



**Universidad Internacional de La Rioja**  
**Facultad de Educación**

---

# ASPECTOS ASOCIADOS AL PROCESO DE ACOGIDA EN ADICCIONES Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

---

Trabajo fin de grado presentado por: M<sup>ª</sup> del Carmen Picón Galloso  
Titulación: Diplomada en Trabajo  
Social  
Línea de investigación: Servicios  
Sociales  
Director/a: Graciela Padilla Castro

Ciudad: Jerez de la Frontera  
Seleccionar fecha  
Firmado por:

CATEGORÍA TESAURO: 3.4.5 Servicios  
Sociales

# ÍNDICE

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Marco teórico .....	7
Marco metodológico .....	11
Investigación y discusión crítica de los resultados.....	15
Conclusiones.....	29
Limitaciones y prospectivas.....	32
Agradecimientos.....	33
Referencias Bibliográficas.....	34
Anexos.....	35

## **RESUMEN**

Este Proyecto de Investigación tiene como principal objetivo hacer una primera aproximación a determinadas variables que pueden estar influyendo en que las personas usuarias de los Centros de Tratamiento Ambulatorio públicos presenten una mayor adherencia al tratamiento o no.

Para ello será necesario predeterminar una serie de variables objeto de estudio y analizarlas en el tiempo, concluyendo si son las más significativas o por el contrario debemos ampliar el espectro a estudiar.

Es importante hacer una primera aproximación al fenómeno adictivo, ya que nos ayudará a comprender mejor el significado de lo que queremos decir en el contexto en el que estamos.

Hay que tener presente que este Proyecto hace referencia exclusivamente a las características de los usuarios que demandaron tratamiento en el Centro de Tratamiento Ambulatorio de Adicciones de Jerez de la Frontera (Cádiz) y que para extrapolar sus conclusiones a cualquier otra población habrá que tener en cuenta todas las precauciones posibles.

### **PALABRAS CLAVE:**

Adicción – severidad – valoración social – adherencia - tratamiento

## INTRODUCCIÓN

Desde 1993, ejerzo como trabajadora social en el Centro de Tratamiento Ambulatorio de adicciones de Jerez de la Frontera y desde 1999, lo simultaneo con las tareas de dirección del mismo.

Es indiscutible que el primer contacto que se tiene con un servicio es fundamental y en un servicio social especializado como éste, que intenta llegar a personas que se encuentran alejadas de las redes normalizadas de atención, es básico.

A lo largo de todos estos años, en los equipos multidisciplinares y de gestión, hemos intentado aproximarnos al análisis de este primer contacto, que nosotros denominamos “acogida”. Establecer los contenidos mínimos que deben recabarse no ha sido demasiado complicado. Pero definir y determinar qué características de los usuarios, al inicio del tratamiento, inciden en la adherencia al mismo es aún un aspecto a descubrir.

Considero que esta investigación puede aportar datos objetivos que nos ayuden a dar un paso adelante.

Este estudio se va llevar a cabo en el Centro de Tratamiento Ambulatorio de Jerez de la Frontera, un centro público que depende de la Diputación Provincial de Cádiz, en convenio con la Dirección General de Drogodependencias de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía para la asistencia especializada a personas con problemas de adicciones, residentes en este municipio y su comarca: 216.000 habitantes, aproximadamente.

Ofrece un servicio de tratamiento integral y cuenta, para la realización de sus cometidos, con un equipo multidisciplinar formado por médicos, psicólogos y trabajadores sociales. A través de él, se puede acceder a aquellos otros recursos de la red pública andaluza de atención a las drogodependencias que se consideren pertinentes: unidad de desintoxicación hospitalaria, comunidad terapéutica, vivienda de apoyo al tratamiento, vivienda de apoyo a la reinserción y vivienda de apoyo para enfermos de VIH.SIDA.

Es gratuito y voluntario y puede acceder cualquier persona que así lo demande previa cita. Desarrolla sus actividades en régimen ambulatorio, en sus dependencias ubicadas en Jerez de la Frontera (Cádiz).

Sus objetivos van encaminados hacia la orientación y asesoramiento a familiares y pacientes, facilitar la desintoxicación-deshabitación e incorporación social y realizar programas de disminución del daño.

Las características principales de la intervención asistencial son: atención personalizada, oferta de recursos provinciales y supraprovinciales, abordaje interdisciplinar, "acogida" de calidad como elemento de conexión entre el usuario y el equipo del centro, valoración diagnóstica y establecimiento de un plan individualizado de intervención.

De la memoria de 2012 del Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz se extrae que durante el citado año, iniciaron tratamiento en el Centro de Tratamiento Ambulatorio de Jerez de la Frontera, 917 personas. De ellas, 121 fueron mujeres y 796 hombres. Según la droga por la que se demanda tratamiento, 146 fueron por alcohol, 101 por cocaína, 89 por cannabis, 56 por opiáceos o mezcla de opiáceos-cocaína, 17 por otros opiáceos, 14 por juego patológico, 9 por sustancias psicoactivas, 3 por MDMA - metilamfetamina, éxtasis- y 4 por otras adicciones sin sustancia.

Cuando hablamos de inicios de tratamiento, nos estamos refiriendo al número de admisiones y readmisiones a tratamiento en los centros ambulatorios por abuso o dependencia a las sustancias psicoactivas recogidas en la clasificación de sustancias adoptadas por el Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías y de dependencias sin sustancia (juego patológico). No se consideraran inicios de tratamiento los contactos

para pedir información sobre tratamientos, las solicitudes de subvenciones o ayudas o la simple distribución de preservativos/jeringuillas.

Desconocemos los factores que inciden en que una persona que acude en demanda de tratamiento a un centro de tratamiento ambulatorio de adicciones complete el programa terapéutico o por el contrario, abandone el seguimiento.

Merece la pena reflexionar sobre ello por dos razones fundamentales: una relacionada principalmente con el objeto propio del trabajo, es decir, la preocupación por mejorar las variables en las que podamos incidir de cara a conseguir la mejora en la calidad de vida de los usuarios. Por otra parte, estaría la búsqueda de la gestión más eficaz y eficiente de los recursos de los que dispone el servicio.

### **Objetivos del estudio:**

#### **Objetivo general:**

- Concluir qué factores, en el momento de la acogida que se realiza en los centros de tratamientos ambulatorio de adicciones, inciden sobre la mayor o menor adherencia al mismo.

#### **Objetivos específicos:**

- Determinar el nivel de adherencia al tratamiento según la variable sexo.
- Determinar el nivel de adherencia al tratamiento según el tiempo transcurrido desde que la persona realiza la demanda y es atendida en cita de acogida.
- Determinar el nivel de adherencia al tratamiento según la droga problema y el nivel de severidad presentado.
- Determinar el nivel de adherencia al tratamiento según el estadio motivacional en el que se encuentra la persona a la hora de iniciar tratamiento.
- Determinar el nivel de adherencia al tratamiento según la figura profesional que realiza la acogida.

## MARCO TEÓRICO

El fenómeno de las adicciones es complejo y hay que tener en cuenta varias cuestiones previas. Hay que saber a qué nos referimos cuando hablamos de determinados términos y hay que definir exactamente a lo que nos referimos, ya que la ambigüedad sólo nos puede llevar a la confusión.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, Web), “droga” es toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

En la actualidad, cuando se habla de los problemas adictivos se habla de adicciones a sustancias y adicciones sin sustancias, como juego patológico, sexo, compras e Internet.

Según Zambrana y Seijo (2005), en el fenómeno de las adicciones hay que distinguir claramente entre uso -cuando el consumo no ocasiona consecuencias negativas o no es comentado por otras personas-, consumo perjudicial -cuando el consumo daña o amenaza con dañar la salud física, psicológica o el bienestar social de una persona o de la sociedad- y dependencia -cuando se manifiestan síntomas fisiológicos, psicológicos y conductuales en una persona que repetidamente desea consumir droga o repetir el comportamiento adictivo para volver a sentir los efectos o evitar el malestar-.

No todas las drogas adictivas son iguales ni se usan para lo mismo. Existen diversos tipos de clasificaciones atendiendo a si son legales o ilegales, duras o blandas o atendiendo a los efectos que causa. Según esta última se pueden clasificar en estimulantes -excitan el cerebro: tabaco, café, cocaína, anfetaminas y drogas de síntesis-, depresoras -producen sedación: alcohol, tranquilizantes y opiáceos- y perturbadoras -producen cambios en las sensaciones y percepciones: cannabis, LSD y drogas de síntesis-.

