. Salvo el nivel cultural bajo y el ingreso en tratamiento durante la época estival, que están relacionados con un mayor índice de abandonos, no se han encontrado características sociodemográficas que estén asociadas de forma especial al abandono terapéutico. Sin embargo el hecho de que la familia tenga noticia de la drogodependencia del paciente y que apoye y participe en el tratamiento, o bien presione al sujeto para realizarlo, aumenta las probabilidades de retención.

7.- ÁREA DE TRATAMIENTO. Los índices de abandono son altos en general en todos los programas, pero sobre todo en las Comunidades Terapéuticas, seguido de los centros de desintoxicación externa e interna, que tienen más tasa de abandono que los programas de Mantenimiento con Metadona. El período de mayor tasa de abandono, en cualquier modalidad de tratamiento son los tres primeros meses, en especial los 30 primeros días. A partir del cuarto mes, los pacientes que permanecen en los centros tienen mayores probabilidades de completarlo.

Las variables que influyen en el abandono de Programas de Mantenimiento con Metadona son: la edad, el estatus de empleo antes del tratamiento, la educación, el estado civil, la lista de arrestos anteriores al programa, el abuso de numerosas drogas, la dosis de metadona utilizada, los intentos anteriores de tratamiento, los cambios de residencia, la voluntariedad en la admisión y el rechazo a la reglamentación del centro. En los Programas de Desintoxicación el saber que hay un equipo disponible y solicitar su ayuda, aumenta la retención, así como la necesidad de ayuda médica, cantidad de angustia subjetiva y el admitir problemas con los amigos.

En los Programas de Comunidad Terapéutica, el patrón de abandono parece ser uniforme, alto en los primeros días, va descendiendo suavemente. Influye en el abandono, el nivel de participación en actividades de la Comunidad, la expresión de sentimientos, el control por parte del equipo, la percepción sobre la posibilidad de abandono de paciente realizada por los profesionales del centro, la trayectoria de participación en grupos por parte del paciente con anterioridad al tratamiento. Otro factor que aumenta la retención es la posibilidad de seguir un terapia familiar estructural. Por contra el mayor número de tratamientos previos reducen las posibilidades de completar otro, así como la admisión involuntaria, la hostilidad hacia el programa y la negación de problemas. Tienen también más probabilidades de abandonar los pacientes que durante el ingreso tienen un papel poco activo.

En general, no parece que haya un perfil típico del sujeto que abandona el tratamiento pero los resultados de las diferentes investigaciones analizadas parecen apuntar a que las variables "dinámicas", como lo motivacional o lo perceptual, aparecen como más relevantes de cara a la retención que las variables "fijas", como las demográficas o los patrones de uso de drogas. A pesar de todo, aunque algunas variables se correlacionan consistentemente con el tiempo de permanencia en tratamiento, el poder predictivo de estas no ha sido corroborado en estudios de replicación (De Leon 1989).

3. 2. ESTUDIOS SOBRE FACTORES QUE INTERVIENEN EN LAS RECAÍDAS EN TOXICÓMANOS

La recaída es un problema central tanto en el tratamiento como en el proceso de rehabilitación en toxicómanos. Daley (1989), en una revisión de la literatura sobre índices de recaídas en toxicómanos descubrió que en la mayoría de los estudios, un alto número de pacientes recaían a los seis meses de haber iniciado el programa, oscilando estos datos entre el 50% y el 75%, según la conceptualización de la recaída en los diferentes estudios y el control experimental en los mismos, cifras que aumentan a medida que aumenta el período de seguimiento (entre un 70% y un

90%), como también se muestra en otros trabajos (Hunt y cols., 1971; Dubinsky, 1963; O'Donell, 1964; Vaillant, 1966b; Robertson y cols., 1989).

El hecho de que la tasa de recaída sea alta en todos los tratamientos, crea dos necesidades:

- 1- Estudiar los diferentes elementos de los programas.
- 2- Examinar los factores relacionados con las recaídas.

Todo ello con la finalidad de proveer una base empírica para identificar enfoques de tratamiento efectivos (Catalano y cols., 1990-91). En esta revisión nos vamos a centrar en el segundo punto, puesto que conocer las variables predictoras de recaída servirá para plantear, no sólo cambios tácticos, como el uso de técnicas específicas, sino cambios estratégicos que enriquezcan el abordaje global de las toxicomanías (Espina y García-Martín, 1992). Como señala DeJong (1994), para entender las causas de la recaída es necesario hacer dos observaciones. La primera que la recaída, no se puede explicar únicamente como una respuesta fisiológica al abandono del consumo de droga, puesto que a menudo ocurren mucho tiempo después del último consumo y cuando la dependencia física hace tiempo que ha terminado. Y segunda, la recaída no es un problema de falta de motivación adecuada o falta de fuerza de voluntad, puesto que la mayoría de los abstinentes que después recaen, están fuertemente motivados para cambiar sus vidas, pero aún así fallan en el intento.

2.1. EFECTO DEL PASO DEL TIEMPO EN LA RECAÍDA

Dentro de las teorías que explican la drogodependencia y sus condicionantes están las que consideran al toxicómano como un sujeto en estado evolutivo y que supera la toxicomanía cuando llega a una determinada madurez. La primera de estas teorías se remonta a los años 60 cuando Winick (1962), postuló la *hipótesis de la maduración*, que consiste en que los adictos al acercarse a los 40 años tienden a madurar y abandonan las drogas espontáneamente.

El mejor predictor de la situación del toxicómano con el paso del tiempo suele ser su situación después del tratamiento, así se observa que los pacientes que se encontraban en situación favorable al año de seguimiento, tienen más probabilidades de encontrarse bien a los tres años. Esta probabilidad aumenta con la duración del programa y no existe una tendencia clara, ni hacia la mejora, ni hacia el empeoramiento global de los datos con el paso de los años (Guardia y cols., 1987; Sánchez-Carbonell y cols., 1988) y esto se observa para todas las modalidades de tratamiento (NIDA, 1.981). Este enfoque tiene que ver con el efecto estabilizante del programa. No obstante Robertson matiza estos planteamientos afirmando que por lo general las terapias mostraban más probabilidades de éxito a corto plazo, sin embargo a largo plazo era más probable que ocurriera una recaída. Los heroinómanos en su estudio (Robertson y cols., 1989) presentaban una proporción similar de períodos de abstinencia, no dependencia y períodos de dependencia, pero con diferentes duraciones relativas. Los sujetos del estudio mostraban, cortas interrupciones en su consumo de drogas. Esta descripción encaja con la visión de la drogadicción y la dependencia como una enfermedad crónica y

recidivante (Leukefeld y Tims, 1989). De Leon (1990-91), confirma este planteamiento cuando observa que para cualquier toxicómano que permanece abstinentemente la posibilidad de recaída disminuye después del primer año de abstinencia comparándola con los que sí han consumido. De cualquiera de las formas, el número de individuos que tienen alguna recaída se incrementa con el paso del tiempo.

Parece ser que en otros estudios con seguimientos más largos la adicción decrece con el paso del tiempo. En un estudio de seguimiento de 11 años a 300 drogodependientes, Haastrup y Jepsen, (1988) consiguieron recoger datos del seguimiento en el 90% de la muestra. De este porcentaje el 26% estaban muertos y el número de sujetos que mantenían una abstinencia estable no dejaba de incrementarse regularmente con el tiempo. Vaillant (1988), es uno de los autores que más ha estudiado el efecto del paso del tiempo realizando seguimientos de 12 y 20 años (Vaillant, 1966a, 1966b, 1973). Este autor señala la dificultad de este tipo de estudios puesto que la conducta del drogodependiente, cambia a cada momento. Pero tras reflexionar sobre sus trabajos anteriores destaca las siguientes tendencias que ocurren con el transcurso de los años:

- 1- El número de drogodependientes de heroína decrece constantemente.
- 2- El número de adictos con problemas marginales permanece más o menos constante.
- 3- Hay un número de individuos que no se muestran claramente dependientes puesto que o continúan intermitentemente el abuso de drogas o son institucionalizados por enfermedad o crimen relacionado con el abuso.
- 4- El número de sujetos abstinentes se incrementa constantemente.

Estas investigaciones analizan en cierto modo la *hipótesis de la maduración* pero no llegan a resultados concluyentes. Y aunque coincidan en la creencia de que el consumo disminuye con el paso del tiempo, este decremento podría ser debido a coerciones externas al tratamiento como, relaciones personales intensas con otras personas, sustitución de la heroína por otras adicciones como el alcohol (Nieva, 1988), influencia de nuevos grupos de referencia, o cambios en la interacción con sujetos significativos (Klingemann 1991).

En resumen, los estudios de seguimiento nos dan pistas sobre la trayectoria de la toxicomanía. En líneas generales los períodos de consumo de drogas y de abstinencia se suceden de forma cíclica y con el paso de los años va aumentando el número de sujetos abstinentes. Los tratamientos consiguen prolongar a corto plazo los períodos de abstinencia, pero a medio plazo no previenen frente al número de recaídas.

2.2. ÁREA DE PERSONALIDAD

En este apartado vamos a centrarnos en las características de personalidad que pueden incidir en el consumo de drogas por parte del toxicómano después de un período de abstinencia. Svanum y McAdoo (1989) compararon perfiles de MMPI entre heroinómanos y descubrieron que el instrumento tenía capacidad para predecir la recaída rápida tras el tratamiento. Por el contrario otros autores (Pascual

y cols., 1989) aplicando el EPQ de Eysenck (1975), encontraron que los que presentaban mayores alteraciones de la personalidad tenían mejor pronóstico en cuanto a la recaída. Parece ser que los síntomas depresivos juegan un papel importante en las recaídas, como lo demuestran un buen número de autores. Entre ellos Hatsukami y Pickens, (1982), en un seguimiento a 842 politoxicómanos, evaluados después del alta, encontraron mayor porcentaje y severidad de síntomas depresivos en los individuos que recaían en comparación con los sujetos que permanecían abstinentes. El grupo de New Haven (Rounsaville y cols., 1983), en uno de sus estudios formuló la siguiente pregunta: "¿Cual es el curso de la depresión en adictos a opiáceos y cual su significado pronóstico en relación al resultado del tratamiento?". Para responder a esta pregunta se realizó un seguimiento de seis meses con 157 consumidores de heroína que iniciaban tratamiento. Para diagnosticar la depresión se utilizó el Beck Depression Inventory (BDI) y el Research Diagnostic Criteria (RDC). Estudiaron al finalizar el seguimiento, el consumo de drogas y el tiempo de estancia en tratamiento. No encontraron ninguna relación significativa entre la depresión en el ingreso medida con el BDI y el posterior consumo, pero sí encontraron que los sujetos con depresión menor o mayor, según el RDC, era más probable que se drogaran que los pacientes que no mostraban depresión. Por el contrario en otros estudios, los síntomas depresivos en la admisión predicen una mayor proporción de abstinencia dentro del tratamiento (Kosten y cols. 1986).

Existen estudios que identifican las crisis vitales y la depresión como predictores del abuso de drogas y afirman que la duración y el enfoque del tratamiento pueden hacer descender los desórdenes en curso (Craig, 1984a; Kosten y cols., 1986; Corty y cols., 1988). Kornblit y cols., (1989) encontraron que antes de la recaída los toxicómanos están deprimidos, solos, inseguros y menos agresivos; tienen pensamientos negativos y reacciones maníacas y su actitud existencial es egocéntrica y nihilista. Llorente y cols., (1991), estudiando una muestra de 107 heroínómanos, encontraron que los pensamientos del toxicómano dispuesto a consumir están caracterizados por ansiedad y depresión y por elementos justificativos que tratan de argumentar los derechos personales de superar los baches y las situaciones fatalistas que atenazan al sujeto. Exceptuando los resultados obtenidos con la depresión, estudios como en el que vamos a analizar no han conseguido establecer una relación entre desórdenes de personalidad y recaídas. Kosten y cols., (1989), realizaron seguimientos a 150 adictos al opio localizados 2,5 años después de iniciado el tratamiento a partir de una muestra inicial de 204 sujetos. Los pacientes pasaron por una de las siguientes modalidades de tratamiento: Desintoxicación en internado, Mantenimiento de Metadona, Tratamiento de naltrexona en régimen externo y residencia en Comunidad Terapéutica. El diagnóstico psiquiátrico se realizó usando el Research Diagnostic Criteria (RDC), basado en la información recogida en el Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS). También se recogieron todos los ítems en los criterios del DSM-III para desórdenes de personalidad. Se utilizó a su vez el ASI en sus seis áreas (de empleo, social, legal, médica, psiquiátrica y de abuso de sustancias). A partir de estos criterios se desarrollaron cuatro categorías diagnósticas:

- 1- *Personalidad antisocial* sin otros desórdenes de personalidad diagnosticados (44%).
- 2- *Personalidad borderline* (17%) incluyendo *borderline* (12%), esquizotipia (2%), paranoia (1%) y esquizoide (2%).
- 3- *Self* (10%), incluyendo *histrionismo* (5%), *dependencia* (3,7%) y *narcisismo* (2,3%).
- 4- *Otros desórdenes* (8%) incluyendo combinaciones (6%), *evitación* (1,5%) y *pasividad-agresividad* (0,5%).
- 5- *Sin desórdenes* (21%) no tenían desórdenes de personalidad frente al 32% de la muestra inicial de 204 sujetos.

Se evaluó el estatus psicológico tanto en la admisión como en el seguimiento, en cuanto a depresión y alcoholismo mediante la escala de síntomas psicológicos del ASI. También se evaluaron otras variables que pudieran influir mediante las otras escalas del ASI en las áreas de: empleo, social, legal, médica y abuso de sustancias. Los resultados de los seguimientos clasifican a los sujetos en cuatro categorías:

- 1.- Ausencia de diagnóstico: los desórdenes están ausentes en la admisión y en el seguimiento.
- 2.- Recuperación: presencia de (Alcoholismo-Depresión) en admisión y ausencia en el seguimiento.
- 3.- Nuevo Diagnóstico: ausencia de desorden en admisión y presencia en seguimiento.
- 4.- Ambos Tiempos: presencia de desorden en admisión y seguimiento.

Ni el grupo de *personalidad antisocial*, ni el de *self*, ni el de *otros desórdenes* estuvieron asociados con diferencias en las tasas de depresión o alcoholismo cuando se comparó con el grupo *sin desórdenes* en ninguno de los períodos, pero el grupo de *personalidad borderline* fue significativamente diferente del grupo *sin desórdenes*, alcanzando puntuaciones sustancialmente más altas en depresión y alcoholismo en la etapa de admisión. Este grupo mostró también más severidad psiquiátrica (medida con el ASI) en el seguimiento. En cuanto a las cinco escalas del ASI, el *grupo antisocial* tuvo más problemas legales y el que menos, el grupo de *self*, que sin embargo mostró más problemas médicos. A pesar de esto, no hubo ninguna diferencia en ningún grupo de desorden de personalidad, ni en empleo, ni a nivel social, ni en el área de abuso de drogas. En este aspecto por lo tanto, los desórdenes de personalidad no son un predictor fuerte de los resultados medidos a largo plazo. Los autores concluyen que la utilización del DSM-III-R puede mejorar los resultados de éste tipo de estudios. Son los autores que trabajan desde un esquema cognitivo-conductual los que aportan resultados más esperanzadores a la hora de discriminar características de personalidad que estén relacionadas con la recaída entendida como vuelta al consumo. Parece ser que las expectativas de autoeficacia en la resolución de situaciones de alto riesgo de recaída protegen al sujeto frente a las mismas (Marlatt y Gordon, 1980), al igual que la confianza en uno mismo (Marlatt y Gordon, 1985; Bradley y cols., 1989). En este sentido es interesante el trabajo realizado por Burling y cols., (1989) en el que estudiaron una muestra de toxicómanos que recibían un tratamiento de Comunidad Terapéutica y midieron los niveles de autoeficacia al ingreso y al final del tratamiento observando

seis meses después los índices de recaída. Se encontraron con que los sujetos que permanecían abstinentes seis meses después del tratamiento eran los que al final del mismo tenían más altos niveles de autoeficacia, niveles que curiosamente eran los más bajos en el ingreso. Mientras que los que recaían en el seguimiento, comenzaban el tratamiento con niveles de autoeficacia menos bajos que los que permanecían abstinentes, pero experimentaban menos cambios en estos niveles durante el tratamiento. Marlatt y Gordon (1985), observaron que una situación de alto riesgo que se asociaba con las recaídas en el 35% de los casos eran los estados emocionales negativos, como por ejemplo ansiedad, depresión, frustración, ira, aburrimiento, etc, que acompañaban o precedían al primer consumo o lapso.

Resultados similares en lo referente a los estados emocionales negativos fueron encontrados en otros estudios (Hawkins y Catalano, 1985; Schonfeld y cols., 1989), donde también se determinó que dichos estados emocionales, eran derivados en muchas ocasiones de las dificultades de competencia social (Llorente y cols., 1991) y como ya afirmaba Vaillant (1966a), la abstinencia depende más de la habilidad de los adictos para descubrir alternativas satisfactorias a su adicción que de los métodos del tratamiento. Gossop y cols. (1990) describen las siguientes variables predictoras de abstinencia a los seis meses del alta:

- 1.- Número de factores protectores.
- 2.- Confianza en resolver situaciones relacionadas con la droga.
- 3.- Abstinencia prolongada.
- 4.- Mayor duración del tratamiento.

Algunos autores (Birke y cols., 1990), investigaron desde los estilos de atribución hasta qué punto un consumo esporádico predecía la probabilidad de una recaída completa. Los resultados mostraron que los que se mantenían abstinentes puntuaban más altos en internalidad y estabilidad de atribución para eventos negativos pero más bajos en globalidad. Los precipitantes más importantes para la recaída total fueron el afecto negativo y el conflicto interpersonal pero no la presión social. O'Connell y Martin (1987), en un estudio de seguimiento con 596 pacientes que dejaron de fumar, encontraron que los que recaían presentaban más situaciones caracterizadas por síntomas de abandono, renuncia y afectos negativos, hacían en los primeros consumos más atribuciones internas y menos externas que los pacientes que sólo consumían temporalmente volviendo después a la abstinencia. En una investigación de Bradley y cols., (1989) con 78 sujetos seguidos después de una desintoxicación exitosa, los factores más mencionados por los sujetos como precipitantes de las recaídas fueron las cogniciones, ánimos negativos y eventos externos, que aparecen simultáneamente o de forma secuencial.

2.3. ÁREA DE PSICOPATOLOGÍA

Parece ser que hay una relación entre la existencia de un desorden psiquiátrico y la recaída (Wallace, 1989). McLellan y cols., (1983) estudiaron una muestra de 460 alcohólicos y 282 heroinómanos, realizando un seguimiento de seis meses, en diferentes tipos de tratamientos no encontraron diferencias en los resultados, utilizando el ASI observaron que la escala de severidad psiquiátrica, era el predictor más fuerte de los resultados a los seis meses. Encontraron también que

los pacientes que tenían severidad psiquiátrica baja, mostraban mejoras significativas, no importa qué tratamiento siguieran. Por el contrario los de alta severidad psiquiátrica en la admisión mostraban una mínima mejora, comparando con los de severidad alta y moderada. En otro trabajo, estos autores (McLellan y cols., 1986) analizaron una muestra de 181 toxicómanos y alcohólicos en tres centros que ofrecían programas que incluían tratamiento farmacológico y psicoterapia, hospitalización y reinserción y que atendían una amplia diversidad de sujetos en cuanto a edad, raza, nivel económico, problemas legales, etc. Se les aplicó el ASI y se les hizo un seguimiento a los seis meses. El mejor predictor de la situación en el seguimiento, fue de nuevo la severidad del estado psiquiátrico (a más severidad, peor pronóstico). Recomiendan tratar ambulatoriamente a los toxicómanos que no tienen trastornos psicopatológicos, excepto si tienen problemas familiares y/o de empleo. Para los que tienen trastornos psicopatológicos recomiendan intervenciones específicas y si no fueran efectivas y tuvieran conductas antisociales orientan hacia medidas judiciales.

2.4. ÁREA LEGAL

En esta área, parece ser que la mayor parte de los estudios coinciden en asignar un papel importante a la historia delictiva y a la situación legal del drogodependiente en la aparición de la recaída. La historia criminal era uno de los mejores predictores de los resultados post-tratamiento (Simpson y Sells, 1982b). Existen estudios que señalan que los toxicómanos que recaían habían estado con más probabilidad arrestados antes del programa (Riordan y cols., 1976; Simpson y Sells, 1982a; Sánchez-Carbonell y cols., 1988). Otros autores confirman esta aseveración, así Ogborne y Melotte (1977) estudiando una muestra de 87 toxicómanos tratados en una Comunidad Terapéutica en el Reino Unido, afirmaban que la ausencia de condenas legales mejoraba considerablemente el pronóstico. Gordon (1978) en un trabajo de seguimiento de cuatro años a 60 pacientes atendidos en una clínica para drogodependientes en Londres encontró que en el seguimiento el 43% continuaban abstinentes, el 23% estaban consumiendo y el 15% habían muerto. Durante el período del seguimiento el 97% asistieron a juicios y el 73% fueron condenados. Descubrió que la situación de condena y fallecimiento en el seguimiento estaba relacionada con una edad temprana de la primera condena, así como con el uso regular de opiáceos antes de la admisión a tratamiento, el nivel de educación bajo y la existencia de pérdidas parentales. Por otra parte, dentro de los individuos con antecedentes, los que contaban con una primera condena tardía, mostraban mejores resultados en el seguimiento.

Algunos autores (Simpson, 1981; NIDA, 1981; Hubbard y cols, 1984) encontraron una relación significativa entre la larga permanencia en el programa y la reducción de la criminalidad posterior. Pero igualmente se ha observado que los drogodependientes con menos de un mes de estancia en el tratamiento mantenían sus índices de criminalidad constante (Wilson y Mandelbrote, 1978). Siguiendo esta misma línea, De Leon (1988) encontró que las tasas totales de arrestos en los dos años previos al programa eran mayores en los pacientes que lo iniciaban por remisión judicial, que en los voluntarios, pero las tasas de arresto post-tratamiento, se reducían y eran equivalentes en los dos grupos. Por lo tanto parece ser que hay una relación entre la remisión judicial y los resultados, que está mediatizada por el

nivel de retención en el centro. Hemos hallado también un trabajo sobre la relación entre la comunicación de una sentencia judicial y la inmediata recaída en toxicómanos. Robertson y cols. (1989), realizaron un estudio en el que el 80% de la muestra dijeron pagar las drogas con dinero ilegal y por lo tanto tuvieron mucho contacto con policía y juzgado. Sólo el 31% de las 68 sentencias fueron seguidas de abstinencia, cuya duración media era sólo de 1,1 meses. El 69% de las sentencias fueron seguidas por consumo de heroína dentro de los tres primeros días. No se encontró asociación significativa entre la longitud de la sentencia y la longitud de la subsiguiente abstinencia.

2.5. ÁREA MÉDICA

Kosten y cols., (1987), señalan que los problemas en el área médica en la admisión, predicen un mayor consumo de alcohol y problemas psicosociales a los 2,5 años. Numerosos estudios señalan la importancia desde el punto de vista clínico de la seropositividad de los toxicómanos al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el curso del tratamiento (Barton, 1986; Roldán y Berasategui, 1987; Roig-Traver, 1988). Kosten y cols. (1989), resaltan la importancia de observar detenidamente el efecto que tiene el SIDA sobre la evolución psiquiátrica del enfermo y cómo puede influir en todos los índices del ASI. De hecho el miedo al SIDA fue la primera razón argumentada para solicitar tratamiento para drogodependencias en 1987 en Estados Unidos (Des Jarlais, 1987). Pascual y cols. (1989), realizaron un seguimiento al de 15, 30 y 90 días a una muestra de 107 heroinómanos de los cuales 32 eran portadores de VIH. Investigaron los cambios de comportamiento (hábito de drogadicción, actividad sexual, relación familiar, laboral y social) y de personalidad (mediante el EPQ y la escala de ansiedad de Hamilton) encontrando que el hecho de ser portador de VIH no modificaba ninguna de las variables del EPQ y que si bien al conocer la noticia modificaban mínimamente sus hábitos, a lo largo de los 90 días del seguimiento volvían al nivel inicial en los hábitos de drogadicción, laborales y de ocio.

Sin embargo apenas existen investigaciones sobre la influencia de la seropositividad del VIH, sobre la trayectoria de la toxicomanía y sus repercusiones son todavía poco conocidas (Pascual y cols, 1990; Roig, 1988).

2.6. ÁREA DE CONSUMO DE DROGAS

Existen estudios que demuestran que el mayor número de años consumiendo y el consumo durante el tratamiento es pronóstico de recaída en el seguimiento (Riordan y cols., 1976; Simpson y Sells, 1982b; Kosten y cols., 1987; Vaillant, 1988; Bradley y cols., 1989). Gordon (1978) señala que los toxicómanos que mantenían un uso regular de opiáceos en la admisión tenían peor pronóstico. Des Jarlais y Joseph, (1983) estudian el consumo de opiáceos después de un programa de Mantenimiento con Metadona en 687 toxicómanos. El uso de no opiáceos durante el tratamiento y la mayor duración del consumo de heroína previo al mismo, aparecen como predictores individuales de mal pronóstico. La severidad en el consumo de drogas y alcohol antes de iniciar el tratamiento está relacionada con el uso de drogas y alcohol seis meses después (McLellan y cols., 1983). Los años de adicción parecen ser un factor de mal pronóstico que además de en otros

aspectos, han influido en la indicación de los programas de Metadona (Espina y García-Martín, 1993). Secades y cols. (1991) estudiaron en una muestra de 32 toxicómanos que iniciaban tratamiento en Comunidad Terapéutica, factores que influían en la recaída al año de abandonar. Dentro de la historia de consumo se observó que los años de consumo eran uno de los factores más discriminantes de una recaída posterior al tratamiento. También encontraron que el consumo aislado era un paso crítico en toda recaída, puesto que el 75% de los sujetos que consumieron esporádicamente durante y después del tratamiento recayeron a su salida de Comunidad Terapéutica. También Birke y cols. (1990) señalan que un consumo esporádico predice la probabilidad de una recaída completa.

Para Vos, (1989) el recuerdo de los efectos de la sustancia puede provocar un *craving* o deseo de experimentar esos efectos, por lo que este recuerdo parece jugar un papel fundamental en la recaída. Sells y Simpson, (1987) revisando datos del DARP encuentran que el uso de alcohol es un predictor de la mortalidad; los toxicómanos que consumían mucho alcohol, tenían una tasa de mortalidad tres veces superior a los demás y según De Leon (1989), el alcohol juega un papel muy importante como droga sustitutiva entre los heroínómanos en rehabilitación.

2.7. ÁREA SOCIO-FAMILIAR

En este apartado vamos a analizar la importancia de la familia y del apoyo y el estrés social en el curso de la recaída en drogodependientes. Según Vos (1989), la recaída viene determinada por interacciones entre factores personales (psicológicos), familiares y sociales. Otros autores destacan la importancia de la participación familiar en la recaída (Baker y cols., 1989). Kosten y cols., (1983) afirman que los toxicómanos que siguiendo un programa de naltrexona, comunican a sus familias la toxicomanía y siguen terapia familiar, tienen mejor pronóstico. De igual forma reconocen que la duración de la abstinencia depende en gran parte, de que la familia acepte la viabilidad del programa de rehabilitación. Sánchez-Carbonell y cols. (1988), comprueban que los toxicómanos que convivían con sus familias tenían mejor pronóstico. Kosten y cols., (1987) evaluaron las relaciones entre la recaída de adictos a opiáceos solteros (n=7) y casados (n=17) con el funcionamiento familiar y marital. Se utilizó un instrumento de evaluación para medir dimensiones e interacciones familiares. Los resultados mostraron que altas tasas de funcionamiento familiar rígido, se relacionaban con más largos períodos de tiempo libres de drogas. Los factores que más se asociaban con el no consumo de drogas eran el liderazgo, proximidad, disposición de ánimo, empatía y resolución de problemas. En los drogodependientes solteros la reacción de los padres a los esfuerzos de autonomía, la expresión abierta a pensamientos y sentimientos y la empatía se relacionó con un mayor tiempo transcurrido libre de droga.

Kornblit y cols., (1989) estudian factores de riesgo en la recaída con una muestra de 61 adictos en tratamiento y concluyen que en los que recaían, el clima familiar era peor y se daban saltos transgeneracionales y además tenían menor red de apoyo social y acontecimientos vitales estresantes incontrolables (muertes, divorcio de los padres, etc). En este sentido, Kosten y cols. (1986), afirman que los acontecimientos vitales estresantes (AVS) (pérdidas y discusiones) y la depresión son factores de riesgo para continuar con la droga a los 2,5 años de la admisión,

comprobando que los dos factores tenían efectos aditivos. Para Wallace (1989), la recaída ocurría en un 24% de los casos debido al estrés personal. Siguiendo con los estudios de AVS, Rhoads (1983) realizó un seguimiento con mujeres a uno, dos y tres meses del alta y encontró que los AVS unidos a un bajo apoyo social se asociaban positivamente a las recaídas. Los estudios sobre la relación entre los AVS y recaída en toxicomanías (Judson y Goldstein, 1983), parecen confirmar la validez de una parte del modelo de vulnerabilidad al estrés en el terreno de las drogodependencias.

En algunos casos, el apoyo social puede no ser beneficioso. Havassy y cols., (1987) encontraron que el apoyo social (SS) que adictos a opiáceos, tabaco y alcohol decían recibir, era un fuerte predictor de recaída. Los miembros de la familia y amistades pueden ser demasiado exigentes y críticos y esto puede interferir en la habilidad de los pacientes para enfocarse en su propia recuperación. Estos autores señalaron asimismo que las conductas de las parejas afectaron significativamente al riesgo de recaída. Los resultados sugieren un modelo de riesgo de recaída en el que es muy valioso tener personas alrededor que no se droguen y no alienten el uso de drogas. Las mujeres tenían más apoyo, en general, que los hombres. Esto coincide con un estudio de Hawkins y Fraser (1987) en el que señalan que las redes sociales de los que recaen incluyen una gran proporción de personas relacionadas con el uso de drogas. En este sentido Daley y Miller (1989), comprueban que las falsas expectativas por parte de los padres sobre la recuperación del hijo drogodependientes inciden en la recaída, así como las crisis y los problemas graves en la familia. Asimismo, la estabilidad social premórbida predice un buen pronóstico según un estudio de seguimiento de 12 años a toxicómanos pertenecientes al área de Nueva York realizado por Vaillant (1966b). La fuente de derivación a tratamiento también influye en los resultados posteriores. Kosten y cols. (1987) encontraron que los que venían derivados de servicios de bienestar social mejoraban en estado médico, ajuste social, neuroticismo y depresión, mientras que los que venían por vía judicial tenían peor pronóstico en empleo y delitos.

