

### **FACTORES PRONOSTICOS DE ABANDONO TERAPEUTICO Y RECAIDA EN HEROINOMANOS. UNA REVISION.**

Espina Eizaguirre, A.\*; García Martín, E.\*\*

(\*) Psiquiatra y Psicoterapeuta. Prof. Titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad del País Vasco.

(\*\*) Terapeuta Familiar. Becario del Ministerio de Educación y Ciencia. Universidad del País Vasco.

Enviar correspondencia a: Alberto Espina Eizaguirre. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco. Apartado 1249. 20080 San Sebastián.

**RESUMEN:** Se hace una revisión de los conceptos de abandono terapéutico y recaída en toxicómanos. Además también se revisan los estudios empíricos realizados para estudiar los factores asociados al abandono terapéutico y la recaída. Concluyendo, a pesar de las deficiencias metodológicas encontradas en varios de los estudios, existen factores predictores de abandono y recaída en varias de las áreas estudiadas (personalidad, psicopatológica, legal, consumo, sociolaboral y familiar y tratamiento) y los resultados de este tipo de estudios pueden ayudar a mejorar significativamente los programas para toxicómanos.

**Palabras clave:** Abandono, Recaída, pronóstico, heroinómano.

**SUMMARY:** The present paper reviews the concepts of "treatment drop-outs" and "relapse" in opiate addicts. It furthermore examines the empirical papers that have studied factors associated with treatment drop-outs and relapse. In spite of methodological shortcomings observed in a certain number of these studies, it has been concluded that factors predictive of drop-outs and relapse exist in several areas which were studied (those involving Personality, Psychopathology, Law, Use of drugs, Social Work and Family relationships, and Treatment) and that the findings obtained in studies of this kind can help to achieve a significant improvement in programmes designed to assist drug addicts.

**Key Words:** Dropout, Relapse, Prognostic Factors, Opiate addicts.

## 1. INTRODUCCION

Para intentar aprehender el fenómeno de las drogodependencias es necesario situarse en una óptica sistémica que nos permita observar la multitud de factores que en dicho fenómeno confluyen y las complejas relaciones que se establecen y que dificultan enormemente su abordaje.

Desde el punto de vista terapéutico, el alto porcentaje de abandonos y recaídas en los diferentes programas para politoxicómanos adictos a la heroína, obliga a estudiar detenidamente los factores pronósticos; y ello con varios objetivos: En primer lugar conviene desterrar el "mito de la uniformidad" del toxicómano, pues ha llevado a intentar adaptar al toxicómano a tratamientos estandarizados, lo cual ha favorecido el "via crucis" de programas por parte de toxicómanos "resistentes" o "poco motivados" al cambio.

Siguiendo la pregunta de Paul (1) "¿qué tratamiento administrado por qué terapeuta es más eficaz para un individuo concreto, con un problema específico y en qué circunstancias?", el conocimiento de los factores predictores de abandono y recaída nos permitirán adecuar los tratamientos, elaborando subprogramas o derivándolos a otros programas más adecuados para un sujeto dado y "sus circunstancias".

En segundo lugar, el conocimiento de las variables predictoras de abandono nos permitirán mejorar los programas, favoreciendo la retención

mediante técnicas específicas.

Y en tercer lugar, el conocer las variables predictoras de recaída servirá para plantear, no solo cambios tácticos, como el uso de técnicas específicas, sino cambios estratégicos que enriquezcan el abordaje global de las toxicomanías.

## 2. SOBRE LOS CONCEPTOS DE ABANDONO Y RECAIDA.

### 2.1. El concepto de recaída.

Una de las cuestiones fundamentales que necesitan ser resueltas es cómo definir las recaídas. Para Leukefeld & Tims (2) se trata de un fenómeno complejo, un proceso gradual que como tal presenta cuestiones de criterio. Marlatt (3) desarrolla una teoría sobre el proceso de recaída que pone énfasis en los factores cognitivos, afectivos y situacionales que pueden potenciar la recaída. Esta vendría dada, en primer lugar, 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. Marlatt distingue la RECAIDA (relapse) que hace referencia al consumo continuado y compulsivo de la droga, un completo retorno al abuso de la substancia (heroína) posterior a un período de abstinencia, del LAPSO O

CAIDA (lapse) que es un episodio singular de abuso de sustancia, un leve error o desliz.

Según Siffman (4), 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.

Para Catalano et al. (5), la recaída puede ser definida como un evento discreto que ocurre con el simple uso de una droga, 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 (DSM-III-R, u otros).

Gossop et al. (6) 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 6 meses después, alrededor de la mitad de la muestra permanecía abstinentes.

Para Siffman (7) las principales tendencias que han marcado en la última década una aproximación conductual a la recaída son: 1) Hoy se reconoce que el cambio conductual del tratamiento y la prevención de recaídas son procesos diferentes y requieren abordajes

distintos. 2) 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. 3) La recaída se ve afectada por una multitud de variables, incluyendo los estilos de vida, la presión social, la autoeficacia, el stress, el coping, el apoyo social, y la motivación. 4) Los procesos de recaída pueden ser genéricos en diferentes conductas adictivas.

Otro aspecto importante son los modelos explicativos de la recaída, Tucker et al. (8) revisan los principales y resaltan los siguientes:

- 1<sup>º</sup>) Modelos de Afrontamiento del Estrés (Marlat & Gordon, (9); Siffman, (4)). En este modelo se pone el énfasis, por un lado en el interjuego entre la recaída y los factores de riesgo (percepción del stress, afectos negativos, expectativas positivas frente al uso de sustancias) y por el otro en la recaída y los factores protectores (habilidades de afrontamiento, autoeficacia). El consumo posterior dependerá de la percepción del grado de estrés o amenaza, la expectativa del uso de sustancia como una respuesta de afrontamiento viable, y la disponibilidad de respuestas alternativas de afrontamiento.
- 2<sup>º</sup>) Modelos Motivacionales-Condicionados. (Ludwig & Wikler, (10); Baker et al. (11); Niaura et al., (12)). El uso de sustancias sería iniciado y mantenido por la activación de estados motiva-

cionales que dirigen la conducta hacia la consecución de una sustancia específica. Existen 2 tipos generales de modelos motivacionales: 1) La principal motivación sería escaparse de, o evitar, la retirada de los síntomas de la droga, y 2) la principal motivación sería experimentar los efectos positivos de la sustancia. Los estados motivacionales están relacionados con el contexto medioambiental, de manera que el uso de sustancias después del tratamiento puede ocurrir si el individuo se encuentra en un contexto relacionado con el uso de sustancias y que activa el estado motivacional. Si la activación es intensa y prolongada es probable que se produzca una recaída (relapse), si por el contrario es poco intensa y de corta duración es probable que se produzca una caída (lapse). Otro aspecto importante es que el primer modelo se relaciona con el estado afectivo negativo, y el segundo con el estado afectivo positivo.