Cuando en este estudio nos referimos a droga principal, estamos aludiendo a la sustancia por la que se demanda tratamiento, aunque en la actualidad la realidad es el policonsumo

de diversas sustancias. Droga principal es aquella sustancia o comportamiento adictivo que causa mayores complicaciones al usuario tanto en el área familiar, social y/o laboral. En no pocas ocasiones es difícil identificarla y debe ser un trabajo conjunto entre el usuario y el profesional que lo atiende determinarla, ya que la elección de una u otra marcará en cierto modo el orden de priorización de las intervenciones y el plan individualizado de intervención. A lo largo del proceso terapéutico la droga problema puede cambiar debido principalmente a la aparición de nuevos consumos de otras sustancias o al progreso en el tratamiento y la motivación del usuario para dejar el consumo de otras sustancias.

Es necesario distinguir entre fecha de demanda de tratamiento y fecha de acogida. La primera se refiere al momento en que, bien el usuario o un familiar, acude al servicio por primera vez demandando ser atendido por un problema adictivo. La segunda se refiere a la cita concertada entre el usuario y el profesional asignado para realizar el proceso de la acogida. Los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Adicciones de la red provincial de Cádiz no son centros de urgencias, por lo que las entrevistas son programadas por el personal de administración del centro una vez recabados los datos básicos de identificación del usuario. Aunque se entiende que la demora debe ser lo mínimo posible debido a la inestabilidad en la demanda que presentan las personas con problemas de adicciones, es por ello por lo que si en el momento de acudir en demanda de información se dan las circunstancias necesarias para proceder a la acogida esta se puede producir el mismo día.

La “acogida” se define como el momento inicial en el que se establecen las bases de la relación terapéutica entre el usuario del servicio y el equipo de tratamiento. Consta de dos partes diferenciadas. Por una parte, la meramente administrativa que viene determinada por la Consejería para la Salud y Bienestar Social donde se recogen los datos de la FIBAT (Ficha Básica de Admisión a Tratamiento, Anexo IV) y la firma de los consentimientos de tratamiento informatizado de los datos (Anexo II) y la aceptación de tratamiento (Anexo III), establecidos por el Servicio Provincial de Drogodependencias según establece la Ley de Protección de Datos.

De otra parte, está el análisis de la demanda, donde nos centraremos en conocer las motivaciones que hacen que sea en este momento y no en otro cuando el usuario se plantea iniciar un proceso de rehabilitación, las motivaciones serán variadas y confluirán varias, las más habituales son la presión de la familia, la motivación judicial o la necesidad personal de cambiar el modo de vida.

La elaboración de la historia toxicológica nos ayudará a comprender el desarrollo del fenómeno adictivo en esta persona, nos dará información de todas las drogas consumidas o comportamientos adictivos, la edad en la que se inició el consumo, si existe consumo activo, cuál es la vía principal de administración –oral, fumada o inhalada, esnifada, intravenosa- , cuál es la periodicidad – diaria, 3 ó 4 veces en semana, una vez a la semana, esporádico u ocasional- , si ha dejado de consumir en algún momento y por cuánto tiempo y si presentó síndrome de abstinencia. Por último, se realizará una propuesta consensuada inicial de intervención junto con la explicación del funcionamiento del recurso.

La severidad del problema adictivo se valorará a partir del diagnóstico según criterios DSM-IV (uso, abuso o dependencia), así como la existencia de indicadores de gravedad: edad, inicio y tiempo de consumo de sustancias de abuso, número de tratamientos anteriores, patología orgánica asociada, problemas judiciales derivados del uso de estas sustancias, comorbilidad de otros trastornos psicopatológicos y el consumo de más de una sustancia. Este diagnóstico se aplica a las manifestaciones actuales del sujeto y no para los diagnósticos anteriores y de los que ya está recuperado. Para indicar la gravedad y el curso evolutivo las especificaciones serán: leve -son pocos, o ninguno, los síntomas que exceden los requeridos para formular el diagnóstico. Los síntomas no dan lugar sino a un ligero deterioro de la actividad social y laboral-, moderado- existen síntomas o deterioro funcional situados entre leve y grave- y grave -se detectan varios síntomas que exceden los requeridos para formular el diagnóstico, o distintos síntomas que son particularmente graves, o los síntomas dan lugar a un notable deterioro de la actividad social o laboral.

En cuanto a la motivación del usuario para el tratamiento, nos basamos en la clasificación de Prochaska y DiClemente (1982), autores del modelo Transteórico del

Cambio, que utilizan un sistema de clasificación categorial de los estadios del cambio, basado en una serie de preguntas mutuamente excluyentes: precontemplación - consumidor activo y que no contempla abandonarlo en los próximos seis meses-, contemplación -consumidor activo pero considera dejarlo en los próximos seis meses-, preparación -consumidor activo pero se plantea dejarlo en los próximos 30 días-, acción - no consumidores activos con una abstinencia inferior a seis meses- y mantenimiento -no consumidores activos con una abstinencia superior a seis meses-.

La valoración social está basada en la Escala de Valoración del Riesgo de Exclusión Social del Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz, partiendo de las categorías propuestas por Castel (1992). Es un cuestionario diagnóstico multidimensional para evaluar los problemas relacionados con aspectos psicosociales y ambientales que se pudieran presentar. Establece tres categorías: zona de integración, seguridad o estabilidad -población con trabajo, protección social asegurada y sólida relación familiar y vecinal-, zona de vulnerabilidad, precariedad o inestabilidad -fragilidad e inseguridad de las relaciones laborales e inadecuación de los soportes familiares y sociales- y zona de exclusión o marginación -retirada del mundo laboral, ausencia de protección social y aislamiento social-. Para entender esta clasificación hay que tener presente el cambio conceptual en el concepto de pobreza. Jacques Delors( presidente de la Comisión del Segundo Programa de Pobreza de Política Social Europea, 1988) promueve que se consideren excluidos sociales a todos los individuos que sufren desventaja en términos de educación, habilidades, empleo, vivienda y recursos financieros. Presentan dificultades en el acceso a las instituciones y además es persistente en el tiempo. También es necesario tener presente que no se puede identificar pobreza y exclusión social, aunque ésta contenga a la otra. La exclusión social es un fenómeno social, no marginal, que cuestiona y amenaza los valores de la sociedad.

## MARCO METODOLÓGICO

Para la realización de este proyecto de investigación se va a utilizar una metodología cuantitativa, con una recogida de datos del total de pacientes que iniciaron o reiniciaron tratamiento en el Centro de Tratamiento de Adicciones de Jerez de la Frontera, entre el 1 de julio de 2012 y el 30 de noviembre de 2012.

En total hablamos de una muestra de 195 personas, distribuidas en 39 en julio, 30 en agosto, 34 en septiembre, 44 en octubre y 48 en noviembre, aunque cuando he realizado la recogida de datos han sido descartadas 24 personas por dos razones no contempladas en principio:

- . Pacientes que demandan tratamiento por dependencia a nicotina: son eliminados de la muestra porque el programa regional establece que dichas personas sólo pueden permanecer en tratamiento durante 3 meses, transcurrido este período el propio sistema los da de baja en el centro, por lo que distorsionaría la variable de continuidad de tratamiento.

- . Pacientes que acuden al centro por indicación judicial por encontrarse en situación de liberado condicional, suspensión de condena o tercer grado. Estas personas tienen condicionada su libertad a la asistencia a tratamiento con lo que he considerado que no son significativas para el objeto de estudio.

Se consideran como parte del grupo de abandono a aquellos pacientes que causan baja en el servicio dentro del periodo de estudio (6 meses) y se compararán con el grupo de pacientes que continúan en tratamiento al final de ese periodo.

Teniendo en cuenta que los fenómenos sociales son multifactoriales, he seleccionado las variables que considero pueden ser más objetivas a la hora de extraer la información de los documentos referidos. Ello no significa que sean las que nos puedan proporcionar las conclusiones más exactas ni sobre las que podamos intervenir, pero sí podrán servir como elemento aclaratorio.