Para Cummings y cols., (1980) un 16% de las recaídas están asociadas a "conflictos interpersonales" actuales o relativamente recientes (amistades, relaciones de trabajo, con miembros de la familia, con la pareja, etc). Por otra parte según estos autores otro 20 % de las recaídas se relacionan con la "presión social", que se refiere a la influencia de otra persona o grupo de sujetos para que realice las conductas de consumo. En un trabajo posterior (Marlatt y Gordon, 1985), incluirían estos dos grupos dentro de "Determinantes interpersonales" que explicarían el 55% de las recaídas totales. En un estudio de seguimiento de 78 sujetos realizado después de una desintoxicación Bradley y cols., (1989) observaron que la mayor parte de lapsos o consumos esporádicos fueron en la primera semana de dejar el tratamiento. Constataron que el número de factores protectores (trabajo, estudios, actividades de ocio y amigos), protege frente a la recaída en heroinómanos. Y que los factores identificados como precipitantes de las recaída, eran entre otros: el abandono de un ambiente protector, el tener disponible la obtención de drogas y los conflictos interpersonales, encontrando que la mayoría de los que tenían lapsos, consumían en compañía de otros sujetos que también lo hacían o en un contexto social relacionado con el consumo (Unnithan y cols., 1992). Gossop y cols., (1990) realizan un seguimiento de 80 toxicómanos a los seis meses del alta y encuentran

dos variables predictoras de recaída: un número bajo de factores protectores y la excesiva confianza en ser capaces de mantenerse abstinentes. Para Hawkins y Catalano, (1985), la ausencia de una red socializadora, los factores familiares, el aislamiento, la ausencia de responsabilidades y una deficiente ocupación del ocio, son factores importantes en relación a la recaída.

Secades y cols., (1991) estudian en una muestra de 32 toxicómanos que inician tratamiento en Comunidad Terapéutica, factores que influyen en la recaída al año de abandonarla y en el área sociobiográfica encuentra factores sociodemográficos que son predictivos como el nivel de educación, que se observa que es un factor protector cuya carencia crea situaciones de riesgo en momentos de tensión, como coinciden otros autores (Fernández-Hermida y cols., 1990). También son factores protectores las características biológicas, psicológicas y sociales que aminoran el impacto de los estresores internos y externos. Asimismo en este área se considera predictora de recaída la presencia de familiares consumidores de drogas. En un estudio sobre adolescentes de entre 12 y 18 años con problemas de alcohol (Brown y cols., 1989), se observó que las recaídas en este grupo a diferencia del de los adultos ocurrían muy frecuentemente en presencia de presión social para beber. Y las características situacionales fueron diferentes para las recaídas transitorias o menores y las recaídas con patrones abusivos de alcohol y droga.

2.8. ÁREA LABORAL

Parece ser que existen coincidencias entre diferentes autores en que las tasas de empleo en drogodependientes tienden a mantenerse constantes antes y después del tratamiento, o dicho de otra forma, todos aquellos que antes de la admisión tenían empleo, lo mantienen después y aquellos que están desempleados permanecen igual (De Angelis y cols., 1979; Hubbard y cols., 1984; Graña y cols., 1990). A su vez coinciden diferentes estudios en que los sujetos que mantienen el empleo después del tratamiento consiguen una mejor y más global adaptación social (Simpson y Sells, 1982b; Des Jarlais y cols., 1983; Graña y cols., 1990). No obstante parece ser que no existe una relación estadísticamente significativa en el seguimiento entre el consumo de heroína y el trabajo o el estudio (Sánchez-Carbonell y cols., 1988). De igual forma, De Angelis y cols. (1979) analizando las tasas de cambio de empleo en el período de un año en drogodependientes que iniciaban un tratamiento, observaron que los cambios en el consumo de drogas durante algún período del seguimiento no influían de ninguna forma en el empleo. Por otra parte, otros estudios (Guardia y cols., 1987) contradicen estos resultados al señalar que los adictos que se encuentran en situación favorable (no consumo de opiáceos) tienen más probabilidades de tener algún trabajo, que los que se encuentran en situación desfavorable. O que una estabilidad en la historia laboral está relacionada con un mayor índice de recaídas (Vaillant, 1988).

2.9. ÁREA DE TRATAMIENTOS

2.9.1. Duración de los tratamientos

Todos los estudios coinciden en la importancia del tratamiento de cara a impedir o retrasar la recaída o minimizar su efecto. Kosten y cols., (1986) en un seguimiento de 2,5 años de 268 adictos a opiáceos, encontraron que la estancia en

el programa estaba generalmente asociada con un aumento de la abstinencia y que en cualquier caso los factores de riesgo asociados a la recaída disminuían con el tratamiento. La mayor parte de las investigaciones muestran que el estatus positivo en el seguimiento, está en función directa con el tiempo de estancia en el centro (Vaillant, 1966a y 1966b; Wilson, 1978; Wilson y Mandelbrote, 1978; Holland, 1978; Simpson, 1979; Simpson, 1981; NIDA, 1981; Barr y Antes, 1981; Simpson y Sells, 1982b; De Leon y cols., 1982; Des Jarlais y cols., 1983; De Leon, 1984; Hubbard y cols., 1984; Rounsaville y cols., 1986; Guardia y cols., 1987; Sánchez-Carbonell y cols., 1988; Bradley y cols., 1989; Royo, 1990; De Leon, 1990-91), lo que confirma la relación existente entre la retención en el tratamiento y los resultados en el seguimiento (De Leon y Schartz, 1984). Sin embargo, a pesar de que los tratamientos son efectivos las tasas de recaídas son altas, especialmente en individuos que los abandonan (Gori y cols., 1986). En los estudios de seguimientos de adictos a opiáceos en Comunidad Terapéutica, por ejemplo la recaída definida como algún consumo de opiáceo durante el programa residencial es prácticamente nula. Dos años después, la recaída aproximada es del 40% en individuos que han abandonado el tratamiento (Simpson, 1986; De Leon, 1984) y de menos del 10% en los que lo han completado (De Leon, 1984; De Leon y Jainchil, 1982). La frecuencia y duración de los episodios de recaída varían dependiendo principalmente de la estabilidad del efecto del tratamiento. Durante el programa y en el seguimiento, los períodos más largos, son los de abstinencia y los menos frecuentes y más cortos los episodios de recaída (De Leon, 1990-91). Wilson (1978) realiza un seguimiento de dos y cuatro años, después de dejar el programa de Comunidad Terapéutica, a 62 toxicómanos que divide en tres grupos en función del tiempo de permanencia en tratamiento:

- 1- Grupo de corta estancia. Menos de un mes (22 sujetos).
- 2- Grupo de media estancia. Entre uno y seis meses (20).
- 3- Grupo de larga estancia. Más de seis meses (20).

Utilizó a su vez tres categorías para definir la frecuencia del consumo:

- 1- Abstinencia. Definida como no consumo de drogas.
- 2- Uso irregular. No más de un consumo semanal.
- 3- Uso regular. Más de un consumo semanal.

Investigó la frecuencia de administración de droga intravenosa antes de la admisión y en el período de seguimiento. Encontró que dentro del grupo de larga estancia el porcentaje de individuos abstinentes en el seguimiento era del 80%, mientras que en los otros grupos era sensiblemente menor (50% en el grupo de uno a tres meses y 29% en el de menos de un mes de estancia) y concluye que los que habían estado más de seis meses en Comunidad Terapéutica, redujeron significativamente la frecuencia de inyección de droga comparada con sus propios niveles de pre-admisión, mientras que sólo había una ligera mejoría en los otros dos grupos. Simpson, (1979) en un estudio del DARP de 3.000 drogodependientes de diferentes tratamientos (Mantenimiento de Metadona, Comunidades Terapéuticas, pacientes externos libres de drogas y sólo desintoxicación), encontró que los que permanecían más tiempo en el programa obtuvieron mejores resultados y el grupo que permanecía menos de tres meses, obtuvo unos resultados similares en el seguimiento al grupo que sólo realizó una desintoxicación. También en posteriores trabajos (Simpson, 1981; NIDA, 1981) las mejoras en el seguimiento resultaban

especialmente significativas cuando los sujetos permanecían más de 90 días en tratamiento. Resultados parecidos encontramos en dos estudios españoles: en el primero (Guardia y cols., 1987) realizaron seguimientos hasta los tres años de iniciado el tratamiento de 73 toxicómanos y uno de los predictores de situación favorable que encontraron era el hecho de estar más de tres meses en el mismo. En el segundo estudio (Sánchez-Carbonell y cols., 1988, 1989), los individuos que permanecieron más de 90 días en tratamiento, obtuvieron mejores resultados en todas las variables estudiadas, especialmente en el área legal y psicológica y presentaron una mejor adaptación social.

En un seguimiento de siete años realizado por Gori y cols., (1986) de 138 heroínómanos después de abandonar la Comunidad Terapéutica se compararon dos grupos:

A-"Abandono" (49 sujetos que abandonaron antes de un mes).

B-"Auto-terminación" (89 que dejaron el tratamiento después de siete meses).

Se midió el cambio hacia un estilo de vida libre de drogas. La tasa de éxito del grupo B fue del 60% frente al 20% de éxito del grupo A. Estos resultados muestran una estrecha relación entre el abandono terapéutico y la recaída. A conclusiones similares llega Royo (1990), quien en los resultados del seguimiento, se encontró un mayor porcentaje de "situaciones favorables" en aquellos individuos que finalizaron el programa de ingreso prescrito, que entre los que lo abandonaron o fueron expulsados. Stimmel y cols., (1979), realizan un seguimiento, a 429 pacientes, en un centro de Mantenimiento con Metadona, dos años y medio después de iniciado el tratamiento, para investigar la relación entre tiempo de permanencia y el porcentaje de abstinencia: hasta los 12 meses sólo el 14% permanecían abstinentes, entre uno y dos años el 21%, entre dos y tres el 33% y más de tres años el 40%. En otro estudio sobre Mantenimiento con Metadona, Dole y Joseph (1978), realizaron un seguimiento de 1.413 pacientes seis años después de iniciar el programa y encontraron que del 40% que continuaba el tratamiento, el 63% no consumían otra cosa que metadona ni tenían problemas con la ley, mientras que del 60% que habían abandonado, el porcentaje de no consumo ni incidencias legales era del 8%.

2.9.2. Diferencias entre tratamientos

La mayor parte de los estudios que comparan la eficacia de diferentes programas para disminuir el consumo posterior, observan que todas las modalidades de tratamiento consiguen hacer disminuir, en el seguimiento, el porcentaje de sujetos que consumen opiáceos (NIDA, 1.981). En el seguimiento llevado a cabo un año después de finalizado el programa por Hubbard y cols., (1984), con una muestra de 3.610 pacientes, se observó un descenso generalizado en el consumo de droga en todas las modalidades de tratamiento (más de un tercio de los pacientes afirmaron no consumir, en ningún momento del seguimiento la droga por la que inician el programa). En este sentido es especialmente significativo el descenso en el consumo de heroína en pacientes de centros de Mantenimiento con Metadona entre un 50% y un 70% en función del tiempo de estancia en tratamiento. Sin embargo, en general un 30% de los sujetos mantenían un consumo elevado de alcohol. Los programas de Mantenimiento con Metadona presentaron

mayores índices de retención, menor consumo de opiáceos ilegales y mejor tasa de empleo, estos resultados son debidos en parte a que el tratamiento consiste en el consumo de un opiáceo (metadona) y que no se requiere un ingreso en régimen interno que impida mantener actividades laborales anteriores. Las Comunidades Terapéuticas y otras modalidades de tratamientos libres de drogas, ofrecían resultados menos favorables, (Joe y cols., 1972). Pero también es cierto que tanto los programas de Mantenimiento con Metadona, las Comunidades Terapéuticas y los servicios ambulatorios obtienen resultados que demuestran su eficacia. Tampoco existen diferencias globales en los resultados obtenidos por diferentes centros de una misma modalidad de tratamiento (Joe y cols., 1983). Se observó también que la desintoxicación física por sí sola, no obtiene resultados tan favorables (Joe y cols., 1972) a no ser que se complemente con otro programa de tratamiento que atienda la rehabilitación (Royo, 1990).

Tanto el programa TOPS (*Treatment Outcome Prospective Study*) (1975-1984) (Hubbar y cols., 1984), que fue un intento de perfeccionamiento metodológico del proyecto DARP, como este último coinciden con pequeñas diferencias en que todas las modalidades de tratamiento (salvo la excepción de sólo desintoxicación física), producen mejorías en casi todas las áreas y que pocas comparaciones entre diferentes programas demuestran una amplia superioridad de uno sobre otro. Sin embargo la tasa de recaídas es alta en todas las modalidades, lo cual crea la necesidad de identificar enfoques de tratamiento específicos y efectivos para este problema. (Catalano y cols., 1990-91). En la última década, han surgido un buen número de propuestas clínicas dirigidas explícitamente a solucionar o minimizar este problema. Hay autores que proponen mecanismos para detectar las recaídas tempranas en el tratamiento. De Leon, (1990-91) afirma que a menudo existen signos conductuales, actitudinales, emocionales o cognitivos que aparecen antes de la recaída. Los programas de asistencia post-tratamiento deben tener la capacidad de detectar estas tempranas advertencias que señalan las recaídas, e incluso si la recaída completa ocurre, se le puede dotar al individuo de recursos para solicitar ayuda o un nuevo tratamiento. De esta forma la recaída se puede distinguir de una regresión y abordar el problema de forma diferente.

Desde el punto de vista de la Prevención de Recaídas (Marlatt y Gordon, 1985), se consideran a las conductas adictivas como hábitos adquiridos que pueden ser modificados a través de la adquisición de nuevos aprendizajes. Esto se lleva a cabo por medio del entrenamiento en habilidades de toma de decisiones y existen unas determinadas técnicas de "coping" encaminadas a la comprensión del proceso de la recaída, a la identificación de factores de alto riesgo, a la identificación y manejo de la ansiedad y de la presión social hacia la sustancia, al manejo del aburrimiento en la abstinencia y a la intervención en la recaída cuando esta se produce (Daley, 1987). En vista de los buenos resultados de los Programas de Prevención de Recaídas en general, (Secades y cols., 1991; Catalano y cols., 1990-91; Weddington, 1990-91; Miller y cols., 1983; Saunders y Allsop, 1987), parece aconsejable la recomendación de Llorente y cols. (1991) sobre "la conveniencia de apoyar el seguimiento de los sujetos abstinentes, con un Programa de Prevención de Recaídas", argumento apoyado por otros autores como Hawkins y cols. (1986); Gossop (1988); y Eakes y cols. (1989), sobre todo teniendo en cuenta que "por sus

características un Programa de Prevención de recaídas es complementario, independiente y compatible con otro enfoque terapéutico que se aplique".

2.9.3. Influencia del tratamiento en otras variables

El tratamiento no sólo afecta a las recaídas en el consumo sino también a otras áreas. En esta dirección, De Leon (1984) realizó un seguimiento con una muestra de 731 sujetos que pasaron por un programa de CT (Phoenix House) y comprobó que el tratamiento provocaba una mejoría general en todas las variables estudiadas en el seguimiento (estatus legal, inicio de otros tratamientos, empleo, etc.) y que los individuos que abandonaban eran los que peor situación tenían en el seguimiento. En este mismo estudio De Leon, analizó en el seguimiento el cambio producido en el ajuste psicológico respecto al inicio del programa. Encontró que al finalizarlo, el 72% de los pacientes había mejorado y que los que mayor mejoría presentaban fueron los que terminaban el programa, seguidos de los que abandonaban en fases más avanzadas. Wilson y Mandelbrote (1978), estudiaron el efecto del tratamiento en el estatus legal, analizando la tasa de condenas dos años antes de la admisión y dos años después de la finalización. En el grupo de larga estancia (más de seis meses en el centro) pasaron del 60% de condenas antes de la admisión al 10% en el seguimiento; el grupo de media estancia (entre uno y seis meses) pasaron del 70% al 45%; y el de corta estancia (menos de un mes) se mantuvo constante en el 57% de condenas antes y después del tratamiento. Esto sugiere que más de seis meses en la Comunidad Terapéutica son efectivos en la reducción de la posterior criminalidad. Page y Mitchel (1988), en esta misma línea, realizaron un seguimiento con una muestra de 72 residentes de dos Comunidades Terapéuticas que fueron entrevistados entre seis meses y un año después de acabado el programa. Uno de los resultados que obtienen es que la cantidad de tiempo que los residentes permanecían en el centro estaba asociada a un número menor de arrestos después del tratamiento. Berger y Smith (1978), compararon a los pacientes que abandonaban un programa de Mantenimiento de Metadona con aquellos que lo completaron y fueron dados de alta por el equipo terapéutico, contrastaron en los dos grupos la situación antes y después del tratamiento en relación a variables como el abuso de drogas, el empleo, el número de arrestos, el bienestar y el consumo de alcohol. Se encontró una disminución en el porcentaje de individuos trabajando (del 41% al 28% en los que abandonaban, del 61% al 43% en el resto). No obstante, se observa una disminución del número de arrestos en los sujetos que finalizan el programa (del 21% al 2%) y un aumento en el bienestar (del 36% al 48%), hay también una disminución en el abuso de alcohol (del 9% al 2%), abuso que se mantiene en el grupo que abandona (del 22% al 21%).

En el Proyecto TOPS, (Hubbard y cols., 1984) las mejoras son notables durante el tratamiento, ya que disminuye el consumo de drogas y alcohol y las actividades delictivas. Se produce un descenso significativo durante los tres primeros meses del programa de la depresión experimentada en el año previo (de un 60% a un 30%), pero como contrapartida decrece la actividad laboral. Se estudió en el proyecto DARP la relación entre el tiempo que permanecían los sujetos en los centros y los resultados y se encontró que cuando el paciente permanecía más tiempo en tratamiento, cometía un menor número de actos delictivos y tenía más

probabilidades de estar trabajando (Simpson, 1981; NIDA, 1981). De esto se deriva la importancia de la utilización de técnicas para aumentar la tasa de retención en los diferentes programas y mejorar así los resultados. Kosten y cols., (1987), en 2,5 años de seguimiento de 150 adictos al opio, encontraron que los problemas médicos, sociales, psicológicos, legales y de empleo medidos por el ASI mejoran sustancialmente con el tratamiento.

2.9.4. Otras variables relacionadas con el tratamiento.

La atención clínica irregular y un fracaso en el seguimiento por parte de los profesionales del programa parecen estar relacionados con resultados pobres: continuación con la adicción, recaídas y delincuencia (Gordon, 1978; Wallace, 1989). La importancia del compromiso a la abstinencia absoluta al finalizar el programa quedó patente en un trabajo de Hall y cols., (1990) en el que se estudiaron a 221 alcohólicos, heroinómanos y fumadores en tratamiento y se vio que un mayor compromiso estaba relacionado con un menor riesgo en volver a consumir y un tiempo más largo entre el primer consumo y la recaída total. Parece ser que el período inmediatamente posterior al tratamiento se muestra como un período crítico para el adicto con relación a la recaída, como muestran varios estudios (Gossop y cols., 1989; 1990; Bradley y cols., 1989), puesto que el 42% de la muestra estudiada, consumió durante la primera semana posterior al alta en el centro. También se ha encontrado una relación entre la recaída y la historia de tratamientos anteriores. Secades y cols., (1991) estudiaron en una muestra de 32 toxicómanos que iniciaban su estancia en Comunidad Terapéutica, factores que influían en la recaída al año de abandonarla y estudiando el motivo del alta en programas anteriores, observaron que había más recaídas en pacientes que habían sido expulsados de centros anteriores, que en los que no habían sido expulsados.

De igual forma Tucker y cols., (1985) revisando varios estudios llegaron a la conclusión de que los pacientes con algún alta terapéutica en su historia de tratamientos, tenían menos posibilidades de recaer que los que habían terminado sus programas por expulsión o alta prematura.

2.10. CONCLUSIONES SOBRE ESTUDIOS DE RECAÍDAS

1. **ÁREA DE PERSONALIDAD.** Parece ser que la depresión como variable de personalidad es un factor que aparece con frecuencia en los sujetos antes de la recaída. Sin embargo, es un factor que en la admisión a tratamiento facilita la retención. Exceptuando estos resultados no se ha conseguido establecer una relación clara entre desórdenes de personalidad y recaídas. La disparidad encontrada en los resultados puede ser causada a nivel metodológico por el tipo de tratamiento y duración, por la longitud del seguimiento y por los diferentes instrumentos empleados para medir la misma variable (Espina y García-Martín, 1992). Hay factores sin embargo, que protegen al abstinentes contra la recaída (expectativas de autoeficacia, confianza en sí mismo) mientras que otros factores como los estados emocionales negativos, la conducta antisocial y los trastornos borderline precipitan su aparición.

2. **ÁREA DE PSICOPATOLOGÍA.** Los trastornos psicopatológicos están asociados a un peor pronóstico.

3. **ÁREA LEGAL.** Casi todos los estudios coinciden en que existe una relación entre la historia delictiva y las recaídas en el consumo de drogas, es decir, presentan peor pronóstico los drogodependientes que tiene una historia delictiva más larga. También favorece la recaída el hecho de tener juicios o condenas pendientes. No obstante el tratamiento y su duración actúa como amortiguador en la aparición de posteriores conductas delictivas.

4. **ÁREA MÉDICA.** Los estudios indican que los sujetos con problemas médicos en la admisión consumen más alcohol. Por lo demás hemos encontrado pocos estudios empíricos publicados que aborden los problemas médicos y entre ellos el VIH como factor pronóstico. En cuanto a la información sobre seropositividad parece ser que el sujeto al enterarse de que es portador cambia mínimamente sus hábitos pero en seguida los normaliza. Numerosos estudios clínicos señalan la importancia del VIH en el curso del tratamiento y su influencia en los demás pacientes (Barton, 1986; Roldán y cols., 1987; Roig, 1988).

5. **ÁREA DE CONSUMO DE DROGAS.** El mayor número de años consumiendo y el consumo durante el tratamiento es pronostico de recaída en el seguimiento y un consumo esporádico aunque no lleva directamente a la recaída, puede provocar un retorno al consumo continuado con gran probabilidad.

6. **ÁREA SOCIO-FAMILIAR.** Entre las variables sociofamiliares que retrasan las recaídas están: vivir con la familia, que la familia esté informada y que participe en el tratamiento, la libre expresión de pensamientos y emociones, la integración a nivel laboral, de amistades y de ocio. Mientras que las variables que precipitan las recaídas serían: las crisis familiares, los límites poco rígidos en la familia, el mal clima familiar, acontecimientos vitales estresantes en la familia, los conflictos interpersonales, en general, tener un bajo apoyo social, o una red social que apoye el uso de drogas. A pesar de estas conclusiones, abundan sobre todo estudios que describen características de familias de toxicómanos pero pocos estudian metodológicamente la influencia de estas variables en la recaída (Harb, 1986).

7. **ÁREA LABORAL.** Otra de las variables predictoras estudiadas frecuentemente. En este punto existen diferentes opiniones: algunos opinan que la variable empleo se mantiene constante antes y después del tratamiento y que no varía en función del consumo (Guardia y cols., 1987; De Angelis y cols., 1979; Sánchez-Carbonell y cols., 1988); frente a otros autores que hacen hincapié en la influencia del tratamiento en la posterior situación laboral del toxicómano (Royo, 1990; Guardia y cols., 1987). De cualquier forma no parece que existan datos concluyentes del valor predictivo de esta variable.

8. **ÁREA DE TRATAMIENTOS.** Todos los autores coinciden en que el tiempo de estancia en el programa es un predictor de buen resultado en el seguimiento de toxicómanos y que cuanto más larga es la estancia, mayor es la probabilidad de que el sujeto esté en situación favorable y esto es especialmente significativo a partir de los tres meses. (Wilson, 1978; Berger y Smith, 1978; Simpson, 1979; De Angelis y

cols., 1979; De Leon y Schwartz, 1984; Guardia y cols., 1987; Corty y cols., 1988; Sánchez-Carbonell y cols., 1988; Royo, 1990). El hecho de haber sido expulsado en tratamientos anteriores es pronóstico de recaídas. Asimismo, coinciden los diferentes estudios, con pequeñas diferencias, en que todas las modalidades de tratamiento (salvo la excepción de sólo desintoxicación física), producen mejorías en casi todas las áreas, no sólo en la vuelta al consumo. Sin embargo, los índices de recaídas siguen siendo altos para cualquier modalidad por lo que es conveniente abordar este problema mediante la utilización de técnicas específicas.

3. 3. CONCLUSIONES METODOLÓGICAS SOBRE LOS ESTUDIOS DE SEGUIMIENTO REVISADOS

Una gran parte de los estudios de seguimiento analizados se ven afectados por las siguientes deficiencias metodológicas:

1- **Sesgos de diseño.** El diseño más generalizado en los estudios de seguimiento es el cuasi-experimental de tipo longitudinal y uno de los sesgos más importantes de este tipo de diseños es que no siguen un muestreo riguroso y que la asignación de los sujetos a los grupos experimentales y de control no es aleatoria y por lo tanto no garantiza un carácter demostrativo. Es claro que algunas de estas características son de muy difícil, si no imposible aplicación en estas investigaciones puesto que no es procedente aislar a un grupo de toxicómanos en un grupo de control y dejarlos sin tratamiento, se debe tener en cuenta que cada paciente es admitido a un programa según el diagnóstico de los profesionales, la disponibilidad del centro y las preferencias o elección del propio paciente (Comas y cols., 1992), por eso estos diseños suelen ser débiles y resulta difícil demostrar que el cambio de conducta que se observa en los pacientes después del programa, es debida precisamente a las características del tratamiento y no a una remisión espontánea u otros factores no controlados.

El tamaño de la muestra afecta de forma importante al tipo de análisis que se puede realizar, habitualmente es el análisis de regresión múltiple, sin embargo si la muestra es pequeña se hace necesario limitar la complejidad de los análisis posteriores y se limita también la generalización de los resultados.

2- **Muestra estudiada.** Cuando se excluyen a los individuos que abandonan el tratamiento y se incluye en los resultados sólo a los individuos que lo finalizan, se sesga enormemente la muestra (Sánchez-Carbonell y Camí, 1986). Con frecuencia se realiza un mayor número de seguimientos a pacientes más relacionados con el centro y por lo tanto en una situación supuestamente más favorable, por el contrario hay una pérdida de información importante, en aquellos individuos que ponen dificultades en la recogida de información o bien no se pueden localizar que son generalmente los que menos contacto tienen con el centro. Los consumidores son a menudo difíciles de localizar para los estudios de seguimiento (Page y Mitchel, 1988). Para estos autores la información recogida está siempre sujeta a la cuestión de si los sujetos desean ser entrevistados por los investigadores. Esta es una limitación necesaria de este tipo de investigaciones.

3- Validez de la información. Cuando el autoinforme del adicto se confronta con datos de registros oficiales o con el resultado de los análisis de orina, ofrece una validez de 80-85% (Sánchez-Carbonell y Camí, 1986).

Las fuentes de recogida de información durante el seguimiento son el propio toxicómano, la familia o amigos que convivan con él y del centro asistencial en el caso de que el paciente continúe en tratamiento en el momento del seguimiento, así como de los análisis de orina (Bale y cols., 1977; Melgarejo y cols., 1988; Royo, 1990). También se pueden obtener datos de fuentes policiales y judiciales.

Los instrumentos de recogida de información, ya sean cuestionarios, autoinformes o fichas o historias clínicas, deben tener rigor, validez, fiabilidad y técnicas para demostrar la veracidad de la información del propio paciente (Comas y cols., 1992).

4- Diferencias en los parámetros de los estudios. Existen numerosas diferencias básicas entre los estudios, causados con frecuencia por la falta de consenso que impide que se den réplicas correctas. Existen divergencias en cuanto a los períodos de tiempo empleados en los seguimientos; en la disparidad de las características de la muestra, en su motivación para el tratamiento, etc., que dificultan posibles comparaciones de resultados entre estudios.

Las diferencias entre los tratamientos de los distintos estudios también dificultan la contrastación de resultados e incluso entre programas del mismo tipo, son notables las discrepancias en cuanto a enfoques teóricos y prácticos al igual que las desigualdades en los criterios de selección empleados con los pacientes (Craig 1984a).

5- Dificultades en la definición de variables e instrumentos. Las variables de referencia clasificadas por Nieva (1988) en su tesis doctoral, con datos tomados del TOPS se dividen en las siguientes áreas:

«1.- Área de antecedentes individuales: Características demográficas, estilo de vida, uso de drogas y de alcohol, experiencia en programas para toxicómanos, actividades delictivas, laborales y otras conductas productivas socialmente aceptadas que realizara el paciente antes del tratamiento.

2.- Área de Tratamiento: Tipo de tratamiento, conducta durante el mismo (uso de drogas y alcohol, actividad delictiva, trabajo, participación en las actividades del centro), valoración que el paciente hace del programa.

3.- Comunidad: Integración en la comunidad, factores económicos y sociales que influyen en el individuo, apoyo de la familia y de otras personas durante el tratamiento, composición y cambios en la familia, disponibilidad de drogas en el ambiente cotidiano, conocimiento de los recursos de tratamiento y de los servicios comunitarios.

4.- Resultados del tratamiento: Tiempo de permanencia en el programa, uso de drogas y alcohol, conducta delictiva, trabajo, salud mental».

Con relativa frecuencia muchas de estas variables no se tienen en cuenta y es notable la ausencia de estudios de factores sociales y contextuales.

En numerosas ocasiones los instrumentos utilizados para evaluar la personalidad del paciente son cuestionarios no específicos de toxicomanías: el EPQ (A) de Eynseck (1975) y el MMPI de Hathaway y McKinley (1940), 16PF de Cattell y cols., (1970), que se utilizan para medir aspectos parciales de la enfermedad, como personalidad, psicopatología, ansiedad, depresión, redes sociales, etc (Craig, 1984a; Little y Robinson, 1987; Pascual y cols., 1989; Dubinsky, 1986). La limitación de los datos de estas pruebas está en la contaminación de los resultados por efectos de las drogas, o por el contexto sociocultural del drogodependiente.

También es frecuente la utilización de diversos instrumentos en diferentes investigaciones para medir un mismo factor, lo cual dificulta la comparación de resultados. Por ejemplo en los estudios para valorar la influencia de la depresión en la recaída se han empleado en distintos estudios el BDI de Beck, la escala de depresión del MMPI y el síntoma de depresión del área psicológica del ASI, con lo cual se complica la contrastación de resultados.

6- Criterios de éxito o de curación. Se tiende a utilizar criterios de éxito global, durante el seguimiento se recogen datos que puedan resultar significativos para apreciar la evolución del toxicómano, como por ejemplo:

- Información relativa al tratamiento (sentimientos hacia la Comunidad Terapéutica, incidencias en el centro) (Simpson y Sells, 1982a).
- El consumo de drogas durante el seguimiento (consumo de heroína, cocaína, tranquilizantes, cannabis, alcohol, etc).
- El área psicológica (existencia de problemas relacionados con el consumo de drogas, intentos y/o planes de suicidio, etc).
- Las actividades productivas (situación laboral durante el seguimiento, matriculación en centros de enseñanza).
- El área legal (detenciones, juicios, encarcelamientos y actividades delictivas en el período de seguimiento) (Joe, 1976; Sells y cols., 1976; Sánchez-Carbonell y cols., 1988).

Sin embargo no hay consenso en los parámetros para medir estas variables y las diferencias en cuanto a las definiciones operativas son muy frecuentes.

CAPITULO II. ESTUDIO EMPÍRICO SOBRE FACTORES FAMILIARES (EE), PREDICTORES DE

RECAIDA Y ABANDONO. OBJETIVOS Y METODOLOGIA.

El interés de este estudio reside en proporcionar datos, que permitan diseñar programas de intervención dirigidos a incidir en los factores, que demuestren estar asociados a las tasas de recaídas y abandonos terapéuticos, en pacientes toxicómanos y comprobar si su aplicación conlleva una reducción de estas tasas.

Los objetivos de este estudio son:

1.- Comprobar la capacidad predictora del constructo de Emoción Expresada (EE) en las recaídas a los 9 meses y/o abandonos en pacientes drogodependientes que acuden a una CT, analizando si es predictor tal y como se estableció para la esquizofrenia o si es necesario variar algún punto de corte o combinación de escalas.