3<sup>a</sup>) Modelo de Elección Conductista (Tucker, Vuchinich, & Harris, (13); Vuchinich & Tucker, (14)). Esta teoría afirma que el uso de drogas y alcohol está directamente relacionado con la accesibilidad de la sustancia, e inversamente con la disponibilidad de refuerzos alternativos. Con respecto a la recaída, el uso de sustancias después del tratamiento ocurrirá hipotéticamente cuando el sujeto entre en contacto con un con-

texto medioambiental en el cual la sustancia esté inmediatamente disponible, y cuando en ese contexto no existan actividades alternativas disponibles. El modelo además predice que el uso de sustancias asociado a la primera condición puede ser menos severo (lapse) que asociado a la condición posterior (relapse).

Como hemos señalado, hay diferencias substanciales en la definición de recaída, pero quizás el mayor obstáculo reside en operarizar el término y esta dificultad se manifiesta en dos direcciones: qué intervalo de tiempo vamos a utilizar 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 se centran en los 30 días antes de la recogida de información (McLellan et al., (15); Guardia et al., (16), (17) y (18) y otros analizan los dos meses anteriores (Secades et al. (19)). Robertson (20) critica este tipo de estudios pues dan información sobre el final de un período de tiempo, pero dicen muy poco o nada sobre lo que ha ocurrido durante ese tiempo.

En cuanto al segundo punto tampoco hay un criterio común. En España Secades et al. (19) valoran la presencia de recaída si existe un mínimo de tres consumos en dos meses. Guardia et al. (17) hablan de "situación desfavorable" en el mes anterior a la recogida de información, si el paciente ha tenido algún consumo de opiáceos, o bien no ha

habido consumo pero sí de alcohol o de otras drogas y/o problemas con la justicia. Para Royo Isach (21), la situación del toxicómano es desfavorable si consume heroína en la actualidad o está ingresado en régimen penitenciario o ha fallecido.

Robertson (20) estructura el seguimiento por períodos mensuales y expone 4 categorías: (1) abstinencia, sin uso de heroína, 2) No dependencia, menos de un consumo diario 3) dependencia, al menos un consumo diario, y 4) mantenimiento, prescripción de uso de opiáceos solo.

Lehman & Joe (22) operativizan con bastante exactitud las diversas situaciones en las que se pueden encontrar los toxicómanos en el seguimiento, y distinguen entre:

1<sup>a</sup>) Abstinencia inmediata. No más de un consumo al mes en cualquier momento del seguimiento, estar en tratamiento no más de los últimos 4 meses durante el período del seguimiento, el consumo de drogas no opiáceas es menos que diario en el último año, el consumo de alcohol menor a 8 onzas (250 gr) por día durante el mes precedente a la entrevista de seguimiento, y la estancia en cárceles inferior al 50% del período de seguimiento.

2<sup>a</sup>) Abstinencia aplazada. El consumo de opiáceos es menor de una vez a la semana durante el período de seguimiento, tiene por lo menos algún consumo semanal de opio durante el período de seguimiento o su estancia en tratamiento es superior a 4 meses

durante el seguimiento, no hay un fuerte uso diario de no-opiáceos durante el último año o un fuerte consumo de alcohol (8 onzas por día) durante el mes anterior a la entrevista y el tiempo pasado en la cárcel es inferior al 50% del período de seguimiento.

3<sup>a</sup>) Uso continuado. Un promedio de consumo mínimo de una vez a la semana durante el período de seguimiento, consumo de opiáceo en cada uno de los 7 últimos meses del último año, y ha estado en la cárcel menos del 50% del período de seguimiento.

4<sup>a</sup>) Sustitución por no opiáceos o alcohol. Uso de no opiáceos diariamente durante el último año o consumo fuerte de alcohol (8 onzas o más) durante el mes anterior a la entrevista de seguimiento, el promedio de consumo de opiáceos durante el período de seguimiento es inferior a uno a la semana, no hubo consumo diario de opiáceos durante el último año, y el tiempo pasado en la cárcel es inferior al 50% del seguimiento.

5<sup>a</sup>) Problemas especiales. Encontramos calificaciones del grupo dos o del grupo cuatro, pero hay un consumo diario durante el último año, o el tiempo de estancia en la cárcel es superior al 50% del período de seguimiento.

En síntesis creemos que 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.

## 2. 2. Concepto de Abandono.

En la definición del concepto de abandono terapéutico, no hay tanta disparidad de criterios como los encontrados entre los diferentes autores en el concepto de recaída.

Según Craig (23), el proceso de abandono de tratamiento es común en todos los programas de abuso de drogas, programas de mantenimiento con metadona, con naltrexona o comunidades terapéuticas; Este autor aborda 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 (24) define 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, Joseph, Dole & Schmeidler (25), clasificaron en 3 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, y el equipo cree que es necesario que siga en el mismo. Craig (23) lo define como Alta en contra del consejo médico (AMA).
- 3) Tratamiento completo (alta). Cuando el paciente deja el tratamiento y el equipo cree que está preparado para dejarlo.

Con algunas ligeras diferencias, casi todos los autores están de acuerdo con estos criterios. y también coinciden en la importancia de la detección y estudio de variables que puedan influir en la recaída y abandono terapéutico, con el fin de prevenir estos procesos.

Ellis y Stephens (26), señalan que varios aspectos importantes de la evolución del adicto, como son el uso de drogas, el empleo, la criminalidad, las relaciones familiares, etc, deberían ser revisadas, no como un grupo de variables criterio separadas, sino como un conjunto de variables con una funcionalidad interdependiente.

