

**VALORACIÓN DE RESULTADOS EN PACIENTES
DERIVADOS A COMUNIDAD TERAPÉUTICA**

Francisco Ignacio Mata Cala
Fernando Sánchez Alcaraz
Luciano Cobos Luna
Isabel María Romero Monzón
María del Carmen Peña Fuentes

RESUMEN

Se realiza estudio descriptivo de 54 pacientes con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas que se encuentran en equipos de tratamiento ambulatorios y son derivados a Comunidad Terapéutica (CT). Se recogen datos sociodemográficos, antecedentes personales psiquiátricos, tipo de droga consumida, motivo de derivación a CT, tiempo de espera para su ingreso en CT, tiempo de estancia en CT, grado de satisfacción del paciente respecto a la CT y tiempo desde alta de la CT hasta dos semanas de consumo regular. El análisis estadístico se realiza mediante el programa informático SPSS v.10 para windows. Las variables cuantitativas se expresan mediante medidas de tendencia central, media(SD) y las cualitativas mediante distribución de frecuencias. Los individuos consumidores de heroína+cocaína (N=33; 61,2%) son los más numerosos, seguidos de los consumidores de cocaína (N=16; 29,7%). Los individuos son derivados a CT tras considerar el fracaso del tratamiento ambulatorio (N=46; 85,2%). Un 64,82% de los individuos derivados a CT presentan un diagnóstico sindrómico psiquiátrico comórbido con el trastorno por uso de sustancias psicoactivas, siendo el síndrome depresivo el diagnóstico psiquiátrico más frecuente (N=21; 38,89%).

El tiempo de espera desde la derivación al ingreso se sitúa en 58,23(26,63) días, la duración de estancia en CT se sitúa en 80,75(65,21) días. Se produce el abandono de la CT en 27(50%) individuos. Se producen 16(29,6%) altas terapéuticas y 11(20,4%) disciplinarias. El grado de satisfacción global respecto de la CT

se sitúa en un 6,27(2,54). La tasa de recaídas a los 6 meses de tratamiento se sitúa en un 83,3% (N=45). El tiempo desde que se procede al alta de la CT hasta dos semanas de consumo regular, se sitúa en 46,74(85,43) días. Por los resultados obtenidos, se considera adecuado la realización de posteriores estudios con un mayor número de pacientes y mayor rigurosidad científica, para corroborar o no los datos, puesto que de corroborarse dichos datos se deberían de plantear la adecuación de los programas y normativa de los tratamientos realizados en CT.

INTRODUCCIÓN

Las CT para el abuso de sustancias aparecen a mediados de siglo XX, como una alternativa de autoayuda a los tratamientos convencionales existentes en ese momento. En el Reino Unido, un psiquiatra Maxwell Jones, crea la primera CT ante la ineficacia de la institucionalización psiquiátrica. Con el tiempo, las CT han evolucionado mucho más allá de sus orígenes, hacia sofisticadas instituciones de servicios. En Andalucía las CT son un recurso especializado integrado en la Red de Atención a las Drogodependencias desde la creación del I Plan Andaluz sobre drogas en el año 1987; aunque anteriormente ya existían otras CT de titularidad privada (Consejería de Asuntos Sociales; Comisionado para las Drogodependencias; Junta de Andalucía, 2002). Una revisión exhaustiva de la literatura documenta la eficacia de los tratamientos de rehabilitación en CT de personas que abusan de sustancias. Es el prototipo tradicional de CT, de tratamiento residencial a largo plazo, el que ha demostrado gran eficacia en la rehabilitación de personas que abusan de sustancias. Un análisis exhaustivo de la literatura documenta la eficacia de los tratamientos de rehabilitación en CT de las personas que abusan de sustancias. Se han obtenido resultados óptimos o moderadamente razonables en más de la mitad de la muestra de los pacientes que han completado el programa y de los que han abandonado. Existe una relación positiva coherente entre el tiempo pasado en la CT y los resultados tras el alta. Por ejemplo, las tasas de éxito a largo plazo de las CT (sobre los índices combinados de ausencia de sustancias y delincuencia) a los dos años del tratamiento son del 90% para los individuos que han completado el tratamiento, del 50% para los que han permanecido más de un año y del 25% para los que abandonan antes de un año. Las tasas de mejoría sobre el estado pretratamiento son del 100, el 70 y el 40%, respectivamente. Los estudios sobre los resultados descritos se completaron en una generación anterior de individuos que abusaban de sustancias, básicamente a opiáceos (Galanter, y Kleber,1997). Se ha