2.- Analizar el valor predictor de los niveles de ansiedad y depresión en el drogodependiente al iniciar el tratamiento en relación al abandono y/o recaída.

3.- Observar si la gravedad de la dependencia es predictora de abandono y/o recaída.

4.- Analizar factores que en otros trabajos se muestran predictores de abandono terapéutico (causas judiciales, antecedentes delictivos, tratamientos anteriores, edad de inicio en el consumo) y comprobar su valor predictivo en este estudio.

5.- Observar si factores como los acontecimientos vitales estresantes a los que se ve sometida la familia, inciden en la recaída del sujeto drogodependiente.

METODOLOGÍA.

1. MUESTRA OBJETO DE ESTUDIO. Los criterios de selección de la muestra fueron los siguientes:- Residir en la Comunidad Autónoma Vasca. - Sujetos diagnosticados de dependencia a heroína exclusivamente o a heroína y otras sustancias en base a los criterios del DSM-III-R. - El heroinómano tendrá una edad comprendida entre 15 y 35 años.- Convivir con su padre y su madre.

La muestra de este estudio se compone de 46 heroinómanos y sus familias que demandan tratamiento en el Programa de Comunidad Terapéutica "Haize Gain" desde octubre de 1988 hasta octubre de 1992. La procedencia de la muestra es en su totalidad de Guipúzcoa. El número de sujetos que fueron asistidos en este período en el centro y que no formaron parte de la muestra, por no reunir las

características o bien por haber abandonado antes realizar la evaluación, fue de 169 en este período de tiempo.

Las características de la muestra son: en general son familias con una media de tres a cuatro hijos; de origen inmigrante (67,4%) y con domicilio en medio urbano, estable en su mayoría.

Los padres de unos 59 años de edad media; con estudios primarios; un nivel profesional medio; y casi la mitad de ellos jubilados cuando les evaluamos; de procedencia inmigrante más del 50% de ellos.

Las madres algo más jóvenes, 54 años de edad media; con estudios primarios y mayoría amas de casa; aunque hay un 39% que trabajan de forma remunerada; más del 50% son inmigrantes.

Los toxicómanos, varones (solo cinco mujeres); de unos 25 años de edad media; no han superado estudios de nivel medio y están en paro más de la mitad en el momento de su evaluación.

2. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

En este apartado se describen las variables objeto de investigación y los instrumentos de medida utilizados. Se han dividido en dos grupos en relación al momento en que se recogen: variables medidas al ingreso del toxicómano en el tratamiento (sociodemográficas, características de la enfermedad y actitud emocional de los padres hacia la conducta del hijo) y variables medidas en el seguimiento (contextuales y de tratamiento), incluyendo aquí las dos variables dependientes, abandono y recaída.

2.1. VARIABLES MEDIDAS AL INGRESO

Variables sociodemográficas donde se recogen en una escala “ad hoc” diversos datos sociodemográficos referidos a la familia en general y a cada uno de sus miembros en particular (edad, estudios, profesión, religión, etc).

Historia de la enfermedad del toxicómano, donde se recogen en escala “ad hoc” diversos datos (edad de inicio del consumo de heroína, número y tipo de tratamientos anteriores, situación legal, situación médica, etc).

Diagnóstico de dependencia del paciente heroinómano, en base a los criterios del **DSM-III-R** (APA, 1988), para sustancias psicoactivas. También se siguieron estos criterios para evaluar el tipo de gravedad de la dependencia, pudiendo ser leve, moderada, grave, en remisión parcial, o remisión completa y la posible dependencia de varias sustancias.

Ansiedad del paciente, a través del **Self-Rating Anxiety Scale (SAS)** de Zung (1965).

Depresión del paciente, medida con el **Beck Depression Inventory (BDI)** de Beck y cols. (1961).

Ajuste social actual del paciente, empleando la Escala de Ajuste Social (**SAS-SR**) (**Social Adjustment Scale-Self Report**) de Weissman y Bothwell (1976), que mide tanto cantidad de ajuste en cinco áreas de funcionamiento (trabajo, tiempo libre, familia extensa, relaciones con el sexo opuesto, rol de padre y rol de miembro de la familia nuclear) y calidad de ajuste (ejecución, función, interacción y satisfacción).

Actitud emocional de los padres hacia la conducta del hijo. Se evaluó el constructo de Emoción Expresada (EE) mediante una entrevista semi-estructurada llamada **Camberwell Family Interview (CFI)**, de Vaughn y Leff (1976a). Su tiempo de aplicación aproximado es de una hora y se aplica a cada uno de los padres por separado. La entrevista fue grabada en audio y valorada por jueces entrenados. Se adoptó para la toxicomanía (Pumar y Santos).

El constructo de Emoción Expresada está formado por cinco escalas, que se valoran según los siguientes criterios:

1- Criticismo o Comentarios Críticos (CC): Se evalúan en base al contenido de lo que dice el familiar en la entrevista y sobre todo al tono de voz. La puntuación en esta escala revela el recuento total de los CC que el familiar emite a lo largo de la entrevista.

2- Hostilidad (HOS): Se considera que la Hostilidad está presente cuando el paciente es atacado por lo que es, más que por lo que hace. El sentimiento negativo se generaliza de tal forma que se expresa contra la persona en sí misma más que contra conductas o atributos particulares. Se mide en una escala global, de cuatro niveles: ausencia de Hostilidad (0), Hostilidad presente como generalización (1), Hostilidad como rechazo (2), y Hostilidad como generalización y rechazo (3).

3- Sobreimplicación Emocional (SIE): se mide en una escala global de seis puntos: ninguna (0), muy poca (1), alguna, (2), moderadamente alta (3), alta (4) y acusada (5). La SIE puede ser detectada en la CFI a través de dos vías:

A- Las conductas informadas por el entrevistado: respuesta emocional exagerada, conductas de autosacrificio y devoción exageradas y conductas de sobreprotección exagerada.

B- La propia conducta del familiar durante la entrevista: dramatización, implicación emocional excesiva, simbiosis.

4- Comentarios Positivos (CP): son expresiones de elogio, aprobación o aprecio de la conducta o la personalidad del paciente, relatados sin ambigüedad. La puntuación de esta escala se basa en la suma total de los CP durante la entrevista.

5- Calor (CA): se puntúa en una escala global de seis puntos, de la forma siguiente: ausencia de Calor (0), muy poco Calor (1), algo de Calor (2), Calor moderado (3), Calor moderadamente alto (4) y Calor alto (5). Se refiere a lo que el familiar expresa durante la entrevista sobre el paciente y valora empatía, simpatía, preocupación por el paciente e interés en la persona.

En base a las tres primeras escalas (CC, SIE y H) los familiares de esquizofrénicos son calificados como Altos o Bajos en EE. En la actualidad se califica a una familia como Alta en EE cuando al menos, uno de los padres recibe una o más de las siguientes valoraciones: seis o más CC y/o tres o más puntos en SIE y/o presencia de HOS.

2.2. VARIABLES MEDIDAS DURANTE EL SEGUIMIENTO

Se recogió información de los padres y del propio toxicómano a través de dos fichas "ad hoc" basadas en la información que recogen otros estudios de seguimiento (Hubbard y cols., 1984; Guardia y cols., 1983, 1987; Sánchez-Carbonell 1988, 1989). En la primera ficha que llamaremos *ficha familiar de seguimiento* se recoge información sobre la experiencia en el tratamiento, el consumo de opiáceos, de alcohol y otras drogas en el último mes, la situación laboral, adaptación familiar y situación legal, así como su salud y seropositividad respecto al VIH. De los padres se recaba información sobre la adaptación familiar del hijo toxicómano, su ocupación laboral, estudios en el último mes y su comportamiento en general, así como acontecimientos que hayan podido ser estresantes para la familia durante los meses del seguimiento, como nacimientos, defunciones, separaciones, cambios de residencia, aparición de un nuevo miembro en el domicilio familiar o vuelta de un miembro antiguo, vacaciones, cambios de trabajo, jubilación, invalidez, problemas económicos y enfermedades graves. A su vez se recogió información del centro de tratamiento, en la *ficha de seguimiento del centro*. Se pidió a los terapeutas de referencia que valoraran las relaciones familiares, se recogieron datos sobre el consumo de diferentes sustancias realizadas por el pacientes en los nueve meses y con mayor precisión en el último mes contrastando esta información con la reportada por pacientes y/o familiares. También se analizó la evolución del VIH, irregularidades en el proceso terapéutico, como abandonos, exclusiones, etc y por último la situación legal del sujeto en el seguimiento.

Recaída: en el presente estudio en cuanto al término "recaída" consideraremos únicamente el consumo de heroína. Esto es debido a las peculiaridades del período de seguimiento de este estudio, puesto que muchos pacientes aún no han finalizado el programa y por lo tanto la vuelta a la conducta anterior a la abstinencia es difícil que se dé en estos casos. Por lo tanto definiremos "recaída", únicamente como el consumo de heroína después de un período de abstinencia.

Abandono: otra de las variables dependientes que definiremos es la de "Abandono de tratamiento". Se considerará esta situación cuando el toxicómano deje el centro de forma voluntaria y en contra del consejo terapéutico y/o cuando el

sujeto sea expulsado o excluido del programa ya sea de forma temporal o definitiva. No se considerarán abandonos las altas concertadas entre el paciente y el equipo terapéutico, ni las derivaciones a otros tratamientos.

3.-PROCEDIMIENTO

3.1. FASE DE EVALUACIÓN PRE-TRATAMIENTO

Después de haber establecido el contacto con el Centro de Comunidad Terapéutica "Haize Gain" cuyos profesionales se mostraron en todo momento colaboradores, explicamos con detalle el importante papel de los terapeutas en la creación de un ambiente positivo para que los pacientes y sus familias participaran de forma voluntaria en el estudio. Delimitamos a los terapeutas las características que debían tener las familias para que fueran admitidas en el estudio y que son las descritas en el apartado "criterios de selección". En el centro nos imponían la condición de que las familias no fueran evaluadas hasta que no se produjera un "enganche" suficiente o un "compromiso con el tratamiento", circunstancia que ocurría entre 15 días y un mes después de la primera entrevista de admisión al centro. Después de establecer la cita con los dos padres y el paciente, la aplicación de las pruebas se realizaba en el mismo centro, por tres psicólogos entrenados y con experiencia previa en el manejo de los cuestionarios descritos con anterioridad. Las presentaciones, explicación de objetivos y recogida de datos sociodemográficos, se realizaba con toda la familia reunida, el resto de las pruebas se aplicaban de forma individual y en habitaciones separadas. Dependiendo de la destreza de los miembros de la familia para rellenar las pruebas, concluíamos la aplicación en el mismo día, o bien les emplazábamos a un segundo día para completarla. Si detectábamos dificultades para entender la mecánica o el contenido de las pruebas nosotros mismos leíamos las preguntas e intentábamos aclarar las dudas sin orientar hacia una respuesta concreta. Con lo cual la duración total variaba entre una hora y media y tres horas.

3.2. FASE DE TRATAMIENTO. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA "HAIZE GAIN"

A continuación vamos a describir las características del programa de Comunidad Terapéutica "Haize Gain" al que acuden los sujetos de la muestra. Este programa, se inició en 1982, la Comunidad está situada a 16 kilómetros del municipio de Oiartzun (Guipúzcoa). La iniciativa surgió de un colectivo de familias afectadas y personas sensibilizadas, en unión con un grupo de profesionales. Nació de una propuesta de creación que fue aprobada por la Diputación de Guipúzcoa y gestionada por la Asociación Guipuzcoana para la Investigación y Prevención del Abuso de Drogas (AGIPAD). Se contemplan cuatro posibilidades en cuanto a la salida del residente del centro:

1.- "Alta Terapéutica". Cuando el asistido ha finalizado el tratamiento después de la fase de seguimiento-reinserción. Sólo se da el alta si no hay consumo de heroína o no hay consumo reiterado de otras drogas.

2.- "Alta Voluntaria". Es el abandono por parte del toxicómano. Es usual en la fase de admisión-diagnóstico, menos frecuente en residencial-internamiento y muy escaso en seguimiento-reinserción.

3.- "Alta Concertada". Es similar al abandono pero con el visto bueno del centro. Se da muy raramente.

4.- "Exclusión Condicional" (EC). Las razones pueden ser muy variadas, veremos más adelante cuales son en cada fase. La exclusión puede ser de dos tipos:

Por un tiempo predeterminado (entre una semana y seis meses).

Con una condición que tiene que cumplir el residente antes de reingresar.

La desintoxicación es una condición previa para iniciar el tratamiento, cuando esto se ha cumplido se realizan un par de sesiones informativas con toda la familia que esté disponible, donde se analiza la demanda. A lo largo de todo el programa se realizan análisis de orina para derivados de opiáceos, tetrahidrocannabinol, anfetamina y cocaína. Una de las exigencias es que exista un acompañamiento familiar o en su caso un responsable. El Programa consta de tres fases: admisión-diagnóstico, residencial-internamiento y seguimiento-reinserción.

1.- Admisión-diagnóstico. Donde se establece el contrato terapéutico. En esta fase encontramos diferentes tipos de intervenciones:

- Entre dos y tres sesiones individuales y/o familiares a la semana con el terapeuta de referencia, que se prolongarán durante toda la fase de Admisión- Diagnóstico.
- Aproximadamente un mes después de comenzar esta fase, se inician los grupos de apoyo, uno para los residentes y otro para los padres o familiares responsables.

La duración de esta fase es de dos a cuatro meses, dependiendo de la evolución del asistido y de la situación del grupo en la fase de Residencial-Internamiento.

Los abandonos de tratamiento suelen ser aquí muy frecuentes. Las expulsiones en esta fase pueden ser debidas a dos razones:

a- Consumo de cualquier tipo salvo tabaco. Si se da un primer consumo, se intenta trabajar con el asistido. Normalmente no se pasan de dos o tres consumos sin expulsión, depende de la situación del toxicómano (por ejemplo si tiene contención familiar o no). La exclusión en este caso es de siete o 15 días pero si el compromiso es muy pobre puede ser de hasta seis meses.

b- Si no realiza el plan diario. Esta posibilidad por sí sola es muy rara puesto que normalmente esto suele ir unido al consumo.

Los requisitos para pasar de esta fase a la siguiente son que el asistido cumpla el plan diario, que no haya consumos, que muestre un interés y un planteamiento serio para salir adelante y que existan plazas libres en la Comunidad Terapéutica.

2.- Residencial-internamiento. Esta es la fase en la que el residente ingresa en la Comunidad Terapéutica donde se inicia una terapia de grupo semanal de nueve a 10 meses de duración. Existe también la posibilidad de que el residente asista optativamente a una terapia individual que se suele pactar a 24 sesiones con una frecuencia semanal y de 50 minutos de duración. Los cuatro primeros meses de esta fase son de incomunicación con el exterior y a partir de este momento, el toxicómano se entrevista periódicamente con un asistente social, con quien se comienza a trabajar la situación de las salidas. Dentro de la Comunidad hay una serie actividades laborales y socioculturales divididas en diferentes áreas de trabajo con las que el residente aprende a ir adquiriendo progresivamente responsabilidades y a ir resolviendo los conflictos interaccionales que se van produciendo. Coincidiendo con la primera vez que el paciente baja de Comunidad, se realiza la primera sesión familiar si se ve oportuno y si la familia así lo quiere. Se hace una sesión cada dos meses aproximadamente que será quincenal en la siguiente fase.

Mientras los residentes están en Comunidad se hace un grupo pequeño y cerrado con los padres o responsables, de dos sesiones mensuales, una de ellas formativa, psicoeducacional, donde un profesional expone una problemática y luego se debate y la otra es una sesión dinámica, de apoyo. La duración de estos grupos es de 10 meses a un año, que es el tiempo aproximado que dura esta fase y que el residente está en Comunidad. Los padres pueden permanecer en este grupo independientemente de que el hijo abandone.

Las razones posibles de exclusión en esta fase son:

- Consumo en Comunidad.
- Relaciones sexuales.
- Agresión a personas o animales.

Puede haber dos tipos diferentes de exclusión:

- a- Exclusión definitiva si es una falta grave.
- b- Retroceso a la fase de admisión-diagnóstico, donde se pueden dar tres situaciones diferentes:
 - Que el residente vuelva a hacer toda la admisión.
 - Que se trabaje el tema de la exclusión durante el tiempo que sea necesario hasta que quede resuelto y que suba de nuevo a Comunidad.
 - Que durante un tiempo prefijado (normalmente 15 días) aclare en admisión-diagnóstico los motivos de su exclusión con los psicólogos y los educadores, antes de reingresar en Comunidad.

Antes del "Alta Voluntaria" o abandono de la Comunidad, tiene que pasar primero por una semana de reflexión. Si abandona sin haber transcurrido esa

semana y luego decide volver tiene que empezar admisión-diagnóstico desde el principio y no antes de transcurridos seis meses. También se le puede derivar a otros centros. Puede darse el caso de que un residente no finalice la fase de residencial-internamiento y sin embargo siga manteniendo contactos y citas durante un tiempo indeterminado en la fase de Seguimiento-Reinserción.

Los requisitos para pasar de la Comunidad Terapéutica a la fase de seguimiento-reinserción son:

- El tiempo de estancia. No pueden estar en Comunidad más de 12 meses.
- El juicio del equipo terapéutico. Tanto a los seis como a los 12 meses se hace una reunión con el tutor, el asistente y el terapeuta para ver si el residente ha madurado y se decide si se acepta la fecha de salida propuesta por él.

3.- Seguimiento-reinserción. Esta fase tiene una duración aproximada de un año y en ella, se realizan sesiones semanales, que a partir del sexto u octavo mes se hacen quincenalmente en las que el residente aborda con una asistente social toda la problemática de adaptación y de reinserción social (amistades, trabajo, situación legal, etc). Se realizan sesiones de terapia familiar cada quince días, espaciándose posteriormente a una frecuencia mensual. También se puede hacer terapia de pareja si se considera oportuno. En esta fase los padres asisten a una sesión mensual de grupo de apoyo hasta el momento de la despedida. Aquí la exclusión se puede dar por consumo. Por un sólo consumo en un principio no hay exclusión, al contrario, se aborda el problema de la recaída. Pero si el consumo es progresivo, hay una exclusión por un tiempo o hasta que el paciente presente un planteamiento claro de seguir sin consumir, de buscar un trabajo, etc, se retoma el punto en el que se dejó y no hay un retorno a fases anteriores. En el período de tiempo que va desde la evaluación de la admisión hasta la evaluación del seguimiento, se mantuvo un contacto semanal con los terapeutas de referencia del centro para recoger información sobre la evolución e incidencias de los pacientes durante el tratamiento.

Asimismo se recogió la información en el centro que, procedente de otras fuentes, proporcionaban datos sobre pacientes que ya no estaban en tratamiento:

- 1.- A través de registros judiciales.
- 2.- De la relación del centro con instituciones penitenciarias.
- 3.- De otros toxicómanos que estando en tratamiento, mantenían relación con el centro.
- 4.- De familiares que en numerosas ocasiones mantenían el contacto con el centro aunque el paciente hubiera abandonado.
- 5.- De otros centros asistenciales donde el paciente había sido derivado o donde simplemente había decidido iniciar otro tratamiento después del abandono.

No se ha descrito cada una de las intervenciones que se han realizado con cada sujeto en "Haize Gain" puesto que la evaluación del tratamiento no es el objeto de esta trabajo. Se van a recoger únicamente los datos ya mencionados para el

seguimiento del centro, referentes a consumos durante el tratamiento, expulsiones o retrocesos dentro del proceso terapéutico, abandonos, relación con la familia, situación legal y salud. Durante esta fase también se procedió a la corrección de las pruebas diagnósticas. La evaluación de la entrevista semiestructurada (CFI) elaborada por Vaughn y Leff (1976a), se realizó, de forma ciega por una psicóloga, entrenada en Londres por la Dra. Vaughn que alcanzó una fiabilidad interjueces de $>0,86$.

3.3. FASE DE SEGUIMIENTO

Al cumplir nueve meses del ingreso en el programa se realizaron los seguimientos. El primer paso era rellenar una ficha con el terapeuta de referencia, la *ficha de seguimiento del centro*. El paso siguiente era localizar telefónicamente y concertar una cita con padres y/o paciente. Si se encontraban dificultades para llevar a cabo esto, se intentaba completar la *ficha familiar de seguimiento* por teléfono. Cuando el paciente ingresa en la Comunidad existe un período de incomunicación y por lo tanto más dificultades para concertar la entrevista. Esto ocurría, sobre todo, en los sujetos que transcurridos nueve meses de la entrada en admisión, seguían en tratamiento. En estos casos se recogía la información pertinente a través del terapeuta de referencia.

Vamos a abordar el problema de la fiabilidad de la información recogida. Distinguimos entre datos sin posibilidad de contrastar como son por ejemplo los acontecimientos estresantes en la familia durante el seguimiento, de los que sí se pueden contrastar debido a que se ha recogido información de diferentes fuentes, como pueden ser datos del consumo de diferentes sustancias, problemas legales, incidencias del tratamiento, etc.

Estas fuentes son:

- El propio paciente.
- Sus familiares.
- El centro de tratamiento en el que se inició el estudio.
- Otros centros en los que ingresó durante el seguimiento.
- Análisis de orina.
- Datos de instituciones penitenciarias.
- Registros hospitalarios.

Consideraremos que la información de los datos contrastables, sobre todo respecto a la recaída es fiable cuando se den las siguientes combinaciones de fuentes de información, de forma no contradictoria:

- 1- Información del paciente en entrevista directa y además información de la familia.
- 2- Información del paciente en entrevista directa y además análisis de orina.
- 3- Información del paciente en entrevista directa y además información del centro.
- 4- Información de familiares y además información del centro de referencia o de otros centros.

Se considerarán informaciones no fiables el resto o las combinaciones anteriores cuyo resultado sea contradictorio.

CAPÍTULO III. UN ESTUDIO EMPÍRICO SOBRE FACTORES FAMILIARES (EE), PREDICTORES DE RECAÍDA Y ABANDONO. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS.

1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

La muestra se compone de 46 familias, la media del número de miembros por familia es de 5,57 sujetos (DT=1,6) con un rango de entre tres y once, pero la media de sujetos que en el momento de la recogida de información conviven en el domicilio familiar es de 4,37 con un rango de entre 3 y 9 (DT=1,16). En 13 ocasiones (28,3%), los pacientes son los hermanos mayores de su familia, esta misma frecuencia se repite con los pacientes que son hermanos menores (28,3%), y los 20 pacientes restantes (43,5%) ocupan posiciones intermedias. El orden que ocupa el paciente entre los hermanos varía de primero a séptimo, siendo el más frecuente el segundo. El nivel económico de las familias medido por los ingresos, (hasta un millón, bajo; entre un millón y tres, medio; y más de tres, alto), sitúan a 34 familias (73,9%) en un nivel económico medio, a siete (15,2%) en uno bajo, y cinco (10,9%) poseen un estatus económico alto.

De las 46 familias, el 91,3% (n=42), residen en población urbana mientras que sólo el 8,7% (n=4) lo hacen en un municipio rural. Respecto al lugar de procedencia de los padres, en 20 familias (43,5%) tanto el padre como la madre son inmigrantes, otras 11 familias (23,9%) son mixtas, es decir uno de los padres es inmigrante y el otro no, y por último en 15 casos (32,6%), las parejas son autóctonas. En el 67,4% (n=31) de los casos la familia reside en el mismo domicilio desde el nacimiento del paciente, el 30,4% (14) de las familias han realizado de uno a tres cambios de domicilio desde el nacimiento del paciente y el 2,2% (n=1) ha realizado más de tres cambios, con lo cual estas dos últimas categorías se han unido para los análisis subsiguientes.

La edad de los pacientes drogodependientes oscila entre 19 y 30 años, con una media de 24,9 (DT=2,46). Son varones 41 (89,1%) y mujeres cinco (10,9%). Hay que señalar que los 169 sujetos que fueron asistidos en el mismo período, pero que no se incluyeron en la muestra, tenían una media de edad de 24,3 años, y eran varones en el 88,2% de los casos. Podemos comparar en la Tabla 1 la evolución de algunos datos referidos a la población de heroinómanos, a nivel estatal entre los años 1988 y 1992, extraídos del Sistema Estatal de Indicadores de Toxicomanías (SEIT, 1992) con respecto a los datos la muestra total de asistidos en Haize Gain,

recogidos en el mismo intervalo de años. También se pueden comparar estos datos con los del total de muestra recogida para el estudio en el mismo período de tiempo.

Podemos apreciar en esta Tabla 1 que la media de edad del total de sujetos asistidos en Haize Gain, es 1,8 años más joven y en un porcentaje sensiblemente superior varones, en relación a las medias de los datos extraídos del SEIT en los años referidos a la recogida de información de nuestra muestra. Esta diferencia se observa también cuando comparamos la muestra del estudio con la recogida en el SEIT, donde observamos que la diferencia en la media de edad es de 1,3 años, el porcentaje de varones es también superior y se inician en el consumo a una edad 2,3 años más temprana. Sin embargo cuando comparamos la muestra del estudio con el total de pacientes asistidos en Haize Gain estas diferencias desaparecen, y encontramos que estas dos muestras son muy similares en media de edad y porcentaje de varones.

TABLA 1. Datos del SEIT sobre heroinómanos entre los años 1988-1992 y datos de la muestra de Haize Gain.

| Fuente-Años | Media de edad | Edad media de inicio en el consumo | Porcentaje de varones | Total de asistidos |
|---|---------------|------------------------------------|-----------------------|--------------------|
| SEIT 1988 | 25,4 | 19,8 | 81% | 16.007 |
| SEIT 1989 | 25,7 | 19,9 | 81,3% | 18.159 |
| SEIT 1990 | 26,2 | 20,1 | 82,7% | 24.263 |
| SEIT 1991 | 26,5 | 20,3 | 84,2% | 30.137 |
| SEIT 1992 | 26,7 | 20,4 | 84,3% | 37.232 |
| Total SEIT 1988-1992 | 26,2 | 20,2 | 83,1% | 125.798 |
| Total asistidos en Haize Gain 1988-1992 | 24,4 | - | 88,4% | 215 |
| Muestra estudio Haize Gain 1988-1992 | 24,9 | 17,9 | 89,1% | 46 |

En el nivel de estudios de los pacientes tenemos que sólo uno ha realizado estudios universitarios (2,2%), mientras que 26 (56,5%) han iniciado algún estudio de FP, BUP o REM, y los 19 restantes (41,3%) únicamente han estudiado hasta EGB. En general el 84,7% no han completado un nivel de estudios medio (Bachiller Superior, BUP, REM o FP) (ver Tabla 2). Sólo trabajan 15 sujetos (32,6%) antes de iniciar el tratamiento, estando los otros 31 (67,4%) en paro. Hay 44 solteros (95,7%), y dos separados (4,3%), aunque todos viven con los dos padres.

La edad media del padre es de 57,85 años, (DT=6,69) con un rango de 45-72. Han cursado estudios universitarios cuatro (8,7%), y ocho (17,4%) han realizado

algún estudio de bachiller superior, los 34 restantes (73,9%) no han pasado de estudios primarios (Tabla 2). Del total de 46 padres, 5 (10,9%) han trabajado como profesionales cualificados, 25 (54,3%) como profesionales medios y 16 (34,8%) han desempeñado trabajos de baja cualificación. De todos estos, 21 estaban jubilados (45,7%), en el momento de iniciar el hijo el tratamiento.

TABLA 2 Nivel de estudios de los pacientes y los padres de la muestra.

| CÓDIGOS DE ESTUDIOS | Paciente | Padre | Madre |
|--|------------------|------------------|------------------|
| 1.Doctorado o especialista | - | | - |
| 2.Licenciatura completa | - | 1 (2,2%) | 1 (2,2%) |
| 3.Licenciatura incompleta | - | - | - |
| 4.Estudios universitarios medios completos | 1 (2,2%) | 3 (6,5%) | 1 (2,2%) |
| 5.Estudios universitarios medios incomp.s | - | - | - |
| 6.Bachiller superior /BUP completo | 1(2,2%) | - | - |
| 7.Bachiller superior /BUP incompleto | 6 (13%) | 1 (2,2%) | - |
| 8.FP completa | 5 (10,9%) | 6 (13%) | 3 (6,5%) |
| 9.FP incompleta | 14 (30,4%) | 1 (2,2%) | 1 (2,2%) |
| 10.Bachiller elemental/EGB, completo | 8 (17,4%) | 4 (8,7%) | 4 (8,7%) |
| 11.Bachiller elemental/EGB, incompleto | 10 (21,7%) | 1 (2,2%) | 1 (2,2%) |
| 12. Est. primarios, 1ª etapa de EGB comp. | - | 13 (28,3%) | 12 (26,1%) |
| 13. Est. primarios, 1ª etapa de EGB incom. | 1 (2,2%) | 6 (13%) | 14 (30,4%) |
| 14.Sin estudios | - | 10 (21,7%) | 9 (19,6%) |
| TOTAL | 46 (100%) | 46 (100%) | 46 (100%) |

De los 45 padres, de los que se pudo recoger las tendencias religiosas, la totalidad de ellos son católicos siendo 24 practicantes (53,3%) y el resto (46,7%) no practicantes. Del total de padres, 25 (54,3%) son inmigrantes, siendo los otros 21 (45,7%) nacidos en la Comunidad Autónoma Vasca. Las madres tienen una edad media de 54,2 años, (DT=6,36) y un rango de entre 41 y 66 años. 40 madres, tienen estudios primarios (n=40, 87%), cuatro (8,7%) alcanzan estudios de bachiller superior y dos (4,3%) tienen algún estudio universitario (Tabla 2). De las madres trabajan fuera de casa 18 (39,1%) y el resto (60,9%) son amas de casa. En cuanto a las creencias religiosas, con los datos de 45 madres, observamos que 29 (64,4) son

católicas practicantes y 25 (35,6) no practicantes. Del total de madres, 21 (45,7%) han nacido en la C.A.V., mientras que las otras 25 (54,3%) son inmigrantes.

El nivel de estudios y el nivel profesional de los miembros de la familia, se representan en la Tabla 2 y en la Tabla 3, respectivamente de forma más detallada.