Respondiendo a esta necesidad, McLellan et al. (27) construyeron el Addiction Severity Index (ASI) que es una entrevista 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. Este instrumento ha cubierto un vacío importante y son múltiples los trabajos que se han realizado con él (McLellan et al, (15); Kosten et al, (28) y (29); Rogalski, (30),; Rounsaville et al, (31) y (32); etc).

## 3. FACTORES PRONOSTICOS DE ABANDONO Y RECAIDA.

Vamos a revisar algunos estudios sobre factores pronósticos de abandono y recaída, separando las diferentes áreas afectadas y/o que afectan a la drogadicción.

Es importante señalar que muchos de los estudios realizados son pobres, metodológicamente hablando, y la variedad de toxicómanos y de programas investigados no permiten generalizar 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.

### 3.1. Area personalidad.

Son numerosos los estudios realizados sobre la personalidad del toxicómano, ya sea intentando descubrir características asociadas la abandono y recaída, como al pronóstico en las diferentes áreas que evalúa el ASI. En estos estudios encontramos resultados contradictorios, algunos concluyen que sí existen variables de personalidad predictoras, mientras que otros lo niegan.

Respecto al abandono tenemos los estudios de los siguientes autores: Ungéer (33), el cual afirma que los toxicómanos que piden entrar en un programa terapéutico y no lo hacen al fin son menos realistas en sus aspiraciones de éxito y menos cautos en estimar sus capacidades. Penk (34) encuentra que los toxicómanos que acuden voluntariamente al tratamiento y continúan en el mismo, puntúan más alto en las escalas de F, M-F, Pt, Sc y Si del MMPI. Y los que abandonaron y al cabo del tiempo volvieron, habían subido las puntuaciones en dichas escalas, por lo que Penk deduce que esas puntuaciones elevadas predicen la retención en el tratamiento.

Craig es un autor que ha dedicado especial atención al valor predictor de los tests de personalidad. En 1984, Craig (35), hace una revisión de 10 estudios sobre el valor de los test de personalidad como predictores de abandono y concluye: 1) Altos niveles de psicopatología en los test y en la escala F del MMPI predicen mayor número de abandonos. 2) En 9 de los 10 estudios citados no informan de muestra de validación cruzada. 3) En su estudio con el MCMI no encuentra diferencias significativas y recomienda estudiar predictores ambientales e interaccionales. En 1986, Craig (36), afirma en una de sus conclusiones que los test de personalidad no predicen los abandonos.

Craig y Olson (23) aplican el Adjective Check List a 116 adictos a opiáceos que acuden a un programa de 2-3 semanas, y encuentran que los que abandonan tienen más ne-

cesidades de autonomía y agresión y menos de respeto, educación y afiliación. Relacionan el abandono con la disposición del adicto, unida al enfoque situacional e interaccional con el equipo. El perfil psicológico del que abandona sería: Independiente, indiferente a los sentimientos de los demás, impulsivo, poco sujeto a convencionalismos sociales y cortesías, expresa directamente la agresión y rehuye la competición, pero es rebelde, tiene miedo a involucrarse en relaciones íntimas, es suspicaz y tiene ansiedad en la interacción social. Parece que dependiendo de qué instrumentos se utilizan para evaluar la personalidad, se encuentran o no características asociadas al abandono, y eso en estudios realizados por los mismos autores, lo cual hace pensar que es un área que no hay que dejar de investigar.

Las características de personalidad asociadas a la recaída han sido también objeto de numerosos estudios. Marlatt y Gordon (37) realizan seguimientos de toxicómanos y concluyen que los sujetos con más autoeficacia evitan mejor la recaída, y las expectativas de autoeficacia frente a la recaída previenen frente a la misma. Marlatt y Gordon (9) afirman que la confianza en uno mismo, la autoeficacia y el autocontrol con respecto al afrontamiento de situaciones de riesgo, son predictores de abstinencia, por lo que los programas deberían incidir en esos aspectos. Esto es confirmado por un estudio de Burling et al. (38) los cuales estudian toxicómanos que

reciben un tratamiento residencial y encuentran que los que tuvieron un mayor cambio en autoeficacia durante el tratamiento, dieron los mayores niveles de abstinencia en el seguimiento y los que tenían menos autoeficacia al inicio del tratamiento, podían predecir mejor las circunstancias de la recaída.

Pascual (39) aplica el EPQ de Eysenck a 187 toxicómanos y encuentra que los que tienen mayores alteraciones de la personalidad tienen mejor pronóstico en cuanto a dejar el consumo y los más introvertidos mejor pronóstico en cuanto a dejar de pasar la jeringuilla.

Gossop et al. (40) describen las siguientes variables predictoras de abstinencia a los 6 meses del alta: 1) Número de factores protectores 2) confianza en resolver situaciones relacionadas con la droga 3) abstinencia prolongada y 4) mayor duración del tratamiento; mientras que Miller (42) afirma que los toxicómanos más inteligentes tienen mejor pronóstico en dejar las drogas, encontrar trabajo y volver a estudiar; tienen más conflictos familiares (son más rebeldes) y están más insatisfechos de su situación vital.

Kosten et al. (41) estudian el pronóstico en otras áreas y para ello, en base a estudios anteriores sobre la personalidad del toxicómano, las clasifica en: 1) Personalidad antisocial; 2) Personalidad borderline y 3) desórdenes narcisistas, histéricos, dependientes, evitativos.

Evalúa con la escala de desórdenes psicológicos del ASI a toxicómanos y concluye que los trastor-

nos borderline de la personalidad se acompañan de más depresión y alcoholismo en la admisión y predicen más problemas psiquiátricos en el seguimiento. Los adictos antisociales tendrán más problemas legales y los narcisistas más problemas médicos y menos legales. Kosten et al. (41) realizan seguimientos a los 2,5 años de una muestra de 150 adictos a opiáceos y concluyen que los que tenían trastornos borderline de la personalidad padecían más depresiones y alcoholismo en el seguimiento y los antisociales más problemas legales. Miller (42) afirma que los toxicómanos más inteligentes tienen mejor pronóstico en dejar las drogas, encontrar trabajo y volver a estudiar; tienen más conflictos familiares (son más rebeldes) y están más insatisfechos de su situación vital.