demostrado que las CT son eficaces en el tratamiento de los pacientes con dependencia de opiáceos. En un estudio a gran escala con un control evolutivo a 12 años, los individuos tratados en CT fueron los que presentaron unos resultados más favorables. Sin embargo el valor de estos datos se ve limitado por el hecho de que tan sólo un 15-25% de los individuos que se incorporaron al programa lo completaron. (American Psychiatric Association, 2001). En Andalucía, las CT surgen inicialmente, para atender a una población de adictos a opiáceos, siendo en el año 1995 cuando se abre la atención a otros tipos de drogas (Consejería de Asuntos Sociales; Comisionado para las Drogodependencias; Junta de Andalucía, 2002). En la actualidad, la mayoría de los ingresos en CT corresponden a personas que consumen múltiples sustancias, básicamente cocaína en sus diversas modalidades, mezclada o no junto a heroína y alcohol, con una proporción relativamente pequeña de consumidores de heroína exclusiva. Se necesitan nuevos estudios para evaluar la eficacia de las CT para esta generación de individuos. Se puede decir que existe un vacío científico, acerca de la investigación de la evaluación y los servicios de tratamientos ofertados por la CT (Broekaert, E y col. 1999), precisándose de una investigación detallada y sistemática acerca de los procesos en estos programas para poder mejorar su adecuación y resultados en el tratamiento de las drogodependencias (Bobes García, Casas Brugué, Gutiérrez Fraile, 2003). Con el presente estudio se pretende valorar la eficacia del tratamiento instaurado en CT de los pacientes derivados desde dispositivos ambulatorios de drogodependencias. Si bien, el II Plan Andaluz Sobre Drogas y Adicciones (PASDA) plantea una evaluación de calidad de las CT, basados en indicadores, se puede señalar que entre los indicadores de calidad no se encuentra el tiempo de consumo desde el alta de la CT hasta el consumo (Consejería de Asuntos Sociales; Comisionado para las Drogodependencias; Junta de Andalucía, 2002). Los equipos de tratamiento ambulatorio continúan con el tratamiento de los pacientes que salen de la CT y deben de plantearse la eficacia de la derivación de los pacientes a las CT integradas en la red de Drogodependencias de Andalucía. Sería de gran interés realizar estudios de colaboración entre equipos de tratamiento ambulatorios y las propias CT sobre la eficacia del tratamiento. Se realiza estudio descriptivo de pacientes derivados desde equipos de tratamiento ambulatorio a CT.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza estudio descriptivo de 54 pacientes incluidos en tratamiento en dispositivos ambulatorios de drogodependencias de Córdoba que son derivados a

CT. Se recogen datos sociodemográficos, antecedentes personales psiquiátricos, tipo de droga consumida, motivo de derivación a CT, tiempo de espera para su ingreso en CT, tiempo de estancia en CT, grado de satisfacción del paciente respecto a la CT (situado entre 0 y 10), número de recaídas a los 6 meses del alta y tiempo desde alta de la CT hasta dos semanas de consumo regular. El análisis estadístico se realiza mediante el programa informático SPSS v.10 para windows. Las variables cuantitativas se expresan mediante medidas de tendencia central, media (SD) y las cualitativas mediante distribución de frecuencias.

RESULTADOS

Los individuos de la muestra seleccionada presentan una edad media (SD) de 32,23(7,23) años. El 85,2% de los pacientes son varones (N=46). Los datos sociodemográficos se recogen en la tabla I. Señalar que un tercio de la muestra no tiene estudios primarios y ninguno de los individuos tiene estudios universitarios.