TABLA 3. Nivel profesional de los pacientes y los padres de la muestra.

| CÓDIGOS DE PROFESIONES | Paciente | Padre | Madre |
|--|------------------|------------------|------------------|
| 1. Alto ejecutivo. Prop.grandes empresas.Postgrad. | - | 1 (2,2%) | - |
| 2. Licenciatura completa. Propietario mediana empresa. Profesional título superior. | - | 1 (2,2%) | - |
| 3. Personal administración. Profesional título medio. Profesional por cuenta propia. | - | 3 (6,5%) | 2 (4,3) |
| 4. Propietario pequeño negocio. Oficinistas. Técnicos. | 1 (2,2%) | 6 (13%) | 3 (6,5%) |
| 5. Trabajador cualificado. (Encargado, Oficial). | 1 (2,2%) | 19 (41,3%) | 1 (2,2%) |
| 6. Trabajador semicualificado. | 8 (17,4%) | 2 (4,3%) | 3 (6,5%) |
| 7. Trabajador no cualif. (Peón Conserje Dependiente). | 5 (10,9%) | 13 (28,3%) | 9 (19,6%) |
| 8. Económicamente depen. (Parados. Amas de casa). | 31 (67,4%) | 1 (2,2%) | 28 (60,9%) |
| 9. Estudiantes. | - | - | - |
| TOTAL | 46 (100%) | 46 (100%) | 46 (100%) |

Según la distribución en las Tablas 2 y 3, de las variables estudios y profesión en nuestra muestra y para mejorar los análisis estadísticos hemos recodificado las categorías de estas variable, como sigue: En la variable estudios, tanto en pacientes como en los padres y madres, las categorías de la uno a la cinco han sido unidas en nivel de estudios "alto", quedando en esta nueva categoría un paciente (2,2%), cuatro en el caso del padre (8,7%), y dos en la madre (4,3%); las categorías de la seis a la nueve pasan a ser nivel "medio" quedando 26 pacientes (56,5%), ocho padres (17,4%), y cuatro madres (8,7%); y el resto de las categorías en nivel "bajo", con 19 pacientes (41,3%), 34 padres (73,9%), y 40 madres (87%). En la variable nivel profesional la recodificación se realizó de la siguiente forma: en el paciente las categorías de uno a siete pasan a ser "trabaja" (n=15, 32,6%), y la categoría ocho como "parado" (n=31, 67,4%). En el padre unimos las categorías uno, dos y tres en "nivel profesional alto" (n=5, 10,9%), la cuatro y cinco en "nivel profesional medio"(n=25, 54,3%) y las restantes "nivel profesional bajo" (n=16, 34,8%). En la madre de uno a siete, "trabaja" fuera del hogar (n=18, 39,1%) y el código ocho, "ama de casa" (n=28, 60,9%).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS SUJETOS DE LA MUESTRA AL INICIO DEL TRATAMIENTO Y CARACTERÍSTICAS DE HISTORIA DE LA ENFERMEDAD.

La drogodependencia evaluada según criterios de DSM-III-R, es grave en 38 sujetos (82,6%) y moderada en 8 (17,4%). El 100% son dependientes de heroína y en nueve casos (19,6%), son adictos además a otras drogas. La puntuación media obtenida en la escala de ansiedad al inicio del tratamiento, es de 41,1 puntos con una desviación típica de 8,4 y un rango de entre 28 y 62. Si clasificamos por niveles de ansiedad tenemos que en 10 casos (21,7%) la ansiedad es ausente; en 23 sujetos (50%) aparece algo de ansiedad y los 12 restantes (26,1%) presentan ansiedad en grado patológico. De los 45 casos a los que se administró la escala de depresión, la puntuación media fue de 20,1 (DT=7,8) con un rango de nueve a 42. En cuanto a los niveles de depresión, en cinco casos es ausente (10,9%); 16 presentan depresión leve (34,8%); otros 17 (37%) depresión moderada y por último siete sujetos (15,2%) muestran depresión alta. Hay 22 portadores de VIH (47,8%) de los cuales dos (4,3%) presentan síntomas de desarrollo del SIDA, en el momento de iniciar el tratamiento, mientras que otros 24 sujetos (52,2%) no son portadores del VIH. De un total de 44 sujetos, 24 (54,5%) tenían juicios o condenas pendientes en el inicio del tratamiento. Sobre una muestra 43 sujetos, 14 (30,8%) fueron derivados a tratamiento desde la vía judicial. De los 21 sujetos de los que se pudo obtener información sobre la percepción en cuanto al grado de preocupación de su situación legal, 13 (61,9%) no manifestaron ninguna preocupación; cuatro (19%) dijeron estar un poco preocupados; dos (9,5%) manifestaron bastante preocupación y dos más (9,5%) dijeron estar extremadamente preocupados.

La edad media de inicio en el consumo de heroína fue de 17,93 años (DT=2,25), con un rango de entre 14 y 23 años. Los pacientes llevaban una media de 6,91 años de consumo (DT=2,57). Tenemos información de 44 sujetos, en relación al número y tipo de tratamientos realizados con anterioridad, siendo la media de 1,82 tratamientos por persona sin contar el actual programa y el rango entre cero y siete tratamientos. El 13,6% (seis sujetos) no ha estado en otros centros con anterioridad y el resto de los pacientes (n=38, 86,4%), se distribuyen según aparece en la Tabla 4.

TABLA 4. Tipos de tratamientos realizados por los pacientes con anterioridad.

| TIPO DE TRATAMIENTO | Número de sujetos que iniciaron los tratamientos | % del total | Total de sujetos |
|---------------------------|--|-------------|------------------|
| Desintoxicación | 17 | 39,5 | 43 |
| Naltrexona o antagonistas | 4 | 8,7 | 43 |
| Metadona o agonistas | 1 | 2,2 | 43 |
| C. Terapéutica | 22 | 51,2 | 43 |
| T. Ambulatorio | 14 | 32,6 | 43 |
| Algún tipo de tratamiento | 38 | 86,4 | 44 |

1.3. AJUSTE SOCIAL.

Tabla 5. Escalas de Ajuste Social.

| ESCALAS | Media | Desviación típica | Rango |
|---------------------------------|-------|-------------------|-------|
| Trabajo N=15 | 45,3 | 13,2 | 23-66 |
| Tiempo libre N=43 | 55,9 | 11,2 | 35-80 |
| Familia extensa N=43 | 49,7 | 12,2 | 20-75 |
| Pareja N=19 | 44,8 | 13 | 22-73 |
| Ejecución N=43 | 60,6 | 16,8 | 34-95 |
| Conflictos interpersonales N=43 | 51,5 | 12,1 | 30-83 |
| Fricción N=35 | 43,8 | 16 | 20-86 |
| Satisfacción N=43 | 49,4 | 13,5 | 27-88 |
| Ajuste total N=43 | 51,8 | 9,8 | 32-73 |

Se pasó la escala de Ajuste Social a 43 de los 46 sujetos de la muestra, en la Tabla 5 aparecen los resultados obtenidos en las diferentes escalas con medias, desviaciones típicas y rangos. Se puede apreciar cómo de las áreas de cantidad de ajuste, la menos ajustada en nuestra muestra es el tiempo libre, mientras que de las de calidad la peor es la ejecución de las tareas.

Comparando los puntos de Ajuste Total obtenidos en nuestra muestra (51,8%, n=43) con los encontrados en el trabajo de Weissman y cols. (1978), observamos que nuestra muestra no se desvía de la encontrada en población sin patología (51,1%, n=482), mientras que los encontrados en las diferentes patologías son más elevados, así por ejemplo encontraron un 69,3% (n=191) de ajuste en depresivos, un 59,3% (n=54) en alcohólicos y un 61,7 (n=47) en esquizofrénicos, por lo que concluimos que nuestra muestra está bien ajustada socialmente, o al menos como los controles.

EMOCIÓN EXPRESADA: ESCALAS.

Para apreciar mejor las diferencias entre las escalas cuantitativas (CC y CP) en padres y madres, exponemos en la Tabla 6 las medias y puntuaciones típicas de ambos en dichas escalas (con mediana y moda).

TABLA 6.- Distribución de las puntuaciones en las escalas CC y CP, de padres y madres.

| ESCALAS | PADRES | MADRES |
|-----------------------------------|--------------------|--------------------|
| CC (Media ,± S.D., Mediana, Moda) | 6,40 ± 3,17 6 6 | 5,80 ± 2,64 5 5 |
| CP (Media, ± S.D., Mediana, Moda) | 1,30 ± 1,24 1 0 | 1,58 ± 1,41 1 1 |

Comparando las dos distribuciones, en cuanto a CC y teniendo en cuenta que la media y la desviación típica de CC es mayor en padres (Media=6,40, DT=3,17) que en madres (media=5,80, DT=2,64), y que el rango es también más amplio en padres (0-14) que en madres (2-12), podemos afirmar que los padres son en general más críticos que las madres, y que la variabilidad en cuanto al número de CC también es mayor en los padres.

En cuanto a los CP observamos unos estadísticos parecidos, la media en los padres es de 1,30 mientras que en las madres es ligeramente superior (1,58) y una desviación típica en los padres de 1,25, mientras que en la madre es de 1,41. En cuanto al rango, también hay una similitud entre el del padre de 0-5 y el de la madre de 0-6. Sí apreciamos una diferencia entre padre y madre en la presencia o ausencia de CP, mientras que el 34,9% de los padres (n=15) no emiten ningún CP, en las madres el porcentaje baja al 24,4% (n=11), por ello aunque las diferencias no son muy notables, podemos afirmar que las madres de la muestra emiten CP más que los padres.

En la tabla Nº 7 se exponen las frecuencias de las escalas cualitativas (Hostilidad, Sobreimplicación Emocional y Calor) tanto en padres como en madres.

TABLA 7.- Puntuaciones de las escalas de HOS, SIE y CALOR, en padres y madres.

| HOSTILIDA | Ausencia | Generalización | Rechazo | Generalización y |
|-----------|----------|----------------|---------|------------------|
|-----------|----------|----------------|---------|------------------|

| D | Rechazo | | | | | |
|---------------|----------------|----------|--------|--------------------|--------------------|---------|
| padres (N=43) | 21 | 8 | 7 | | | 7 |
| madres (N=45) | 26 | 7 | 4 | | | 6 |
| SIE | ninguna | muy poca | alguna | moderadamente alta | alta | acusada |
| padres (N=43) | 2 | 10 | 25 | 6 | 0 | 0 |
| madres (N=45) | 2 | 18 | 20 | 5 | 0 | 0 |
| CALOR | ausencia | muy poco | algo | moderado | moderadamente alto | alto |
| padres (N=43) | 0 | 1 | 18 | 19 | 5 | 0 |
| madres (N=45) | 0 | 2 | 12 | 26 | 5 | 0 |

Podemos apreciar que de los padres, el 51,2% (n=22), manifiestan algún tipo de hostilidad hacia su hijo, siete con "generalización" (18,6%), seis con rechazo (16,3%) y otros seis con "generalización y rechazo" (16,3%), mientras que el resto 21 (48,8%), no muestran ningún tipo de hostilidad. En las madres, el porcentaje de no hostiles es más alto que en los padres (62,2%, n=28), además las madres hostiles lo son sobre todo por "generalización" (15,6%, n=7), seguido por "generalización y rechazo" (13,3%, n=6) y por último "rechazo" (8,9%, n=4). Con estos datos podemos afirmar que los padres de drogodependientes de la muestra son en general, hostiles con más frecuencia que las madres.

Ni en padres ni en madres encontramos puntuaciones altas o acusadas en SIE y existe un porcentaje bajo en "SIE moderadamente alta", seis padres (13%) y cinco madres (10,9%), por lo que podemos afirmar que los padres y madres de los toxicómanos de la muestra no se caracterizan por elevada sobreimplicación. Si nos referimos a la SIE de los padres, el valor más frecuente, aglutinando más de la mitad de las puntuaciones es la presencia de "alguna SIE" (n=25, 58,1%), seguido muy de lejos por la categoría "muy poca SIE" (n=10, 23,3%). En cuanto a la SIE de las madres, encontramos que los porcentajes de los dos valores centrales de la escala se reparten de forma más distribuida, siendo el porcentaje más alto el de "Alguna SIE" (n=20, 44,4%), seguido de cerca por el valor "muy poca SIE" (n=18, 40%). Por último en cuanto al Calor, no existe ningún padre o madre con ausencia de Calor ni ninguno con un Calor alto. Observando las frecuencias del padre encontramos que los porcentajes de los distintos valores de la escala se reparten de forma simétrica, siendo el porcentaje más alto el de "Calor moderado" (n=19, 44,2%), seguido de cerca por el valor "Algo de Calor" (n=18, 39,1%). Al referirnos al Calor de las madres, encontramos que el valor más frecuente, aglutinando más de la mitad de las puntuaciones es la categoría de "Calor moderado" (n=26, 57,8%), seguido por "Algo de Calor" (n=12, 26,7%). Estos datos comparados entre padres y madres nos inclinan a pensar que las madres en general son más cálidas que los padres.

En la Tabla N° 8 se puede apreciar las frecuencias y porcentajes de EE altos y bajos, a nivel familiar, nivel individual y por escalas. El único punto de corte que se ha variado respecto a los tradicionales en esquizofrenia, es el de Criticismo, donde se ha elevado a más de ocho comentarios críticos, tanto en padre como en madre, para considerarlos altos en Criticismo debido a su mayor significación con la recaída que posteriormente analizaremos.

TABLA 8.- Nivel de EE en familias, padres, madres y subescalas en padres y madres.

| | Hogares altos | | Hogares bajos | |
|--|---------------|-------------|---------------|-------------|
| EE FAMILIAR N=45 | 37 (82,2%) | | 8 (17,8%) | |
| | Padres N=43 | | Madres N=45 | |
| | altos n (%) | bajos n (%) | altas n (%) | bajas n (%) |
| EE individual (con CC, HOS y SIE) | 24 (55,8%) | 19 (44,2%) | 32 (71,1%) | 13 (28,9%) |
| CRITICISMO (punto de corte ≤ 8 CC) | 14 (32,6%) | 29 (67,4%) | 14 (31,1%) | 31 (68,9%) |
| HOSTILIDAD (p. de c. = presencia) | 22 (51,2%) | 21 (48,8%) | 17 (37,8%) | 28 (62,2%) |
| SIE (p. de c. ≤ 3) | 6 (14%) | 37 (86%) | 5 (11,1%) | 40 (88,9%) |
| COMENTARIOS POSITIVOS (p. de c. = presencia) | 28 (65,1%) | 15 (34,9%) | 34 (75,6%) | 11 (24,4%) |
| CALOR (p. de c. ≤ 3) | 19 (44,2%) | 24 (55,8%) | 31 (68,9%) | 14 (31,1%) |

Respecto a los resultados descriptivos de las subescalas de EE, encontramos que, comparando madres y padres, en estos últimos se da un mayor porcentaje de Hostilidad, mientras que en las madres, se da un mayor Calor y Comentarios Positivos, esto parece indicar que los padres tienen una actitud más negativa hacia el hijo y las madres una actitud más positiva. Muchas veces la actitud de los padres frente a conductas desadaptadas del hijo consisten en intentos de control, por eso quizás tengan una SIE ligeramente más elevada y por otro lado es fácil que recurran a una actitud hostil. Hemos observado a menudo en la clínica que los padres tienen una actitud más de crítica negativa y hostil hacia las conductas del hijo, mientras que la madre puede ser crítica, pero a su vez, acompaña sus manifestaciones de más Comentarios Positivos y más Calor, como hemos comentado y tal vez por ello la madre sea percibida como menos negativa que el padre.

En resumen, tenemos padres más hostiles, sobreimplicados frente a madres que emiten más Comentarios Positivos y muestran más Calor hacia el hijo, todo lo cual hace que la relación padre-hijo pueda ser percibida por este último como más estresante, de acuerdo con los planteamientos del modelo de Vulnerabilidad al estrés.

En la tabla N° 8 observamos que de los 46 hogares, ocho eran bajos en EE y 37 eran altos, siendo en 18 hogares altos ambos padres, mientras que de 16

hogares donde sólo uno de los padres es alto en EE, tenemos que 13 de ellos son altos debido a la madre y los otros seis por el padre. Respecto a las horas de contacto entre el paciente y sus padres en las semanas previas al ingreso, hallamos que la media de horas de contacto con el padre es de 36,56 horas (DT=27,21), con un rango de una a 112 horas. La media de contacto del paciente con la madre es de 46,9 horas a la semana (DT=33,54), con un rango de una a 112 horas. Los toxicómanos pasaban una media de 8,9 horas al día en el domicilio paterno antes de la admisión al tratamiento (DT=5,86).

Al comparar con los estudios centrados en la esquizofrenia, Kavanagh (1992), revisa los trabajos más importantes realizados, encontrando un 54% de hogares altos en EE, como media de todos los estudios; Hay que tener en cuenta que los puntos de corte varían de un estudio a otro y que también hay estudios en los que se han evaluado a un padre en vez de a los dos y finalmente se ha encontrado que en culturas latinas los hogares son más altos en Emoción Expresada que en culturas anglosajonas. En estos estudios el rango va del 23% a 77%, por lo que vamos a señalar los porcentajes de EE altos encontrados sólo en los estudios en los que, al igual que en este, se evalúan a los dos padres o bien se trate de familias latinas. En un estudio de Moline y cols. (1985), se encuentra el 71% de hogares altos, en dos estudios, Nuechterlein y cols. (1986) y Parker y Johnston (1988), encuentran el 74% y por último en otro de Tarrier se encuentra el 77% de familias altas en EE. En nuestros resultados encontramos un 82,2% de hogares altos en EE. Respecto a los padres, tenemos un 55,8% de padres altos en EE y un 71,1% de madres. Estos porcentajes, los de padres y madres por separado, se asemejan más a muchos de los otros estudios, mientras que juntando ambos padres, para evaluar la EE familiar, encontramos un porcentaje sensiblemente mayor, quizás por los factores que hemos comentado anteriormente. En relación con otro estudio realizado en el País Vasco (Santos, 1995) en el cual se mide la EE en familiares de esquizofrénicos, evaluando ambos padres, se encontraron que el 75,9% son hogares altos en EE, en las madres el 73,6% son altas en EE, al igual que el 59,2% de los padres.

De todas formas encontramos, que tanto en relación a los estudios realizados en otros países sobre EE en la esquizofrenia, como el estudio realizado en el País Vasco, el porcentaje de familiares altos en EE en toxicomanías es mayor que el porcentaje encontrado en esquizofrenia. Todo ello parece indicar que la drogodependencia se asocia a actitudes más negativas por parte de los padres, si entendemos por negativo el que sean unas actitudes que en otras patologías se han demostrado que son inadecuadas y que influyen negativamente en el curso de la enfermedad. Respecto al cuadro clínico, quizás el hecho de que en la esquizofrenia aparezcan síntomas que son manifestación clara de conductas muy anormales y muy "locas", pueda frenar a los padres en cuanto a actitudes críticas, mientras que en la toxicomanía, es más fácil que los padres puedan entender que los hijos se drogan porque "les da la gana" y no tengan una percepción clara de enfermedad, repercutiendo así en la actitud que los padres adoptan con los drogodependientes.

ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES

En cuanto a los AVE pudimos obtener información en 44 casos del total de 46. Salvo en la variable desarrollo de SIDA donde se obtuvo información de la totalidad de los casos. En la Tabla 10, aparecen los diferentes niveles de cada variable con frecuencias y porcentajes y podemos apreciar que entre los graves dominan los problemas económicos y enfermedades graves en la familia, seguidos por la aparición de sintomatología de SIDA, entre los moderados destacan las vacaciones y defunciones en la familia extensa y entre los leves, las adhesiones de nuevos miembros sanos a la familia.

Tabla 10. Acontecimientos Vitales Estresantes.

| Acontecimientos Vitales Estresantes | ausencia | leve | moderada | grave |
|-------------------------------------|-----------|---------|----------|---------|
| Nacimientos | 37 (84,1) | 1 (2,3) | 6 (13,6) | -- |
| Defunciones | 35 (79,5) | -- | 8 (18,2) | 1 (2,3) |
| Separaciones | 38 (86,4) | 1 (2,3) | 3 (6,8) | 2 (4,5) |
| Adhesiones | 40 (90,9) | 3 (6,8) | -- | 1 (2,3) |
| Vacaciones | 33 (74,9) | 1 (2,3) | 9 (20,5) | 1 (2,3) |
| Cambios de trabajo | 40 (90,9) | 1 (2,3) | 2 (4,5) | 1 (2,3) |
| Jubilaciones | 41 (93,2) | -- | -- | 3 (6,8) |
| Problemas económicos | 39 (88,6) | -- | -- | 5(11,4) |
| Enfermedades graves | 39 (88,6) | -- | -- | 5(11,4) |
| Desarrollo de SIDA | 42 (91,3) | -- | -- | 4 (8,7) |

() % del total

De los 44 sujetos de los que se tiene información, 30 (68,2%) tuvieron algún tipo de AVE. Presentaron un AVE 15 sujetos (50%); dos AVE nueve sujetos (30%); el número de sujetos con tres AVE fue de tres (10%); otros tres pacientes experimentaron cuatro, cinco y seis AVE (3,3%) respectivamente durante el seguimiento.

RECAÍDA.

En dos de los 46 sujetos de la muestra no se pudo obtener esta información, y de los 44 restantes, 15 (32,6 %) habían consumido heroína durante el seguimiento. De estos 15 sujetos sabemos que cinco realizaron tres o menos consumos durante el seguimiento mientras que el resto consumieron heroína en más de cuatro ocasiones. No obstante hemos dicotomizado esta variable para hacerla más operativa, en consumo o no consumo de heroína durante los nueve meses del seguimiento. Encontramos un porcentaje de recaídas bajo en comparación con otros estudios como el de como el de Daley, (1989) donde encuentra en los seis primeros meses, después de iniciado el tratamiento, unos índices de recaída de entre el 50% y el 75%. Una posible explicación es que el

hecho de que los pacientes estén ya seleccionados por sus posibilidades de permanecer en el programa, hace que dejemos fuera de la investigación a un porcentaje de sujetos que recaen, lo cual explicaría nuestro bajo porcentaje de recaídas en la muestra evaluada. Otra posible explicación que se añade a la anterior, se basa en estudios que hablan de que una participación de los padres en la terapia o el hecho de que el paciente viva con los padres puede ser un índice de buen pronóstico de cara a la abstinencia (Kosten y cols., 1983; Sánchez-Carbonell y cols., 1988).

ABANDONO.

Del total de pacientes, 16 interrumpieron el tratamiento por abandono y otros tres fueron expulsados, dos de ellos por consumo y el tercero por incumplimiento reiterado de las normas. Por razones operativas hemos unido estas dos categorías en abandono, haciendo un total de 19 abandonos (41,3 %). Este porcentaje es bajo en relación a otros estudios, como el de Glaser (1974), que analizando la tasa de abandono en seis Comunidades Terapéuticas encontró un 86%, o en estudios como el de De Leon (1989) donde muestra un índice de abandono del 93%. De Leon y Schwartz (1984) refiriéndose a la curva de abandono en Comunidades Terapéuticas, hablaban de que en los 14 primeros días hay una tasa muy alta de abandonos, que desciende suavemente dentro de los tres primeros meses. En otro estudio posterior Condelli y De Leon (1993), analizando las tasas de retención en CT, encuentran que el período de mayor porcentaje de abandono son los tres primeros meses y en especial el primer mes.

Intentando buscar una posible explicación de porqué las tasas de abandono de nuestra muestra son tan bajas, encontramos dos razones: la primera son los criterios de selección que empleamos para evaluar las familias y que dejaron fuera a todos los sujetos que no convivían con los dos padres o que alguno de ellos no participaba en el programa, y la segunda es la condición del centro de evaluar a las familias cuando se hubiese producido, según el criterio de los terapeutas, un "enganche" suficiente para soportar una evaluación larga. Después de estos dos procesos de selección, los pacientes que componían nuestra muestra fueron evaluados un mes de media después de la primera entrevista con el centro y es en este mes, donde probablemente haya habido un mayor porcentaje de abandono, tal y como señalan Condelli y De Leon (1993). Además como dicen Kosten y cols. (1983), los heroinómanos que vivían con miembros de su familia, normalmente conseguían mejores resultados en el tratamiento y Condelli (1989) que señalaba que el compromiso de la familia en el tratamiento incidía directamente en la retención del mismo. Teniendo en cuenta que los dos padres tienen que participar en un tratamiento de estas características (CT), que normalmente implica un gran compromiso y por lo tanto un gran gasto de energía, puesto que es obligatorio que algún familiar se haga responsable de asistir a las sesiones, supervisar el cumplimiento de las tareas encomendadas por el centro, etc y partiendo de los estudios citados anteriormente, se puede explicar que el abandono sea bajo. Esto tiene la limitación de que las consecuencias clínicas de los resultados de este trabajo sólo se puedan aplicar a familias cuyos hijos vivan en casa con los padres y que tal vez no se puedan aplicar en pacientes con un alto grado de deterioro en su

estructura familiar, desligados de la familia nuclear, con padres muy mayores y con poca energía, datos que con frecuencia caracterizan este tipo de trastorno.

2. RESULTADOS SOBRE EL VALOR PREDICTIVO DE EMOCION EXPRESADA EN RECAÍDA Y/O ABANDONO EN PACIENTES TOXICÓMANOS.

2.1. RELACIÓN DE EE CON LA RECAÍDA.

Cabe destacar, como introducción al estudio sobre EE en relación a la recaída, que hay numerosos autores que destacan la importancia de los factores familiares en la recaída, como Vos (1989) Baker y cols. (1989), en este sentido señalan Daley y Miller (1989) que las falsas expectativas por parte de los padres hacia el hijo drogodependiente inciden en la recaída, así como las crisis y los problemas graves en la familia, también en este aspecto señalan Cummings y cols. (1980) que los conflictos interpersonales, en especial con los miembros de la familia, se relacionaban con un 16% de las recaídas aparecidas.

Hay que tener en cuenta que en tres hogares de los 13 en los que la madre era alta, no se pudo obtener información del padre, pero se incluyeron dentro de esta categoría ya que cumplían la condición mínima para que un hogar fuera alto, mientras que en la única familia donde desconocíamos la EE de la madre, el padre era bajo por lo que se excluyó de los análisis, ya que no podíamos saber si ese hogar era alto en EE o no. Por lo tanto tenemos datos de la EE familiar en 45 casos, pero al relacionar esta variable con la recaída donde desconocemos la información en dos pacientes, nos queda una muestra total para el análisis de 43 casos. De los padres tenemos información sobre 43 casos y considerando que nos falta información sobre la recaída en dos pacientes, la muestra total para el análisis entre la EE del padre y la recaída es de 41.

En la Tabla N° 11 se puede apreciar la relación entre la recaída y las combinaciones de escalas de EE de los padres (Comentarios Críticos, Hostilidad y Sobreimplicación Emocional) con los puntos de corte utilizados en esquizofrenia, así como con las escalas de padres y madres por separado. Tendremos en cuenta que para elaborar este índice consideraremos al padre o a la madre altos en EE cuando una o más de las tres escalas sea alta.

TABLA 11.- Relación entre las escalas de Emoción Expresada de los padres en la recaída en pacientes toxicómanos

| |
|---------|
| RECAÍDA |
|---------|

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| <u>EE FAMILIAR</u> | p = 0,034 |
| <u>EE PADRE</u> (con CC, HOS y SIE) | p = 0,036 |
| CRITICISMO | n.s. |
| HOSTILIDAD | n.s. |
| SIE | n.s. |
| COMENTARIOS POSITIVOS | p = 0,049 |
| CALOR | n.s. |
| <u>EE MADRE</u> (con CC, HOS y SIE) | n.s. |
| CRITICISMO | n.s. |
| HOSTILIDAD | n.s. |
| SIE | n.s. |
| COMENTARIOS POSITIVOS | n.s. |
| CALOR | n.s. |

Hallamos una relación estadísticamente significativa entre la EE familiar y la recaída en el hijo toxicómano ($\chi^2=4,48$; $p=0,034$; la probabilidad del test de Fisher es de 0,037). Como indica la Tabla 12, en los 36 hogares altos en EE (83,7% del total) los hijos toxicómanos recayeron con mayor frecuencia de la esperada, mientras que en los siete hogares bajos en EE (16,3%), las recaídas producidas eran menos frecuentes que las esperadas, siendo más frecuentes de lo esperado en este grupo los no recaídos.

TABLA 12.- Tabla de contingencia entre EE familiar y recaída en pacientes toxicómanos.

| | EE Alta | EE Baja | Total |
|------------|-----------|---------|----------|
| Recaída | 15 (12,6) | 0 (2,4) | 15 34,9% |
| No Recaída | 21 (23,4) | 7 (4,6) | 28 65,9% |
| Total | 36 83,7% | 7 16,3% | 43 |

() Frecuencias esperadas $\chi^2=4,48$; $p=0,034$

Tomando el nivel de EE de la madre por separado, sin relacionarlo con el del padre observamos que no guardaba relación significativa con la recaída ($\chi^2=1,14$; $p=0,28$). Sin embargo, analizando la EE del padre relacionándola con la recaída del hijo, observamos una χ^2 significativa ($\chi^2=4,36$; $p=0,036$) que apunta en el mismo sentido que la EE familiar y la recaída. Tal y como se puede apreciar en la Tabla 13, vemos que los hijos de padres altos en EE, recaen con mayor frecuencia de la esperada, mientras que entre los hijos de padres bajos en EE, la frecuencia de las recaídas es menor de lo esperado.

TABLA 13.- Tabla de contingencia entre EE del padre y recaída.

| | EE del padre Alta | EE DEL PADRE Baja | Total |
|------------|-------------------|-------------------|----------|
| Recaída | 11 (7,9) | 3 (6,1) | 14 34,1% |
| No Recaída | 12 (15,1) | 15 (11,9) | 27 65,9% |
| Total | 23 56,1% | 18 43,9% | 41 |

() Frecuencias esperadas $\chi^2=4,36$ $p=0,036$

Este dato nos muestra que quizá los toxicómanos tienen una mayor sensibilidad a la actitud del padre, de manera que cómo actúe este padre con ellos les puede resultar más estresante que la forma en la que actúe la madre. Habíamos visto anteriormente que las madres tenían más Calor que los padres y tenían también más CP, tal vez aquí el Calor y los CP están actuando de modulador en relación con las escalas altas en EE, es decir, que un padre alto en EE si tiene menos Calor y menos CP puede ser mucho más estresante para el hijo, mientras que si una madre es alta en EE, pero tiene una actitud más positiva en cuanto a los CP o al Calor, de alguna forma se atenúa el efecto negativo de CC y HOS.

Cuando nos referimos a las escalas que forman el constructo EE de los padres, sólo encontramos relación significativa entre los CP del padre, obteniendo una χ^2 significativa con la recaída ($\chi^2=3,87$; $p=0,049$). Como podemos ver en la Tabla 14, los hijos de padres que hacen comentarios positivos recaen con menos frecuencia de la esperada, en cambio si los padres no hacen comentarios positivos los hijos recaen más frecuentemente. Este es un dato interesante porque como ya expusimos, los padres tenían menos Comentarios Positivos que las madres y sin embargo, en los resultados en relación con la recaída destaca que los padres que tienen mayor número de Comentarios Positivos son aquellos de hijos que recaen menos, de forma significativa, por lo que parece que la actitud positiva de los padres es un protector de la recaída.

TABLA 14. - Tabla de contingencia entre Comentarios Positivos del padre y recaída.

| | Algún CP | Ningún CP | Total |
|------------|-----------|-----------|----------|
| Recaída | 6 (8,9) | 8 (5,1) | 14 34,1% |
| No recaída | 20 (17,1) | 7 (9,9) | 27 65,9% |
| Total | 26 63,4% | 15 36,6% | 41 |

() Frecuencias esperadas $\chi^2=3,87$ $p=0,049$

La cuestión planteada muchas veces en las toxicomanías de que el padre se muestra ausente o desinteresado por el hijo (Seldin, 1972; Stanton, 1978; Kaufman, 1987), quizás debería ser revisada a la luz de nuestros resultados. Tal vez estos

Comentarios Positivos ayudan al hijo a sentirse valorado, puesto que no se le está tomando como alguien negativo que sólo provoca conflictos en la vida familiar, angustiando o preocupando sino que estos padres reconocen que el hijo tiene sus valores y aspectos que se pueden resaltar como positivos y si además, tenemos en cuenta que en los drogodependientes de nuestra muestra el 52,2% presentan depresión moderada o alta y sabiendo que en los toxicómanos aparece con frecuencia un bajo autoconcepto y una baja autoestima (Selnow, 1985), el hecho de que tenga un padre que le está valorando aspectos positivos, puede elevar la autoestima del hijo y hacerle sentirse más apoyado lo cual se puede reflejar en una mayor capacidad para aguantar las tensiones, que habitualmente les empujan a recaer. Las implicaciones de cara al tratamiento son importantes, puesto que sería interesante favorecer en los padres la valoración de aspectos positivos de los hijos y enseñarles mediante intervenciones en grupos de padres, grupos familiares, o terapias familiares, a poder rescatar aspectos positivos del hijo, teniendo en cuenta que todo esto puede protegerle frente a la recaída.