### 3. 2. Area psicopatológica.

En esta área es frecuente que encontremos que los autores hacen recomendaciones terapéuticas de gran valor para el clínico. Ya en 1976, Patalano (43) señalaba que los toxicómanos que acudían a Comunidad Terapéutica (CT) a mediados de los 70 tenían más trastornos psicopatológicos, mientras que antes venían con una mayor desviación psicopática. Este autor advierte del peligro de usar técnicas de confrontación en grupos intensivos, diseñados para adictos con desviación psicopática, con los que tienen otros trastornos psicopatológicos (lesquizoides, evitativos, con

un Yo débil y con pocas habilidades de afrontamiento).

Actualmente esto sigue siendo un problema en nuestro país, pues algunos programas utilizan técnicas del tipo señalado y no siempre se hacen diagnósticos que permitan detectar los sujetos para los que estas técnicas puedan ser peligrosas.

Hubbart et al. (44) Treatment Outcome Prospective Study (TOPS) estudian una muestra de 11.750 toxicómanos extraída del DARP, centrándose en el comportamiento antes, durante y después del tratamiento para ver el efecto real del mismo y porqué y para quién son efectivos determinados tratamientos.

A nivel pronóstico encuentran que la depresión en la admisión predice una permanencia mayor en el tratamiento.

El estudio de McLellan et al. (15) tiene gran interés a nivel metodológico y por las recomendaciones terapéuticas que extraen de los resultados del estudio. Estos autores estudian una muestra de 181 toxicómanos y alcohólicos en tres centros que ofrecen programas que incluyen tratamiento farmacológico y psicoterapia, hospitalización, reinserción etc. y 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 6 meses. El mejor predictor fue la severidad del estado psiquiátrico (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 recomiendan medidas judiciales. En la misma línea, O'Brien et al.(45) afirman que las puntuaciones altas en la escala de severidad psiquiátrica del ASI indican la necesidad de psicoterapia.

### 3. 3. Area legal.

En la mayoría de los estudios se concluye que los condenas previas son un factor de mal pronóstico cara a la recaída e incluso en el abandono.

Según D'Orban (46) las condenas previas no predicen la respuesta al tratamiento en los varones y sí en las mujeres (peor pronóstico), y lo atribuye a que las delincuentes tenían más desajuste psicológico, lo cual puede ser en realidad el factor de mal pronóstico. Riordan et al.(47) señalan que los toxicómanos que recaían habían estado arrestados antes del tratamiento. Ogborne y Melotte (48) estudian una muestra de 87 toxicómanos tratados en una CT en el Reino Unido y afirman que la ausencia de condenas legales es de buen pronóstico. Gordon (49) afirma que los toxicómanos de peor pronóstico habían tenido la primera condena más jóvenes. Simpson et al.(50) Drug Abuse reporting Program (DARP) realizan un seguimiento de 44.000 toxicómanos entrevistándolos a los 5 años del inicio del tratamiento y encuentran que un bajo índice de

criminalidad es un buen predictor de éxito terapéutico. Sanchez-Carbonell et al.(51) Entrevistan al 46% de 311 toxicómanos tratados en centros ambulatorios y encuentran que estar en libertad condicional o provisional en la admisión y el haber estado encarcelado en el año previo al inicio del tratamiento eran predictores de mala adaptación social.

Little (52) estudia los abandonos durante el primer día en un centro correccional de tratamiento y encuentra que los que abandonaban tenían más delitos relacionados con la droga.

### 3. 4. Area médica.

Según Kosten, Rounsaville y Kleber (29) los problemas en el área médica en la admisión, predicen el mayor consumo de alcohol y problemas psicosociales a los 2,5 años, lo cual puede ser debido al deterioro físico, la peor calidad de vida y, consecuentemente, a un mayor abandono y marginación; ello también puede ser la causa de los resultados encontrados por

Pascual (39) en los que toxicómanos que recibían durante el tratamiento la información de tener VIH, volvían a los tres meses al nivel inicial en los hábitos de drogadicción, laborales y de ocio.

### 3. 5. Area consumo de drogas y alcohol.

Riordan et al. (47) describen el mayor número de años consumiendo como factor de mal pronóstico en un programa de mantenimiento con

metadona. Gordon (49) llega a conclusiones semejantes al encontrar que los toxicómanos que mantenían un uso regular de opiáceos a la admisión tenían peor pronóstico.

Y lo mismo puede decirse del estudio de Des Jarlais et al. (25) los cuales estudian el uso de opiáceos después de un tratamiento de mantenimiento con metadona en 687 toxicómanos, y concluyen que el uso de no opiáceos durante el tratamiento y la mayor duración del uso de heroína son predictores individuales de mal pronóstico.

Respecto a la ingestión de alcohol, Sells et al.(53) revisando datos del DARP encuentra que el uso de alcohol es un predictor de la mortalidad; los toxicómanos que consumían mucho alcohol, tenían una tasa de mortalidad 3 veces superior a los demás.

Finalmente, y recogiendo más áreas en la evaluación, es interesante el estudio de Secades et al.(19), realizado con una muestra de 32 toxicómanos que inician CT, sobre factores que influyen en la recaída al año de abandonarla. Estos autores describen un perfil del sujeto que recae: Lleva más de 8 años de consumo, ha tenido alguna caída (lapse) esporádica a lo largo o después del tratamiento, ha estado en tratamiento anteriormente, fue expulsado de la CT, hay algún familiar próximo que consume y no tiene estudios.

### 3. 6. Area sociolaboral y familiar.

Son numerosos los estudios que resaltan la importancia pronóstica de

esta área.

Respecto al abandono, Simpson et al.(50) (DARP) afirman que los toxicómanos más socializados y maduros permanecían en el tratamiento y su conducta era más favorable, y Paniart (54) señala que el sistema de apoyo social, la familia y una experiencia institucional favorecen la permanencia en el programa y predicen mejor resultado.