Las variables a estudiar serán:

- Número de FIBAT: Identifica al usuario en la Red Pública de Atención a las Drogodependencias y será el que nos sirva de referencia a la hora de recabar la información.
- Sexo: Hombre o mujer, aunque la realidad es más variada. Nos referimos al sexo de nacimiento del usuario, salvo en las personas transexuales, que será el que tengan después de la intervención.
- Fecha de nacimiento.
- Fecha de demanda de tratamiento: Momento en que el usuario o un familiar solicitan cita de forma presencial o telefónica.
- Fecha de acogida: Fecha que se le asigna para que acuda a la primera entrevista con un profesional del servicio.
- Droga principal: Aunque el fenómeno adictivo se encuentra caracterizado en la actualidad por el policonsumo de sustancias, es decir, concurren varios consumos o comportamiento adictivos en un mismo momento, es importante determinar cuál es la sustancia o comportamiento adictivo más problemático en el momento de iniciar tratamiento, ya que establecerá, en cierta medida, el orden de prioridad en la intervención.
- Estadio motivacional: Basándonos en el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (1982), se presentan cinco estadios de cambio en la dimensión temporal.
  - o Precontemplación: Conducta adictiva o consumidor activo y que no contempla abandonarlo en los próximos seis meses.
  - o Contemplación: Conducta adictiva o consumidor activo pero considera dejarlo en los próximos seis meses.
  - o Preparación: Conducta adictiva o consumidor activo pero se plantea dejarlo en los próximos 30 días.

- Acción: No consumidores activos ni comportamiento adictivo con una abstinencia inferior a seis meses.
- Mantenimiento: No consumidores activos ni comportamiento adictivo con una abstinencia superior a seis meses.
- 
- Grado de severidad del problema adictivo: Basándonos en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (2002) y en otra serie de aspectos a tener en cuenta en las adicciones, como son el deterioro orgánico, psicológico y social debemos distinguir entre:
  - Leve: Son pocos, o ninguno, los síntomas requeridos para formular el diagnóstico, ligero deterioro de la actividad laboral o social.
  - Moderado: Existen síntomas o deterioro funcional situados entre leve y grave.
  - Alta: Se detectan varios síntomas que exceden los requeridos para formular el diagnóstico, o distintos síntomas que son particularmente graves, o los síntomas dan lugar a un notable deterioro de la actividad social o laboral.
  -
- Valoración social: Basándonos en los espacios sociales en los que se distribuyen los riesgos de exclusión según Castel (1992), podemos distinguir entre:
  - . Zona de integración, seguridad o estabilidad: corresponde a la situación típica-ideal de la población con trabajo y protección social asegurada y sólida relación familiar y vecinal. Aunque existen grandes desigualdades sociales, estas no suponen una amenaza para la estabilidad social.
  - . Zona de vulnerabilidad, precariedad o inestabilidad: la situación se caracteriza por la fragilidad, la inseguridad de las relaciones laborales precarias y la inadecuación de los soportes familiares y sociales.
  - . Zona de exclusión o marginación: caracterizado por una retirada del mundo laboral, ausencia de otro tipo de protección social y aislamiento social. Sufrir las formas más extrema de pobreza, carece de acceso a las formas normalizadas de participación social y son incapaces de salir por sí solos de esta situación.

- Profesión del terapeuta de acogida: Hay que tener en cuenta a la hora de analizar los datos que las sesiones de acogida durante el período de estudio fueron realizadas por cuatro psicólogos, tres médicos y un trabajador social.
- Número de tratamientos anteriores en la red: Sólo contabilizaremos los tratamientos que se han realizado en algún centro de la red pública de atención a las drogodependencias de Andalucía, descartamos los centros acreditados y homologados pero de titularidad privada, los centros no acreditados y las consultas privadas.
- Continuación del tratamiento:
  - o Al mes: Usuarios que siguen acudiendo a las citas programadas al mes de la fecha de acogida.
  - o A los tres meses: Usuarios que siguen acudiendo a las citas programadas a los 90 días de la fecha de acogida.
  - o A los seis meses: Usuarios que siguen acudiendo a las citas programadas a los 180 días de la fecha de acogida.
- Motivo de alta en el recurso: Hacemos la distinción en tres momentos distintos para comparar las características de los que abandonan con los que se mantienen.
  - o Abandono: Se entiende cuando el usuario deja de acudir a las citas programadas sin dar ninguna explicación.
  - o Alta voluntaria: Se entiende cuando el usuario manifiesta su intención de dejar de acudir al centro bien sea porque considera que tiene superado su problema adictivo o porque no es el momento adecuado para someterse a tratamiento.
  - o Alta derivada: Se entiende cuando el usuario comunica que se traslada de localidad y continúa en seguimiento en el centro de dicha localidad comunicador de la red pública o cuando ingresa en un centro penitenciario con programa de atención a las drogodependencias comunicador de la red pública.
  - o Alta terapéutica: Se entiende cuando el profesional referente considera que se han alcanzado los objetivos propuestos en el plan individualizado de intervención diseñado al inicio del tratamiento.

- Exitus o fallecimiento: Cuando se tiene constancia fehaciente del fallecimiento del usuario.

La información se extraerá de las historias clínicas de los usuarios del servicio y de los datos de la ficha básica de admisión a tratamiento (FIBAT), previa autorización de la institución encargada de la custodia de los mismos y bajo los criterios establecidos en la Ley de Protección de Datos (Ley 15/1999, del 13 de diciembre)

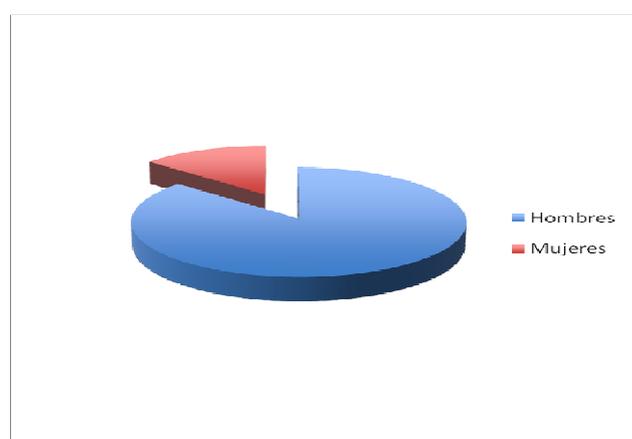
## INVESTIGACIÓN Y DISCUSIÓN CRÍTICA DE LOS RESULTADOS

Descripción cuantitativa de cada una de las variables que he analizado en función de la muestra general. Una vez descartados los inicios o reinicios de tratamiento que lo hacían por indicación judicial o por demanda de droga problema la nicotina, el universo de la población es de 171 usuarios.

En cuanto a la variable sexo, los datos obtenidos han sido:

	Sexo	
	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	148	86,5
Mujeres	23	13,5
Total	171	100

Siendo su representación gráfica:



Fuente: elaboración propia

Se aprecia cómo el porcentaje de hombres que acuden en demanda de tratamiento al Centro de Tratamiento Ambulatorio de Adicciones de Jerez es muy superior al de mujeres, situación similar a la que encontramos a nivel del conjunto de la provincia de Cádiz (datos memoria SPD Diputación 2012). Esta variable sería otra cuestión objeto de análisis en futuras investigaciones: ¿es mayor la incidencia en el consumo de tóxicos entre los hombres o son ellos más los que demandan tratamiento siendo la toxicomanía en la mujer algo más oculto?.

En cuanto a la variable fecha de nacimiento que nos proporciona la edad que tiene el usuario cuando demanda inicio o reinicio de tratamiento, los datos obtenidos han sido:

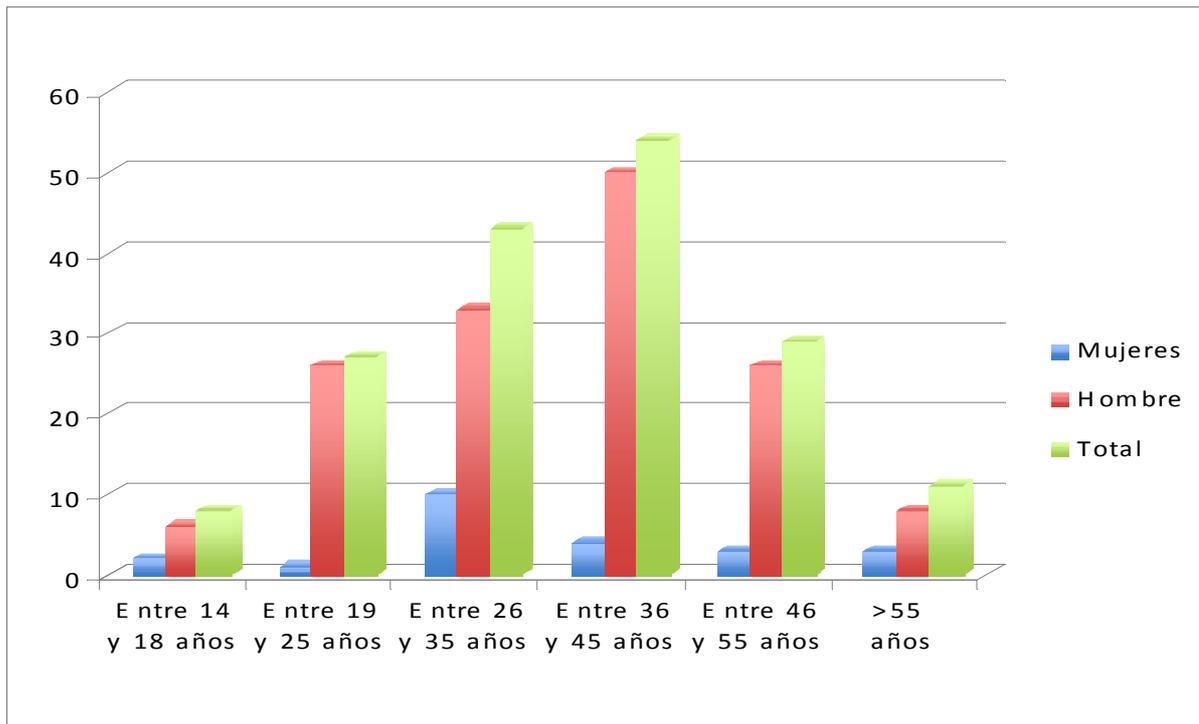
<b>Edad</b>	
Media	36,79
Desv. Tip.	11,68

Se aprecia que la media de edad es de 36.79 años, presentando una desviación típica de 11.6 años.

A continuación los datos de edad desglosados por sexo.

<b>Edad por intervalos y sexo</b>			
	Mujeres	Hombre	Total
Entre 14 y 18 años	2	6	8
Entre 19 y 25 años	1	26	27
Entre 26 y 35 años	10	33	43
Entre 36 y 45 años	4	50	54
Entre 46 y 55 años	3	26	29
>55 años	3	8	11

Siendo su representación gráfica:



Fuente: elaboración propia

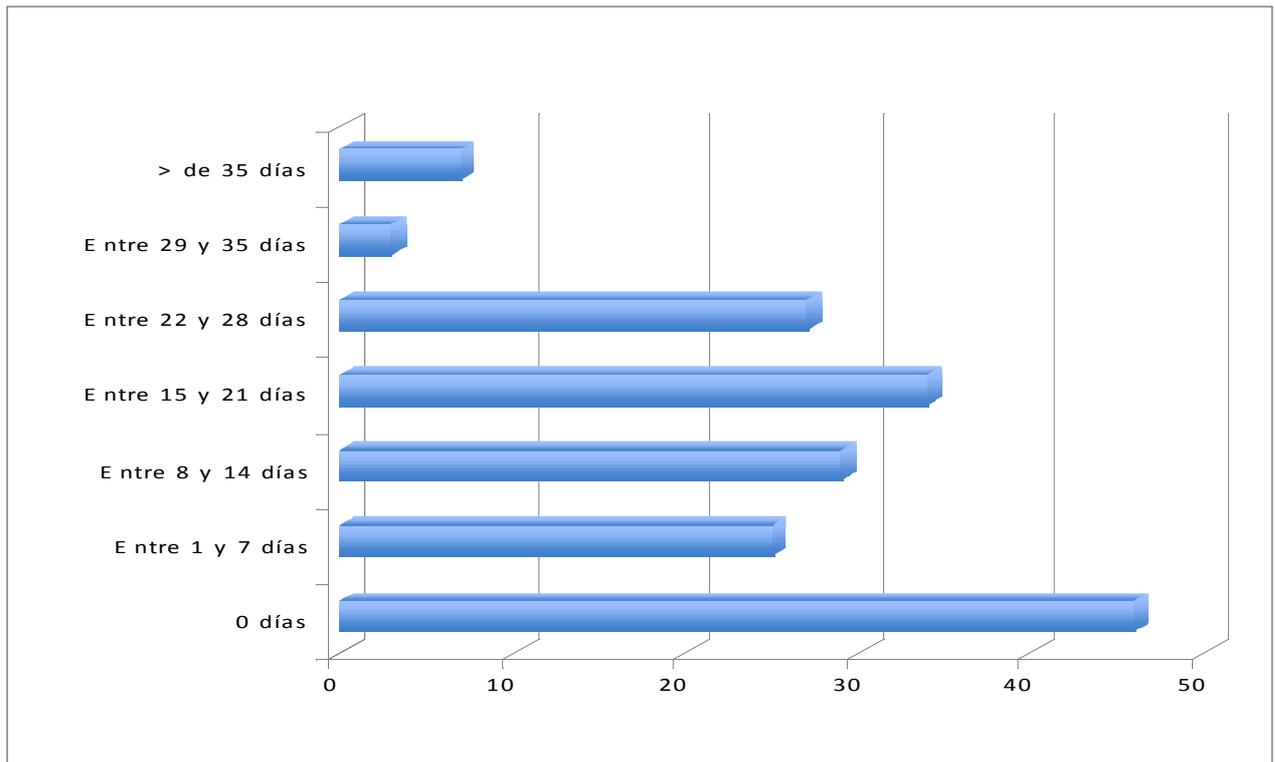
Podemos extraer tres tipos de análisis. Sobre el universo de la población, en el que el intervalo más destacado es el comprendido entre los 36 y 45 años. Entre la población de los hombres el intervalo que más significación presenta es el comprendido entre los 36 y los 45 años de edad coincidiendo con el universo de la muestra, mientras que entre las mujeres se sitúa a una edad más temprana, entre los 26 y los 35 años de edad. Se aprecia que la media de edad de las mujeres que acuden a tratamiento es inferior en casi 10 años al del los varones. A partir de los datos de este estudio, no se puede determinar una posible causa de esta diferencia. Desde la experiencia clínica acumulada se puede atribuir al hecho de que un porcentaje significativo de las usuarias del centro acuden derivadas por los equipos de infancia y familia de los Servicios Sociales municipales. Por otro lado los problemas adictivos en la mujer son menos tolerados socialmente y se ejerce una mayor presión hacia el tratamiento.

En cuanto a la variable tiempo de espera para la primera cita de admisión a tratamiento, los datos obtenidos han sido:

Tiempo de Espera	
Media	12,4

Se aprecia que la media de tiempo de espera es de 12,4 días, presentando una desviación típica de 12,29 días.

Siendo su representación gráfica:



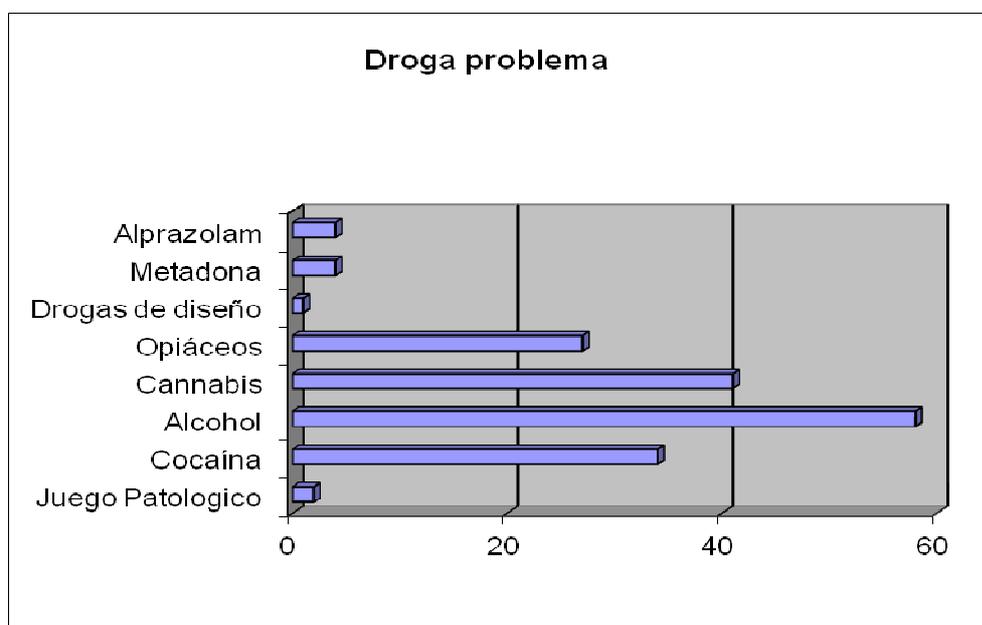
Fuente: elaboración propia

El intervalo de 0 días es el más amplio. Esto pone de manifiesto que, los profesionales del Centro de Tratamiento de Adicciones de Jerez priman la atención no demorable a las personas que acuden en demanda de tratamiento al servicio, ya que se es consciente que la motivación a la hora de solicitar tratamiento es bastante efímera. El intervalo siguiente se concentra entre los 15 a 21 días, seguido del de 8 a 14 días, el de 22 a 28 días, el de 1 a 7 días, el de 29 a 35 días y por último los de más de 35 días. A la hora de analizar estos datos hay que tener presente que el centro presta atención en horario de mañana de 9 a 14 horas, debiendo en numerosas ocasiones condicionar las citas a determinadas franjas horarias y días en los que el usuario tenga descanso o licencia y evite tener que justificar en su puesto de trabajo o centro de estudios la asistencia a este recurso.