Además podemos apreciar una tendencia no significativa en Hostilidad del padre con recaída ($\chi^2=3,48$; $p=0,062$), y en CC del padre con recaída, con punto de corte en más de 8 CC ($\chi^2=3,29$; $p=0,070$), que hace que los hijos de padres críticos y/o hostiles recaigan más, coincidiendo con los resultados encontrados en otras patologías, sobre todo en esquizofrenia y en depresión con relación a la recaída (Leff y Vaughn, 1985; Vaughn y Leff, 1976b). Esto indicaría que estas actitudes pudieran ser negativas, también en toxicomanías; no obstante hablamos de una tendencia, puesto que no hemos encontrado significación estadística.

TABLA 15. Combinaciones de escalas de EE del padre con relación significativa respecto a la recaída

| EE PADRE | RECAÍDA |
|---|------------|
| \downarrow CP y/o \uparrow CC | $p=0,0006$ |
| \downarrow CP y/o \uparrow CC y/o \uparrow HOS | $p=0,0016$ |
| \downarrow CP y/o \uparrow CC y/o \uparrow SIE | $p=0,0025$ |
| \downarrow CP y/o \uparrow HOS y/o \uparrow SIE | $p=0,0030$ |
| \downarrow CP y/o \uparrow HOS y/o \uparrow SIE y/o \uparrow CC | $p=0,0030$ |
| \downarrow CA y/o \uparrow CC y/o \uparrow HOS | $p=0,0052$ |
| \downarrow CA y/o \uparrow HOS y/o \uparrow SIE | $p=0,0052$ |
| \downarrow CA y/o \uparrow HOS y/o \uparrow SIE y/o \uparrow CC | $p=0,0052$ |
| \downarrow CP y/o \uparrow HOS | $p=0,0086$ |
| \downarrow CA y/o \uparrow CC y/o \downarrow CP | $p=0,0086$ |

| | |
|--|----------|
| ↓CA y/o ↑HOS y/o ↑SIE y/o ↓CP | p=0,0088 |
| ↓CA y/o ↑HOS y/o ↓CP y/o ↑CC | p=0,0088 |
| ↓CA y/o ↑HOS y/o ↑SIE y/o ↑CC y/o ↓CP | p=0,0088 |
| ↓CA y/o ↑SIE y/o ↓CP | p=0,015 |
| ↓CA y/o ↓CP y/o ↑SIE y/o ↑CC | p=0,015 |
| ↓CP y/o ↑SIE | p=0,020 |
| ↑CC y/o ↑HOS | p=0,021 |
| ↓CA y/o ↑HOS | p=0,025 |
| ↑HOS y/o ↑SIE | p=0,036 |
| ↑CC y/o ↑HOS y/o ↑SIE | p=0,036 |
| ↓CA y/o ↑HOS y/o ↓CP | p=0,041 |

Un aspecto importante en cuanto a los puntos de corte que hemos estado utilizando es que así como en los estudios sobre depresión (Hooley y cols., 1986), redujeron el número de CC a 2 ó 3 y a partir de ahí la EE resultaba predictora de recaída, argumentando que los pacientes depresivos eran especialmente sensibles al criticismo. En nuestra muestra, encontramos que el toxicómano es menos sensible, no ya que el depresivo, si no incluso que el esquizofrénico, en cuanto a la relación que tiene el criticismo con la recaída; por eso el que "aguante" padres con más de 6 CC y que la mayor tendencia a la recaída la encontremos a partir de 8 CC, nos indica esta mayor tolerancia del toxicómano a la crítica.

A continuación analizaremos todas las combinaciones posibles de escalas, incluyendo Comentarios Positivos y Calor, tanto en padres como en madres y su relación con la recaída. En la Tabla N° 15 hemos seleccionado todas las combinaciones de escalas del padre que son significativas. No hemos encontrado ninguna combinación de escalas de la madre significativa con la recaída del hijo. Hay que tener en cuenta que el signo con el que se relacionan las escalas de CP y Calor con la recaída es opuesto al signo de las otras tres escalas, es decir un número alto de CP se relaciona con una menor frecuencia de recaídas, mientras que un número alto de CC, HOS o SIE se relaciona con una mayor frecuencia en las recaídas. Tomando la primera combinación de la tabla 15 como ejemplo, se consideró alto en EE a los padres que eran altos en CC y/o carentes de CP y eran bajos en EE cuando aparecía cualquier otra posibilidad

Tomando las escalas que componen el índice de EE en esquizofrenia y su relación con la recaída se obtiene el mayor nivel de significación estadística cuando los padres son altos en HOS y/o CC, lo cual confirma los datos de los estudios de esquizofrenia (Brown y cols. 1972; Vaughn y cols, 1984; Leff y Vaughn, 1985). En cuanto al criticismo y HOS, también se confirman los datos encontrados en los

estudios entre EE y recaída en depresión (Vaughn y Leff, 1976b; Hooley y cols., 1986), de manera que estas dos escalas son negativas para el hijo toxicómano, lo mismo que son negativas para los hijos con otras patologías. Combinando CC y/o SIE, no encontramos significación estadística, sólo una tendencia; los CC son menos negativos que la HOS en el constructo de EE y uniéndolos con la SIE no influyen suficientemente en la recaída, mientras que si unimos la HOS con la SIE, sí encontramos significación estadística, lo mismo que si combinamos las tres subescalas. Estos datos confirman que la HOS es lo más negativo y quedaría en duda si la SIE puede ser un estresor no demasiado intenso o que incluso puede actuar de moderador en relación con los CC, de manera que los atenúe cara a la recaída.

Estos datos coinciden con lo que concluye otro estudio en nuestro medio en el campo de las investigaciones de EE en esquizofrenia (Santos, 1995), las subescalas con mayor poder predictor frente a las recaídas son CC y HOS, cuestionándose cada vez más qué valor tiene exactamente la SIE. Hay algunos aspectos en los que parece que sí está asociada a la recaída y en otros no actúa como tal o, incluso, protege de la recaída; quizás esto se deba a la misma construcción de la escala SIE, ya veíamos en el apartado metodológico que está diseñada para evaluar diferentes tipos de actitudes, es decir, lo mismo evalúa control, como una respuesta emocional excesiva, o una relación muy simbiótica; tal vez algunas de estas actitudes puedan ser muy negativas, como por ejemplo el control, mientras que otras, una relación más simbiótica o el que haya una respuesta emocional excesiva, no sean percibidas por el paciente como tan negativas. Los datos de la SIE como meramente predictor de recaída o incluso como modulador de las otras dos subescalas CC y HOS plantea cuestiones que todavía no están resueltas en el campo de la esquizofrenia y en este estudio parece que también marcan las mismas dudas o las mismas dificultades para clarificar el valor exacto que tiene la SIE.

En la Tabla Nº 16 se expone la relación entre la combinación de escalas de Comentarios Críticos y Comentarios positivos (\downarrow CP y/o \uparrow CC) del padre con recaída. Esta es la combinación de escalas de EE que se relaciona de forma más significativa con recaída ($\chi^2=11,66$; $p=0,00064$), donde observamos que los hijos de padres bajos en CC y que además, manifiestan algún Comentario Positivo recaen con menos frecuencia de la esperada, mientras que los hijos de padres altos en CC y/o carentes de CP, recaen más frecuentemente de lo que se espera, de manera que parece que en los padres la ausencia de una actitud positiva y la presencia de actitudes negativas hacia el hijo, son los factores más importantes cara a la recaída.

TABLA 16.- Tabla de contingencia entre CP y CC del padre y la recaída.

| | ↓CP y/o ↑CC | ↑CP y ↓CC | Total |
|------------|-------------|-----------|----------|
| Recaída | 13 (7,9) | 1 (6,1) | 14 34,1% |
| No recaída | 10 (15,1) | 17 (11,9) | 27 65,9% |
| Total | 23 56,1% | 18 43,9% | 41 |

() Frecuencias esperadas $\chi^2=11,66$ $p=0,00064$

Anteriormente se ha comentado que es más frecuente encontrar Comentarios Positivos y Calor en las madres que en los padres; quizás en nuestra muestra, lo que realmente sea predictor de recaída sea la actitud negativa del padre, modulada por la ausencia de CP, es decir, que la actitud del padre va a ser más negativa, de forma más general, que la actitud negativa de la madre, referida a la EE alta, en la medida que en ellas aparecen otros aspectos que son más benignos y que quizás modulan y atenúan sobre todo la malignidad de las actitudes críticas y hostiles como señalábamos con anterioridad. La ausencia de CP, también es importante en los resultados en los que combinamos baja CP y alta SIE, aquí la SIE a su vez es predictora de recaída, de manera que el que haya un padre que no valora a su hijo, que no le reconoce aspectos positivos, es muy importante en los hijos toxicómanos, lo que no se ha encontrado en los esquizofrénicos ni en los depresivos. Veíamos que la SIE asociada con los CC podía disminuir la significación, en cuanto a su relación con la recaída, aquí encontramos que la alta SIE unida a bajos CP sí es predictora.

El papel del padre en las toxicomanías ha sido señalado por bastantes autores (Selnow, 1987), al igual que en otras patologías y sería interesante estudiar el significado que tiene el padre para el hijo toxicómano, en la medida que parece que hay en él una sensibilidad especial a estas actitudes de su padre, tanto a que le valore como a que le critique, es decir, por un lado tendríamos que ver a nivel terapéutico cómo rescatar aspectos positivos de las madres en cuanto al valor que tienen los CP y el Calor y en los padres deberíamos estar muy atentos no sólo a neutralizar actitudes altas en EE, lo mismo que se han observado en otras patologías antes citadas, sino que además deberíamos buscar activamente que los padres tengan Comentarios Positivos con el hijo, como línea de trabajo importante para fomentar una buena relación padre-hijo. En las toxicomanías muchas veces se ha hecho hincapié en lo negativa que puede ser la excesiva relación de la madre con el hijo, relación descrita por algunos autores como simbiótica (Attardo, 1965; Kalina, 1985). Nuestros resultados sugieren que quizás, el toxicómano necesita mucho la presencia del padre y que no sea un padre que le critica e infravalora, sino un padre que adopte una actitud positiva con el hijo. En los tratamientos suele ser difícil conseguir involucrar al padre, pero viendo la gran importancia que tiene en relación con las recaídas sería interesante procurar por todos los medios, incluso diseñando programas específicos, que estos padres se impliquen en el tratamiento e incidir en estos aspectos de la actitud hacia el hijo que estamos citando. Respecto al Calor, combinándolo con otras escalas, encontramos que es necesario que un

bajo Calor esté asociado a Hostilidad y a Criticismo altos, para que sea predictor de recaída. Asimismo encontramos alta significación cuando unimos Calor bajo con Hostilidad y SIE, potenciándose mutuamente para predecir la recaída, en definitiva podemos afirmar en relación con el Calor que también tiene un efecto moderador pero menos potente que los CP, es decir, el hecho de que el padre tenga una actitud más cálida con respecto al hijo puede anular o disminuir la malignidad de las otras escalas, o bien, si el padre es frío, potenciar las escalas que son negativas, pero en menor medida que si este padre no valora al hijo o le valora poco, de manera que el hijo puede estar esperando el cariño del padre pero fundamentalmente esperaría que le valore.

Otro aspecto para comentar en cuanto a la EE alta en los padres, a nivel descriptivo, es que esos datos coinciden con las investigaciones que se han realizado sobre las relaciones entre padres e hijos en toxicómanos. La mayoría de los autores destacan a unos padres con actitudes, en muchos casos negativas y padres que brindan menos apoyo emocional que los padres de grupos control (Eldred y cols., 1974). En algunos estudios (Norem-Hebissen y cols., 1984; Stoker y Swadi, 1990) se describían a los padres de consumidores de drogas como más hostiles, con mayor rechazo y negligencia que aquellos padres de sujetos no toxicómanos, otros autores (Glynn y Haenlein, 1988) hablan también de que el hijo se encuentra atrapado entre la sobreimplicación de las madres y la desimplicación de los padres. Denoff (1988), estudió la influencia de las interacciones y las expectativas de los padres hacia el hijo toxicómano y encontró un patrón interaccional caracterizado por altas expectativas y el uso de la retirada de afecto como una forma de demostrar su desaprobación y para intentar controlar su conducta, ello hace que el hijo perciba a su padre como rechazante, frío y distante y a la madre como intrusiva se comprueba en este estudio el papel del padre (calor y CP) pero no el de la madre. Asimismo el estudio de Emmelkamp y Heeres (1988) en el cual evaluaron las actitudes parentales y las prácticas de crianza mediante el EMBU (Perris y cols., 1980) encontraron que la falta de calor emocional y el rechazo del padre son las dimensiones más asociadas con la drogodependencia. Nuestros datos confirman los de estos autores, en cuanto a que la figura del padre es de gran importancia para el hijo respecto a la cercanía y la valoración, si bien estos autores lo relacionan con la aparición de la toxicomanía y en este caso se asocia con la recaída.

En resumen, la Emoción Expresada familiar (teniendo en cuenta las tres escalas con las que se elabora el índice en esquizofrenia: CC, HOS y SIE), se relaciona significativamente con la recaída. La EE de la madre no se relaciona con la recaída ni de forma global ni por escalas. De las escalas de EE del padre tomadas por separado sólo la de CP se relaciona significativamente con la recaída ($\chi^2=3,87$; $p=0,049$). Ahora bien, es cuando añadimos además en las combinaciones la escala de CP cuando obtenemos las relaciones más significativas. La combinación CC-CP es, de todas las posibles, la que obtiene una significación más alta ($\chi^2=11,66$; $p=0,00064$). En las combinaciones de tres escalas, la que alcanza mayor significación es la de CC-CP-HOS ($\chi^2=9,87$; $p=0,00168$). Incluso en combinaciones de cuatro escalas obtenemos relaciones muy significativas (CC-HOS-SIE-CP) ($\chi^2=8,80$; $p=0,00302$), al igual que en la combinación de las cinco escalas ($\chi^2=6,86$; $p=0,0088$). También obtenemos relaciones significativas cuando

añadimos a las combinaciones la escala de Calor. Teniendo en cuenta estos resultados tomaremos la combinación de escalas del padre más significativa (\downarrow CP y/o \uparrow CC), como índice de EE en relación a la recaída. A nivel descriptivo el índice de EE quedaría como se expone en la Tabla 17:

Tabla 17. Frecuencias del índice de EE, agrupados en función de las diferentes combinaciones de las escalas de CP y CC del padre.

| | Número de padres | Porcentaje |
|---|------------------|------------|
| EE alta \downarrow CP y \uparrow CC | 5 | 11,6% |
| EE alta \uparrow CP y \uparrow CC | 9 | 20,9% |
| EE alta \downarrow CP y \downarrow CC | 10 | 23,3% |
| EE baja \uparrow CP y \downarrow CC | 19 | 44,2% |
| TOTAL | 43 | 100% |

2.2. RELACIÓN DE EE CON ABANDONO.

Tabla 18. Resultados sobre el valor predictor de EE en el abandono en pacientes toxicómanos

| | ABANDONO |
|-------------------------------------|-----------|
| <u>EE FAMILIAR</u> | n.s. |
| <u>EE PADRE</u> (con CC, HOS y SIE) | n.s. |
| CRITICISMO | n.s. |
| HOSTILIDAD | n.s. |
| SIE | n.s. |
| COMENTARIOS POSITIVOS | n.s. |
| CALOR | n.s. |
| <u>EE MADRE</u> (con CC, HOS y SIE) | n.s. |
| CRITICISMO | n.s. |
| HOSTILIDAD | n.s. |
| SIE | n.s. |
| COMENTARIOS POSITIVOS | n.s. |
| CALOR | p = 0,011 |

No hemos observado ninguna relación significativa entre el nivel de EE, definido con las escalas predictoras en esquizofrenia tanto a nivel familiar como de cada uno de los padres por separado, y el abandono de tratamiento por parte del hijo drogodependiente, como se señala en la Tabla 18. Tampoco hemos encontrado relaciones significativas entre las diferentes escalas de EE de padre y madre y el abandono de tratamiento del hijo toxicómano, si exceptuamos la escala de Calor de la madre donde encontramos una relación significativa.

En la escala de Calor de la madre encontramos una χ^2 significativa ($\chi^2=6,5$; $p=0,011$). Si pasamos a analizar a continuación la Tabla 19 podemos ver que los hijos de madres bajas en Calor abandonan con menor frecuencia de la esperada, mientras que en este mismo grupo de madres, los pacientes permanecen en tratamiento con más frecuencia de lo que se espera.

TABLA 19. Tabla de contingencia entre la escala de Calor de la madre y el abandono de tratamiento.

| | ↑CA | ↓CA | Total |
|-------------|-----------|----------|----------|
| Abandono | 17 (13,1) | 2 (5,9) | 19 42,2% |
| No abandono | 14 (17,9) | 12 (8,1) | 26 57,8% |
| Total | 31 68,9% | 14 31,1% | 45 |

() Frecuencias esperadas $\chi^2=6,5$ $p=0,011$

De las madres bajas en Calor abandonan el 14,3% de los hijos y de las madres altas en Calor abandonan el 54,8% de los hijos. Estos resultados parecen indicar que el Calor de la madre tiene un cierto peso en el abandono, en contra de lo que se podía pensar de que unas madres altas en Calor, al tener una actitud más positiva hacia el hijo podría influir en que este se viera menos impelido a abandonar un programa, encontramos que estas madres más cálidas, que pueden ser más comprensivas con esa actitud no parecen prevenir el abandono del hijo, mientras que en las madres con una actitud más fría el hijo abandona menos. Habría que ver en que medida la frialdad de esta madre puede hacer que el hijo esté más a gusto en la Comunidad Terapéutica donde puede encontrar más Calor y más Comentarios Positivos que los que encuentra en su padre o más Calor que el que le da su madre, ese podría ser un factor que podría influir en el sentido que este hijo esté encontrando en el tratamiento cosas que le son muy necesarias y que no encuentra en casa.

En la escala de Comentarios Críticos si variamos los puntos de corte al igual que lo hicimos en el padre, a ocho CC encontramos una tendencia no significativa con el abandono como se aprecia en la Tabla 20 ($\chi^2=3,60$; $p=0,057$). A nivel descriptivo señalamos que con el punto de corte de 8 CC de la madre quedarían, 14 madres altas en CC (31,1%), y 31 madres bajas en CC (68,9%). En la Tabla 20 podemos ver que la tendencia encontrada apunta a la dirección opuesta a la señalada entre CC del padre y la recaída, es decir los hijos de madres altas en CC

abandonan con menor frecuencia de lo esperado, mientras que en estas madres altas los hijos permanecen en tratamiento más frecuentemente.

TABLA 20. Tabla de contingencia entre la escala de CC de la madre con punto de corte en 8 y el abandono del paciente.

| | ↑CC | ↓CC | Total |
|-------------|----------|-----------|----------|
| Abandono | 3 (5,9) | 16 (13,1) | 19 42,5% |
| Abandono NO | 11 (8,1) | 15 (17,9) | 26 57,8% |
| Total | 14 31,1% | 31 68,9% | 45 |

() Frecuencias esperadas $\chi^2=3,60$ $p=0,057$

Sin embargo cuando hacemos combinaciones de las escalas de EE de la madre para elaborar el índice de EE y las relacionamos con el abandono, tal y como hicimos con la EE del padre y la recaída, sí obtenemos relaciones significativas. En la Tabla 21 se han seleccionado las combinaciones que resultaron significativas de todas las posibles con el abandono.

Tabla 21 Combinaciones de escalas de EE de la madre con relación significativa respecto al abandono del hijo toxicómano

| EE MADRE | ABANDONO |
|------------------------|-----------------|
| ↑CA y ↓CC | <u>p=0,0069</u> |
| ↑CA y ↓CC y ↑CP | p=0,0096 |
| ↑CP y ↓CC | p=0,014 |
| ↑CA y ↓HOS | p=0,025 |
| ↑CA y ↓HOS y ↑CP | p=0,031 |
| ↑CA y ↑CP y ↓SIE | p=0,044 |
| ↑CA y ↓CC y ↑CP y ↓SIE | p=0,044 |
| ↑CP y ↓HOS | p=0,047 |
| ↑CA y ↑CP | p=0,048 |

Con las escalas de EE del padre realizamos las mismas combinaciones que con la madre respecto al abandono sin encontrar ningún resultado significativo ni tendencia.

Hay que considerar que a diferencia de los análisis realizados con la EE del padre y la recaída, en la madre, la relación establecida entre las escalas de las diferentes combinaciones y el abandono, fue de inclusión, es decir que en el padre

un alto Criticismo y/o la ausencia de Comentarios Positivos, se relaciona con la recaída, mientras que en el caso de las madres un alto calor y un bajo criticismo se relaciona con el abandono. Todas las combinaciones utilizadas con la madre en relación al abandono se han realizado en este sentido, como se puede apreciar en la Tabla 21, cuya combinación más representativa (\uparrow CA y \downarrow CC) pasamos a analizar a continuación. Esta es la combinación de escalas de la madre que se relaciona con más fuerza con el abandono ($\chi^2=7,29$; $p=0,0069$). Los hijos de madres altas en CA y bajas en CC abandonan con más frecuencia de lo esperado, mientras que los hijos de madres bajas en CA y/o altas en CC, lo hicieron con menor frecuencia de la esperada (Tabla 22).

TABLA 22.- Tabla de contingencia entre Calor y CC de la madre y el abandono.

| | \downarrow CA y/o \uparrow CC | \uparrow CA y \downarrow CC | Total |
|-------------|-----------------------------------|---------------------------------|----------|
| Abandono | 4 (8,4) | 15 (10,6) | 19 42,2% |
| No Abandono | 16 (11,6) | 10 (14,4) | 26 57,8% |
| Total | 20 44,4% | 25 55,6% | 45 |

() Frecuencias esperadas $\chi^2=7,29$ $p=0,0069$

El resultado de que las madres poco cálidas y más críticas están asociadas a que sus hijos no abandonen, puede deberse a que la madre tengan más fuerza de cara a imponerse sobre el hijo para que continúe en el tratamiento, mientras que a lo mejor algunas actitudes más cálidas, más comprensivas, más cercanas, pueden hacer que el hijo no quiera estar en el tratamiento, sino que quiera estar con esa madre y por otro lado, estas madres no se hagan lo suficientemente fuertes, no sean lo suficientemente autoritarias como para presionar al hijo para que continúe en el tratamiento. En este sentido, Condelli (1989), planteaba que una de las razones por las cuales los toxicómanos seguían en el tratamiento era el grado de presión externa de otros significativos como familia, pareja y amigos, quizá este criticismo de la madre puede estar asociado también a una presión para permanecer en el tratamiento. Encontramos también que el hecho de que la madre tenga alto Criticismo y bajos Comentarios Positivos también está asociado a una mayor retención en el tratamiento.

En este tipo de programas encontramos que la presión familiar es un factor importante para que el toxicómano aguante en el tratamiento, es decir, hay veces que los familiares les dicen: "o vas a tratamiento o te vas de casa", entonces si tienen poca conciencia de enfermedad o les resulta excesivamente duro el programa, el encontrarse actitudes firmes por parte de su madre y que se ocupen menos de ser comprensivas y cálidas y más de ser asertivas cara a imponer el programa al hijo, pueda ser un factor que esté influyendo en una mayor retención dentro del tratamiento. En el primer caso, si el hijo tiene una madre en general fría, que puede estar ya harta de él y en el programa encuentra comprensión, apoyo y afecto, puede que esté encontrando en la Comunidad lo que está necesitando en casa, quizá por eso se pueda encontrar más a gusto en el programa. Si la madre es cálida y poco crítica hacia el hijo es posible que ante las frustraciones y dificultades

de asumir el cambio retorne al hogar porque va a encontrar en ella apoyo y comprensión.

En conclusión, tenemos que una madre que es fría, poco empática, desapegada del hijo, ("haz tu vida") y que además es crítica ("ya estoy harta de tus conductas") hace que el hijo abandone menos. Esto desde el punto de vista terapéutico es muy importante, porque se ha dado bastante importancia al hecho de la empatía, la comprensión del toxicómano y parece que una actitud quizá menos comprensiva y más exigente, de no entrar en el juego que plantea el toxicómano, que es muy manipulador, puede ser más adecuada para que este se mantenga en el tratamiento y asuma su vida y sus responsabilidades. A su vez, esto puede plantear un tema también muy interesante para investigar que es la actitud que hay que tomar con este tipo de pacientes en las CT, no ya los familiares, sino los equipos terapéuticos, algunos autores han hablado de la importancia de la EE en el equipo asistencial, es decir, qué actitudes adoptan los terapeutas con los pacientes. Hay unos modelos de CT definidas como autoritarias en las cuales se le plantea una exigencia mucho más importante al toxicómano, se le exigen responsabilidades, se le inculcan valores y se le empuja a que él asuma sus propias responsabilidades. Mientras que en otras CT, no se les exige tanto, se les intenta dar calor y hacen un tipo de maternaje. Sería interesante investigar si en este tipo de CT menos exigentes, menos críticas, más empáticas y más cálidas, el toxicómano pueda abandonar más fácilmente que en Comunidades en las cuales se le presione de alguna forma para que él asuma sus responsabilidades y su vida, o dependerá de la vida familiar que el toxicómano lleva a CT, si procede de un ambiente bajo en calor necesitaría tal vez una CT más maternal y si procede de uno alto en calor tal vez una CT más exigente, para evitar el abandono.

En resumen, podemos afirmar que únicamente en las escalas de la madre encontramos relación entre la EE y el abandono. Por escalas individuales sólo el Calor mantiene una relación significativa con el abandono ($\chi^2=6,50$; $p=0,011$), encontrando también una tendencia en los CC de la madre con punto de corte en ocho ($\chi^2=3,60$; $p=0,057$), y es precisamente la combinación de estas dos escalas la que establece una relación más fuerte con el abandono, siendo los hijos de madres bajas en CC y/o altas en Calor los que abandonan con mayor frecuencia, tanto en relación a las frecuencias esperadas, como a la relación entre las otras combinaciones y el abandono. Por lo tanto tomaremos la combinación de escalas de la madre más significativa (\uparrow CA y \downarrow CC), como índice de EE en relación al abandono, y para los análisis que se realicen entre la EE de la madre y otras variables. A nivel descriptivo el índice de EE en la madre quedaría como se expone en la Tabla 23.

Tabla 23. Frecuencias del índice de EE, agrupados en función de las diferentes combinaciones de las escalas de CA y CC de la madre.

| Porcentaje | Número | de | madres |
|------------|--------|----|--------|
| ↑CA y ↓CC | 25 | | 55,6% |
| ↑CA y ↑CC | 6 | | 13,3% |
| ↓CA y ↓CC | 6 | | 13,3% |
| ↓CA y ↑CC | 8 | | 17,8% |
| TOTAL | 45 | | 100% |

3. RESULTADOS SOBRE EL VALOR PREDICTIVO DEL RESTO DE VARIABLES EN RECAÍDA Y/O ABANDONO EN PACIENTES TOXICÓMANOS.

3.1.-VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS CON RECAÍDA.

Hallamos una relación significativa utilizando la t de Student ($t=-2,72$; $p=0,009$) entre la edad del paciente y la recaída como podemos apreciar en la Tabla 24, donde los sujetos que recaían tenían una edad media menor que los que no recaían.

Tabla 24. T-test entre edad del paciente toxicómano y recaída a los 9 meses.

| | N | Media | DT | t | p |
|------------|----|-------|------|-------|-------|
| Recaída | 15 | 23,60 | 2,32 | -2,72 | 0,009 |
| No recaída | 29 | 25,45 | 2,40 | | |

Respecto a la edad del toxicómano y su relación con la recaída, encontramos que hay estudios que no destacan las características de los pacientes como fuertes predictores de resultado o de evolución, como algún trabajo del DARP (Joe, 1976), nosotros sin embargo, coincidimos con otros estudios (Corty y cols., 1988), donde señalan una relación significativa entre la edad del paciente y los resultados del tratamiento, en el sentido de que si el paciente era más joven los resultados que se obtenían eran peores. Esto puede tener que ver con que los sujetos más jóvenes asuman actitudes más inconscientes, más despreocupadas y con menos control,

mientras que los de mayor edad pueden tomar más conciencia del problema y asumir una mayor responsabilidad respecto a su abstinencia y una respuesta más madura.

Ninguna otra variable sociodemográfica de las ya mencionadas se ha mostrado significativa en cuanto a su relación con la recaída.

3.2. VARIABLES CLÍNICAS Y DE HISTORIA DE LA ENFERMEDAD CON RECAÍDA

Utilizando la t de Student observamos una relación significativa ($t = -2,72$, $p = 0,009$) entre la edad de inicio del consumo de heroína en el paciente y la recaída, como se observa en la Tabla 25 es decir, los pacientes que recaen se inician en el consumo de heroína a una edad más temprana que los sujetos que no recaen.

Tabla 25. T-test entre edad de inicio del consumo de heroína y la recaída del toxicómano.

| | N | Media | DT | t | p |
|------------|----|-------|------|-------|-------|
| Recaída | 15 | 16,67 | 1,49 | -2,72 | 0,009 |
| No recaída | 29 | 18,48 | 2,34 | | |

En otros estudios se ha demostrado que éste, es un factor pronóstico de recaída en el seguimiento (Simpson y Sells, 1982a; Des Jarlais y cols., 1983; Kosten y cols., 1987), nosotros coincidimos con estos resultados en el sentido de que un inicio más temprano se asocia a una mayor tasa de recaídas. No encontramos asociación entre la recaída y la gravedad de la drogodependencia evaluada según criterios del DSM-III-R, ni con la ansiedad o la depresión del paciente al inicio del tratamiento; en el caso de la depresión en relación con la recaída, se han encontrado, como ya señalamos en la revisión, contradicciones entre los estudios, pero parece claro que la depresión puede provocar la recaída (Marlatt y Gordon, 1985; Kornblit y cols., 1989; Llorente y cols., 1991), mientras que encontramos contradicciones en cuanto a los estudios de la depresión al inicio del tratamiento, medida con diferentes instrumentos. Unos estudios hablan de que la depresión en el inicio del tratamiento puede ser un pronóstico de recaída, otros lo desconfirman y nuestros resultados apoyan los de Rounsaville y cols., (1983) que utilizando la misma prueba utilizada en el presente estudio (BDI), no encontraron ninguna relación significativa entre la depresión al inicio del tratamiento y la posterior recaída, si bien hay que señalar que estos mismos autores encontraron que los individuos con depresión mayor o menor, medidos con el Research Diagnostic Criteria (RDC), sí tenían más tasa de recaídas.