La mayoría de los estudios se refieren al valor pronóstico de recaída y ajuste social. En cuanto a la recaída encontramos estudios que resaltan la importancia de Acontecimientos Vitales Estresantes (AVS) asociados a la misma: Judson y Goldstein (55), AVS unidos a bajo apoyo social (Rhoads, 56) y AVS asociados a depresión (Kosten et al., 57).

Las redes sociales de apoyo son protectoras de la recaída, según confirman los estudios de Hawkins y Fraser (58), Bradley (59), Gossop (41); la estabilidad social premórbida (Vaillant, 60); la convivencia con la familia (Sanchez-Carbonell et al.,52); el empleo al alta (Des Jarlais et al., (25).

Respecto a la fuente de derivación, Kosten y Rounsaville (61) estudian la influencia de la misma en el curso y encuentran que los que venían 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.

Hartnoll et al (62) estudiaron factores predictores de uso ilegal de drogas y delincuencia en toxicó-

manos que seguían un programa de mantenimiento con metadona y encontraron los siguientes factores de mal pronóstico: Bajo nivel socio-económico, abandono temprano de la escuela, separación materna y edad temprana de implicación delictiva.

Finalmente, Kornblit y Mendes (63) evalúan de una forma bastante exhaustiva factores psicosociales asociados a la recaída en una muestra de 61 adictos en tratamiento y 30 control y concluyen que en los que recaen : 1) El clima familiar es peor y hay saltos transgeneracionales, 2) el 26% no estudiaban ni trabajaban antes de la recaída, 3) tenían menor red de apoyo social y 4) antes de la recaída están deprimidos, solos, inseguros y menos agresivos; tienen pensamientos automáticos negativos y reacciones maniáticas, AVS incontrolables (muertes, divorcio de los padres...) y su actitud existencial es egocéntrica y nihilista.

### 3. 7. Area tratamiento.

Numerosos autores señalan la correlación positiva entre duración del tratamiento y buen pronóstico. Gordon (49) señala que el tratamiento continuado durante un año y la ausencia de pérdidas parentales son factores de buen pronóstico. Wilson (64) realiza un seguimiento de 2 y 4 años a 62 toxicómanos y concluye que los que habían estado más de 6 meses en la CT redujeron significativamente la frecuencia de inyectarse droga comparada con sus

propios niveles de pre-admisión. Igualmente Wilson et al. (65), Simpson et al. (50), Des Jarlais et al. (25), Sanchez-Carbonell et al. (52) (66), Royo Isach (21), Guardia et al. (18), concluyen que a mayor duración del tratamiento, mejor pronóstico.

En cuanto al abandono, Siguel y Spillane (67) señalan que un mayor número de tratamientos previos reducen las posibilidades de completar otro. Rogalski (30) 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 son: 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.

Respecto al funcionamiento del programa, Bell (68) estudia 3 Comunidades terapéuticas y encuentra que la que tenía perfiles más bajos en todas las variables estudiadas (participación, expresión de sentimientos, resolución de problemas prácticos, control por parte del Staff etc..) es la que tenía mayor tasa de abandonos.

Estudiando varios factores asociados al tratamiento, Guardia et al. (18) realizan seguimientos hasta los 3 años de iniciado el tratamiento de 73 toxicómanos, y encuentran

como predictores de situación favorable: 1) más de 3 meses de tratamiento, 2) a mayor duración del tratamiento situación más favorable, 3) el cambio a medio rural o CT hace que el tratamiento dure más y el pronóstico sea mejor, 4) la desintoxicación no es suficiente, 5) el mayor porcentaje de situación favorable se da en los que han ido a medio rural, CT o a programas de reinserción sociolaboral y 6) los de situación favorable tienen más probabilidades de encontrar trabajo. Melgarejo et al. (69) también encuentran mejores resultados en el seguimiento en los que han permanecido más tiempo en el programa y han utilizado más recursos del mismo.

Finalmente un capítulo objeto de varios estudios es el del alta y especialmente el Alta en Contra del Consejo Médico (Against Medical Advice, AMA).

Waeler et al. (70) 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 las actitudes del toxicómano y datos recogidos del mismo y de su familia en la admisión y concluyen que los AMA 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 4 días y 7) diagnóstico de desorden

de la personalidad. Tucker et al. (13) revisan varios estudios y concluyen que los pacientes con alta terapéutica tenían menos posibilidades de recaer que los que habían terminado sus programas por expulsión o alta prematura.

Craig (37) revisa 37 estudios sobre abandonos en contra del consejo médico (AMA) y concluye: 1) Los factores de abandono (variables demográficas, más patología en el MMPI, más ausencias del staff, más psicopatología, más depresión, más jóvenes, más impulsivos, más conflictivos) difieren en los 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 y 5) se puede hacer algo para reducir los abandonos pero no pueden eliminarse.

Vamos a citar con una cierta extensión un trabajo de Craig (37) en el que propone un abordaje para reducir la tasa de abandonos en contra del consejo médico (AMA), por ser un buen modelo de cómo, después de descubrir factores de abandono, se pueden operativizar y conseguir reducir la tasa de abandonos.

El programa propuesto consta de varios pasos:

- 1) Hacer una lista de pacientes con historia de conducta negativa (múltiples AMA, uso de drogas o

alcohol durante el tratamiento, amenazas al staff) y ponerles en lista de espera para el Consejo de Evaluación de Internos (ICE) para pasar una evaluación de 2 días en los que se exploran las conductas negativas y se discuten con el paciente antes de entrar en el programa. Así se detectan los no motivados y se ayuda a afrontar las conductas negativas antes de iniciar el programa.

- 2) Los que no pasan el ICE por su gravedad, siguen una terapia ambulatoria 30-60 días antes de iniciar el programa.
- 3) Hacen un programa de admisión que aborda la conducta negativa (condicionamiento operante).
- 4) Identificar los problemas que determinan el AMA.
- 5) Desarrollar una mayor comprensión de los pacientes que necesitan más ayuda.
- 6) Corregir los comportamientos del staff ante el AMA.
- 7) El paciente que desea un AMA debe explicar sus razones a otros pacientes.
- 8) El AMA es visto como un acto impulsivo que emana de la poca tolerancia a la frustración y de la dinámica de la conducta, el staff debe ayudarlo a entender todo ello.
- 9) La primera admisión tiene más porcentaje de AMA, se les debe orientar y escuchar sus frustraciones.

