



Adicciones

ISSN: 0214-4840

secretaria@adicciones.es

Sociedad Científica Española de Estudios
sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras
Toxicomanías
España

Lopez-Fernandez, Olatz; Ferrer-Pérez, Xavier; Lafarga-Lebey, Sandra; Honrubia-Serrano, María
Luisa; Tudela-Marí, Maite
Seguimiento de dependientes del alcohol y/o de la cocaína después de su salida de una Comunidad
Terapéutica: estudio piloto
Adicciones, vol. 23, núm. 4, 2011, pp. 289-298
Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías
Palma de Mallorca, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122824003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Seguimiento de dependientes del alcohol y/o de la cocaína después de su salida de una Comunidad Terapéutica: estudio piloto

Follow-up of alcohol and/or cocaine dependents after their discharge from a Therapeutic Community: a pilot study

OLATZ LOPEZ-FERNANDEZ*; XAVIER FERRER-PÉREZ**;
SANDRA LAFARGA-LEBEY**; MARÍA LUISA HONRUBIA-
SERRANO*; MAITE TUDELA-MARI**

* Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona
** Fundación Salud y Comunidad

Enviar correspondencia a:
Olatz López-Fernández.
Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento
Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.
Passeig de la Vall d'Hebrón, nº 171. 08035 Barcelona.
E-mail: olatzlopez@ub.edu

recibido: Enero 2011
aceptado: Julio 2011

RESUMEN

En España, las Comunidades Terapéuticas (CT) constituyen un modelo de tratamiento común en las adicciones, aunque apenas existe investigación acerca de su eficacia y la persistencia de sus logros. Objetivos: Evaluar los efectos a corto, medio y largo plazo del tratamiento de la adicción al alcohol o cocaína en las CT de la "Fundación Salud y Comunidad". Diseño: Estudio piloto descriptivo, con un diseño secuencial de cohorte. Se aplicó una encuesta diseñada ad hoc a 91 usuarios para conocer su evolución en los diferentes periodos de seguimiento (1, 3, 5 ó 10 años después de su salida de la CT): variables sociodemográficas, de uso de la/s sustancia/s psicoactiva/s y relacionadas con la estancia en la CT. Se describe el cambio entre antes de la CT y en la actualidad respecto a variables académicas, laborales, de consumo de droga/s, salud, adaptación socio-familiar y comportamiento delictivo. Resultados: las cohortes mostraron un patrón previo relativamente común, recibiendo un tratamiento similar. Los usuarios afirman haber disminuido el hábito de consumo frecuente de la droga principal, encontrando un 48.9% que no ha recaído ni siquiera mediante un consumo ocasional de la/s droga/s. También perciben haber mejorado su salud y sus relaciones familiares, así como el comportamiento agresivo y problemas legales derivados del consumo de droga/s. Conclusiones: tras su rehabilitación en una CT, los usuarios manifiestan una disminución global del consumo de drogas y perciben una mejora a nivel de salud, familia, violencia y problemáticas derivadas del consumo.

Palabras clave: comunidades terapéuticas, drogodependencias, alcohol

ABSTRACT

In Spain, the Therapeutic Community (TC) constitutes a common model of treatment in the field of addictions, although there hardly exists any investigation about its efficiency and the persistence of its attainments. Aims: To evaluate the short, half and long term effects of treatment of addiction to alcohol or cocaine in the TC run by "Fundación Salud y Comunidad" (Foundation Health and Community). Design: descriptive pilot study, with a sequential design of cohort. 91 users completed a survey specifically designed to know their evolution at different follow-up periods (1, 3, 5 or 10 years after their exit from the TC): socio-demographic, psychoactive substance use, other variables related to the stay at the TC. Changes between before the TC and the present time regarding variables such as academic, labour, drug consumption, health, family and social adaptation and their criminal behaviour are described. Results: the cohorts showed a relatively common previous socio-demographic pattern having received a similar treatment. The users reported to have diminished the frequent consumption of the main drug, having 48.9% never relapsed even through an occasional consumption of the drug/s. Also they perceived to have improved their health and family relations, as well as their aggressive behaviour and legal problems linked with their consumption of drug/s. Conclusions: after their rehabilitation in a TC, the users report a global decrease of the consumption of drugs and perceive an improvement of their health, family relations, violence and other problems linked to their former drug use.

Key words: therapeutic communities, drug dependencies, alcohol

INTRODUCCIÓN

Las Comunidades Terapéuticas (CT) han demostrado internacionalmente ser tratamientos alternativos para la intervención en drogodependencias desde hace aproximadamente tres décadas. Sin embargo, se han realizado escasos estudios longitudinales debido a la complejidad del seguimiento. Bravo, Gual y Gómez-Benito¹ revisaron de forma sistemática la evolución a largo plazo del alcoholismo tratado durante los últimos 25 años, señalando la necesidad de realizar estudios prospectivos de más de 8 años, con al menos 3 evaluaciones intermedias y con un gran tamaño de muestra, para analizar tanto factores pronósticos como la evolución a largo plazo de esa drogadicción. Sin embargo, la mayor parte de estudios son de corte transversal y se centran en la efectividad de la CT² o en la relación entre variables de los usuarios antes de ser tratados y el tipo de alta terapéutica³. Los principales hallazgos muestran que aquellos usuarios que antes de entrar en la CT convivían en pareja, no habían estado involucrados en delitos o no presentaban un trastorno psicopatológico grave, tenían mayor probabilidad de estar abstinentes después de esta intervención^{2,4}. El resto de variables previas al ingreso no parecen predecir resultados a largo plazo, probablemente por la diversidad de los cuadros clínicos de dichos usuarios^{1,4}. Por otro lado, la CT parece lograr que aproximadamente la mitad de usuarios estén abstinentes en el momento de la evaluación^{2,5}, de modo que a mayor tiempo de tratamiento parece que mayor es la probabilidad de no consumo de la droga⁴, sobre todo a partir del medio año de permanencia en la CT². Por último, esta intervención parece producir un descenso general en el uso de las drogas y en el comportamiento delictivo, a la vez que incrementa el comportamiento prosocial⁴.