Una posible explicación a nuestros resultados puede ser, por una parte que los síntomas medidos a través del BDI, como se comprobó ya en el estudio anteriormente citado, no tienen que ver con la recaída, porque simplemente los síntomas de depresión medidos por este instrumento no son pronóstico de recaída, o bien puede ser porque los sujetos de nuestro estudio estaban especialmente "enganchados" y se pudo abordar en el tratamiento de una forma efectiva esos síntomas de depresión, en cualquier caso, este es un factor que no se ha valorado suficientemente a lo largo del tratamiento y por lo tanto esta cuestión queda en el aire. En cuanto al área legal no encontramos que la remisión desde lo legal, ni el estatus legal en el sentido de tener causas pendientes, ni la presión legal percibida por el sujeto, estuviesen relacionados con la recaída, mientras que otros estudios como el de Simpson y Sells (1982b) o el de Ogborne y Melotte (1977) señalan que un mayor historial delictivo, o un mayor número de arrestos aumentaba la probabilidad de recaída, estos autores también confirmaban que la ausencia de condenas mejora considerablemente el pronóstico; la diferencia de estos resultados puede ser debida a que no hemos estudiado el tipo de motivación que empuja al toxicómano a iniciar el tratamiento, excepción hecha de la remisión desde lo legal, por lo tanto puede ser que haya otro tipo de presiones que pueden estar influyendo y que difuminen la significación de la remisión desde lo legal en relación a la recaída en nuestra muestra.

No hemos estudiado la incidencia de los factores laborales sobre la recaída debido a que gran parte de los pacientes se encontraban todavía en tratamiento en Comunidad Terapéutica y una buena parte de los que habían abandonado no habían tenido tiempo aún para encontrar un trabajo y por lo tanto la muestra era insuficiente para realizar análisis estadísticos sobre el tema. Utilizando el método χ^2 no hemos encontrado una relación significativa entre el hecho de haber realizado tratamientos anteriores para la toxicomanía y la recaída ($\chi^2=0,87$, $p=0,35$). A continuación se expone en la Tabla 26 el tipo de tratamiento realizado con anterioridad y la relación con la recaída. Podemos apreciar una contingencia significativa entre el hecho de haber realizado algún tratamiento de comunidad terapéutica con anterioridad y la recaída ($\chi^2=3,86$; $p=0,049$), como se observa en la Tabla 27. Los sujetos que estuvieron en tratamiento en comunidad terapéutica con anterioridad, recaen con mayor frecuencia de la esperada, mientras que los pacientes que no han estado en CT antes recaen con menos frecuencia de la esperada.

Tabla 26. Tabla resumen entre el tipo de tratamiento anterior y la recaída.

| RECAÍDA | | | |
|-----------------------|----------|-------|--|
| TRATAMIENTOS | χ^2 | p | |
| Desintoxicación | 0,05 | 0,82 | |
| Antagonistas | 0,55 | 0,46 | |
| Metadona | 0,51 | 0,47 | |
| Comunidad Terapéutica | 3,86 | 0,049 | |
| Ambulatorio | 0,21 | 0,64 | |

TABLA 27. Tabla de contingencia entre inicio de un tratamiento. anterior en CT y recaída.

| | CT antes | No CT antes | Total |
|------------|----------|-------------|----------|
| Recaída | 10 (7) | 4 (7) | 14 33,3% |
| No recaída | 11 (14) | 17 (14) | 28 66,7% |
| Total | 21 50% | 21 50% | 42 |

() Frecuencias esperadas $\chi^2=3,86$; $p=0,049$

El hecho de que este tipo de sujetos que han estado anteriormente en un tratamiento de Comunidad Terapéutica, recaigan con mayor frecuencia, puede ser debido a que tras un fracaso anterior, tengan menos expectativas de cara al éxito del tratamiento.

3.3. ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES CON RECAÍDA.

El índice del AVE no se ha relacionado con la recaída. Tampoco hemos encontrado χ^2 significativas entre los diferentes AVE y la recaída, excepción hecha a la variable problemas económicos en la familia, donde sí encontramos una c^2 significativa con la variable dependiente ($\chi^2=6,396$; $p=0,011$).

Como observamos en la Tabla 28, en las familias en las que durante el seguimiento se dan dificultades económicas, la recaída del hijo toxicómano, es más frecuente de lo esperado, mientras que en las familias sin problemas económicos las recaídas son menos frecuentes de lo esperado, siendo la probabilidad del Test de Fisher también significativa para el nivel 0,05 ($p=0,026$).

TABLA 28. Tabla de contingencia entre los problemas económicos familiares durante el seguimiento y la recaída.

| | Probl. Económicos | Sin problemas | Total |
|------------|-------------------|---------------|--------|
| Recaída | 4 (1,5) | 9 (11,5) | 13 31% |
| No recaída | 1 (3,5) | 28 (25,5) | 29 69% |
| Total | 5 11,9% | 37 88,1% | 42 |

() Frecuencias esperadas $\chi^2=6,39$; $p=0,011$

Este dato confirma los resultados encontrados por estudios como el de Rhoads (1983) o Judson y Goldstein (1983) donde comprobaron que AVE, unidos a un bajo apoyo social se asociaban con la recaída. El hecho de que los problemas económicos en la familia estén asociados a la recaída en un tipo de problemática como es la toxicomanía, en la que el tema económico está en primera línea, por ejemplo en cuanto a la adquisición de la droga, se puede deber a que el toxicómano también sea mucho más sensible a la situación económica que pueda haber en la familia y que puede estar o no asociada a su consumo. El hecho de que los padres tengan problemas económicos puede ser un estresor para el toxicómano que ve la droga como una evasión para ese estrés, como un escape frente a la tensión que está sintiendo al ver a su familia con problemas económicos. Quizá también la familia si tiene problemas económicos pueda pensar en todo el dinero que se ha gastado el hijo en heroína, o en lo que el hijo ha robado a la propia familia y quizá pueda aumentar en ese sentido, a posteriori, las críticas negativas hacia el hijo que potencien la recaída.

3.4. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS CON ABANDONO.

Encontramos una relación significativa entre el sexo de los pacientes y el abandono del tratamiento. Abandonando las mujeres con más frecuencia de la esperada. Al observar la Tabla 29 vemos que mientras el 65,9% de los hombres permanecen en tratamiento a los nueve meses, la totalidad de las mujeres han abandonado ($\chi^2=7,97$; $p=0,0047$). Si bien este dato hay que tomarlo con reservas ya que sólo hay cinco mujeres (10,9%).

TABLA 29. Tabla de contingencia entre el sexo del paciente y el abandono de tratamiento.

| | Mujeres | Hombres | Total |
|-------------|---------|-----------|----------|
| Abandono | 5 (2,1) | 14 (16,9) | 19 41,3% |
| No abandono | 0 (2,9) | 27 (24,1) | 27 58,7% |
| Total | 5 10,9% | 41 89,1% | 46 |

() Frecuencias esperadas $\chi^2=7,97$ $p=0,0047$

Esta es la única variable sociodemográfica en la cual encontramos una relación significativa con el abandono de los pacientes y quizás una posible explicación para esta significación sea el hecho de que la frecuencia de mujeres en este programa es baja, están más aisladas en un grupo de hombres y puede ser que se sientan menos contenidas y reconocidas entre iguales. En un estudio de Aron y Daily (1976), una de las variables que incidían directamente en los índices de retención en las mujeres y no en los hombres era la de identidad, es decir, las mujeres que tenían problemas de identidad abandonaban con mayor frecuencia el tratamiento. Sería interesante estudiar la psicopatología de estas pacientes y el efecto que produce en ellas el encuentro con pocas mujeres en el programa.

Otro aspecto también interesante sería tener en cuenta el sexo de los terapeutas, para ver si los que han estado tratando a estas pacientes son más del sexo masculino o femenino y explorar cómo es la relación terapéutica, de todas formas en este programa recomendaríamos que se haga un estudio sobre las relaciones que se establecen entre las mujeres y el equipo terapéutico, para ver si hay algún factor inherente al programa que determine que las mujeres abandonen. A diferencia de lo afirmado por McFarlain y cols. (1977), no hemos encontrado que la edad sea un factor que incida en el abandono y coincidimos con otros estudios del DARP (Joe, 1976), donde se concluye que las características de los pacientes no son predictores fuertes de retención en tratamientos de Comunidad Terapéutica.

3.5. VARIABLES CLÍNICAS Y DE HISTORIA DE LA ENFERMEDAD CON ABANDONO.

Hemos hallado una relación significativa entre la gravedad según el DSM-III-R, y el abandono del tratamiento por parte del paciente ($\chi^2=6,81$; $p=0,009$; p del test de Fisher, 0,0085). Como se puede apreciar en la Tabla 30, los pacientes con un diagnóstico de gravedad moderada en el DSM-III-R, abandonaron con menor frecuencia de la esperada. De los 38 sujetos graves al inicio del tratamiento (82,6 % del total) la mitad abandonan, mientras que el 100 % de los ocho sujetos con drogodependencia moderada permanecen en tratamiento a los nueve meses.

TABLA 30. Tabla de contingencia entre gravedad del DSM-III-R con abandono.

| | DSM-III-R Moderada | DSM-III-R Grave | Total |
|-------------|--------------------|-----------------|----------|
| Abandono | 0 (3,3) | 19 (15,7) | 19 41,3% |
| No Abandono | 8 (4,7) | 19 (22,3) | 27 58,7% |
| Total | 8 17,4% | 38 82,6% | 46 |

() Frecuencias esperadas $\chi^2=6,81$ $p=0,009$

Si bien no hemos encontrado estudios que hablen de los criterios de drogodependencia del DSM-III-R como predictor de abandono, si que se ha demostrado que ciertos aspectos valorados en los criterios del DSM-III-R, como por ejemplo, la historia de abuso de drogas, inciden en el abandono, es decir, individuos con un historial de abuso de drogas más largo y frecuente, abandonan con mayor

frecuencia (Aron y Daily, 1976). También otros factores que se tienen en cuenta a la hora de evaluar la gravedad de la dependencia según criterios del DSM-III-R, como la socialización, se relacionan con el abandono, esto es, a menor socialización más abandono, como se puede constatar en un estudio del DARP (Simpson, 1979). Asimismo los desórdenes de conducta inciden directamente en el abandono (Kaminer y cols., 1992). El hecho de que todos los pacientes que abandonan presentaban una toxicomanía grave, mientras que los menos graves no abandonan puede estar asociado con lo que han comentado varios autores (Baekeland y Lundwall, 1975; Woody y cols., 1986) respecto a que los programas de CT plantean exigencias importantes para el sujeto y quizás el que no tengan una toxicomanía tan grave implica generalmente menos deterioro y más posibilidades de reinserción, parece que este tipo de pacientes pueden aguantar mejor en un programa.

Continuando con la variable de historia de la enfermedad del paciente y su relación con el abandono, hemos encontrado que el hecho de haber realizado tratamientos anteriores para la desintoxicación no tiene relación con el abandono, a diferencia de otros estudios donde sí encuentran que el haber hecho un mayor número de tratamientos previos reduce las posibilidades de completar otro (Siguel y Spillane, 1977). La ausencia de significación encontrada en nuestro estudio, puede ser debida, como ya hemos comentado antes, a que hay un buen número de pacientes que abandonaron y que nosotros no incluimos en nuestra muestra y habría que estudiar si esos sujetos tenían un historial importante de tratamientos anteriores, que podría hacer que nuestra muestra se inclinara significativamente hacia la relación tratamientos anteriores-abandono.

Analizando el área legal, encontramos los mismos resultados que ya referíamos respecto a la recaída, no encontramos ninguna relación en cuanto a las variables del área legal y el abandono, mientras que otros estudios (De Leon, 1988), sí han encontrado una relación entre estas variables y el abandono terapéutico, sin embargo, hay que señalar que este autor encontró que la relación entre la remisión desde lo legal y el abandono estaba relacionada, si se modulaba con la variable edad, es decir, los remitidos por vía legal abandonaban más si eran más jóvenes respecto a los que no eran remitidos por esta vía, mientras que los de más edad abandonaban menos que el resto, por lo que si no se tiene en cuenta la variable edad, la significación no se produce. En nuestro estudio no hemos podido controlar la variable edad en esta relación, puesto que no teníamos muestra suficiente de remitidos por vía legal. También puede ser, al igual que veíamos con la recaída, que al no haber estudiado otro tipo de motivaciones o presiones para realizar el tratamiento, estas puedan estar influyendo en la relación de las variables legales con el abandono.

En cuanto a la problemática médica sólo hemos valorado la presencia de anticuerpos VIH y la aparición de síntomas relacionados con el SIDA y no hemos encontrado que estas dos variables incidan sobre el abandono, si bien es cierto que sólo seis sujetos comenzaron a desarrollar los síntomas de la enfermedad en el seguimiento y no es muestra suficiente para sacar conclusiones sobre ello. Se ha descrito a nivel clínico la problemática o dificultades en la integración en el tratamiento de pacientes con anticuerpos VIH y con SIDA (Barton, 1986; Roldán y Berasategui, 1987; Perkins y cols, 1993), sin embargo, no hemos encontrado

estudios que hablen de la relación entre esta enfermedad y la tasa de abandonos terapéuticos. No se observan relaciones significativas o tendencias entre el abandono y la ansiedad o la depresión del paciente al inicio del tratamiento, tomando estas escalas tanto a nivel cuantitativo como en categorías. No hemos hallado tampoco relación entre el hecho de haber realizado tratamientos anteriores y el abandono ($\chi^2=0,08$, $p=0,77$). Tampoco hemos encontrado ninguna relación cuando se especifica el tipo de tratamiento realizado, como se puede apreciar en la Tabla 31.

Tabla 31. Tabla resumen entre el tipo de tratamiento anterior y el abandono.

| ABANDONO | | |
|-----------------------|----------|------|
| TRATAMIENTOS | χ^2 | p |
| Desintoxicación | 0,19 | 0,66 |
| Antagonistas | 0,30 | 0,59 |
| Metadona | 0,60 | 0,44 |
| Comunidad Terapéutica | 1,31 | 0,25 |
| Ambulatorio | 0,66 | 0,42 |

ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES CON ABANDONO.

No se ha encontrado relación entre el índice de AVE y el abandono, y dentro de los diferentes AVE la única relación significativa con el abandono, al igual que vimos anteriormente con la recaída, es la de la variable problemas económicos en la familia ($\chi^2=4,07$; $p=0,043$). Como se puede apreciar en la Tabla 32, en las familias con dificultades económicas durante el seguimiento, el abandono es más frecuente de lo esperado, mientras que en las familias sin problemas económicos los abandonos ocurren con menor frecuencia de la esperada. En esta tabla hay dos casillas con frecuencias esperadas menores de cinco y teniendo en cuenta que la probabilidad del test de Fisher es 0,065, no podemos hablar de relación significativa entre estas dos variables sino tendencia.

TABLA 32. Tabla de contingencia entre los problemas económicos familiares durante el seguimiento y el abandono.

| | Probl. económicos | Sin problemas | Total |
|-------------|-------------------|---------------|----------|
| Abandono | 4 (1,9) | 13 (15,1) | 17 38,6% |
| No abandono | 1 (3,1) | 26 (23,9) | 27 61,4% |
| Total | 5 12,8% | 39 87,2% | 44 |

() Frecuencias esperadas $\chi^2=4,07$; $p=0,043$

Este factor de las dificultades económicas que tienen las familias de los toxicómanos lo han señalado numerosos autores (Harbin y Maziar, 1975; Carbonell y Ríos, 1984) como un aspecto importante a tener en cuenta y volvemos a destacar que el tema de la economía en las toxicomanías y el sufrimiento que plantea a las familias y al propio toxicómano, es un estresor muy potente que incide, como ya hemos visto, en la recaída y en el abandono terapéutico, de manera que en los programas pensamos que habría que tener en cuenta el proporcionar algún tipo de apoyo para estas familias porque eso va a estar muy relacionado con el pronóstico del paciente.

4. RELACIÓN ENTRE RECAÍDA Y ABANDONO

Analizando la relación entre estas dos variables dependientes encontramos una significación muy alta, como se puede observar en la Tabla 33 ($c^2=16,42$; $p=0,00005$). Así tenemos que los sujetos que abandonan tratamiento, recaen con mayor frecuencia de la esperada, mientras que los pacientes que permanecen en tratamiento recaen con menos frecuencia de la esperada.

TABLA 33. Tabla de contingencia entre abandono y recaída en pacientes toxicómanos.

| | Abandonos | No abandonos | Total |
|------------|-----------|--------------|----------|
| Recaída | 12 (5,8) | 3 (9,2) | 15 34,1% |
| No recaída | 5 (11,2) | 24 (17,8) | 29 65,9% |
| Total | 17 38,6% | 27 61,4% | 44 |

() Frecuencias esperadas $\chi^2=16,42$; $p=0,00005$

Como vemos abandono y recaída son dos variables altamente relacionadas aunque no siempre se cumple que los sujetos que recaen son expulsados, porque esto sólo ocurre en dos de los 12 casos que recayeron y abandonaron y tampoco podemos asegurar que los sujetos que se mantienen en tratamiento no han tenido recaídas, porque en tres casos los pacientes consumieron heroína pero fueron recanalizados y no abandonaron el tratamiento; en uno u otro sentido lo que está claro es que un sujeto que recaer tiene más posibilidades de abandonar y que los sujetos que abandonan tienen más posibilidades de volver a consumir, estos datos están bien documentados en la literatura sobre abandono y recaída en

drogodependientes (Simpson, 1981; De Leon, 1984; Rounsaville y cols., 1986; Sánchez Carbonell y cols., 1988).

5. RESULTADOS SOBRE LA RELACION EMOCION EXPRESADA Y EL RESTO DE VARIABLES.

5.1. RELACIÓN DE EE CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

Centrándonos ahora en la madre, encontramos una relación significativa, entre la practica religiosa de la madre y la escala de Comentarios Críticos ($\chi^2=6,70$; $p=0,009$). Podemos observar que las madres católicas practicantes, son altas en CC con menor frecuencia de lo esperado, siendo las madres católicas no practicantes, altas en CC con más frecuencia de lo que se espera (Tabla 34).

TABLA 34.- Tabla de contingencia entre CC de la madre y práctica religiosa.

| | Católicas practicantes | Católicas no practicantes | Total |
|-------|------------------------|---------------------------|----------|
| ↑CC | 8 (12,1) | 11 (6,9) | 19 43,2% |
| ↓CC | 20 (15,9) | 5 (9,1) | 25 56,8% |
| Total | 28 59,1% | 16 40,9% | 44 |

() Frecuencias esperadas $\chi^2=6,70$ $p=0,009$

TABLA 35.- Tabla de contingencia entre HOS de la madre y práctica religiosa.

| | Católicas practicantes | Católicas no practicantes | Total |
|-------|------------------------|---------------------------|----------|
| ↑HOS | 7 (10,8) | 10 (6,2) | 17 38,6% |
| ↓HOS | 21 (17,2) | 6 (9,8) | 27 61,4% |
| Total | 28 63,6% | 16 36,4% | 44 |

() Frecuencias esperadas $\chi^2=6,04$ $p=0,014$

Encontramos también una relación significativa entre la Hostilidad de la madre y la práctica religiosa ($\chi^2=6,04$; $p=0,014$), consecuencia lógica de la alta correlación observada entre las escalas de CC y HOS en la madre. En la Tabla 35, se puede apreciar que la relación es del mismo sentido que el indicado para el nivel de CC.

Encontramos dos relaciones en las escalas de EE del padre en relación a la práctica religiosa:

- Si dicotomizamos la variable calor en el padre en calor bajo (donde se incluyen muy poco calor y algo de calor) y calor alto (calor moderado y calor moderadamente alto) y lo relacionamos de nuevo con la práctica religiosa del padre obtenemos una χ^2 significativa ($\chi^2=4,58$, $p=0,032$), como apreciamos en la Tabla 36. Los padres católicos no practicantes la frecuencia de calor bajo expresado es mayor que la esperada, mientras que la frecuencia de calor bajo expresado en padres católicos practicantes es menor de la esperada.

TABLA 36- Tabla de contingencia entre Calor del padre y práctica religiosa.

| | Católicos practicantes | Católicos no practicantes | Total |
|-------|------------------------|---------------------------|----------|
| ↑CA | 16 (12,6) | 8 (11,4) | 23 54,8% |
| ↓CA | 6 (9,4) | 12 (8,6) | 19 45,2% |
| Total | 22 52,4% | 20 47,6% | 42 |

() Frecuencias esperadas $\chi^2=4,58$ $p=0,032$

- Tomando esta escala de Comentarios Críticos forma cuantitativa, como número de CC, y utilizando la prueba t de Student encontramos una relación significativa ($t=-2,13$; $p=0,039$), como se puede observar en la Tabla 37. Los padres católicos no practicantes expresan en general mayor número de Comentarios Críticos hacia sus hijos toxicómanos que los padres católicos practicantes.

Tabla 37.-T-test entre el número de CC y la práctica religiosa del padre.

| | N | Media | DT | t | p |
|---------------------------|----|-------|------|-------|------|
| Católicos practicantes | 22 | 5,12 | 2,51 | -2,13 | 0,03 |
| Católicos No practicantes | 20 | 7,20 | 3,19 | | |

No hemos encontrado ninguna otra relación entre la EE del padre o de la madre, y características sociodemográficas de los padres, como edad, estudios, profesión y horas de contacto entre los padres y el hijo. Tampoco hemos observado relación con las variables sociodemográficas del paciente heroinómano, tales como sexo, edad, estudios, profesión y orden que ocupa entre los hermanos.

En resumen podemos afirmar que la única variable sociodemográfica relacionada significativamente con alguna escala EE es la práctica religiosa en padres y madres. En el caso del padre se relaciona con las escalas de comentarios críticos y calor siendo los padres católico practicantes más frecuentemente altos en calor y con menor número de comentarios críticos que el otro grupo de religión, mientras que en las madres, las escalas relacionadas con la practica religiosa son

comentarios críticos y hostilidad siendo las madres católicas practicantes menos hostiles y menos críticas que las no practicantes. Este resultado lo hemos encontrado también en otros dos estudios realizados en la Comunidad Autónoma Vasca entre EE y esquizofrenia (Pumar, 1994; Santos, 1995). Parece ser que el hecho de tener unas creencias firmemente establecidas (esto podría ser una posible explicación), hace que los padres puedan tomar una postura más estoica frente al problema del hijo toxicómano, más en el sentido de "es algo que Dios nos ha dado y que tenemos que llevar con resignación" mientras que la postura de los padres católicos no practicantes, quizás sea más crítica y más hostil y justifiquen menos el "destino" de tener un hijo toxicómano y cargar con él.

5.2. RELACIÓN DE EE CON VARIABLES CLÍNICAS Y DE HISTORIA DE LA ENFERMEDAD DEL DROGODEPENDIENTE.

No hallamos relación alguna entre las subescalas de EE y las variables clínicas del paciente tales como el diagnóstico de la drogodependencia según el DSM-III-R, la ansiedad, o la depresión, al inicio del tratamiento.

Tampoco hemos encontrado ninguna relación entre las escalas de EE de los padres y características de la historia de la enfermedad, como el tipo de sustancia consumida, los antecedentes delictivos, los tratamientos de la toxicomanía realizados con anterioridad. Tampoco se encontró relación cuando se especificaba el tipo de tratamiento.

Sin embargo, si utilizamos la combinación de escalas de EE de la madre que nos dio una mayor relación con el abandono (\downarrow CC y \uparrow CA), encontramos una relación significativa entre la EE de la madre definida con estas escalas y el hecho de haber realizado algún tratamiento con anterioridad ($\chi^2=6,06$: $p=0,014$; p de Fisher= $0,017$). Como se puede apreciar en la Tabla 38, en las madres altas en CA y bajas en CC, el número de sujetos que no han realizado ningún tratamiento con anterioridad es menor que el esperado, mientras que en las madres bajas en CA y/o altas en CC, hay más sujetos que han estado en algún tratamiento anterior.

TABLA 38- Tabla de contingencia entre tratamientos anteriores y EE de la madre con CC y CA.

| | Tratamientos anteriores | No Tratamientos anteriores | Total |
|-----------------------------------|-------------------------|----------------------------|----------|
| \downarrow CC y \uparrow CA | 20 (17,2) | 0 (2,8) | 20 46,5% |
| \uparrow CC y/o \downarrow CA | 17 (19,8) | 6 (3,2) | 23 53,5% |
| Total | 37 86% | 6 14% | 43 |

() Frecuencias esperadas $\chi^2=6,24$ $p=0,014$

Con esta misma combinación de escalas, apreciamos en la Tabla 39 una tendencia no significativa entre la EE de la madre y el hecho de haber realizado tratamientos de Comunidad Terapéutica (CT) con anterioridad en la misma dirección

que en la variable Tratamientos anteriores, es decir en madres altas en CA y bajas en CC, la frecuencia de sujetos que no han realizado ningún tratamiento de CT es menor de la esperada, mientras que es mayor la frecuencia de individuos que han estado en un programa de CT ($\chi^2=3,44$; $p=0,064$).

TABLA 39- Tabla de contingencia entre tratamientos de CT anteriores y EE de la madre con CC y CA.

| | Tratamientos de CT anteriores | No Tratamientos de CT anteriores | Total |
|-------------|-------------------------------|----------------------------------|----------|
| ↓CC y ↑CA | 13 (10) | 7 (10) | 20 45,5% |
| ↑CC y/o ↓CA | 8 (11) | 14 (11) | 22 54,5% |
| Total | 21 50% | 21 50% | 42 |

() Frecuencias esperadas $\chi^2=3,44$ $p=0,064$

En estos resultados vemos que las madres de hijos que habían realizado tratamientos anteriores son, con mayor frecuencia de lo esperado, bajas en CC y altas en Calor y habíamos visto también que en este tipo de madres las probabilidades de abandono del hijo eran mucho más elevadas que en el resto. Si bien no veíamos ninguna interacción entre el hecho de iniciar programas anteriores y el abandono, aquí si vemos una relación que podría incidir de alguna forma en la evolución posterior de cara al tratamiento; es decir las madres cuyos hijos han estado en otros tratamientos han tenido que luchar con pocos resultados, por lo que pueden estar más cansadas, tener menos expectativas de éxito y sentir que su esfuerzo vale poco.

No hemos encontrado ninguna otra relación entre la EE de la madre con CC y CA y el resto de variables tanto sociodemográficas, como clínicas o de historia de la enfermedad.

6. RELACIÓN ENTRE EE DEL PADRE (CC-CP) Y RECAÍDA, CONTROLANDO OTRAS VARIABLES SIGNIFICATIVAS

En este apartado se analiza la posible influencia de otras variables en la relación existente entre la EE del padre (definida por CC y CP) y la recaída, que como ya se explicó antes, es la más significativa de todas las encontradas entre EE y recaída.

Hay que señalar que al analizar la relación entre dos variables controlando una tercera, nos hemos encontrado con el problema de que la muestra no es suficientemente amplia y muchos de los subgrupos quedan muy reducidos. Queremos subrayar que hay que interpretar estos resultados con cautela y tomarlos como indicios más que como conclusiones.

6.1. EE-RECAÍDA, CONTROLANDO EDAD DEL PACIENTE.

En la Tabla 40 podemos apreciar que la relación CC-CP-recaída se mantiene significativa en los hijos con 24 años o menos ($\chi^2=8,92$ $p=0,0028$; Fisher $p=0,0049$) sin embargo cuando los hijos tienen 25 años o más, la intensidad de la relación disminuye ($\chi^2=4,07$ $p=0,044$) y deja de ser significativa (Fisher $p=0,068$), por lo que podemos afirmar que en los pacientes de mayor edad la incidencia de la EE del padre en la recaída, es menos intensa. La actitud emocional del padre, crítica (>8 CC) y ausente de CP influye de forma significativa en la recaída del hijo, si estos son menores de 25 años. Cuando el toxicómano es mayor de 25 años, ya hemos visto que el índice de recaídas es menor y además la influencia de la expresión emocional del padre en la recaída es también menor, aunque todos los que recayeron pertenecen a estos hogares \uparrow CC y \downarrow CP.

TABLA 40- Tabla de contingencia entre la EE del padre con CC y CP y recaída, controladas por la variable edad del paciente.

| | 25 años o más | | |
|------------|-----------------------------------|---------------------------------|----------|
| | \uparrow CC y/o \downarrow CP | \downarrow CC y \uparrow CP | Total |
| Recaída | 4 (2,2) | 0 (1,8) | 4 18,2% |
| No recaída | 8 (9,8) | 10 (8,2) | 18 81,8% |
| Total | 12 54,5% | 10 45,5% | 22 |
| | 24 años o menos | | |
| | \uparrow CC y/o \downarrow CP | \downarrow CC y \uparrow CP | Total |
| Recaída | 9 (5,8) | 1 (4,2) | 10 52,6% |
| No recaída | 2 (5,2) | 7 (3,8) | 9 47,4% |
| Total | 11 57,9% | 8 42,1% | 19 |

() Frecuencias esperadas

En definitiva, en hijos menores de 25 años, con padres altos en EE encontramos un 81% de recaídas, mientras que si los padres son bajos en EE solo recaen el 12%. Cuando los pacientes tienen 25 años o más la relación deja de ser significativa pero encontramos una tendencia que apunta en el mismo sentido de los resultados.

6.2. CONTROLANDO LA VARIABLE TRATAMIENTOS ANTERIORES EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Si analizamos la Tabla 41 podemos observar que la relación existente entre CC-CP del padre y la recaída, es menos intensa cuando el hijo ha realizado con anterioridad algún tratamiento de CT ($\chi^2=3,31$ $p=0,069$; Fisher $p=0,091$), es decir en hijos que han realizado con anterioridad tratamientos de CT, la incidencia de la CC-CP del padre sobre la recaída es de menor intensidad, mientras que cuando el hijo no ha realizado antes dichos tratamientos, la relación entre CC-CP y recaída se mantiene significativa ($\chi^2=6,11$ $p=0,013$; Fisher $p=0,026$). La reincidencia en tratamientos de CT por parte de los toxicómanos marca de forma significativa un mayor índice de recaídas y de hecho la CC-CP del padre pierde su significación con lo cual concluimos que el mejor predictor de recaída en toxicómanos es la CC-CP del padre, si el hijo no ha estado antes en CT. Los pacientes sin tratamientos anteriores, con padres altos en EE recaen en el 44% de los casos, mientras que si los padres son bajos en EE no recae ninguno. Cuando los pacientes no han realizado tratamientos anteriores la relación deja de ser significativa pero apreciamos una tendencia en la misma dirección de los resultados

TABLA 41- Tabla de contingencia entre la EE del padre con CC y CP y recaída, controladas por la variable realización con anterioridad de tratamientos de comunidad terapéutica.

| $\chi^2=3,31$ $p=0,069$ Fisher $p=0,091$ | Sí han realizado tratamientos de CT | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------|----------|
| | \uparrow CC y/o \downarrow CP | \downarrow CC y \uparrow CP | Total |
| Recaída | 8 (6,2) | 1 (2,8) | 9 47,4% |
| No recaída | 5 (6,8) | 5 (3,2) | 10 52,6% |
| Total | 13 68,4% | 6 31,6% | 19 |
| $\chi^2=6,11$ $p=0,013$ Fisher $p=0,026$ | No han realizado tratamientos de CT | | |
| | \uparrow CC y/o \downarrow CP | \downarrow CC y \uparrow CP | Total |
| Recaída | 4 (1,8) | 0 (2,2) | 4 20% |
| No recaída | 5 (7,2) | 11 (8,8) | 16 80% |
| Total | 9 45% | 11 55% | 20 |

() Frecuencias esperadas

6.3. CONTROLANDO LA PRÁCTICA RELIGIOSA DEL PADRE.

En la Tabla 42 podemos ver que la relación EE-recaída se mantiene altamente significativa cuando los padres son católicos practicantes ($\chi^2=8,57$ $p=0,0034$; Fisher $p=0,0054$), mientras que cuando los padres son católicos no practicantes ($\chi^2=4,20$ $p=0,040$) la relación deja de ser significativa, ya que la probabilidad del test de Fisher en este grupo es de 0,054. Veíamos cómo los padres católicos no practicantes eran más altos en CC que el otro grupo y parece ser que esta asociación es tan fuerte que su valor predictor de la recaída disminuye, al controlar la religión. Sin embargo en padres católicos practicantes donde es menos

probable que sean altos en CC, cuando los hay tienen gran valor predictor de recaída. En resumen, si los padres católicos practicantes tienen además alta EE, los hijos recaen en el 60 % de los casos, mientras que si son bajos en EE no recaen ninguno. Cuando los padres no son católicos practicantes la relación deja de ser significativa, pero apreciamos una tendencia en la misma dirección.