La mayoría de las derivaciones de los pacientes al equipo de tratamiento ambulatorio de drogodependencias se realiza por atención primaria (N=14; 25,9%), seguidos de familiares y amigos (N=10; 18,2%), otros servicios de drogodependencias (N=9; 16,7%), servicios sociales (N=9; 16,7%). Desde equipos comunitarios de salud mental son derivados cuatro pacientes (7,4%), sólo un paciente acude derivado de prisión. Ver figura 1.

Como droga principal de abuso, los individuos consumidores de heroína+cocaína (N=33; 61,2%) son los más numerosos, seguidos de los consumidores de cocaína (N=16; 29,7%), alcohol (N=4; 7,4%), y anfetaminas (N=1; 1,9%). Ver figura 2. Los individuos son derivados a CT tras considerar, el equipo terapéutico, el fracaso del tratamiento ambulatorio (N=46; 85,2%). Los individuos derivados a CT que presentan problemática judicial (N=8) se constituyen en un 14,9%.

Un 53,7% de los individuos presentan antecedentes personales psiquiátricos en Eje I. Entre los antecedentes personales psiquiátricos señalar como más frecuentes episodios depresivos (N=11; 20,4%). Un 7,5 % (N=4) han presentado síntomas psicóticos previos. Entre los antecedentes familiares psiquiátricos de primer grado señalar como más frecuente el abuso/dependencia de alcohol (N=9; 16,7%) y otros tóxicos (N=9; 16,7%), seguidos de cuadros depresivos (N=6; 11,1%).

Un 64,82% de los individuos derivados a CT presentan un diagnóstico síndromico psiquiátrico comórbido con el trastorno por uso de sustancias psicoactivas, siendo el síndrome depresivo el diagnóstico psiquiátrico más frecuente (N=21; 38,89%).

Las CT que han atendido los pacientes derivados quedan reflejados en la tabla II. Casi la mitad de los individuos ha sido tratados en las CT de Cartaya (N=11; 22,4%) y Tarifa (N=12; 24,1%).

El tiempo medio (SD) de espera desde la derivación al ingreso se sitúa en 58,23(26,63) días. El tiempo de espera más corto se sitúa en 13 días, tratándose de una paciente adolescente. El tiempo medio (SD) de duración de estancia en CT se sitúa en 80,75(65,21) días. La mayoría de las altas de la CT se producen por abandono (N=27; 50%), seguidas de altas terapéuticas (N=16; 29,6%) y disciplinarias (N=11; 20,4%). El grado de satisfacción global medio (SD) de los individuos respecto de la CT que le ha atendido se sitúa en un 6,27(2,54). La tasa de recaídas a los 6 meses de tratamiento se sitúa en un 83,3% (N=45). El tiempo medio (SD) desde que se procede al alta de la CT hasta dos semanas de consumo regular se sitúa en 46,74(85,43) días.

DISCUSIÓN

El porcentaje de varones derivados a CT es del 85,2%. Los pacientes que se integran en CT presentan en su mayoría un nivel de estudios y laboral muy deficiente, con una situación de empleo deficitaria (Galanter, y Kleber,1997), lo que coincide con los individuos del presente estudio. El desempleo crónico es frecuente en pacientes adictos a drogas, relacionado con el continuo consumo de drogas, la falta de tratamiento y las tasas de criminalidad. La ayuda en la búsqueda de empleo, ha mostrado buenos resultados en pacientes adictos (Wong, CJ y col., 2004).

La red de equipos de tratamiento ambulatorio de drogodependencias de la provincia de Córdoba, se encuentra integrada en Centros de Salud lo que puede facilitar la derivación de pacientes por parte de atención primaria (N=14; 25,9%) a

los equipos de tratamiento ambulatorio. Desde prisión sólo se ha derivado un paciente, aunque el número aumenta si se tienen en cuenta los que presentan problemática judicial (N=8; 14,9%). En la literatura se encuentra un alto porcentaje de pacientes derivados a CT con problemática judicial. Aproximadamente el 30% de todos los ingresos en CT se dan bajo alguna forma de presión legal, libertad condicional o cualquier otro mandato judicial y más de dos tercios de individuos que ingresan en CT han sido arrestados el año previo al ingreso en CT (Galanter, y Kleber, 1997).