En España, las CT constituyen un modelo de tratamiento común en las adicciones a sustancias desde hace dos décadas aproximadamente. Existen más de un centenar de CT acreditadas y autorizadas, que afirman rehabilitar al menos a la mitad de sus usuarios, cuyo perfil ha evolucionado^{6,7} siendo en la actualidad el 38.7% consumidores de cocaína, el 22.5% de alcohol (con alguna otra dependencia) y el 26.4% con diagnóstico doble (policonsumo). No obstante, existen pocas investigaciones acerca de la persistencia del efecto que produce la CT a lo largo del tiempo^{8,9}. El programa de rehabilitación de la "Fundación Salud y Comunidad" (FSC) ha sido uno de los primeros a nivel español en implantar esta intervención dirigida a los dependientes de la cocaína y/o del alcohol, desde 1992 (que hasta entonces se dirigía casi exclusivamente a los heroinómanos). También ha iniciado el seguimiento de usuarios atendidos en distintos dispositivos residenciales. La duración del proceso de rehabilitación suele ser superior al medio año, donde los primeros meses se permanece en una CT rural, para lograr los objetivos clínicos de deshabituación, rehabilitación y reinserción. La estructura del programa de intervención prácticamente no ha cambiado en este periodo de tiempo, que se ha basado en un enfoque ecléctico con terapias psicológicas (de tipo cognitivo-conductual, sistémica y constructivista), junto con abordajes farmacológicos (adaptados en cada momen-

el eje de intervención se han mantenido bastante constantes. En cambio, la profesionalidad del personal ha mejorado (en un inicio se componía de pocos psicólogos, monitores, educadores y voluntarios, mientras que en la actualidad se ha incrementado la presencia de psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, etc.) y el tipo de dependencia del usuario se ha ampliado (no sólo al alcohol, sino también a la cocaína u otras sustancias adictivas). El resto del programa, con una duración menor, se efectúa en una residencia terapéutica urbana (una casa en Barcelona), para estabilizar los progresos conseguidos en un entorno más normalizado y consolidar un posterior seguimiento ambulatorio a más largo plazo.

El presente trabajo tiene un carácter exploratorio y se centra en tres objetivos: primero, evaluar los efectos a corto, medio y largo plazo del tratamiento de las CT de la FSC en el seguimiento de los dependientes del alcohol y/o de la cocaína que han sido intervenidos en una CT; segundo, describir las características sociodemográficas de la muestra y comparar las variables relacionadas con el consumo de drogas antes de entrar en la CT respecto al momento actual; tercero: examinar, a modo de prueba piloto, la metodología de selección, contacto y entrevista de los antiguos usuarios, así como una validación del cuestionario diseñado ad hoc.

MÉTODO

Este estudio piloto es descriptivo, con un diseño secuencial de cohorte (según Schaie¹⁰), que pretende describir el cambio a partir de cuatro cohortes diferentes (1, 3, 5 y 10 años después de la intervención en la CT) medidas durante el curso 2008-2009.

Muestra

La población de referencia son dependientes del alcohol y/o de la cocaína que habían sido usuarios de alguna CT de la FSC en la provincia de Barcelona, en el período 1992-2008. Los criterios de inclusión fueron que los antiguos usuarios tenían que haber realizado una estancia mínima de 3 meses en una CT, que es el tiempo de permanencia básico que permite considerar que han recibido el tratamiento mínimo programado para sus problemas de adicción. Se seleccionaron al azar, para el conjunto de las cuatro cohortes, 300 antiguos usuarios de los cuales se disponía de información de contacto y cumplían con el tiempo determinado de finalización del tratamiento en la CT. Se localizaron 140 (46,7% de la muestra teórica), aunque de éstos 33 habían fallecido (un 23,3%). Finalmente se obtuvo una muestra de 107 antiguos usuarios vivos de las CT de la FSC que fueron localizados (un 35,7% de la muestra teórica inicial). Sin embargo, finalmente participaron 91 usuarios (85,1% de la muestra contactada), pues una minoría no aceptó (n=15, 14,9% de la muestra contactada). En algunos de estos últimos casos, el propio usuario o su familia nos informaron de que había recaído. Entonces, la

- Cohorte 1: 20 usuarios (22%) que hiciera 1 año que habían finalizado su tratamiento, admitiendo un margen de desviación del 15% en el momento de la entrevista (que hubieran finalizado entre los 10.2 y los 13.8 meses anteriores).
- Cohorte 2: 21 usuarios (23%) que hiciera 3 años (36 meses) del final del tratamiento (admitiendo el 15% de variación, entre 31 y 41 meses desde la salida)
- Cohorte 3: 44 usuarios (48.4%) que hiciera 5 años (60 meses) que hubieran acabado su tratamiento (así pues, entre 51 y 69 meses)
- Cohorte 4: 6 usuarios (6.6%) que hiciera 10 años que habían salido del programa de intervención (120 meses, con variación del 15% admisible entre 102 y 138 meses)

La muestra estaba compuesta por 73.6% hombres y 26.4% de mujeres, con una media de edad de 42.1 años y una desviación típica (DT) de 7.947, con un rango de entre los 24 y los 61 años.

Instrumentos

La evaluación del seguimiento se realizó a través de una encuesta individual, estructurada y dirigida. El instrumento era un cuestionario ad hoc formado por 10 secciones (algunas valoran la percepción del usuario: 6 meses antes de entrar a la CT y en la actualidad):

- Datos socio-demográficos y de contacto: sexo, edad, lugar de nacimiento y de residencia, estado civil e hijos.
- Datos básicos de la estancia en la CT: edad de entrada, droga principal, número de intentos de cese de consumo con apoyo profesional antes de la CT, motivo de salida, tiempo de estancia, edad inicio del consumo de la droga/s principal/es, uso de residencia urbana después de la CT (y tiempo en ésta), asistencia a grupos de terapia al salir de la CT (y tiempo en éstos), seguimiento en un centro ambulatorio especializado después de la CT (y tiempo en éste).
- Datos académicos-profesionales: nivel educativo antes y en la actualidad, nivel laboral antes y en la actualidad, grado de mejoría en la categoría profesional, grado de mejoría en la satisfacción con el trabajo, número de veces que se ha cambiado de trabajo, valoración de la situación económica.
- Consumo actual de drogas: medición de la recaída en el consumo, tratamientos para la recaída, variación del consumo de droga/s antes y en la actualidad.
- Estado de salud: medición de las bajas laborales, de las estancias hospitalarias, de la atención de urgencias, enfermedades importantes y valoración del estado de salud y del estado anímico antes de entrar en la CT y en la actualidad.
- Habilidades y hábitos trabajados en la CT: en habilidades se mide la tolerancia a la frustración, la sinceridad, la autoestima, la impulsividad, el demostrar afecto, el afrontar

conocimiento, la asertividad, el pedir ayuda y el afrontar problemas. En hábitos, la higiene personal, la alimentación, el sueño, la limpieza del hogar, la actividad física y las conductas sexuales de riesgo.

- Tiempo libre: se mide la incorporación de actividades de ocio.
- Relaciones familiares: grado de satisfacción con la pareja y/o hijos, con la familia extensa, frecuencia de conflictos familiares y de prácticas positivas.
- Aspectos legales: presencia de delitos, altercados y penas.
- Valoración global: nivel de adaptación/satisfacción personal, adecuación de la estancia en la CT, actividad más útil en la CT, nivel de contribución percibida de la CT en la deshabitación de la/s droga/s.