En cuanto a la variable droga o conducta adictiva por la que se demanda tratamiento, los datos obtenidos han sido:

<b>Droga Problema</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
Juego Patologico	2	1,2
Cocaína	34	19,9
Alcohol	58	33,9
Cannabis	41	24
Opiáceos	27	15,8
Drogas de diseño	1	0,6
Metadona	4	2,3
Alprazolam	4	2,3
Total	171	100

Siendo su representación gráfica:



Fuente: elaboración propia

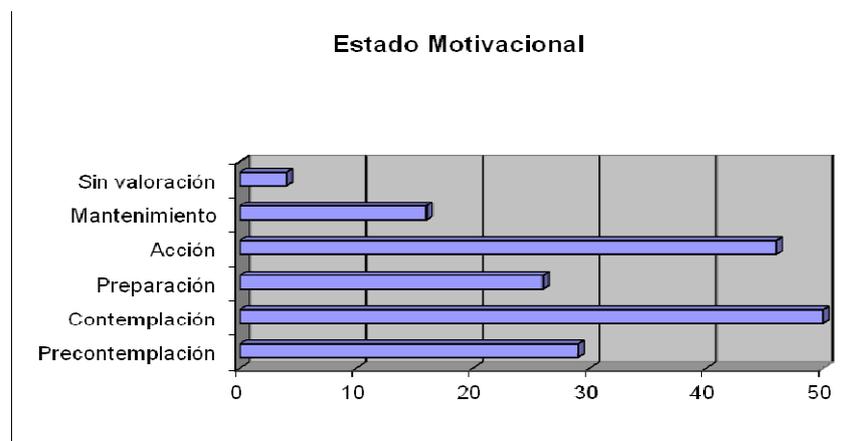
Se aprecia que la droga por la que más demandas de inicios o reinicios de tratamiento durante el período de estudio es el alcohol, seguido del cannabis, cocaína, opiáceos, metadona y alprazolam, juego patológico y por último, drogas de diseño. No hay que olvidar que sólo se referencia la droga o comportamiento adictivo vivido como más problemático por el usuario y no se refieren otros consumos que se estén produciendo en el momento, ya se ha apuntado anteriormente que la conducta adictiva en la actualidad viene caracterizada por el policonsumo de sustancias. Esta gráfica viene a corroborar el descenso que se ha producido en los últimos años en el consumo de opiáceos- entre los

factores que ayudaron a ello fue la aparición de los programas de disminución del daño como la dispensación de metadona. También asistimos a un incremento importante tanto en las demandas por consumo de alcohol como de cannabis y cocaína. No hay que olvidar que España se encuentra entre los primeros países de Europa en el consumo de cocaína.

En cuanto a la variable estado motivacional, los datos obtenidos han sido:

<b>Estado Motivacional</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
Precontemplación	29	17
Contemplación	50	29,2
Preparación	26	15,2
Acción	46	26,9
Mantenimiento	16	9,4
Sin valoración	4	2,3
Total	171	100

Siendo su representación gráfica:



Fuente: elaboración propia

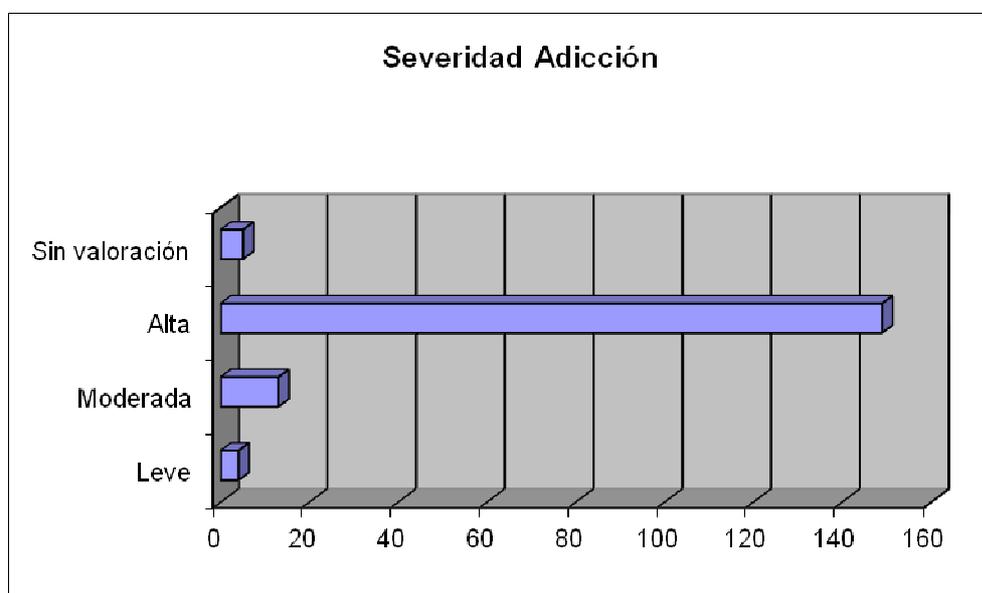
Se aprecia que el estado motivacional principal a la hora de solicitar inicio o reinicio de tratamiento es el de contemplación, seguido del de acción, precontemplación, preparación y por último mantenimiento. Es decir, los momentos más favorables a la hora de tomar la determinación de querer abandonar el comportamiento adictivo es cuando el usuario tiene la intención de abandonarlo en los próximos seis meses o que se encuentran abstinentes desde hace menos de seis meses. Llama la atención que un 17% de los usuarios acuden a tratamiento sin la intención de abandonar el consumo o la conducta adictiva en los

próximos seis meses, sería interesante profundizar en las razones que les hace acercarse al recurso.

En cuanto a la variable grado de severidad de la adicción, los datos obtenidos han sido:

<b>Severidad Adicción</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
Leve	4	2,3
Moderada	13	7,6
Alta	149	87,1
Sin valoración	5	2,9
Total	171	100

Siendo su representación gráfica:



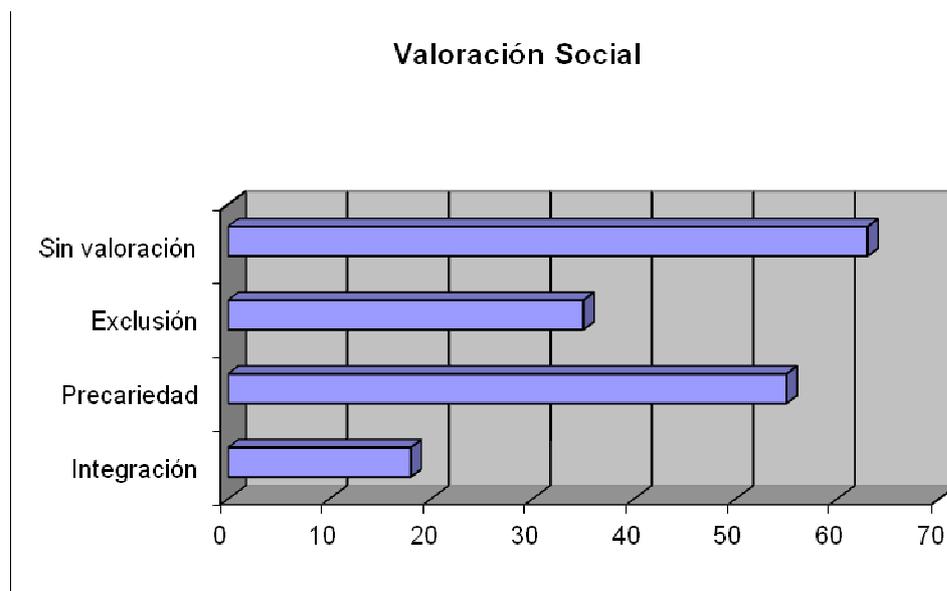
Fuente: elaboración propia

Se aprecia que la mayoría de la muestra presenta una severidad alta en relación al grado de adicción, seguida por la moderada y por último la leve. Es decir, cuando el usuario detecta síntomas graves u observa un deterioro importante en el terreno laboral, social y familiar es cuando la motivación hacia el tratamiento es mayor. En los casos en los que la severidad de la adicción es leve es cuando el usuario se encuentra en una etapa llamada de "luna de miel", es decir, los beneficios percibidos por el consumo de tóxicos son mayores que las consecuencias negativas de los mismos.