Como droga principal de abuso, los individuos consumidores de heroína+cocaína (N=33; 61,2%) son los más numerosos, seguidos de los consumidores de cocaína (N=16; 29,7%), y alcohol (N=4; 7,4%). La mayoría de las personas que ingresan en una CT presentan historias de consumo de múltiples sustancias que incluyen la marihuana, los opiáceos, el alcohol y las pastillas, aunque en años recientes la mayoría señala el crack y la cocaína como las principales sustancias de abuso (Galanter, y Kleber, 1997).

Los individuos son derivados a CT tras considerar, el equipo terapéutico, el fracaso del tratamiento ambulatorio (N=46; 85,2%).

Un 53,7% de los individuos presentan antecedentes personales psiquiátricos. Señalar como más frecuentes los episodios depresivos (N=11; 20,4%). Un 7,5 % (N=4) han presentado síntomas psicóticos previos. Entre los antecedentes familiares psiquiátricos de primer grado señalar como más frecuente el abuso/dependencia de alcohol (N=9; 16,7%) y otros tóxicos (N=9; 16,7%), seguidos de cuadros depresivos (N=6; 11,1%). Un 64,82% de los individuos derivados a CT presentan un diagnóstico sindrómico psiquiátrico comórbido con el trastorno por uso de sustancias psicoactivas, siendo el síndrome depresivo el diagnóstico psiquiátrico más frecuente (N=21; 38,89%). Entre los pacientes que ingresan en CT los síntomas de depresión y ansiedad son frecuentes, se señala que más del 70% de los que acuden a CT presentan un trastorno psiquiátrico no relacionado con las sustancias, superpuesto al abuso o dependencia de éstas. Los diagnósticos más frecuentes no relacionados con las sustancias eran las fobias, la ansiedad generalizada, las disfunciones sexuales, y la personalidad antisocial. Hay sólo unos pocos casos de esquizofrenia, pero se observan trastornos afectivos en un tercio de los pacientes estudiados (Galanter, y Kleber, 1997). Señalar que el 25% de los pacientes con

esquizofrenia consumen tóxicos y el 70-80% fuman. El consumo de tóxicos en pacientes con esquizofrenia conllevan un peor pronóstico, falta de cumplimiento del tratamiento, mayor número de hospitalizaciones, de vagabundos, aumento tasas de criminalidad, comorbilidad médica y suicidio (McEvoy, y Allen, 2003). Las mujeres en tratamiento en CT presentan una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos (De Wilde, MA y col. 2004). Los pacientes con síntomas depresivos presentan tasas mayores de recaídas (Llorente del Pozo, JM; y col. 1998). Entre las personas que buscan ser admitidas en las CT, un número cada vez mayor aporta historias psiquiátricas documentadas. Los modelos tradicionales de CT no pueden absorber a los pacientes que abusan de sustancias y que sufren trastornos psiquiátricos graves. Las personas con un trastorno psiquiátrico primario requieren formas especialmente adaptadas del modelo tradicional de las CT. Un estudio señala cifras de retención en CT, en pacientes con diagnóstico dual, del 66% a los 3 meses y de 175% a los 9 meses (Van Stelle, KR; Blumer, C; Moberg, P; 2004). En Barcelona el programa en CT es altamente especializado, capaz de ofrecer a cada persona consulta médica y psiquiátrica. Dada la alta prevalencia de síndromes psiquiátricos comórbidos, de las mayores tasas de abandono y de recaídas entre los pacientes con patología dual se deben incluir psiquiatras en las comunidades terapéuticas para mejorar el estado de los pacientes, los resultados de las CT y reducir el coste económico tras el alta. En las CT de Andalucía, sólo en la CT Hacienda de Toros se sabe que trabaje un psiquiatra.