Con este programa, articulado en base al estudio de las características de los AMA y, dato importante, la

actitud del staff hacia ellos, consiguieron reducir la tasa de AMA del 70 al 20 %.

#### 4. CONCLUSIONES

Vamos a extraer conclusiones de cada área por separado con el objeto de facilitar su lectura.

- 1) Área de Personalidad: Aunque existen datos contradictorios podemos afirmar que algunos aspectos de la personalidad del toxicómano, en especial la autoeficacia, la conducta antisocial y los trastornos borderline, parecen ser factores pronósticos a tener en cuenta en la admisión. El diagnosticarlos en la admisión e intervenir adecuadamente puede reducir la tasa de abandonos y recaídas.
- 2) Área de Psicopatología: Excepto las conclusiones del TOPS respecto a la depresión en la admisión, los trastornos psicopatológicos están asociados a un peor pronóstico; ello hace necesario un tratamiento específico o excluirlos de programas que no ofrezcan y de aquellos en los que sus técnicas puedan provocar descompensaciones.
- 3) Área legal: Casi todos los estudios coinciden en que la criminalidad asociada al consumo de drogas es de mal pronóstico. Sería interesante estudiar factores contextuales asociados a la criminalidad en los toxicómanos, y no solo la personalidad del toxicómano, cara a la prevención y tratamiento.

- 4) Área médica: Hemos encontrado pocos estudios empíricos publicados que aborden los problemas médicos y entre ellos el VIH como factor pronóstico, si bien numerosos autores señalan su importancia en el curso del tratamiento y su influencia en los demás pacientes (Barton, (71); Roldan et al., (72); Roig-Traver, (73)). Sería necesario estudiar a fondo esta área respecto al tema que nos ocupa.
- 5) Área de consumo de drogas y alcohol: Los años de adicción y el abuso del alcohol parecen ser factores de mal pronóstico y, además de otros aspectos, han influido en la indicación de los programas de metadona.
- 6) Área sociolaboral y familiar: Los diferentes trabajos coinciden en que las relaciones familiares, el apoyo y el estrés social son aspectos importantes en el pronóstico y, por tanto, deberían incluirse como área de intervención en los tratamientos y tenerlos en cuenta en la prevención.
- 7) Área tratamiento: El que cuanto mayor sea la duración del tratamiento mejor sea el pronóstico, señala claramente la necesidad de estudiar la retención en los diferentes programas y como mejorarla. El acento puesto en las características del toxicómano por los diferentes estudios sobre abandono y recaída, si bien ha dado sus frutos, puede ocultar la necesidad de estudiar los propios programas y las relaciones dentro del sistema terapéutico y de la red

asistencial más amplia, para detectar factores pronósticos de abandono y recaída y mejorar en lo posible la asistencia.

Finalmente queremos recalcar la necesidad de realizar, lejos de cuestionamientos y competencias descalificadores, estudios controlados de abandono y recaída en los diferentes programas para enriquecer, mejorando en lo posible, la calidad de la asistencia.

#### BIBLIOGRAFIA

- (1) Paul, G.L. Strategies of outcome research in psychotherapy. **Journal of consulting psychology**, 1967, **31**, 109-118.
- (2) Leukefeld, C.G., & Tims, F.M. Relapse and recovery in drug abuse: Research and practice. **The International Journal of the Addictions**, 1989, **24** (3), 189-201.
- (3) Marlatt, G.A.: "Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model". En Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (Eds.) **Relapse Prevention**. New York; The Guilford Press. 1985.
- (4) Shiffman, S. "Conceptual issues in the study of relapse". En M. Gossop (Ed.), **Relapse and addictive behaviour**. Kent, England: Croon Helm Ltd. 1989.
- (5) Catalano, R.F., Hawkins, J.D., Wells, E.A., Miller, J. & Brewer, D. Evaluation of the effectiveness of adolescent drug abuse treatment, assesment of risks for relapse, and promising approaches for relapse preven-