En cuanto a la variable valoración social, los datos obtenidos han sido:

Valoración Social		
	Frecuencia	Porcentaje
Integración	18	10,5
Precariedad	55	32,2
Exclusión	35	20,5
Sin valoración	63	36,8
Total	171	100

Siendo su representación gráfica:



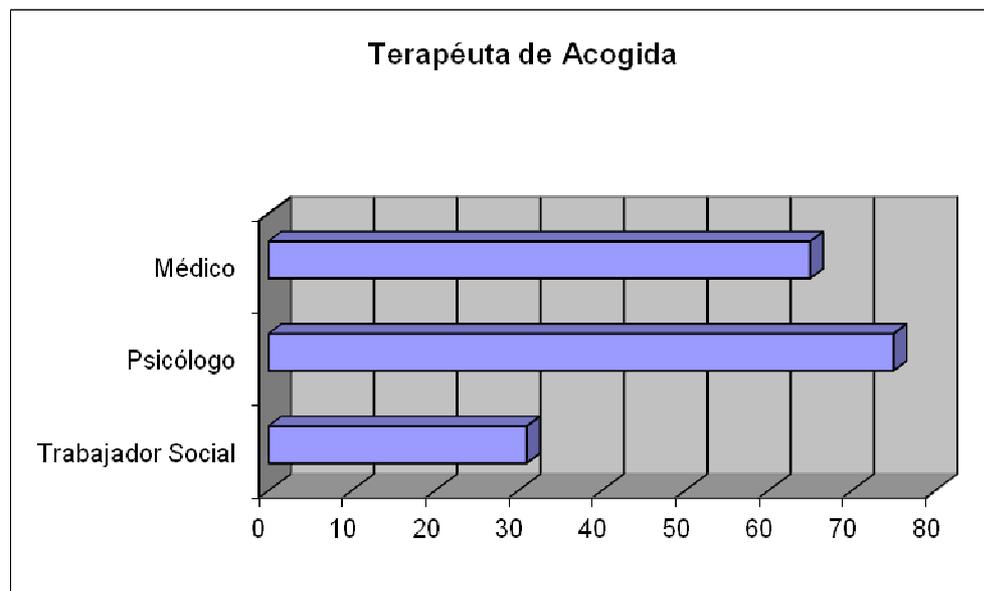
Fuente: elaboración propia

El 36,8% de la muestra no ha sido valorado, la significación de dicho dato tendrá que ser tomada en cuenta desde los niveles organizativos. Con respecto a los valorados, se aprecia que la mayoría de la muestra se encuentra en situación de precariedad, seguida por la exclusión social y por último en integración. No hay que olvidar que esta valoración se realiza al inicio del tratamiento y que puede variar a lo largo del tratamiento tantas veces como las situaciones del usuario cambien. La situación de precariedad es cuando el usuario tiene afectada alguna de las áreas evaluadas pero conserva otras que pueden servir de punto de apoyo para la mejora de las condiciones generales.

En cuanto a la variable terapeuta de acogida, los datos obtenidos han sido:

<b>Terapeuta de Acogida</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
Trabajador Social	31	18,1
Psicólogo	75	43,9
Médico	65	38
Total	171	100

Siendo su representación gráfica:



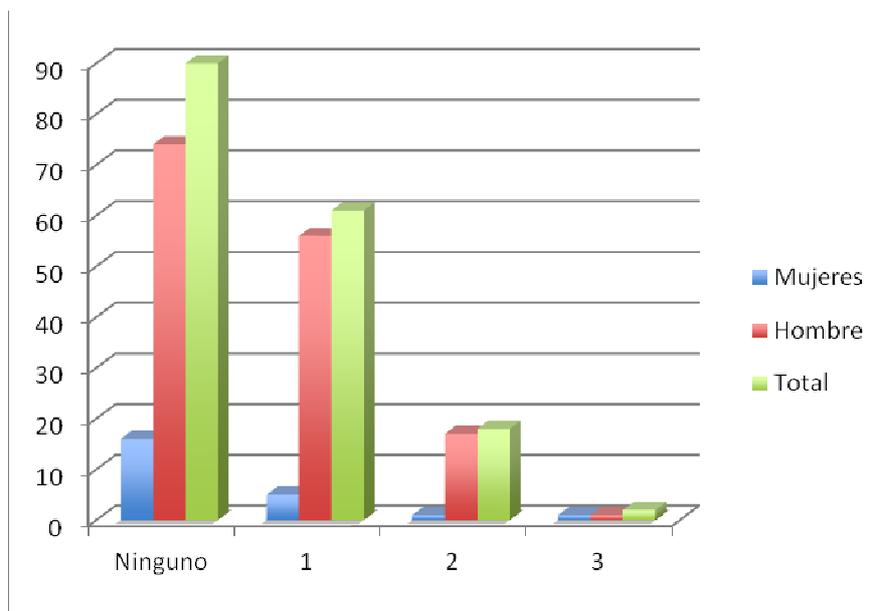
Fuente: elaboración propia

Se aprecia que la mayoría de las acogidas fueron realizadas por los psicólogos del servicio, seguidos de los profesionales de la medicina y por último por el trabajador social. No hay que olvidar que en el período de estudio realizaron entrevistas de acogida cuatro psicólogos, tres médicos y un trabajador social.

En cuanto a la variable número de tratamientos anteriores en la red pública de atención a las adicciones de Andalucía, los datos obtenidos han sido:

<b>Tratamientos anteriores por intervalos y sexo</b>			
	Mujeres	Hombre	Total
Ninguno	16	74	90
1	5	56	61
2	1	17	18
3	1	1	2

Siendo su representación gráfica:



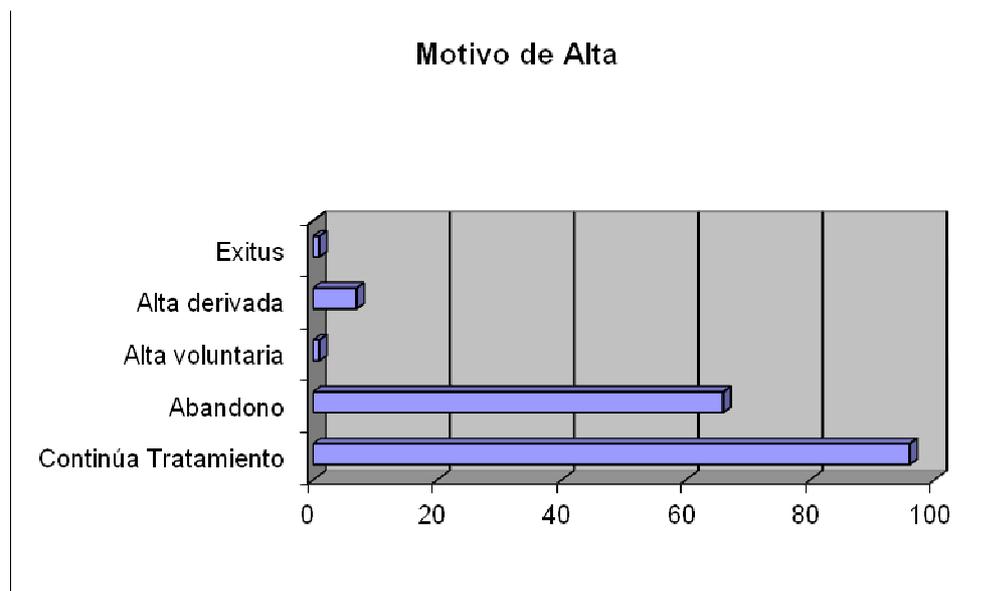
Fuente: elaboración propia

El análisis es similar atendiendo al universo de la muestra o a la separación por género. La mayoría de la población objeto de estudio es la primera vez que acude en demanda de tratamiento a un centro de la red pública de atención a las adicciones, seguido de los que han tenido un intento anterior, dos y muy minoritariamente, tres. Hay que tener presente que forma parte del proceso evolutivo de la adicción que cuando un usuario decide acercarse a un centro de tratamiento ya ha intentado en varias ocasiones hacer un proceso de desintoxicación por su cuenta sin ningún tipo de supervisión técnica.