El tiempo medio (SD) de espera desde la derivación al ingreso se sitúa en 58,23(26,63) días. Tiempo que se puede considerar excesivamente largo si se tienen en cuenta las condiciones de muchos de los pacientes que se derivan a CT (factores de criminalidad, marginalidad, conflictividad familiar...). En nuestro ámbito la petición de las analíticas y exploraciones complementarias retrasa entre tres y cuatro semanas la inclusión en la lista de espera. Se podría considerar la inclusión en la lista de espera, de los individuos de los que se remitan los protocolos de derivación, aún sin recibir las analíticas. Analíticas que serían realizadas durante su espera para ingreso en CT y remitidas antes de su ingreso en la CT ofertada. Otra de las opciones puede ser la petición de analíticas desde la propia CT.

El tiempo medio (SD) de duración de estancia en CT se sitúa en 80,75(65,21) días. El Programa de intervención en CT en Andalucía señala "...como norma general el tiempo de estancia en comunidad no debe superar un máximo de nueve meses...". Si bien, permite que la estancia pueda superar ampliamente esta

cifra, informando por escrito acerca de los motivos por los que se produce esta circunstancia (Consejería de Asuntos Sociales; Comisionado para las Drogodependencias; Junta de Andalucía, 2002). Las CT tradicionales son similares en la duración de la estancia (15-24 meses) y en el equipo terapéutico (formados por sujetos exadictos rehabilitados en programas de CT, médicos, psiquiatras, profesionales de la rama educativa, del asesoramiento familiar, y de los ámbitos administrativos y legal). El principal objetivo de la CT es el cambio global del estilo de vida: la abstinencia de sustancias, la eliminación de actividades antisociales, la búsqueda de empleo, y la instauración de valores y actitudes prosociales. La rehabilitación adquiere una influencia y un entrenamiento multidimensionales, que en la mayoría de los casos sólo puede darse en contextos residenciales de 24 horas y durante largos periodos de ingreso. La CT coordina una intervención integral (consejo vocacional, terapia por el trabajo, tiempo de ocio, terapia individual y en grupo, y los servicios médicos, psiquiátricos, familiares, legales y sociales). Se han desarrollado modificaciones con CT de estancia más corta (3, 6 y 12 meses). Un aspecto de particular interés es la comparación de la eficacia y los costes-beneficios de los tratamientos residenciales a corto y largo plazo. No obstante, no hay pruebas convincentes que apoyen la eficacia de los tratamientos a corto plazo en cualquier modalidad de CT. Dado lo que se conoce sobre la complejidad del proceso de recuperación en las adicciones y la importancia de la permanencia en el tratamiento, hay pocas probabilidades de que los componentes del tratamiento a corto plazo sean suficientes por sí solos para producir resultados positivos estables (Galanter, y Kleber, 1997). Aún así, se puede plantear la CT a corto plazo si el individuo tiene una disciplina personal suficiente, una relación familiar aceptable, y si puede volver a trabajar o a estudiar, lo que no sucede con la mayoría de los individuos del estudio.

La mayoría de las altas de la CT se producen por abandono (N=27; 50%), seguidas de altas terapéuticas (N=16; 29,6%) y disciplinarias (N=11; 20,4%). El abandono es la norma para todas las modalidades de CT de abuso de sustancias. Para las CT, la retención es un aspecto de especial importancia, porque la investigación ha demostrado la existencia de una fuerte relación entre el tiempo que dura el tratamiento y su éxito. El abandono es superior (30-40%) en los primeros 30 días de la residencia, pero más tarde disminuye de manera brusca. En los tratamientos en CT las tasas de retención en un año van del 20 al 35% y las tasas de finalización oscilan entre 10-25% de todos los ingresos. No existen características fiables que predispongan al abandono, a excepción de la delincuencia y/o una psicopatología grave, que se correlacionan con un abandono prematuro. Las CT son efica-