Medidas de las variables

A continuación se describen aquellos ítems del cuestionario medidos con escala ordinal:

Mejoría de la categoría laboral: de 1 "el estar mucho mejor" a 5 "el estar mucho peor"

Frecuencia de consumo de droga/s: de 1 "nunca" a 6 "diariamente"

Percepción de la salud: de 1 "salud muy buena" a "7" salud muy mala"

Percepción del estado anímico: de 1 "muy animado" a 7 "muy desanimado"

Percepción de la ansiedad: de 1 "muy nervioso" a 7 "muy tranquilo"

Ideación suicida: de 1 "ausencia de dicha ideación" a 5 "intento de suicidio"

Habilidades y hábitos personales: de 1 "la CT ha sido determinante para la mejora" a 7 "con la CT han empeorado las cosas"

Relaciones familiares: de 1 "muy satisfactorias" a 5 "muy insatisfactorias"

Frecuencia situaciones familiares negativas: de 1 "casi a diario" a 4 "nunca"

Valoración global de la situación personal: de 1 "magnífica" a 9 "catastrófica"

Valoración de la contribución terapéutica de la CT en la deshabitación de la/s droga/s: de 1 "determinante" a 7 "ha empeorado"

Procedimiento

El primer contacto con los usuarios seleccionados se realizó mediante el envío de una carta, en la que se informaba del estudio y se solicitaba la participación de los antiguos usuarios (adjuntando el cuestionario y una explicación del

dicha correspondencia, se procedió al contacto telefónico para clarificar cualquier posible duda y concretar el modo de cumplimentación del cuestionario, que en el 18.9% de la muestra fue presencial, en el 43.4% telefónico y en el 37.7% auto-administrado. En los casos en que la encuesta fue hetero-aplicada, la realizó en las instalaciones de la FSC un entrevistador previamente entrenado.

Análisis de datos

Se ha realizado un análisis descriptivo, primero, para cada una de las cohortes y, segundo, para la muestra completa. Para las variables categóricas, se han calculado frecuencias y porcentajes (en ocasiones, la mediana –Md– para escalas ordinales); para las continuas, la media (M) y la DT y la Md por la gran variabilidad en algunas distribuciones. Los resultados se representan en tablas. El análisis bivariado consistió en pruebas de relación entre variables para establecer la posible asociación entre las categóricas (la prueba de chi-cuadrado) o para comprobar la diferencia estadísticamente significativa entre la percepción de los usuarios en dos momentos distintos: antes de la entrada en la CT y en la actualidad (según la naturaleza de la variable y sus valores se seleccionaron también las pruebas T de Wilcoxon o Mc Nemar). Se ha trabajado con el paquete estadístico SPSS v. 15.0. con un nivel de significación de 0.05.

RESULTADOS

En primer lugar, se expone el perfil de los 33 usuarios que fallecieron antes de realizar esta investigación: el 81.8% eran hombres, cuya edad media de entrada a la CT fue de 40 años (DT = 8.508), siendo la mayor parte de Cataluña (75%), casados y sin hijos (80%); habían estado un promedio de medio año en la CT (Md=180, M=168.25, DT=37.214) y sólo el 53.3% habían salido por alta terapéutica, es decir, que casi la mitad fueron expulsados, abandonaron la CT de forma voluntaria o en otras circunstancias, lo que podría considerarse un indicador pronóstico de carácter negativo en futuros estudios. El 70.6% eran dependientes del alcohol, el 17.6% de la cocaína y el 11.8% de ambas sustancias, siendo el inicio de consumo en la juventud, en el caso del alcohol a los 21 años (DT=8.498) y la cocaína 20 años (DT=7.071). La causa de la muerte en el 42.4% de los casos tenía relación con alguna enfermedad (cáncer de pulmón o laringe, cirrosis hepática u otras patologías, la mayoría vinculadas con el consumo excesivo de las drogas (especialmente el tabaco), el 9.1% habían sido muertes accidentales (sobredosis o accidentes de tráfico) y el resto se desconoce. Nuestra valoración a partir de la información disponible es que el 64.8% de las muertes tenían relación con la drogodependencia (el 47.1% durante una recaída, el 11.8% por patología residual debida al consumo excesivo en el pasado y un 5.9% por otras causas relacionadas con el consumo).

En segundo lugar, se procede a mostrar los resultados preliminares del estudio de los usuarios de la muestra respecto a las secciones del cuestionario. En cuanto a los caracte-

cada una de las cohortes y de la muestra global en la tabla 1. En general, se observa que predominan usuarios de sexo masculino con edades comprendidas entre los 33 y 50 años. La mayoría proceden y residen en Cataluña, aunque en las cohortes más antiguas un porcentaje considerable procedía de otras comunidades autónomas (solo se ha detectado un usuario extranjero en la cohorte de 1 año). Respecto al estado civil resulta variable entre solteros, casados (o con pareja de hecho) y divorciados (o separados), pero existe cierto equilibrio en cuanto al tener descendencia (aproximadamente la mitad eran padres/madres).

Los datos relativos a la estancia en la CT para cada una de las cohortes y la muestra global se observan en las tablas 2 y 3. El motivo principal de demanda de este tratamiento (véase tabla 2) fue la dependencia del alcohol (52.7%), seguida de la dependencia mixta del alcohol y cocaína (34.1%) y, finalmente, la dependencia sólo de la cocaína (13.2%). No obstante, este dato global no coincide exactamente con el patrón descriptivo de las cohortes, puesto que la cohorte más antigua presentaba una proporción equilibrada de dependientes del alcohol y de la combinación de ambas sustancias, al no atenderse entonces a personas únicamente dependientes de la cocaína. El motivo de salida de la CT en el 75.8% de los casos fue el alta terapéutica, un dato que se consolida a partir de la cohorte de 5 años hasta la más actual, probablemente debido a una mayor flexibilización de los objetivos del tratamiento, con itinerarios más individualizados y posibilidad de recorridos terapéuticos más largos en el tiempo, con posibilidad de continuación en otros dispositivos ambulatorios de seguimiento.

Posteriormente a la CT (véase tabla 3), el 75% siguió el tratamiento en residencias urbanas durante al menos un par de meses (Md=2, M=2.8, DT=3.378) para la fase de reinserción y seguimiento, tiempo que parece haberse incrementado si se observan las cohortes extremas. El 62% de usuarios continuaron con la asistencia a grupos de terapia, con una mediana de tres meses (Md=3, M=7.97, DT=11.960), aunque en la cohorte más actual la mediana era de ningún mes mientras que en la más antigua la mediana era de cinco meses. Por último, el 82.1% continuó en seguimiento en un centro ambulatorio especializado durante algo más de medio año después de salir de la CT (Md=7, M=14.13, DT=16.878), siendo de nuevo las cohortes más antiguas las que tenían un promedio mayor de tiempo en seguimiento.