En cuanto a la variable motivo de alta, los datos obtenidos han sido:

Motivo de Alta		
	Frecuencia	Porcentaje
Continúa Tratamiento	96	56,1
Abandono	66	38,6
Alta voluntaria	1	0,6
Alta derivada	7	4,1
Exitus	1	0,6
Total	171	100

Siendo su representación gráfica:



Fuente: elaboración propia

Se aprecia que la mayoría (56,1%) de las personas que demandaron inicio o reinicio de tratamiento se mantuvieron en programa al menos hasta los seis meses, seguidos por los abandonos de programa, las altas derivadas, las altas voluntaria y en igualdad numérica los éxitos.

Tras realizar el análisis cuantitativo de los datos procederé a presentar los resultados estadísticos que se han observado.

En el análisis de correlación bivariable, solo se observan diferencias estadísticamente significativas, entre los pacientes que abandonan el tratamiento antes de los 6 meses y los que permanecen en él pasado ese tiempo, en lo referente a las variables Estadio Motivacional y Valoración Social, siendo el nivel de significación de 0,05.

No se constata la influencia que el resto de las variables propuestas en el estudio han podido tener en la adherencia al tratamiento y la duración del mismo. Concluir que ni el sexo, la edad en la que se inicia el tratamiento, el tiempo de espera entre la solicitud y la atención, la droga principal por la que se demanda tratamiento, la severidad de la adicción, la figura profesional que realiza la acogida o si han existido intentos de tratamientos anteriores o no y en qué número, son variables que en este estudio pongan de manifiesto su nivel de influencia sobre la adherencia al tratamiento.

		CONT.TTO.
SEXO	Correlación de Pearson	-0,017
	Sig. (bilateral)	0,834
	N	162
T. ESPERA	Correlación de Pearson	0,113
	Sig. (bilateral)	0,153
	N	162
EDAD	Correlación de Pearson	0,108
	Sig. (bilateral)	0,17
	N	162
DR.PRINC.	Correlación de Pearson	-0,012
	Sig. (bilateral)	0,876
	N	162
EST.MOT.	Correlación de Pearson	0,269 **
	Sig. (bilateral)	0,001
	N	158
GR.SEV. ADICCIÓN	Correlación de Pearson	-0,037
	Sig. (bilateral)	0,645
	N	157
VAL. SOCIAL	Correlación de Pearson	-0,199 *
	Sig. (bilateral)	0,041
	N	105
TERAP. ACOG	Correlación de Pearson	-0,048
	Sig. (bilateral)	0,541
	N	162
NºTTO.ANT.	Correlación de Pearson	0,12
	Sig. (bilateral)	0,127
	N	162

Fuente: elaboración propia

**Tabla de contingencia CONT.TTO. \* EST.MOT.**

Recuento

		EST.MOT.					Total
		Precontemplación	Contemplación	Preparación	Acción	Mantenimiento	
CONT.TTO.	Abandonos	19	20	6	12	5	62
	Continúan	8	26	19	32	11	96
Total		27	46	25	44	16	158

Fuente: elaboración propia

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,828 <sup>a</sup>	4	,002
Razón de verosimilitudes	16,868	4	,002
Asociación lineal por lineal	11,399	1	,001
N de casos válidos	158		

Fuente: elaboración propia

A partir de los resultados de este estudio, se puede afirmar que la adherencia al tratamiento parecen estar relacionada con, al menos, dos factores: principalmente, el grado de motivación para el mismo que presenta el paciente cuando acude a consulta. El concepto de motivación, como ya se ha mencionado anteriormente, hace referencia no solo a la conciencia del perjuicio que la conducta adictiva está ocasionando para la salud biopsicosocial que determina la toma de la decisión de acudir a tratamiento sino también al grado de implicación y compromiso con el cambio que requiere el abandono de conducta adictiva. Estadios más avanzados en el proceso motivacional hacia el cambio según el modelo Prochaska se relacionarían con una mayor implicación en el proceso terapéutico y por tanto con una menor probabilidad de abandono prematuro.

Por otro lado, el grado de deterioro en la calidad de vida (que refleja en este

estudio la variable Valoración Social) parece ser un elemento que facilita o dificulta el seguimiento del proceso terapéutico de forma significativa. Esta variable hace referencia a los recursos, apoyos o carencias que en los ámbitos laboral, familiar o social presenta el paciente al inicio del tratamiento determinando una situación de normalidad, vulnerabilidad o riesgo de exclusión.

## CONCLUSIONES

El objetivo de este estudio era indagar qué factores, en el momento de la acogida que se realiza en los centros de tratamientos ambulatorio de adicciones, inciden sobre la mayor o menor adherencia al mismo.

Para ello partíamos de una serie de objetivos específicos, tales como determinar el nivel de adherencia al tratamiento según la variable sexo, determinar el nivel de adherencia al tratamiento según el tiempo transcurrido desde que la persona realiza la demanda y es atendida en cita de acogida., determinar el nivel de adherencia al tratamiento según la droga problema y el nivel de severidad presentado, determinar el nivel de adherencia al tratamiento según el estadio motivacional en el que se encuentra la persona a la hora de iniciar tratamiento y determinar el nivel de adherencia al tratamiento según la figura profesional que realiza la acogida.

En el análisis se han establecido como objeto de estudio las variables género, edad al inicio del tratamiento, fecha de demanda, fecha de acogida, droga o comportamiento adictivo por el que demanda tratamiento, estadio motivacional en el que se encuentra el usuario al inicio del tratamiento, valoración social, figura profesional que realiza la acogida, permanencia o abandono de tratamiento a los seis meses y motivo de salida de programa.

Se observa que la variable género no influye en el hecho de que un usuario se mantenga o no en programa transcurridos los seis meses de estudio. Sí que es significativo que se pone de manifiesto cómo es el género masculino el que con más asiduidad acude a los centros de tratamiento.

El tiempo transcurrido entre que una persona solicita tratamiento y es atendido en cita de acogida tampoco muestra una significación especial con respecto a la adherencia al tratamiento. Es esta cuestión hay que destacar que siendo el funcionamiento normalizado en la asignación de citas la programación de las intervenciones, en un amplio número de ocasiones esta se realiza en el mismo momento que es solicitada la intervención por parte

del usuario que demanda tratamiento. Pone de manifiesto que tanto la organización del servicio como la predisposición del personal que forma el equipo técnico priman la atención asistencial no demorable a otro tipo de tareas que se deben realizar.

La droga principal por la que se demanda atención, tampoco es significativa a la hora de analizar la adherencia, pero sí aporta datos significativos con respecto a qué sustancias o comportamientos adictivos presenta mayor prevalencia, se deberá tener presente a la hora de articular los programas y la organización de los servicios que históricamente fueron configurados para la atención de heroinómanos.

La variable figura profesional que realiza la acogida no muestra datos significativos ya que desde el origen está mal formulada. Se ha hecho la división entre profesionales de la medicina, la psicología y el trabajo social sin tener presente la diferencia numérica entre ellos, por lo que los datos no pueden ser analizados en toda su dimensión.

Las variables que sí han demostrado tener cierta significación relacionada con la adherencia al tratamiento han sido el estadio motivacional y la valoración social.

En relación al estadio motivacional se aprecia que la mayoría, un 29,2% de la población se encuentra en situación de contemplación, es decir, se plantea abandonar el consumo o la conducta adictiva en los próximos seis meses. Un 26,9% se sitúa en acción, es decir, se encuentran sin consumo o con la conducta adictiva inhibida por un tiempo inferior a seis meses. Es significativo que el momento de la preparación baje hasta el 15,2%, ya que es el momento en el que el usuario ha tomado conciencia del problema y decide tratarlo. Lo más llamativo es que un 17% de la población objeto de estudio se sitúa en situación de precontemplación, no se plantea abandonar el consumo o comportamiento adictivo en los próximos seis meses, sería interesante hacer una aproximación a las motivaciones que existen para que este grupo se acerque a la red de atención a las adicciones.