ces para las personas que permanezcan el tiempo suficiente para que el tratamiento empiece a surtir efecto. Es obvio, que un aspecto esencial de las CT es aumentar al máximo el poder de adhesión para beneficiar más a los pacientes. Las CT tienen su regulación y normas específicas que guían el comportamiento de los residentes y la dirección de la organización. La seguridad física es un requisito imprescindible. La elección de una acción disciplinaria específica depende de la gravedad de la infracción, el tiempo que se lleva integrado en el programa y la historia de infracciones. La mayoría de las CT realizan pruebas de orina que se realizan al azar y sin previo aviso o en relación con determinados incidentes. La admisión voluntaria del consumo de sustancias inicia un proceso de aprendizaje que incluye la exploración de las condiciones que precipitaron la infracción. La negación de un consumo real, antes o después de la prueba de orina, puede bloquear el proceso de aprendizaje y conllevar la finalización de la estancia o su expulsión. Cuando un resultado de orina ofrece resultados positivos, la acción que se lleve a cabo depende de la sustancia utilizada, el tiempo y el estado del paciente dentro del programa, la historia previa de consumo de sustancias en la comunidad u otras infracciones y el lugar y la forma en que se ha producido el consumo. Entre las acciones que cabe tomar están la expulsión, la pérdida de antigüedad, las pérdidas de trabajo o de privilegios durante periodos específicos. La intensidad global del tratamiento en los primeros dos meses de tratamiento, en términos de exigencias del programa y confrontaciones, debe ser moderada, ya que se pretende evitar el aumento de temores individuales, facilitar la implicación y la aceptación del régimen de la CT. El hecho de que los pacientes permanezcan en la CT durante 30-60 días indica que se han adherido a las normas del programa lo suficiente como para cumplir los objetivos de orientación de esta etapa y pasar el periodo de máxima vulnerabilidad de los abandonos prematuros. Al final de este periodo se espera de los nuevos residentes que conozcan la estructura y trabajen para mantener el cumplimiento de las normas (Galanter, y Kleber, 1997). Las altas disciplinarias en las CT de Andalucía se producen por promover o participar en agresiones y discusiones violentas, introducir y/o consumir dentro del centro cualquier tipo de drogas, dar positivo a tóxicos de forma reiterada en los controles tras las salidas terapéuticas del centro y salir del centro sin autorización de los responsables del mismo (Consejería de Asuntos Sociales; Comisionado para las Drogodependencias; Junta de Andalucía, 2002). El alta disciplinaria en las CT de Andalucía por consumo de drogas dentro de la CT se produce sin excepción y sin tener en cuenta otros datos de interés de la persona que ha consumido. Ni que decir tiene que la expulsión del paciente de la CT le “condena” a volver al consumo de tóxicos y a sus consecuencias (delincuencia, trastornos físicos, psíquicos, marginalidad, etc). De acuerdo con

la literatura revisada, sería conveniente promover otras sanciones cuando el individuo haya consumido drogas durante los dos primeros meses. Estudios económicos sobre el coste de los individuos que han estado en CT, a los 12 meses de su salida, señalan un menor coste de los individuos que completan el tratamiento en CT, respecto a los que abandonan o son expulsados (MacGeary, KA; y col. 2000).

El grado de satisfacción global medio (SD) de los individuos respecto de la CT que le ha atendido se sitúa en un 6,27(2,54). La tasa de recaídas a los 6 meses de tratamiento se sitúa en un 83,3% (N=45). Un estudio en CT de Proyecto Hombre en Asturias señala una duración media de 33 meses y unas tasas de abstinencia a los 3 años del 86,4% (Fernández Hermida, JR y col. 2002). El tiempo medio (SD) desde que se procede al alta de la CT hasta dos semanas de consumo regular se sitúa en 46,74(85,43) días. En la bibliografía se señala que el 90% de los individuos que completan el tratamiento, a los 15 meses del alta de la CT, se muestran abstinentes (Dekel, R; Benbenishty, R; Amram, Y. 2004). Los individuos que recaen con mayor frecuencia tienen mayor edad, mayor cronicidad en el consumo, más problemática médica, y psiquiátrica, y menor nivel educacional y laboral (Llorente del Pozo, JM; y col. 1998).

Por los resultados obtenidos, se considera adecuado la realización de posteriores estudios con un mayor número de pacientes y mayor rigurosidad científica, para corroborar o no los datos, puesto que de corroborarse dichos datos se deberían de plantear la adecuación de los programas y normativa de los tratamientos realizados en CT.