Los usuarios estudiados entraron a la CT durante su adultez, con una edad promedio de ingreso de 37 años, aunque en la cohorte más antigua entraban a una edad algo más temprana (raramente se ha detectado algún caso extremo). La edad de inicio de consumo en el caso del alcohol es muy temprana (Md=15, M=18.69, DT=8.374), en comparación con la edad de inicio de consumo de la cocaína (Md=19, M=21.59, DT=6.757). El inicio medio del consumo de alcohol y de la cocaína se sitúa pues en la adolescencia y en la juventud temprana respectivamente. Antes del ingreso en la CT, el 53.6% de usuarios había tratado de abandonar el consumo al menos alguna vez con ayuda profesional (Md=1, M=1.89, DT=2.123) y posteriormente, en la CT fueron tratados durante un promedio de medio año (en días: Md=180,



Tabla 1.- Características sociodemográficas por cohortes y por muestra (frecuencia y porcentaje)

Variables	Cohortes				Muestra
	1 año n=20 n(%)	3 años n=21 n(%)	5 años n=44 n(%)	10 años n=6 n(%)	Total N=91 n(%)
Sexo					
Masculino	15(75)	13(61.9)	33(75)	6(100)	67(73.6)
Femenino	5(25)	8(38.1)	11(25)	0(0)	24(26.4)
Edad actual					
24-32	2(10)	3(14.3)	6(14)	1(16.7)	12(13.3)
33-41	9(45)	9(42.9)	12(27.9)	1(16.7)	31(34.4)
42-50	6(30)	7(33.3)	17(39.5)	3(50)	33(36.7)
51-61	3(15)	2(9.5)	8(18.6)	1(16.7)	14(15.6)
Procedencia					
Cataluña	15(75)	17(81)	33(76.7)	3(50)	68(75.6)
Resto España	5(25)	4(19)	10(23.3)	3(50)	22(24.4)
Residencia					
Cataluña	19(95)	19(90.5)	37(90.2)	4(66.7)	79(89.8)
Resto España	1(5)	2(9.5)	4(9.8)	2(33.3)	9(10.2)
Estado civil					
Soltero	8(40)	7(35)	15(36.6)	2(33.3)	32(36.8)
Casado/Pareja	8(40)	3(15)	14(34.1)	1(16.7)	26(29.9)
Divorciado/Separado	4(20)	10(50)	9(22)	2(33.3)	25(28.7)
Viudo	0(0)	0(0)	3(7.3)	1(16.7)	4(4.6)
Hijos					
Sí	11(55)	12(60)	24(58.5)	3(50)	50(57.5)
No	9(45)	8(40)	17(41.5)	3(50)	37(42.5)

Nota: Entre paréntesis se indica el porcentaje válido

Tabla 2.- Estancia en la CT por cohortes y por muestra (frecuencia y porcentaje)

Variables	Cohortes				Muestra
	1 año n=20 n(%)	3 años n=21 n(%)	5 años n=44 n(%)	10 años n=6 n(%)	Total N=91 n(%)
Motivo entrada CT					
Cocaína	1(5)	4(19)	7(15.9)	0(0)	12(13.2)
Alcohol	11(55)	8(38.1)	26(59.1)	3(50)	48(52.7)
Cocaína y alcohol	8(40)	9(42.9)	11(25)	3(50)	31(34.1)
Motivo salida CT					
Alta terapéutica	14(70)	18(85.7)	34(77.3)	3(50)	69(75.8)
Expulsión	4(5)	0(0)	5(11.4)	3(50)	9(9.9)
Baja voluntaria	5(25)	3(14.3)	2(4.5)	0(0)	10(11)
Otros	0(0)	0(0)	3(6.8)	0(0)	3(3.3)
Residencia urbana (después CT)					
Sí	15(78.9)	19(95)	28(71.8)	2(33.3)	64(76.2)
No	4(21.1)	1(5)	11(28.2)	4(66.7)	20(23.8)
Grupos de terapia (después CT)					
Sí	14(77.8)	11(78.6)	30(75)	4(66.7)	59(75.6)
No	4(22.2)	3(21.4)	10(25)	2(33.3)	19(24.4)

Nota: Entre paréntesis se indica el porcentaje válido.

Tabla 3.- Estancia en la CT por cohortes y por muestra (media, desviación típica y rango)

Variables	Cohortes				Muestra
	1 año n=20 M(DT) Rango	3 años n=21 M(DT) Rango	5 años n=44 M(DT) Rango	10 años n=6 M(DT) Rango	Total N=91 M(DT) Rango
Edad entrada CT	40.15(7.393) 23-50	37.67(7.722) 23-57	36.84(8.121) 11-35	32(9.798) 12-15	37.44(8.089) 20-57
Edad inicio alcohol	18.9(8.466) 8-40	19.38(12.516) 10-56	19.1(6.711) 11-35	13.5(1.378) 12-15	18.69(8.374) 8-56
Edad inicio cocaína	21.27(8.475) 15-44	24.54(8.202) 14-39	20.4(4.37) 15-32	18.5(5.066) 14-25	21.59(6.757) 14-44
Nº intentos no consumo	1.9(1.518) 0-6	2(2.848) 0-12	1.82(2.037) 0-10	2(2.28) 0-6	1.89(2.123) 0-12
Días en CT	204.1(42.95) 115-271	205.6(40.301) 165-360	207.66(67.20) 103-397	195(79.095) 94-330	205.56(57.447) 94-397
Meses en Residencia	2.188(3.344) 0-11	2.53(2.695) 0-12	3.03(3.782) 0-18	2(3.162) 0-7	2.8(3.378) 0-18
Meses en Terapia Gr.	2.94(3.768) 0-11	10.17(13.514) 0-40	8.67(12.706) 0-48	10.33(15.24) 0-4	7.97(9.60) 0-48
Meses de seguimiento	7.18(2.639) 3-12	S.D.	17.46(19.751) 0-60	13.25(18.1) 0-40	14.13(16.878) 0-60

Tabla 4.- Nivel educativo y profesional de los usuarios antes de la CT y en la actualidad (frecuencia y porcentaje)

Variables	Muestra	
	Antes CT n(%)	Actualidad n(%)
Nivel de estudios	n=87	n=87
Sin estudios	4(4.6)	3(3.4)
Primaria	8(9.2)	7(8)
Secundaria	59(67.8)	41(47.1)
Superior	15(17.2)	17(19.5)
Otros (Estudios no reglados)	1(1.1)	19(21.8)
Nivel laboral mercado trabajo	n=29	n=50
Alto	8(27.6)	16(32)
Medio	12(41.4)	19(38)
Bajo	9(31)	15(30)
Satisfacción actividad laboral	n=39	n=38
Satisfecho	10(25.6)	19(50)
Indiferente	15(38.5)	9(23.7)
Insatisfecho	14(35.9)	10(26.3)
Valoración situación económica	n=39	n=38
Buena	10(25.6)	19(50)
Pasable	8(20.5)	13(34.2)
Precaria	21(53.8)	6(15.8)

Nota: Entre paréntesis se indica el porcentaje válido. Existe un incremento de valores perdidos en el registro actual.