- tion. **The international journal of the addictions**, 1990-1991, **25**, (9A & 10A), 1085-1140.
- (6) Gossop, M., Bradley, B., & Phillips, G.T. An investigation of withdrawal symptoms shown by opiate addicts during and subsequent to a 21-day inpatient methadone detoxification procedure. **Addictive behaviors**, 1987, **12**, 1-6.
- (7) Shiffman, S. Relapse process and relapse prevention in addictive behaviors. **The behavior therapist**, 1992, January, 9-11.
- (8) Tucker, J.A., Vuchinich, R.E., & Gladsjo, J.A. Environmental influences on relapse in substance use disorders. **The international journal of the addictions**, 1991, **25** (7A & 8A), 1017-1050.
- (9) Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1985). **Relapse prevention**. New York; The Guilford Press.
- (10) Ludwig, A.M., & Wikler, A. "Craving" and relapse to drink. **Quarterly journal of studies on alcohol**, 1974, **35**, 108-130.
- (11) Baker, T.B., Morse, E., & Sherman, J.E.: "The motivation to use drugs: A psychobiological analysis of urges". En P.C. Rivers (ed.), **Nebraska Symposium on motivation: Alcohol and addictive behavior**. Lincoln: University of Nebraska press. 1987. 257-323.
- (12) Niaura, R.S., Rohsenow, D.J., Binkoff, J.A., Monti, P.M., Pedraza, M., & Abrams, D.B. Relevance of cue reactivity to understanding alcohol and smoking relapse. **Journal of abnormal psychology**, 1988, **97**, 133-152.
- (13) Tucker, J.A., Vuchinich, R.E., & Harris, C.V.: "Determinants of substance abuse relapse". En M. Galizio and S.A. Maisto (Eds.), **Determinants of substance abuse: Biological, Psychological, and Environmental Factors**. New York: Plenum. 1985. 383-421.
- (14) Vuchinich, R.E., & Tucker, J.A.: "Contributions from behavioral theories of choice to an analysis of alcohol abuse". **Journal of abnormal psychology**, 1991, **97**, 181-195.
- (15) McLellan, A.T., Luborsky, L., Cacciola, J., Griffith, J., Evans, F., Barr, H.L., & O'Brien, C.P.: "New data from the Addiction Severity Index. Reliability and validity in three centers". **The Journal of Nervous and Mental Disease**, 1985, **173** (7), 412-423.
- (16) Guardia, J. y Gonzalez, S. Estudio de seguimiento (un año) de adictos a la heroína. **Rev. depto. Psiquiatría Facultad de Medicina de Barcelona**, 1983, **10** (6), 357-381.
- (17) Guardia, J., Masip, J., y Viladrich, C. Estudio de seguimiento de adictos a la heroína a los tres años de su admisión a tratamiento. **Comunidad y drogas**, 1987, **3**, 61-79.
- (18) Guardia, J., Masip, J., y Viladrich, M.C. Estudio de seguimiento de adictos a la heroína que recibieron tratamiento en Barcelona. **Boletín de estupeficientes**, 1988, **11** (1), 75-78.
- (19) Secades Villa, R., Fernandez Hermida, J.R., Fernandez Rodriguez, C. Estudio de los determinantes en las recaídas de los heroinómanos. **Rev. Esp. Drogodep.**, 1991, **16**(4), 285-293.
- (20) Robertson, J.R., Bucknall, A.B.V., Skidmore, C.A., Roberts, J.J.K., & Smith, J.H. Remission and relapse in heroin users and implications for management: Treatment control or risk reduction. **The international Journal of the Addictions**, 1989, **24** (3), 229-246.
- (21) Royo Isach, J.: "Estudio de seguimiento de adictos a la heroína dos años después de haber finalizado el programa de abstinencia en régimen de ingreso (Comunidad Terapéutica)". II Congreso del colegio oficial de psicólogos. Valencia. 1990.
- (22) Lehman, E.K.W., & Joe, G.W. Longitudinal behavior as a predictor of follow-up outcomes for opioid addicts. **Psychology of addictive behaviors**, 1987, **1** (3), 173-184.
- (23) Craig, G.J., & Olson, R.E. Differences in psychological need hierarchy between Program completers and dropouts from a drug abuse treatment program. **Am. J. drug alcohol abuse**, 1988, **14** (1), 89-96.
- (24) Berger, H., Smith, M.J. Voluntary versus prescribed termination of methadone maintenance. **British Journal of addiction**, 1978, **73**, 178-180.
- (25) Des Jarlais, D.C., Joseph, H., & Schmeidler, J.: **Predicting post-treatment narcotic use among patients terminating from methadone maintenance**. Harworth press. 1983.
- (26) Ellis, R., & Stephens, R.C. The arrest history of narcotic addicts prior to admission: A methodological note. **Drug forum**, 1977, **5** (3), 211-224.
- (27) McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E., & O'Brien, C.P. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patient. **The Addiction Severity Index. The Journal of Nervous and Mental Disease**, 1980, **168** (1), 26-33.
- (28) Kosten, T.R., Jalali, B., Hogan, I., & Kleber, H.D. Family denial as a prognostic factor in opiate addict treatment outcome. **The journal of nervous and mental disease**, 1983, **171** (10); 611-616.
- (29) Kosten, T.R., Rounsaville, B.J., & Kleber, H.D.: "Multidimensionality and prediction of treatment outcome in opioid addicts: 2.5 year follow-up". **Comprehensive psychiatry**, 1987, **28**(1), 3-13.
- (30) Rogalski, C.J. Factor structure of the Addiction Severity Index in an inpatient detoxification sample. **The International Journal of the Addictions**, 1987, **22** (10), 981-992.
- (31) Rounsaville, B.J., Kosten, T.R., Weissman, M., & Kleber, H.D. Prognostic significance of