TABLA 42. Tabla de contingencia entre la EE del padre con CC y CP y recaída, controladas por la variable práctica religiosa del padre.

| | Católicos practicantes | | |
|------------|------------------------|-----------|--------|
| | ↑CC y/o ↓CP | ↓CC y ↑CP | Total |
| Recaída | 6 (3) | 0 (3) | 6 30% |
| No recaída | 4 (7) | 10 (7) | 14 70% |
| Total | 10 50% | 10 50% | 20 |

$\chi^2=8,57$ $p=0,0034$
Fisher $p=0,0054$

| | Católicos no practicantes | | |
|------------|---------------------------|-----------|--------|
| | ↑CC y/o ↓CP | ↓CC y ↑CP | Total |
| Recaída | 7 (4,8) | 1 (3,2) | 8 40% |
| No recaída | 5 (7,2) | 7 (4,8) | 12 60% |
| Total | 12 60% | 8 40% | 20 |

$\chi^2=4,20$ $p=0,040$
Fisher $p=0,054$

() Frecuencias esperadas

RESUMEN: Hemos estudiado si las variables que se relacionan con la recaída pueden estar mediatizando la asociación entre la emoción expresada por el padre y el índice de recaídas del toxicómano. Hemos hallado que la edad de inicio de la toxicomanía no es un factor que influye entre CC-CP y recaída. Sin embargo las otras tres variables a estudio (edad del paciente, tratamientos anteriores en CT y práctica religiosa del padre), sí mediatizan la relación entre la EE del padre y la recaída. Así la CC-CP del padre es un potente predictor de recaída cuando tenemos toxicómanos menores de 25 años y que no han estado antes en tratamiento de CT, mientras que en sujetos mayores y con tratamientos de CT anteriores, su valor predictor baja debido a que estos casos recaen más independientemente de la EE. En cuanto a la única variable relacionada con la EE del padre, la práctica religiosa, hemos visto que los padres católicos no practicantes son más altos en CC y más bajos en CP que los practicantes, en ambos grupos el índice de recaída es mayor en ↑CC y ↓CP, pero sobre todo si los padres son católicos practicantes.

Al estudiar la relación entre CC-CA de la madre y abandono de tratamiento, no hemos encontrado ningún dato concluyente de que existan variables que influyan en esta relación.

CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES TERAPEUTICAS.

A. Conclusiones sobre abandono

1. La Emoción Expresada familiar, la EE del padre o de la madre, compuestas por las tres subescalas que diversos autores han señalado como predictoras de recaída en esquizofrenia, no están relacionadas con el abandono de tratamiento del hijo toxicómano. No obstante encontramos relaciones significativas entre varias combinaciones de subescalas de EE de la madre y el abandono, sobre todo si la madre es alta en Calor y baja en CC. Hemos definido una alta EE como una puntuación de 3 o más en Calor y menos de 8 CC, ya que este índice de EE se asocia fuertemente a una mayor tasa de abandono de la Comunidad Terapéutica.

2. No hemos encontrado evidencia de que un nivel social desfavorable en la familia al inicio del tratamiento, valorado a través del nivel económico familiar y el hecho de que los padres sean inmigrantes, esté relacionado con el abandono del tratamiento por parte del hijo.

3. Entre las variables del paciente, no hemos encontrado que los pacientes más jóvenes abandonen más que el resto.

4. Tampoco se demuestra que los pacientes que manifiestan ansiedad, ni los que padecen depresión moderada o grave abandonen menos que los que no presentan estos síntomas.

5. Los pacientes con dependencia grave abandonan el tratamiento con más frecuencia que los que presentan una dependencia moderada.

6. No se demuestra que los sujetos remitidos por vía judicial al tratamiento o que tengan causas pendientes abandonen más frecuentemente que el resto.

7. No hemos encontrado que los pacientes que inicien el consumo de heroína a una edad más temprana abandonen más que el resto.

8. No se ha demostrado que los pacientes que han iniciado otros tratamientos con anterioridad abandonan menos que el resto. Esto es así tanto para el número total de tratamientos anteriores como para el tipo de tratamiento.

9. Los sujetos cuyas familias presentan acontecimientos vitales estresantes durante el seguimiento, no abandonan con más frecuencia que los que no los presentan.

B. Sobre recaída.

1. Tanto la Emoción Expresada familiar como la EE del padre, incluyendo las tres subescalas predictoras de recaída en esquizofrenia, están relacionadas con la recaída del hijo toxicómano, por otra parte la EE de la madre no está relacionada con la recaída del hijo ni de forma global ni por subescalas; en este sentido, en el padre encontramos que sólo los CP están relacionados significativamente con la recaída. También hallamos que varias combinaciones de subescalas de EE del padre son predictoras de recaída, sobre todo si el padre es alto en CC y/o bajo en CP.
2. No encontramos que el hecho de que las familias tengan un nivel socioeconómico desfavorable al inicio del tratamiento, sea predictor de recaída.
3. Los pacientes más jóvenes recaen con más frecuencia que los mayores.
4. Los toxicómanos que inician el consumo de heroína a una edad más temprana, recaen con más frecuencia que los que la inician más tarde.
5. La manifestación de ansiedad y/o de depresión moderada o grave al inicio del tratamiento no se relaciona con una mayor frecuencia de recaídas.
6. No se demuestra que los sujetos remitidos por vía judicial al tratamiento o que tengan causas pendientes recaigan más.
7. Respecto a la relación entre inicio de tratamientos anteriores y la recaída solo hemos encontrado que los sujetos con tratamientos anteriores de CT recaen más de lo esperado de forma significativa. No hemos hallado relación entre el número de tratamientos anteriores o otros tratamientos diferentes al de CT y la recaída.
8. Los sujetos cuyas familias presentan acontecimientos vitales estresantes, en general durante el seguimiento, no recaen con más frecuencia de la esperada, sin embargo cuando aparecen problemas económicos, recaen con más frecuencia que el resto.

Podemos concluir que los principales predictores de recaída y abandono terapéutico en toxicómanos son las actitudes de los padres hacia el hijo, por lo que resaltamos la importancia de realizar intervenciones familiares, dirigidas a cambiar estas actitudes y prevenir así el abandono y la recaída. Queda comprobada la capacidad predictora del constructo de "Emoción Expresada" (con la combinación de escalas empleadas en esquizofrenia) en las recaídas a los nueve meses en toxicómanos, así como el poder predictivo de diferentes combinaciones de subescalas del padre y en especial \uparrow CC y/o \downarrow CP mostrándose como el mejor predictor de recaídas de todas las variables estudiadas. También se demuestra que diferentes combinaciones de subescalas de EE de la madre predicen el abandono en pacientes drogodependientes que acuden a un centro de Comunidad Terapéutica y particularmente \downarrow CC y \uparrow CA en la madre como el mejor predictor de abandono, si bien las escalas tradicionales en esquizofrenia no se muestran predictoras de abandono.

Aparte de las variables familiares de EE, hemos encontrado que de las variables sociodemográficas sólo la edad del paciente es predictor de recaída; entre las variables de historia de la enfermedad se muestran predictoras la edad de inicio en el consumo y el hecho de realizar con anterioridad tratamientos de Comunidad Terapéutica; ninguna de las variables clínicas son predictoras de recaída en nuestra muestra; lo mismo ocurre con las variables del área legal, por lo tanto podemos concluir que en el área familiar es donde más predictores de recaída hemos encontrado.

Respecto al abandono, se muestran predictores la variable sexo del paciente, el hecho de haber realizado tratamientos anteriores y la gravedad de la dependencia del paciente, ninguna otra variable estudiada se ha mostrado predictor, con lo cual podemos concluir también, que las variables familiares de EE, son las que en mayor número y con mayor fuerza son predictores de abandono terapéutico en nuestra muestra de drogodependientes.

Es importante tener en cuenta que hay variables que mediatizan las relaciones EE-recaída y EE-abandono, en el primer caso; el paciente se ve más influido por esta relación cuando es más joven, o cuando no ha realizado con anterioridad tratamientos de Comunidad Terapéutica, o cuando la familia tiene problemas económicos durante el seguimiento, o si el padre es católico practicante. Es necesario valorar todas estas interacciones, de cara a realizar intervenciones.

Como limitación a la generalización de los resultados, es necesario reiterar que las consecuencias clínicas derivadas de ellos se pueden aplicar a familias cuyos hijos viven en casa con los dos padres y que realicen un programa de Comunidad Terapéutica específico. Tal vez sea más limitado el valor de las variables familiares en pacientes cuyas familias no cumplan estas características.

C. RECOMENDACIONES A NIVEL TERAPÉUTICO

Pasamos a continuación a exponerlas indicaciones terapéuticas derivadas de los resultados:

1. Respecto a la figura del padre nos planteamos un doble objetivo: por una parte, involucrarle dentro del proceso terapéutico ya que el papel del padre es fundamental para el proceso de rehabilitación del hijo toxicómano, y segundo conseguir que sea menos crítico y valore y refuerce más las conductas positivas del hijo, de cara a prevenir la recaída, mediante intervenciones en grupos de padres, grupos familiares, o terapias familiares.

2. Prestar especial atención a los sujetos más jóvenes o que hayan iniciado el consumo a una edad más temprana, porque van a consumir con más frecuencia, sería interesante mediante grupos de apoyo, favorecer la integración de este tipo de sujetos en el tratamiento y aumentar sus recursos ante situaciones de alto riesgo.

3. También sería importante estar especialmente atentos a sujetos que han realizado con anterioridad tratamientos de CT y realizar intervenciones específicas para elevar las expectativas de cara al éxito terapéutico, con el fin de impedir la recaída. Se podría reforzar este objetivo mediante programas de prevención de recaídas.

4. Otro aspecto importante, es el detectar familias con dificultades económicas a lo largo del tratamiento y suministrar un apoyo que minimice los efectos de este tipo de problemática.

5. En relación a la madre, el objetivo terapéutico para aumentar la retención, sería potenciar una actitud más firme hacia el hijo, en el sentido de que sea menos permisiva y más dura ante sus conductas negativas y ante un posible abandono de tratamiento por parte del hijo mediante intervenciones con grupos de padres, con el objetivo de suministrar un apoyo y cambiar sus actitudes de cara a que el hijo permanezca en tratamiento.

6. En relación a las intervenciones relacionadas con la retención, se debería intentar, como ya señalamos, que las mujeres toxicómanas, que suelen ser poco frecuentes, se sientan integradas en el grupo, para lo cual podría ser interesante mantenerlas unidas en las actividades del centro proporcionando así la identidad de grupo de referencia que pueda faltar y contar con mujeres terapeutas como figuras de identificación.

7. También es importante para aumentar la retención, proporcionar sesiones de apoyo a pacientes que tengan una dependencia grave y cuidar de forma especial su integración en el proceso terapéutico, mediante entrenamiento en habilidades sociales y en definitiva dotarles de recursos para afrontar las situaciones que se puedan dar en una comunidad terapéutica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón, C., Freixa, F., y Soler-Insa, P.A.(1981). Toxicomanías, un enfoque multidisciplinar. *Conducta humana*, 41, 3.
- Altman, H., Evenson, R., y Cho, D.W. (1978). Predicting length of stay by patients hospitalized for alcoholism or drug dependence. *Journal of Studies on Alcohol*, 39 (1), 197-201.
- American Psychiatric Association. (1988). *DSM-III-R Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 152-226. Barcelona: Masson (Traducción del original en inglés DSM-III-R Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third edition revised. Washington, DC: A.P.A., 1987).

- Anderson, C., Reiss, D., y Hogarty, G. (1986). *Schizophrenia and the family. A practitioner's guide to psychoeducation and management*. New York. The Guilford Press.
- Annis, H.M. (1990). Relapse to substance abuse: Empirical findings within a cognitive-social learning approach. *J. Psychoactive drugs*, 22: 117-124.
- Aron, W.S., y Daily, D.W. (1976). Graduates and splitees from therapeutic community drug treatment programs: A comparison. *The international journal of the addictions*, 11 (1), 1-18.
- Attardo, N. (1965). Psychodynamic factors in the mother-child relationships in adolescent drug addiction: A comparison of mothers of schizophrenics and mothers of normal adolescent sons. *Psychotehr. Psychosom.*, 13, 249-255.
- Baekland, F., y Lundwald, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 82 (5), 738-783.
- Baker, L.A., Galea, R.P., Lewis, B.F., y Paolantonio, P., (1989). Relapse prevention training for drug abusers. Special Issue: Relapse: Conceptual, research and clinical perspectives. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 2 (2), 173-192.
- Baker, T.B., Morse, E. y Sherman, J.E. (1989). The motivation to use drugs: A Psychobiological analysis of urges. In P.C. Rivers (ed.), *Nebraska Symposium on Motivation: Alcohol and addictive behavior*. Lincoln: University of Nebraska Press, 257-322.
- Bale, R.N., Cabrera, S., y Brown, J. (1977). Follow up evaluation of drug treatment. *American Journal Drug Alcohol Abuse*, 4, 233-249.
- Bale, N.R., (1980) Therapeutic Community vs Methadone Maintenance. A Prospective Controlled Study of Narcotic Addiction Treatment Design and On Year Follow-up. *Archives General of Psychiatri*, 37, Febrero.
- Barr, H., y Antes, D. (1981). *Factors related to recovery and relapse in follow up, final report of proyect activities grant #1H81 DA01864*. Washington, DC: National Institute on Drug Abuse.
- Barrio, F., Etxebarria, A., Martinez, B. y Txurimendi, M. (1985). Instrumentos para medir factores psicosociales y síntomas ansiosos y depresivos. En D. Paez (Dir.), *Salud mental y factores psicosociales* (pp.181-213), Madrid: Fundamentos.
- Barton, E. (1986). Approaches to treatment and coping with AIDS in a therapeutic Community. *Paper presented at the world conference of TC's at Elkistuna Sweden*.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 4, 53-63.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper y Row.

- Bell, M.D. (1985). Three therapeutic communities for drug abusers: differences in treatment environments. *The International Journal of the Addictions*, 20 (10), 1523-1531.
- Berger, H., y Smith, M.J. (1978). Voluntary versus prescribed termination of methadone maintenance. *British Journal of Addiction*, 73, 178-180.
- Berkowitz, R. (1984). Therapeutic intervention with schizophrenic patients and their families: a description of a clinical research project. *Journal of family therapy*, 6, 211-233.
- Birke, S.A., Edelmann, R.J., y Davis, P.E. (1990). An analysis of the abstinence violation effect in a sample of illicit drug users. *British Journal of Addiction*, 85 (10), 1299-1307.
- Bosch, M., Ferriz, P., y Sole Puig, J.R. (1985). *Seguimiento de 152 toxicómanos tras dos y cuatro años*. Barcelona: Cruz Roja de Barcelona.
- Bradley, B.P., Phillips, G., Green, L., y Gossop, M. (1989). Circumstances surrounding the initial lapse to opiate use following detoxification. *British Journal of Psychiatry*, 154, 354-359.
- Brown, S.A., Vik, P.W., y Creamer, V.A. (1989). Characteristics of relapse following adolescent substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 14 (3), 291-300.
- Brown, G.W., Monk, E.M. y Carstairs, G.M. (1962). The influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British Journal of Preventive Social Medicine*, 16, 55-68.
- Brown, G.W., y Birley, J.L.T. (1968). Crises and life changes and the onset of schizophrenia. *Journal of health and social behavior*, 9, 203-214.
- Brown, G.W., Birley, J.L.T., y Wing, J.K. (1972). Influence of family life in the course of schizophrenic disorders: A replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- Brown, G.W. y Rutter, M.L. (1968). The measurement of family activities and relationships. *Human relations*, 19, 241-263.
- Burling, T.A., Reilly, P.M., Moltzen, J.O., y Ziff, D.C. (1989). Self-efficacy and relapse among inpatient drug and alcohol abusers: A predictor of outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 50 (4), 354-360.
- Burt, M.R., Pines, S., y Glynn, T.J. (1979). *Drug abuse: his natural history and the effectiveness of current treatments*. Cambridge, Massachusetts: Scchenkman.
- Camí, J., y Ayesta, F.J. (1992). Farmacodependencia y abuso de drogas. En J. Florez, J.A. Armijo, y Mediavilla Edits., *Farmacología Humana* (pp. 491-494), Masson-Salvat.

- Campbell, B.K., y Stark, M.J. (1990). Psychopathology and personality characteristics in different forms of substance abuse. *The international journal of the addictions*, 25 (12), 1467-1474.
- Carbonell, C., y Ríos, B. (1984). *Familia y drogodependencia*. Madrid: Universidad Complutense, Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica.
- Casas, M. (1993). *Recaídas y Prevención de Recaídas*. Sitges. Ediciones Neurociencias. Citran.
- Catalano, R.F., Hawkins, J.D., Wells, E.A., y Miller, J.L. (1990-91). Evaluation of the effectiveness of adolescent drug abuse treatment, assessment of risks for relapse, and promising approaches for relapse prevention. Special Issue: Relapse prevention in substance misuse. *International Journal of the Addictions*, 25 (9A-10A), 1085-1140.
- Cattell, R.B., Eber, H.W., y Tatsuoka, M.M. (1970). *Handbook for the Sixteen Personality Factor Questionnaire (16PF)*. Champaign, Illinois: IPAT.
- Cazullo, C.L., Bertrando, P., Bressi, C., (1988). Emotività espressa e schizofrenia: studio prospettico di replicazione. *Notizie ARS* (Suppl. 3/88), 16-21.
- Charles-Nicolas, A., et Cordonnier, J.P. (1988). Le toxicomane et le Sida: Une nouvelle confrontation thérapeutique. (Drug addiction and AIDS: A new therapeutic confrontation.) Special Issue: AIDS and psychiatry. *Annales Medico Psychologiques*, 146 (3), 213-215.
- Comas, D., Carrón, J., Hernández, M.I., Nieva, P., y Silva, A. (1992). *Los estudios de seguimiento. Una experiencia metodológica*. Caracas: Fundamentos.
- Conde, V., y Franch, J.I. (1984). *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos ansiosos y depresivos*. Valladolid: Departamento de Psicología Médica del Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de Valladolid.
- Condelli, W.S. (1989). External pressure and retention in Therapeutic Communities. *International Journal of Therapeutic Communities*, 10, (4) 21-33.
- Condelli, W.S., y De Leon, G. (1993). Fixed and dynamic predictors of client retention in Therapeutic Communities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10, 11-16.
- Corty, E., Ball, J.C., y Myers, C.P. (1988). Psychological symptoms in methadone maintenance patients: Prevalence and C. overtreatment. *Journal of Con. and Clin. Psy.*, 56 (5), 776-777.
- Cowie, J., Cowie, V., y Slater, E. (1968). *Delinquency in girls*. London: Heinemann.
- Craig, R.J. (1984a). Can personality tests predict treatment dropouts?. *The international journal of the addictions*, 19 (6), 665-674.

- Craig, R.J. (1984b). Personality dimensions related to premature termination from an inpatient drug abuse treatment program. *Journal of clinical psychology*, 40, 351-355.
- Craig, R.J. (1985). Reducing the treatment drop out rate in drug abuse programs. *Journal of substance abuse treatment*, 2, 209-219.
- Craig, R.J., y Olson, R.E. (1988). Differences in psychological need hierarchy between Program completers and dropouts from a drug abuse treatment program. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 14 (1), 89-96.
- Craig, R.J., Rogalski, C., y Veltri, D. (1982). Predicting treatment dropouts from a drug abuse rehabilitation program. *The International Journal of the Addictions*, 17 (4), 641-653.
- Cummings, C., Gordon, J.R., y Marlatt, G.A. (1980). Relapse: Strategies of prevention and prediction. In W.S. Miller, (Ed.), *The addictive behaviors: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking, and obesity*. Oxford, UK: Pergamon Press.
- De Angelis, G.G., McCaslin, F.C., y Ungerleider. J.T. (1979). Drug use and employment patterns before and during treatment. *The International Journal of the Addictions*, 13 (8), 1183-1205.
- Daley, D., y Miller, J. (1989). *A parent's guide to alcoholism and drug abuse*. Newport, Rhode Island: Edgehill Publications.
- Daley, D.C. (1987). Relapse prevention with substance abusers: Clinical issues and myths. *Social Work*, 32 (2), 138-142.
- Daley, D.C. (1989). Five perspectives on relapse in chemical dependency. Special Issue: Relapse: Conceptual, research and clinical perspectives. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 2 (2), 3-26.
- DeJong, W. (1994). Relapse prevention: An emerging technology for promoting long-term drug abstinence. *The international Journal of the Addictions*, 29, (6), 681-705.
- De Leon, G. (1973). Phoenix house: Changes in psychopathological signs of resident drug addicts. *Arch. Gen. Psychiatry*, 28, 131-135.
- De Leon, G. (1974). Phoenix house: Psychopatological signs among male and female drug-free residents. *Addictive Disease: an International Journal*, 1 (2), 135-151.
- De Leon, G. (1980). *Therapeutic Communities: Training self-evaluation*. Final report of project activities under National Institute on Drug Abuse Grant No. H81-DAO1976, 226 pp.
- De Leon, G. (1984). Social and psychological adjustment of 400 dropouts and 100 graduates from the Phoenix House Therapeutic Community. *The Therapeutic*

Community: A study of effectiveness. Rockville Maryland: National Institute on Drug Abuse Treatment, Research Monographic Series.

- De Leon, G. (1988). Legal pressure in Therapeutic Communities. In C.G. Leukefeld, and F.M. Tims (Eds), *Compulsory treatment of drug abuse: Research and clinical practice*, (pp 160-175), New York: National Institute on Drug Abuse.
- De Leon, G. (1989). Retention in drug free therapeutic communities. Paper presented at the National Institute on Drug Abuse (NIDA) RAUS Technical Review Meeting on *Improving Drug Abuse Treatment*. National Institutes of Health, Bethesda Maryland, August 28-30.
- De Leon, G. (1990-91). Aftercare in therapeutic communities. Special Issue: Relapse prevention in substance misuse. *International Journal of the Addictions*, 25 (9A-10A), 1225-1237.
- De Leon, G., y Jainchill, N. (1982). Male and female drug abusers: Social and psychological status 2 years after treatment in a therapeutic community. *Am. J. drug alcohol abuse*, 8 (4), 465-497.
- De Leon, G., Jainchill, N. (1986). Circumstance, motivation, readiness and suitability as correlates of treatment tenure. *Journal of Psychoactive Drugs*, 18 (3), 203-208.
- De Leon, G., y Rosenthal, M.S. (1979). Therapeutic Community. In R. Dupont, A. Goldstein, and J.O'Donell (Eds), *Handbook on Drug Abuse*, Washington, DC: National Institute on Drug Abuse.
- De Leon, G., y Schwartz, S. (1984). Therapeutic communities: What are the retention rates?. *American Journal drug alcohol abuse*, 10 (2), 167-284.
- De Leon, G., Wexler, H., y Jainchill, N. (1982). The therapeutic Community: Success and improvement rates 5 years after treatment. *Int. J. of Addict.*, 17 (4), 703-747.
- Denoff, M.S. (1988). An integrates analysis of the contribution made by irrational beliefs and parental interaction to adolescent drug abuse. *The International Journal of the Addictions*, 23 (7), 655-669.
- Des Jarlais, D.C. (1987, May). *Current programs to prevent AIDS among intravenous drug users in New York City*. Comunicación presentada en las Jornadas sobre SIDA y Toxicomanías. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Des Jarlais, D.C., Joseph, H., y Schmeidler, J. (1983). Predicting post-treatment narcotic use among patients terminating from methadone maintenance. In (Eds.). *Evaluation of Drug Treatment Programs* (pp 57-68). Haworth press.
- Dole, V.P., y Joseph, H. (1978). Long-term outcome of patients treated with metadona maintenance. *Annals of the New York Academy of Science*, 311, 181.
- Dole, V. (1981). La conducta adictiva. *Investigación y ciencia*. 53, 68-75.

- D'orban, P.T. (1975). Criminality as a prognostic in opiate dependence. *Brit. J. Psychiat.*, 127, 86-9.
- Doweiko, H.E. (1989). The Sladen and Mozdierz AMA scale: A failed replication attempt. *International Journal of the Addictions*, 24 (5), 397-404.
- Dubinsky, M. (1986). Predictors of appointment non-compliance in community mental health patients. *Community Mental Health Journal*, 22 (2), 142-146.
- Duvall, H.J., Locke B.Z., y Brill, L. (1963). Follow up study of narcotic drug addicts five years after hospitalization. *Public Health Reports*, 78, 185-193.
- Eakes, S.P. (1989). A specialized relapse track within a residential treatment program. Special Issue: Relapse, conceptual, research and clinical perspectives. *Journal of chemical dependency treatment*, 2 (2), 209-224.
- Eldred, C.A., y Washington, M.N. (1976). Interpersonal relationships in heroin use by men and women and their role in treatment outcome. *The International Journal of Addictions*, 11, 117-130.
- Eldred, C.A., Brown, B.S., y Mahabir, C. (1974). Heroin addict clients' description of their families of origin. *The International Journal of Addictions*, 23, (7), 655-669.
- Ellis, R., y Stephens, R.C. (1977). The arrest history of narcotic addicts prior to admission: A methodological note. *Drug forum*, 5 (3), 211-224.
- Ellner, M. (1977). Marijuana use by heroin abusers as a factor program retention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45 (4), 709-710.
- Emmelkamp, P.M. y Heeres, H. (1988). Drug addiction and parental rearing style: A controlled study. *The international Journal of the addictions*, 23 (2), 207-216.
- Espina, A., García-Martín, E. (1993). Factores pronósticos de abandono terapéutico y recaída en heroinómanos. Una revisión. *Adicciones*, 5 (2), 185-204.
- Eynsenck, H.J. y Eynsenck, S.B.G. (1975). *Manual of the Eynsenck Personality Questionnaire (Junior and Adult)*. London: Hodder and Stughton.
- Falloon, I.R.H., Boyd, T.F., Mcgill, C.W., Razani, J., Moss, H.B., Gildemar, A.M., y Simpson, G.M. (1985). Family manegement in the prevention of morbidity of schizophrenia. Clinical outcome of a two-year longitudinal study. *Archives of general psychiatry*, 42, 882-896.
- Feigelman, W. (1987). Day-care treatment for multiple drug abusing adolescents: Social factors linked with completing treatment. Fifty-seventh Annual Meeting of the Eastern Sociological Society. *Journal of Psychoactive Drugs*, 19 (4), 335-344.

- Fernández, J.R., Pinazo, S., Berjano, E., Musitu, G., y García-Perez, F. (1990). *Personalidad y consumo de drogas*. Comunicación presentada en el II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Valencia.
- Foureman, W.C., Parks, R. y Gardin, T.H. (1981). The MMPI as a predictor of retention in a Therapeutic Community for heroin addicts. *International Journal of the Addictions*, 16, 893-903.
- Freixa, F., Soler, P.A. y otros. (1981). *Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinar*. Barcelona: Fontanella.
- García, M. (1986) *Aproximación a los factores psicosociales, sistémicos y de personalidad, desencadenantes, explicativos y de vulnerabilidad de la sintomatología depresiva en una comunidad rural*. Tesina de licenciatura. UPV. San Sebastián.
- Glaser, F.B. (1974). Splitting: Attrition from a drug-free therapeutic community. *Am. Journal of Drug Alcohol Abuse*, 1, (3), 329-348.
- Glynn, T.J., y Haenlein, M. (1988). Family theory and research on adolescent drug use: A review. *Journal of chemical dependency treatment*, 1, (2), 39-56.
- Gordon, A.M. (1978). Drug and delinquency: A four year follow-up of drug clinic patients. *Brit. J. Psychiat.*, 132, 21-26.
- Gori, E., Zardi, L., Clerici, y M., Garini, R. (1986). Follow-up s'etendant sur sept annees des jeunes toxicomanes apres traitement en une communaute therapeutique italienne. (Follow-up over a seven-year period of young drug addicts after treatment in an Italian therapeutic community). *Psychologie Medicale*, 18 (2) 283-286.
- Gorski, T.A. (1986). Relapse prevention planing: A new recovery tool. *Alcohol Helth Res World*, 11 (1), 8-11.
- Gorski, T.A. (1990). The Cenaps model of relapse prevention: Basic principles and procedures. *J. Psychoactive drugs*, 22, 125-133.
- Gossop, M. (1988). Addiction and after. *Brithis Journal of Psychiatry*, 152, 307-309.
- Gossop, M. (1978). Drug dependence: A study of the relationships between motivational, cognitive, social and hitorical factors, and treatmnet variables. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 166, 44-50.
- Gossop, M., Bradley, B., y Phillips, G.T. (1987). An investigation of withdrawal symptoms shown by opiate addicts during and subsequent to a 21-day in-patient methadone detoxification procedure. *Addictive behaviors*, 12, 1-6.
- Gossop, M., Green, L., Phillips, G., Bradley, B.P. (1989). Lapse, relapse and survival among opiate addicts after treatment: A prospective follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 154, 348-353.

- Gossop, M., Green, L., Phillips, G., Bradley, B. (1990). Factors predicting outcome among opiate addicts after treatment. *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 209-216.
- Gough, H.G., y Heilbrun, A.B. (1983). *The Adjective Checklist Manual*. Consulting Psychologist Press, Palo Alto California.
- Graña, J.L., Carroble, J.A.I., y García-Alvarez, A. (1990). *Modificación del estilo de vida en las adicciones*. comunicación presentada en el II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Valencia.
- Guardia, J., y González, S. (1983). Estudio de seguimiento (un año) de adictos a la Heroína. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, (10), 357-381.
- Guardia, J., Masip, J., y Viladrich, C. (1987). Estudio de seguimientos de adictos a la heroína a los tres años de su admisión a tratamiento. *Comunidad y Drogas*, 3, 61-79.
- Guerra, D. (1992). DSM-IV en marcha: ¿Qué hay de nuevo en los trastornos por abuso de sustancias?. *C. Med. Psicodom.*, 23, 67-69.
- Gutierrez, E., Escudero, V., Valero, J.A., Vazquez, M.C., Castro, A., Alvarez, L.C., Baltar, M., Blanco, J., Gonzalez, I., y Gomez, I. (1988). Expresión de Emociones y curso de la esquizofrenia: II Expresión de Emociones y curso de la esquizofrenia en pacientes en remisión. *Análisis y modificación de conducta*, 15, (40), 275-316.
- Haastrup, S., y Jepsen, P.W. (1988). Eleven year follow-up of 300 young opioid addicts. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77 (1), 22-26.
- Hall, S.M., Havassy, B.E., y Wasserman, D.A. (1990). Commitment to abstinence and acute stress in relapse to alcohol, opiates, and nicotine. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (2), 175-181.
- Hamilton, M.A. (1985). Síntomas y exploración de la depresión. En (Dir), *Psicopatología de los trastornos afectivos* (pp. 19-30). Madrid: Pirámide.
- Harb, J.J.J. (1986). El drogadicto y su familia. *Psicopatología*, 6 (4), 364-368.
- Harbin, H.T.; Maziar, H.M. (1975). The families of drug abusers: A literature review. *Family Process*, 14, 411-431.
- Hathaway, S.R., y McKinley, J.C. (1985). *Cuestionario de personalidad MMPI. Manual*. (5º Ed.).Madrid: TEA Ediciones, S.A. [Original work published 1940]
- Hatsukami, D. y Pickens, R.W. (1982). Posttreatment depression in an alcohol and drug abuse population. *American Journal of Psychiatry*, 139 (12), 1563-1566.
- Havassy, B.E., Hall, S.M., y Tschann, J.M. (1987). Social support and relapse to tobacco, alcohol, and opiates: Preliminary findings. 48th Annual Scientific Meeting of the

Committee on Problems of Drug Dependence (1986, Tahoe City, California). *National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series*, 76, 207-213.