En cuanto al total de la muestra, respecto a los datos académico-profesionales (véase tabla 4) destaca el alto nivel de no respuesta en estas variables, lo que distorsiona la percepción de su evolución. A nivel laboral hay un equilibrio de los tres niveles especificados: nivel alto (ser empresario o alto cargo administrativo, como profesional liberal), medio (ser administrativo o personal especializado) y bajo (ser trabajador no especializado o dedicado a tareas del hogar). En cambio, en la satisfacción laboral, parece haber una percepción más positiva de su actividad laboral, y quizás por ello, ante la auto-valoración de su situación económica parecen aumentar las situaciones "buenas" y disminuir notablemente las "precarias".

Al analizar el consumo de drogas de los usuarios antes de entrar en la CT y en la actualidad, se observó que ante el ítem del cuestionario que hacía referencia a "haber tenido alguna recaída en el consumo de la droga principal" desde su salida de la CT, el 51.1% admitía haber recaído. Visto desde el prisma inverso, un 48.9% de los respondientes afirmó no haber recaído, ni siquiera mediante un consumo ocasional. Entre los que admitieron haber recaído, su consumo de la droga principal en los últimos seis meses fue de un promedio de 16 días ($M=16.34$, $DT=44.088$). Por tanto, el Porcentaje de Días de Abstinencia (PDA) en los últimos seis meses de los que recayeron es del 82.2%. Si el consumo había sido de alcohol, el promedio de bebidas consumidas en un día era de 2 bebidas ($M=2.32$, $DT= 3.345$). En el caso de la cocaína apenas aparece consumo diario medido en gramos ($M=0.02$, $DT= 0.100$). De estos usuarios con recaída, el 68.3% había recibido nuevos tratamientos para superar la recaída en el consumo de la/s droga/s. En la muestra, el 96.5% de usuarios valoraban el tratamiento recibido en la CT como deter-

Tabla 5.- Frecuencia habitual de consumo de la/s droga/s principal/es de los usuarios antes de la CT y con posterioridad (frecuencia y porcentaje)

Variables	Muestra	
	Antes CT n(%)	Posterior CT n(%)
Consumo Droga principal (motivo demanda)	n=12	n=12
Dependientes cocaína		
Nunca se ha consumido	1(8.3)	1(8.3)
Se ha consumido antes, pero no el último año	2 (16.7)	10(83.3)
Se ha consumido en el último año	0(0)	1(8.3)
Se ha consumido en el último mes	0(0)	0(0)
Se consume semanalmente	5(41.7)	0(0)
Se consume a diario (o casi)	4(33.3)	0(0)
Dependientes alcohol	n=42	n=40
Nunca se ha consumido	0(0)	0(0)
Se ha consumido antes, pero no el último año	0(0)	31(77.5)
Se ha consumido en el último año	1(2.4)	5(12.5)
Se ha consumido en el último mes	1(2.4)	1(2.5)
Se consume semanalmente	9(21.4)	2(5)
Se consume a diario (o casi)	31(73.8)	1(2.5)
Polidependientes (alcohol + cocaína)	n=29	n=29
Nunca se ha consumido	0(0)	1(3.4)
Se ha consumido antes, pero no el último año	2(6.9)	18(62.1)
Se ha consumido en el último año	0(0)	8(27.6)
Se ha consumido en el último mes	1(3.4)	1(3.4)
Se consume semanalmente	9(31)	1(3.4)
Se consume a diario (o casi)	17(58.6)	0(0)

Nota: Escala de medida de la variación del consumo de drogas: 1= Nunca se ha consumido; 2= Se ha consumido antes, pero no el último año; 3= Se ha consumido en el último año; 4= Se ha consumido en el último mes; 5= Se consume semanalmente; 6= Se consume a diario (o casi).

o no consumo) actual. En la tabla 5 se puede observar como el consumo de las drogas antes de la CT respecto al periodo posterior había disminuido en todos los casos de dependencia. En la cocaína se observa que, en el seguimiento, nadie se sitúa en las categorías relativas al consumo habitual (diario, semanal o mensual). Para los dependientes de la cocaína, los niveles de frecuencia de consumo de esta droga eran significativamente mayores antes de ser tratado en la CT ($Md=5$) respecto a después del tratamiento ($Md=2$) ($T= 1$, $p<.05$, $r=.68$). Un patrón similar se observa entre los dependientes de la cocaína y del alcohol conjuntamente, donde posteriormente a la CT el consumo mensual y semanal apenas llegan al 7%. De manera que para los polidependientes, los niveles de frecuencia de consumo también eran significativamente mayores antes de ser tratados en la CT ($Md=6$) que después ($Md=2$) ($T= 1$, $p<.001$, $r=.85$). En el caso del alcohol, la disminución del consumo habitual (diario+semanal+mensual) no es tan radical, aunque apenas un 10% lo mantiene. Los niveles de frecuencia de consumo también son significativamente mayores antes de la CT ($Md=6$) respecto a después ($Md=2$) ($T= 0$, $p<.001$, $r=.88$).

El estado de salud de los usuarios también parece ser mucho mejor en la actualidad. Una quinta parte (21.2%) había tenido alguna baja laboral en los últimos seis meses. Los que manifestaron haber pasado algunos días de baja indicaron patologías variadas y leves, que sólo en un 5% de los casos tenían relación con el consumo de drogas. Tam-

Tabla 6.- Ideación y comportamiento suicida de los usuarios antes de la CT y en la actualidad (frecuencia y porcentaje)

Variable	Muestra	
Periodo valorado:	Antes CT	Actualidad
6 m. antes CT y antes de la entrevista	n(%)	n(%)
Ideación suicida	n=86	n=86
No ha tenido este tipo de ideación	33(38.4)	69(80.2)
Alguna vez la ha tenido	27(31.4)	12(14)
Ha planificado como hacerlo	6(7)	2(2.3)
Ha comentado a gente que lo haría	3(3.5)	0(0)
Ha intentado hacerlo	17(19.8)	3(3.5)

Nota: Entre paréntesis se indica el porcentaje válido.