En relación a la otra variable que ha constatado tener cierta influencia en el nivel de adherencia al tratamiento decir que hace referencia a la valoración social que se realiza del usuario al inicio del tratamiento. En primer lugar hay que hacer mención al alto

porcentaje, un 36,8%, de usuarios a los que no se les ha realizado la valoración social, ello deberá ser analizado desde las estructuras organizativas del servicio. Un 32% de los usuarios se encontraban en situación de precariedad, es decir, que aunque presentan un deterioro importante en varias de las áreas evaluadas siguen conservando algunas que pueden facilitar el proceso de incorporación social del usuario y poder pasar, con el tiempo a la zona de integración. El 20,5% de los usuarios presentan una situación de exclusión social, se pone de manifiesto que estas personas tienen afectadas la mayoría de las áreas evaluadas (habilidades sociales, capacidad de resolución de conflictos, autonomía física, recursos económicos propios, recursos económicos de la unidad familiar relaciones familiares, participación social, vivienda y situación judicial).

Cuánto más grave es la percepción que tiene el individuo sobre las áreas a las que afecta el consumo de tóxicos o la conducta adictiva a su vida, mayor es el nivel de motivación para mantenerse en tratamiento. Las personas en situación de precariedad social se encuentran más motivadas para mantener la adherencia al tratamiento.

Sería necesario planificar nuevos estudios en un futuro que tengan en cuenta las observaciones que aquí se han puesto de manifiesto

También es importante tratar de adecuar los recursos a las características de los pacientes (especialmente en cuanto a la valoración e intervención motivacional) para reducir el riesgo de abandono. Este tipo de intervención tiene mucho que ver con la actitud y estilo de comunicación del equipo terapéutico (y en general de todo el personal del centro) así como en el esfuerzo que se debe realizar para consensuar los objetivos terapéuticos con el paciente.

## LIMITACIONES Y PROSPECTIVAS

La principal limitación en este estudio para la generalización de sus resultados, tiene que ver con la no utilización de instrumentos estandarizados de valoración que permitiesen un análisis estadístico más sofisticado y completo. En la práctica clínica de nuestros centros de tratamiento aunque se ha establecido un protocolo de evaluación que incluye la recomendación de utilización de diversos cuestionarios y pruebas psicométricas, el uso de las mismas está limitada por las características propias del paciente y por las condiciones del proceso de atención que en ocasiones hace primar la intervención sobre la realización de un estudio exhaustivo de la problemática que presenta por lo que es infrecuente que a todos los pacientes atendidos se les realicen las mismas pruebas. Es por ello que se ha recurrido a la utilización de escalas que agrupan diferentes datos, hechos o factores, a veces heterogéneos, para categorizar la situación del paciente con respecto a la variable de estudio. Por supuesto este proceso de valoración puede ser discutido por el grado de subjetividad que presenta pero es una forma válida de acercamiento para el estudio de una realidad compleja como la que se pretende en este trabajo de investigación.

Otro problema que se ha presentado a la hora de realizar el proyecto ha sido que se presentó la variable profesional que lo atiende por figura profesional, cuando esta debería haber estado en relación del técnico independiente de la profesión ya que el número de técnicos por profesión no es homogéneo, por lo tanto no se han podido extraer conclusiones.

En un principio la muestra iba a estar compuesta por el universo de población que demandaba tratamiento pero, una vez iniciada la investigación se han tenido que eliminar a los usuarios que acudían por tratamiento para la nicotina –ya que el programa regional establece un período de tratamiento de tres meses – y los que acuden por indicación judicial desde los servicios sociales penitenciarios – que la voluntariedad está condicionada por la libertad.

Quedan varias líneas de investigación abiertas de cara al futuro más o menos inmediato, como serían; en cuanto a la cuestión del género habría que analizar qué causas son las que hay detrás de que el número de hombres sea considerablemente mayor al de las mujeres, la diferencia en la edad de acceso entre ambos.

### **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar quiero agradecer el apoyo, orientación y paciencia que ha mostrado Manuel Guerrero, psicólogo, compañero de trabajo y amigo.

En segundo lugar, aunque no menos importante, a mi familia, que me ha proporcionado el tiempo necesario para poder abordar esta tarea.

No quiero dejar de hacer mención de todas esas personas que han confiado en mi capacidad para con la labor.

Por último a los tutores de la UNIR y a Graciela Padilla Castro que con su comunicación asertiva y disponibilidad han allanado el camino a seguir.

Gracias a todos por la atención y paciencia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Servicio Provincial de Drogodependencias, Zambrana Corrales José Manuel , Seijo Ceballos Pedro (2005). *Manual para padres y madres de adolescentes*.
- Consejería de Asuntos Sociales. Junta de Andalucía (2002): *II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (2002-2007)*.
- Servicio Provincial de Drogodependencias. Diputación Provincial de Cádiz (2007). *Reglamento de Régimen Interno*.
- Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía (2011): *La Población Andaluza ante las Drogas XII*
- Melero Juan Carlos y Pérez de Arróspide Jesús A. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Secretaría Técnica (2001). *Drogas: Más Información Menos Riesgos: Tu Guía*
- Servicio Provincial de Drogodependencias. Diputación Provincial de Cádiz. Documentos del Sistema Diagnóstico Multiaxial.
- Director de la edición española López-Ibor Juan J.: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV*. Editorial MASSON (2002).
- José Luis GRAÑA, José Luis (1994). *Conductas adictivas: Teoría, evaluación y tratamiento*. Editorial Debate.
- Ley 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

## **Anexo I**

### **Hoja recogida datos estudio**

Nº Fibat:

Sexo:

Fecha Nacimiento:

Fecha demanda tratamiento:

Fecha Acogida:

Droga Principal:

Estadio motivacional:

Precontemplación:

Contemplación:

Preparación:

Acción:

Mantenimiento:

Grado severidad adicción:

Leve:

Moderada:

Grave:

Valoración Social:

Integración:

Precariedad:

Exclusión:

Terapeuta de Acogida:

Trabajador Social:

Psicólogo:

Médico:

Nº tratamientos anteriores en la red:

Continúa en tratamiento:

Al mes:

A los 3 meses:

A los 6 meses:

Motivo de Alta:

Abandono:

Alta Voluntaria:

Alta Derivada:

Alta Terapéutica:

Éxitus:

**Cláusulas informativas.**

**Respecto de la recogida de datos de carácter personal.**

En virtud del artículo 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), le informamos que los datos de carácter personal que nos proporciona en este acto de inicio de Acogida y Valoración de su Demanda y en cualquier otro momento de su proceso de tratamiento serán incorporados al fichero "historias clínicas", titularidad de la Diputación de Cádiz, con la finalidad del seguimiento y compendio de las actuaciones que se realicen a lo largo del proceso asistencial.

Los datos de carácter personal que le solicitamos son absolutamente necesarios para gestionar adecuadamente su demanda de tratamiento, por lo que es obligatoria su aportación y, en caso de que no nos los proporcione, no podríamos atender debidamente su solicitud.

Podrán acceder a los datos de su ficha básica la Agencia de Servicios Sociales de Dependencias en Andalucía y el Instituto de Medicina Legal a instancias del Magistrado encargado de cualquier trámite judicial en el que usted se encuentre inmerso.

Podrá ejercer gratuitamente los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos establecidos en la legislación vigente, mediante escrito presentado en el Registro General de la Diputación de Cádiz (Edificio Roma), Avenida Ramón de Carranza, 11-12, 11071 Cádiz.

Jerez, a        de                                de 201

Persona solicitante                                El R. legal, si procede                                El profesional

## ANEXOIII

### Cláusulas informativas y consentimiento para iniciar tratamiento.

#### Sobre las normas de funcionamiento del centro y las distintas opciones terapéuticas que oferta.

Manifiesta que, en este acto, ha recibido información sobre las normas establecidas en el centro y de las distintas ofertas terapéuticas disponibles en este Servicio, facilitándole la posibilidad de realizar cuantas preguntas y aclaraciones ha considerado necesarias sobre las mismas. Finalmente, declara haber comprendido las mismas y su aceptación.

#### Solicitud de tratamiento.

Por todo ello, solicita su incorporación al programa de tratamiento del CTA de - expresando, al mismo tiempo, SU CONFORMIDAD para que por el Equipo Técnico del mismo se apliquen aquellas propuestas terapéuticas que consideren más idóneas para el tratamiento de su conducta adictiva. Así mismo, libremente, me **COMPROMETO** a aceptar, cumplir y respetar las normas de funcionamiento del centro, a los profesionales y a cuantas indicaciones se me realicen, comprendiendo que el incumplimiento de este compromiso haría imposible la continuidad del proceso terapéutico.

Jerez, a \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Persona solicitante

El R. legal, si procede

El profesional

Nombre y Apellidos

Nombre y Apellidos

Nombre y Apellidos