- psychopathology in treated opiate addicts. A 2.5 year follow-up study. **Arch. Gen. Psychiatry**, 1986, **43**, 739-745.
- (32) Rounsaville, B.J., Kosten, T.R., Williams, J.B.W., & Spitzer, R.L. A field trial of DSM-III-R psychoactive substance dependence disorders. **Am. J. Psychiatry**, 1987, **144** (3), 351-355.
- (33) Ungerer, J.C., Harford, R.J., & Coloni, R.S. Identification of dropouts at the initial stage of drug abuse treatment. **Psychological Reports**, 1975, **37**, 945-946.
- (34) Penk, W.E., & Robinowitz, R. A test of the voluntarism hypothesis among nonvolunteering opiate addicts who voluntarily return to the treatment. **Journal of Abnormal Psychology**, 1980, **89** (2), 234-239.
- (35) Craig, R.J.: "Can personality tests predict treatment dropouts?". **The International J. of the Addictions**, 1984, **19** (6), 665-674.
- (36) Craig, R.J. Reducing the treatment drop out rate in drug abuse programs. **Journal of substance abuse treatment**, 1985, **2**, 209-219.
- (37) Marlatt, G.A., & Gordon, J.R.: "Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavioral change". En P. Davidson and S. Davidson (eds), **Behavioral Medicine: Changing Health lifestyles**. New York: Brunner/Mazel. 1980. 410-452.
- (38) Burling et al. (1989) citado por Miller L. (1991) op. cit.
- (39) Pascual, J.M., Rubio, G., Lopez Trabada, J.R. y De las Heras, F.J.: "Cambios de comportamiento en un grupo de adictos a las drogas por via parenteral, tras la notificación de su seropositividad al virus de la inmunodeficiencia humana". **Rev. Psiquiatria Fac. Med. Barna.**, 1989, **16** (1), 3-12.
- (40) Gossop, M., Green, L., Phillips, G., & Bradley, B. Factors predicting outcome among opiate addicts after treatment. **British Journal of Clinical Psychology**, 1990, **29**, 209-216.
- (41) Kosten, T.A., Kosten, T.R., & Rounsaville, B.J. Personality disorders in opiate addicts show prognostic specificity. **Journal of substance abuse treatment**, 1989, **6**, 163-168.
- (42) Miller, L. Predicting relapse and recovery in alcoholism and addiction: Neuropsychology, and cognitive style. (Integrative review). **Journal of substance abuse treatment**, **8**, 227-291.
- (43) Patalano, F. Psychodiagnostic testing in a therapeutic community for drug abusers. **Psychological reports**, 1976, **39**, 1279-1285.
- (44) Hubbard, R.L., Rachal, J.V., Craddock, S.G.Y., & Cavanaugh, E.R.: "Treatment outcome prospective study (TOPS): Client characteristics and behaviors before, during and after treatment". En Tims, F.J., Ludorf, J.P. (ed). **Drug abuse treatment evaluation: Strategies progress and prospects**. NIDA research monographis. Maryland. 1984. 842-868.
- (45) O'Brien, C.P., Woody, G.E., McLellan, A.T., Driscoll, G., Childress, A.R., Alterman, A.I., Ehrman, R., & Pomerantz. Substance Abuse Treatment Research Center Philadelphia, VA Medical Center and the University of Pensilvania. **British Journal of addiction**, 1988, **83**, 1261-1270.
- (46) D'Orban, P.T. Criminality as a prognostic factor in opiate dependence. **Brit. J. Psychiat.**, 1975, **127**, 86-89.
- (47) Riordan, C.E., Merzrtz, M., Slobetz A. et al. Successful detoxication from methdone maintenance. **SAMA**, 1976, **235**, 2604-2607.
- (48) Ogborne, A.C., & Melotte, C. An evaluation of a therapeutic community for former drug users. **British Journal of Addiction**, 1977, **72**, 75-82.
- (49) Gordon, A.M. Drug and delinquency: A four year follow up of drug clinic patient. **Brit. J. Psychiat.**, 1978, **132**, 21-6.
- (50) Simpson, D.D. The relation of time spent in drug abuse treatment to posttreatment outcome. **Am. J. psychiatry**, 1979, **136** (11), 1449-1453.
- (51) Sanchez Carbonell, J., Cami, J., Brigos, B. Follow-up of heroin addicts in Spain (EMETYST Project): Results 1 year after treatment admision. **British Journal of Addiction**, 1988, **83**, 1439-1449.
- (52) Little, G.L., & Robinson, K.D. One-day dropouts from correctional drug treatment II. **Psychological reports**, 1987, **60**, 454.
- (53) Sells, S.B., & Simpson, D.D. Role of alcohol use by narcotic addicts as revealed in the DARP research on evaluation of treatment for drug abuse. **Alcoholism: Clinical and experimantal research**, 1987, **11**(5), 437-439.
- (54) Panyard, C., Wolf, K. Y., & Dreachslin, J. Source of referral as an indicator of motivational factors and treatment outcome with drugdependent clients. **Int. J. Addict**, 1979, **14**(5), 645-656.
- (55) Judson, B.A., & Goldstein, A. Episodes of heroin used during maintenance treatment with a stable dosage of (-)-<sup>2</sup>-acetylmethadol (methadylacetae, LAAM). **Drug and alcohol dependence**, 1983, **11**, 271-278.
- (56) Rhoads, D. A longitudinal study of life stress and social support among drug abusers. **International journal of the addictions**, 1983, **18**, 195-222.
- (57) Kosten, T.R., Rounsaville, B.J., & Kleber, H.D. A 2.5-year follow-up depression, life crises, and treatment effects on abstinence among opioid addicts. **Arch. Gen. Psychiatry**, 1986, **43**, 733-738.
- (58) Hawkins, J.D. & Fraser, M.W. The social networks of drug abusers before and after treatment. **The International J. of the Addictions**, 1987, **22**, 343-355.

- (59) Bradley, B.P.: "Heroin and the opiates". En M. Gossop (Ed.). **Relapse and addictive behaviour**. (Ed.). London-New York. Tavistock/Routledge. 1989.
- (60) Vaillant, G.E. A 12 year follow-up of New York narcotic addicts III. **Arch. Gen. Psychiatry**, 1966, **15**, 599-609.
- (61) Kosten, T.R., Rounsaville, B.J., Babor, T.F., Spitzer, R.L., & Williams, J.B.W. Substance-use disorders in DSM-III-R. Evidence for the Dependence Syndrome across different psychoactive substances. **British journal of psychiatry**, 1987, **151**, 834-843.
- (62) Hartnoll, R.L., Mitchenson, M.C., Battersby, A., Brown, G., Ellis, M., Fleming, P., & Hedley, N. Evaluation of heroin maintenance in controlled trial. **Arch. Gen. Psychiatry**, 1980, **37**, 877-884.
- (63) Kornblit, A. L. y Mendes, A. M. Recaídas en drogadicción: Factores de riesgo. **Rev. esp. drogodep.** 1990, **15** (2), 97-109.
- (64) Wilson, S., The effect of treatment in a therapeutic community on intravenous drug abuse. **British journal of addiction**, 1978, **73**, 407-411.
- (65) Wilson, S., & Mandelbrote, B. The relationship between duration of treatment in a therapeutic community for drug abusers and subsequent criminality. **Brit. J. Psychiatry**, 1978, **132**, 487-491.
- (66) Sanchez, C. Conocimientos y valoración de las medidas y servicios de atención al toxicómano. **Comunidad y Dro-**  
**gas**, 1988, **8**, 9-24.
- (67) Siguel, E.N., & Spillane, W.N. The effect of the prior treatment of treatment success. **Int. J. Addict.**, 1978, **13** (8), 797-805.
- (68) Bell, M.D. Three therapeutic communities for drug abusers: differences in treatment environments. **The international journal of the addictions**, 1985, **20**(10), 1523-1531.
- (69) Melgarejo, M. y Col. Tratamiento de 182 heroinómanos y resultados: Seguimiento a un año (1985-1986)". **Fons Informatiu**, 1988, **13**.
- (70) Wealer, G.L., Beck, N.C., Manderino, M., Tacket-Nelson, L., Gamache, M. Predictions of potential against medical advice. **Issues in mental health nursing**, 1984, **6**, 163-172.
- (71) Barton, E.: "Approaches to treatment and coping with AIDS in a therapeutic Community". Paper presented at the world conference of TC's at Elkistuna. Sweden. 1986.
- (72) Roldán, G., Berasategui, A.: "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 Sebastián. 1987.
- (73) Roig Traver, A. Posibles repercusiones de la infección por el VIH en el tratamiento de los drogodependientes. ¿Cómo puede afectar a las Comunidades Terapéuticas?. **Rev. Esp. drogodep.**, 1988, **13** (1), 23-40.