CONCLUSIONES

El tiempo medio (SD) de espera desde la derivación al ingreso se sitúa en 58,23(26,63) días. Tiempo que se puede considerar excesivamente largo si se tienen en cuenta las condiciones de muchos de los pacientes que se derivan a CT (factores de criminalidad, marginalidad, conflictividad familiar...). En nuestro ámbito la petición de las analíticas y exploraciones complementarias retrasa entre tres y cuatro semanas la inclusión en la lista de espera. Se podría considerar la inclusión en la lista de espera de los individuos que se remitan los protocolos de derivación, aún sin recibir las analíticas. Analíticas que serían realizadas durante su espera para

ingreso en CT y remitidas antes de su ingreso en la CT ofertada. Otra de las opciones puede ser la petición de analíticas desde la propia CT.

Sería interesante intentar prolongar el tiempo de estancia del paciente en CT, reduciendo el número de abandonos y de expulsiones. Si un individuo da un control de orina positivo durante los dos primeros meses de su ingreso, no promover la expulsión e intentar desarrollar otras medidas disciplinarias (pérdida de antigüedad, pérdidas de trabajo o de privilegios durante periodos específicos...). Antes de promover la expulsión por el consumo en los dos primeros meses de estancia se deben tener en cuenta la sustancia utilizada, el tiempo y el estado del paciente dentro del programa, la historia previa de consumo de sustancias en la comunidad u otras infracciones, el lugar y la forma en que se ha producido el consumo y la opinión del terapeuta de referencia del equipo de tratamiento ambulatorio.

Aumento del periodo de estancia máximo de 9 meses a un mínimo de 12 meses o replantearse la posibilidad de CT de larga duración con el objeto de adecuarse a perfiles de pacientes con mayores necesidades y que presentan un número creciente de reingresos. Dado lo que se conoce sobre la complejidad del proceso de recuperación en las adicciones y la importancia de la permanencia en el tratamiento, hay pocas probabilidades de que los componentes del tratamiento a corto plazo sean suficientes por sí solos para producir resultados positivos estables. En última instancia se puede plantear la CT a corto plazo si el individuo tiene una disciplina personal suficiente, una relación familiar aceptable, y si puede volver a trabajar o a estudiar.

Dada la alta prevalencia de síndromes psiquiátricos comórbidos, de las mayores tasas de abandono y de recaídas entre los pacientes con patología dual se deben incluir psiquiatras en las comunidades terapéuticas para mejorar el estado de los pacientes, los resultados de las CT y reducir el coste económico tras el alta.

LIMITACIONES

Dado que se ha realizado un estudio con un número, relativamente bajo de pacientes y suscritos sólo a la provincia de Córdoba se deben tener suficiente cautela con la interpretación de los datos. Sería de sumo interés la realización de un posterior estudio prospectivo que incluya pacientes randomizados de las diferentes provincias andaluzas.

TABLAS Y FIGURAS

Tabla I: Datos sociodemográficos

		Frec. Absoluta	Porcentaje
Sexo	Varón	46	85,2
Estado civil	Casados	12	22,2
	Viudo/separados/divorciados	11	20,3
	Solteros	31	57,5
nivel laboral	Obreros sin cualificar	34	63
	Obreros cualificados	11	20,4
	Administ, empleados	3	5,6
	Técnicos grado medio	3	5,6
	Profesionales, ejecutivos	1	1,9
Situación laboral	Estudiante	1	1,9
	Contratado/activo	11	20,4
	Parado	34	63,1
	Invalidez	2	3,7
Nivel de estudios	Sin estudios 1º	18	33,4
	Primarios	19	35,2
	Secundarios	13	24,1
	Universitarios	0	0
Situación geográfica	Rural	29	53,7
	Urbano	25	46,3
Convivencia	Sólo	2	3,8
	Sólo con pareja	0	0
	Pareja e hijos	22	40,8