Hawkins, J.D., y Catalano, R. (1985). Aftercare in drug abuse treatment. *International journal of the addictions*, 20 (6-7), 917-945.

Hawkins, J.D., Catalano, R., y Wells, F.A. (1986). Measuring effects of a skills training intervention for drug abusers. *Journal of consulting and clinical psychology*, 54 (50), 661-664.

Hawkins, J.D., y Fraser, M.W. (1987). The social networks of drug abusers before and after treatment. *The International journal of the addictions*, 22, 343-355.

Heather, N. y Stallard, A. (1989). Does the Marlatt model underestimate the importance of conditioned craving in the relapse process?. In M. Gossop (Ed.). *Relapse and addictive behavior*. London: Tavistock/Routledge.

Heit, D.S., y Pompei, K.F. (1977). Hypothetical Client retention factors in residential treatment. *Addict. Ther.*, 2 (1).

Henchy, T., Eckerson, B., y Paey, J.L. (1974). The relationship between age and/or negative experiences and success on a methadone maintenance program". *Int.J. Addict.*, 9, 221-227.

Holland, S. (1978). Gateway houses: Effectiveness of treatment on criminal behaviour. *The International J. of the Addictions*, 13 (5), 369-381.

Hooley, J. M., Orley, J., y Teasdale, J.D. (1986). Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 148, 642-647.

Hubbard, L.R., Rachal, V., y Graddock, S.G. (1983). Treatment Outcome Prospective Study (TOPS). Clients characteristics and behaviours before, during and after treatment. En *NIDA Drug Abuse Treatment Evaluation: Strategies, Progress and Prospects*. NIDA, Research monograph Series.

Hubbard, R.L., Rachal, J.V., Graddock, J.G., y Cavanaugh, E.R. (1984). Treatment Outcome Prospective Study (TOPS): Client characteristics and behaviors before, during and after treatment. In F.M. Tims, y J.P. Ludford (Eds.), *Drug Abuse Treatment evaluation: strategies, progress and prospects* (pp.42-68). National Institute on Drug Abuse. Research Monograph 51. DHHS Publ. ADM 84-1329.

Hunt, W.S., Barnett, L.W. y Branch, L.G. (1971). Relapse rates in addiction programs. *Journal of clinical psychology*, 27, 445-456.

Joe, G.W. (1976). 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.

- Joe, G.W., Person P.Jr., Sells, S.B., y Retka, R.L. (1972). An evaluative study of methadone and drug free therapies for opiate addiction. IBR Report N° 72-14. S.B. Sells (Ed.) *Evaluation of Treatment*. Ballinger Press, Cambridge. Massachusetts.
- Joe, G., Singh, B., Lehman,W., Simpson, D., y Sells, S. (1983). Agency differences in post-treatment outcomes: a follow-up of drug abuse treatment clients. *Internatinal Journal of Addiction*, 18, 523-538.
- Jones, R.E. (1973). *Discharge status of civilly committed addicts relative to commitment conditions, treatment program and sensation seeking tendencies*. Paper Presented at the Meeting of the Southeastern Psychological Association.
- Judson, B.A., y Goldstein, A. (1983). Episodes of heroin used during maintenance treatment with a stable dosage of acetyl- methadol (Methadyl-acetate, LAAM). *Drug and alcohol dependence*, 11, 271-278.
- Kalina, E. (1985). La familia del drogadicto. 15 años de Experiencias. Dossier: sobre las drogas. 2ª parte. *Clínica y Análisis Grupal*, 9, (37), 380-397.
- Kaminer, Y., Tarter, R.E., Buckstein, O.G., y Kabene, M. (1992). Comparison between treatment completers and noncompleters among dually diagnosed substance-abusing adolescents. *J. Am. Acad. Adolesc. Psychiatry*, 31, (6) 1046-1049.
- Karno, M. Jenkins, J., Selva, A., Santana, F., Telles, C., Lopez, S., y Mintz, J. (1987). Expressed emotion and schizophrenia outcome among mexican-american families. *The journal of nervous and mental disease*, 175, 143-151.
- Kaufman, E. (1987). Family structures of narcotics addicts. *The International journal of the addictions*, 16, 106-108.
- Kaufman, E. y McNaul, J.P. (1992). Recent developments in understanding and treating drug abuse and dependence. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, (3) 223-236.
- Kavanagh, D.J. (1992). Recent development in expressed emotion an schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 160, 601-620.
- Keegan, J.K., y Lachar, D. (1979). The MMPI as a predictor of early termination from polydrug abuse treatment. *Journal of personality assessment*, 43, (4), 379-385.
- Klingemann, H. (1991). The motivation for change from problem alcohol and heroin use. *British Journal of Addiction*, 86, 727-744.
- Kooyman, M., (1992). The success of the program: The Emiliehoeve evaluation study. In Swets y Zeitlinger Publishers, *The Therapeutic Community for addicts*, (Chapter 11) Amsterdam, Lisse, Berwyn, PA.
- Kornblit, A.L., Mendes, A.M., Bilyk, A., Di Marco, G., Gonzalez, J.L., y Frankel, D. (1989). Situaciones de riesgo en relación con la recaída en las conductas adictivas. *Fundación CEDRO. Serie Investigación*, 1, 1-32.

- Kosten, T.R., Jalali, B., Hogan, I.K., y Kleber, H.D. (1983). Family denial as a prognostic factor in opiate addict treatment outcome. *The Journal of N. and Mental Disease*, 171 (10), 611-616.
- Kosten, T.R., Rounsaville, B.J., y Kleber, H.D. (1986). A 2.5-year follow-up depression, life crises, and treatment effects on abstinence among opioid addicts. *Archives General of Psychiatry*, 43, 733-738.
- Kosten, T.R., Jalali, B., Steidl, J.H., y Kleber, H.D. (1987). Relationship of marital structure and interactions to opiate abuse relapse. *Am. J. drug alcohol abuse*, 13 (4), 387-399.
- Kosten, T.R., Rounsaville, B.J., y Kleber, H.D. (1987). Multidimensionality and prediction of treatment outcome in opioid addicts: 2.5 year follow-up. *Comprehensive psychiatry*, 28 (1), 3-13.
- Kosten, T.A., Kosten, T.R. y Rounsaville, B.J. (1989). Personality disorders in opiate addicts show prognostic specificity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 163-168.
- Kramer, J., y Cameron, D. (1975). *Manual de dependencia de las drogas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Kunz, D., Kremp, M., y Kampe, H. (1985). Darstellung des Selbstkonzeptes Drogenabhängiger in ihren Lebensläufen. / Self-concept variables in personal records of drug addicts. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 34 (6), 219-225.
- Leff, J., Wig, N, Ghosh, A., Beedi, H., Menon, D., Knipers, L., Korten, A., Ernberg, G., Day, R., Sartorius, N., y Jablensky, A. (1987). Influence of relatives expressed Emotion on the course of schizophrenia in Chandigarh. *British journal of psychiatry*, 151, 166-173.
- Leff, J.P., Kuipers, L. Berkowitz, R., Eberlein-Vries, R. y Sturgeon, D. (1982). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *British journal of psychiatry*, 141, 121-134.
- Leff, J.P., y Vaughn, C.E. (1981). The role of maintenance therapy and relatives' expressed emotion in relapse of schizophrenia: a 2-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 139, 102-104
- Leff, J.P., y Vaughn, C.E. (1985). *Expressed emotion in families: Its significance for mental illness*. N.Y.: The Guilford Press.
- Lehman, E.K.W., y Joe, G.W. (1987). Longitudinal behavior as a predictor of follow-up outcomes for opioid addicts. *Psychology of addictive behaviors*, 3, 173-184.

- Leukefeld, C.G., y Tims, F.M. (1989). Relapse and recovery in drug abuse: Research and practice. *The international journal of the addictions*, 24 (3), 189-201.
- Levy, N.M., y Tortelli, J.A. (1974). Methadone dropouts in a drug free therapeutic community. *Drug forum*, 3 (2), 155-160.
- Little, G.L., y Robinson, K.D. (1987). One day dropouts from correctional drug treatment II. *Psychological reports*, 60, 454.
- Llorente del Pozo, J.M., Gutierrez-Fraile, M., López de Arrollabe, E., Ruiz de Apocada, J. (1991). *Adicción a opiáceos: Factores asociados a la abstinencia desde un modelo cognitivo-conductual. Un estudio piloto*. Servicio Vasco de Salud, Osakidetza.
- Ludwig, A.M. (1986). The mystery of craving. *Alcohol Health Res.* 11 (1), 14- 17.
- Ludwig, A.M.; y Wikler, A (1974). "Craving" and relapse to drink. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 35, 108-130.
- Machado, M.J. y Girón, S. (1993). Perfil psicosocial y retención de heroinómanos en tratamiento ambulatorio. *Adicciones*, 5 (2), 109-125.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavioral change. In P. Davidson and S. Davidson (Eds.), *Behavioral Medicine: Changing Health lifestyles*. New York: Brunner/Mazel, 410-452.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. In G.A. Marlatt, G.A. y J.R. Gordon, J.R. (Eds.). *Relapse prevention* (pp 3-67). New York; The Guilford Press.
- McFarlain, R.A., Cohen, G.H., Yoder, J., y Guidry, L. (1977). Psychological test and demographic variables associated with retention of narcotic addicts in treatment. *The international journal of the addictions*, 12 (2-3), 399-410.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E., y O'Brien, C.P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patient. The Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 26-33.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E., O'Brien, C.P. y Druley, K.A. (1983). Predicting response to alcohol and drug abuse treatment: Role of psychiatric severity. *Arch. Gen. of Psychiatry*, 40, 620-625.
- McLellan, A.T., Childress, A.R., Griffith, J., y Woody, G.E. (1984). The psychiatrically severe drug abuse patient: Methadone maintenance or therapeutic community?. *Am. J. drug alcohol abuse*, 10 (1), 77-95.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Cacciola, J., Griffith, J., Evans, F., Barr, H.L., y O'Brien, C.P. (1985). New data from the Addiction Severity Index. Reliability and validity in three centers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173 (7), 412-423.

- McLellan, A.T., Luborsky, L., O'Brien, C.P., Barr, H.L., y Evans, F. (1986). Alcohol and drug abuse treatment in three different populations: Is there improvement and is it predictable? *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 12 (1 y 2), 101-120.
- Melgarejo, M., Sanahuja, P., Masferrer, J., Sala, LL., Perez, F., y Piña, L. (1988). Tratamiento de 182 heroinómanos y resultados: Seguimiento a un año (1985-86). *Fons Informatiu*, 13, 1-141.
- Miller, W., Hendrick, K.E., y Taylor, Ch.A. (1983). Addictive behaviors and life problems before and after behavioral treatment problem drinkers. *Addictive behaviors*, 8 (4), 403-412.
- Millon, T. (1977). *Millon Multiaxial Inventory*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Moise, R., Reed, B., y Conell, C. (1981). Women in drug abuse treatment programs: Factors that influence retention at very early and later stages in two treatment modalities. A summary. *Int. J. Addict.*, 16 (7), 1295-1300.
- Moline, R.A., Singh, S., Morris, A. y Meltzer, H. (1985). Family Expressed Emotion and relapse in schizophrenia in 24 urban american patients. *American journal of psychiatry*, 142, 1078-1081.
- Nahas, G.G. (1981). Classification pharmacologique des drogues susceptibles d'engendrer l'abus. *Bull. Stupefiants.*, 33 (2), 1-17.
- National Institute on Drug Abuse. (1981). Effectiveness of drug abuse treatment program. *Department of health and Human Services*, Publications nº (ADM) 81-1143.
- Niaura, R.S., Rohsenow, D.J., Binkoff, J.A. Monti, P.M., Pedraza, M., y Abrams, D.B. (1988). Relevance of cue reactivity to understanding alcohol and smoking relapse. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 133-152.
- Nieva, P. (1988) *Evolución de centros de tratamiento de la drogodependencia*. Tesis doctoral. UNED. Madrid.
- Nogueras, B., Mendivil, F., Eguiluz, I. y Gonzalez-Torres, M.A. (1993). El doble diagnóstico. Esquizofrenia y toxicomanía: Revisión de la literatura. *Psiquis*, 14 (3) 119-127.
- Norem-Hebeisen, A. et al. (1984) Predictors and concomitants of changes in drug use patterns among teenagers. *Journal of Social Psychology*, 124, 43-50.
- Nuechterlein, K.H. Snyder, K.S. y Dawson, M.E. (1986) Expressed Emotion, fixed-dose fluphenazine decaonate maintenance, and relapse in recent-onset schizophrenia. *Psychopharmacology Bulletin*, 22, 633-639.
- O.M.S. (1964). *Informe técnico Nº 273*. Ginebra.

- O'Connell, K.A., y Martin, E.J. (1987). Highly tempting situations associated with abstinence, temporary lapse, and relapse among participants in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (3), 367-371.
- O'Donell, J.A. (1964). A follow-up of narcotics addicts, morality, relapse and abstinence. *American journal of orthopsychiatry*, 34, 948-954.
- O'Brien, C.P., Woody, G.E., McLellan, A.T. (1984). Psychiatric disorders in opioid-dependent patients. *J. Clin. Psychiatry*, 45 (12), 9-13.
- Ochoa, E., Arias, F., Somoza, J.C., Vicente, N. y Jordá, L. (1992). Retención en un programa de tratamiento con Naltrexona: Dos años de seguimiento. *Adicciones*, 4 (3), 207-212.
- Ogborne, A.C., y Melotte, C. (1977). An evaluation of a therapeutic community for former drug users. *British Journal of Addiction*, 72, 75-82.
- Page, R.C., y Mitchell, S. (1988). The effects of two therapeutic communities on illicit drug users between 6 months and 1 year after treatment. *The International Journal of the Addictions*, 23 (6), 591-601.
- Panyard, C., Wolf, K.Y., y Dreachslin, J. (1979). Source of referral as an indicator of motivacional factors and treatment outcome with drug dependent clients. *International Journal of the addictions*, 1 (5), 645-656.
- Parker, G. y Johnston, P. (1988). Parental Expressed emotion as a predictor of schizophrenic relapse. *Archives of General Psychiatry*, 45 806-813.
- Pascual, J.M., Rubio, G., López, J.R., y Heras, F.J. (1989). Cambios en el comportamiento, en un grupo de adictos a las drogas por via parenteral tras la notificación de su seropositividad al VIH. *Rev. Psiquiátrica Fac. Barna*, 16 (1), 3-12.
- Penk, W.E., y Robinowitz, R.A. (1980). Test of voluntarism hipothesis among non volunteering opiate addicts who voluntarily return to the treatment. *Journal of abnormal psychology*, 89 (2), 234-239.
- Perkins, D.O, Davidson, J.D., Leserman, J., Liao, D.; y Evans, D.L. (1993). Personality disorder in patients infected with HIV: A controled study with implications for clinical care. *American Journal Psychiatry*, 150 (2), 309-315.
- Perkins, M.E. (1970). Survey of a methadone maintenance program. *American Journal of Psychiatry*, 126, 1389-1396.
- Perris, C., Jacobsson, L., Lindstrom, H., Von Knorrig, L., y Perris H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatr. Scand.*, 161, 265-274.

- Pittel, S.M., Weinberg, J.A., Grevert, P., y Sullivan, N. (1972). *Three studies of the MMPI as a predictive instruments in methadone maintenance*. Paper presented at the Fourth National Conference on Methadone treatment, USA.
- Powell, J.E., y Taylor, D. (1992). Anger depression and anxiety following heroin, withdrawal. *The international journal of the addictions*, 27 (1), 25-35.
- Prochaska, J.O. & Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteorético del cambio para conductas adictivas. En Casas, M., *Recaídas y prevención de recaídas*, Sitges. Ediciones en Neurociencias, (pp 85-136) Citran.
- Pumar, B. (1994) *Estudio correlacional entre Emoción Expresada y variables sociofamiliares y clínicas en la esquizofrenia*. Tesis doctoral, UPV, Facultad de medicina, Bilbao.
- Ravndal, E.; y Vaglum, P. (1991). Psychopathology and substance abuse as predictors of program completion in a therapeutic community for drug abusers: A prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83 (3), 217-222.
- Rhoads, D.A., (1983). Longitudinal study of life stress and social support among drug abusers. *International Journal of the Addictions*, 18, 195-222.
- Riordan, C.E., Mezritz, M., Slobetz, A., y Kleber,, H.D. (1976). Successfull detoxification from methadone maintenance. *SAMA*, 235, 2604-2607.
- Robertson, J.R., Bucknall, A.B.V., Skidmore, C.A., Roberts, J.J.K., y Smith, J.H. (1989). Remision and relapse in heroin users and implications for manegement: Treatment control or risk reduction. *The International Journal of the Addictions*, 24 (3), 229-246.
- Rogalski, C.J. (1990). The Addiction Severity Index: Predicting relationship to a hospital and a professional. *The international journal of the addictions*, 25 (2), 179-193.
- Roig-Traver, A. (1988). Posibles repercusiones de la infección por VIH en el tratamiento de los drogodependientes. ¿Cómo puede afectar a las CCTT?. *Rev. Esp. Drogodep.*, 13 (1), 25-40.
- Roldán, G., y Berasategui, A. (1987). *Incidencia sobre un grupo de pacientes y el equipo de trabajo del proceso de un paciente de SIDA en Comunidad Terapéutica*. Comunicación presentada en el II Congreso Mundial Vasco, San Sebastian.
- Rounsaville, B.J., Weissman, M., y Kleber, H.D. (1983). An evaluation of depression in opiate addicts. *Research in Community and Mental Health*, 3, 257-289.
- Rounsaville, B.J., Kosten, T.R. y Kleber, H.D. (1986). Long-term changes in current psychiatric diagnoses of traeted opiate addicts. *Comprehensive Psychiatry*, 27 (5), 480-498.

- Rounsaville, B.J., Kosten, T.R., Williams, J.B.W., y Spitzer, R.L. (1987). A field trial of DSM-III-R psychoactive substance dependence disorders. *Am. J. Psychiatry*, 144 (3), 351-355.
- Royo, J. (1990). *Estudio de seguimiento de adictos a la heroína dos años después de haber finalizado el programa de abstinencia en régimen de ingreso (Comunidad Terapéutica)*. Comunicación presentada en el IIº Congreso del Colegio Oficial de psicólogos, (pp. 239-251). Valencia.
- Sánchez-Carbonell, J., y Camí, J. (1986). Recuperación de heroinómanos. Definición, criterios y problemas de los estudios de Evaluación y Seguimiento. *Medicina Clínica*, 87 (9), 377-382.
- Sánchez-Carbonell, J., Camí, J., y Brigos, B. (1988). Follow-up of heroin addicts in Spain (EMETYST Project): Results 1 year after treatment admission. *British Journal of Addiction*, 83, 1439-1449.
- Sánchez-Carbonell, J., Brigos, B., Camí, J. (1989). Evolución de una muestra de heroinómanos 2 años después del inicio del tratamiento. (Proyecto EMETYST). *Medicina Clínica*, 92, 1-9.
- Sánchez-Carbonell, J. (1988). Conocimientos y valoración de las medidas y servicios de atención al toxicómano. *Comunidad y Drogas* 8, 9-24.
- Santos, A. (1995) *Factores familiares (Emoción Expresada) y su incidencia en la tasa de recaídas de pacientes esquizofrénicos*. Tesis doctoral. UPV. San Sebastián.
- Saunders, B., y Allsop, S. (1987). Relapse: A psychological perspective. Special Issue: Psychology and addiction. *British Journal of Addiction*, 82 (4), 417-429.
- Schonfeld, L., Roher, G., Dupree, L., y Thomas, M. (1989). Antecedents of relapse and recent substance use. *Community Mental Health Journal*, 25 (3), 245-249.
- Secades, R., Fernández-Hermida, J.R., y Fernández-Rodríguez, C. (1991). Estudio de los determinantes en las recaídas de los heroinómanos. *Rev. Esp. Drogodep.*, 16 (4), 285-293.
- Seldin, N.E. (1972). The family of the addict: A review of the literature. *The international Journal of the addictions*, 7 (1), 97-107.
- Selnow, G.W. (1985). Using a stratified approach in substance intervention and prevention programs among adolescents: An empirical analysis *Journal of drug education*, 15 (4), 327-341.
- Selnow, G.W. (1987). *Parent-child relationship and single and two parents families: Implications for substance usage*. New York: Baywood Publishing Co..
- Sells, S.B., Simpson, D.D., Joe, G.W., Demaree, R.G., Savage, L.J., y Lloyd, M.R. (1976). A national follow-up study to evaluate the effectiveness of drug abuse treatment: A

- report on cohort 1 of the DARP five years later. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 3 (4), 545-556.
- Sells, S.B., Simpson, D.D. (1987). Role of alcohol use by narcotic addicts as revealed in the DARP research on evaluation of treatment for drug abuse. *Alcoholism: Clinical and experimental research*, 11 (5), 437-439.
- Sheffet, A.M., Quinones, M.A., Doyle, K.M., Lavenhar, M.A., El Nakah, A., y Louria, D.B. (1980). Assesements of treatment outcomes in a drug abuse rehabilitation network: Newark, New Jersey. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 7 (2), 141-177.
- Shiffman, S. (1984). Cognitive antecedents and sequelae of smoking relapse crisis. *J. Appl. Soc. Psychol.* 14: 296-309.
- Shiffman, S. (1989). Conceptual issues in the study of relapse en M Gossop (Ed) *Relapse and addictive behaviour*, Kent, England: Groom Helm Ltd.
- Shiffman, S. (1992). Relapse process and relapse prevention in addictive behaviors. *The behavior therapist*, 9-11.
- Siddall, J.W. y Conway, G.L. (1988). Interactional variables associated with retention and success in residential drug treatment. *Int. Journal of the Addictions*, 23 (12), 1241-1254.
- Siguel, E.N., y Spillane, W.H. (1977). The client-oriented data acquisition process (CODAP-77). *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 4 (2), 201-221.
- Simpson, D.D., Savage, L.J. y Lloyd, M.R. (1979). Follow-up evaluation of treatment of drug abuse during 1969 to 1972. *Archives of General Psychiatry*, 36, 772-780.
- Simpson, D.D. (1979). The relation of time spent in drug abuse treatment to posttreatment outcome. *American Journal of Psychiatry*, 136 (11), 1449-1453.
- Simpson, D.D. (1981). Treatment for drug abuse: follow up outcomes and lenght of time spent. *Archives of General Psychiatry*, 38, 875-880.
- Simpson, D.D., y Sells, S.B. (1982a). Effectiveness of treatment of drug abuse: an overview of the DARP Research Program. *Adv. Alcohol Substance Abuse*, 2 (1), 7-29.
- Simpson, D.D., y Sells, S.B. (1982b). *Evaluation of drug abuse treatment effectiveness: summary of DARP, Follow-up research*. DHHS Publication No.(ADM) 82-1194. Washington DC: U.S. Government Printing Office, NIDA.
- Simpson, D.D. (1986). 12 years followup of opioid addicts treated in Therapeutic Community. In G. De Leon y J. Ziegenfuss (Eds.), *Therapeutic Comminities for addictions: Rearings in theory, research and practice*, (pp109-120), Springfield, IL: Charles C. Thomas.

- Sistema estatal de información sobre toxicomanías SEIT. (1992). *Informe de situación y memoria de actividades*. Delegación del Gobierno Vasco para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Stanton, M.D. (1978). Drugs and the family. *Marriage and Family review*, 2, (1), 2-10.
- Steward, G.T., y Waddell, K. (1982). *Attitudes and behaviour of heroin addicts and patients on methadone*. Paper presented at the Fourth National Conference on Methadone treatment, USA.
- Stimmel, M., Goldberg, J., Cohen, M., y Ratkopf, E. (1979). Detoxification for metadone maintenance: risk factors associated with relapse to narcotic use. *Annals of New York Academy of Sciences*, 311, 173-180.
- Stoker, A. y Swadi, H. (1990). Perceived family relationships in drug abusing adolescents. *Drug and alcohol dependence*, 25, 293-297.
- Sutker, P. (1976). Prediction of successful response to multimodality treatment among heroin addicts. *Int. Journal of the addicts.*, 11 (5), 861-879.
- Svanum, S.; y McAdoo, W.G. (1989) Predicting Rapid Relapse Following Treatment for Chemical Dependence: A Matched-Subjects Design. *Journal of Personality Assesment*, 27 (2), 222-226.
- Szmukler, C.L., Eisler, I., Russell, F.M., y Dare, C. (1985). Anorexia nervosa, parental expressed emotion and dropping out of treatment. *British Journal of Psychiatry*, 147, 265-271.
- Tarrier, N., Barrowclough, C., Vaughn, C., Bamrah, J.S., Porceddu, K., Watts, K., y Freeman, H. (1988). The community management of schizophrenia: A controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *British journal of psychiatry*, 153, 532-542.
- Tucker, J.A., Vuchinich, R.E., y Gladsjo, J.A. (1991). Environmental influences on relapse in substance use disorders. *The international journal of the addictions*, 25 (7A y 8A), 1017-1050.
- Tucker, J.A., Vuchinich, R.E., y Harris, C.V. (1985). Determinants of substance abuse relapse. In M. Galizio and S.A. Maisto (eds.), *Determinants of substance abuse: Biological, Psychological and environmental factors*. New York: Plenum, 383-421.
- Unnitahan, S., Gossop, M., y Strang, J. (1992). Factors associated with relapse among opiate addicts in an out-patient detoxification programma. *British journal of psychiatry*, 161, 654-657.
- Ungerer, J.C., Hartford, R.J., y Coloni, R. (1975). Identification of dropouts at the initial stage of drug abuse treatment. *Psychological reports*, 37, 945-946.

- Vaillant, G.E. (1966a). A twelve-year follow-up of New York Narcotic addicts: I the relation of treatment to outcome. *American Journal of Psychiatry*, 122, 727-737.
- Vaillant, G.E. (1966b). A twelve-year follow-up of New York Narcotic addicts: IV some characteristics and determinants of abstinence. *American Journal of Psychiatry*, 123, 573-585.
- Vaillant, G.E. (1973). A twenty-year follow-up of New York Narcotic addicts. *Archives General of Psychiatry*, 29, 237-241.
- Vaillant, G.E. (1988). What can long-term follow-up teach us about relapse and prevention of relapse in addiction?. *British Journal of Addiction*, 83, 1147-1157.
- Vaughn, C.E. y Leff, J.P. (1976a). The measurement of expressed emotion in families of psychiatric patients. *British Journal of S. and C.P.*, 15, 157-165.
- Vaughn, C.E., y Leff, J.P. (1976b). The influence of family and social factors of the course of psychiatric illness: a comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *B.J. of P.*, 129, 125-139.
- Vaughn, C.E., Snyder, K.S., Jones, S., Freeman, W.B., y Falloon, I.R.H. (1984). Family factors in schizophrenic relapse. Replication in California of British research of expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*, 41, 1169-1177.
- Vizcarro, C., Botella, J., y Ruiz Vargas, J.M. (1984). *Implicaciones del modelo de Vulnerabilidad a la esquizofrenia para la prevención de la cronicación de estos trastornos*. Comunicación presentada en el I Congreso de Evaluación Psicológica. Madrid.
- Vos, H.P. (1989). Denial of the inner reality: Observations on drug abuse and addiction based on psychotherapies after treatment in a therapeutic community in the Netherlands. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6 (3), 193-199.
- Vuchinich, R.E., y Tucker, J.A. (1988). Contributions from behavioral theories of choice to an analysis of alcohol abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 181-195.
- Wallace, B.C. (1989). Psychological and environmental determinants of relapse in crack cocaine smokers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6 (2), 95-106.
- Weddington, W.W. (1990-91). Towards a rehabilitation of methadone maintenance: Integration of relapse prevention and aftercare. Special Issue: Relapse prevention in substance misuse. *International Journal of the Addictions*, 25 (9A-10A), 1201-1224.
- Weidman, A. (1987). Family therapy and reductions in treatment dropout in a residential therapeutic community for chemically dependent adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 4 (1), 21-28.
- Weissman, M.M. (1975). The assessment of social adjustment: A review of techniques. *Arch. Gen. Psychiatry*, 32, 357-365.

- Weissman, M.M., y Bothwell, S. (1976). Assessment of social adjustment by patient self-report. *Arch. Gen. Psychiatry*, 33, 1111-1115.
- Weissman, M.M., Prusoff, B.A., Thompson, W.D., Harding, P.S. y Myers, J.K. (1978). Social adjustment by self-report in a community sample and in psychiatric outpatient. *The journal of nervous and mental disease*, 166, (5), 317-326.
- Wexler, H., y De Leon, G. (1977). The therapeutic Community: multivariate prediction of retention. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 4 (2), 145-151.
- Wheeler, G.L., Beck, N.C., Manderino, M., Tackett-Nelson, S., y Gamache, M. (1984). Prediction of potential against medical advice discharges in psychiatric settings. *Issues in Mental Health Nursing* 6, 163-172.
- Wilson, S. (1978). The effect of treatment in a therapeutic community on intravenous drug abuse. *British Journal of Addiction*, 73, 407-411.
- Wilson, S., y Mandelbrote, B. (1978). The relationship between duration of treatment in a therapeutic community for drug abusers and subsequent criminality. *Brit.J. Psychiatry*, 132, 487-491.
- Williams, M.T., y Roberts, C.S. (1991). Predicting length of stay in long-term treatment for chemically dependent females. *International Journal of the Addictions*, 26 (5), 605-613.
- Winick, C. (1962). Maturing out of narcotic addiction. *UN Bulletin on Narcotics*, 14, 1-8.
- Woody, G.E., McLellan, A.T., Luborsky, L., y O'Brien, C.P. (1985). Sociopathy and Psychotherapy outcome. *Arch. Gen. psychiatry*, 45, 1081-1086.
- Woody, G.E., McLellan, A.T., Luborsky, L., O'Brien, C.P. (1986). Psychotherapy for substance abuse. *Psychiatric Clinic of North America*, 9 (3), 547-562.
- Zubin, J., y Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of Schizophrenia. *Journal of abnormal psychology.*, 86, 103-126.
- Zubin, J., y Steinhauer, S. (1981). How to break the logam in Schizophrenia. A look beyond genetics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 477-492.
- Zuckerman, M., Sola, S., Masterson, J., y Angelone, J.V. (1975). MMPI patterns in drug abusers before and after treatment in therapeutic communities. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 43 (3), 286-296.
- Zung, W. (1965). A self-Rating depression scale. *Arch. Gen. Psychiat.* 12, 63-70.