hospitalaria en ese periodo, y en ningún caso fue debido al consumo de sustancias psicoactivas. Casi una cuarta parte (23.8%) había necesitado atención de urgencias, pero pocos (7.3%) afirmaron que fuera debido directamente al consumo de droga/s. Sólo el 6.9% (n=6) indicó haber padecido enfermedades graves en el último medio año, entre las que el 2.2% (n=2) eran derivadas directamente del consumo de alcohol (demencia y diabetes alcohólicas). La mejora general entre la salud antes de la CT respecto a la actualidad se comprobó en tres ítems que hacían referencia a: la percepción del estado de salud, el ánimo y la ansiedad, donde tras el paso por la CT se observa un incremento estadísticamente significativo en la autopercepción de salud general ($Z= 4.572$, $p<0.001$), siendo inicialmente calificada como "mala" ($Md=6$) y actualmente como "bastante buena" ($Md=2$). Respecto al estado anímico, se obtuvo también una mejoría significativa ($Z= 4.941$, $p<0.001$), que varía de una valoración de "bastante desanimado" ($Md=6$) a "bastante animado" ($Md=2$) y, en ansiedad, también se observa un cambio significativo ($Z= 4.576$, $p<0.001$), calificándose los usuarios antes de la CT como "bastante nerviosos" ($Md=1$) y, en la actualidad, como "a veces algo nervioso y otras veces tranquilo" ($Md=5$).

En cuanto a la ideación suicida de los usuarios estudiados, los niveles de pensamiento y comportamiento suicida eran significativamente mayores antes de la CT ($Md=2$) que después de ésta ($Md=1$) ($T= 3$, $p<.001$, $r=.56$). El elevado potencial suicida registrado antes de entrar en la CT se redujo notablemente en los últimos seis meses (véase tabla 6). Concretamente, en los seis meses previos al ingreso en la CT, un 61.6% había mostrado riesgo al respecto, con afirmaciones desde "alguna vez he tenido estos pensamientos" hasta "he planificado cómo hacerlo", y casi una quinta parte afirmó haberlo intentado en ese periodo. En la actualidad, sólo el 16,3% mantenía algún tipo de ideación o planificación de este tipo de comportamiento, y adicionalmente una minoría (3.5%) lo había intentado en los últimos seis meses, lo que aun siendo muy inferior al periodo previo resulta un dato preocupante.

Respecto a las habilidades y hábitos personales trabajados en la CT se observa que, en el caso de todas las habilidades medidas, la influencia positiva del tratamiento recibido en la CT fue clasificada como "bastante importante" ($Md=3$). En el caso de los hábitos de salud, antes del ingreso se observó que más de la mitad de la muestra no tenía bien implantados los hábitos más básicos (insuficiente

la actualidad se observó una mejoría valorada como "muy importante" ($Md=2$) en los hábitos de sueño, de la limpieza del hogar y del uso del preservativo, seguida de otros hábitos modificados positivamente de forma "bastante importante" ($Md=3$), lo que era el caso de la higiene y de la alimentación. Los hábitos de "actividad física" y "prevención de conductas sexuales de riesgo" fueron clasificados en un término medio ($Md=4$), con un nivel de contribución de la CT a su mejora calificado como "importante". Además, en cuanto a la gestión de su ocio, el 92.9% parece haber modificado su tiempo libre a consecuencia de su paso por la CT: el 84.7% considera que ha mejorado. Las actividades que realizan en la actualidad son (ordenadas de mayor a menor frecuencia): estar en familia (64.7%); la lectura, música o teatro (60%); hacer deportes o salidas (49.4%); estudios o aprendizajes (41.2%); ver la TV (31.8%); estar en el bar o café sin beber alcohol (20%), etc.

En cuanto a las relaciones familiares se siguió el mismo procedimiento de comparación de los seis meses antes de ingresar en la CT respecto a la actualidad tanto a nivel general, como en lo referente a cuestiones negativas (discusiones y violencia familiar) o positivas (diálogo y comunicación). En el caso de la familia nuclear (pareja y/o hijos), la relación evolucionó muy favorablemente ($Z= 5.235$, $p<0.001$), de ser "más bien insatisfactoria" ($Md=4$) a "muy satisfactoria" ($Md=1$); con la familia extensa (padres, hermanos, tíos, primos, etc.) se logró también una mayor satisfacción ($Z= 6.687$, $p<0.001$), desde "más bien insatisfactoria" ($Md=4$) a "bastante satisfactoria" ($Md=2$). En cuanto a la frecuencia de situaciones negativas acontecidas en el seno familiar, se destacan las discusiones verbales con adultos de la familia ($Z= 4.595$, $p<0.001$) y con la pareja ($Z= 3.011$, $p<0.01$), que en ambos casos evolucionan favorablemente de "frecuentemente" ($Md=2$) a "excepcionalmente" ($Md=3$). Mientras, las discusiones con los hijos parecen mantenerse como "excepcionales" ($Z= 2.292$, $p<0.05$). Respecto a la violencia física, la casi totalidad de entrevistados dicen no haberla ejercido ($Md=4$), ni contra sus parejas ($Z= 1.414$, $p=0.157$) ni contra sus hijos ($Z= 1.000$, $p=0.317$). En último término, referente a las prácticas positivas en el seno familiar, se observa que en todas ha habido un cambio favorable, tanto en el diálogo y comunicación ($Z= 4.958$, $p<0.001$) como en la buena armonía ($Z= 5.089$, $p<0.001$), que pasan de ser sólo "excepcionales" ($Md=3$) a suceder "casi a diario" ($Md=1$). Del mismo modo, en el compartir tareas domésticas ($Z= 5.067$, $p<0.001$) y en el realizar actividades comunes de ocio ($Z= 4.714$, $p<0.001$) se evoluciona del "nunca" ($Md=4$) al "frecuentemente" ($Md=2$). Por último, se estableció la asociación entre los usuarios que habían vivido en pareja (casados o parejas de hecho) respecto a los que no (solteros, separados/divorciados, viudos u otros) y se observó, con una intensidad moderada, que el tener este vínculo tendía a asociarse con el mantenerse abstinentes en comparación con los que no lo tenían (69.6% vs. 42.6%; $\chi^2= 4.850$, g.l.= 1, $p<.05$; $\phi= 0.240$, $p<.05$).