	Sólo con hijos	4	7,4
	Familia de origen	20	37
	Con amigos	4	7,4

Tabla II: CT

CT	fr absoluta	Porcentaje
Almonte	14	7,4
Cartaya	11	22,2
Cortijo Buenos Aires	3	5,6
Girasol	3	5,6
Hacienda de toros	1	1,9
Lopera	4	7,4
Los Palacios	5	9,3
Manantial	1	1,9
Mijas	3	5,6
Noesso	1	1,9
Tarifa	12	24,1
Poveda	2	3,7

Figura 1: Procedencia de los pacientes al equipo de tratamiento ambulatorio de drogodependencias

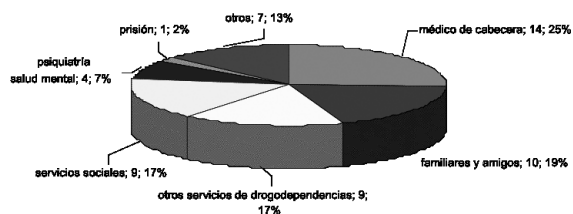
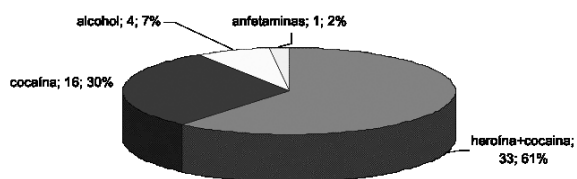


Figura 2: Droga principal de abuso



BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado. Masson SA, Barcelona, 2002.

American Psychiatric Association. Guía clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias. Ed. Ars Médica. Barcelona, 2001.

Bobes García, J; Casas Brugué, M; Gutiérrez Fraile, M. Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias. Ed. Ars médica. Barcelona, 2003.

Broekaert, E; Raes, V; Kaplan, ChD; Coletti, M. The Design and Effectiveness of Therapeutic Community Research in Europe: An Overview. *European Addiction Research*, 5, 21-35, 1999.

Consejería de Asuntos Sociales, Comisionado para las Drogodependencias, Junta de Andalucía. Programa de Intervención en Comunidad Terapéutica en Andalucía. Sevilla, 2002

Dekel, R; Benbenishty, R; Amram, Y. Therapeutic communities for drug addicts: Prediction of long-term outcomes. *Addictive Behaviors* 29, 1833-1837, 2004.

De Wilde, J; Soyez, V; Broekaert, E; Rosseel, Y; Kaplan, Ch; Larsson, J. Problem severity profiles of substance abusing women in European Therapeutic Communities: Influence of psychiatric problems. *Journal of Substance Abuse Treatment* 26, 243-251, 2004

Fernández Hermida, JR; Secades Villa, R; Fernández Ludeña, JJ y Marina González, PA. Effectiveness of a Therapeutic Community Treatment in Spain: A Long-Term Follow-Up Study. *European Addiction Research* 8, 22-29, 2002.

Galanter, M y Kleber, HD. Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias. American Psychiatric Press. Ed. Masson. Barcelona, 1997.

Llorente del Pozo, JM; Fernández Gómez, C; Gutiérrez Fraile, M; y Vielva Pérez, I. Psychological and behavioural factors associated with relapse among heroin abusers treated in therapeutics communities. *Addictive Behaviors*, vol 23, nº2, 155-169, 1998.

MacGeary, KA; French, MT; Sacks, S; Mackendrick, K y De León, G. Service and cost by mentally ill chemical abusers: Differences By Retention in a Therapeutic Community. *Journal of Substance Abuse*, vol 2, nº 3, 265-279, 2000.

McEvoy, JP; y Allen, TB. Substance abuse (including nicotine) in schizophrenic patients. *Current Opinión un Psychiatry*, 16, 199-205, 2003.

Van Stelle, KR; Blumer, C; Moberg, P. Treatment Retention of Dually Diagnosed Offenders In An Institucional Therapeutic Community. *Behavioral Science and the Law* 22, 585-597, 2004

Wong, CJ; Dillon, EM; Sylvest, C y Silverman, K. Evaluation of a modified contingency management intervention for consistent attendance in therapeutic workplace participants. *Drug and alcohol dependence*, 74, 319-324, 2004.