En los aspectos legales aparecieron ciertos resultados destacables, aunque la mayoría afirmó no haber partici-

de drogas, falsificación de recetas, etc.), ni antes de la CT (77.9%) ni después (97.1%). No obstante, leído en positivo, esto implica que el porcentaje de quienes sí aceptaron haber cometido delitos relacionados con las drogas descendió desde el 22,1% al 2,9% (McNemar: $p < 0.01$). En delitos con violencia (atracos, agresiones, etc.), antes de la CT los admitió un 12% que después se redujo al 0%. Los delitos económicos sin violencia (falsificación, robo, etc.) pasaron del 8,6% al 1,7% (McNemar: $p < 0.05$). Y otros delitos comunes (como son los de tránsito, conducción bajo efectos del alcohol, etc.), que en los seis meses antes de la CT fueron admitidos por el 31%, se redujeron al 6,7% en el seguimiento (McNemar: $p < 0.001$). Un 12.9% de los entrevistados habían sido detenidos al menos una vez en los meses previos a la entrada en la CT, pero ninguno lo había sido recientemente. Otras variables que presentaron una disminución estadísticamente significativa fueron: la participación en peleas o discusiones en espacios públicos (McNemar: $p < 0.001$) y el número de multas de tráfico (McNemar: $p < 0.05$).

Para concluir, la valoración de la situación personal global comparada antes de la CT respecto a la actualidad había evolucionado muy positivamente ($Z = 5.343$, $p < 0.001$). Seis meses antes de la CT la valoraban como "muy mala" ($Md = 8$) y en los últimos seis meses como "bastante buena" ($Md = 3$). En cuanto a la valoración del tratamiento recibido en la CT, el 77.9% consideraba que la estancia había tenido una adecuada duración, aunque casi una quinta parte (18.6%) hubiera preferido una mayor duración de la intervención. Para la mayoría de usuarios (87%), la actividad más beneficiosa fue la psicoterapia individual, seguida (62.8%) de las terapias de grupo. Finalmente, a la hora de valorar la contribución relativa de la CT en el proceso de deshabituación del alcohol y/o de la cocaína (en el que casi siempre participaron otros centros ambulatorios o de reinserción), el 81.2% indicó que había sido "muy importante" ($M = 1.84$, $DT = 1.100$).

DISCUSIÓN

El estudio a largo plazo de la eficacia de los tratamientos para la dependencia del alcohol y/o de la cocaína en régimen de CT todavía es escaso¹¹, incluso para la dependencia a otras drogas como la heroína^{12,13}, tanto en el contexto nacional como el internacional. Desde la perspectiva metodológica, este tipo de estudios se caracterizan por ser prospectivos, realizar seguimientos con intervalos de entre 5 y 15 años, con evaluaciones intermedias¹ que garanticen una sensibilidad suficiente para detectar el cambio, así como evaluar múltiples aspectos de la vida de los usuarios, especialmente los relacionados con el consumo de la/s droga/s. En este estudio se han seguido dichas premisas, aunque el seguimiento no ha sido a los mismos usuarios en cuatro momentos temporales consecutivos, sino que se han seleccionado de forma probabilística a aquellos que hacía un tiempo determinado de años que habían finalizado su tratamiento en alguna de las CT de la FSC. Se han evaluado los efectos a corto (1 año después de salir de la CT), medio (3 y 5 años después de la CT) y largo plazo (10 años después de la CT) de esta intervención.

del alcohol y/o de la cocaína desde el intervalo de un año a una década, con evaluaciones intermedias para describir el cambio de todos aquellos aspectos relacionados con la CT, dado que en este periodo de tiempo la intervención ha seguido siendo prácticamente la misma para lograr la deshabituación, rehabilitación y reinserción.

Las variables sociodemográficas de los usuarios estudiados son similares a las de otros estudios centrados en la efectividad de las CT en las drogodependencias, es decir, adultos con un promedio de edad de 42 años, de género predominantemente masculino y con diversidad en el resto de características^{2,3,4,7,9,11,12,13}. La mayoría había intentado dejar el consumo de la/s droga/s con ayuda profesional antes de entrar en la CT y había permanecido en ésta un promedio de medio año, obteniendo el alta terapéutica y posteriormente haciendo un seguimiento en residencias urbanas, ambulatorios especializados u otro tipo de dispositivos de asistencia especializada. Cabe destacar que, a diferencia de otros datos previos de nuestro país⁶, el porcentaje mayor de dependientes en este estudio lo constituyen los dependientes del alcohol, que en este estudio eran el 86.4% (considerando conjuntamente a éstos y los policonsumidores de alcohol y cocaína), lo cual se explica por la especialización de estos centros en ese tipo preciso de pacientes¹¹.

De hecho, los datos de este estudio piloto provienen de una muestra probabilística constituida a partir de aquellos usuarios cuyos datos de contacto estaban a disposición de la FSC. Además, también debe ser considerado que éstos aceptaron participar, pues recuérdese que un 14% no aceptó contestar el cuestionario por haber recaído o por otras razones no especificadas, y un 23.6% habían fallecido por enfermedades u otras causas, relacionadas la mayor parte con el consumo excesivo del alcohol y, en menor medida, por el consumo problemático de la cocaína o de ambas, e incluso de otras sustancias como el tabaco, que podría haber provocado o empeorado el estado de salud de estos dependientes fallecidos según los resultados hallados. Otro elemento relevante hace referencia al motivo de salida de la CT de los usuarios fallecidos, pues más de la mitad no había obtenido el alta para salir de la CT en su momento. Este dato contrasta con un 83.7% de altas terapéuticas concedidas a quienes posteriormente se mantuvieron abstinentes, y con un 66.7% de altas entre los que sólo habían recaído alguna vez. Entre los abstinentes nadie había salido de la CT debido a una expulsión, mientras que entre los que recayeron al menos alguna vez aparece un 20% de expulsiones. Estos datos sugieren que la obtención de la alta terapéutica es un factor de buen pronóstico. Por otro lado, la pérdida de estos sujetos fallecidos afecta levemente a la validez de la investigación.

Respecto al consumo de droga/s de los encuestados, la mitad de ellos afirmaba haber recaído en algún momento, aunque muy a menudo sólo a través de un consumo puntual, como se observa en estudios similares^{1,2,7,9,12}. Sin embargo, cabe aclarar que de éstos, el 68.3% había recibido tratamiento al respecto (en ambulatorios, hospitales, etc.). Sólo se ha observado que el tener pareja previamente a la entrada en la CT parece ser un factor para mantener la abstinencia una

miten confirmar que lo sean otros factores citados en estudios similares, como el comportamiento delictivo^{1,2,4}, la edad³ o el tiempo en la CT^{2,3,4}. En este sentido, aunque la muestra del presente estudio es lo suficientemente amplia según los criterios metodológicos que se empiezan a establecer¹, un tamaño mayor habría permitido más precisión al establecer este tipo de relaciones mediante técnicas estadísticas multivariantes. Por ello hemos de interpretar con prudencia los resultados hallados al respecto y esperar que puedan ser confirmados en posteriores estudios de réplica. Aparte del consumo de droga/s, también se ha descrito la evolución de aspectos relacionados con el nivel socio-económico, la salud, el comportamiento psicosocial y el delictivo, comparando el periodo anterior a la CT con el previo a la entrevista. En general, hay diferencias estadísticamente significativas en la mayor parte de los cambios en estas áreas de las vidas de los usuarios, en todos los casos a favor de aspectos más positivos¹², con intensidad variable. Es destacable el descenso de la ideación suicida, aspecto que apenas se observa en la literatura y es de gran relevancia, aunque persisten niveles que nos parecen preocupantes. También cabe señalar la mejora de las relaciones familiares y de diversas situaciones derivadas de la convivencia, así como el decremento de la participación en delitos y otras faltas penales, especialmente en aquellos relacionados con el tráfico de drogas, con la violencia y con la seguridad vial.

Otro aspecto relevante del estudio piloto ha sido el poner a prueba una metodología selectiva que va a derivar en un futuro estudio prospectivo mediante la selección al azar de un mayor número de usuarios de las distintas cohortes, concretamente que hayan finalizado su intervención en la CT hace 1 año, 5 años y 10 años, puesto que se ha observado que la cohorte de 3 años no ha aportado mayor sensibilidad para la detección de los cambios y éstas suelen ser las cohortes escogidas en estudios similares^{1,9}. Con el tiempo, se pretende realizar el seguimiento de estos mismos usuarios para acabar desarrollando un estudio puramente longitudinal. También se han detectado mejoras a realizar en el cuestionario, que ha sido perfeccionado y está siendo aplicado en la actualidad (2010-2011). Seguimos experimentando dificultades para contactar con los usuarios, una problemática típica de los estudios de seguimiento^{1,8,9}. En cuanto a las técnicas aplicadas para realizar el análisis de datos, en este estudio piloto han sido pruebas estadísticas clásicas de carácter transversal, como la mayoría de los estudios de seguimiento existentes, aunque en el futuro se tratará de aportar resultados de carácter longitudinal, mediante la incorporación de nuevos métodos más apropiados¹.

En conclusión, se ha tratado de realizar el seguimiento de los usuarios de las CT de la FSC, con la finalidad de explorar su evolución a lo largo de esta última década, tanto desde la información del propio usuario respecto a su consumo de la/s droga/s como de otros aspectos vitales relevantes. Nuestros hallazgos dan soporte a la perspectiva de que las CT constituyen una opción terapéutica que parece favorecer la mejora de los dependientes del alcohol y/o de la cocaína, incluso proporcionando en la mitad de los casos una abs-

tinencia o recaída posterior al tratamiento en la CT parecen ser de carácter dinámico, por lo que resultan difíciles de determinar, así como también resulta complicado el establecer perfiles más allá de las características socio-demográficas de los usuarios⁴. Este trabajo demuestra que las CT parecen ser un factor determinante en la percepción de mejora del usuario respecto al consumo (ya sea en abstinencia o consumo esporádico), la salud, los factores psicosociales y los factores delictivos, que en todos los casos mejoran considerablemente después de dicha intervención.

AGRADECIMIENTOS

Al Área de Bienestar Social de la Diputación de Barcelona, y en especial a Francesc Hernández, así como al "Centre de Prevenció i Intervenció en Drogodependències" (SPOTT), y a su directora, Pilar Sánchez, por su apoyo profesional y por la financiación de buena parte de esta investigación. A la Facultad de Psicología de la Universitat de Barcelona, y en especial a su decano Dr. Manel Viader, y al Director del Dpto. de Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Dr. Antoni Solanas, por su apoyo mediante la facilitación del proceso y análisis científico de los datos obtenidos.

Los autores desean asimismo expresar su reconocimiento a todas las personas que han intervenido en la realización de este estudio piloto: a los directores de los Centros Terapéuticos Residenciales "Can Coll" y "Riera Major", Jordi Morillo y Nieves Fernández; al equipo asistencial de los citados centros; a los profesionales y voluntarios que han realizado la localización y entrevistas de los pacientes, y muy especialmente a Ana Aguilera, Anna Santó, Elena Alonso, Paco González, Albert Bretxa y Borja Lozano; al resto de profesionales de la Dirección Técnica y de los Servicios administrativos de FSC que han contribuido de variadas maneras a hacer posible esta tarea. A los pacientes y sus familiares, sin cuya amabilidad, paciencia y a veces entusiasta colaboración, esta investigación no hubiera sido posible.

REFERENCIAS

1. Bravo F, Gual A, Gómez-Benito, J. Investigación longitudinal del alcoholismo tratado: Una revisión sistemática de los seguimientos a largo plazo. *Adicciones* 2010; 22: 267-74.
2. Dekel R, Benbenishty R, Amram Y. Therapeutic communities for drug addicts: Prediction of long-term outcomes. *Addict Behav* 2004; 29: 1833-37.
3. Santos Diez P, Palomares Alcoriza J, Pastor Badía M. Variables predictoras de evolución en una unidad de deshabituación residencial. *Adicciones* 2000; 12: 487-91.
4. De Leon G, Melnick G, Kressel D. Motivation and readiness for therapeutic community treatment among cocaine and other

5. Carroll, JFX, McGinley, JJ. An agency follow-up outcome study of graduates from four inner-city therapeutic community programs. *J Subst Abuse Treat* 2000; 18: 103-18.
6. Arnau D. Comunidades terapéuticas: La transformación invisible. *Adicciones* 2006; 18: 323-325.
7. Fernández, C, Llorente, JM, Carrón, J. Sistema Estándar de Evaluación de la A.P.C.T.T. Asociación de Profesionales de Comunidades Terapéuticas para Toxicómanos y Plan Nacional Sobre Drogas. Barcelona: APCTT; 1995.
8. Llorente, JM, Fernández, C. Estudio de Evaluación: 10 años del Programa de Deshabitación de drogas en el C.T.M.E. de Foronda. Álava: Servicio Vasco de Salud y Hospital Psiquiátrico de Álava. 2002.
9. Gual, A, Bravo, F, Lligoña, A, Colom, A. Treatment for alcohol dependence in Catalonia: health outcomes and stability of drinking patterns over 20 years in 850 patients. *Alcohol Alcoholism* 2009; 44: 409-15.
10. Baltes, PB, Reese, HW, Nesselroade, JR. Métodos de investigación en psicología evolutiva: enfoque del ciclo vital. Madrid: Morata; 1981 [original 1977].
11. Sánchez Pardo, L. Consumo alcohólico en la población española. *Adicciones* 2002; 14 (Supl. 1): 79-97.
12. Comas, D, Roldan, G, García, E. Políticas sobre drogas a partir de un estudio longitudinal retrospectivo de adictos a la heroína (1983-1992). *Adicciones* 1996; 8(2).
13. García, E, Roldan, G, Comas, D. Estudio de Seguimiento de la Comunidad Terapéutica Haize-Gain 1982-1992, San Sebastián: Fundación Kutxa-AGIPAD; 1995.